

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2022

Jopková Ivana

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Jopková Ivana

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O NEMOCNÉ
S AKUTNÍ PANKREATITIDOU**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Nováková

PLZEŇ 2023

Prohlášení

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

V Plzni dne 31. 3. 2023

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Jopková Ivana

Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelská péče o nemocné s akutní pankreatitidou

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Nováková

Počet stran – číslované: 55

Počet stran – nečíslované: 19

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 27

Klíčová slova: akutní pankreatitida, akutní bolest, potřeba jistoty, potřeba bezpečí, soběstačnost, saturace potřeb, vnímání potřeb

Souhrn:

Téma bakalářské práce je ošetrovatelská péče o nemocné s akutní pankreatitidou. Teoretická část je rozdělena do čtyř kapitol. První kapitola obsahuje poznatky z anatomie a fyziologie slinivky břišní. Druhá kapitola obsahuje charakteristiku, etiologii, patogenezi, klasifikaci akutní pankreatitidy a rozdělení podle patofyziologických změn tkání. Třetí kapitola obsahuje komplikace, diagnostiku a terapii akutní pankreatitidy. Poslední čtvrtá kapitola obsahuje specifika ošetrovatelské péče o nemocné s akutní pankreatitidou, kam jsme zařadili ošetrovatelský proces, edukaci nemocných, dělení ošetrovatelské edukace a fáze edukačního procesu. V praktické části bakalářské práce mapujeme a popisujeme vnímání saturace potřeby jistoty a bezpečí nemocných hospitalizovaných s akutní pankreatitidou. Akutní pankreatitida je doprovázena velkou bolestí, která může omezit soběstačnost nemocného a ovlivnit u nemocných pocit jistoty a bezpečí. Kvalitativní výzkumné šetření je realizováno u pěti participantů, právě malý vzorek účastníků neumožňuje navrhnout obecné doporučení, nicméně poukazuje na problematiku, které je nutné v rámci ošetrovatelské péče věnovat výraznou pozornost.

Abstract

Surname and name: Jopková Ivana

Department: Department of Nursing and Midwifery

Title of thesis: Nursing care for patients with acute pancreatitis

Consultant: Mgr. Jaroslava Nováková

Number of pages – numbered: 55

Number of pages – unnumbered: 19

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 27

Keywords: acute pancreatitis, acute pain, need for certainty, need for safety, self-sufficiency, saturation of needs, perception of needs

Summary:

The bachelor thesis topic is nursing care of patients with acute pancreatitis. The theoretical part is divided into four chapters. The first chapter contains knowledge of the anatomy and physiology of the pancreas. The second chapter contains the characteristics, aetiology, pathogenesis, classification of acute pancreatitis and classification according to pathophysiological tissue changes. The third chapter contains complications, diagnosis and therapy of acute pancreatitis. The last fourth chapter contains the specifics of nursing care of patients with acute pancreatitis, where we have included the nursing process, patient education, division of nursing education and stages of the educational process. In the empirical part of the bachelor's thesis, we map and describe the perceived saturation of the need for security and safety of patients hospitalized with acute pancreatitis. Acute pancreatitis is accompanied by severe pain, which can limit the patient's self-sufficiency and affect the patients' sense of security and safety. This qualitative research investigation is conducted with five participants. The small sample does not allow us to propose a general recommendation, but it illustrates an issue that needs significant attention in nursing care.

Poděkování

Děkuji Mgr. Jaroslavě Novákové za odborné vedení práce, poskytování rad a podkladů. Dále děkuji pracovníkům nemocnice Strakonice za poskytování odborných rad.

OBSAH

| | |
|--|----|
| SEZNAM OBRÁZKŮ | 10 |
| SEZNAM TABULEK..... | 11 |
| SEZNAM ZKRATEK..... | 12 |
| ÚVOD | 15 |
| TEORETICKÁ ČÁST | 17 |
| 1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA | 18 |
| 2 ANATOMIE A FYZIOLOGIE | 21 |
| 2.1 Slinivka břišní..... | 21 |
| 3 AKUTNÍ PANKREATITIDA | 22 |
| 3.1 Charakteristika..... | 22 |
| 3.2 Etiologie | 22 |
| 3.2.1 Biliární pankreatitida..... | 23 |
| 3.2.2 Alkoholová pankreatitida | 23 |
| 3.2.3 Poléková pankreatitida | 23 |
| 3.2.4 Infekční pankreatitida..... | 23 |
| 3.3 Patogeneze..... | 24 |
| 3.4 Klasifikace..... | 25 |
| 3.4.1 Klasifikace dle tíže akutní pankreatitidy | 25 |
| 3.4.2 Lehká forma akutní pankreatitidy | 25 |
| 3.4.3 Těžká forma akutní pankreatitidy | 25 |
| 3.5 Dělení podle patofyziologických změn tkání | 25 |
| 3.5.1 Intersticiální akutní pankreatitida..... | 26 |
| 3.5.2 Nekrotizující akutní pankreatitida..... | 26 |
| 4 KLINICKÝ OBRAZ..... | 27 |
| 4.1 Komplikace..... | 28 |
| 4.2 Diagnostika..... | 28 |
| 4.2.1 Anamnéza..... | 29 |
| 4.2.2 Fyzikální vyšetření | 29 |
| 4.2.3 Paraklinické vyšetření | 30 |
| 4.2.4 Zobrazovací vyšetření | 30 |
| 4.3 Terapie..... | 30 |
| 4.3.1 Konzervativní léčba..... | 30 |
| 4.3.2 Chirurgická léčba | 32 |
| 5 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O NEMOCNÉ S AKUTNÍ PANKREATITIDOU..... | 34 |

| | | |
|-------------------------|--|----|
| 5.1 | Fáze ošetrovatelského procesu | 36 |
| 5.2 | Edukace nemocného s akutní pankreatitidou | 36 |
| 5.3 | Dělení ošetrovatelské edukace..... | 37 |
| 5.4 | Fáze edukačního procesu..... | 38 |
| PRAKTICKÁ ČÁST..... | | 39 |
| 6 | FORMULACE PROBLÉMU..... | 40 |
| 7 | CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY | 41 |
| 7.1 | Hlavní cíl | 41 |
| 7.2 | Dílčí cíle a výzkumné otázky | 41 |
| 7.3 | Operacionalizace pojmů | 42 |
| 8 | METODIKA KVALIFIKAČNÍ PRÁCE | 43 |
| 8.1 | Metodologie výzkumu..... | 43 |
| 8.2 | Charakteristika sledovaného souboru..... | 44 |
| 8.3 | Organizace výzkumu | 46 |
| 8.4 | Zpracování dat..... | 47 |
| 9 | PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ | 48 |
| 9.1 | Kategorie „Zkušenost nemocného s akutní pankreatitidou s bolestí“ | 48 |
| 9.2 | Kategorie „Vnímání soběstačnosti nemocného s akutní pankreatitidou“ | 52 |
| 9.3 | Kategorie „Vnímání saturace potřeby jistoty a bezpečí nemocného s akutní pankreatitidou“ | 55 |
| DISKUZE..... | | 66 |
| ZÁVĚR | | 73 |
| SEZNAM LITERATURY | | 74 |
| SEZNAM PŘÍLOH..... | | 77 |
| PŘÍLOHY | | 78 |

SEZNAM OBRÁZKŮ

| | |
|---|----|
| Obrázek 1 Informovaný souhlas pro participanty | 78 |
| Obrázek 2 Informovaný souhlas s výzkumem | 79 |

SEZNAM TABULEK

| | |
|--|----|
| Tabulka 1 Obecná identifikační data respondentů | 45 |
| Tabulka 2 Obavy z bolesti | 49 |
| Tabulka 3 Reakce na bolest | 50 |
| Tabulka 4 Úlevová poloha | 51 |
| Tabulka 5 Aplikace teplých obkladů | 52 |
| Tabulka 6 Závislost na pomoci druhých | 53 |
| Tabulka 7 Soběstačnost a bolest | 54 |
| Tabulka 8 Potřeba jistoty a bezpečí | 56 |
| Tabulka 9 Uspokojování potřeb | 57 |
| Tabulka 10 Strach | 58 |
| Tabulka 11 Pocity a obavy | 59 |
| Tabulka 12 Neuspokojování potřeb | 60 |
| Tabulka 13 Povědomí o vlastním onemocnění | 61 |
| Tabulka 14 Postoj ke změně stravovacích návyků | 62 |
| Tabulka 15 Důvěra | 63 |
| Tabulka 16 Zlepšení zdravotního stavu | 64 |

SEZNAM ZKRATEK

| | |
|-----------|---|
| AP | Akutní pankreatitida |
| BMI..... | Index tělesné hmotnosti (Body Mass Index) |
| CT | Počítačová tomografie |
| CVP | Centrální žilní tlak |
| CŽK..... | Centrální žilní katetr |
| EPST..... | Endoskopická papilosfinkterotomie |
| ERCP..... | Endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie |
| MR..... | Magnetická rezonance |
| NGS | Nasogastrická sonda |
| NJS | Nasojejunární sonda |
| PMK | Permanentní močový katetr |
| PŽK..... | Periferní žilní katetr |
| RTG..... | Rentgenové záření |
| SIRS..... | Systémová zánětová odpověď organismu (septický šok) |
| TAP..... | Tripsinogen aktivační peptid |
| USG..... | Ultrasonografické vyšetření |

ÚVOD

Akutní pankreatitida je onemocnění, které je zánětlivé a řadí se do náhlých příhod břišních. Je způsobena předčasnou aktivací digestivních enzymů a následnou autodigescí žlázy. Fatální důsledky těžké formy akutní pankreatitidy postihují až 30 % pacientů, to dokazuje, že je toto onemocnění problematické. V posledních letech incidence tohoto onemocnění stoupá. Příčina akutní pankreatitidy jde identifikovat až u 75–85 % nemocných. Díky rozšířeným diagnostickým možnostem etiologie zůstává nejasná asi jen u 15–20 % nemocných. Příčina akutní pankreatitidy může být biliární, alkohol, metabolické příčiny, léky a toxiny, post ERCP, trauma, hypoperfuze, mechanická obstrukce, anatomické abnormality, disfunkce Oddiho svěrače, infekce, autoimunitní, geneticky determinovaná, idiopatická. Ve 40–50 % jsou hlavními spouštěči akutní pankreatitidy žlučové kameny. Alkohol je spouštěčem ve 30 %. Ostatní známé příčiny akutní pankreatitidy dohromady tvoří více než 10 %. Určení etiologie vzniku akutní pankreatitidy je spíše kontroverzní a je třeba jej uvážlivě hodnotit. Některé práce poukazují na relativně příznivější průběh biliární indukované pankreatitidy a větší rozsah pankreatické nekrózy při alkoholem vyvolané akutní pankreatitidě. Potenciálně nejrizikovější je idiopatická akutní pankreatitida, s vyšší mortalitou než ostatní. Léčba akutní pankreatitidy zahrnuje tekutinovou resuscitaci, spolu s analgetiky v některých případech i podáním antibiotik. Jednu z rolí hraje také výživa. Ještě donedávna se v začátcích onemocnění pacientům nepodávalo nic per os. Akutní pankreatitida má mimo jiné problémy také vysoké metabolické nároky, kvůli kterým je dostatečná výživa důležitá. Časem se ukázalo, že díky včasnému perorálnímu příjmu má pozitivní účinek na stav pacienta a zlepšuje tak jeho prognózu (Trna, 2016).

Komplikací akutní pankreatitidy může být i hyperglykémie. U většiny nemocných po čase ustoupí. Může se ale stát, že z pouhé dočasné hyperglykémie se stane diabetes mellitus způsobený akutní pankreatitidou. Pacienti pak musí dodržovat dietu diabetickou šetřící, a to může být pro spoustu lidí náročné. Důležité je dodržování přísné diety i pro propuštění do domácí péče (Škrha, 2011).

Sestra pečuje o nemocné formou ošetrovatelského procesu, který je dán legislativou. Je složen z anamnézy, diagnózy, plánu ošetrovatelské péče a realizace ošetrovatelské péče. Všechny tyto složky se realizují v průběhu hospitalizace. Plán ošetrovatelské péče a jeho realizace se v průběhu hospitalizace můžou měnit. Ošetrovatelská péče se týká především

tišení bolesti, výživy, péče o ránu, ale také rehabilitace, podpora psychického zdraví, podpora soběstačnosti. Setry mohou použít pomůcky, které jim pomohou v plánování a realizaci ošetrovatelské péče. Jedná se především o různé hodnotící škály, jako je například hodnocení stavu vědomí, hodnocení soběstačnosti, riziko vzniku komplikací, hodnocení bolesti (Trachtová a kol. 2018, Šrámková a kol., 2011).

TEORETICKÁ ČÁST

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Tato bakalářská práce je zaměřena na ošetrovatelskou péči o nemocné s akutní pankreatitidou. Akutní pankreatitida a její incidence je odhadována na zhruba 34 případů na 100 000 obyvatel. Hodnota se významně liší v různých geografických oblastech. Nemocní, které akutní pankreatitida postihla, jsou převážně ve věkovém rozmezí středního a vyššího věku bez rozdílu pohlaví. V nejvyšších věkových kategoriích incidenci tvoří až pětinasobek v porovnání s mladými dospělými. Co se týče geografických rozdílů, ty se týkají počtu nemocných a etiologie, údaje nelze generalizovat v rámci Evropy. Evropské země mají mezi sebou značné rozdíly, které jsou dané genetickými i kulturně-geografickými faktory. Jihoevropské země mají převážně větší výskyt biliární akutní pankreatitidy nad alkoholovou pankreatitidou, a to až v poměru 10:1. Ve východoevropských zemích to bývá naopak. Totéž je i v některých severoevropských zemích. V České republice převažuje biliární etiologie nad alkoholovou (v poměru 3:2), data jsou však sporadická. Počet, který se udává, je zhruba 70 nemocných na 100 obyvatel. Díky tomu se Česká republika řadí mezi země s vysokým výskytem pankreatitidy. Do udávaného čísla jsou zahrnuty recidivy i exacerbace chronické pankreatitidy. Tím pádem jsou informace v porovnání s jednotlivými studiemi nepřesné. V Evropě incidence tohoto onemocnění v čase narůstá.

Pacienti s tímto onemocněním obvykle přicházejí s bolestí břicha, která u nich vznikla náhle a je doprovázena nevolností a zvracením. V anamnéze se může vyskytovat cholelithiáza nebo nadměrná konzumace alkoholu. Díky Atlantské klasifikaci je možné akutní pankreatitidu stanovit, pokud jsou splněna alespoň dvě ze tří kritérií. Kritéria zní: typická, náhle vzniklá bolest v nadbřišku, zvýšení sérové lipázy nebo amylázy na více než trojnásobek horní hranice normy a typický morfologický obraz na zobrazovacích metodách, jako je ultrazvukové vyšetření (USG) nebo počítačová tomografie (CT).

Podle Atlantské klasifikace se akutní pankreatitida rozděluje na: lehkou, středně těžkou a těžkou akutní pankreatitidu s přítomností lokálních nebo systémových komplikací a trvajícím více než 48 hodin orgánovým selháním jednoho nebo více orgánů. Lehká forma akutní pankreatitidy má minimální úmrtnost, zatímco těžká forma dosahuje 20–40 %. Rozdělovat můžeme pankreatitidu intersticiálně edematózní a pankreatitidu nekrotizující, záleží na postižení slinivky a okolí. U nekrotizující pankreatitidy může nekróza postihnout buď vlastní pankreatickou tkáň, nebo jsou přítomny peripankreaticky, v okolí žlázy. Forma edematózní

pankreatitidy může být komplikována rozvojem tekutinových depozit ve slinivce a okolí. V tomto případě se nazývá akutní pankreatická a peripankreatická tekutinová kolekce. Je pro ně obvyklé, že se spontánně vstřebají. Pokud však přetrvávají, obalí se membránou a potom jsou označovány jako (peri)pankreatické pseudocysty. Forma nekrotizující akutní pankreatitidy je v akutním stádiu charakteristická přítomností akutních nekrotických kolekcí, které obsahují nekrotickou tkáň a případně tekutiny, které mohou být lokalizovány v pankreatu, v jeho okolí nebo obojí. Nekrotické kolekce mohou vyzrát a ohraničit se membránou proti okolí, poté se označují jako ohraničené nekrózy (walled-off-necrosis, WON). Léčba akutní pankreatitidy těžké formy je velmi komplexní a může být někdy příliš dlouhá. Součástí léčby jsou některé klíčové postupy a zásadní strategické rozhodnutí.

Rešerše byla vyhledána za pomoci Studijní a vědecké knihovny Plzeňského kraje, kde mi za pomoci klíčových slov zpracovali rešerši na dané téma. Do rešerše byly zahrnuty knihy, články, stati a on-line zdroje. Vyhledáno bylo 22 žánrů knih, 24 článků a statí a 2 online zdroje. Díky zpracované rešerši jsme vyhledaná díla prošli a následně jsme z nich vybrali ty, z kterých jsme následně čerpaly. Z vyhledané rešerše jsme vybraly 8 žánrů literatury, 7 článků/statí. On-line zdroje nebyly použity. Za pomoci klíčových slov jsem sama vyhledala dvě knihy, ze kterých jsem též čerpala. V teoretické části práce byly využity zejména tyto klíčové zdroje:

BARTŮŇEK, Petr a kol. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Grada, 2016. ISBN: 978-80-247-4343-1.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2., přepracované a doplněné vydání. Cosmopolis, 2020. ISBN 978-80-271-0130-6.

KRŠKA, Zdeněk. *Onemocnění slinivky břišní*. We Make Media, 2020. ISBN 978-80-87339-59-6.

LIBOVÁ, Ľubica, Hilda BALKOVÁ a Monika JANKECHOVÁ. *Ošetrovatelský proces v chirurgii*. Cosmopolis, 2020. ISBN 978-80-271-2466-4.

SOBOTKA, Luboš a kol. *Basics In Clinical Nutrition*. 5. vydání. Galén, 2019. ISBN 978-80-7492-427-9.

ŠPIČÁK, Julius a kol. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii II*. Cosmpolis, 2017. ISBN 978-80-271-0318-8.

TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 4. rozšířené vydání, NCO NZO, 2018. ISBN 978-80-7013-590-7.

TRNA, Jan a Zdeněk KALA a kol. *Klinická pankreatologie*. 2., přepracované a doplněné vydání, Mladá fronta, 2016. ISBN 9788020439024.

