



**UNIVERZITA KARLOVA
I. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Intenzivní péče

Bc. Markéta Sukovičová, DiS.

Motivace pacientů ke změně životního stylu po hospitalizaci na jednotce intenzivní péče pro ataku pankreatitidy

Motivating patients to change their lifestyle after hospitalization at intensive care unit for pancreatitis attack

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Daniela Srpová

Konzultant: MUDr. Tomáš Větrovský, Ph.D.

Praha, 2019

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze 21.04. 2019

Bc. MARKÉTA SUKOVIČOVÁ, DiS.

.....
Podpis

Identifikační záznam

Bc. Markéta Sukovičová, DiS. Motivace pacientů ke změně životního stylu po hospitalizaci na jednotce intenzivní péče pro ataku pankreatitidy. [Motivating patients to change their lifestyle after hospitalization at intensive care unit for pancreatitis attack]. Praha, 2019. 60 s., 9 příl. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetřovatelství. Vedoucí práce Mgr. Daniela Srpová.

Abstrakt

MOTIVACE PACIENTŮ KE ZMĚNĚ ŽIVOTNÍHO STYLU PO HOSPITALIZACI NA JEDNOTCE INTENZIVNÍ PÉČE PRO ATAKU PANKREATITIDY

Úvod: Diplomová práce se zabývá motivací pacientů ke změně životního stylu po prodělané atace pankreatitidy.

Cíle: Cílem práce bylo analyzovat bariéry a motivátory ke změně životního stylu u pacientů po prodělané atace pankreatitidy.

Metody: Výzkumný soubor tohoto kvalitativního výzkumu tvořilo celkem dvacet probandů (sedm mužů a třináct žen) ve věku $45,15 \pm 12,41$ let. Analýza motivátorů ke změně životního stylu u probandů, kteří prodělali ataku pankreatitidy a byli těsně před propuštěním do domácího ošetřování z jednotky intenzivní péče ve fakultní nemocnici v Praze, probíhala na základě polostrukturovaných rozhovorů, které s nimi byly vedeny. Rozhovory byly se souhlasem pacienta nahrávány pro účely následné transkripce a analýzy.

Výsledky: Mezi hlavní bariéry při změně životního stylu po atace pankreatitidy patří strach z budoucnosti, pocit viny, svádění viny na druhé lidi, pocit selhání, samoty a odloučení, citová netečnost vůči blízkým lidem; velká pracovní vytíženost, neustálý spěch, nedostatek času na sebe i ostatní členy rodiny, strach z opětovného začlenění do společnosti; špatné stravovací návyky, nedostatek pohybové aktivity, závislost na alkoholu či drogách a ignorace léčby jako takové. Mezi hlavní motivátory při změně životního stylu po atace pankreatitidy patří samotné odhodlání pacientů k životní změně – úprava jídelníčku, pohybových návyků a aktivit, úprava pracovní doby či změna zaměstnání; pocit jistoty, bezpečí a naděje; pomoc rodiny a přátel nejbližších; snaha o prodloužení života, budování rodiny či starání se o ní a vidina nového životního začátku.

Závěr: Přestože se v rámci výzkumného souboru vyskytovali probandi z různých sociálních zázemí, bylo v jejich bariérách a motivátorech možné nalézt určité trendy, ať již v rámci vnímání jejich budoucnosti, vytíženosti, životního stylu, motivace, či v rámci jejich vnímání emocí, pocitů a interakce se společností, která je obklopuje.

Klíčová slova: aspekty kvality života, hospitalizace, pankreatitida, životospráva

Abstract

MOTIVATING PATIENTS TO CHANGE THEIR LIFESTYLE AFTER HOSPITALIZATION AT INTENSIVE CARE UNIT FOR PANCREATITIS ATTACK

Introduction: This diploma thesis focuses on the motivation of patients to change their lifestyle choices and habits after they suffered an acute pancreatitis.

The aim: The aim of this thesis was to analyse the barriers and motivators to change their lifestyle patients after they suffer an acute pancreatitis.

Methods: The research group of this qualitative study consisted of twenty probands (seven male and thirteen female) aged $45,15 \pm 12,41$. The analysis of aspects motivating them to change their lifestyle after an acute pancreatitis was conducted right before they were released from intensive care in a faculty hospital in Prague into aftercare at their homes. The analysis was conducted through semi-structured interviews. The interviews were recorded with the patient's permission in order to be transcribed and analyzed later on.

Results: The main barriers to lifestyle change after pancreatitis attack are fear of the future, feeling guilty, seducing guilt on others, feeling sick, loneliness and separation, emotional inertia towards loved ones; feel overworked, constant rush, lack of time for yourself and for other family members, fear of reintegration into society; bad eating habits lack of physical activity, alcohol or drug addiction and ignorance toward the treatment itself. The main motivators in changing lifestyle after pancreatitis attack is the patient's commitment to life chase itself – adjustment of the food diet, movement habits and activities, working time regulation or possibility of job change; a sense of security, safety and hope; help from family and closest friends; endeavor to prolong life, build or care for a family, and the vision of a new life beginning.

Conclusion: Although there were probands from different research groups of social background, it was possible to be found in their barriers and motivators certain trends, both within the perception of their future, lifestyle, motivation, or within their perception of emotions, feelings and interaction with the company that surrounds them.

Keywords: aspects of quality of life, hospitalization, pancreatitis, lifestyle, habits

Poděkování

Děkuji vedoucí diplomové práce paní Mgr. Daniele Srpové a panu MUDr. Tomáši Větrovskému, Ph.D. za ochotu, připomínky a cenné rady, kterými přispěli při psaní této diplomové práce.

Obsah

1. ÚVOD	9
2. ANATOMIE A FYZIOLOGIE SLINIVKY BŘÍŠNÍ	11
3. ETIOLOGIE AKUTNÍ PANKREATITIDY	13
3.1. EPIDEMIOLOGIE AKUTNÍ PANKREATITIDY	13
3.2. ROZDĚLENÍ PANKREATITID	14
3.2.1. <i>Akutní pankreatitida</i>	14
3.2.2. <i>Akutní biliární pankreatitida</i>	15
3.2.3. <i>Nekrotizující pankreatitida</i>	15
3.2.4. <i>Idiopatická pankreatitida</i>	15
3.2.5. <i>Chronická pankreatitida</i>	16
3.2.6. <i>Alkoholická pankreatitida</i>	16
3.3. PŘÍZNAKY A PRŮBĚH ONEMOCNĚNÍ.....	16
3.4. DIAGNOSTIKA AKUTNÍ PANKREATITIDY	17
3.5. DEFINICE ZÁVAŽNOSTI AKUTNÍ PANKREATITIDY	18
3.5.1. <i>Lehká akutní pankreatitida</i>	18
3.5.2. <i>Středně těžká akutní pankreatitida</i>	18
3.5.3. <i>Těžká akutní pankreatitida</i>	18
3.5.4. <i>Formy postižení akutní pankreatitidy</i>	19
3.6. SKÓROVACÍ SYSTÉMY V INTENZIVNÍ PÉČI – AKUTNÍ PANKREATITIDA.....	19
3.7. LÉČBA AKUTNÍ PANKREATITIDY	20
3.8. KOMPLIKACE AKUTNÍ PANKREATITIDY	21
3.9. VÝŽIVA U AKUTNÍ PANKREATITIDY.....	23
3.10. PARENTERÁLNÍ A ENTERÁLNÍ VÝŽIVA U AKUTNÍ PANKREATITIDY.....	24
3.10.1. <i>Parenterální výživa</i>	24
3.10.2. <i>Enterální výživa</i>	24
3.10.3. <i>Využití enterální a parenterální výživy v praxi</i>	25
3.11. DIETNÍ OPATŘENÍ.....	25
3.11.1. <i>Dietní opatření u akutní pankreatitidy</i>	25
3.11.2. <i>Dietní opatření u chronické pankreatitidy</i>	26
3.12. PREVENCE AKUTNÍ PANKREATITIDY	27
4. ASPEKTY KVALITY ŽIVOTA	28
4.1. MOTIVACE.....	28
4.2. ZDRAVÍ	29
4.3. ŽIVOTNÍ STYL	30
4.3.1. <i>Zdravý životní styl</i>	30
4.4. SLOŽKY ZDRAVÉHO ŽIVOTNÍHO STYLU	31
4.4.1. <i>Zdravé stravování</i>	31
4.4.2. <i>Aktivní životní styl</i>	31
4.4.3. <i>Zvládání stresu</i>	31

4.4.4. <i>Vztah k sobě samému</i>	31
4.4.5. <i>Životní rovnováha</i>	32
5. KVALITA ŽIVOTA	33
5.1. POJEM KVALITA ŽIVOTA	33
5.2. DEFINICE KVALITY ŽIVOTA	34
5.3. MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA	34
5.4. NÁSTROJE KVALITY ŽIVOTA.....	35
5.5. HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA	36
5.6. HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA PACIENTŮ PO HOSPITALIZACI NA JEDNOTCE INTENZIVNÍ PÉČE PO PRODĚLANÉ PANKREATITIDĚ	37
6. PRAKTICKÁ ČÁST	40
6.1. METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	40
6.1.1. <i>Metodika výzkumu</i>	40
6.2. KVALITATIVNÍ VÝZKUM.....	40
6.3. VÝZKUMNÝ VZOREK.....	41
6.4. VÝZKUMNÁ METODA	42
6.5. SBĚR A ANALÝZA DAT.....	42
6.5.1. <i>Postup a metodika sběru dat</i>	43
6.5.2. <i>Otevřené kódování</i>	43
7. ANALÝZA DAT	50
7.1. KATEGORIE „BUDOUCNOST“	50
7.2. KATEGORIE „POCITY“	50
7.3. KATEGORIE „VYTÍŽENOST“	51
7.4. KATEGORIE „EMOCE“	51
7.5. KATEGORIE „SPOLEČNOST“	52
7.6. KATEGORIE „ŽIVOTNÍ STYL“	52
7.7. KATEGORIE „OSOBNOST“	53
7.8. KATEGORIE „MOTIVACE“	54
8. DISKUSE	56
9. ZÁVĚR	59
10. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	61

Seznam zkratk

Seznam tabulek

Seznam obrázků

Seznam příloh

1. Úvod

V diplomové práci se zaměřuji na problematiku onemocnění slinivky břišní (*pankreas*), jeho dopad na životní styl a kvalitu života pacienta.

Akutní pankreatitida je mnohdy spojována s nesprávným dodržováním životního stylu, a to především s konzumací alkoholu, nesprávnou životosprávou, kouřením či stresem.

Onemocnění slinivky břišní se může projevit lehkou formou zánětu, postupně přejít až do středně těžkého stavu, který se může změnit ve velmi těžkou a závažnou formu zánětu, kdy je nemocný člověk ohrožen na životě.

Kvalita života a životní styl pacienta s onemocněním slinivky břišní je nejčastěji probíraným tématem, s nímž se setkáváme v klinické praxi. Jedná se o poměrně časté a zároveň velice závažné onemocnění. Akutní pankreatitida je natolik vážné onemocnění, že může skončit i úmrtím.

V teoretické části práce popisuji příčiny vzniku onemocnění, diagnostiku, průběh a léčbu onemocnění. Dále se zabývám kvalitou života v souvislosti s akutním zánětem slinivky břišní.

První zmínku o kvalitě života zaznamenáváme již ve dvacátých letech dvacátého století, kdy hlavní spojitost s tímto pojmem sehrála rostoucí ekonomika, úloha státu a její materiální podpora nižších společenských vrstev. První celonárodní šetření kvality života obyvatelstva proběhlo v sedmdesátých letech dvacátého století. Výsledkem tohoto šetření byl vývoj ukazatelů pro hodnocení kvality života lidí.

Kvalita života je v dnešní době jedním z nejpoužívanějších pojmů v medicíně zaměřující se především na oblast fyzickou, psychickou a sociální. Díky tomuto současnému trendu, který se zabývá kvalitou života člověka, objevujeme nové a důležité poznatky, jako např. fyzický stav, psychický stav, sociální a rodinné zázemí, ale i celkový zdravotní stav. Veškeré tyto poznatky jsou velmi důležité nejen pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče, ale i pro samotného pacienta během hospitalizace.

Téma „Motivace pacientů ke změně životního stylu po hospitalizaci na jednotce intenzivní péče pro ataku pankreatitidy a kvalita života pacienta po odeznění akutního zánětu slinivky břišní“ jsem si vybrala z důvodu mého zájmu o problematiku tohoto onemocnění. Akutní pankreatitida je velice závažné, až život ohrožující onemocnění, které často postihuje pacienty ve středním věku. Výjimku netvoří ani mladí lidé. Prognóza těžké akutní pankreatitidy bývá v mnoha případech velmi nepříznivá. Kvalitu života pacientů

s tímto onemocněním výrazně ovlivňuje nejen přístup zdravotnického personálu (lékaři, všeobecné sestry), rodiny pacienta, ale i samotný přístup pacienta k jeho onemocnění.

V diplomové práci se formou kvalitativního výzkumu, který jsem prováděla pomocí polostrukturovaných rozhovorů s pacienty, snažím zjistit příčiny vedoucí ke vzniku onemocnění, a také z jakého důvodu a proč nemocní vyhledali lékařskou pomoc. Dále se zabývám tím, co bylo hlavním spouštěcím faktorem vzniku onemocnění (stres, alkoholismus, kouření, nesprávná životospráva, nedostatek pohybu a spánku, náročná povolání ve směnném provozu)? Velmi důležitým bodem je rovněž pacientova motivace k probíhající léčbě nejen v době samotné hospitalizace, ale i dále po propuštění do domácí péče, kde je nutné změnit způsob svého dosavadního životního stylu.

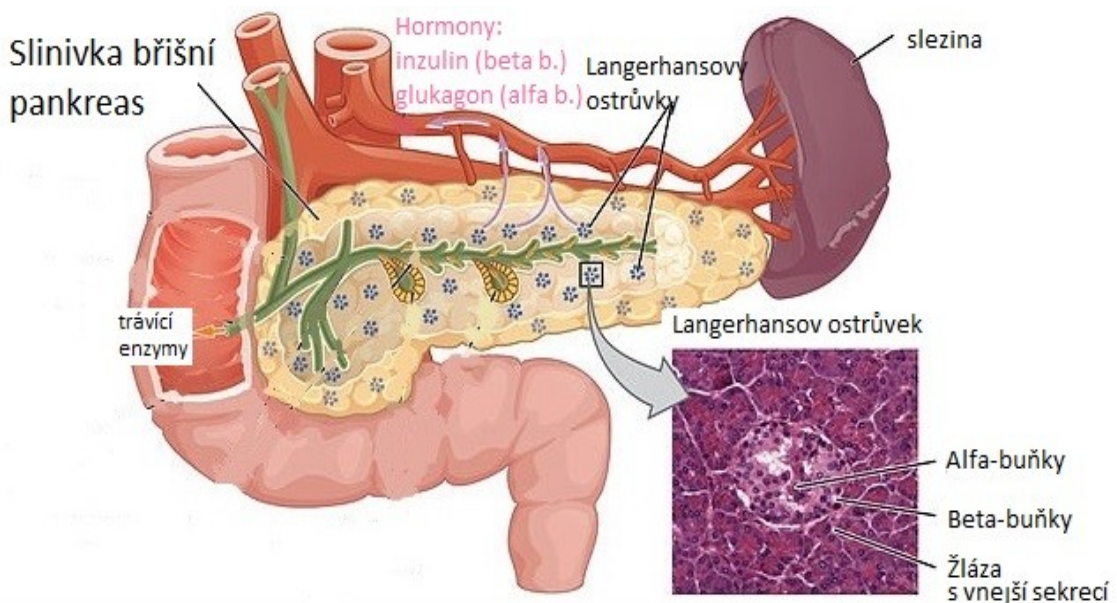
V empirické části práce se zabývám zpracováním výsledků z vlastního kvalitativního výzkumu realizovaného formou polostrukturovaných rozhovorů s pacienty hospitalizovanými pro ataku pankreatitidy.

2. Anatomie a fyziologie slinivky břišní

„Slinivka břišní neboli pankreas, je žláza s vnitřní i vnější sekrecí, která je uložena za žaludkem a řadíme ji k trávicímu ústrojí.“ Slinivka břišní je dlouhá asi 12-16 cm a váží kolem 60-90 g. Slinivka břišní obsahuje exokrinní a endokrinní žlázu, kdy exokrinní žláza své natrávené enzymy vylučuje pomocí vývodů do duodena a endokrinní žláza produkuje hormony Langerhansonovými ostrůvky. „Je protáhlého tvaru a dělíme ji na 3 základní části – hlavu (*caput*), tělo (*corpus*) a ocas (*cauda*).“ (Dylevský, Orel, 2009).

Vývody slinivky břišní jsou Ductus pancreaticus, který je hlavním vývodem pankreatu o průměru 2-3 mm a Ductus pancreaticus accessorius, což je přídatný vývod slinivky břišní.

Obrázek 1 - Slinivka břišní (pankreas) – anatomie



Zdroj: Gregorová (2018). Dostupné z: http://www.osel.cz/popisek.php?popisek=24709&img=obr-2_2.jpeg

Buňky slinivky břišní obsahují a zároveň vylučují enzymy a proenzymy. Pro štěpení bílkovin je velice důležitý trypsinogen a chymotrypsinogen. Pro štěpení škrobů a cukrů produkuje slinivka břišní amylázu a pro štěpení tuků je důležitá produkce lipázy (Křivánková, Hradová, 2009).

Slinivka břišní zajišťuje endokrinní a exokrinní funkci. Kdy endokrinní funkce má vnitřně sekretorickou část, kterou představují Langerhansovy ostrůvky. Ty jsou rozseté po celém pankreatu v počtu 1,5 milionu a jsou tvořeny alfa a beta buňkami. Z nich se pak do krve uvolňují hormony, které ovlivňují látkovou přeměnu cukrů. Beta buňky produkují hormon inzulin, který je důležitý pro snižování hladiny cukru v krvi. Alfa buňky vytváří hormon

glukagon, který naopak zvyšuje hladinu cukru v krvi. Je-li inzulin tvořen v nedostatečné míře, hladina cukru v krvi se zvyšuje a dochází k velmi závažnému onemocnění – cukrovce (diabetes mellitus) (Merkunová, Orel, 2009).