RATIA-GIMENEZ, Tomas a kol. Etiology of Acute Pancreatitis. *Open Medicine* [online]. 2014, 9(4), 530–542 [ISSN2391-5463] dostupné z doi: 10.2478/s11536-013-0279-x

ROKYTA, Richard a kol. *Léčba bolesti v primární péči*. Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0312-6.

SCHEIN, Moshe a Paul N. ROGERS. *Urgentní břišní chirurgie: Schein's common sense emergency abdominal surgery*. 4th edition. TFM Publishing Ltd, 2015. ISBN 978-1910079119.

2 ANATOMIE A FYZIOLOGIE

2.1 Slinivka břišní

Slinivka břišní, jinak také pankreas, je laločnatá, protáhlá žláza, která je uložena retroperitoneálně za žaludkem, v úrovni obratlů L1–L3. Její délka se pohybuje mezi 12–18 cm a váha se pohybuje mezi 60–100 g. Pankreas vychází z ohbí duodena a vede až k levé ledvině. Je rozdělen na tři části, a to hlavu (caput), tělo (corpus) a ocas (cauda). Tvoří ho dvě žlázy – žláza s vnější sekrecí neboli exokrinní a žláza s vnitřní sekrecí neboli endokrinní. Exokrinní žláza vylučuje trávicí enzymy do duodena a endokrinní žláza vylučuje hormony do krevního oběhu. Exokrinní žláza (s vnější sekrecí) pankreatu je tvořena buňkami, které vytvoří denně až dva litry pankreatické šťávy. Pankreatická šťáva obsahuje enzymy štěpící jednotlivé živiny, hydrogenuhličitanové a sodné ionty. Enzymy jsou rozděleny podle toho, jaké živiny štěpí: enzymy štěpící sacharidy – amyláza, enzymy štěpící tuky – lipáza, enzymy štěpící nukleové kyseliny – nukleáza. Jsou zde i proteolytické enzymy. Tyto jsou vylučovány v neaktivní formě a v aktivní formu je přeměňuje až enteropeptidáza v tenkém střevě. Pankreatická šťáva odchází ze slinivky hlavním vývodem – ductus Wirsungi, který probíhá celou délkou pankreatu a ústí buď sám, nebo se žlučovodem na Vaterské papile. Wirsungiho vývod na papile Vateri uzavírá Odiho svěrač. Endokrinní žláza (s vnitřní sekrecí) pankreatu je tvořena Langerhansovými ostrůvky, kterých je pro správnou funkci potřeba přibližně jeden milion. Langerhansovy ostrůvky mají velikost 0,1–0,5 mm. Jsou nerovnoměrně rozloženy po endokrinní tkáni. Jejich podíl na celkové váze pankreatu je 2–3 % a zajišťují vylučování hormonů do krevního oběhu. Jedná se o hormony inzulín, glukagon, gastrin a somatostatín (Čihák, 2016).

3 AKUTNÍ PANKREATITIDA

3.1 Charakteristika

Akutní pankreatitida neboli akutní zánět slinivky břišní je nejčastější onemocnění, které patří mezi nejzávažnější náhlé příhody břišní. Spolu se slinivkou břišní jsou postiženy i další tkáně, které jsou uloženy v retroperitoneu. Výjimkou není ani smrtelný průběh. Úmrtnost kolísá dle typu, průběhu, závažnosti, ale také léčby. Toto onemocnění vzniká nejčastěji z plného zdraví a má tak náhlý nástup. Projevuje se od mírné formy, kam zařazujeme edém, až po těžkou formu – nekrotizující pankreatitida. Může to být otázka krátké doby. Následek těžké formy je multiorgánové selhání nebo lokální komplikace (např. abscesy) až sepse. Prvotní projev je otok, krvácení a nekróza. Tyto příznaky postihují žlázo- v ý parenchym a tukovou tkáň, která se nachází v okolí pankreatu. Poté se v pacientově moči objevují pankreatické enzymy, které jsou dobře rozpoznatelné při biochemickém vyšetření moče. Chirurgické výkony jsou prováděny jen u nekomplikované akutní pankreatitidy. U těžké akutní pankreatitidy by při chirurgickém zákroku bylo riziko jak infekčních, tak nekrotických komplikací. Výskyt tohoto onemocnění stoupá. Úmrtí nastává v důsledku celkové sepse (Čoupková a kol., 2019).

3.2 Etiologie

Příčinou akutní pankreatitidy může být příčina iatrogenní, cévní, idiopatická, dědičná, autoimunitní a poléková. Ve většině případů je akutní pankreatitida způsobena konkrementy ve žlučových cestách. Dále je to pankreatitida způsobená alkoholem. Mechanická příčina je ve 40 % případů a alkoholová je ve 20–35 % případů. Akutní pankreatitida může být i poléková, která je též jedna ze závažnějších příčin. Dále pak může být zapříčiněna infekčními vlivy. Iatrogenní příčina je příčina způsobená operací v blízkosti slinivky břišní, např. ERCP (endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie). Pankreas je mechanicky poškozen. Do cévních příčin řadíme trombózu v arterii mesenterica superior či kolagenózy, aterosklerózy, nekrotizující vaskulitidy.

Idiopatická akutní pankreatitida, která má neznámou příčinu a je tedy samostatná, vzniká z plného zdraví. Nemocní, kteří přijdou s tímto onemocněním, jsou převážně vyděšení. Dědičná akutní pankreatitida je zděděna po rodičích. Tato příčina je vzácná a nevyskytuje se tak často jako například alkoholová nebo biliární (Špičák, 2017).

3.2.1 Biliární pankreatitida

Biliární akutní pankreatitida se vyskytuje ve 30–50 % případů. Převážně postihuje muže. Příčinou jsou konkrementy ve žlučníku (cholelithiáza). Dále pak rozlišujeme, jestli se konkrementy vyskytují ve žlučníku, nebo ve žlučových cestách. Také záleží na velikosti konkrementů. Existuje více teorií mechanismu biliární pankreatitidy. Americký lékař a patolog Eugen Lidsay Opie říká, že dochází k duodenálnímu refluxu žluči do ductus pancreaticus a následné aktivaci enzymů. Je způsobený konkrementy, které zablokují společný vývod mezi d. choledochus a d. pancreaticus na papile Vateri. Opieho teorie je však zpochybňována. Uznávanější teorie říká, že akutní pankreatitidu biliární příčiny způsobuje přetlak v ductus pancreaticus, který je způsobený opakovanou blokádou Vaterovy papily konkrementy (Trna, 2016; Žárská, 2020).

3.2.2 Alkoholová pankreatitida

Alkoholová pankreatitida je jedna z nejčastějších příčin. Představuje asi 20–30 % všech případů. Kvůli pravidelné konzumaci etanolu může onemocnění dospět do akutní fáze pankreatitidy. Méně často se pak může objevit po jednom nadměrném požití alkoholu, ale u pravidelných konzumentů alkoholu se objevuje akutní pankreatitida pouze v 5 %. Bývá to hlavně příčina pro vznik chronické pankreatitidy. K tomu ale napomáhají i další faktory, jako je například kouření, tučné pokrmy spolu s alkoholem, diabetes mellitus II. typu, genetika. Alkohol jako takový sám akutní pankreatitidu nespustí. Jde spíše o subklinické příznaky. Úmrtnost nemocných s alkoholovou akutní pankreatitidou je vyšší než u nemocných s biliární akutní pankreatitidou (Gimenez a kol., 2014).

3.2.3 Poléková pankreatitida

Poléková pankreatitida nepatří mezi ty nejčastější příčiny, ale i tak tvoří 1–2 % případů onemocnění. Reakce byla zjištěna na zhruba 70 léků. Toto číslo s přesností ale nelze určit, protože se v některých případech mohlo jednat o náhodu. Léky, které byly prokázány, jsou například diuretika, estrogeny, sulfonamidy, tetracykliny, cytostatika, azathioprim, merkaptopurin, steroidy (Trna, 2016; Žárská, 2020).

3.2.4 Infekční pankreatitida

Akutní pankreatitida infekčního rázu je spojována s bakteriemi, viry a nakaženými parazity. Nejčastěji jde o příušnice, kapénkovou virovou infekci, která se častěji vyskytuje u dětí.

Závažnější komplikace, jako je právě akutní pankreatitida, se objevují spíše u dospělých. Dále sem řadíme hepatitidy typu B a C, průběh AP záleží na závažnosti hepatitidy. Dále se jedná např. o infekce enteroviry, cytomegalovou infekci, virus Epstein-Barrové, Herpes simplex virus. Bakterie, které způsobují akutní pankreatitidu, jsou například Salmonella, Yersinia, Mycoplasma, Campylobacter jejuni. Parazité způsobující pankreatitidu jsou častější v Indii a Číně. Řadí se sem škrkavka dětská (*Ascaris lumbricoides*), *Aspergillus*, *Clinorchis sinensis* a další (Trna, 2016; Žárská, 2020; Gimenez a kol., 2014).

3.3 Patogeneze

Vznik příčiny AP je neregulovaná aktivace enzymů v acinárních buňkách. Dochází nejprve k aktivaci trypsinogenu na tripsin. Aktivaci trypsinu způsobuje odštěpení TAP (trypsinogen aktivací peptid), ten následovně aktivuje enzymy chymotrypsin, elastázu a fosfolipázu A2. U lipázy k tomuto jevu nedochází z důvodu toho, že se zde v aktivované variantě nachází. Závažnost účinků enzymů trypsinu je nejmenší, naopak lipáza a elastáza s volnými mastnými kyselinami působí nejzávažněji. Pankreas chrání před autodigescí několik mechanismů, mezi které patří trávicí enzymy, aktivace trypsinogenu mimo pankreas, přítomnost nespecifické antiproteázy α -2 makroglobulinu v intersticiu, pankreatické vývody nedovolují návrat aktivovaných enzymů, autodegradace, inhibitory trypsinu, nízké pH a další (Žárská, 2020).

K předčasné aktivaci enzymů může dojít hned z několika důvodů. Jedním je zvýšený tlak v pankreatickém vývodu a duodenopankreatický reflux, dalším intracelulární aktivace enzymů, vliv ethanolu a některých léků. Významnou roli v patogenezi akutní pankreatitidy hraje zřejmě i kalcium. Odchylka kalcia může způsobit aktivaci tripsinu, načež další kroky mohou vést k akutní pankreatidě. Záleží na podobě a koncentraci, v jaké se kalcium nachází. Protože například cheláty kalcia mají opačný vliv, což znamená, že brání aktivaci tripsinu. Žárská (2020) také tvrdí, že k předčasné aktivizaci enzymů může dojít hned z několika důvodů.

3.4 Klasifikace

3.4.1 Klasifikace dle tíže akutní pankreatitidy

Při diagnostice tohoto onemocnění je důležité rozhodnout, o jakou formu akutní pankreatitidy jde. Díky tomu se pak může včas zvolit správná terapie. Patologické změny tkáně pankreatu dělíme na edematózní a hemoragicko-nekrotické změny. Dle Atlantské klasifikace akutní pankreatitidy rozlišujeme akutní pankreatitidu podle průběhu a rozvoje komplikací na lehkou a těžkou formu (Bartůňek a kol, 2016).

3.4.2 Lehká forma akutní pankreatitidy

Charakteristické znaky pro lehkou formu akutní pankreatitidy jsou pouze ojedinělé nekrózy v pankreatické tukové tkáni a edém tkáně pankreatu. Při této formě akutní pankreatitidy není přítomnost orgánového selhání a je bez lokálních či systémových komplikací. To však neznamená, že se u ní nemůže projevit reversibilní orgánové selhání. Zánět je omezen jen na samotnou slinivku břišní a její blízké okolí. Průběh této formy je lehký a vyskytuje se zhruba v 80 % všech případů akutní pankreatitidy. Smrtelnost lehké formy se pohybuje mezi 1–2 % maximálně (Bartůňek a kol., 2016; Žárská, 2020).

3.4.3 Těžká forma akutní pankreatitidy

Pro tuto akutní pankreatitidu je typický hemoragicko-nekrotický zánět. Procentuálně tvoří asi 20 % případů. Tato forma je opravdu závažná a úmrtnost se objevuje až okolo 30 %. Těžká forma je charakteristická neustupujícím orgánovým selháním, a to jednoho nebo více orgánů, které trvá déle než 48 hodin a začíná společně se SIRS (septický šok) a lokálními komplikacemi. Těžká forma akutní pankreatitidy jakékoli etiologie, může vést k řadě komplikací, a to jak infekčních, tak nekrotických. Nekrotické komplikace jsou pankreatické a peripankreatické nekrózy, infikované pankreatické a peripankreatické nekrózy. Infekční komplikace jsou pankreatické abscesy, pseudocysty a infikované pseudocysty. (Bartůňek a kol., 2016; Schein a Rogers, 2011).

3.5 Dělení podle patofyziologických změn tkání

Na základě diagnostických vyšetření, jako jsou zobrazovací metody, můžeme stanovit, o jakou akutní pankreatitidu jde. Můžeme odhalit formu intersticiální a nekrotizující (Foster a kol., 2016; Bartůňek a kol., 2016).

3.5.1 Intersticiální akutní pankreatitida

Intersticiální edematózní akutní pankreatitida se objevuje ve většině případů. Obvykle je charakterizována neohrazeným homogenním zvětšením slinivky břišní kvůli zánětlivému otoku. Tento typ AP je doprovázen peripankreatickým zánětem, nekróza tkáně se zde ale neobjevuje. Zlepšení stavu a vymizení klinických symptomů obvykle dojde již po jednom týdnu od začátku ataky (Foster a kol., 2016; Bartůněk a kol., 2016).

3.5.2 Nekrotizující akutní pankreatitida

Podle Fostera a kol. (2016) je forma této akutní pankreatitidy nejčastější. Projevuje se nekrózou parenchymu slinivky břišní, peripankreatické tkáně nebo obou částí. Až 75 % případů tvoří kombinace parenchymu a okolní tkáně, pro které je charakteristický nezvětšený parenchym slinivky břišní i nezvětšenou heterogenní peripankreatickou kolekcí. Méně častá je varianta nekrotizující AP pouze v oblasti parenchymu slinivky břišní. Tvoří však 20 % všech případů nekrotizující AP peripankreatické tkáně. Peripankreatická nekróza je charakterizována zvětšením pankreatu, okolní tkáň podléhá nekróze.

„Nekróza, která je od počátku sterilní, se v průběhu několika týdnů může změnit na nekrózu infikovanou, a to kvůli střevním bakteriím. V prvním týdnu onemocnění infikovaná nekróza obvyklá není. Úmrtnost u infikované nekrózy stoupá až na 25 %.“ (Banks a kol., 2013, s. 102–111)

Foster a kol. (2016) doporučují k odhalení nekrotizující AP, provést CT vyšetření s kontrastní látkou, nejlépe pět až sedm dní po začátku obtíží. Pokud se CT udělá dříve, nemusí nekrózu detekovat.

4 KLINICKÝ OBRAZ

Prvním a nejvýraznějším příznakem je bolest, která má nástup během několika málo minut a jejíž intenzita tak rychle dosáhne plnosti. Může se ale rozvíjet i pomaleji během několika hodin. Bolest je lokalizovaná v epigastriu a horním mezogastriu vlevo od pupku. Pokud je pankreatický exsudát velký, není výjimkou bolest celého břicha včetně podbřišku. Může propagovat do zad. Pacienti tuto bolest popisují jako hlubokou a stálou. Pokud je taková bolest zastihne, úleva přichází v poloze na boku s koleny přitaženými k tělu nebo vsedě. Bolest ale nepřetrvává pouze krátkou dobu, může trvat několik hodin až dnů.

Bolest se ale liší. Pokud trpí pacient biliární poruchou, má jiné obtíže než pacient s alkoholickým postižením pankreatu. U pankreatitidy biliární trvá bolest kratší dobu, naopak u alkoholické většinou přetrvává déle. U tohoto typu bolesti může mít pacient pocit na zvracení a může i zvracet nebo zvracení předejde bolest. Pouze u alkoholické pankreatitidy lze zvažovat časovou souvislost s vyvolávajícím faktorem. Pankreatitida u alkoholika většinou nenasedá na alkoholický exces a pokud ano, tak s několikahodinovým zpožděním.

U lehké pankreatitidy může být bolest nevýrazná, podobně i fyzikální nález a další symptomy. Bezbolestné mohou být i ty nejtěžší symptomy s celkovou alternací a s encefalopatií.

U těžké pankreatitidy pacient jeví všechny známky závažného stavu. Pacienti, kteří trpí touto formou pankreatitidy, mohou ležet nehybně, protože se bojí, že s každým pohybem bude bolest intenzivnější a prudší. Nebo je nesnesitelná bolest nutí ke změně polohy, aby dosáhli úlevy. Výjimkou není ani teplota, která může přesahovat až 39 °C i bez infekce. U pacienta je většinou zjištěna tachykardie mezi 80–100¹/min. Pokud dojde k hypovolemii, pacientovi klesne tlak na hypotenzi a jeho končetiny tak mohou být chladné. Při bolesti může být oslabené dýchání. To je známkou pleurálního výpotku. Břicho je vzedmuté, peristaltika je obleněna (je pomalejší) nebo vymizelá. Nejčastěji je pak u biliární pankreatitidy ikterus.

Trna a Kala (2016) klasifikovali příznaky těžké pankreatitidy, u níž mohou být přítomny známky peritoneálního dráždění, hematomy ve slabinách nebo v okolí pupku. Tyto příznaky značí závažnost onemocnění. Sdruženou známkou může být krvácení do retroperitonea. Není to však podmínkou. Občasným projevem je i diskolorovaný edém skrota a penisu, nebo podkožní tukové nekrózy.

4.1 Komplikace

Komplikace akutní pankreatitidy jsou buď lokální, nebo systémové.

Lokální komplikace akutní pankreatitidy je akutní peripankreatická kolekce tekutiny (APFC), pankreatická pseudocysta, akutní nekrotická kolekce a ohraničená nekróza. Jako další sem řadíme i trombózu portální a lineální žíly, které se vyskytují převážně u pacientů s opakovaným záchvatem AP, nekrózou tlustého střeva a výpotky (Trna, 2016).

Akutní pankreatická kolekce tekutiny se objevuje již v počátku onemocnění. Sama po nějaké době vymizí bez vnějšího zásahu. Může se ale stát, že trvá 4–6 týdnů, a pokud se tak stane, může se z ní vytvořit pseudocysta. Není ohraničená granulační ani fibrózní tkání a obvykle zůstává sterilní (Trna, 2016; Foster a kol., 2016)

Trna (2016) a Foster a kol. (2016) se shodují, že pankreatická pseudocysta je nakumulovaný sekret, který je ohraničen stěnou granulační tkáně. Onemocnění se tvoří 4–8 týdnů od propuknutí a u velké většiny nemocných ustupuje do deseti týdnů. Tato cysta může postihovat i okolní orgány, jako je slezina, tenké a tlusté střevo, a zároveň se sekret může infikovat.

Akutní nekrotická tkáň obsahuje tekutinu a nekrotickou tkáň. Vzniká v prvních čtyřech týdnech. Do této kolekce též řadíme parenchym slinivky břišní nebo pankreatickou tkáň. Objevují se pouze u nekrotizující pankreatitidy a mnohdy jich bývá i více. Pokud nedojde k resorpci do čtyř týdnů, může se stát, že dojde ke ztlustění stěny a vzniká ohraničená nekróza, která se nachází v pankreatické a peripankreatické oblasti. Na pohled nemá pravidelný tvar, obsahuje tekutinu a částice tukové a pankreatické tkáně. Ohraničená nekróza nemusí být pouze sterilní, ale může se infikovat. Stejně jako u jiných komplikací (Trna, 2016; Foster a kol., 2016).

Foster a kol. (2016) řadí do systémových komplikací orgánové selhání a exacerbaci již existujícího onemocnění, jako je například ischemická choroba srdeční nebo chronické onemocnění plic.

4.2 Diagnostika

Diagnostika je soubor metod, který hraje velkou roli v určení etiologie a léčby akutní pankreatitidy. Rozlišujeme metody klinické, laboratorní a zobrazovací. Zobrazovací metody mají velký význam pro správné určení diagnózy. Důležité pro diagnostiku jsou i subjektivní

obtíže a fyzikální nález. Dle Atlantské klasifikace AP, kterou redigoval Banks a kol. (2013) a na kterou odkazuje i Trna (2016) a Kala (2016), musí nemocný splňovat alespoň dva body z následujících tří kritérií, která jsou: bolesti břicha, zvýšená hodnota sérové amylázy nebo lipázy na více než trojnásobek horní hranice normy a morfologický kolerát (Trna, 2016; Banks a kol., 2013).

4.2.1 Anamnéza

První krok v diagnostice je anamnéza. Nemocného se zeptáme na základní informace, které pak zařazujeme do jednotlivých bodů anamnézy. Rozlišujeme např. anamnézu osobní, rodinnou, pracovní, farmakologickou, přidružených onemocnění, alergickou, sociální. Dále nás zajímají akutní subjektivní obtíže. Nejčastější je bolest břicha. Při sběru informací do anamnézy sleduje lékař i zdravotní sestra nemocného, jeho reakce a neverbální projevy. Při odběru anamnézy je nejdůležitější správně pokládat otázky, aby je nemocný správně pochopil a nebyly pro něho zavádějící. Podstatné je, aby informace získané od nemocného týkající se zdravotního stavu či rodiny byly pravdivé. Dále pak musíme zmínit dědičné choroby, které se vyskytují po několik generací, na které členové rodiny zemřeli. Zajímat by nás mělo i užívání léků a vliv alkoholu (Libová a kol., 2019). Libová, Balková a Jankechová (2019) se zabývaly celým procesem diagnostiky.

4.2.2 Fyzikální vyšetření

Fyzikální vyšetření rozdělujeme ještě na dvě části, a to na subjektivní a objektivní.

Subjektivní vyšetření spočívá v prožitcích nemocného. Jak se cítí, co ho trápí. Patří sem nauzea, zvracení, pocit plného žaludku a břicha, říhání, meteorismus a bolest. Bolest je klíčovým faktorem pro toto onemocnění. Zajímá nás, jaký typ bolesti nemocný pociťuje, kde ji cítí nejvíce a jestli se bolest rozšiřuje i do okolí, nebo je jen v místě.

Objektivní vyšetření jsou ta, která může zhodnotit jiná osoba vyšetřovacími metodami nebo laboratorním vyšetřením. Do kategorie vyšetřovacích metod patří pohled, pohmat, poklep, poslech a per rectum. V neposlední řadě jsou pro nás důležité fyziologické funkce. Tělesná teplota, tlak, puls, dech.

4.2.3 Paraklinické vyšetření

Paraklinické vyšetření se týká převážně krevních testů a testů tělních tekutin. Pro nás jsou velice důležité krevní testy, které nám při správné diagnostice onemocnění hodně napoví. V krevních testech můžeme vidět zvýšené hodnoty amylázy, sníženou hodnotu kalcia v séru, zvýšenou hodnotu glykemie a bilirubinu, leukocytózu (zvýšený počet bílých krvinek) a zvýšené hodnoty hematokrytu (poměr červených krvinek k plazmě) kvůli ztrátě plazmy. V moči se objeví glykosurie a v krvi a v moči bude zvýšená hodnota amyláz (Libová a kol., 2019).

4.2.4 Zobrazovací vyšetření

Zobrazovací metody, které nemocný musí podstoupit, jsou RTG nativní snímek břicha, RTG hrudníku, USG vyšetření břicha, CT vyšetření břicha a ERCP.

RTG hrudníku zobrazí např. ploténkové atelektázy či pohrudniční výpotek (levostranný nebo oboustranný). USG vyšetření břicha nám napomůže k diagnostice cholelitiázy a šíří hlavního žlučového. Není to ovšem důležité vyšetření pro diagnostiku akutní pankreatitidy, ale poslouží jako důkaz její biliární formy. Vyšetření, které je pro diagnostiku AP důležité, je CT vyšetření břicha, které je přínosné až po uplynutí 48 hodin od prvních příznaků (časného stádia). V časných fázích je endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie (ERCP) nejen metodou diagnostickou, ale i terapeutickou procedurou (Libová a kol., 2019). S tím souhlasí i Bartůněk a kol. (2016).

4.3 Terapie

4.3.1 Konzervativní léčba

Bolest, kterou pacienti prožívají při této nemoci, léčíme podáním opiátů (Dolsin, Tramal), nebo podáním pyrazolonů (Novalgin). Bohužel se musíme vyhýbat Morfinu. Ten totiž účinkuje jako spasmus Oddiho svěrače. Dále také nepoužíváme žádná spasmolytika, jejichž účinek zvyšuje nebezpečí paralytického ileu a je neefektivní. Pacientům, kterým se při této silné bolesti hůře dýchá, uleví kontinuální podání epidurální anestezie. Epidurální anestezie zmenšuje riziko útlumu dechového centra. V případě, že pacient stále zvrací, můžeme zavést nasogastrickou sondu, abychom mohli odsát žaludeční obsah a inhibovat tak žaludeční sekreci.

Hlavní symptom akutní pankreatitidy je hypovolemický šok. Oddělení tekutin od peritoneálního prostoru je velmi významný, již na počátku onemocnění může dojít až k několika

litrové ztrátě tekutin každý den. Snížení objemu krve v oběhovém systému způsobí vazokonstrikci na periferních cévách, snížení perfuze ledvin a vazokonstrikci plicního řečiště. Objektivními příznaky jsou bledost pacienta a mramorovaná kůže, subjektivními příznaky jsou oligurie až anurie a dušnost. Hypoxie orgánů manifestuje multiorgánovým selháváním, což často končí fatálně. Základní pomoc pacientovi je včasná a dostatečná rehydratace. K doplnění ztracených tekutin používáme krystaloidní a koloidní roztoky. Rehydratace musí být zahájena už při lehkých příznacích. Množství roztoků doplňujících krevní řečiště se určuje v závislosti na individuální snášenlivosti, věku, stavu oběhového systému a dalších faktorech. Důležitá je stálá monitorace diurézy, tělesné hmotnosti a oběhových parametrů – tlak v plicním řečišti nebo centrální žilní tlak a průběžná kontrola činnosti srdce, plic a ledvin.

Aby se předešlo sekreci pankreatických enzymů, je důležité, aby pacienti v akutní fázi pankreatitidy nejedli a nepili, a to ani čistou vodu. Výživa se poté zajišťuje individuálně, tzn. podle BMI a závažnosti akutní pankreatitidy. U pacientů s malnutricí se zahajuje parenterální výživa hned druhý den hospitalizace. V parenterální výživě podáváme i tukové emulze, jelikož kvůli probíhajícímu zánětu musíme krýt zvýšenou energetickou potřebu. Při lehčí formě onemocnění můžeme již čtvrtý den zatížit pacienta stravou, nejprve kombinujeme přísný pankreatický režim a sipping. U pacientů s těžkou formou nemoci, kteří netrpí podvýživou, zahajujeme asi čtvrtý den parenterální výživu v kombinaci s enterální výživou, která je aplikována do nasosejunální sondy. Tato sonda umožňuje se vyhnout stimulaci pankreatu. Cílem této výživy je snižování parenterální dávky, postupné zvyšování enterální dávky a postupné převedení pacienta na plně enterální výživu. Tato výživa zajišťuje energetický příjem a udržuje tak správnou střevní mikroflóru. U totální parenterální výživy je totiž velké riziko translokace bakterií do okolí. To způsobí vznik sekundární infekce v nekrotických ložiscích.

Pacienti s AP musí dodržovat přísnou dietu s omezením tuků (dieta č. 4S). V průběhu hospitalizace pečuje o pacienta nutriční terapeut, který vybírá vhodnou stravu podle pacientovy tolerance. S nutričním terapeutem je potřeba udržovat stálý kontakt. Před odchodem domů je pacient poučen, co všechno smí a nesmí jíst. Důležité je, aby pacient při léčbě akutní pankreatitidy nepožíval žádný alkohol. Pacienti smí jíst polévku z krup, ovesných vloček či rýže, pečivo smí pouze starší a bez soli a máku, dále smí bramborovou, krupicovou či ovesnou kaši bez jakéhokoli tuku a netučné suchary. Do kaší mohou přidat mléko v malém množství a další netučné mléčné výrobky – jemné zeleninové pyré a nedráždivé kompoty

(např. jablečný), z čerstvého ovoce je nejvhodnější banán. V jídelníčku se může objevit libové maso bez kůže, které musí být podušené, nebo jinak tepelně zpracované, lehce osolené s čerstvou petrželkou nebo mletým kmínem, bez jakéhokoli koření. Ke svačině je vhodná šunka a v malém množství i vaječné bílky.

Později, když pacient dodržuje přísnou dietu, může pomalu přecházet na dietu s omezením tuků (dieta č. 4). Obvykle u pacientů, kteří mají AP způsobenou alkoholem, je těžké abstinovat, a to bývá problém.

Co se týče léčby, v první řadě se podávají antibiotika. Správná ordinace antibiotik probíhá na podkladě výsledků mikrobiologického vyšetření punktátu infikovaného pankreatu. Biopsie se provádí CHIBA jehlou pod CT kontrolou. Nejčastěji podávaná antibiotika jsou například cefalosporiny III. generace, Metranidazol, Karbapenemy, Ciprofloxacin či Chinolony. Dále jsou doporučovány léky, jejichž hlavním cílem je snížit sekreci žaludku a pankreatu. Podávány jsou blokátory protonové pumpy.

Pokud je akutní pankreatitida spojena s plicními komplikacemi, je potřeba zajistit podporu dýchání. Pokud dýchací obtíže nejsou tak závažné, postačí jen oxygenace kyslíkovou maskou či brýlemi. U těžké formy je potřeba použít plicní ventilaci.

Pokud dojde k obstrukci žlučových cest, jednou z nejúčinnějších terapií je EPST neboli endoskopická papilosfinkterotomie. Důležité je, aby výkon byl vykonán emergentně, jinak velmi rychle ztrácí efektivitu (Libová a kol., 2019; Bartůněk a kol., 2016).

4.3.2 Chirurgická léčba

Vzniknou-li při akutní pankreatitidě komplikace, jsou většinou řešeny chirurgicky. Možnými komplikacemi jsou sterilní a infikovaná nekróza.

Sterilní nekrózu a její odstranění určuje rozsah poškození žlázy. Poškození se počítá v procentech. Pokud sterilní nekróza zasahuje méně než 30 % žlázy, není potřeba chirurgického řešení.

Infikovaná nekróza je komplikace, u které je nutný chirurgický výkon. Za chirurgický výkon považujeme nekrektomii spojenou s odstraněním abscesů a proplachovou drenáží dutin, které jsou infikované. Za šetrnější výkon považujeme digitoklasii, kdy lékař odstraní odloučenou nekrózu od zdravé tkáně prsty. Abscesy se pak punktuji pod CT a USG kontrolou.

Pokud je žláza postižena celá, je možnost provést pankreatektomií. Při tomto výkonu ale stoupá mortalita. Další komplikace vyžadující chirurgické řešení je krvácení nebo cévní obstrukce. Jestliže má pacient subakutní potíže, za které považujeme neinfikované pseudocysty pankreatu, mohou se řešit až s několikátýdenním zpožděním (Libová a kol., 2019; Bartůněk a kol., 2016).

5 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O NEMOCNÉ S AKUTNÍ PANKREATITIDOU

U nemocných s akutní pankreatitidou lehké formy nebývá nutná intenzivní monitorace a zavedení invazivních vstupů, které by byly pro další léčbu nezbytné. Mluvíme například o centrálním žilním katetru (CŽK), permanentním močovém katetru (PMK) nebo nasogastrické sondě (NGS). V tu chvíli by mohly vstupy být dalším rizikem vzniku komplikací. Jedná se především o infekce spojené se zdravotní péčí. U hospitalizovaných klientů, u kterých je diagnostikována lehká forma akutní pankreatitidy, je malá pravděpodobnost, že dojde k rozvoji nekrózy pankreatu anebo septickému stavu. V takovémto případě není nutno nemocnému podávat parenterální výživu do CŽK. Perorální příjem stravy by měl začít tehdy, když je průběh bez komplikací a nemocný ji začne tolerovat. Ze začátku se léčba zaměřuje na úpravu vnitřního prostředí, vyloučení perorálního příjmu, tekutinovou resuscitaci a optimální diurézu. Nemocní mohou přijímat perorální dietu zhruba pátý den hospitalizace. Pokud ale dojde k rozvoji známek zvýšeného katabolismu, zahajujeme parenterální výživu do periferního žilního katetru (PŽK). Pro zavedení PŽK je vhodné využít žilní řečiště horních končetin. Po zavedení PŽK je nutné, aby sestra prováděla vizuální kontrolu místa vpichu a krytí vstupu. Tuto kontrolu sestra provádí po celou dobu zavedení PŽK. Pokud je krytí špinavé či porušené, je třeba provést převaz, a to i přes to, že není plánována výměna krytí. Nemocní s diagnostikovanou akutní pankreatitidou lehké formy jsou po odeznění akutní fáze překládáni na standardní oddělení. Akutní fáze odeznívá většinou po 7–10 dnech (Krška, 2019; Kapounová, 2020; Horáčková a kol., 2018; Soukupová, 2021).

Velmi těžký stav je pak při těžké a středně těžké akutní pankreatitidě. Tento stav vyžaduje multidisciplinární přístup a spolupráci intenzivní medicíny, gastroenterologie, intervenční radiologie a chirurgie. Důležitou roli hrají výsledky laboratorních vyšetření, a to zejména biochemie, hematologie a mikrobiologie. Stejně tak důležité jsou i zobrazovací metody, jako je ultrasonografie (USG), magnetická rezonance (MR) a počítačová tomografie (CT). Nemocní s diagnostikovanou akutní pankreatitidou středně těžké a těžké formy bývají hospitalizováni na jednotce intenzivní péče, kde je základním léčebným opatřením časná tekutinová resuscitace krystaloidními roztoky. Podmínkou tekutinové resuscitace je hemodynamické (invazivní) monitorování, kontrola nitrobřišního tlaku a sledování diurézy. Tomu předchází aseptické zavedení permanentního močového katetru (PMK). Dále probíhá invazivní měření krevního tlaku za pomoci arteriálního katetru a měření centrálního venózního tlaku (CVP).

Při zvracení nebo při přítomnosti ileózního stavu se zavádí nasogastrická sonda (NGS). Tato sonda má zajistit odsávání žaludeční tekutiny. Úkolem sestry je každodenní vizuální kontrola sondy, polohování a následná fixace. Léčba akutní pankreatitidy spočívá v přísném zákazu příjmu perorální stravy. U těžké akutní pankreatitidy se standartně do 48 hodin po atace zavádí nasojejunální sonda (NJS) pro časnou enterální výživu. Péče o nasojejunární sondu je stejná jako o sondu nasogastrickou, jediné, v čem se péče liší, je častější proplachování, tím předcházíme neprůchodnosti sondy. U akutní pankreatitidy je hlavním příznakem bolest, která je mnohdy až šokující. Proto je důležitá komunikace mezi sestrou a nemocným. Úkolem sestry je vybízet nemocného, aby co nejpřesněji popsal svou bolest, lokalizoval ji a specifikoval intenzitu jeho bolesti. Sestra musí respektovat pacientovu toleranci bolesti a její prožívání. Léčba analgetiky je nejvyužívanější postup, který má za úkol odstranit bolest. Nutnost sestry v péči o nemocného je co nejrychleji podat analgetika a následně sledovat účinnost. Vše se zaznamenává do dokumentace. Dále sestra kontinuálně monitoruje vitální funkce nemocného a zapisuje je do dokumentace a pokud nastane nějaká patologie, musí sestra ihned informovat lékaře. Sestra provádí odběry biologického materiálu dle ordinace lékaře.