Exokrinní funkci slinivky břišní zajišťuje pankreatická šťáva, která obsahuje trávicí enzymy (trypsin, pankreatická amyláza, pankreatická lipáza, bikarbonáty). Trypsin je enzym, který štěpí bílkoviny a aktivuje se ve dvanáctníku. Pankreatická amyláza je velice důležitá pro štěpení škrobů na jednoduché cukry, které jsou dále štěpeny na glukózu. Pankreatická lipáza se aktivuje žlučí a štěpí tuky na glycerol a mastné kyseliny. Bikarbonáty neboli hydrogenuhličitaný mají uplatnění při udržení acidobazické rovnováhy (Merkunová, Orel, 2009; Rokyta, 2015).

3. Etiologie akutní pankreatitidy

V dnešní době se stále vedou diskuse o tom, co je přesným spouštěcím faktorem vzniku onemocnění slinivky břišní. Během dlouhodobého zkoumání onemocnění byly rozpoznány různé rizikové faktory, které mohou vést k rozvoji onemocnění. Většina literatury uvádí, že 10-30 % onemocnění slinivky břišní je neznámé příčiny (Vodička a kol., 2006; Hrubant, 2007; Hvozdičková, Stolinská, 2011).

Akutní zánět slinivky břišní je onemocnění, které je způsobeno mnoha faktory. Dělíme je na tři hlavní typy a to biliární (50-60 %), alkoholická (20-40 %) a idiopatická. Dalšími příčinami vzniku onemocnění mohou být traumata, poškození při operačním výkonu, po provedení ERCP po aplikaci léků, metabolické poruchy, hormonální poruchy, nádory, genetické mutace a mnoho dalších příčin, které zařazujeme do čtvrté kategorie. Tyto kategorie označujeme jako vzácné příčiny akutního zánětu slinivky břišní (Vodička a kol., 2006; Hrubant, 2007; Hvozdičková, Stolinská, 2011).

3.1. Epidemiologie akutní pankreatitidy

Akutní pankreatitida je i na začátku třetího tisíciletí velmi závažným onemocněním. Jeho incidence stále stoupá nejen díky vzrůstající spotřebě alkoholických nápojů, ale i kvůli nevhodnému stravování (mastná a tučná jídla, nepravidelné stravování). Nemocní s AP jsou často hospitalizováni na JIP chirurgických odděleních a letalita těžkých forem se pohybuje podle údajů v různých studiích v rozmezí 15-50 % (Navrátil, 2008; Pafko, 2008).

Díky Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR – ÚZIS byla zjištěna incidence AP v České republice, kdy od roku 2015 do roku 2017 jsou v posledním sloupci uvedena definitivní čísla pacientů s AP nebo s AP způsobenou alkoholem. Zatím pro rok 2018 nejsou vydány a evidovány počty pacientů s akutní pankreatitidou (viz tabulka 1).

Tabulka 1 – Datové rozhraní Národního registru hrazených zdravotních služeb (DR NRHVS)

Data NRHVS 2015-2017		
Rok	Počet pacientů s K85.8, K85.0 – Jakkoli vykázáno	Vykázána hlavní diagnóza
2015	72 946	65 766
2016	75 428	70 859
2017	66 949	62 285
2018	–	–

Zdroj: ÚZIS ČR, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2017)

3.2. Rozdělení pankreatitid

3.2.1. Akutní pankreatitida

„Akutní pankreatitida je nejhorší ze všech kalamit, které se mohou přihodit v souvislosti s nitrobřišními orgány. Bůh umístil slinivku břišní v těle hodně dozadu, protože nechtěl, aby na ni chirurg sahal.“ (Berkeley Moynihan, 1865-1936).

Akutní pankreatitida je velice náhlé, závažné až život ohrožující, většinou neinfekční zánětlivé onemocnění slinivky břišní, které může poškodit i další okolní orgány a systémy. Akutní pankreatitidu rozdělujeme na lehkou a těžkou pankreatitidu. Lehkou formu AP charakterizujeme pozvolným průběhem (Tenner, Baillie, DeWitt, Vege, 2013). Jejím morfologickým projevem je edém a zánětlivá celulizace pankreatu. Těžká forma pankreatitidy je definována vznikem lokálních komplikací např. pseudocysta, nekróza, absces. Ojediněle se může objevit orgánová dysfunkce. Morfologicky ji definujeme jako nekrotizující zánět (Dítě, Novotný, Kocna a kol., 2013).

Nejčastější příčinou AP je alkohol, stav po endoskopickém výkonu – ERCP a žlučové kameny (tzv. biliární pankreatitida). Dále sem můžeme zařadit hyperkalcémii, úrazy pankreatu, infekce (Dítě, Novotný, Kocna a kol., 2013).

Akutní pankreatitidu dále rozdělujeme na komplikovanou nebo nekomplikovanou. Podle patologicko-anatomické morfologie rozdělujeme pankreatitidu na edematózní či hemoragicko-nekrotizující (Dítě, Novotný, Kocna a kol., 2013).

3.2.2. Akutní biliární pankreatitida

Akutní biliární pankreatitida je poměrně velice častou komplikací cholelithiázy, kdy ve vyústění ductu choledochu a Wirsungova vývodu na Vaterově papile duodena může dojít k zaklínění konkrementu. Při průchodu kamene do duodena vzniká přechodná nedostatečnost Oddiho svěrače a následně tak dochází k návratu žluče ze žlučových cest do pankreatických vývodů. Tím dochází k přetlaku, kdy se aktivují pankreatické enzymy uvnitř slinivky, což vede k samonatrávení. Biliární etiologie je častější u žen středního věku než u mužů (Hrubant, 2007).

Akutní biliární zánět pankreatitidy je většinou způsoben nadměrným konzumováním delikates, které právě stimulují všechny trávicí procesy. Většinou se jedná o masné maso, sycené nápoje, alkohol, smaženého jídlo. (Krechler, 2007)

Tato delikatesní strava je příčinou počátečního pohybu konkrementů ve žlučníku, a tím dochází k zanesení jeho kanálků. Mnoho pacientů se žlučovými kameny nebo jeho chronickým průběhem onemocnění musí zásadním způsobem dodržovat dietu, aby se dalo vyhnout rozvoji akutní biliární pankreatitidy. (Hrubant, 2007)

Léčba akutní biliární pankreatitidy vyžaduje včasnou komplexní léčbu. Ta by se měla skládat ze dvou fází: pankreatická dieta a léky. Léčba by měla být přímo zaměřena na snížení intenzity bolesti a snížení uvolňování pankreatických enzymů, množství žaludečních šťáv, kterou stimuluje pankreas. (Krechler, 2007)

3.2.3. Nekrotizující pankreatitida

Nekrotizující pankreatitida je charakterizována difuzní nebo lokální přítomností nefunkčního pankreatického parenchymu, který je spojován s peripankreatickou nekrózou. Tuto závažnou AP s pankreatickou nebo peripankreatickou nekrózou nazýváme nekrotizující pankreatitida. Nekróza pankreatu se může objevit již během prvních dnů od počátku vzniku onemocnění. Ve 40-70 % případů se nekróza průběžně infikuje bakteriemi střevního původu a je pak označována za infikovanou nekrózu. Pravděpodobnost infekce závisí na rozsahu pankreatické nekrózy (Lata, Bureš, Vaňásek, 2010).

3.2.4. Idiopatická pankreatitida

Idiopatická pankreatitida představuje asi 10-15 % všech chronických pankreatitid. Nemocní, kteří trpí touto formou chronické pankreatitidy, mají nízkou hladinu toxicity pro alkohol. Idiopatickou pankreatitidu můžeme rozdělit na dvě formy – juvenilní a senilní. V naprosté většině začíná v dětství a základním hlavním příznakem je bolest. Senilní typ se

poprvé projevuje u osob starších 65 let a příznaky jsou velmi nevýrazné (Dujsíková, Dítě, Tomandl a kol., 2008).

3.2.5. Chronická pankreatitida

Chronická pankreatitida je onemocnění, které v posledních letech zaznamenává vzestup incidence. Incidence chronické pankreatitidy v České republice je 7,9 % na 100 000 obyvatel (Frič, 2009).

Chronická pankreatitida je z hlediska etiopatogeneze velmi pestrá. Hlavní příčinou vzniku chronické pankreatitidy je nadměrná konzumace alkoholu. Mezi další rizikové faktory, které mohou vést ke vzniku chronické pankreatitidy je např. hyperlipidemie, četné virové infekce, chronické požívání léků (analgetika, thiazidy, prednison), ale také stavy provázené zvýšenou hladinou vápníku v krvi. Další příčinou vzniku chronické pankreatitidy jsou biliární choroby (Houska a kol., 2011).

3.2.6. Alkoholická pankreatitida

Alkoholická pankreatitida je v dnešní době nejčastější příčina chronické pankreatitidy. Alkohol působí na slinivku břišní celkově, a tak představuje kombinaci neurohumorálních vlivů a přímého toxického efektu. Důsledkem je zvýšený parasympatický tonus a zvýšená tvorba pankreatického sekretu za normálních podmínek. U těchto pacientů je zjištěn abúzus alkoholu a zvýšený příjem potravin s vysokým obsahem proteinů, cukrů, tuků, ale i v kombinaci s kouřením (Houska a kol., 2011, Frič, 2009).

3.3. Příznaky a průběh onemocnění

Onemocnění AP se nejčastěji projevuje dlouhotrvající až nesnesitelnou bolestí břicha v oblasti nadbříšku (epigastria). V některých případech se bolest objevuje pod pravým žeberním obloukem nebo na levé straně břicha (Bartůněk, Jurásková, Heczková, Nalos, 2016). Bolest může někdy dojít až do takové míry, že vystřeluje i do jiných míst, jako např. do zad nebo mezi lopatky. Problém s diagnostikou onemocnění bývá, když pacient udává bolesti na hrudi, které se mohou zaměnit s bolestí při infarktu myokardu. Vzácně se však mohou tyto dvě onemocnění vyskytnout současně. V průběhu AP někdy dochází k poruše kardiovaskulárního systému, které se projevuje změnou srdečního rytmu, kontraktility srdečního svalu a poruchou periferních cév (Špinar a kol., 2008; Vodička a kol., 2006; Houska a kol., 2011).

Akutní pankreatitida je často spojována s metabolickými změnami, jako je např. nízká hladina draslíku v krvi (hypokalémie), nízká hladina hořčíku v krvi (hypomagnesemie) nebo nízká hladina vápníku v krvi (hypokalcémie), díky kterým může vzniknout změna

krevního oběhu a tím porucha hemodynamiky způsobující např. tachykardii (zvýšená srdeční frekvence), poruchy funkce plnění komor srdce atd. Také se mohou objevit změny na EKG křivce, které ukazují arytmie (změny srdečního rytmu). Mezi další časté příznaky, které se mohou objevit, je horečka, třesavka, nevolnost až zvracení, kdy zvracení neustává. Při akutní biliární pankreatitidě se u pacienta může objevit ikterus (zažloutnutí kůže) s křečovitou až prudkou bolestí břicha. U pacienta postiženého těžkou formou onemocnění dochází k septickému stavu až k rozvoji šoku či oběhového selhání (Špinar a kol., 2008; Vodička a kol., 2006; Houska a kol., 2011).

3.4. Diagnostika akutní pankreatitidy

Prvním krokem diagnostiky onemocnění AP je zjištění anamnézy a zhodnocení klinického obrazu. Dalším vyšetřením je laboratorní vyšetření a dále vyšetření pomocí zobrazovacích metod (Vachek, Motáň, Zakiyanov, Hrnčířiková, Motáň, Ciferská, Tesař, 2018). Při zjišťování anamnézy pacienta je velmi důležitá osobní a rodinná anamnéza (charakter bolesti, teplota, zvracení, okolnosti vzniku nynějšího stavu ale i možnost výskytu onemocnění v rodině) a fyzikální vyšetření (poslech, pohled, pohmat, poklep, vyšetření per rectum) (Špičák a kol., 2008).

U laboratorního vyšetření je vyhodnocována hladina amyláz, která je vyšetřována z krevního séra a moči. Mimo amylázy se vyšetřuje hladina sérové lipázy. Z krevního odběru je také možné vyhodnotit hladinu leukocytů, C-reaktivního proteinu – CRP (tzv. ukazatel zánětu), glukózu, vápník, draslík, sodík, chloridy, hladiny bilirubinu a jaterní testy, které posuzují, jestli se jedná o biliární, či nebiliární pankreatitidu (Malina, Cejp, Jabor, 2012). Pro lepší kontrolu možného postižení orgánů je prováděn odběr, který zjišťuje správnost ledvinných funkcí, krevních plynů, albuminů a celkové bílkoviny (Špinar a kol., 2008; Vodička a kol., 2006; Houska a kol., 2011).

První volbou ze zobrazovacích metod je zpravidla nativní RTG snímek břicha, díky kterému můžeme vyloučit např. ileózní stav (neprůchodnost střev). Dále vyšetřujeme pacienta pomocí ultrazvukového vyšetření břicha, které nebývá vždy přínosné pro zhoršenou viditelnost, kvůli plynatosti pacienta, ale mnohdy nám může pomoci odlišit akutní pankreatitidu způsobenou alkoholem od akutní pankreatitidy biliární při zhodnocení stavu žlučníku a žlučových cest (Navrátil, a kol., 2008). Nejdůležitějším vyšetřením, které je velice zásadní, je CT pankreatu (výpočetní tomografie), které nám velice přesně popíše rozsah postižení slinivky břišní, mimo jiné i nálezu tekutinových kolekcí, nekróz, abscesů, či pseudocyst. Pro biliární pankreatitidu je velkým přínosem endosonografické vyšetření k průkazu žlučového kamene ve žlučníku nebo žlučových cestách (Špičák a kol., 2008).

Dalším, velmi důležitým vyšetřením, je pak tzv. ERCP (endoskopicko-retrográdní cholangiopankreatografie), díky kterému zjišťujeme informace o žlučových a pankreatických cestách, které nám umožňují provedení terapeutického zákroku – extrakci (vytažení zaklíněného kamene), dilataci stenózy (roztažení zúžení se zavedením stentu) a toaletu (čištění žlučových cest). Novinkou v diagnostice je využití MR cholangiopankreatografie (MRCP, cholangiopankreatografie je vyšetření provedené na magnetické rezonanci), která je neinvazivní metodou s dobrou výtěžností (Špičák a kol., 2008; Špinar a kol., 2008; Vodička a kol., 2006; Houska a kol., 2011).

3.5. Definice závažnosti akutní pankreatitidy

Přetrvávající orgánové selhávání je hlavním a zásadním problémem AP. Proto tedy rozlišujeme tři formy pankreatitidy – lehká, středně těžká a těžká akutní pankreatitida.

3.5.1. Lehká akutní pankreatitida

Lehkou AP definujeme, jako absenci orgánového selhávání a absenci lokálních nebo systémových komplikací. V těchto případech u lehké AP není vyžadováno provedení kontrastního CT pankreatu. Mortalita tohoto onemocnění je velmi vzácná (Petrov, Windsor, 2010; Vege, Gardner, Chari a kol., 2009).

3.5.2. Středně těžká akutní pankreatitida

Středně těžkou AP charakterizujeme přítomností částečného orgánového selhávání nebo lokálních či systémových komplikací. *„Středně těžká AP může probíhat jako přechodné orgánové selhávání nebo akutní tekutinová peripankreatická kolekce, ale také jako rozsáhlá nekróza bez orgánového selhání. V každém případě je mortalita středně těžké AP mnohem nižší než u pankreatitidy těžké.“* (Petrov, Windsor, 2010; Vege, Gardner, Chari a kol., 2009).

3.5.3. Těžká akutní pankreatitida

Těžkou formu AP charakterizujeme chronickým orgánovým selháváním. Při této formě AP může dojít k rozvoji SIRS. Může se objevit selhání jednoho i více orgánů. Zejména v prvních několika dnech je orgánové selhání u AP *„zatíženo 36-50% mortalitou. Rovněž velmi vysokou mortalitou jsou zatíženi pacienti s těžkou AP při rozvoji infekce pankreatické, a nebo peripankreatické nekrózy.“* (Petrov, Windsor, 2010; Vege, Gardner, Chari a kol., 2009).

3.5.4. Formy postižení akutní pankreatitidy

Dělení AP rozlišuje čtyři formy postižení žlázy. První forma AP je akutní tekutinová kolekce, která provází těžkou formu onemocnění. Tekutinu můžeme lokalizovat ve žláze nebo jejím okolí. Druhou formou je pankreatická nekróza. Ta může mít lokální nebo difúzní odumření pankreatického parenchymu. Je typicky spojená i s pankreatickou tukovou nekrózou. Třetí forma AP je akutní pankreatická pseudocysta, což je kolekce tekutiny v dutině. Poslední, čtvrtou formou AP, je absces pankreatu. Jedná se o ohraničenou kolekci, kdy jde o infekční kolekci tekutiny v dutině pankreatu, která obsahuje i nekrotickou tkáň pankreatu. (Petrov, Windsor, 2010; Vege, Gardner, Chari a kol., 2009)

3.6. Skórovací systémy v intenzivní péči – akutní pankreatitida

V intenzivní péči se setkáváme se skórovacími systémy, které nám slouží k popisu závažnosti stavu onemocnění, náročnosti péče o pacienta a k porovnání diagnostických a léčebných postupů. Skórovací systémy jsou velmi důležité pro sledování kvality poskytnuté péče (Adamus a kol., 2010; Kapounová, 2007; Zadák, 2007).

Ransonovo kritérium (příloha č. 1) je postaveno na hodnocení 11 bodů. Prvních 5 bodů hodnotíme ihned po přijetí pacienta na monitorované lůžko a poté každých 6 hodin po dobu 48 hodin od přijetí. Pokud je součet větší jak 3 body v průběhu 48 hodin od přijetí, svědčí to o rychlém průběhu AP. Čím vyšší skóre, tím vyšší mortalita (Kapounová, 2007; Zadák, 2007).