V průběhu hospitalizace sestra pečuje nejen o invazivní vstupy, ale také o rány, které mohou být způsobeny chirurgickým zákrokem nebo s nimi nemocný už přišel. Sestra musí rány ošetřovat asepticky, tím předchází riziku vzniku komplikací. Převazy rány se provádí vždy po kontrole lékařem, který musí zhodnotit ránu a poté dá sestře instrukce, jak o ránu dále pečovat. Sestra se stará ale i o to, aby byl nemocný co nejvíce soběstačný a byl v psychické pohodě. Proto je důležité nemocné v těchto oblastech podporovat. Podpora soběstačnosti může znamenat zajištění rehabilitace pro nemocného nebo dát nemocnému dostatek prostoru ve vykonávání běžných denních činností. Nemocného bychom měli za každý úspěšný krok pochválit a zároveň tak motivovat k dosažení dalšího cíle. V průběhu hospitalizace sestra používá hodnotící škály pro stav vědomí, bolest, soběstačnost a vznik komplikací. Tyto škály pomohou sestře v plánování cílů ošetrovatelské péče a následně její realizace. Díky těmto škálám je i jednodušší vyhodnocení nebo naopak přehodnocení a nastavení nových cílů. Veškeré tyto aktivity, ať už se jedná o péči o ránu, ošetrovatelskou rehabilitaci, hodnotící škály, nebo vyhodnocení cílů, sestra zaznamenává do dokumentace (Bartůněk a kol., 2016; Kapounová, 2020; Čoupková a kol., 2019; Zadák, 2008).

5.1 Fáze ošetrovatelského procesu

Ošetrovatelský proces je série činností, které jsou vzájemně propojené a provádějí se ve prospěch nemocného. Tyto činnosti napomáhají sestřám, aby mohly samostatně rozhodovat o nejvhodnějším způsobu péče, dosahovat stanovených cílů a měřit změny, které nastaly u pacienta. Cílem procesu je naplňování potřeb pacienta. Podle Šrámkové a kol. (2011), na kterou navazuje Trachtová a kol. (2018), je ošetrovatelský proces složen z anamnézy, diagnózy, plánu ošetrovatelské péče a realizace ošetrovatelské péče. Posuzování je rozděleno na dvě složky. Jednou ze složek je anamnéza, ve které nás zajímá veškerá zdravotní minulost nemocného, tj. genetická predispozice, prodělaná onemocnění, stravovací návyky, abúzus alkoholu, užívání léků atd. Další jsou fyzikální vyšetření, mezi které patří subjektivní a objektivní příznaky onemocnění a měření fyziologických funkcí, jako je tělesná teplota, dech, pulz a krevní tlak. Následná diagnostika je rozdělena do dvou odvětví, a to paraklinická vyšetření a speciální vyšetření. Paraklinická vyšetření se provádějí hned po přijetí nemocného. Jde zejména o odběr žilní krve a moči. Mezi speciální vyšetření se řadí RTG, USG, CT a ERCP. V poslední řadě je léčba. I ta je rozdělená, a to na konzervativní a chirurgickou léčbu. V konzervativní léčbě jde hlavně o funkční klid žlázy, opatření proti šoku, podávání antibiotické léčby a přechod na perorální stravu. Chirurgická léčba zahrnuje operační výkony na pankreatu. Díky těmto specifickým pak zdravotní sestra realizuje ošetrovatelskou péči o nemocné (Libová a kol., 2019).

5.2 Edukace nemocného s akutní pankreatitidou

Existují různé edukační programy pro nemocné. Nejčastěji se zaměřují na poskytnutí důležitých informací o onemocnění a jeho léčbě. V těchto edukačních programech jde o poradenství v oblastech, jako je úprava životního stylu, zvládnutí onemocnění a změna chování. Edukační program tak představuje komplexní soubor intervencí zaměřených na ovlivnění chování ve vztahu ke zdraví a zdravotního stavu, respektive kvality života. Edukace je definována jako plánovaný, systematický, postupný proces učení a vzdělávání nemocných, vycházející z posouzení, diagnózy individuálních potřeb a hodnocení efektivnosti využitých intervencí. U nemocných s akutní pankreatitidou je nejdůležitější vysvětlení významu léčebného režimu. Cílem edukace je, aby nemocný pochopil, že jeho zdravotní stav se bude vyvíjet dobře, pokud nemocný bude dodržovat stanovené stravovací návyky, které povedou k celkovému zlepšení zdravotního stavu a z kvalitnění života. Nemocný musí pochopit, že

změna životního stylu je důležitá. Akutní pankreatitida je onemocnění, u kterého velice záleží na dodržování přísné diety. Edukace se tedy v první řadě zaměřuje na stravování. Snažíme se nemocnému ukázat a naučit ho, jaké potraviny je vhodné konzumovat a jaké naopak ne. Pro nemocného je důležitý pravidelný pohyb. Důležité pro edukaci jsou rozhovory a praktické ukázky, u nichž máme okamžitou zpětnou vazbu. Je nutno přizpůsobit edukaci stavu nemocného, protože zdravotní stav má největší vliv na jeho pozornost, soustředěnost a zájem o dané téma. Podstatou celého rozhovoru je srozumitelnost, vyhýbat se odborným termínům a mluvit pomalým tempem přiměřeně věku a psychickému stavu nemocného. Zde si může dobře ověřit, zda nám nemocný rozumí. Konečnou fází edukačního procesu je vyhodnocení, které se týká účinnosti edukace. Vyhodnocení může probíhat formou pokládání kontrolních otázek, pozorování nemocného při provádění konkrétního výkonu. Dalším ukazatelem účinnosti edukace mohou být objektivní ukazatele, mezi které řadíme např. snížení tělesné hmotnosti a sníženou hladinu cholesterolu v krvi. V tu chvíli vidíme, že nemocný dodržuje kritéria stanovená ve stravě, která jsme mu doporučili. Edukátor nesmí zapomenout svého edukanta chválit i při sebemenším zlepšení stavu a podporovat ho. Podpora nemocného povzbudí pro dosažení dalšího cíle. Pokud ovšem dojde ke kritice, musí být vyvážená pozitivou a musí být podpořena návrhem ke zlepšení. Tomu se říká konstruktivní kritika. V poslední řadě se edukace a edukační plán zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace, a to proto, aby ostatní členové ošetrovatelského týmu věděli, v jaké míře je nemocný edukovaný a zároveň aby byl edukátor chráněn před stížnostmi na nedostatek podaných informací. Stvrzení podpisem nemocného o dokončení všech absolvovaných lekcí je nutností (Kubero-rová 2010; Svěráková, 2012; Gurková, 2017; Nová, 2015).

5.3 Dělení ošetrovatelské edukace

Prvním druhem edukace je edukace základní. Tou prochází pacient, kterému je nově zjištěno onemocnění. Pacient nemá s onemocněním žádné zkušenosti, ani o něm nic neví, a proto je nutné seznámit ho se základní problematikou onemocnění.

Komplexní edukace je v pořadí druhá a je tzv. rozšířená. Edukanta vzděláváme, ale i cvičíme. Nemocnému je připraven domácí program, dle kterého má postupovat. Důležité je poskytnout konzultace i jeho rodinným příslušníkům. Obvykle je komplexní edukace poskytována pacientům trpícím chronickým onemocněním, které jim zasahuje do zvyklostí po celý život.

Reedukace je poslední druh edukace a nazýváme ji pokračující či navazující edukací. Váže se na již získané vědomosti. Úkolem reedukace je opakování, procvičování, doplnění o další informace potřebné při změně podmínek (Kuberová, 2010).

5.4 Fáze edukačního procesu

Edukační proces má pět fází – posuzování, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení.

Posuzování je proces, při kterém sestra sbírá všechny potřebné informace o daném jedinci a poté je analyzuje a třídí. Získávání informací probíhá obdobně jako u ošetrovatelského procesu (rozhovor, dotazník, fyzikální vyšetření, pozorování a dokumentace). Pro sestru je důležité vědět, zda má pacient motivaci se učit a starat se o své zdraví (Svěráková, 2012; Kuberová, 2010).

PRAKTICKÁ ČÁST

6 FORMULACE PROBLÉMU

Akutní pankreatitida je akutní onemocnění zánětlivého charakteru, které je způsobené neregulovatelnou aktivací proteolytických enzymů uvnitř pankreatu s následnou autodigescí žlázy a zánětlivou reakcí lokální, někdy i systémovou. Tato zánětlivá reakce někdy spontánně ustane, jindy může pokračovat do nekrózy pankreatu nebo obklopující tukové tkáně. Orgány ležící v blízkosti pankreatu mohou být též zánětem ovlivněny a může u nich dojít k selhání jejich funkce. Projevy a závažnost onemocnění tvoří široké spektrum. Závažnost onemocnění je dána rozsahem postižení pankreatu a systémovými projevy. V 80 % případů je průběh onemocnění většinou mírný. Vede relativně rychle k úpravě. Těžké formy onemocnění vyžadují obvykle dlouhodobou hospitalizaci. Riziko úmrtí je v 15–20 %.

Vzhledem k výše uvedenému se lze domnívat, že saturace potřeby jistoty a bezpečí bude pro nemocné klíčová, stejně jako tišení bolesti a kompenzace možné snížené soběstačnosti. Tématem naší práce je tedy problematika uspokojení potřeby jistoty a bezpečí.

Přítomná bolest a omezení soběstačnosti mohou být hlavními ovlivňujícími faktory. Pokládáme si tedy otázku Jak nemocní s akutní pankreatitidou vnímají během hospitalizace uspokojování potřeby jistoty a bezpečí?.

7 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Ke zpracování empirické části k bakalářské práci byl zvolen hlavní cíl a hlavní výzkumná otázka, které byly dále blíže specifikovány pomocí tří dílčích cílů a k nim odpovídajících dílčích výzkumných otázek.

7.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem realizovaného výzkumu bylo zmapovat, jak nemocní s akutní pankreatitidou vnímají během hospitalizace saturaci potřeby jistoty a bezpečí a její ovlivnění faktorem bolesti a snížením soběstačnosti.

Hlavní výzkumná otázka: Jak nemocní s akutní pankreatitidou vnímají saturaci potřeby jistoty a bezpečí během hospitalizace?

7.2 Dílčí cíle a výzkumné otázky

Dílčí výzkumný cíl č. 1: Popsat, jaká je u nemocného s akutní pankreatitidou zkušenost s uspokojováním bolesti.

Dílčí výzkumná otázka č. 1: Jakou zkušenost s bolestí mají nemocní s akutní pankreatitidou?

Dílčí výzkumný cíl č. 2: Popsat, jak nemocní s akutní pankreatitidou vnímají soběstačnost.

Dílčí výzkumná otázka č. 2: Jak nemocní s akutní pankreatitidou vnímají soběstačnost?

Dílčí výzkumný cíl č. 3: Popsat, jak nemocní s akutní pankreatitidou vnímají saturaci potřeby jistoty a bezpečí.

Dílčí výzkumná otázka č. 3: Jak nemocní s akutní pankreatitidou vnímají saturaci potřeby jistoty a bezpečí?

7.3 Operacionalizace pojmů

Vnímání – je subjektivní odraz objektivní reality v našem vědomí prostřednictvím receptorů. Je to proces, který zachycuje to, co v daný okamžik působí na smysly. Informuje o vnějším i vnitřním světě.

Saturace – je psychické nasycení/naplnění, které je zvýrazňováno odporem k opakování prováděné činnosti nebo k dlouhodobě působícímu jednotvárnému podnětu.

Potřeba – je projev určitého nedostatku jedné nebo více nezbytných složek základního uspokojení, které umožňuje normální fungování lidského těla. Nezbytné složky jsou uvedeny v Maslowě pyramidě potřeb.

Jistota a bezpečí – je potřeba se vyvarovat nebezpečí a ohrožení. Vyžaduje důvěru, spolehlivost, stabilitu, potřebu ochránce, osvobození od strachu, ale také ekonomické zajištění.

Soběstačnost – je míra samostatnosti při vykonávání každodenních aktivit.

(Trachtová a kol., 2018)

8 METODIKA KVALIFIKAČNÍ PRÁCE

8.1 Metodologie výzkumu

Metodou výzkumu byl kvalitativní výzkum, který není založen na matematickém postupu. Může se týkat života lidí, jejich chování, příběhů, ale také chodu organizací, společenských hnutí nebo vzájemných vztahů. Kvalitativní výzkum se zakládá na analýze zkoumaných jevů, odhalení jejich elementárních složek, odhalení spojení a závislostí, které jsou mezi nimi. V kvalitativním výzkumu jsou vyloučeny všechny číselné a statistické výpočty. Proto popis faktorů, analýza faktorů, jevů nebo procesů probíhá hlavně v narativní nebo esejistické formě. Tyto výzkumy se nazývají terénní, alternativní, životní příběhy, antropologické výzkumy, etnografické a tak dále. Tento typ výzkumu nám umožňuje poznat širší kontext jevů a jejich poznání v přirozených podmínkách. Tento typ výzkumu vyžaduje od badatele sběr dat a přeformulování do jiných textů, které se následně stávají případovými studiemi, životními příběhy. Vystupují v něm osoby, které soustřeďují údaje a jsou zasvěceny do všech tajemství výzkumného záměru. Případně mohou nebo mají možnost modifikovat plán sběru dat v míře, v jaké postupuje práce.

Kvalitativní výzkum probíhá převážně v místech, která mají pro výzkumníka ustálený smysl. V našem případě to bylo nemocniční zařízení. Participanti jsou vybíráni na základě určitého konceptu a jejich počet nebo soubor se během výzkumu rozšiřuje či zužuje. Výzkum je náročný na čas, vědomosti a dovednosti badatele, důležitý je taky cit pro analýzu textových dat a schopnost analytického a kreativního myšlení, schopnost syntézy, je nutná i sociologická imaginace. Badatel je zahlcen množstvím informací, musí se umět rozhodnout, které z nich jsou nejvhodnější. K tomu je zapotřebí nejen patřičná teoretická znalost oboru, ale také určité vzdělání v klasickém výzkumu. V tuto chvíli se může badateli zdát, že nakupení kvalitativních dat je chaotické (Kutnohorská, 2009).

Data byla sbírána pomocí polostrukturovaného rozhovoru, který je součástí kvalitativního výzkumu. Příprava tohoto výzkumu je náročnější na techniku. Utvořili jsme si okruhy otázek, které jsou pro výzkumníka závazné. Jsou to otázky, na které se výzkumník dotazuje participantů. Je třeba podotknout, že je možno zaměňovat pořadí. Některé otázky jsou převážně ponechány na výzkumníkovi. Jde zejména o znění samotných otázek či pořadí. Otázky, které jsou plně strukturovány, vyžadují striktní dodržení pořadí i samotné znění otázek. Odpovědi účastníka je potřeba důkladně vysvětlit, aby v záznamu byly srozumitelné a

aby sám výzkumník věděl, co mu tím účastník chtěl říci. Ověření správného pochopení odpovědí lze dosáhnout tak, že jeho odpovědi budeme interpretovat a podávat doplňující dotazy. Tím pádem téma rozpracujeme do hloubky. U polostrukturovaného rozhovoru je definováno tzv. jádro interview. To znamená, že výzkumník má minimum témat a otázek, které chce probrat. Díky tomu má výzkumník určitý stupeň jistoty, že okruhy všech témat budou skutečně probrána.

Pro úspěšné splnění rozhovoru je důležité si stanovit cíl, kterého chceme dosáhnout. Promyslet si otázky, na které se chceme dotazovat. Dotazovat se stručně, jasně a srozumitelně. Vyhnout se odborným názvům. Navázat důvěru a spolupráci s účastníky. Dále je také důležité odhadnout složitost zkoumaných problémů vzhledem k věku, vzdělání, inteligenci a informovanosti v daném tématu. Mít připravené rámcové odpovědi pro případ, že by došlo k nepochopení otázky. Proto je také dobré mít vždy nějaký příklad, na kterém účastník zcela jistě pochopí, co je podstatou otázky. Důležité je také rozhovor omezit na správnou dobu trvání. Přihlídnout na narůstající únavu, pokles pozornosti a přizpůsobit tomu náročnost tématu i plán rozhovoru. Za maximální délku rozhovoru je běžně považována hranice jedné hodiny. Zajištění dodržování předepsaného postupu, to znamená stanovené míry standardizace, způsob použití pomůcek. Subjektivní ovlivňování odpovědí tazatelem je zcela vyloučené, stejně tak jako vyvozovat ukvapené interpretace pod vlivem sympatie a antipatie. Na závěr je důležité uzavřít kontakt s účastníkem rozhovoru důstojnou formou a tak, aby nebyl účastník výzkumným rozhovorem traumatizován (Kutnohorská, 2009).

8.2 Charakteristika sledovaného souboru

Pro tento výzkum byli vybráni nemocní, kterým byla diagnostikována akutní pankreatitida. Kritéria pro zařazení participantů do výzkumného šetření byla diagnostika akutní pankreatitidy a jejich ochota se zúčastnit výzkumu.

Vzorek participantů byl tvořen 5 nemocnými (3 ženami a 2 muži) ve věku od 19 do 62 let s diagnostikovanou akutní pankreatitidou. Všichni byli hospitalizováni na chirurgické jednotce intenzivní péče ve Strakonících. Příčina a druh akutní pankreatitidy ani přidružená onemocnění nebyly kritériem.

Tabulka 1 Obecná identifikační data respondentů

| Nemocný | <i>Pohlaví</i> | <i>Věk</i> | <i>Příčina AP</i> |
|----------------|-----------------------|-------------------|--------------------------|
| P1 | Muž | 19 let | Alkoholová |
| P2 | Žena | 25 let | Alkoholová |
| P3 | Muž | 40 let | Poléková |
| P4 | Žena | 55 let | Biliární |
| P5 | Žena | 62 let | Biliární |

Zdroj: vlastní zpracování

P1 – Muž ve věku 19 let, student čtvrtého ročníku střední školy v Českých Budějovicích. Nikdy vážněji nestonal a nikdy nebyl hospitalizován v nemocničním zařízení. V rodině se pankreatitida nevyskytovala. Před dvěma lety zjistil, že se necítí dobře ve svém těle a nikomu to nechtěl říci. Podle jeho slov mu nikdo nerozuměl, a tak trávil studentské večery s nejbližšími přáteli a s alkoholem. Alkoholu prý nepohrdne nikdy a rád si dá ve velkém množství tvrdý alkohol. Poprvé se u nemocného projevila bolest 2. 12. 2021, kdy byl přivezen rychlou záchrannou pomocí do nemocnice ve Strakonicih pro akutní bolest břicha – hospitalizován na jednotce intenzivní péče.

P2 – Žena ve věku 25 let, pracující v nemocnici jako uklízečka. Naposledy byla hospitalizována před pěti lety s akutní apendicitidou. Od té doby nikdy vážněji nestonala. V rodinné anamnéze byl uvedený výskyt akutní pankreatitidy, a to u otce. Dle jejích slov si ráda dá s partnerem každý večer pár skleniček alkoholu, a to jak vína či piva, tak i tvrdého alkoholu. Poprvé se u nemocné objevila bolest 27. 12. 2021, do nemocnice se nechala odvést až o den později, tedy 28. 12. 2021 – hospitalizována na jednotce intenzivní péče.

P3 – Muž ve věku 40 let, pracuje v kanceláři ČZ a.s. ve Strakonicih. V roce 2020 mu byla zjištěna rakovina močového měchýře. Dle jeho informací mu byly dlouhodobě podávány nějaké léky na močovou infekci a až po roce mu diagnostikovali karcinom močového měchýře. Poté mu byla podávána cytostatika, po kterých náhle přišla nesnesitelná bolest. Do nemocnice přišel 24. 11. 2021 – hospitalizován na jednotce intenzivní péče.

P4 – Žena ve věku 55 let, pracuje jako pečovatelka v domově pro seniory. Naposledy byla hospitalizována v nemocnici v roce 2007 pro zlomeninu PDK, jinak vážněji nestonala. V rodinné anamnéze se akutní pankreatitida vyskytovala u matky. Ženě se objevily bolesti v pozdních večerních hodinách po tom, co si dala k večeři škvarkovou pomazánku s topinkou. Dle jejích slov jí už několikrát nebylo dobře po tučném a mastném jídle. Dříve prej jedla takové věci běžně a nikdy jí nic nebylo. Žena byla přivezena RZP 14. 12. 2021 v pozdních večerních hodinách – hospitalizována na chirurgickém oddělení.

P5 – Žena ve věku 62 let, pracovala jako učitelka na vysoké škole a nyní je v důchodu. Nikdy vážněji nestonala. V rodinné anamnéze se pankreatitida nevyskytuje. Dle jejích slov se snaží jíst zdravě a udržet se v kondici. Bolest prej začala krátce po obědě, ke kterému měla kachnu s knedlíkem a se zelím. Žena byla přivezena do nemocnice 3. 1. 2022 pro akutní bolesti břicha – hospitalizována na chirurgickém oddělení.

8.3 Organizace výzkumu

V období od listopadu 2021 do ledna 2022 bylo osloveno celkem sedm participantů, kteří splňovali předem stanovená kritéria. Dva lidé účast ve výzkumu odmítli z osobních důvodů. Ostatní oslovení s výzkumem souhlasili. Participantům byl předložen informovaný souhlas, který následně všech pět účastníků stvrdilo svým podpisem. Všichni byli ujištěni, že jejich anonymita zůstane zachována v nejvyšší míře. Participantů byli dopředu seznámeni s průběhem výzkumu. Rozhovory byly realizovány od listopadu 2021 do ledna 2022 v průběhu hospitalizace jednotlivých participantů. Nejkratší rozhovor trval 45 minut, nejdelší pak 68 minut. Jeden rozhovor byl realizován v nemocničním prostředí a čtyři rozhovory byly realizovány v online prostředí vzhledem k závažné epidemiologické situaci související s nákazou covid-19. Všechny rozhovory byly prováděny po odeznění akutní fáze onemocnění.

V závěru rozhovoru bylo jednotlivým participantům poděkováno a byl ponechán prostor na případné otázky či poznámky k rozhovoru. Pozitivní zjištění bylo, že oslovení participantů spolupracovali a hovořili o dané problematice bez jakýchkoliv zábran. Toto téma je pro nemocné osobní a nepříjemné v případě, že trpí bolestí. V průběhu rozhovoru si nešlo nevšimnout, že nejvýraznější emoce se projevovaly při otázkách na strach z nemoci a z bolesti.

Výzkum byl prováděn v nemocnici ve Strakonici na oddělení Chirurgie I – lůžková část a na oddělení jednotky intenzivní péče. Výzkum byl povolen hlavní sestrou Mgr. Editou

Klavíkovou, MBA, a vrchní sestrou jednotky intenzivní péče Bc. Hanou Polívkovou. Následně byli vybráni a odsloveni nemocní s akutní pankreatitidou. Pokud souhlasili s výzkumem, byl jim předán informovaný souhlas s prováděním šetření.

8.4 Zpracování dat

Jednotlivé polostrukturované rozhovory byly se souhlasem participantů nahrávány na diktafon a následně doslovně přepsány do textové podoby, byly ponechány slangové výrazy. Text byl následně opakovaně čten a analyzován. Pro zpracování dat byla zvolena metoda otevřeného kódování, kdy byla v textu lokalizována témata a bylo jim přiřazeno označení. Následně byly identifikovány subkategorie a kategorie. Pro přehlednost jsou zaneseny v tabulkách.

Další krok v práci se získanými daty bylo čištění, kde se jedná zejména o odpovědi participantů, které nejsou jasně označeny, nevyplněny nebo nesplňují daná kritéria pro správnost záznamu. Nejistá data v žádném případě nejde „dohádávat“. Máme proto dvě možnosti. Jednou z nich je kódování nevyplněných dat – jako neví – a druhou z nich je kódování nevyplněných dat – jako chybějící hodnota. Pokud to neovlivní výsledek, je dobré zahrnout chybějící údaje do analýzy. U kvalitativního výzkumu nelze data jednoduše zapisovat do tabulek a převádět do číselných symbolů. V tomto výzkumu nám jde spíše o prezentaci sesbíraného materiálu a aby zachytil podstatu sledovaných jevů. Hendl (2005) ve své knize uvádí čtyři techniky přepisu kvalitativních dat. Jedná se o techniku doslovné transkripce, komentované transkripce, shrnujícího protokolu a selektivního protokolu. Pro tento výzkum jsme zvolili techniku selektivního protokolu, kde nejde o zachycení celého kontextu výpovědi, ale spíše se soustředí na zachycení předem definovaných informací k danému tématu. U nás je to téma saturace potřeby jistoty a bezpečí. Ostatní informace se zcela vypouští. Protokolovat získané informace můžeme pomocí různých technik sběru dat (pozorování, rozhovor) (Vojtíšek, 2012).

9 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Hlavním cílem realizovaného výzkumu bylo zmapovat, jak nemocní s akutní pankreatitidou vnímají během hospitalizace saturaci potřeby jistoty a bezpečí a její ovlivnění faktorem bolesti a snížením soběstačnosti.

Potřeba jistoty a bezpečí jsou základní lidské potřeby, které souvisí s přežitím jedince. Mluvíme také o potřebě (pudu) sebezáchovy, ta nám napomáhá vyhnout se ohrožení. V pyramidě potřeb od A. Maslowa se bezpečí a jistota řadí na druhé místo. Potřeba jistoty a bezpečí zasahuje do oblasti psychiky člověka. Pro člověka samostatného i pro okolí mohou být prospěšné i neprospěšné. Reakce na nedostatek potřeby se může projevat např. agresí, únikem, izolací, uzavření se jedince do sebe. Faktory ovlivňující potřebu jistoty a bezpečí jsou fyziologicko-biologické, psychicko-duchovní, sociálně-kulturní a faktory životního prostředí. Mezi fyziologicko-biologické faktory řadíme věk, funkce orgánových systémů, intaktní tělesnou strukturu, adaptační mechanismy a způsoby zvládnání stresových situací. Psychicko-duchovními faktory se rozumí integrita osobnosti, láska, sounáležitost, vážnost a úcta. Mezi sociálně-kulturní faktory řadíme socializaci, postavení v práci, v rodině, ve společnosti, hodnotový systém, role a medializované vztahy. Do faktorů životního prostředí se řadí příroda jako celek a industrializace (technika, chemie, záření) (Trachtová a kol., 2018).

9.1 Kategorie „Zkušenost nemocného s akutní pankreatitidou s bolestí“

Podle dílčí výzkumné otázky č. 1 byla na základě analýzy dat určena kategorie s názvem „Zkušenost nemocného s akutní pankreatitidou s bolestí“. Podle analýzy dat byly následně definovány čtyři subkategorie.

- Obavy z bolesti
- Reakce na bolest
- Úlevové polohy
- Využití tepla a chladu

Tabulka 2 **Obavy z bolesti**

| |
|--|
| <p>KATEGORIE: Zkušenost nemocného s akutní pankreatitidou během hospitalizace</p> <p>Subkategorie: Obavy z bolesti</p> |
| <p><i>P1: „Obavy z bolesti jsem měl pouze tehdy, když byla tato bolest v začátcích. Byl jsem doma sám a nikdy jsem se s takovou bolestí nesetkal. Nevěděl jsem, co mi je a co mám dělat. Ted' už strach nemám, protože vím, co mi je, a vím, že pokud u mě bolest znovu nastane, stačí říct sestře a ona mi podá něco na bolest.“</i></p> |
| <p><i>P2: „Ano, mám obavy z bolesti. Nikdy jsem větší bolest nezažila. Bojím se, že u mě tato bolest bude stále častěji a ve větší míře. Dokud jsem v nemocnici, vím, že mi od té bolesti někdo pomůže.“</i></p> |
| <p><i>P3: „Ano, mám obavy, kdo by je neměl. S takovouto bolestí jsem se ještě nesetkal. Nevěděl jsem, od čeho takovou bolest mám. Bolest břicha u mě nikdy nedošla do takového stadia. Hned po příchodu do nemocnice mi byly podány léky na bolest.“</i></p> |
| <p><i>P4: „Ano, obavy mám samozřejmě. Z ničeho nic mě popadla bolest a já jsem nevěděla, co dělat. Nikdy by mne nenapadlo, že by to mohlo být tohle onemocnění. S takovouto bolestí jsem se ještě nesetkala. Ted' už vím, že bolest už nemusí zajít do takového stádia, ale musím říct včas lékaři.“</i></p> |
| <p><i>P5: „Ano, bojím se bolesti. Vždy když bolest nastane, upozorňuje nás, že je něco v nepořádku. Nikdy jsem nebyla vážně nemocná, abych musela být hospitalizována. Proto mě tahle bolest tak zaskočila.“</i></p> |

Zdroj: vlastní zpracování

Vyhodnocení

Všichni oslovení se shodli na tom, že obavy z bolesti mají. Nevěděli, co je to za bolest, a byli zaskočeni krutou bolestí. Nevěděli, jak si s bolestí poradit. Jejich reakce na bolest byly naprosto přirozené.

Tabulka 3 **Reakce na bolest**

| |
|--|
| <p>KATEGORIE: Zkušenost nemocného s akutní pankreatitidou s bolestí</p> <p>Subkategorie: Reakce na bolest</p> <p>P1: „Nevěděl jsem, co mám dělat, a tak jsem si v první chvíli lehl do postele a schoulel se do klubička. Pak jsem zavolal matce, která mi řekla, ať si zavolám sanitku. To jsem následně udělal.“</p> <p>P2: „Bolesti mě chytlý později večer. Nic na bolest jsem si nevzala a šla jsem si lehnout. Myslela jsem si, že bolest zaspím a ráno to bude dobré. Ráno jsem se probudila na boku a nohy jsem měla pokrčené a přitážené k břichu. Bylo mi divné, že mě břicho stále bolelo. Tak jsem raději zůstala ležet a poprosila jsem partnera, aby mě odvezl do nemocnice.“</p> <p>P3: „Na bolest jsem reagoval dost přehnaně, bál jsem se, že se mi zase vrátila rakovina. Žena byla vystrašená ještě víc než já, ale neváhala, naložila mě do auta a odvezla mě do nemocnice.“</p> <p>P4: „V první chvíli mě napadlo, že jsem asi něco špatného snědla. Zkusila jsem si dojít na toaletu, ale to mi nepomohlo. Zkusila jsem si pak lehnout do postele a pokrčit si nohy. To mi ale také nepomohlo. Když bolest stále neustupovala, zavolala jsem si sanitku.“</p> <p>P5: „Má první reakce na bolest byla, že jsem si lehla na bok a pokrčila nohy. Bolest na chvíli ustoupila, ale po chvílce se vrátila v ještě větší míře než předtím. Následně jsem řekla svému muži, aby mě odvezl do nemocnice.“</p> |
|--|

Zdroj: vlastní zpracování

Vyhodnocení

Všichni oslovení popisují náhlou bolest, kterou nečekali. Popisují reakce na bolest, kterou s nimi prožívaly i jejich rodiny. Z pěti oslovených čtyři zkusili zaujmout úlevovou polohu a jeden z nich neváhal a odjel rovnou do nemocnice.

Tabulka 4 Úlevová poloha

| |
|---|
| <p>KATEGORIE: Zkušenost nemocného s akutní pankreatitidou s bolestí</p> <p>Subkategorie: Úlevové polohy</p> |
| <p>P1: „Ano, zaujmul jsem úlevovou polohu. Lehl jsem si na bok a pokrčil jsem kolena. Tahle poloha mi pomohla ale pouze na chvíli. Pak přišla bolest znovu.“</p> |
| <p>P2: „Ano, ale ve spánku. Věděla jsem, že mi něco bolí, ale byla jsem pod vlivem alkoholu, a tak jsem bolest zaspala. Ráno, když jsem se probudila, ležela jsem na boku s pokrčenými koleny. Poloha mi pomohla na chvíli.“</p> |
| <p>P3: „Žena mě v raných bolestech odvezla do nemocnice. Úlevovou polohu jsem zaujmul, až když jsem byl na nemocničním lůžku. Ležel jsem na boku, kolena jsem měl pokrčené a ruce jsem měl přiložené na břicho.“</p> |
| <p>P4: „Ano, zaujala jsem polohu na zádech s pokrčenými koleny. Poté jsem se překulila na bok a nohy jsem měla stále pokrčené. Tato poloha mi trochu pomohla od bolesti.“</p> |
| <p>P5: „Ano, lehla jsem si na bok a pokrčila kolena. Pomohla mi jen na pár minut.“</p> |

Zdroj: vlastní zpracování

Vyhodnocení

Všichni oslovení zaujali úlevovou polohu. Všichni oslovení zaujali polohu na boku s pokrčenými koleny. Poloha ve většině případů pomohla od bolesti pouze na několik minut. Následně se bolest projevila znovu a občas i krutější, než byla ta prvotní.

Tabulka 5 Aplikace teplých obkladů

| |
|---|
| Zkušenost nemocného s akutní pankreatitidou s bolestí |
| Subkategorie: Teplé a studené obklady |
| <i>P1: „Ne, nepoužil jsem obklady. Jen jsem se přikryl peřinou.“</i> |
| <i>P2: „Použila jsem sprchu těsně před odjezdem do nemocnice. Úlevu jsem ani nepocítila. Snažila jsem se jen rychle opláchnout.“</i> |
| <i>P3: „Na obklady jsem ani nepomyslel. Manželka mi sbalila jen ty nejnmutnější věci s sebou do nemocnice. Vůbec jsem na obklady nepomyslel.“</i> |
| <i>P4: „Ano, použila jsem gumovou láhev s teplou vodou. Bolest trochu ustoupila, ale bylo to asi stejně účinné jako úlevová poloha.“</i> |
| <i>P5: „Před odjezdem jsem si dala teplou sprchu. Bolest trochu ustoupila, ale ne na dlouho.“</i> |

Zdroj: vlastní zpracování

Vyhodnocení

Pouze tři oslovení využili teplo pro úlevu od bolesti. Z toho dva oslovení ucítili menší úlevu od bolesti. Třetí oslovený úlevu nepocítil. Zbylí dva oslovení teplo nevyužili, tudíž nemohou popsat své zkušenosti s úlevou od bolesti.

9.2 Kategorie „Vnímání soběstačnosti nemocného s akutní pankreatitidou“

Podle dílčí výzkumné otázky č. 2 byla na základě analýzy dat určena kategorie s názvem „Vnímání soběstačnosti nemocného s akutní pankreatitidou“. Podle analýzy dat byly následně definovány dvě subkategorie.

- Závislost na pomoci druhých
- Soběstačnost a bolest

Tabulka 6 Závislost na pomoci druhých

KATEGORIE: Vnímání soběstačnosti nemocného s akutní pankreatitidou

Subkategorie: Závislost na pomoci druhých

P1: „Jsem soběstačný, ale samozřejmě jsem i závislý na vaší pomoci. Jak už jsem řekl, nejsem v domácím prostředí. Při příjmu sem na oddělení jsem si nedošel sám ani na toaletu nebo se jsem se sám nezvládl převléknout. Bolest mě hodně ovlivnila. Ted' už se ale cítím lépe a myslím, že bych se o sebe zvládl postarat i doma. Každé ráno se snažím sestrám usnadnit práci. Dojdu se umýt do sprchy sám, na toaletu zvládám také dojít sám. Pomoc při každodenní hygieně nepotřebuji, to zvládám s přehledem sám.“

P2: „Jsem ted' více závislá na pomoci druhých. Při bolestech nejsem schopna se umýt, obléct nebo se přetočit na druhý bok. Snažím se každé ráno umýt se sama, ale občas mi musí pomoci sestřička. Vše ale závisí na bolesti. Pokud mám bolesti, sestřičky mě rozhodně nenutí, abych se šla umýt, vždy počkají, až mi bude lépe, a jdou se mnou.“

P3: „Snažím se být soběstačný, ale je jasné, že vše nezvládnou sám. Pokud mám bolesti, nedojdu sám do sprchy, neobleču se zcela sám. Ale snažím se si věci dělat sám. Ať už jde o ranní, či večerní hygienu. Snažím se i se projít, když je mi lépe. Kdybych byl doma, musel bych se o sebe také postarat sám, proto se snažím být soběstačný.“

P4: „V rámci možností se snažím být samostatná. Samozřejmě mi některé věci dělají problém, obzvláště když mě něco bolí. Nemusí to být ani břicho, ale můžou to být i záda. Co se týče pobytu tady v nemocnici, se snažím být co nejvíce soběstačná, abych nemusela každou chvíli obtěžovat sestřičky.“

P5: „Já se neustále snažím udržet se v kondici. Snažím se si vše obstarat sama. Ráda pomoc uvítám, ale zrovna s hygienou, oblékáním či s chůzí nechci, aby mi někdo pomáhal. Samozřejmě jsem ráda za dohled, obzvláště ted', když mi není nejlépe. Jinak pomoc nevyžaduji. Cítím se soběstačná.“

Zdroj: vlastní zpracování

Vyhodnocení

Všichni oslovení se shodli, že pokud trpí bolestí, nejsou dostatečně soběstační a vyžadují tak pomoc druhých. Soběstačnost je pro ně důležitou součástí života a nechtějí si od nikoho

nechat pomoci. Ale pokud je přepadne bolest, rádi pomoc uvítají, a to v jakékoli denní aktivitě.