Glasgowské schéma (příloha č. 3) je výsledkem modifikace Ransonova schématu. Do 48 hodin od přijetí pacienta hodnotíme 8 bodů. Při skóre, které je vyšší než 3 body, poukazuje na špatnou prognózu (Adamus a kol., 2010; Kapounová, 2007; Zadák, 2007).

APACHE II skóre (příloha č. 2) nám umožňuje stanovit závažnost onemocnění pomocí hodnot, které ukazují, zda se jedná o mírnou či těžkou formu AP. Mezi tyto hodnoty patří věk, chronické onemocnění, TT, SAT (střední hodnota krevního tlaku během jednoho srdečního cyklu), P, DF, FiO₂, pO₂, art. pH, plazmatických hodnot Na, K, kreatinin, Ht, Leu, GCS, HCO₃ (Adamus a kol., 2010; Kapounová, 2007; Zadák, 2007).

Balthazarovo skóre (příloha č. 4) spočívá v hodnocení nativního CT obrazu a CT obrazu s kontrastní látkou. Infekce a mortalita kritérií A až C je poměrně nízká, ale body D a E skóre nad 7 svědčí pro těžkou pankreatitidu. Mezi další, i když málo známé a používané, patří tzv. multifaktoriální skórovací systémy, jako je CTSI (computer tomography severity index), MOFS (multiple organ system failure) a SAPS (simplified acute physiology score). Systém CTSI používá k prognóze onemocnění CT, kdy se jedná o desetibodový skórovací

system, který hodnotí stupeň pankreatického a peripankreatického zánětu (0-2 body), přítomnost a počet peripankreatické kolekce tekutiny (0-2 body), a také přítomnost i stupeň kontrastu nebo nekrózy (0-6 bodů). Skóre MOFS je založené na možném vzniku orgánových komplikací, jako kardiovaskulárních, plicních, renálních, neurologických, hematologických, jaterních a gastrointestinálních, kdy jejich součet kolísá od 0 do 7 (Adamus a kol., 2010; Kapounová, 2007; Zadák, 2007).

3.7. Léčba akutní pankreatitidy

Léčba AP se odvíjí podle toho, o jakou formu pankreatitidy se jedná. Terapie lehké formy AP, důkladně dbá na dostatečně vyvážený příjem a výdej tekutin a na kontrolu fyziologických funkcí pacienta. Pacienti jsou většinou hospitalizováni pouze na standardním oddělení, kde jim jsou intravenózně doplňovány tekutiny a ionty (Dítě, Novotný, Kocna a kol., 2013). Samozřejmě při bolestech jsou indikována a aplikována analgetika (léky tlumící bolest) dle ordinace lékaře. Jakmile přestanou být obtíže, dojde ke zlepšení laboratorních hodnot, ustoupí bolesti, tak mohou pacienti začít pozvolna přijímat potravu ústy (Bortolotti, Saulnier, Colling a kol., 2014).

Pacienti s těžkou formou pankreatitidy musí být neodkladně hospitalizováni na jednotce intenzivní péče s maximální možnou dostupnou péčí. Základní postup pro terapii (doplňování tekutin a živin, kontrola životních funkcí, léčba bolesti) je stejný, ale více intenzivnější. Tekutiny by měly mít obrat více než 6 l/den. Při bolestech se používají kontinuální (trvalé) epidurální (aplikace do oblasti páteře) analgetika a standardně měříme hladinu nitrobršního tlaku, který nám pomáhá odhalit včasný záchyt celkového selhávání organismu (Dítě, Novotný, Kocna a kol., 2013). Pokud dojde k postižení i jiných orgánů, je velice důležitá jejich podpora, např. pomocí kyslíkové terapie či umělé plicní ventilace (Bortolotti, Saulnier, Colling a kol., 2014; Stigliano, Sternby, de Madaria, Capurso, Petrov, 2017).

Dále velký důraz klademe na časně zahájení enterální výživy, při které nedochází k aktivaci slinivky (a tím k jejímu dráždění) a zároveň udržuje pohyblivost tenkého střeva, kdy zachovává střevní bariéru (Dítě, Novotný, Kocna a kol., 2013). Při velmi těžkém průběhu AP, nekróze nebo při extrémně vysokých hodnotách CRP (ukazatel zánětu) je nejlepší terapií preventivně podávat antibiotika. Další možnost léčby je endoskopická nebo chirurgická léčba biliární AP, pokud neobstojí klasická terapie (Stigliano, Sternby, de Madaria, Capurso, Petrov, 2017).

Vyšetření ERCP patří mezi léčebné metody, které se užívají u biliární pankreatitidy, kdy je nezbytně nutné uvolnit obturované žlučové cesty např. implantováním stentu. Akutní ERCP (zpravidla do 24-48 hod. od přijetí) je indikováno při jasně prokázané biliární

pankreatitidě, která způsobuje obstrukci žlučových cest s přítomnou cholangitidou. Pokud je pacient nestabilní, a tudíž není schopen podstoupit ERCP, je indikována perkutánní transhepatická drenáž (Dítě, Novotný, Kocna a kol., 2013).

V ojedinělém případě stádia AP, patří i chirurgické řešení, které patří mezi léčebné postupy, jako je např. perforace střeva, nekróza pankreatu či krvácení do dutiny břišní nebo abdominální kompartment syndrom, kdy pouze samotná přítomnost pankreatických nekróz, není indikací k chirurgickému zásahu (Dítě, Novotný, Kocna a kol., 2013).

3.8. Komplikace akutní pankreatitidy

Akutní pankreatitida probíhá současně s pankreatickými změnami, konkrétně nekrózami a díky tomu bývá často infikována. Infekce zhoršuje další průběh tohoto onemocnění a je podnětem pro chirurgickou léčbu. Infekce se může vyskytnout téměř všude a může vést cestou hematogenní, lymfogenní nebo přímou. Pankreatitida bývá způsobena i šířením infekce ze žlučových cest, ledvin a ze střeva (Trna, Kala, 2016).

Další komplikací, která se může objevit, je pankreatický absces, který se vytváří z kolekce tekutiny nebo subakutní pankreatické nekrózy. U nekrózy či abscesu můžeme pozorovat teploty, leukocytózu a bolesti břicha. Pomocí CT vyšetření zhodnotíme a posoudíme diagnostiku s anatomickou souvislostí. Léčba abscesu spočívá v chirurgickém zásahu. Současně aplikujeme antibiotika, která musí být správně zvolena s účinností proti patogenům (Žák, Petrášek, 2011; Trna, Kala, 2016).

U AP se mohou objevit cysty, které komplikují toto onemocnění. Cysty vytváří tekutou směs pankreatického sekretu, která je ohraničená granulační nebo fibrózní tkání. Obsah cysty je čirý, bělavý nebo tmavě zbarvený, který se může při ruptuře znesterilnit. Velikostně v průměru dosahují až desítky centimetrů (Bezdičková, Slezáková, 2010; Žák, Petrášek, 2011; Trna, Kala, 2016). Vyskytují se nejen ve všech částech peripankreatického prostoru ale i v celém pankreatu. To doprovází tupá bolest v okolí břicha. Dalšími příznaky je např. úbytek na váze, nauzea, ileus, občasně i ikterus. Jedny z větších cyst mohou být na pohmat znatelné a mohou tak způsobovat tlak na trávicí trubici ve spojení bulbu a duodenu a vzácně i na jiných místech (Špinar a kol., 2008; Pafko, 2008; Lukáš, Žák a kol., 2007; Floreánová, Dítě, Kianička, Dovrtělová, Přecechtělová, 2014).

Alkoholickou pankreatitidu dále doprovází jako komplikace vnitřní píštěl. Vytváří se v menším pankreatickém vývodu. Píštěl může zasahovat do retroperitonea, peritonea, ale i mimo dutinu břišní, nejčastěji do pleurální dutiny (Žák, Petrášek, 2011; Trna, Kala, 2016). Diagnóza se stanoví vyšetřením peritoneálního ascitu, popřípadě vyšetřením pleurální tekutiny, kde zjistíme zvýšenou hladinu amyláz. Léčba je konzervativní. Je nutné vyloučit

perorální příjem a je tedy nutné zavést nasogastrickou sondu. Pacient je převeden na totální parenterální výživu a aplikaci antisekretorik. Až teprve při neúspěchu konzervativní terapie, se přistupuje k chirurgické léčbě (Bezdičková, Slezáková, 2010; Žák, Petrášek, 2011; Trna, Kala, 2016).

Častou komplikací, která se objevuje do čtyř týdnů, je směs tekutin v pankreatickém okolí, která není ohraničená. Vzniká téměř u poloviny nemocných s AP. Ve většině případů se může proměnit v cysty (Špinar a kol., 2008; Pafko, 2008; Lukáš, Žák, a kol., 2007; Floreánová, Dítě, Kianička, Dovrtělová, Přecechtělová, 2014).

Krvácení u AP se objevuje velmi vzácně. Může dojít k narušení cév a tím ke krvácení do retroperitonea, colon transversum, omentální burzy nebo přímo do pankreatu. Další komplikací je tvorba pseudoaneuryzmatu, které vzniká ze zánětlivých parametrů a způsobuje aktivování enzymů tak, že dochází k natrávení stěny velkých cév. Tím dojde ke krvácení do trávicí trubice, do cysty, omentálního vaku, peritonea i do pankreatických vývodů. Jedná se o velmi těžký stav s velmi špatnou prognózou. Při akutním krvácení se náhle zhorší bolesti v oblasti břicha, dojde k vzedmutí břicha a nastane hemoragický šok. Diagnostika se odvíjí dle klinického stavu. U silného krvácení je pak jediná možnost laparotomie (Schein, Rogers, 2011; Streitová, Zoubková, 2015).

V nejhrošším případě, který může nastat, je přechod akutní formy pankreatitidy, do chronické. A právě toto nám ještě více ovlivňuje kvalitu života. Právě chronické onemocnění mění nejen životní styl člověka, ale musí se přizpůsobit nově vzniklým okolnostem nebo nové životní situaci. Člověk se i přes svou vůli nachází v jistých životních podmínkách a má omezenou možnost je ovlivnit a zasahovat do nich. Přizpůsobení se životnímu stylu nemocného, je výsledkem přizpůsobení se na změnu životních podmínek (Chrastina, Žiaková, Ivanová a kol., 2011). Na každém z nás je jen to, jak přijmeme nemoc, změnu v životním stylu a postavíme se k našemu životu (Chrastina a kol., 2012). Nemoc může měnit aktuální i dlouhodobější (chronické onemocnění) stav nemocného, jeho prožívání, sociální status a také ho nutí tvořit a využívat rozličné strategie, jak zvládat nemoc (Chrastina, Ivanová, 2010).

Také je velice důležité si uvědomit, jaké oblasti života nemocného jsou bezprostředně chronickou nemocí ohroženy. Řadíme sem ohrožení života a fyzické pohody, tělesné integrity a jeho komfortu a mnoho dalších (Blatný, a kol., 2010). Ohroženo je také sebepojetí nemocného a plnění určitých sociálních rolí (manžel, manželka, zaměstnanec). Hrozba se týká nejen životního cíle a plánů do budoucna, ale také vztahů s rodinou, přáteli a kolegy, schopnosti zůstat v důvěrně známém prostředí. Ohrožena je také i ekonomická stránka nemocného, kdy přes dlouhodobou pracovní neschopnost není schopen

např. splácet hypotéku, a tak se může stát, že se zadluží (Chrastina, Žiaková, Ivanová a kol., 2011). Stává se, že nemocní mají tendenci uzavřít se do sebe a zároveň se tomu nepoddát. Zároveň se však musí ovládat, aby získali zpět svou duševní vyrovnanost.

Člověk, který trpí chronickým onemocněním, musí žít a žije přítomností. Budoucnost je pro přítomnost nejistá, problematická a každý se jí obává. Tudíž je velice důležité, aby nemocný byl dost aktivní a to i např. přes chronickou bolest spolupracoval v léčbě, dodržoval ji a věřil v lepší budoucnost (Hvozdičková, Stolinská, 2011).

„Chronické onemocnění svým průběhem a dopadem na život nemocného výrazně ovlivňuje jeho životní styl a kvalitu života.“ (Chrastina, Ivanová, 2010). Pro nemocného představuje náročnou životní situaci, která vede jak k pozitivním, tak i k negativním změnám v životním stylu (Chrastina, Žiaková, Ivanová a kol., 2011). *„Nemocný se snaží „sžít s nemocí“ a upravuje si nový způsob života vzhledem ke svým možnostem, schopnostem, dovednostem a přítomnosti nemoci tak, aby mu co nejvíce vyhovoval, mohl jej ovlivnit a dokázal jej dodržovat. Je nutné si uvědomit, že ne všechny aktivity životního stylu zde směřují k podpoře zdraví.“* *„Výsledný životní styl osoby s chronickým onemocněním je vymezen postojem k nemoci a jejím dopadům a adaptací životního stylu danou nemocí.“* (Chrastina, Ivanová, 2010).

3.9. Výživa u akutní pankreatitidy

Akutní pankreatitida je onemocnění, které má vysoké metabolické požadavky, tudíž je v léčbě tohoto onemocnění nezbytná nutriční výživa. Časné podávání výživy u pacientů s AP eliminuje možné infekční komplikace a současně se prognóza zlepšuje (Piřha, Poledne, 2009).

Pro AP a ostatní typy pankreatitid je v první fázi onemocnění omezen příjem tekutin perorálně a také je velice důležité dodržovat relativní klid na lůžku. Důležité pravidlo pro výživu pacientů s AP a ostatními pankreatitidami je, že výživa nesmí v žádném případě ovlivňovat exogenní sekreci pankreatu, která má pak vliv na samonatravení pankreatické tkáně. Dále je velmi důležité pokrytí energetické potřeby pro organismus, která přispívá ke snížení možného vzniku komplikací a podpory střevní peristaltiky (Kohout, Lišková, Mengerová, 2007; Machová, Kubátová a kol., 2009).

Na začátku onemocnění není možno přijímat tekutiny a pevnou stravu perorálně, proto je vše hrazeno aplikací tekutin intravenózně. Hypovolemie neboli snížení objemu obíhající krve, hradíme podáváním krystaloidů intravenózně až 2-5 l/den u lehké formy AP a 6-12 l/den u těžkých forem AP. Můžeme se ale setkat i s podáním koloidů, které podáváme jen ojediněle. Pokud se jedná o AP nebo chronickou pankreatitidu a její klinický průběh, pak

je další indikací pro správné nutriční zatížení parenterální, enterální výživa, nebo pankreatická dieta (Piřha, Poledne, 2009; Grofová, 2008).

3.10. Parenterální a enterální výživa u akutní pankreatitidy

3.10.1. Parenterální výživa

Parenterální výživa nám plně hradí energetické potřeby organismu při těžké formě AP, kdy nedráždí exokrinní sekreci slinivky, ale je spojena s rizikem katéetrové sepse, možností atrofie střevní sliznice a vyššími náklady (Svačina, Müllerová, Bretšnajdrová, 2012).

Parenterální výživu podáváme pacientovi pomocí periferního nebo centrálního žilního katétru, který zajišťuje aplikaci vody, cukrů, tuků, bílkovin, aminokyselin a vitamínů. Cukry jsou důležité pro krytí energetické potřeby z 50-55 %. U pacientů s AP je nutnost současného podávání inzulínu, který udržuje hladinu cukru v krvi (Svačina, Müllerová, Bretšnajdrová, 2012).

Denní dávka podaných tuků je cca 30-35 % formou emulzí. Bílkoviny jsou při aplikaci PV hrazeny aminokyselinami. Při terapii AP s využitím totální PV je nutné dodávat vitamíny (např. Multibionta, Cernevit) a stopové prvky jako selen, zinek, měď (např. Tracutil) (Hvozdičková, Stolinská, 2011).

Aplikace PV probíhá ve dvou formách. Buď podáváme izolované složky, nebo je PV podávána systémem all-in-one. Systém all-in-one obsahuje veškeré složky výživy, které jsou nezbytně nutné pro organismus (Kapounová, 2007).

3.10.2. Enterální výživa

Enterální výživa je důležitá pro střevní sliznici a má protektivní vliv (ochranný účinek). Enterální výživa je bezpečná, finančně méně nákladná a může redukovat možný vznik komplikací a stejně jako PV nestimuluje exokrinní sekreci slinivky (Kapounová, 2007).

Enterální výživu podáváme pomocí nasogastrické nebo nasojejunální sondy (NGS nebo NJS). Výhoda sondy je taková, že nám umožňuje podávat výživu jak do tenkého střeva, tak i odsát žaludeční obsah (Křemen a kol., 2009). V některých možných případech podáváme EV mnohem invazivnější metodou – zavedením PEG nebo PEJ (perkutánní endoskopická gastrostomie nebo jejunostomie) (Hvozdičková, Stolinská, 2011; Kapounová, 2007).

Při AP se doporučuje podávat oligomerní (oligopeptidové) preparáty, které obsahují základní složky výživy, jako jsou oligosacharidy, bílkoviny a oleje s esenciálními mastnými kyselinami. V současnosti se užívají přípravky, které splňují přísné mikrobiologické podmínky (Hvozdičková, Stolinská, 2011; Kapounová, 2007).

3.10.3. Využití enterální a parenterální výživy v praxi

Podle doporučených postupů ESPEN u lehké formy AP nemá EV žádný pozitivní vliv na průběh onemocnění. Po dobu několika dní a po ústupu bolesti je možné podávat stravu, která je bez tuku a s omezením cukrů (Singer, Berger, Van den Berghe, Biolo, Calder, Forbes a kol., 2009).

Následně může být zařazen příjem bílkovin i postupná zátěž tuky, avšak pouze do 30 % celkového energetického příjmu. Složení perorálního příjmu je plně závislé na toleranci nemocného (Singer, Berger, Van den Berghe, Biolo, Calder, Forbes a kol., 2009).