Tabulka 7 Soběstačnost a bolest

| |
|--|
| <p>KATEGORIE: Vnímání soběstačnosti nemocného s akutní pankreatitidou</p> <p>Subkategorie: Soběstačnost a bolest</p> |
| <p>P1: „<i>Ted' v tuto chvíli ne, protože než jste přišla, dostal jsem infuzi s léky na bolest. Ale pokud trpím bolestí, jsem velmi nepříjemný a dokáži být i zlý. V tu chvíli nejsem schopný pohybu. Soběstačnost je nižší, jen když mám bolesti.</i>“</p> |
| <p>P2: „<i>Právě ted' mě bolest trápí, ale ne v tak velké míře. Bolest u mě ted' ovlivňuje náladu a pohyblivost. Náladu mám podrážděnou, protože už bych ráda šla domu a namísto toho mám opět bolesti. Pohyblivost je zčásti ovlivněna strachem a zčásti bolestí. Bojím se pohnout, aby bolest nebyla ještě silnější.</i>“</p> |
| <p>P3: „<i>V tuto chvíli mě bolest netrápí, tudíž jsem zcela soběstačný. Bolest u mě ale nejvíce ovlivňuje náladu, chování a celkovou pohyblivost.</i>“</p> |
| <p>P4: „<i>No, je u mě soběstačnost ovlivněna bolestí. Právě ted' mě více bolí břicho. Bolest u mě nejvíce ovlivňuje mou náladu a také chování. Jsem nepříjemná, i když nechci být. Jsem unavená, protože už jsem se několikátý den pořádně nevyspala. Poté mě bolest ovlivňuje v hybnosti. Nikam sama nedojdu.</i>“</p> |
| <p>P5: „<i>Ted' momentálně mě bolest netrápí. Když bolest přijde, má to velký dopad na mé chování a náladu. V tuto chvíli bolest nemám, jsem plně soběstačná a cítím se lépe.</i>“</p> |

Zdroj: vlastní zpracování

Vyhodnocení

Z pěti oslovených tři nemocní v danou chvíli bolestí netrpí. Zbylí dva uvádějí, že v danou chvíli je bolest trápila. Téměř všichni se shodli, že bolest ovlivňuje hlavně jejich náladu. Dále se čtyři oslovení shodli na tom, že je bolest ovlivňuje v chování. Čtyři z oslovených uvedli, že bolest u nich ovlivňuje pohyb.

9.3 Kategorie „Vnímání saturace potřeby jistoty a bezpečí nemocného s akutní pankreatitidou“

Podle dílčí výzkumné otázky č. 3 byla na základě analýzy dat určena kategorie s názvem „Vnímání saturace potřeby jistoty a bezpečí nemocného s akutní pankreatitidou“. Podle analýzy dat bylo následně definováno devět subkategorií.

- Potřeba jistoty a bezpečí
- Uspokojování potřeb
- Strach
- Pocity, obavy
- Neuspokojení potřeb
- Povědomí o vlastním onemocnění
- Postoj ke změně stravovacích návyků
- Důvěra
- Zlepšení zdravotního stavu

Tabulka 8 **Potřeba jistoty a bezpečí**

| |
|---|
| <p>KATEGORIE: Vnímání saturace potřeby jistoty a bezpečí nemocného s akutní pankreatidou</p> <p>Subkategorie: Potřeba jistoty a bezpečí</p> |
| <p>P1: „... pro mě to znamená být informovaný o mém zdravotním stavu a být soběstačný. Zvládnout se o sebe postarat tak, abych nebyl závislý na ostatních. Vyhnout se bolesti, chránit své zdraví před nemocí a věřit, že se uzdravím.“</p> <p>P2: „Potřeba jistoty a bezpečí pro mě nic neznamení. Nikdy jsem neměla pořádné zázemy a někoho, kdo by mě naučil, co tyto potřeby vůbec znamenají. Od 16 let žiji sama a jediné, co vnímám jako jistotu, je nebýt závislá na druhých.“</p> <p>P3: „Tato potřeba je pro mne velmi důležitá, ale na druhou stranu, v dnešní době nemáme jistotu v nikom a v ničem. Co se pak týče potřeby bezpečí, každý z nás se nejbezpečněji cítíme ve svém útočišti, tedy doma. A tak to cítím i já. Nejbezpečněji se cítím doma a jistotu mám pouze v sobě a ve své rodině a nebýt závislý na druhých.“</p> <p>P4: „Potřebu jistoty a bezpečí vnímám jako předcházení dalším komplikacím. Lékaři vědí, co mají dělat, a já jim zcela důvěřuji. Víím, že s takovou bolestí, se kterou jsem se před pár dny setkala, bych si doma jistě neporadila. Nechci být na nikom a ničem závislá. Tyto potřeby vnímám jinak, když jsem doma.“</p> <p>P5: „... jistotu nemáme téměř v ničem a v nikom, ale pokud vám není opravdu dobře, musíte věřit lidem kolem sebe. Musíte věřit, že vám zase bude lépe. Mám jistotu, že lékaři dělají vše, jak nejlépe umí. Potřeba bezpečí u mne není zcela naplněna. Jsem na pokoji s cizími lidmi a bez svých blízkých. Člověk nechce být na obtíž, nechce, aby se sestřičky zlobily, když zazvoním, že něco potřebuji. Jsem teď závislá na jejich pomoci, a to je mi velice nepříjemné. Nejbezpečněji se člověk cítí v domácím prostředí, kde to zná a ví, co si může dovolit.“</p> |

Zdroj: vlastní zpracování

Vyhodnocení

Pro každého znamená potřeba jistoty a bezpečí něco jiného. Všech pět oslovených se ale shodlo na tom, že nechtějí být závislí, a to hlavně na druhých. Vše se ale mění, pokud nemocné postihne bolest a sami si s ní nevědí rady. Doma však potřebu jistoty a bezpečí vnímá každý jinak. Důležitou součástí je ale i domácí zázemí.

Tabulka 9 Uspokojování potřeb

| |
|--|
| <p>KATEGORIE: Vnímání saturace potřeby jistoty a bezpečí nemocného s akutní pankreatidou</p> <p>Subkategorie: Uspokojování potřeb</p> |
| <p>P1: „Myslím, že rozhodně ne. Protože jistotu mám pouze sám v sobě, můžu se spolehnout pouze na sebe. Od ostatních nevím, co mám čekat. Bezpečně se tady rozhodně necítím, a to proto, že tady nemám svůj klid. Nejsm tady doma. O všem musím informovat několik lidí a neustále mi tu někdo něco přikazuje.“</p> |
| <p>P2: „Myslím si, že dostatečně asi ano. 100% uspokojení těchto potřeb určitě uspokojit nemůžete. Já osobně se nejbezpečněji cítím doma.“</p> |
| <p>P3: „Určitě ne. Tady v nemocnici nemám přehled o tom, co se děje doma. Jestli to tam manželka s dětmi sama zvládá, jestli jsou všichni v pořádku. Ano, voláme si, ale to není ono. Rád trávím čas s rodinou a tady mi to chybí.“</p> |
| <p>P4: „Ano, v dostatečné míře určitě ano. Snažíte se nám tady vytvořit příjemné prostředí a být na nás příjemní, i když každý z nás má své problémy. Oceňuji přístup jak lékařů, tak sester. Mám v nich důvěru, že se díky nim uzdravím. Bezpečí je samozřejmě něco jiného. V rámci možností se tu cítím i bezpečně. Jak jsem odpovídala v předchozí otázce, doma bych nevěděla, co s takovou bolestí dělat. Tady vím, že mi lékaři a sestry pomohou.“</p> |
| <p>P5: „Myslím si, že v dostatečné míře ano. Když mi nebylo dobře a trpěla jsem bolestmi, mojí jedinou jistotou byla nemocnice, lékaři a sestry. Věděla jsem, že tam mi určitě někdo pomůže. A co se týče bezpečí, tady vím, že když mě náhle přepadne bolest, tady jsem v bezpečí, tady mi pomohou. Samozřejmě být zdravá, tak se cítím nejbezpečněji doma. 100% jistotu nemáme v ničem a v nikom, ani když jsme zdraví.“</p> |

Zdroj: vlastní zpracování

Vyhodnocení

Na tuto otázku odpověděli dva z pěti dotazovaných ne. Nemocniční zařízení u nich nemůže ani dostatečně uspokojit potřebu jistoty a bezpečí. Zatímco zbylí tři oslovení odpověděli, že v dostatečné míře můžeme uspokojit potřebu jistoty a bezpečí v nemocničním zařízení.

Tabulka 10 Strach

| |
|--|
| KATEGORIE: Vnímání saturace potřeby jistoty a bezpečí nemocného s akutní pankreatitidou |
| Subkategorie: Strach |
| <i>P1: „Strach mám pouze z toho, že si nebudu moci dát žádný alkohol. Ale četl jsem na internetu, že jde tohle onemocnění léčit.“</i> |
| <i>P2: „Onemocnění jako takové ne. Spíš mám strach z té bolesti, že bude přetrvávat. Sama takovou bolest nezvládnou.“</i> |
| <i>P3: „Ano, vyvolává ve mne strach. Už jsem byl nemocný dost. Chci se věnovat své rodině a práci. Nechci se stále obávat, že budu nemocný. Chvilí jsem žil s pocitem, že už nikdy nebudu zdravý. Pak jsem se uzdravil a přišla pankreatitida. A víc mám strach o rodinu než o sebe. Bojím se, že nebudu schopný svou rodinu zabezpečit a starat se o ni.“</i> |
| <i>P4: „Ano, strach mám. Přeci jen už nejsem nejmladší. Samozřejmě s přibývajícím věkem budou přibývat i onemocnění, to já vím. Není to sice smrtelná nemoc, ale v člověku to strach vyvolá. Hlavně ta bolest.“</i> |
| <i>P5: „Ano, tahle nemoc ve mne strach vyvolává. Mám o sebe strach. Největší strach mám z bolesti a z toho, co bude následovat po tom, až mě pustí domů.“</i> |

Zdroj: vlastní zpracování

Vyhodnocení

Z oslovených nemocných dva odpověděli, že v nich akutní pankreatitida strach nevyvolává. Jedná se o mladé lidi, kteří ještě nemají rodinu. Zbylí tři oslovení mají z onemocnění strach. Většinou se bojí o svou rodinu, nebo bolesti. Jde o starší lidi, kteří mají rodiny.

Tabulka 11 **Pocity a obavy**

| |
|--|
| <p>KATEGORIE: Vnímání saturace potřeby jistoty a bezpečí nemocného s akutní pankreatitidou</p> <p>Subkategorie: Pocity a obavy</p> |
| <p><i>P1: „Prozatím si obavy nepřipouštím. Záleží i na náladě, jakou právě mám. Jeden den mám lepší náladu a hospitalizace v nemocničním zařízení pro mě není tak náročná jako v den, kdy mám náladu horší. Pocity mám spíše smíšené.“</i></p> <p><i>P2: „Momentálně mám jen obavu o to, jestli mě zítra pustí domů. Ale nemám dobré výsledky krevních testů. Ale co se týče obav, které souvisí s těmito potřebami, žádné nemám.“</i></p> <p><i>P3: „Ano, mám obavy. Jak jsem odpovídal v předchozí otázce. Moje obava je pouze o rodinu, abych se k ní mohl vrátit, starat se o ní a být tam pro ni. Jinak žádnou obavu související s potřebami jistoty a bezpečí nemám.“</i></p> <p><i>P4: „Ano, mám obavu z toho, že se nebudu moci vrátit do práce. Tím pádem jistota stálého příjmu je pryč. A tím pádem nebudu moci platit nájem a mám pryč i domov, a tam to pro mne znamená bezpečí.“</i></p> <p><i>P5: „Mám obavu z toho, že si se mnou lékaři nebudou vědět rady. Že se tady v nemocnici už nebudu cítit bezpečně a že ztratím důvěru k lékařům i sestřám.“</i></p> |

Zdroj: vlastní zpracování

Vyhodnocení

Z oslovených nemocných dva odpověděli, že žádné obavy související s potřebami jistoty a bezpečí nemají. Zbylí tři oslovení odpověděli, že obavy mají. Jejich obavy jsou různé. Je to obava o rodinu, o práci a o ztrátu důvěry k zdravotnickému personálu. Obavy nemají nejmladší účastníci rozhovoru.

Tabulka 12 Neuspokojování potřeb

| |
|--|
| <p>KATEGORIE: Vnímání saturace potřeby jistoty a bezpečí nemocného s akutní pankreatidou</p> <p>Subkategorie: Neuspokojení potřeb</p> |
| <p><i>P1: „Mám obavy, že z důvodu delší doby hospitalizace se můj zdravotní stav bude lepší pomaleji. Vím, že doma bych bolest nezvládl. Zároveň doma se cítím bezpečněji a nemusím být na nikom závislý.“</i></p> <p><i>P2: „Ano, mám obavy z neuzdravení se. Že pobyt tady se bude na tolik dlouhý, že se se mnou přítel rozejde. Je na mě závislý a já tím, že se chci uzdravit, jak jen nejrychleji to půjde, tak tím pomaleji to jde.“</i></p> <p><i>P3: „Obavy trochu mám. Mám je z toho, že moje výsledky už nikdy nebudou v normálu a budu se muset něčemu podřizovat. Mám obavy z toho, že se léčba bude jen protahovat.“</i></p> <p><i>P4: „Mám obavy. Ale říkám si, že dřív či později se prostě musím uzdravit. I když to třeba nebude lehké. Největší obavu mám z toho, že se má hospitalizace protáhne a můj stav se bude lepší pomaleji.“</i></p> <p><i>P5: „Mám obavy, že uzdravení se bude dlouho trvat. Že hospitalizace bude trvat moc dlouho a já už nebudu mít dostatek sil na to se opravdu uzdravit.“</i></p> |

Zdroj: vlastní zpracování

Vyhodnocení

Všichni participanti odpověděli, že mají obavy. Obavy z dlouhodobého pobytu v nemocnici, díky kterému se bude jejich stav zlepšovat pomaleji a oni tak budou muset strávit více času bez rodiny či přátel.

Tabulka 13 **Povědomí o vlastním onemocnění**

| |
|---|
| <p>KATEGORIE: Vnímání saturace potřeby jistoty a bezpečí nemocného s akutní pankreatitidou</p> <p>Subkategorie: Povědomí o vlastním onemocnění</p> |
| <p><i>P1: „Ano, jsem, ošetřující lékař mi vše vysvětlil. Neměl jsem ani pocit, že ho otravuji. Byl vstřícný a řekl mi, že pokud by mě ještě něco napadlo, rád si o tom se mnou popovídá. Pokud by mi lékař nesdělil veškeré potřebné informace, nemohl bych mu důvěřovat. Mrzí mě, že jsem při příjmu byl na lékaře protivný, a on na mě i přes to byl příjemný.“</i></p> <p><i>P2: „Ano, jsem plně informována o svém zdravotním stavu. Lékař mi nastínil i to, co bude následovat po propuštění z nemocnice. Pokud bych nebyla informována v plném rozsahu, opustila bych nemocnici na revers.“</i></p> <p><i>P3: „Jsem plně informován o svém zdravotním stavu. S panem primářem se znám osobně. Když mě přijímal, byl ke mně naprosto upřímný. Věděl, čím jsem si prošel, a i teď ví, že to pro mne není jednoduché. Kdybych nebyl dostatečně informovaný, požádal bych o převoz do jiné nemocnice.“</i></p> <p><i>P4: „Ano, jsem plně informována. Pokud bych nebyla plně informována, asi bych opustila zařízení a došla si k jinému lékaři či do jiné nemocnice. Ztratila bych důvěru jak k lékařům, tak i k sestram tohoto nemocničního zařízení.“</i></p> <p><i>P5: „Plně informována o svém zdravotním stavu jsem. Pokud bych nebyla, opustila bych nemocnici a vyhledala bych odbornou pomoc v Praze, kde mám místo trvalého pobytu.“</i></p> |

Zdroj: vlastní zpracování

Vyhodnocení

Všichni oslovení odpověděli, že jsou plně informovaní o svém zdravotním stavu. Odpovědi na otázku „Jaký vliv by na Vás měla neinformovanost?“ se lišily. Z pěti oslovených dva odpověděli, že by ztratili důvěru ke zdravotnickému personálu. Zbylí tři oslovení odpověděli, že by opustili nemocniční zařízení a hledali by odbornou pomoc jinde.

Tabulka 14 Postoj ke změně stravovacích návyků

| |
|--|
| <p>KATEGORIE: Vnímání saturace potřeby jistoty a bezpečí nemocného s akutní pankreatidou</p> <p>Subkategorie: Postoj ke změně stravovacích návyků</p> |
| <p><i>P1: „Ne, nezměnily. Do té doby, než mě postihla bolest, jsem jedl vše normálně. Jak ne-zdravá jídla, tak i zdravá jídla. Přes týden jím 3x týdně ve školní jídelně. Nijak se v jídlu neomezují. Ted' po konzultaci s lékařem ale budu muset držet dietu kvůli onemocnění.“</i></p> <p><i>P2: „Nemyslím si, že bych u sebe měla něco měnit ohledně stravy. Jsem poměrně vysoká a hubená. Myslím si, že kdybych jedla špatně, určitě by se to podepsalo na mé váze.“</i></p> <p><i>P3: „Ano, změnily se u mě stravovací návyky. Od doby, co máme děti, se žena snaží vařit zdravější jídla. Ne že bychom se ochudili o smažený řízek nebo smažák, ale žena se snažila změnit i přípravu jídel. Například spoustu věcí smaží v horkovzdušné fritéze. Další změna ve stravování byla, když mi diagnostikovali rakovinu. Nic jsem nejedl. Všechno jídlo chutnalo úplně jinak. Ted' jím všechno. Zdravé i nezdravé, a to nezdravé samozřejmě s mírou.“</i></p> <p><i>P4: „Nijak významně jsem svůj jídelníček či návyky nezměnila. V práci jsem se nestíhala vůbec najíst a když jsem přišla večer z práce domů, měla jsem strašný hlad a nejvíce jsem se najedla na noc. Ted' jsem se od mladších kolegyně naučila udělat si na jídlo čas. Mám ráda jak zdravá jídla, tak i nezdravá.“</i></p> <p><i>P5: „Nijak jsem své návyky, co se týče stravy, nezměnila. Odjakživa jsem jedla pravidelně a zdravě. Troufnu si říct, že od mládí jím pořád ve stejných časech. Samozřejmě občas se stalo, že to nevyšlo. Když jsem měla před závody nebo před zkouškou, nemohla jsem do sebe nic dostat. Vždy jsem to vnímala pozitivně. Nikdy jsem nebyla vážněji nemocná.“</i></p> |

Zdroj: vlastní zpracování

Vyhodnocení

Když jsem se participantů zeptala na změnu stravovacích návyků, jeden z pěti oslovených své stravovací návyky změnil z důvodu onemocnění. Zbylí čtyři oslovení své stravovací návyky nezměnili. Z těchto čtyř oslovených jsou dva, kteří mají dobré stravovací návyky už delší dobu nebo je jen mírně museli upravit. Zbylí dva nic nezměnili a jejich stravovací návyky jsou špatně nastaveny.