U těžké formy AP je důležitá úprava hypovolémie a poté je zahájena léčba umělou PV výživou. U těžké formy AP je EV plně indikovaná, kdy i menší množství má velký význam pro střevní peristaltiku. Postup je vždy individuální a řídí se potřebami pacienta (Singer, Berger, Van den Berghe, Biolo, Calder, Forbes a kol., 2009; Křemen a kol., 2009).

3.11. Dietní opatření

Perorální příjem u pacientů s AP zahajujeme podle klinického průběhu po odeznění bolesti a po úpravě gastrointestinální pasáže. Zprvu je pacient zatížen jen čajem po lžičkách a postupně navyšujeme stravu dle dietní zátěže. (Křemen a kol., 2009).

3.11.1. Dietní opatření u akutní pankreatitidy

U AP se v klinické praxi užívá dieta s označením S/P neboli pankreatická či speciální dieta 4S s přísným omezením tuků. Následně pacient přechází na základní dietu č. 4, která je s omezením tuků (Kapounová, 2007).

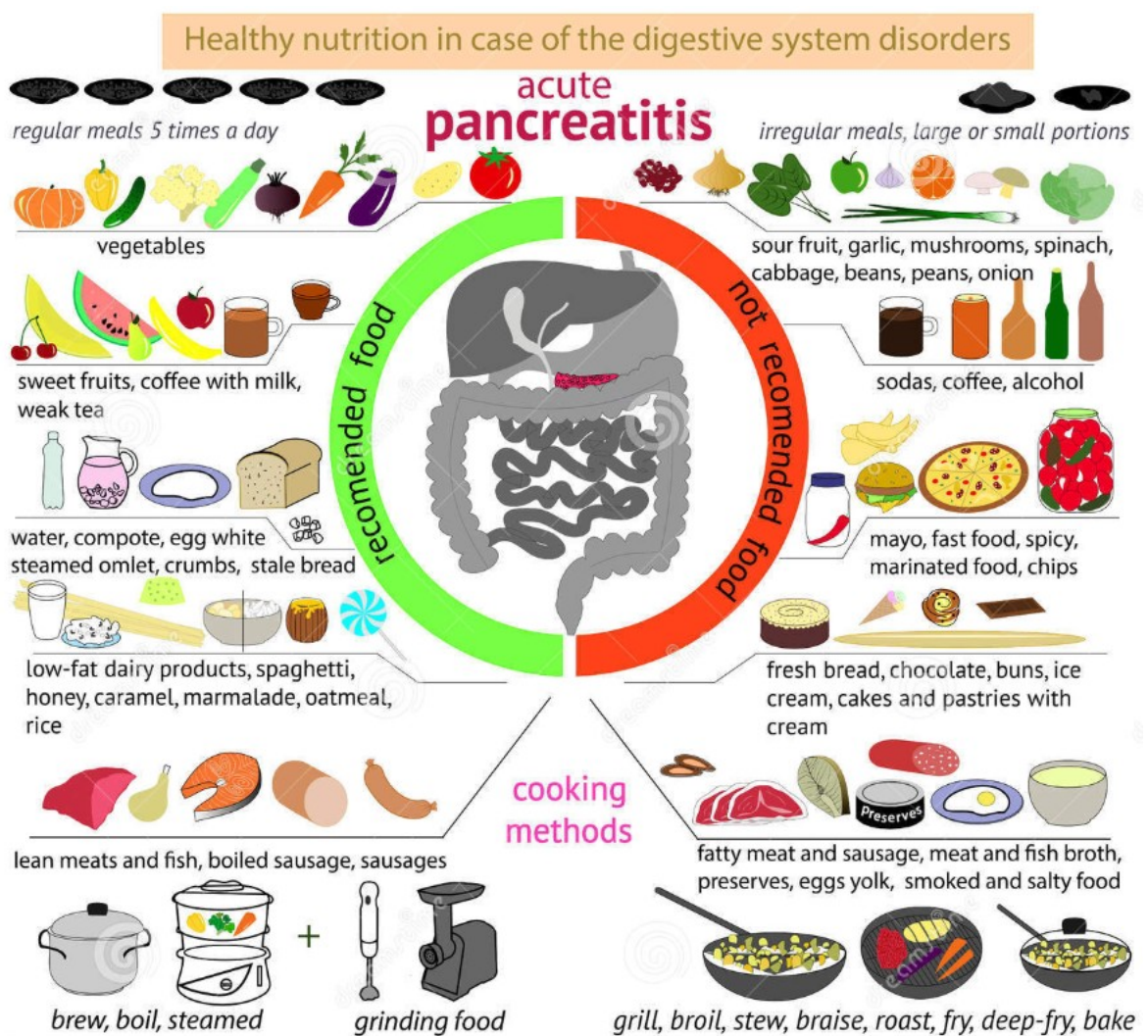
Pankreatická dieta, která je označena S/P, má čtyři stadia. Při prvním stádiu S/P I se podává umělá výživa a čaj. U druhé fáze S/P II se k umělé výživě přidává perorální příjem, který obsahuje 150-160 g sacharidů a 20-40 g bílkovin (Zadák, 2008). Třetí stadium diety (S/P III) rozšiřuje jídelníček, kdy strava obsahuje sacharidy, bílkoviny i tuky a strava je ve formě kaše. Do tohoto stadia může zařadit ovocné šťávy, kompoty, banány, dále těstoviny, piškoty, netučné mléčné výrobky a tvaroh. Strava také obsahuje libové maso, telecí nebo kuřecí a ryby (Grofová, 2008).

Čtvrté stadium S/P IV diety začíná zhruba po 3 týdnech trvání nemoci. Strava má mít realimentační charakter, kdy se zvyšuje obsah tuku ve stravě 35-50 g/den a bílkovin 70-80 g (Mengerová, Marečková, 2008). Podává se čerstvé máslo a rostlinné oleje do hotových pokrmů. Potraviny jsou rozšířeny o libové hovězí maso, šunku, vaječný bílek, obohaceny jsou i o zeleninu a ovoce. Postupně se z tohoto stadia přechází na dietu č. 4 s omezením tuků (Kapounová, 2007).

3.11.2. Dietní opatření u chronické pankreatitidy

U chronické pankreatitidy je dietní opatření bohužel trvalé, musí se přísně dodržovat a musí být strava plnohodnotná (Mengerová, Marečková, 2008). Omezení dietní zátěže se přizpůsobuje změnám v průběhu onemocnění, kdy může dojít ke zlepšení či zhoršení zdravotního stavu, výskytu možných komplikací – diabetes mellitus, malabsorpce. Hlavním cílem nutriční terapie je omezení malabsorpce a předcházení podvýživy (Grofová, 2008).

Obrázek 2 - Správná výživa v případě poruch trávicího ústrojí – akutní pankreatitida



Zdroj: Veremey (2018). Dostupné z: <https://www.dreamstime.com/stock-illustration-infographics-nutrition-case-pancreatitis-proper-digestive-system-disorders-eps-image59945109>

3.12. Prevence akutní pankreatitidy

Prevenci onemocnění AP můžeme odvodit od jejich příčin vzniku. Prvním klíčovým faktorem v prevenci AP je správná životospráva. Díky jejímu nedodržování se mohou objevit příznaky, které vedou ke vzniku AP. Proto je velice důležité dodržovat dietu, jež je pevně určená pro toto onemocnění. Dále je namístě omezení až abstinence alkoholu, kde je vysoké riziko vzniku AP. Mějme na paměti, že musíme brát člověka jako bio-psycho-sociální jednotu. Prevence se netýká pouze dodržování správné životosprávy, ale dalším ovlivňujícím faktorem je stres, psychicky a fyzicky náročné zaměstnání, rodinné i sociální zázemí aj. Můžeme zde zmínit i operační výkon, při kterém dochází k odstranění žlučových kamenů, jelikož hlavním cílem u tohoto onemocnění je objasnění příčiny a tím i minimalizace návratu onemocnění (Moshe, Rogers, 2001; Žák, Petrášek, 2011; Trna, Kala, 2016).

Právě nejdůležitější prevencí vzniku AP, kterou lze eliminovat, je vhodná životospráva s pravidelným stravovacím režimem, omezením kouření a konzumací alkoholu. Mezi další preventivní opatření patří odstranění již průkazných žlučnickových kamenů, které se podílejí na vzniku akutní biliární pankreatitidy (Křivánková, Hradová, 2009).

4. Aspekty kvality života

Mezi klíčové aspekty kvality života můžeme zařadit motivaci, zdraví, zdravý životní styl, životní styl a to, jak se bude pacient se svým onemocněním vyrovnávat, což závisí na mnoha faktorech. Mezi tyto faktory můžeme zařadit intenzitu, délku trvání a projevy klinických symptomů onemocnění, přítomnost bolesti, prognózu apod. Proto se dnes ve všech pádech skloňuje pojem kvalita života. Především je to z důvodu potřeby popsat či nějak kvantifikovat, jaký dopad má onemocnění, léčba, úroveň zdravotní péče, fyzický a psychický stav pacienta na způsob života a jeho pocit životní spokojenosti v oblasti bio-psycho-sociální (Linková a kol., 2010).

4.1. Motivace

Motivace je soubor faktorů vnitřních i vnějších, které vedou k harmonizaci organismu. Motivace je nejen důležitá pro usměrňování našeho chování, ale i pro jednání k dosažení určitého cíle. Tím nám vyjadřuje shrnutí všech skutečností, jako je radost, zvědavost, pozitivní pocity, radostné očekávání, které podporují nebo tlumí jedince, aby něco dělal nebo nedělal (Šamánková a kol., 2011; Čeledová, Čevela, 2010; Čevela, Čeledová, Dolanský, 2009).

Motivy jsou osobní příčiny určitého chování, tzn., jsou to pohnutky, psychologické příčiny akcí a reakcí, činností a jednání člověka, které jsou zaměřené na uspokojování určitých potřeb (Šamánková a kol., 2011).

Za základní formu motivů pokládáme potřeby, kdy ostatní formy se vyvíjejí z potřeb. Potřeba je stav nedostatku nebo nadbytku něčeho, co nás přivádí k činnostem, díky kterým tuto potřebu uspokojujeme. Potřeby rozdělujeme na:

- *biologické* (biogenní, primární, vrozené) – potřeba dýchání, potravy, bezpečí, spánku apod. Slouží k přežití, reprodukci nebo k udržení zdraví.
- *sociální* (psychogenní, sekundární, získané) – kulturní (vzdělání, kulturní život apod.) a psychické (radost, štěstí, láska apod.). Zajišťují adaptaci na sociální podmínky, reagují na nedostatek v sociálním bytí.

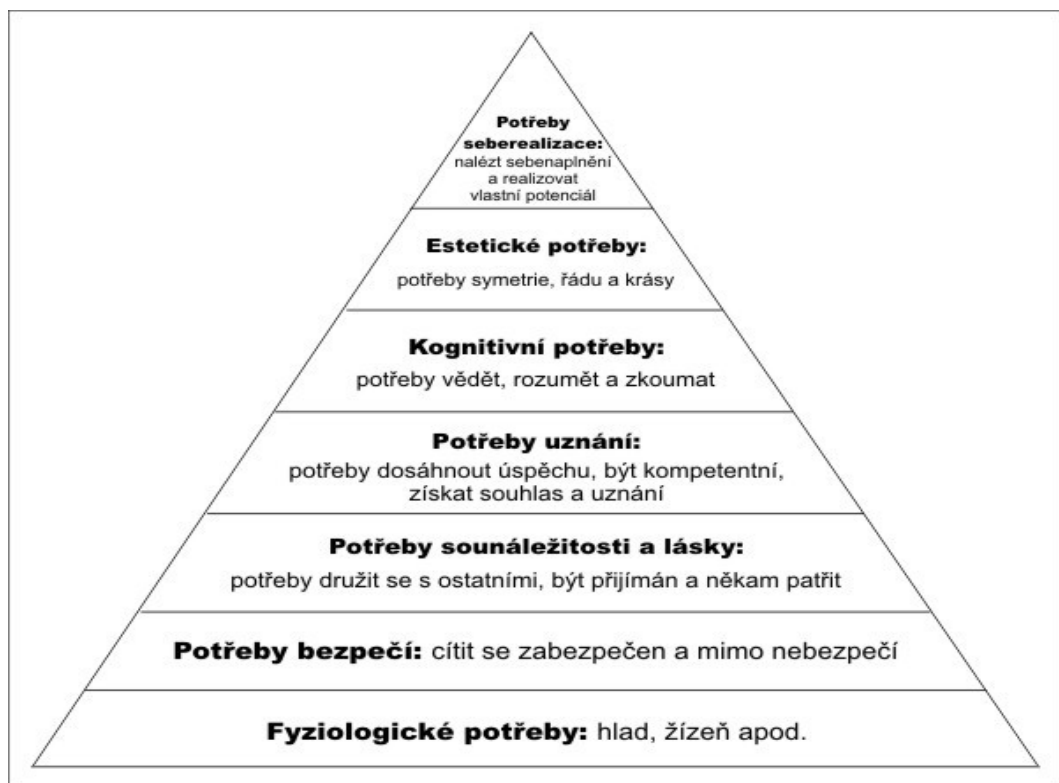
Motivace vychází z vnitřních či vnějších pohnutek a podnětů. Většinou bývá kombinací obou.

- *vnitřní motivace* – je výsledek potřeb a zájmů člověka (potřeba poznávání, seberealizace, kulturní potřeby)

- *vnější motivace* – určuje působení vnějších podnětů (hrozba trestu, možnost odměny)

Americký psycholog Abraham Maslow je autorem pyramidového řazení potřeb, které jsou v hierarchickém systému organizovány dle jejich naléhavosti pro člověka. Vyšší potřeby se objevují až po uspokojení nižších potřeb. Člověk má většinou potřebu seberealizace, pokud není hladový, je v bezpečí, milován a uznáván (Trachtová, Trejtnarová, Mastiliaková, 2013).

Obrázek 3 - Maslowova pyramida potřeb



Zdroj: Vysekalová (2011)

4.2. Zdraví

Zdraví pozitivně chápeme jako souhrn vlastností organismu, které nám umožňují se vyrovnat s měnícími se vlivy vnějšího prostředí, jako je pracovní a interpersonální prostředí, aniž by byly narušeny fyziologicky důležité funkce. Negativně ho vnímáme jako nepřítomnost tělesné nebo duševní poruchy. Světová zdravotnická organizace (WHO) pojímá zdraví jako stav naprosté fyzické, psychické a sociální pohody a nesestává se jen z absence nemoci nebo vady (Čeledová, Čevela, 2010; Čevela, Čeledová, Dolanský, 2009).

I přesto, že tato definice je přesná a nám užitečná, tak ji můžeme považovat za idealistickou a nerealistickou. Podle této definice WHO se dá klasifikovat 70-95 % lidí jako nezdravých.

Nejspolehlivějšími aspekty pohody, které pevně vyhovují oblastem medicíny, jsou environmentální zdraví, výživa, prevence nemoci a veřejné zdravotní záležitosti, které mohou být zkoumány a pomoci v měření pohody. Zdraví má víceúčelový charakter (fyziologický, psychologický a společenský), a tak se stává cílem všech ergonomických snah v omezení vzniku pracovních úrazů, nemocí z povolání, nepřiměřené pohybové a fyzické zátěže, až po vytvoření podmínek k pracovní spokojenosti (Čeledová, Čevela, 2010; Čevela, Čeledová, Dolanský, 2009).

4.3. Životní styl

Životní styl můžeme chápat jako hodnotový systém, který je pro člověka velmi důležitý a který se snaží podvědomě dodržovat. Je projevem lidské osobnosti a závisí na věku, vzdělávání, zaměstnání, příslušnosti k rase, pohlaví, sociálním postavením, na hodnotové orientaci člověka a životních zkušenostech. Životní styl je jeden z nejvýznamnějších a nejdůležitějších faktorů, který ovlivňuje naše zdraví. Jeho vliv se pak uplatňuje v celé řadě oblastí života jako je např. rodina, škola, pracoviště, volnočasové aktivity atd. (Duffková, Urban, Dubský, 2008).

Životní styl je ovlivněn dvěma faktory, a to životními podmínkami (faktor vnější) a samotným jedincem (faktor vnitřní). Vnější faktor (životní podmínky) je tvořen tzv. mantinely, ve kterých se jedinec pohybuje, a jedná se tak o bezprostřední vazbu životních podmínek a životního stylu (Čeledová, Čevela, 2010; Čevela, Čeledová, Dolanský, 2009).

Životní styl je především ovlivňován zdravím jedince. Proto, abychom mohli a uměli žít správným životním stylem, je velmi důležité, abychom si svého zdraví vážili, pečovali o něj a vyhýbali se nežádoucím vlivům. Člověk by měl vědět, co vlastně jeho zdraví prospívá a čeho by se měl naopak vyvarovat. Životní styl může člověk změnit kdykoliv a v jakémkoliv věku. K tomu postačí jen velmi málo, a to nekouřit, nepít alkohol, zařadit více ovoce, zeleniny, či konzumovat více celozrnného pečiva a pravidelně aktivně sportovat. Právě k tomuto účelu byla vytvořena pro celou veřejnost „Výchova ke zdraví“ (Čeledová, Čevela, 2010).

4.3.1. Zdravý životní styl

Při předcházení civilizačním onemocněním a zachování si svého zdraví co nejdéle, je důležité, abychom se o něj co nejlépe a dostatečně starali. Proto je nejdůležitější, abychom o své zdraví pečovali již od samého začátku. V žádném případě nepodceňovat první projevy obtíží, a proto musíme přizpůsobit náš životní styl tomu, co naše tělo nutně potřebuje a nám samotným vyhovuje. *„Ke svému zdraví bychom měli přistupovat komplexně, neboť jeho jednotlivé součásti nejsou důležité jen samy o sobě, ale navzájem*

na sebe působí a ovlivňují se.“ (Čeledová, Čevela, 2010; Čevela, Čeledová, Dolanský, 2009).

Přístup ke zdraví obsahuje několik součástí, které jsou podstatné, a to zejména: přiměřený přísun živin a energie, pravidelný spánkový režim, pravidelná pohybová aktivita, pravidelné lékařské kontroly zdravotního stavu ale i vitaminy, minerální látky, antioxidanty, které jsou nepostradatelnou součástí výživy a jejichž potřebné množství nalézáme konzumací pestré stravy (důležitý je dostatek ovoce a zeleniny) (Duffková, Urban, Dubský, 2008; Čeledová, Čevela, 2010; Čevela, Čeledová, Dolanský, 2009).

4.4. Složky zdravého životního stylu

4.4.1. Zdravé stravování

Správná výživa je důležitá pro zdravý životní styl. Tělo každého z nás vyžaduje velice pestrou a vyváženou stravu každý den, aby bylo zachováno přiměřené množství vitamínů, živin a minerálů, které jsou potřebné k udržení zdravého těla a mysli. (Heřmanová, 2012)

4.4.2. Aktivní životní styl

Měli bychom do svého života zahrnout více pohybu. Jako ideální se jeví například fitness. Právě fyzická zdatnost a kondice udržuje naše tělo a váhu pod kontrolou, můžeme lépe v noci spát, chrání nás před možným vznikem infarktu myokardu nebo cévní mozkovou příhodou a dalšími zdravotními problémy, a tím tak prodlužuje život. Bez prospěšných aktivit je nemožné žít plnohodnotný život. (Trachtová, Trejtnarová, Mastiliaková, 2013)

4.4.3. Zvládání stresu

Každý z nás vnímáme a zvládáme emoce jinak. Emocionální stres hraje velmi důležitou roli u mnoho nemocí, a to jak přímo i nepřímo. Pokud se nacházíme ve stresu, máme větší sklon ke kouření, přejídání se, pití, workoholismu, hádání se s ostatními atd. Proto je zvládání stresu velice důležitou součástí zdravého životního stylu, kdy meditační a relaxační techniky jsou jeho klíčovou součástí. (Trachtová, Trejtnarová, Mastiliaková, 2013)

4.4.4. Vztah k sobě samému

Velice důležité je milovat sám sebe, což je klíč ke zdravému šťastnému životnímu stylu. Sebeúcta je o tom, jak moc lidé cení sami sebe; jakou pýchu v sobě cítí a jak jim stojí za to se ctít. Sebeúcta je důležitá, protože každý dobrý pocit ze sebe sama, ovlivňuje i naše chování. (Heřmanová, 2012)

4.4.5. Životní rovnováha

Chceme-li dosáhnout zdravého životního stylu, musíme proto podniknout kroky s cílem zajištění určité míry rovnováhy – duchovně, fyzicky, emočně, sociálně, psychicky i finančně. Je důležité sladit práci, rodinu a všechny ostatní oblasti našeho života, aniž bychom zapomínali sami na sebe nebo měli pocit viny, když děláme pouze jednu věc, a myslíme si, že bychom měli dělat něco jiného. Všechny klíčové oblasti života se musejí překrývat, zároveň propojovat a vzájemně se ovlivňovat. Pokud nejsme sami se sebou spokojeni, nemohou být naše sny nikdy splněny a ani nemůžeme mít šťastný a spokojený zdravý život.

Být zdravý, je velice důležité. Proto bychom měli zkusit změnit jednu věc v našem životě už dnes. Tím pak začne náš zdravý život, který nám přinese štěstí, zdraví a život splněných snů. (Heřmanová, 2012; Trachtová, Trejtnarová, Mastiliaková, 2013)

5. Kvalita života

Kvalita života je v dnešní moderní době velmi důležitým tématem a zařazujeme ho mezi nejdůležitější téma současnosti i budoucnosti. Dnešní moderní medicína klade velký důraz na zdraví člověka a tím přispívá ke zlepšení kvality života, díky kterému se prodlužuje věková hranice. Cílem dnešní moderní medicíny je v první řadě zlepšení kvality života. Pod tímto pojmem si můžeme představit to, jak společnost vnímá své každodenní situace, svá postavení a to, jak jsme spokojeni s naším životním stylem a jak naplňujeme naše očekávané výsledky do budoucna (Duffková, Urban, Dubský, 2008; Čeledová, Čevela, 2010, Čevela, Čeledová, Dolanský, 2009).

5.1. Pojem kvalita života

Kvalita života byla poprvé popsána ve dvacátých letech dvacátého století, kdy hlavním spouštěcím faktorem byl ekonomický vývoj a úloha státu. Kritici politiky vnesli tento pojem do moderní společnosti upozorněním na budoucí podmínky. Kvalitu života můžeme používat nejen v lékařství, ale i v ostatních oborech (Blatný, 2010).

Po druhé světové válce se hlavním cílem sociálních programů stala kvalita života. A tím vznikl nový termín, který byl pojmenován „Výzkum kvality života“. Tento výzkum poskytoval podklady pro hodnocení sociální politiky. Důležitou podstatou studia kvality života je cíl, podpora a rozvoj životního prostředí. Kvalita života je často opakující se pojem, kde i mimo jiné převládá psychologie, sociologie, kulturní antropologie, ekologie i medicína (Gurková, 2011; Blatný, 2010).

Kvalita života je sociology sledována u různých sociálních skupin, kdy porovnávají a hledají faktory, které ji vymezují. Psychologové se zase zaměřují na subjektivní pocity člověka a snaží se jej pomocí různých metod měřit (Gurková, 2011; Blatný, 2010).

Kvalita života z pohledu zdravotnictví zkoumá a hodnotí poskytování ošetrovatelské péče či jednotlivé zdravotní plány. Jedná se o kategorii, která je relativní kategorií. Vyjádřit ji můžeme jako kvalitativní a kvantitativní ukazatel. Nejvíce je hodnocen osobní život, který zahrnuje a vystihuje živý organismus. Kromě hodnocení člověka, lze hodnotit život skupiny, společnosti nebo populace (Gurková, 2011; Blatný, 2010).

5.2. Definice kvality života

Definice kvality života se vyznačovala nejednoznačností, kdy Veenhovenová svou teorií přispěla ke kategorizaci konceptů kvality života, které rozděluje do čtyř oblastí.

1. životní šance – předpoklady
2. životní výsledky
3. vnější kvality – charakteristika prostředí
4. vnitřní kvality – charakteristika individua

Veenhovenová vytvořila čtyři kvadranty, kde kvadrant A zahrnuje ekologické, sociální, ekonomické a kulturní podmínky. Studuje jej architektura, sociologie a sociálně-politické vědy. Do kvadrantu B zahrnujeme fyzické a duševní zdraví, znalosti, schopnosti a umění života a je předmětem lékařství, psychologie a pedagogiky. Třetí kvadrant nesoucí písmeno C, zahrnuje vnější prospěšnost člověka pro jeho blízké okolí, společnost a lidstvo (Gurková, 2011; Blatný, 2010).

Kvadrant D pojímá kvalitu života, jako rozvoj ve vědách a v člověku. Je používán v medicíně a vytváří vlastní metodologické postupy. Do tohoto kvadrantu řadíme hodnocení spokojenosti s životními oblastmi, celkové spokojenosti se životem (Gurková, 2011; Blatný, 2010; Pyšný, 2008).

V dnešní době se setkáváme s mnoha definicemi kvality života, ale bohužel z nich není ani jedna akceptována. Mají ale jedno společné a to, že pojem kvalita života by měl zahrnovat údaje o fyzickém, psychickém a sociálním stavu každého z nás. Hodnotí životní situaci každého jedince ve všech sférách (Gurková, 2011; Blatný, 2010; Pyšný, 2008).

5.3. Měření kvality života

Podle Kirbyho můžeme měřit kvalitu života ze tří úhlů, kdy první se snaží o objektivní měření sociálních ukazatelů. Druhý je subjektivní odhad celkové spokojenosti se životem a třetí je subjektivní odhad spokojenosti, který se zabývá jednotlivými životními etapami (Heřmanová, 2012; Gurková, 2011; Blatný, 2010; Pyšný, 2008).

Úroveň kvality života nám slouží k možnému sestavení terapeutického plánu a k vyhodnocení aplikovaných postupů u pacientů s určitým typem problémů. Zde je pak měření kvality života ukazatelem správné léčby nebo prostředkem k hodnocení komplexních programů (Heřmanová, 2012; Gurková, 2011; Blatný, 2010; Pyšný, 2008).

5.4. Nástroje kvality života

Nejčastější metoda šetření kvality života je forma dotazníků nebo strukturovaných rozhovorů. Výhodou dotazníku je umožnění srovnání podmínek a souborů osob, které pak využijeme pro populační šetření. Jedinou nevýhodou je nedostatečná citlivost. Existují speciální dotazníky, které jsou určeny pro pacienty s určitými obtížemi. Jsou zde obsaženy položky, které zjišťují dopad problémů na život pacienta. Dále pak můžeme k šetření použít standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF. Jedná se zkrácenou verzi dotazníku WHOQOL-100 a jeho použití je pro potřeby klinické praxe. Obsahuje 26 položek, které jsou rozděleny do čtyř oblastí. Každá položka je hodnocená od 1 do 5. Čím vyšší číslo, tím vyšší kvalita života v dané oblasti. Dotazníky jsou upraveny tak, aby byly použitelné pro samostatné vyplňování bez asistence další osoby (Linková, Kimáková, Rácz, 2010; Heřmanová, 2012; Gurková, 2011; Blatný, 2010; Pyšný, 2008).

Mezi základní prvky dotazníku patří **validita** a **reliabilita**.

Validita je nejdůležitější psychomotorický ukazatel měřicího nástroje. Nejobecnější definice validity je ve stručnosti obsažena v otázce: **Měříme to, o čem se domníváme, že měříme?** Nejlepším českým ekvivalentem pro validitu je slovo **platnost**.

„Obsahová validita zjišťuje, nakolik jsou položky testu reprezentativní vzhledem k obsahu, který má test měřit. Zjišťování reprezentativnosti položek testu přitom spočívá v úsudku tvůrců testu. Neexistuje však exaktní metoda, jak ji zjišťovat. Proto je žádoucí, aby byla obsahová validita ověřována dalšími kompetentními posuzovateli. K tomu je nezbytné, aby byl obsah testu přesně specifikován a aby byla stanovena metoda, jak sjednotit nezávislé posudky odborníků, budou-li se rozcházet.“ (Urbánek, Denglerová, Širůček, 2011)

*„**Reliabilita** znamená spolehlivost a přesnost, se kterou test měří to, co měří. Lze ji tedy definovat také jako nezávislost měření na náhodných chybách. Určuje, nakolik je měření opakovatelné, zda test poskytuje stejné výsledky nezávisle na osobách, které test zadávají a zda nevykazuje výrazné rozdíly při použití alternativních forem jednoho testu. Na rozdíl od validity je reliabilita vnitřní záležitostí používaného testu, nevztahuje se tedy k používanému kritériu. Stejně jako validita se však vztahuje ke zkoumané populaci. Závisí také na posuzovatelích, jejich počtu, zkušenostech, motivovanosti, apriorní zaujatosti, na charakteristikách testu, především na metodě jeho přípravy, způsobu strukturování položek, na správnosti a úplnosti pokynů.“* (Urbánek, Denglerová, Širůček, 2011)

„Reliabilitu testu zkoumáme zcela nezávisle na jeho validitě, jinými slovy řečeno, odhlížíme od smyslu a podstaty měření. Reliabilita výzkumného nástroje nedává žádnou záruku jeho

validity, na druhou stranu však platí, že není-li výzkumný nástroj reliabilní, nemůže být ani validní.“ (Urbánek, Denglerová, Širůček, 2011)

5.5. Hodnocení kvality života

Pro hodnocení kvality života navrhuje Haaseová a Bradenová některá specifika:

- specifikovat účel hodnocení kvality života
- vymežit populaci, u které bude kvalita života posuzována
- vybrat vhodné zaměření a teorii pro hodnocení kvality života
- specifikovat kritéria hodnocení

U hodnocení kvality života používáme mnoha různých modelů, které pomáhají vymezení koncepcí. Ty jsou součástí nebo mají logické propojení definující atribut kvality života (Linková, Kimáková, Rác, 2010; Heřmanová, 2012; Gurková, 2011; Blatný, 2010; Pyšný, 2008).

Modely kvality života rozdělujeme do čtyř kategorií:

Hierarchické modely neboli modely strukturující kvalitu života. Mezi ně můžeme zařadit například Spilkerův hierarchický model HRQoL. Model WHOQOL nebo model kvality života „3B“, který byl vytvořen Centrem pro podporu zdraví v Torontu, Ferransové model HRQoL a Ferrellové model. Veškeré tyto modely přispívají k vymezení domén, které jsou potřebné pro měření při HRQoL (Linková, Kimáková, Rác, 2010; Heřmanová, 2012; Gurková, 2011; Blatný, 2010; Pyšný, 2008).

Mezi **Interakční** modely znázorňující vztah mezi kvalitou života a jejími determinanty řadíme Spilkerův model klinického hodnocení, integraci pacientova odhadu a kvalitu života, kauzální model HRQoL, od autora Ware a model kvality života pacienta s chronickým onemocněním od autora Stuijbergen. Veškeré tyto modely můžeme využít při objasňování či interpretaci vztahů mezi koncepty měření s jinou závislou proměnou (Linková, Kimáková, Rác, 2010; Heřmanová, 2012; Gurková, 2011; Blatný, 2010; Pyšný, 2008).

Prediktivní modely můžeme využít při porovnávání kvality života pacientů v souvislosti různé sociální kultury, kdy jejím cílem je předvídat kvalitu života (Linková, Kimáková, Rác, 2010; Heřmanová, 2012; Gurková, 2011; Blatný, 2010; Pyšný, 2008).

Modely založené na významu, většinou užívané u adolescentů. Tento model vnímání kvality života zjišťuje pohled z perspektivy pacienta, který ji hodnotí. Při výběru nástrojů měření kvality života by měly být preferovány ty, které byly vytvořeny na základě teoretického rámce nebo konceptuálního modelu. Měli bychom tedy používat ty nástroje, které jsou odsouhlaseny na daném pracovišti s jejich používání (Linková, Kimáková, Rácz, 2010; Heřmanová, 2012; Gurková, 2011; Blatný, 2010; Pyšný, 2008).

5.6. Hodnocení kvality života pacientů po hospitalizaci na jednotce intenzivní péče po prodělané pankreatitidě

U hospitalizovaných pacientů s akutním onemocněním slinivky břišní nalézáme mnoho různých příčin vzniku. Ty mohou různým způsobem ovlivnit kvalitu života.

Existuje také řada faktorů, které významně ovlivňují kvalitu života. Mezi nejznámější a nejvýznamnější patří závažnost onemocnění, která může probíhat ve stadiu lehké nebo těžké formy AP. Během hospitalizace pacienta je AP považována za velmi závažné onemocnění. V rámci hospitalizace pacienta je kladen velký důraz na psychiku nemocného, která se v určité míře mění. Stává se pasivním a je předmětem péče mnoha lidí (lékařů, sester a ostatního nemocničního personálu). Je závislý na druhých lidech, nemůže dělat, co by sám chtěl. Musí dělat činnosti, které neumí a neovládá.

Celkový obraz pacienta zahrnuje nejen omezení v práci a společenských aktivitách, ale i doma, v manželském životě, nebo stresující události (Mokrowiecka a kol., 2010). Akutní pankreatitida ovlivňuje všechny stránky života pacienta, jako např. zaměstnání, volný čas a společenské vztahy (Mokrowiecka, Pinkowski, Malecka-Panas, 2011). Během provádění italské studie bylo zjištěno, že většina pacientů přiznala zábrany v diskusi o jejich zdravotním stavu a nemoci se svými blízkými. Důvod, který většina uvedla, je skutečnost, že většina lidí si myslí a věří, že AP je způsobena výhradně pitím alkoholu, a tudíž to má negativní vliv na rodinu a přátele (Pezzilli a kol., 2006).

Pacientovy způsoby (strategie) zvládání zátěží či vyrovnávání se s nimi, jsou ovlivněny nejen fyzickými a emocionálními faktory ale i externími, jako jsou např. finanční problémy, nebo postavení v práci či sociální skupině (Grist, Jupp, Johnson, 2012). Mezi další závažné problémy, které ovlivňují kvalitu života pacienta, je únava, strach z budoucnosti a poruchy spánku (Grist, Jupp, Johnson, 2012). Proto je velice důležité, abychom sledovali veškeré příznaky, které nám indikují potřebu psychologické podpory (Grist, Jupp, Johnson 2012).

Akutní pankreatitida má do značné míry dopad na sociálně-ekonomické důsledky, což způsobuje neustupující bolest a následnou hospitalizaci. Hospitalizace vede k dlouhodobé

pracovní neschopnosti a možnému odchodu do invalidního důchodu, nejčastěji u mladých lidí (Kaťuchová, Radoňak, 2011). AP má velký dopad na pracovní činnost (Gardner a kol., 2010) a tudíž na socioekonomickou situaci pacientů. Dalším faktorem, který ovlivňuje kvalitu života pacienta, je ztráta zaměstnání, která má dopad na onemocnění (bolest, nevolnost, zvracení, deprese, pocit nadbytečnosti). Mezi další faktory řadíme kvalitu spánku, která je nedílnou součástí vnímání zdravotního stavu (Mokrowiecka a kol., 2010).

Nemocní s AP poukazují na obtížné fungování v sociální i emocionální sféře. U pacientů s AP je jejich duševní zdraví natolik poškozené, že se mohou objevit komplikace ve formě chronické bolesti, diabetes, alkoholismu, vyčlenění se ze společnosti, ztráta zaměstnání, které jsou spojeny vysokým rizikem vzniku depresí (Wehler a kol., 2004; Grist, Jupp, Johnson, 2012). Ve studii z USA bylo předmětem hodnocení pacientů to, jak jsou spokojeni se zdravotní péčí, která také ovlivňuje kvalitu života. Více jak polovina pacientů odpověděla, že minimálně jednou ze všech návštěv s nimi nebylo zacházeno vlídně a s důstojností. Z toho méně než polovina pacientů byla označena jako alkoholici a necelých 30 % za individua vyhledávající léky a omamné látky. Díky tomuto přístupu by mělo být vyvinuto úsilí ke zlepšení zkušeností pacientů se zdravotnickými organizacemi a jejich péčí (Gardner a kol., 2010).