Tabulka 15 **Důvěra**

KATEGORIE: Vnímání saturace potřeby jistoty a bezpečí nemocného s akutní pankreatitidou

Subkategorie: Důvěra

P1: „Nemám velkou důvěru ke zdravotnickému personálu, a to z jednoho prostého důvodu. Špatná zkušenost se zdravotnickým personálem. Má důvěra stoupla až tehdy, když jsem měl velké bolesti. Důvěra není stoprocentní, ale určitě důvěřuji více než doposud. Pro mě důvěra znamená to, že když lékař řekne, že mě to nebude bolet, tak to tak opravdu bude. To, že mi lékař sdělí potřebné informace o mém stavu a vysvětlí vše, čemu nerozumím. Myslím si, že pro mne více udělat nemůžete. Vaši snahu oceňuji.“

P2: „Ne, nemám důvěru. Párkrát jsem viděla, jak se lékaři a sestry zachovali k cizincům a nelíbilo se mi to. Proto k nim nemám důvěru. Jak jsem v předchozí otázce uvedla. Mezi námi je jazyková bariéra. Sestry se mnou moc nekomunikují. Asi se bojí, že jim nebudou rozumět. Všechny důležité výkony a změny v léčbě mi tlumočí jeden lékař, který mluví ukrajinsky. V tuto chvíli nevím, jak byste mi mohla více pomoci.“

P3: „Ano, mám důvěru ve zdravotnický personál. Hodně mi pomohli, když jsem byl vážně nemocný. Od té doby, kdy mě dostali lékaři i sestry z nejhoršího, v nich mám naprostou důvěru.“

P4: „Spousty lékařů a sester tady znám. V práci, kde pracuji, s lékaři z nemocnice musíme spolupracovat. Mám v ně důvěru. Vždy se o naše klienty postarali hezky a hezky se chovali i k nám. Můj názor se nezměnil ani v průběhu hospitalizace. Všichni jsou tu na mě moc milí, o všem mě informují a chovají se ke mne ohleduplně.“

P5: „Ano, mám v nich důvěru. Hodně si mou důvěru zasloužil pan doktor, který se mnou byl od samotného začátku. Pan doktor, který mě přijímal, je nyní můj ošetřující lékař. Je velmi ochotný a vše mi vysvětlil. Sestřičky se tady o mne starají báječně a snaží se mi nahradit společnost, když za mnou teď rodina nemůže.“

Zdroj: vlastní zpracování

Vyhodnocení

Z pěti oslovených se tři shodli, že jejich důvěra ve zdravotnický personál je na místě. Věří díky známosti místní nemocnice či předchozí zkušenosti nebo z laskavého přístupu k nemocným. Zbylí dva oslovení důvěru nemají – ze špatné předchozí zkušenosti.

Tabulka 16 Zlepšení zdravotního stavu

| |
|--|
| <p>KATEGORIE: Vnímání saturace potřeby jistoty a bezpečí nemocného s akutní pankreatidou</p> <p>Subkategorie: Zlepšení zdravotního stavu</p> |
| <p><i>P1: „Ano, mám víru v úplné uzdravení. Když ale přijde bolest, začnu trochu pochybovat. U mě je to dost i o náladě. O tom, s jakou náladou se probudím, nebo jak moc dobře jsem v noci spal. Dále taky i účinnost léčby. Po prvním setkání s bolestí jsem nevěděl, co se se mnou děje a moje naděje jako by vůbec neexistovala. Poté, když mi lékaři pomohli od bolesti, úplně jsem pookřál a řekl si, že to bude dobrý.“</i></p> <p><i>P2: „Víru v uzdravení už pomalu ztrácím. Už jsem tu týden a můj zdravotní stav stále není na tolik dobrý, aby mne propustili domů. Víru mi snižuje dlouhodobá hospitalizace a stále nelepšící se můj zdravotní stav.“</i></p> <p><i>P3: „Věřím, že se z nejhoršího dostanu. Zda se ale vyléčím úplně, to nevím. Věřím, že se snad uzdravím. Věřit v uzdravení se mi vyplatilo u předešlého onemocnění, proto nepřestávám věřit ani teď. Více by mi pomohlo, kdyby mě mohla navštívit rodina a pobýt tu chvíli se mnou. Moje rodina je to, díky čemu věřím.“</i></p> <p><i>P4: „Víru v úplné uzdravení nemám. Dost jsem si o této nemoci přečetla. Do budoucna to pro mě nejspíše bude znamenat dodržování nějakého dietního režimu. Takže stále budu nemoc mít. To mi víru v úplné uzdravení snížilo.“</i></p> <p><i>P5: „Věřím, že se uzdravím. Možná že to bude mít nějaké následky, možná budu muset dodržovat dietní režim, ale stále to budu zvládat z pohodlí domova a s rodinou. Jako rodina jsme vždy všechno zvládli.“</i></p> |

Zdroj: vlastní zpracování

Vyhodnocení

Z oslovených pěti nemocných tři odpověděli, že víru v úplné uzdravení mají. Někteří z nich odpověděli, že věří hlavně díky své rodině. Zbylí dva oslovení nevěří, že by se mohli úplně uzdravit. Jedna z oslovených tvrdí, že její víru v uzdravení snižuje dlouhodobá hospitalizace. Druhá z oslovených, která nemá víru v úplné uzdravení, tvrdí, že se dočetla na internetu o trvalých následcích nemoci.

DISKUZE

V diskuzi jsou zhodnoceny výsledky kvalitativního výzkumného šetření bakalářské práce zaměřené na ošetrovatelskou péči o nemocné s akutní pankreatitidou. Výzkumného šetření se zúčastnili nemocní s akutní pankreatitidou, kteří byli hospitalizováni na chirurgickém oddělení či na oddělení jednotky intenzivní péče ve strakonické nemocnici.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zmapovat, jak nemocní s akutní pankreatitidou vnímají během hospitalizace saturaci potřeby jistoty a bezpečí a její ovlivnění faktorem bolesti a snížením soběstačnosti. Výzkumné šetření, které jsme prováděli nám přineslo odpověď na naši hlavní výzkumnou otázku, při níž jsme zjistili, že saturace potřeby a jistoty pro každého jedince znamená něco jiného. Nemusí se jednat jen o nemocné, ale i o zdravé jedince. Každý z oslovených nemocných má jinak srovnané priority, ale pro všechny je saturace potřeby jistoty a bezpečí uspokojována v domácím prostředí. Domov, kde se nemocní cítí v bezpečí, kdy mají okolo sebe své blízké. Doma jsou jejich potřeby naplněny, ale pokud přijde situace, jako je v našem případě bolest, mají plnou důvěru ve zdravotnický personál. Jejich potřeby však po dobu hospitalizace nejsou plně uspokojeny.

V bakalářské práci byly stanoveny i další dílčí cíle a výzkumné otázky. Z těchto výzkumných otázek jsme udělali kategorie, ke kterým jsme přiřadili subkategorie. Každá z kategorií má více než jednu subkategorii.

První dílčí výzkumná otázka zněla „Jakou zkušenost s bolestí mají nemocní s akutní pankreatitidou?“. Trachtová a kol. (2018) ve své knize uvádí, že bolest je ryze subjektivní zážitek a existuje vždy, když nemocný říká, že bolest má. Je komplexním zážitkem a zároveň je i komplexní informací pro rozhodování lékaře a sestry. Bolest může být ovlivňována různými faktory, které rozdělujeme na fyziologicko-biologické, psychicko-duchovní, sociálně-kulturní a faktory životního prostředí. Do této kategorie byly přiřazeny tyto subkategorie – obavy z bolesti, reakce na bolest, úlevové polohy a teplé a studené obklady. Subkategorie „Obavy z bolesti“, ve které jsme se dotazovali nemocných, zda mají nějaké obavy z bolesti, jsme zjistili, že odpovědi všech oslovených se shodovaly. U všech oslovených nastaly obavy z bolesti. Všichni svou bolest popisují jako náhle vzniklou. V domácím prostředí nevěděli, jak s bolestí zacházet, a proto vyhledali nemocniční zařízení, kde se jejich obava zmírnila. Obavy měly různé důvody. Důvodem může být neznalost bolesti, náhlý vznik bolesti a ne-

ustoupení bolesti. Všichni oslovení uvedli, že se jejich obava zmírnila v průběhu hospitalizace. Jejich obavy snížili lékaři, kteří jim naordinovali léky na bolest, které jim vzápětí byly aplikovány. Díky tomu nemocní vědí, že pokud je bolest znovu popadne, musí to ihned sdělit nemocničnímu personálu. Další subkategorie byla „Reakce na bolest“. V této subkategorii nás zajímalo, jaká byla prvotní reakce na akutní bolest. Všichni oslovení zaujali úlevovou polohu na boku s pokrčenými koleny, pouze jeden z oslovených neváhal a odjel do nemocnice. Slovy nemocných je bolest velmi nepříjemná a dokáže člověka vyděsit. Nemocní popisovali bolest jako náhle vzniklou a nevěděli, jaká je její příčina. Proto se rozhodli pro odbornou pomoc. V tomto okamžiku jim lékaři ihned ulevili od bolesti podáním analgetik. Jedna z dalších subkategorí je „Úlevové polohy“, kde jsme se dotazovali nemocných, zda zaujali úlevovou polohu a pokud ano, zajímalo nás jakou. Všichni dotazovaní se shodli. Zaujali úlevovou polohu na boku s pokrčenými koleny. Ve většině odpovědí je zřejmé, že jim úlevová poloha pomohla pouze na několik minut. Poté se bolest objevila znovu a občas i v krutější formě. Poslední subkategorie je „Teplé a studené obklady“. Jednou z možností úlevy od bolesti jsou i obklady. V tomto případě naši oslovení, kteří na sobě tuto formu úlevy aplikovali, podotkli, že si dali teplý obklad. Tři z pěti oslovených si aplikovali teplý obklad, a to buď ve formě teplé sprchy, nebo hřejivou láhev. U těchto nemocných nás zajímala účinnost těchto obkladů. Pouze dva ze tří, kteří si aplikovali tepelné obklady, ucítli menší zlepšení. Odpověď na otázku „Jakou zkušenost s bolestí mají nemocní s akutní pankreatitidou?“ je tedy taková, že nemocní tuto bolest prožívali poprvé v životě. Zkušenost s touto bolestí tedy doposud neměli. Co se týče bolesti jako takové, všichni už nějakou bolest zažili. Žádná z těchto bolestí se ale ovšem nevyrovnala této akutní a přetrvávající bolesti.

Další dílčí výzkumná otázka je „Jak nemocní s akutní pankreatitidou vnímají soběstačnost?“ Trachtová a kol. (2018) ve své knize uvádí, že soběstačnost vyjadřuje samostatnost nebo závislost nemocného při vykonávání denních aktivit, popřípadě nutnou podporu. Do této kategorie jsme zařadili dvě subkategorie. Zajímalo nás, jestli jsou nemocní závislí na pomoci druhých a jak vnímají soběstačnost, pokud je postihne bolest. V první subkategorii „Závislost na pomoci druhých“ jsme se oslovených dotazovali, jak v tuto chvíli vnímají svou soběstačnost. Zda jsou nemocní při akutní bolesti schopni zvládat každodenní všední činnosti sami bez pomoci, nebo naopak potřebují pomoc. A pokud potřebují pomoci, jestli se snaží nemocní být alespoň částečně soběstační. Všichni oslovení se shodli na tom, že jsou plně soběstační, ale pouze do doby, dokud je nepřepadne bolest. Pokud je bolest postihne, ani jeden

z oslovených nemocných není schopen být 100 % soběstačný a rádi uvítají pomoc zdravotnického personálu. Soběstačnost je pro nemocné dost citlivé téma, nechtějí být závislí na ostatních, a proto se chtějí co nejrychleji uzdravit. V druhé subkategorii „Soběstačnost a bolest“ jsme se oslovených dotazovali, jestli je právě teď jejich soběstačnost ovlivněna bolestí. V této subkategorii se odpovědi lišily. Tři z pěti oslovených uvedli, že v danou chvíli netrpí bolestí, tudíž jejich soběstačnost není ovlivněna. Zbylí dva oslovení uvedli, že v danou chvíli je bolest trápila. Také se shodli na tom, že bolest nejvíce ovlivňuje jejich náladu. Čtyři z pěti oslovených uvedli, že je bolest omezuje v pohybu, tudíž potřebují pomoc. Odpověď na druhou dílčí výzkumnou otázku je, že vnímání soběstačnosti u nemocných je ovlivněno hlavně bolestí a onemocněním. Roli tam hrají různé faktory, díky kterým může být soběstačnost snižena, tudíž mají nemocní pocit, že zdravotnický personál otravují. Nemocniční personál by neměl nemocnému dávat najevo, že je na obtíž. Právě naopak. Zdravotnický personál by měl nemocnému pomáhat ke zlepšování soběstačnosti a podporovat ho. To zvýší snahu nemocného se zlepšovat v každodenních činnostech.

Poslední dílčí výzkumná otázka je „Jak nemocní s akutní pankreatitidou vnímají saturaci potřeby jistoty a bezpečí?“, do které jsme zařadili devět subkategorií, kterými jsou potřeba jistoty a bezpečí, uspokojování potřeb, strach, pocity a obavy, neuspokojení potřeb, povědomí o vlastním onemocnění, postoj ke změně stravovacích návyků, důvěra a zlepšení zdravotního stavu. Každá ze zvolených subkategorií poukazuje na nějakou potřebu, která brání v uspokojování potřeb či je díky ní vnímání potřeby jistoty a bezpečí nějak ovlivněno. Trachtová a kol. (2018) ve své knize uvádí, že touto potřebou se rozumí „všechno“, co pomáhá, umožňuje, zajišťuje nemocnému přežít zátěžové situace. První subkategorii je „Potřeba jistoty a bezpečí“. Pro každého nemocného má potřeba jistoty a bezpečí jiný význam. Všichni oslovení participanti se ale shodli na tom, že nechtějí být závislí, a to zejména na druhých. Pokud ovšem nemocné postihne bolest a nevědí si s ní sami rady, vše se mění. Pro prvního osloveného znamená potřeba jistoty a bezpečí informovanost a soběstačnost. Prioritou je informovanost o svém zdravotním stavu a být co nejvíce soběstačný, aby nemusel být závislý na někom jiném. Pro druhého osloveného potřeba jistoty a bezpečí není prioritou. Pro tohoto osloveného je opět důležité, aby byl co nejvíce soběstačný. Spoléhá jen sám na sebe. Pro třetího osloveného je potřeba jistoty a bezpečí v nemocničním prostředí neuspokojena, a to z důvodu, že nemá na blízku svou rodinu a není v domácím prostředí, kde jsou jeho potřeby uspokojeny. Čtvrtý oslovený plně důvěřuje zdravotnímu personálu a cítí se v bezpečí pod lékařským dohledem. Jeho potřeby jsou ovlivněny neznámou bolestí a jeho

plná důvěra v lékařský a nelékařský personál ho ujišťuje, že právě tady je nemocný v bezpečí. Poslední oslovený též důvěřuje lékařským a nelékařským pracovníkům. Jeho potřeba jistoty a bezpečí však není naplněna, protože nemocný se v nemocničním prostředí necítí dobře. Je na pokoji s cizími lidmi a bez rodinných příslušníků. Má pocit, že je všem na obtíž. Strnadová (2020) ve své práci uvádí, že nemocní, u kterých je hospitalizace plánována, je pocit jistoty a bezpečí procentuálně vyšší, a to až o 9 %, než u nemocných, u kterých je hospitalizace neplánovaná. Z této subkategorie plyne to, že záleží i na různých faktorech, jako je například právě plánovaná hospitalizace, nebo naopak neplánovaná, jestli nemocný už někdy byl hospitalizován a také to, že každý jedinec má jiné smýšlení o potřebě jistoty a bezpečí. Pro něho to není prioritou, pro někoho je prioritou informovanost a soběstačnost, pro někoho zase důvěra a tak dále. Myslím, že vnímání potřeby jistoty a bezpečí u všech oslovených nelze změnit. Každý má jiné očekávání a nelze je tak ovlivnit. Můžeme však nemocným zajistit plnou informovanost o jejich zdravotním stavu, můžeme jim pomoci ve zlepšení jejich soběstačnosti, můžeme zajistit větší kontakt s rodinnými příslušníky, a to ve formě návštěv. Co ovšem nemůžeme pokaždé zařídit, je nadstandardní pokoj. Vnímání potřeby jistoty a bezpečí může být v domácím prostředí jiné. Druhá subkategorie je „Uspokojování potřeb“, ve které se dva oslovení shodli na neuspokojení jejich potřeb. Uspokojování potřeb je pro nemocné velmi důležité v jejich cestě za plným uzdravením. Vliv může mít i to, jak nemocní vnímají své okolí. Jeden z oslovených řekl, že má jistotu pouze sám v sobě. Může tam hrát roli špatná zkušenost s lidmi/zdravotníky. Oslovený díky tomu nemá dostatečně uspokojené potřeby. Druhý oslovený, který uvedl, že jeho potřeby nejsou dostatečně uspokojeny, je nemocný, kterého tíží, že není doma se svou rodinou. Je zde více než jasné, že nemocný má strach o rodinu. Zbylí tři oslovení se shodli na tom, že v průběhu jejich hospitalizace jsou potřeby alespoň dostatečně uspokojeny. Jde o důvěru v uzdravení se a o důvěru ve zdravotnický personál. Trachtová a kol. (2018) ve své knize uvádí, že neuspokojením potřeby jistoty a bezpečí v nemoci je vážně narušena homeostáza, životní rovnováha. Jako další subkategorii je „Strach“, tady se odpovědi opět liší. Dva z oslovených nemocných na otázku, zda v nich akutní pankreatitida vyvolává strach, odpověděli, že ne. Důvod jedné z odpovědí byl, že jediný strach, který nemocný má, je ten, že už si nebude moci dát žádný alkohol. Následně byl ovšem tento strach vyvrácen informacemi z internetu, které si nemocný sám vyhledal. Druhým důvodem této odpovědi byl větší strach z bolesti než ze samotného onemocnění. Strach z toho, že bolest bude přetrvávat a nemocný tuto bolest sám nezvládne. Zbylí tři oslovení odpověděli, že v nich toto onemocnění strach vyvolává. Důvody, proč v nich onemocnění vyvolává strach, jsou různé. Je to strach z toho, že se nebudou