Nedílnou součástí léčby AP je naprostá abstinence alkoholu (Puylaert a kol., 2011; Pezilli a kol., 2006; Gardner a kol., 2010). Teprve až při dodržení abstinence alkoholu se zvyšuje předpoklad, že léčba bude úspěšná (Dítě a kol., 2012). Abstinence se doporučuje i u pacientů s AP, kteří mají jinou příčinu než nadměrné požívání alkoholu, dokonce i o absolutním vyřazení alkoholu ze svého života (Goulden, 2013).

Charakteristika pacienta s AP obsahuje ve většině případů historii zneužívání alkoholu, autoimunitní onemocnění, žlučové kameny, poranění slinivky břišní (Goulden, 2013). Velmi obtížná bývá léčba u pacientů s alkoholickou formou nemoci a to díky četným psychosociálním a ekonomickým problémům spojených s alkoholovou závislostí (Balliet a kol., 2012). Nejčastější skupinou, kterou postihuje alkoholická pankreatitida, jsou muži ve středním věku s nižším vzděláním a podřadným zaměstnáním (Pendharkar, Petrov, 2015).

Pokud pacienti s AP dokážou alkoholovou abstinenci neporušit, předpokládá se ovlivnění především bolesti a celého průběhu nemoci. U některých pacientů se často stává, že se při sebemenší pozitivní změně obrací opět ke konzumaci alkoholu (Puylaert a kol., 2011; Pezilli a kol., 2006; Gardner a kol., 2010).

Vstupní terapie by měla vynakládat veškeré úsilí k tomu, aby nemocného k abstinenci alkoholu motivoval (Forsmark, 2013). Toto opatření je nezbytně nutné pro podporu

v odvykání pacienta na alkoholu, jakož i k prodloužení a zkvalitnění života nemocného i k celkovému zlepšení zdravotního stavu (Jupp, Fine, Johnson, 2010; Forsmark, 2013). Nejčastější úmrtí nemocných je spojováno se špatným životním stylem (alkohol, stres, nesprávná životospráva, kouření, deprese).

Je ale více než nemožné, aby se u nemocných dosáhlo absolutní abstinence (Frič, 2007). Studie na tuto skutečnost poukázaly informacemi o kvalitě života nemocných s AP, kde malé procento lidí postižených touto nemocí přiznalo trvající závislost na alkoholu (Wehler a kol., 2004; Pezzilli a kol., 2006). Stejně tak přibývá nemocných závislých na dalších, jiných látkách, než je alkohol (Frič, 2007). Jelikož pacient nikdy nepřizná pravou míru závislosti na alkoholu, tyto výsledky jsou proto značně zkreslené (Špičák a kol., 2011). Pacienti s AP často potřebují pomoc se závislostí na pití alkoholu i na jiných látkách (Skipworth, Shankar, Pereira, 2010). Tím, že se pacient namotivuje k abstinenci a následně k vyhledání odborné pomoci, jimiž jsou například odpovídající pohovory, je tato skutečnost lepší než pouhá ambulantní konzultace (Forsmark, 2013). Základem pro abstinenci pacientů je hlavně osobní vztah mezi nemocným a jeho lékařem (Frič, 2007). Společnou neřestí s alkoholismem je rovněž spojována závislost na kouření (Špičák a kol., 2011).

Studie dále poukázala na to, že i přes všechna rizika většina nemocných postižených AP stále kouří bez možnosti jakékoliv nápravy. Nemocný narovinu tuto možnost odmítá (Wehler a kol., 2004; Pezzilli a kol., 2006, 2011; Mokrowiecka a kol., 2010). Stejně jako u všech pacientů závislých na alkoholu i u pacientů závislých na kouření je potřeba motivace a poskytnutí podpory při jeho odvykání (Goulden, 2013; Skipworth, Shankar, Pereira, 2010; Forsmark, 2013; Witt, Apte, Keim, Wilson, 2007; Puylaert a kol., 2011). Kouření je bohužel nezávislým rizikovým faktorem vzniku AP. Rapidně zrychluje zhoršení nemoci a zhoršuje i vnímání bolesti (Goulden, 2013). Oborníci tvrdí, že kouření se nevzdají ani ti, kteří se odnaučili pít alkohol (Špičák a kol., 2011).

6. Praktická část

6.1. Metodologie výzkumného šetření

V této kapitole se zabývám výzkumným šetřením, které se odehrálo na základě kvalitativního výzkumu, a také stanovuji cíl výzkumného šetření. Obsahem práce je konceptualizace výzkumného problému a vzorek respondentů, který je součástí mého šetření. Dále zde popisuji metody, jež jsem využila pro svůj výzkum a rovněž vysvětluji způsoby sběru dat a jejich následnou analýzu.

6.1.1. Metodika výzkumu

Pro sběr dat výzkumné části diplomové práce jsem zvolila kvalitativní metodu šetření. Základní informace byly získávány formou rozhovoru s respondenty dle předem stanovených otázek (viz příloha č. 6). Veškerá konverzace s pacienty probíhala dobrovolně, s jejich písemným souhlasem a se souhlasem daného pracoviště, včetně zdravotnického zařízení, kde se kvalitativní výzkum konal.

6.2. Kvalitativní výzkum

„Kvalitativní přístup je zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí, s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, vytvářejí a prožívají sociální realitu.“ (Švaříček, Šedřová, a kol., 2014).

Tato výzkumná strategie přináší i své problémy – např. osoby, které se účastní výzkumu, mívají strach mluvit o svém stavu atd.

Cíl výzkumného šetření

Hlavním cílem mého výzkumu bylo zjistit: *„Jaké poznatky o kvalitě života nemocných s akutní pankreatitidou a po léčbě byly dosud zjištěny?“*

Dílčím cílem bylo:

- Cíl 1 – Prozkoumat postoje nemocných k jejich stravovacím návykům.
- Cíl 2 – Zjistit kvalitu života, životní styl, vlastní způsob života, sociální, rodinnou a pracovní pohodu, ale i životosprávu pacientů před vznikem AP.
- Cíl 3 – Zjistit postoj pacientů k prodělané AP.

6.3. Výzkumný vzorek

Výzkumné šetření probíhalo ve Fakultní nemocnici v Motole od června do října roku 2018. Tento výzkum se uskutečnil na základě žádosti o sběru dat, která mi byla hlavní sestrou Mgr. Janou Novákovou, MBA schválena.

Cílová skupina daného výzkumného šetření jsou pacienti, kteří prodělali akutní zánět slinivky břišní, byli hospitalizováni na jednotce intenzivní péče a poté byli přeloženi na standardní oddělení. Tento záměrný a účelový výběr pacientů byl zvolen proto, že by mohl být kvalitním zdrojem informací. Na základě různé věkové kategorie a zaměstnání se domnívám, že i jejich názory a postoje k prodělanému onemocnění budou velkým přínosem pro obyvatelstvo.

Pro výzkum bylo osloveno dvacet respondentů. Všechny dvacet respondentů dalo souhlas s provedením výzkumu. Věk respondentů se pohyboval od 25 let do 70 let. K analýze bylo použito všech 20 rozhovorů – z toho se jednalo o 13 žen a 7 mužů. Z dvaceti případů onemocnělo 13 pacientů akutní biliární pankreatitidou a sedmi pacientům byla diagnostikována AP způsobená alkoholem (viz tabulka 2). Tento výzkumný vzorek byl dostačující pro ukončení sběru dat, protože došlo k teoretickému nasycení získaných informací.

Tabulka 2 – Charakteristika respondentů

Pohlaví	Věk	Iniciály	Povolání	Onemocnění
Ž	33	Ž. Ž.	Na úřadě práce	AP způsobená alkoholem
M	45	R. C.	Projektový manažer	AP biliární
Ž	55	J. K.	Učitelka v MŠ	AP biliární
M	65	J. T.	Řidič tramvaje	AP biliární
Ž	48	V. S.	Servírka	AP způsobená alkoholem
Ž	68	D. T.	Důchodce	AP biliární
M	44	D. K.	Řidič kamionu	AP biliární
Ž	25	N. K.	Mateřská dovolená	AP biliární
Ž	55	V. S.	Pokladní	AP biliární

Ž	43	E. R.	Všeobecná sestra	AP způsobená alkoholem
M	44	M. S.	Automechanik	AP biliární
Ž	36	I. Ž.	Všeobecná sestra	AP způsobená alkoholem
M	33	P. R.	Lékař	AP biliární
Ž	50	M. Š.	Invalidní důchodce	AP způsobená alkoholem
M	36	R. C.	Podnikatel	AP biliární
M	39	M. J.	Na úřadě práce	AP způsobená alkoholem
Ž	44	I. K.	Pokojská	AP biliární
Ž	25	M. H.	Student medicíny	AP způsobená alkoholem
Ž	70	J. K.	Důchodce	AP biliární
Ž	45	J. F.	Bankovní poradce	AP biliární
	45,15			
	Věkový průměr			
	45 let			

Zdroj: autor

6.4. Výzkumná metoda

Pro tuto práci byla zvolena metoda formou polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor je nejčastější využívanou metodou ke sběru dat v kvalitativním výzkumu (Švaříček, Šedová, 2007).

6.5. Sběr a analýza dat

Zde popisuji, jak a jakým způsobem jsem získávala veškeré informace a data pro mou část výzkumu v diplomové práci a jak jsem nadále se získanými daty pracovala.

6.5.1. Postup a metodika sběru dat

Výzkumné šetření probíhalo metodou kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaného rozhovoru. Prvotním záměrem výzkumu bylo využití kvalitativní výzkumné metody formou rozhovorů, které se odehrávaly mezi čtyřma očima. Rozhovory s pacienty probíhaly jako polostrukturované rozhovory v časovém rozpětí červen až říjen 2018. Těchto dvacet rozhovorů se uskutečnilo v prostředí Fakultní nemocnice v Motole na tamějším chirurgickém oddělení. Pacienti měli krátce před propuštěním do domácí péče. Všichni zúčastnění pacienti byli ujištěni o zachování naprosté anonymity jich samotných, ale i místa, kde se výzkumné šetření provádělo. Všichni pacienti rovněž souhlasili s nahráváním rozhovorů na diktafon při zachování anonymity. Jediná podmínka, kterou požadovali, souvisela s řádnou likvidací jejich odpovědí poté, co ukončím studium. Během výpovědí bylo vše dokumentováno ručně na papír, následně přepsáno do elektronické podoby a kódováno. Dílčí výsledky (kódy), byly seskupeny do kategorií (viz tabulka 1-3). Všechny rozhovory od respondentů jsem nahrávala pomocí diktafonu, a poté provedla doslovnou transkripci, což znamená, že veškerý mluvený projev byl převeden do písemné formy.

Všech dvacet rozhovorů jsem zaznamenala osobně. Délka jednotlivých rozhovorů se pohybovala v rozmezí 30-50 minut. Již předem jsem měla připravené otázky k probíhajícímu rozhovoru. Samozřejmě došlo i na takové situace, kdy bylo nezbytně nutné klást doplňkovou otázku.

Velice důležité bylo také to, abych nasměřovala výpovědi respondentů k určitým oblastem, které mě nejvíce zajímaly; jako je např. jejich životní styl, zda kouří, pijí alkohol, jaká je jejich kvalita života, jaké mají plány do budoucna, jejich pracovní, sociální a rodinné poměry.

6.5.2. Otevřené kódování

První fází analýzy údajů je tzv. konceptualizace, což je rozbor věty nebo odstavce a určení jména každé myšlenky, události či případu, která mě napadla. Jinak bychom mohli říci, že se jedná o vyhledávání a označování určitých jevů v textu (Strauss, Corbin, 1999).

„Otevřené kódování je část analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí pečlivého studia údajů. Během kódování jsou údaje rozebrány na části a pečlivě prostudovány, porovnáním jsou zjištěny podobnosti a rozdíly a také jsou kladeny otázky o jevech údají reprezentovaných.“ (Strauss, Corbinová, 1999).

„Rozebíráním a konceptualizací je myšlen rozbor věty nebo odstavce a přidělení jména tomu, co bude zastávat nebo reprezentovat tento jev. V procesu kategorizace

seskupujeme pojmy podobné s podobnými, ty, které se zdají, že přísluší stejnému jevu.“ (Strauss, Corbinová, 1999).

Jednotlivé kategorie jsou pojmenovány podle potřeby odpovídajícími názvy. Názvy by měly být originální a na míru šité kategorii. V procesu kódování objevujeme kategorie, ale i vlastnosti, které nám napomáhají nalézt vztahy mezi kategoriemi. Jsou to vlastnosti, které se dají zachytit na dimenzionálních škálách, proto se každá vlastnost mění v rozsahu nějaké škály (Miovský, 2006).

„Existují tři hlavní způsoby otevřeného kódování. Analýza rozhovoru řádek po řádku (zkoumání vět i jednotlivých slov), po větách nebo odstavcích (Jaká je hlavní myšlenka pod větou nebo odstavcem vyjádřena?) nebo vzít celý rozhovor a ptát se: O co zde jde?“ (Strauss, Corbinová, 1999).

Samotné výzkumné šetření probíhalo tak, kdy jsem si několikrát přečetla přepsaný rozhovor. Během pročítání jsem v textu vyhledala témata, která mě zaujala a vyhodnotila je jako významná. Pomocí funkce, která umožňuje vkládat komentáře k textu, jsem vložila na okraj textu určité označení daného tématu. Každé téma mělo specifický kód, který měl podobu mnoha slov či vět z dané části textu.

Př.: „Co byste chtěla slyšet? Jsem nezaměstnaná, na úřadě práce a práci sehnat nemůžu, kamarádi a rodina se na mě vykašlali, tak jsem sama a jediný můj kámoš je pivo a víno, s nimi mi je nejlíp....“. Toto téma bylo označeno kódem – ztráta chuti do života. Jakmile jsem během kódování objevila téma, které mělo podobný obsah, označila jsem jej podobným, popř. stejným kódem.

Další úroveň kódování bylo dokázat určit, zda se nejedná o stejný obsah (*např. nikdo mi nezbyl, jen můj kámoš alkohol – problémy i po napití zůstávají*). Takovým způsobem jsem označila všechny přepisy, jejichž výsledkem byla celá řada kódů postihující podstatná témata rozhovorů. Kódy, které jsem získala v první fázi kódování, bylo potřeba dát dohromady podle podobnosti, aby nebylo tak velké množství pojmů. Druhá fáze otevřeného kódování je kategorizace, kdy jednotlivé kategorie vlastní určité jevy, u kterých je velmi důležité jejich pojmenování. Díky tomuto pojmenování je potom jednodušší určit, které skupiny kódů (podkategorie) spadají pod každou kategorii (Strauss, Corbin, 1999).

Právě v této fázi kódování jsem dávala dohromady základní kódy, které mi připadaly jako tematicky podobné, do širších kategorií. Pokud se objevil podobný kód, který zapadal do více skupin, byl zapsán ke každé z nich. Jednotlivé kódy, podkategorie i kategorie jsem

několikrát přesouvala a upravovala, aby výsledný seznam odpovídal obsahům všech výzkumných rozhovorů (viz tabulka 3).

Tabulka 3 – Kategorizace

Kategorie	Podkategorie	Kódovaný text
Osobnost	Polehčování okolností	„Ze školy vím, že to může být způsobeno nesprávnou stravou nebo alkoholem, ale já jím zdravě, ale i jinak více piju, no... To víte, kolej, pařby, kámoši...“ „Nejdříve jsem si myslela, že jde jen o nějakou virózu, tak jsem nešla hned k doktorovi.“
	Nepřipouští si problém	„Vůbec by mě nenapadlo, že budu mít takového onemocnění. Nikdy mi nic nebylo. Proč teda zrovna já?“
	Nezájem získávat nové informace	„Hele, všechno mi bylo vysvětleno. Víím to i ze školy, tak nemám zájem o další info, když už všechno vím.“ „Hlavně, že doktor ví, co mi je, tak ať mě léčí. Všechno mi řekl milionkrát i to, ať tolik nepiju. Ale co, jsou to moje játra a já si budu pít, jak já budu chtít a nikdo mi to nezakáže. Takže mě nic nezajímá.“ „Hele, nikdo mi nebude říkat, co mám a nemám dělat.“
	Ochota a přizpůsobení se léčbě	„Budu dodržovat rady lékaře, protože má doktor co? Vždycky pravdu.“ „Po uzdravení si nechám vyndat žlučník na doporučení lékaře. Dále budu dodržovat to, co mi lékař řekl – zdravá strava, žádný alkohol, dostatek klidu a odpočinku.“
	Ztráta chuti do života	„To už nevím, co budu dělat. Asi už ukončím svůj život. Skočím z mostu a bude klid. Nic mě tu pak už nedrží, když přijdu i o dítě.“ „Už mě prosím nechte, je mi už vše jedno, protože nic nemám.“
Pocity	Pocit viny	„Hele na tohle se mě neptejte. Víím, že co dělám je špatně ale moje věc.“

Pocity	Pocit viny	„Jsem si toho nějak nevšímal, co mi je. Hlavně, že doktor ví, tak ať mě léčí. Je to přece jeho povinnost.“
	Pocit selhání	„Jsem nezaměstnaná a práci sehnat nemůžu. Kamarádi a rodina se na mě vykašlali, tak jsem sama a jediný můj kámoš je pivo a víno. S nimi mi je nejlíp.“ „Akorát mě mrzí, že musím být v nemocnici, jelikož musím připravit dvojčatům narozeninovou oslavu. Nevím, jak jim to pak vynahradím. Selhala jsem.“
	Nezájem o vše	„Dejte mi pokoj. Nic mě nezajímá. Sice mi všechno doktor řekl, ale říkám, moje věc jak piju, co piju a kdy piju. Jsem dospělej, tak si budu dělat, co chci.“
	Nepřipouštění si problému	„Vůbec by mě nenapadlo, že budu takhle nemocná. Nikdy mi nic nebylo a nikdy jsem neměla problémy. Tak proč právě já?“
	Pocit úlevy, bezpečí a naděje	„Když už vím, co mi je, tak se mi trochu ulevilo a vím, že jsem v dobrých rukách.“ „Tak když už vím, co mi je, tak už nemám moc strach, když vím, co mě čeká a nemine. Budu si dávat pozor.“
	Svádění vlastních problémů na jiné	„Začala jsem pít kvůli manželovi, který mě opustil kvůli jiné ženě.“
	Emoce	Sobectví
Drzost a agrese		„Zase se mě ptáte, jak jsem reagovala. Co je Vám do toho? Hlavně mě dejte dohromady, jelikož mě čeká technopárty.“
Vztek		„Hele nikdo mi nebude říkat, co mám a nemám dělat. No tak to trochu omezím. Ale že bych vynechal alkohol, tak to ani náhodou.“
Obava a strach		„Každý, kdo mě zná, měl o mě strach.“

<p>Emoce</p>	<p>Obava a strach</p>	<p>„Nejdřív jsem byla zděšená, co budu dělat? Mám doma půlroční miminko a manžel je v nové práci, kdy si nemůže dovolit být hned doma. Proto jsem měla celkově strach.“</p> <p>„No byl to šok, ale dostala jsem taky strach, že umřu.“</p> <p>„Všichni z rodiny měli strach. Každý den mě navštěvovali.“</p> <p>„Lekla jsem se a hned mě napadlo, co se mnou bude, jestli to přežiji nebo ne.“</p> <p>„Hnedka jsem se lekla a první, co si pamatuji, bylo jestli umřu.“</p>
<p>Vytíženost</p>	<p>Psychická a fyzická vyčerpanost</p> <p>Nedostatek volného času</p> <p>Náročné zaměstnání</p>	<p>„Má práce je velice náročná jak psychicky, tak i fyzicky. Jsem totiž projektový manažer a mám na starost pod sebou deset lidí, které musím řídit a soustředit se na svou práci. Do toho se starat a zajistit rodinu. Takže jsem rád, že se na vše přišlo včas a bude mi lépe.“</p> <p>„Pracuji jako řidič tramvají asi už pomalu celý život, přesněji 25 let. Tato práce někdy až moc psychicky náročná kvůli občanům v MHD, kteří jsou problémoví.“</p> <p>„Jsem moc zaměstnaný člověk, který má velkou prosperující firmu, která beze mě nemůže fungovat. Mám rodinu a tak musím hodně pracovat, abych jim dopřál to, co já nikdy neměl.“</p>
<p>Životní styl</p>	<p>Alkohol a drogy</p> <p>Nesprávná životospráva</p>	<p>„S kamarádami piju vodu, nějaký to pivo a sem tam trávu.“</p> <p>„Vykouřím dvě krabičky cigaret za den a vypiju litr vína denně.“</p> <p>„Denně vypiju pět lahví piva.“</p> <p>„Při nástupu do nového zaměstnání jsem se začal stravovat v rychlém občerstvení – párky v rohlíku, hamburgery.“</p>

Životní styl	Nesprávná životospráva	<p>„Pracuju v kanceláři, dělám krátký, dlouhý týden, nestresuju se, ale je pravda, že nemám moc pravidelnou stravu. Jsem ráda, že přijdu domu, sednu si a sním vše, na co přijdu. Taky podle toho vypadám – tlusťoška.“</p> <p>„Jím hodně mastného a tučného. Zeleninu a ovoce, tomu moc nefandím. Jsem chlap, tak se musím pořádně najíst.“</p>
Společnost	Nezájem o komunikaci s okolím	<p>„Je mi jedno, co mi je. Jestli se mě ptáte na rodinu, nikoho nemám a už chci mít klid. Tak už mě prosím nezpovídejte. Si připadám, jak na policejní stanici.“</p> <p>„Jsem dospělá tak vím, co je pro mě nejlepší, tak už mě laskavě nechte bejt.“</p>
	Rodina	<p>„Rodina byla vykulená a měla o mě strach. Každý den mě chodili navštěvovat, volali mi.“</p>
	Asocializace	<p>„Žiju sama, jsem v invalidním důchodu, mám papír na hlavu a tak se válim doma, čekám, až mi přijde důchod. Prostě si takhle žiju a vyhovuje mi to. Takže nemám potřebu nikam chodit mezi lidi.“</p>
	Nezájem rodiny	<p>„Nevím. S rodinou se nestýkám a asi by jim to bylo stejně jedno, co se mnou je.“</p> <p>„Nemám už nikoho, kdo by se o mě zajímal.“</p>
Motivace	Rodina, Zaměstnání, Pomoc psychologa	<p>„V prvním případě bych si chtěla najít práci, zbavit se dluhů, přestat pít, zlepšit rodinné vztahy, navštěvovat psychologa. Chci rodině ukázat, že na to mám se změnit.“</p>
	Být naživu	<p>„Najít si lepší a klidnější zaměstnání. Začít pravidelně jíst, cvičit a hlavně nic nepodcenit. Nejdůležitější je má rodina, kvůli které tohle vše změním. Nechci o ně přijít.“</p>

Budoucnost	Přestat pít alkohol	„Budu chodit na protialkoholní terapie a sezení.“
	Obava z budoucnosti	„Vůbec si nedovedu představit co bude dál. Co má práce? A jak to budu vše zvládat?“
	Plány do budoucna	„Budu se snažit pravidelně jíst, nekouřit a omezím alkohol. Budu se to snažit respektovat.“ „Do budoucna bych chtěla zvládnout medicínu, omezit alkohol a více se věnovat sama sobě.“ „Do budoucna chci zaplatit hypotéku, dát se do klidu a přestat pít. Už jen kvůli synovi a rodině. A hlavně taky kvůli práci.“

Zdroj: autor

7. Analýza dat

Po sběru dat byly získané informace rozděleny do jednotlivých kategorií. Ne všechny odpovědi byly zařazeny do celkového hodnocení z toho důvodu, že si byly hodně podobné, jiné naprosto odlišné (zcestné, zmatené). V jednotlivém popisu kategorií proto uvádím nejčtenější a nejzajímavější odpovědi respondentů.

7.1. Kategorie „Budoucnost“

U každého jedince, se kterým byl rozhovor veden, se plány do budoucna lišily. U mnoha jedinců však došlo ke shodě v tom, že by chtěli svůj život prožít co nejlépe, v lepší kondici a zdraví, přestat pít, najít si lepší zaměstnání, vyvarovat se psychicky a fyzicky náročného zaměstnání, zlepšit životosprávu, ale i mít kolem sebe své nejbližší. Jak již V. S., 55 let zmínila: *„Budu se snažit jíst zdravěji, více se pohybovat. Musím, jelikož nechci umřít, mám tu svou rodinu, kamarády, tak už kvůli nim musím být v pořádku,“* nebo odpověď I. K., 44 let: *„Určitě se vyvarovat smaženému jídlu... A hlavně se více věnovat manželovi, chodit více na procházky, spolu třeba držet dietu. Jinak bych nic neměnila, jsem spokojená, jak nejvíc můžu být.“* Ale také jsem se setkala s odpovědí, kdy mají strach a obavu z toho, co je čeká (*„Vůbec si nedovedu představit, co bude dál? Co má práce? Jak to budu vše zvládat?“* M. S., 44 let).

7.2. Kategorie „Pocity“

Pocity vnímáme každý z nás jinak. Někdo je může vnímat slabě či obtížně pojmenovatelnou emocí, myšlenkou, vjemem, případně i jejich kombinací. Pocity jsou součástí lidského prožitku nebo zážitku, tedy každého běžně prožívaného lidského života. Může se jednat o pocity libé, nelibé, pozitivní, negativní nebo i neutrální. Pocit obvykle vyjadřuje něco, co člověk neumí sám přesně pojmenovat a vyhodnotit a co on sám vnímá jak smyslově, tak mimosmyslově.

Některé pocity umíme pojmenovat dobře, zejména, když se jedná o pocity, které se vztahují k fungování našeho vlastního já.

Během rozhovoru jsem se setkala s jedinci, kteří mají různé pocity. Převážně jsem se však setkala s pocitem viny (*„Hele na tohle se mě neptejte. Víím, že co dělám je špatně, ale moje věc.“* nebo *„Jsem si toho nějak nevšiml, co mi je. Hlavně, že doktor ví, tak ať mě léčí. Je to přece jeho povinnost.“* M. J., 39 let), nebo i s pocitem viny, který byl sváděn na druhé (*„Začala jsem pít kvůli manželovi, který mě opustil kvůli jiné ženě.“* E. K., 43 let). Dalším častým pocitem, který byl uveden pacienty, byl pocit jistoty (*„Když už víím, co mi je, tak se mi trochu ulevilo. A víím, že jsem v dobrých rukách.“* J. K., 55 let), bezpečí

a naděje („*Tak, když už vím, co mi je, tak už nemám moc strach. Když vím, co mě čeká a nemine.*“ R.C., 45 let), ale i pocit úlevy („*Už vím, co mě čeká a budu si dávat pozor.*“ J. K., 55 let).

Dalším pocitem, který pacienti často zmiňovali, byl pocit selhání. Mnoho z nás se někdy setkalo s pocitem selhání, neboli neúspěchem („*Jsem nezaměstnaná a práci sehnat nemůžu. Kamarádi a rodina se na mě vykašlali, tak jsem sama a jediný můj kámoš je pivo a víno. S nimi mi je nejlíp.*“ Ž. Ž., 33 let), („*Akorát mě mrzí, že musím být v nemocnici, jelikož musím připravit dvojčatům narozeninovou oslavu. Nevím, jak jim to pak vynahradím. Selhala jsem.*“ J. F., 45 let).

Samozřejmě jsem se také setkala s negativními pocity, kdy pacienti nemají vůbec o nic zájem („*Dejte mi pokoj, nic mě nezajímá. Sice mi všechno doktor řekl, ale říkám, moje věc, jak piju, co piju a kdy piju. Jsem dospělej, tak si budu dělat, co chci.*“ M. J., 39 let) nebo s pocitem samoty, odloučení („*Nemám už nikoho, jen mou malou holčičku. Bez ní nemá cenu být. To raději umřu.*“ I. Ž., 36 let).

7.3. Kategorie „Vytíženost“

Životní styl je stěžejní determinantou zdraví. Životní styl můžeme definovat jako styl, který zahrnuje formy chování v daných životních situacích, jako je např. vytíženost.

Právě působení dlouhodobého stresu, vyplývajícího z nadměrné fyzické, psychické či emocionální zátěže, nám významně narušuje integritu osobnosti. Z toho vyplývá, že člověk v dnešní době začal vést převážně sedavý způsob života, kdy v pracovní i mimopracovní době převážně sedí, z místa na místo se přemísťuje automobilem, nedostatečně sportuje, nedbá na správnou životosprávu, kouří, více požívá alkohol. Dokonce se setkáváme i s tím, že dochází ke zhoršování mezilidských vztahů. Životní styl se více orientuje na neustálou honbu za novými věcmi, za úspěchem, mocí a penězi.

Právě neustálý spěch, pracovní vytíženost, nedostatek času na sebe i ostatní členy rodiny a děti poznamenává náš způsob života a vytváří tak stresové situace, které mnohdy nedokážeme unést („*Jsem moc zaměstnaný člověk, který má velkou prosperující firmu, která beze mě nemůže fungovat. Mám rodinu, manželku a dvě děti, tak musím hodně pracovat, abych jim dopřál to, co já nikdy neměl. Tudíž mám nepravdělnou pracovní dobu a jsem fyzicky, pracovně i psychicky vytížen.*“ R. C., 36 let).

7.4. Kategorie „Emoce“

V našich životech se často setkáváme s nespočtem různých událostí. Události, kterým býváme vystaveni, nejsou někdy jen radostné, veselé, hezké, ale i tragické, neradostné,

smutné. Emoce, které vyvolávají strach, smutek, zlost, jsou zpravidla zvládnuty, nevyplují na povrch a nijak zásadně neovlivňují pracovní nasazení. Řeší věci takřkajíc s chladnou hlavou, profesionálně.

Emoce nám podávají jasnou zprávu, zda to, co se děje, je pro nás dobré, či zlé, zda z dané události máme radost, či zda jsme v ohrožení. Jak uvádí většina pacientů, mají největší strach a obavy z toho, co bude?

7.5. Kategorie „Společnost“

V nejširším smyslu je společností ve společenských vědách chápána nejčastěji politicky a ekonomicky soběstačná skupina lidí obou pohlaví a všech věkových skupin sdílejících společnou kulturu, hodnoty a území, respektujících vlastní instituce, normy a kulturní vzory, kteří sami sebe pociťují jako jednotnou entitu odlišnou od jiných skupin. Nejčastějším problémem je pro pacienty začlenění (*„Se svým způsobem života spokojená nejsem. Ale co mám dělat? Nikde mě nechtějí a nezaměstnají? A pracovat se mi nechce.“ M. Š., 50 let, „Žiju sama, jsem v invalidním důchodu, mám papír na hlavu, a tak se válím doma. Čekám, až mi přijde důchod. Prostě si takhle žiju a vyhovuje mi to. Takže nemám potřebu nikam chodit mezi lidi.“ E. K., 43 let*). Dalšími neméně významnými a vlivnými přístupy jsou např.: chápání společnosti jako sociální struktury, systému společenských vztahů, jako organizované a institucionalizované řešení sociálních konfliktů (a problému přežití vůbec) nebo jako civilizace či kultury. Jsou však i pacienti, kteří počítají s pomocí od svých nejbližších – rodiny (*„Rodina byla vykulená a měla o mě strach. Každý den mě chodili navštěvovat, volali mi, a když viděli, že se hrne všechno k dobrému, tak už takový strach o mě neměli.“ P. R., 33 let, „Všichni z rodiny měli strach. Každý den mě navštěvovali a hlavně mi pomohli se o malou postarat.“ M. S., 44 let*). K dalším negativním reakcím patří nezáměr o komunikaci (*„Je mi jedno, co mi je. Jestli se mě ptáte na rodinu, tak nikoho nemám a už chci mít klid. Tak už mě prosím nezpovídejte. Si připadám, jak někde na policejní stanici.“ R. C., 36 let, „Jsem dospělá, tak vím, co je pro mě nejlepší, tak už mě nechte bejt!“ Ž. Z., 33 let*).

7.6. Kategorie „Životní styl“

Životní styl neboli způsob života zásadní měrou ovlivňuje náš zdravotní stav. Způsob života, jakým žijeme se na něm do jisté míry podílí z 50-60 %, životní prostředí asi z 10 %, úroveň zdravotní péče zhruba z 20 % (Kebza, 1998).

Životní styl je ovlivňován množstvím faktorů. Jsou to například pohybová aktivita, výživa a pitný režim, regenerace, pracovní režim, volný čas, vliv okolního prostředí, sociální

vztahy, úroveň lékařské péče a jiné. Právě tyto faktory nám utváří životní styl a dle jejich jednotlivé úrovně je pak životní styl více nebo méně kvalitní.

Velmi důležitá součást životního stylu je výživa. V moderním světě máme čím dál větší výběr potravin. Tento výběr má svá určitá pozitiva, ale i negativa. Velké množství nově vzniklých druhů potravin člověk k životu vůbec nepotřebuje, jako jsou např. rychlá občerstvení (*„Jak jsem nastoupil do nového zaměstnání, tak už nezbyl čas na normální zdravé jídlo, a tak jsem se začal stravovat v rychlém občerstvení – párky v rohlíku, hamburgery, jen abych se najedl.“ P. R., 33 let*). Je tedy nesmírně důležité se v dnešním světě potravin dobře orientovat a vědět, které potraviny jsou pro konzumaci vhodné a které nikoliv (*„Dříve jsem byla kuchařka a už mě nebavilo jen vařit a ochutnávat. Taky teď podle toho vypadám – tlusťoška. Nynější zaměstnání je klidné. Jsem v kanceláři, dělám krátký dlouhý týden a nestresuju se. Ale je pravda, že nemám moc pravidelnou stravu. Někdy jsem ráda, že přijdu domů, sednu si a sním, na co přijdu, a pak si jdu zase lehnout.“ V. S., 55 let*).

Dalším podstatným aspektem životního stylu je pohybová aktivita. V současné době přibývá stále zaměstnání, kde převládá sedavý způsob práce a vytrácí se běžná pohybová aktivita. Je to jeden z faktorů, díky kterému převládá energetický příjem nad energetickým výdejem. Je tedy nezbytné více se věnovat pohybovým aktivitám ve volném čase a myslet také na vhodnou regeneraci a odpočinek. Velký vliv na úroveň životního stylu má i duševní pohoda. Všechny tyto složky, které jsou nedílnou součástí životního stylu, by měly být ve vzájemné rovnováze. Proto je vhodné skloubení práce, aktivit ve volném čase, odpočinku, dobrého stravovacího režimu a pozitivního přístupu k životu. Pokud se toto skloubení podaří, lze pak hovořit o kvalitním životním stylu.

7.7. Kategorie „Osobnost“

Osobnost je soustava vlastností charakterizujících celistvou individualitu konkrétního člověka zaměřeného na realizaci životních cílů a rozvinutí svých možností ve společnosti. Tvoří ji individuální spojení biologických, psychologických a sociálních aspektů každého jedince. Utváří se ve vztazích k sobě, k druhým, vůči prostředí a společnosti a projevuje se vždy jako celek.