moci postarat o svou rodinu, strach, že ve svém věku už nezvládnou náhlou bolest, nebo i to, co bude následovat po propuštění do domácí péče. Trachtová a kol. (2018) ve své knize uvádí, že prožívání strachu u dětí a dospívajících je odlišné, a to proto, že dítě nemá ještě dostatek zkušeností. V této subkategorii je toto tvrzení pravdivé, protože odpověď nemladších účastníků byla záporná. Další subkategorie je „Pocity a obavy“ související s potřebami jistoty a bezpečí. I zde se shodli dva nejmladší oslovení na odpovědi. Jedním z důvodů, proč si nemocní nepřipouští obavu, je ten, že vše záleží na náladě. Ta ovlivňuje, jaký je pobyt v nemocničním prostředí. Pokud má nemocný lepší náladu, jeho pobyt v nemocničním zařízení není tak náročný, jako když je nálada horší. Nemocný má smíšené pocity. Druhý důvod je ten, že prioritou není uspokojení potřeb, tudíž ani obavy. Nemocný má obavu jen o to, jestli ho dnes pustí domů. Zbylí tři odpověděli, že obavy mají. Důvody, kvůli kterým nemocný obavy mají, se liší. Oslovený P3 má obavy o rodinu, o to, že se nemůže o rodinu starat. Obavy související s potřebami jistoty a bezpečí nemá. Oslovený P4 odpověděl, že obavy má. Je zde obava, že přijde o práci. Pro nemocného je to jistota stálého příjmu. Poslední oslovený odpověděl, že má obavu, která se týká zdravotního stavu nemocného, který se nelepší. Bojí se, že se už v nemocničním zařízení nebude cítit bezpečně a jeho důvěra ve zdravotnický personál tak klesne. Další ze subkategorií je „Neuspokojení potřeb“. Trachtová a kol. (2018) ve své knize uvádí, že existuje celá řada faktorů, které znemožňují, znesnadňují, narušují, nebo dokonce i mění uspokojování potřeb člověka. Jedním z nich je nemoc. V této subkategorii se všichni oslovení shodli na tom, že jejich potřeby nejsou uspokojeny, a to z důvodu obav o své zdraví, dlouhodobé hospitalizace, ztráty partnera/partnerky, závislosti na druhých a nedostatek sil k úplnému uzdravení. Díky těmto obavám není potřeba jistoty a bezpečí uspokojena. Dlouhodobé neuspokojení potřeb vede k psychickému a fyzickému strádání nemocného. Nemocný může pociťovat ohrožení své existence z vnějška (Trachtová a kol., 2018). Další subkategorii je „Povědomí o vlastním onemocnění“. V této subkategorii nás zajímalo, zda jsou nemocní plně informováni o svém zdravotním stavu a pokud by nemocní nebyli plně informováni, jaký by to na ně mělo vliv. V této subkategorii se všichni oslovení shodli na tom, že jsou plně informováni o svém zdravotním stavu. Odpovědi se ale lišily v otázce, jaký by na ně měla vliv neinformovanost. Dva oslovení účastníci se shodli na tom, že by ztratili důvěru ke zdravotnickému personálu. Zbylí tři se shodli na tom, že by podepsali negativní revers a odešli by hledat odbornou pomoc do jiného nemocničního zařízení. Každý nemocný má právo znát svůj zdravotní stav. Strnadová (2020) ve své bakalářské práci uvádí, že pokud jsou nemocní dostatečně informováni o své nemoci a průběhu léčby, je jejich saturace potřeby a jistoty vnímána lépe. Další subkategorii je „Postoj ke

změně stravovacích návyků“. Pro akutní pankreatitidu je typická dieta, která by měla být s omezením tuků. Zajímala nás změna ve stravování, zda nemocní udělali ve svém stravování nějakou výraznou změnu, či naopak. Odpovědi na tuto otázku byly odlišné. Jeden z oslovených uvedl, že stravovací návyky změnil. Předčilo tomu jeho předchozí onemocnění a jeho děti. Zbylí čtyři oslovení své stravovací návyky nezměnili. Z těchto čtyř jsou dva, kteří mají dobré stravovací návyky již delší dobu, vyhovují jim, a proto neměli potřebu své návyky měnit. Další dva oslovení své stravovací návyky nezměnili a jsou tak špatně nastaveny. Po diagnostice akutní pankreatitidy si své stravovací návyky budou muset nastavit tak, aby se u nich akutní pankreatitida neobjevila znovu. Předposlední subkategorie je „Důvěra“. Důvěra je vztah, ve kterém jsou si všichni naprosto rovni a nemají mezi sebou žádná tajemství. Důvěra je ve zdravotnictví velmi důležitá, neboť kdyby nebyla, potřeba jistoty a bezpečí by nemohla být ani dostatečně uspokojována. Tudíž by nebyly uspokojeny potřeby nemocného. V této subkategorii se tři oslovení shodli, že mají důvěru ke zdravotnickému personálu. Zbylí dva oslovení důvěru ke zdravotníkům nemají. Důvody jsou různé. Může to být předešlá špatná zkušenost se zdravotnickým personálem nebo třeba jazyková bariéra mezi personálem a nemocným. Důvěru nemocných může nemocniční personál získat i přes to, že předchozí zkušenost se zdravotníky nebyla dobrá. Důvěru je možné získat upřímným a laskavým přístupem k nemocným a častějšími návštěvami nemocných mimo vizitu a plnění ordinací. Když je nemocniční personál plně upřímný, nemocní tak vědí, jak se jejich zdravotní stav vyvíjí. Strnadová (2020) ve své práci uvádí, že pokud ošetrovatelský personál za nemocným přijde i mimo vizitu a plnění ordinací, důvěra je tak vyšší, než když navštíví nemocného pouze tehdy, kdy u něho provádí nějaký výkon. Poslední subkategorie je „Zlepšení zdravotního stavu“, kde nás zajímala víra oslovených nemocných v jejich úplné uzdravení. Na této otázce se z pěti oslovených shodli tři. Jejich odpověď byla, že víru v úplné uzdravení mají. Jejich víra je ovlivňována různými faktory, ale i přesto u nich víra přetrvává. Tito tři oslovení, jež mají víru v uzdravení, věří díky svým rodinám, ve kterých mají největší oporu. Dva z oslovených se shodli na tom, že víru v úplné uzdravení nemají. Faktorem může být bolest, která nemocného ihned může vyvést z očekávání, anebo délka hospitalizace. Nemocní mají tak pocit, že hospitalizace je moc dlouhá a ztrácí tak víru v uzdravení. Další faktor může být ten, že nemocní budou muset i v domácím prostředí dodržovat dietní opatření. Odpověď na třetí dílčí výzkumnou otázku „Jak nemocní s akutní pankreatitidou vnímají saturaci potřeby jistoty a bezpečí?“ je taková, že pro každého jedince mají tyto potřeby jiný význam. Uspokojení těchto potřeb tedy pro každého nemocného znamená jiný způsob. Zjistili jsme, že pro oslovené je potřeba jistoty a bezpečí uspokojena pouze tehdy, kdy jsou doma

a mají okolo sebe své blízké. Když jsou zdraví a nemají žádnou bolest. Na jednu stranu u těchto oslovených nebyly uspokojeny potřeby jistoty a bezpečí v době hospitalizace. Na druhou stranu všichni oslovení se shodli na tom, že zdravotnickému personálu důvěřují a že pokud je postihne bolest, jsou rádi, že jsou v nemocničním zařízení. Tam jim totiž pomohou od bolesti.

LIMITY VÝZKUMU

Jedním z nejvýraznějších limitů byla skutečnost, že výzkum probíhal v době pandemie covid-19. V tuto chvíli byly omezeny návštěvy a na nemocné to mělo možná větší dopad než za standardní situace.

I když byla zaručena maximální anonymita všech oslovených participantů, může nastat riziko, že poskytnutá data jsou limitována z důvodu obav z absolutní otevřenosti.

Vzhledem k specifickému tématu bylo obtížné najít práci podobného typu, proto jsou v diskuzi použity pouze dva zdroje.

DOPORUČENÍ PRO OŠETŘOVATELSKOU PRAXI

Vzhledem ke skutečnosti, že výzkumné šetření bylo realizováno jako kvalitativní, a to pomocí rozhovorů s pěti participanty, není možné ani po pečlivé analýze textu navrhnout obecné doporučení, které by bylo využito v ošetrovatelské péči o tyto nemocné.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zaměřuje na saturaci potřeby jistoty a bezpečí u hospitalizovaných nemocných s akutní pankreatitidou.

Aby mohl být výzkum kvalitně vypracován, bylo nutné nejprve zmínit důležitá teoretická fakta, která se týkají anatomie a fyziologie slinivky břišní. V teoretické části dále naleznete popis klasifikace a rozdělení akutní pankreatitidy. Stejně tak jsou popsány její příčiny vzniku, klinický průběh, diagnostika, léčba a výživa. Pro praktickou část této bakalářské práce byl zvolen kvalitativní výzkum, který umožňuje detailní prozkoumání dané problematiky. Podstata této bakalářské práce vychází z pěti výzkumných rozhovorů u nemocných trpících akutní pankreatitidou. Tito oslovení se lišili věkovými kategoriemi a diagnostikovaným druhem akutní pankreatitidy. Cílem práce bylo zmapovat saturaci potřeby jistoty a bezpečí nemocných při ošetrovatelské péči, společně s porovnáním s tuzemskou odbornou literaturou a kvalifikačními pracemi.

Stanovené cíle se nám podařilo splnit. Díky tomuto výzkumu bylo potvrzeno, že každý jedinec vnímá saturaci obou potřeb individuálně a naplnění těchto potřeb není možno plně uspokojit v nemocničním zařízení. V porovnání s odbornou literaturou bylo zjištěno, že hospitalizovaným nemocným jejich potřeby můžeme dostatečně uspokojit, ale ne tak jako v jejich přirozeném prostředí.

SEZNAM LITERATURY

BANKS, Peter A., Thomas L. BOLLEN, Christos DERVENIS, Hein G. GOOSZEN, Colin D. JOHNSON, Michael G. SARR, Gregory G. TSIOTOS, Santhi Swaroop VEGE a ACUTE PANCREATITIS CLASSIFICATION WORKING GROUP. *Classification of acute pancreatitis--2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus*. *Gut* [online]. 2013, 62(1), 102–111. ISSN 1468-3288. Dostupné z: doi:10.1136/gutjnl-2012-302779

BARTŮNĚK, P., JURÁSKOVÁ, D., HECZKOVÁ, J., NALOS, D. a kol. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing, 2016. 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.

ČIHÁK, Radomír. *Anatomie*. Třetí, upravené a doplněné vydání. Ilustroval Ivan HELEKAL, ilustroval Jan KACVINSKÝ, ilustroval Stanislav MACHÁČEK. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-4788-0.

ČOUPKOVÁ, Hana, Pavel MARCIÁN, Vladislava MARCIÁNOVÁ, Lucie PŘIKRYLOVÁ, Ludmila RÁŽKOVÁ a Lenka SLEZÁKOVÁ. *Ošetrovatelství v chirurgii*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2021. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2900-8.

FOSTER, Bryan R., Kyle K. JENSEN, Gene BAKIS, Akram M. SHAABAN a Fergus V. COAKLEY. *Revised Atlanta Classification for Acute Pancreatitis: A Pictorial Essay*. *Radiographics* [online]. 2016, 36(3), 675–687. ISSN 0271-5333. Dostupné z: doi:10.1148/rg.2016150097

GIMENEZ, Tomas, Alberto CALVO a Javier VICENT. *Etiology of acute pancreatitis*. *Open Medicine* [online]. 2014, 9(4), 530–542. ISSN2391-5463. Dostupné z: doi:10.2478/s11536-013-0279-x

GURKOVÁ, PhD., doc. Mgr. Elena. *Nemocný a chronické onemocnění: Edukace, motivace a opora pacienta*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-9916-7.

HENDL, Jan, *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál s. r. o., 2005. ISBN 80-7367-040-2

HORÁČKOVÁ, K., 2018. *Infekce spojené se zdravotní péčí – HAI (Healthcare Associated Infections)*. In: HORÁČKOVÁ, K. et al. *Prevence infekcí ve vztahu k ošetrovatelské péči*. Pardubice: Univerzita Pardubice, s. 5–11. ISBN 978-80-7560-121-6.

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

KUBEROVÁ, Helena. *Didaktika ošetrovatelství*. Vyd. 1. Překlad Dagmar Pilařová. Praha: Portál, 2010, 246 s. ISBN 978-807-3676-841.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 175 s. Sestra. ISBN 978-802-4727-134.

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

LIBOVÁ, Eubica, Hilda BALKOVÁ a Monika JANKECHOVÁ. *Ošetrovatelský proces v chirurgii*. Praha: Grada Publishing, 2019. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-2466-4.

NOVÁ, M. *Ošetrovatelská péče o pacienta s akutní pankreatitidou*. Plzeň, 2015. Bakalářská práce (Bc.) Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Helena Layrová

SCHEIN, Moshe a Paul N. ROGERS, ed. *Urgentní břišní chirurgie: Schein's common sense emergency abdominal surgery*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2357-0.

SOUKUPOVÁ, Taťána. *Specifika péče u pacienta s akutní pankreatitidou na jednotce intenzivní péče* [online]. Pardubice, 2021 [cit. 2023-02-20]. Dostupné z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/78501/SoukupovaT_SpecifikaPece_HO_2021.pdf?sequence=1&is-Allowed=y. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotních studií. Vedoucí práce Mgr. Hana Ochtinská.

STRNADOVÁ, Jaroslava. *Uspokojování potřeby jistoty a bezpečí za hospitalizace*. Plzeň, 2020. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotních studií. Vedoucí práce Mgr. Andrea Dvořáková.

SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: Úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012, 63 s. ISBN 978-807-2628-452.

ŠKRHA, Jan. *Diabetologie*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-607-6.

ŠPIČÁK, J. a kol. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii II*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. 320 s. ISBN 978-80-271-0318-8.

ŠRÁMKOVÁ, Marie et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3., Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013, 185 s. ISBN 978-807-0135-532.

TRNA, Jan a Zdeněk KALA. *Klinická pankreatologie*. Praha: Mladá fronta, 2016. Aesku-lap. ISBN 978-80-2043-9024.

VOJTÍŠEK, PhDr. Petr. *Výzkumné metody: Metody a techniky výzkumu a jejich aplikace v absolventských pracích vyšších odborných škol*. Praha, 2012. ISBN 978-80-905109-3-7. Disertace. Vyšší odborná škola sociálně právní, Praha.

ZADÁK, Zdeněk a Eduard HAVEL. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 335 s. ISBN 978-80-247-0785-3.

ŽÁRSKÁ, Natálie. *Akutní pankreatitida a ostatní specifické typy diabetu mellitu* [online]. Brno, 2020 [cit. 2023-03-15]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/cj7y42/>. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce MUDr. Anna Žáková, Ph.D.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – **Informovaný souhlas pro participanty**

Příloha B – **Informovaný souhlas s výzkumem**

PŘÍLOHY

Příloha A – Informovaný souhlas

Obrázek 1 Informovaný souhlas pro participanty

INFORMOVANÝ SOUHLAS

NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
Ošetrovatelská péče o nemocné s akutní pankreatitidou

STUDENT
Jopková Ivana
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
jopkovaivana@email.cz

VEDOUcí BP:
Mgr. Jaroslava Nováková
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
jarnovak@kos.zcu.cz

CÍL STUDIE
Cílem studie je...

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořizovaný záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym. Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

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

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

Zdroj: vlastní zpracování

Příloha B – Informovaný souhlas s výzkumem

Obrázek 2 Informovaný souhlas s výzkumem

INFORMOVANÝ SOUHLAS

NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
Ošetrovatelská péče o nemocné s akutní pankreatitidou

STUDENT (jméno a příjmení)
Ivana Jopková

VEDOUcí BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
Mgr. Jaroslava Nováková
ZČU v Plzni
Fakulta zdravotních studií
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
E-mail: jarnovak@fzs.zcu.cz

PRACOVISTĚ
Nemocnice Strakonice, a.s.
Radomyšlská 336
Strakonice 386 29
E-mail: sekretariat@nemst.cz

CÍL STUDIE

Zmapovat, jak nemocní s akutní pankreatitidou vnímají během hospitalizace saturaci potřeby jistoty a bezpečí a její ovlivnění faktorem bolesti a snížením soběstačnosti.

S Vaším svolením budu vykonávat na oddělení Chirurgie I a Chirurgické jednotce intenzivní péče výzkum ke své bakalářské práci. Vyberu si pět nemocných, kterým dám podepsat informovaný souhlas o vykonávání výzkumného šetření k bakalářské práci. Všechny získané údaje budou anonymní a použity pouze pro účely tohoto výzkumu. Získané informace budou anonymně publikovány.

SOUHLAS S POSKYTNUTÍM INFORMACÍ

Vážená slečno Jopková,

na základě Vaší žádosti o souhlasu s poskytnutím informací v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce na téma „Ošetrovatelská péče o nemocné s akutní pankreatitidou“ sdělujeme, že nemocnice Strakonice, a.s., souhlasí se sběrem informací u Vámi oslovených nemocných.

Ve Strakonici dne 14.10.2021

Mgr. Edita Klavíková, MBA
náměstek ošetrovatelské péče
hlavní sestra
Nemocnice Strakonice, a.s.

Účastník výzkumu

Ve Strakonici dne 14.10.2021

Student/ka

Zdroj: vlastní zpracování