Každý jsme jiný. Každý prožíváme situace jinak, a tak i pacienti s AP. Jedni chtějí ukončit svůj život (*„To už nevím, co budu dělat? Asi už ukončím svůj život. Skočím z mostu a bude klid. Nic mě tu pak už nedrží, když přijdu i o dítě.“ I. Ž., 36 let*), druzí pomalu ztrácí chuť dále bojovat (*„Už mě prosím nechte. Je mi už vše jedno.“ D. K., 44 let*) a jiní se naopak snaží bojovat (*„I když už nic v životě nemám, jsem sám, bez nikoho, budu i tak bojovat. Přiznávám, jsem alkoholik, nechci umřít a budu se léčit. Budu dodržovat terapii, začnu*

abstinovat, navštěvovat psychologa a najdu si práci. Musím se svým životem už něco udělat.“ M. J., 39 let). Většina respondentů, ať už závislých či nezávislých na alkoholu, má spíše negativní postoj k nemoci, léčbě a následné péči, jako je polehčování okolností („Ze školy vím, že to může být způsobeno nesprávnou stravou, nebo alkoholem, ale já jím zdravě, ale i jinak více piju, no. To víte, kolej, pařby, kámoši...“ M. H., 25 let. „Nejdříve jsem si myslela, že jde jen o nějakou virózu, tak jsem nešla hned k doktorovi.“ I. K., 44 let), nebo si vůbec nepřipouští, že by byl nějaký problém („Vůbec by mě nenapadlo, že budu mít takovéhle onemocnění. Nikdy mi nic nebylo. Proč teda zrovna já???!“ V. S., 48 let).

Často se vyskytli i respondenti, kteří neprojeví zájem získávat nové informace o onemocnění AP („Hele, všechno mi bylo vysvětleno. Víím to i ze školy, tak nemám zájem o další info, když už všechno vím.“ N. K., 30 let, nebo „Hlavně, že doktor ví, co mi je, tak ať mě léčí. Všechno mi řekl milionkrát. I to ať tolik nepiju. Ale co, jsou to moje játra a já si budu pít, jak já budu chtít a nikdo mi to nezakáže. Takže mě nezajímá nic.“ M. J., 33 let).

Respondenti se převážně dělí na dvě skupiny. První skupinou jsou respondenti, kteří nepřijímají léčbu („Hele, nikdo mi nebude říkat, co mám a nemám dělat!“ M. Š., 50 let), druhou skupinou jsou respondenti, kteří se o svou léčbu zajímají („Po uzdravení, si nechám vyndat žlučník, na doporučení lékaře. Dále budu dodržovat to, co mi lékař řekl – zdravá strava, žádný alkohol, dostatek klidu, odpočinku.“ J. K., 70 let, nebo „Budu dodržovat rady lékaře, protože má doktor co? Vždycky pravdu.“ R. C., 36 let).

7.8. Kategorie „Motivace“

Každé chování či jednání člověka je něčím motivováno. Motivace je souhrn činitelů, který jedince podněcuje, podporuje, aktivizuje, nebo naopak utlumuje a brzdí. Motiv je pohnutkou, příčinou činnosti a jednání člověka, který má cíl, směr, intenzitu, trvalost. Mezi základní motivy řadíme potřeby, zájmy, návyky, cíle, přání, hodnoty, postoje a emoce. Poznat motivační síly svého konkrétního chování, porozumět motivaci druhých, znamená lépe poznat sám sebe, ale i ostatní a vyznat se v nich.

Největším motivačním faktorem pro respondenty byla rodina a rodinné zázemí. Respondenti oceňovali podporu rodiny, chtěli jí věnovat více času a žít pro ni („Jsem sice moc zaměstnaný člověk, ale mám velkou milující rodinu, která beze mě nemůže být a já bez ní. Udělám pro ně vše. Jen se teď musím rychle uzdravit, abych byl co nejvíce fit a věnoval se naplno rodině.“ R. C., 36 let., „V prvním případě bych si měl najít lepší a klidnější zaměstnání, začít pravidelně zdravě jíst, chodit cvičit a hlavně nic nepodcenit. To je sice důležité, ale nejdůležitější je má rodina, kvůli které tohle vše změním. Nechci o ně přijít.“ J. T., 45 let., „Mám skvělou milující rodinu, která dokáže i v těch nejhorších

chvilích podpořit. To je podle mě, kvalita života a zdravý životní styl. Jako první se těším domů, na chalupu a krásně budu odpočívat.“ J. K., 55let).

Dalším motivačním činitelem pro respondenty je být naživu, prodloužit si život a mít dobré zaměstnání, které nevyčerpává fyzicky i psychicky (*„Najít si lepší a klidnější zaměstnání, které není psychicky a fyzicky náročné. Začít pravidelně jíst, cvičit a hlavně nic nepodcenit. Nejdůležitější je má rodina, kvůli které tohle vše změním. Nechci o ně přijít.“ J. T., 65 let).*

Setkala jsem se i s respondentem, který chtěl za svým dosavadním životem udělat velkou tlustou čáru a začít od nuly. (*„V prvním případě bych si chtěla najít práci, zbavit se dluhů, přestat pít. Ukázat rodině, která není se mnou ve styku, že jsem jiný člověk a že na to mám se změnit. Chci urovnat naše rodinné vztahy. Rodinu máme jen jednu. Nechci pak litovat toho, že jsem to aspoň nezkusila.“ J. F., 45 let).*

8. Diskuse

V rámci tohoto kvalitativního výzkumu jsem se pomocí polostrukturovaných rozhovorů snažila zjistit a definovat kvalitu života u pacientů, kteří byli hospitalizováni po prodělaném akutním zánětu slinivky břišní.

Výzkumu se účastnilo dvacet respondentů z různého sociálního prostředí, z toho třináct žen a sedm mužů, jejichž věkové rozpětí se pohybovalo od 20 do 70 let. U třinácti respondentů se projevila AP způsobená žlučovými kameny a u zbylých sedmi respondentů byla způsobena vlivem častého užívání alkoholu.

V polostrukturovaném rozhovoru byly respondentům kladeny otázky (viz příloha 6), na které bezprostředně odpovídali, přičemž většinou nebylo třeba klást doplňující otázky. Odpovědi byly nejprve několikrát pročteny, poté zakódovány a zpracovány do tabulek dle jednotlivých kategorií. Podle odpovědí lze respondenty rozdělit do dvou skupin. V první skupině můžeme nalézt ty, kteří nepovažují svoji nemoc za „konec světa“ a počítají s budoucností, rodinou, zaměstnáním a aktivním způsobem života. Ve skupině druhé nalezneme pak jedince, kteří měli k nemoci negativní postoj. Nechtěli nic řešit, svalovali vinu na druhé, bylo jim vše jedno, stranili se lidí a odmítali si připustit, že si za své onemocnění mohou sami.

Z doporučené literatury Národní lékařské knihovny jsem v diplomové práci mohla využít pouze ty monografie, studie a články, které se o AP zmiňují. Ostatní publikace se zaměřují na chronickou pankreatitidu a její kvalitu života.

Floreánová a kol. (2014) společně s Doležalovou a kol. (2014) a Česákem a kol. (2015) sice konkrétně popisují, co je AP, co je její příčinou, jaké jsou její příznaky, vyšetřovací metody a jaká je její následná léčba. Bohužel se však již nikdo z nich ve svých studiích nezabývá tím, jaká je následná kvalita života u pacientů s prodělanou AP.

Stejný problém nalezneme i u zahraničních autorů. Např. Pang a kol. (2014) se ve svém obsáhlém výzkumu věnuje analýze příčin vzniku AP, jejími projevy a vývojem. Pang se s pomocí 0,5 milionů čínských dospělých respondentů s AP snažil odhalit a definovat, jaké jsou hlavní příčiny vzniku této nemoci. Pang a kol. (2014) jako nejčastější příčiny vzniku AP definuje (řazeno sestupně): absence fyzické aktivity, obezita, zánět žlučníku a diabetes v kombinaci s kouřením tabákových výrobků a pitím alkoholu. V tomto výzkumu se kouření tabákových výrobků projevilo jako častější příčina vzniku AP než pití alkoholu. Zazula a kol. (2005) však uvádějí výsledky opačné. Rozdílné výsledky byly s největší pravděpodobností zapříčiněny rozdílnými testovacími soubory, respektive jejich rozdílnou etnicitou. Zatímco Pang a kol. (2018) svůj výzkum prováděli na asijské populaci, tak Zazula

a kol. (2005) svůj výzkum prováděli na populaci středoevropské. Lze tedy očekávat odlišné návyky ve způsobu jejich života. Ať už je to jakkoliv, faktem zůstává, že se následnému způsobu života lidí, kteří tuto nemoc prodělali, nikdo z nich dále nevěnuje.

Možná je to tak trochu vědecký paradox. Často se nám totiž v běžném životě stává, že řešíme důsledky, ale ne příčiny. Když např. člověk onemocní chřipkou (důsledek), je mu následně naordinována léčba v podobě medikamentů. Není zde žádná léčba, vyjma prevence, která by zabránila vzniku této nemoci, protože i přes veškerá očkování víme, že tato nemoc má v oblibě mutovat. Věda se často správně snaží jít tím opačným směrem. Chce řešit příčiny a zamezit určitým jevům, ale na důsledky pak často (ne vždy) zapomíná. Proto se má diplomová práce zaměřuje právě na téma kvality života pacientů, kterým prevence, jakožto řešení příčin, nestačila.

Jelikož se z AP často stává chronická pankreatitida, vycházela jsem i ze studií a článků, které se zabývají chronickou pankreatitidou. Mezi nejvýznamnější faktor poklesu kvality života patřila bolest. Dalšími faktory byly: chronický průjem, problémy se zažíváním, diabetes mellitus, závažnost a délka trvání onemocnění, počet relapsů a komorbidit, ztráta práce, nezaměstnanost, předčasný odchod do důchodu, finanční problémy, potíže se spánkem, únava. Naopak etiologie na kvalitu života vliv neměla, stejně jako chirurgické nebo endoskopické terapie. S těmito závěry se shodují i další autoři.

Jak již bylo výše zmíněno, jedná se o kvalitativní výzkum, který byl prováděn formou polostrukturovaného rozhovoru a jeho následného otevřeného kódování. Vybrala jsem si záměrně tento typ rozhovoru, neboť je charakteristický předem daným souborem témat, volně přidruženými otázkami, jejich pořadím a volbou slov, přičemž otázky mohou být formulačně pozměněny a případně blíže vysvětleny otázkami doplňujícími. Otázky, které se zdály respondentovi nevhodné, jsem musela vynechat nebo naopak mohla přidat. Polostrukturované rozhovory byly vybrány pro svou charakteristickou flexibilitu, volnost, organizovanost a hlavně systematickosti.

Pro tento výzkum bylo stanoveno deset hlavních otázek, na které respondenti odpovídali. Pokud to bylo možné nebo to situace vyžadovala, byly respondentům položeny i doplňující otázky. Rozhovory probíhaly v místnosti pro návštěvy (pokud byla volná) nebo na pokoji respondenta, což bylo někdy i nevhodné, protože pokoje byly často sdílené a respondenti se díky tomu mohli cítit sklíčeně. S tímto souvisí i celkové psychické rozpoložení respondentů, kteří byli krátce před propuštěním a přemýšleli primárně nad tím, jaké povinnosti je doma a v práci čekají. Na základě toho respondenti odpovídali krátce a stroze. Dále je nutné zmínit, že chování některých respondentů, jejichž ataku AP zapříčinilo požívání alkoholu, bylo charakteristické určitou dávkou agrese se sklony

k nekomunikování. Myslím si, že v tomto případě by bylo v budoucnu vhodné provádět s těmito problematickými respondenty rozhovor v prostředí, které by bylo pro ně příjemným a nevyvolávalo by tak vnějšími podmínkami frustraci.

Za největší úspěch považuji to, že se mi podařilo dokončit rozhovor se všemi dvaceti respondenty. Někteří byli více sdílnější, jiní naopak méně, ale jak zmiňuji výše, na aktuální psychické rozpoložení respondentů pro vedený rozhovor mohlo mít velký vliv prostředí, kde se rozhovor odehrával. Bylo by proto pro případný další výzkum nutné zajistit respondentům v době rozhovoru stejné podmínky, které by nevyvolávaly jejich negativní naladění. To je však velmi obtížné, a to i u takto malého testovacího souboru, neboť zde musíme ke každému přistupovat jako k individuu a jak víme, každý je jiný. Proto bych při rozhovoru zvážila i možné zapojení psychologa, který by u rozhovoru po celou dobu byl, nebo by ho dokonce celý vedl.

Kvalita života pacientů po atace AP je v dnešní době velmi diskutovaným tématem. Jak již bylo výše zmíněno, tak se následnou kvalitou života po atace AP ještě žádný výzkum nezabýval. Pokud by tedy můj výzkum měl něčím přispět, tak minimálně tím, že podnítl další zájem o tuto problematiku, který by vedl ke zlepšení kvality života lidí po atace AP.

9. Závěr

V teoretické části diplomové práce se věnuji problematice akutní pankreatitidy, jejíž incidence ve světě mírně, avšak zřetelně stoupá. V první kapitole velmi stručně probírám anatomii a fyziologii pankreatu. Dále představuji etiologii akutní pankreatitidy. Stručně popisuji dělení, příznaky, diagnostiku a následnou léčbu. V souvislosti s tím zmiňuji i skórovací systémy pro hodnocení závažnosti zdravotního stavu. V terapii se zaměřuji na režimová opatření, se kterými je pacient seznámen před propuštěním do domácí péče. V kapitole zabývající se aspekty kvality života se zaměřuji na pojmy jako je motivace, životní styl a zdraví. Kvalita života je v současném zdravotnictví považována za důležitý ukazatel účinnosti terapie onemocnění, proto jí věnuji celou kapitolu, avšak hlavní pozornost soustředím na hodnocení kvality života pacientů po hospitalizaci na jednotce intenzivní péče po prodělané pankreatidě.

Praktická část se věnuje kvalitativnímu výzkumu, kterého se zúčastnilo celkem dvacet respondentů.

Z výsledků výzkumu lze vyčíst, že si respondenti po prodělané AP svou budoucnost představují tak, že omezí nesprávnou stravu, přestanou pít alkohol, nebudou kouřit, zaměří se na zlepšení pracovní doby nebo si najdou lepší zaměstnání. Jiní mají strach nebo obavu z budoucnosti, další se chtějí vyvarovat psychicky či fyzicky náročnému zaměstnání nebo chtějí změnit plány do budoucna celkově.

Pocity respondentů byly rozličné – od ublíženosti, podezíravosti, nezájmu o život, selhání, neschopnosti něco změnit, po svádění vlastních problémů na jiné, jistotu, poučení, bezpečí, zamyšlení nad svým životem. U jednoho z respondentů se objevil pocit úlevy, u jiného pocit naděje.

U kategorie „Vytíženost“ respondenti uvedli, že za nemoc může převážně nepravidelná pracovní doba, vysoké pracovní nároky, psychická a fyzická vyčerpanost, syndrom vyhoření, nedostatek volného času, náročné zaměstnání a studium, neschopnost najít si zaměstnání.

V kategorii „Emoce“ se odpovědi respondentů rozdělily do dvou skupin. Většina respondentů závislých na alkoholu byli drzí až agresivní, ztráceli chuť do života, některé otázky je doslova obtěžovaly a stávali se nesoudnými. Projevil se u nich strach, šok, obava, panika, bezmoc, sebevražedné myšlenky, vztek, smutek a bezmocnost. U druhé skupiny respondentů převažoval respekt, spokojenost, radost, uvolněnost a pohoda, odpovědnost či překvapenost.

V kategorii „Společnost“ lze odpovědi opět shrnout do dvou skupin. První skupina respondentů, která má oporu v rodině, uvádí, že má dobré rodinné zázemí, podporu rodiny a její zájem o ně. Druhá skupina, kterou tvoří respondenti závislí na alkoholu, uvedla, že necítí zájem rodiny, cítí se být osamocena, izolována od světa, či vyčleněna z kolektivu.

U kategorie „Životní styl“ respondenti uvedli, že chtějí zlepšit svůj dosavadní životní styl a tím i kvalitu života. Chtějí najít vhodnou motivaci ke změně životního stylu. Nechtějí se přejídat, rádi by omezili konzumaci alkoholu, kouření či užívání drog. Také by se chtěli více pohybovat, nejíst tučná a mastná jídla.

V kategorii „Osobnost“ respondenti přiznali, že zlehčovali okolnosti onemocnění a nepřipouštěli si problém, nepřizpůsobovali se mu, ztráceli chuť do života a nezajímali se o nové poznatky v oblasti léčby. Oproti tomu zde byli tací, kteří byli ochotni naučit se novým věcem, chtěli se přizpůsobovat léčbě, dodržovat terapii a díky tomu se cítili spokojeni.

U kategorie „Motivace“ respondenti kladli důraz na rodinu a její podporu, chtěli pro ni žít, a proto se chtěli co nejrychleji dostat z nemocnice a následným dodržováním předepsané životosprávy si prodloužit život.

Závěrem lze říci, že nejen z mého pohledu, ale i z pohledu ostatních zdravotníků je velmi důležité se zaměřit na zkvalitnění motivace pacientů ke změně jejich životního stylu po hospitalizaci na jednotce intenzivní péče pro AP. Při sbírání podkladů pro mou diplomovou práci mi byl největším přínosem článek od autorů: Katarina Floreánová, Petr Dítě, Bohuslav Kianička, Lenka Dovrtělová, Marie Přecechtělová „*Akutní pankreatitida – validace nové klasifikace na souboru 159 nemocných a prognostické faktory.*“ Další článek, který mi velmi pomohl při psaní této práce, byl od autorů: L. Doležalová, P. Volšanský, F. Neumann, L. Denemark „*Těžká akutní pankreatitida – řešení komplikací kombinací miniinvazivních přístupů.*“ Poslední článek, který bych zde ráda vyzdvihla, pochází od autora: Vojtěch Česák, Hedvika Česáková, Michal Žourek, Kateřina Kovářová, Zdeněk Rušavý „*Výživa u akutní pankreatitidy*“, kde tito autoři popisují, co je konkrétně akutní pankreatitida, co je její příčinou, jaké jsou příznaky, vyšetřovací metody, správná výživa a léčba. Bohužel nikde není uvedeno, jaká je vlastně kvalita života u pacientů s AP. Proto se má diplomová práce na toto téma, „*Motivace pacientů ke změně životního stylu po hospitalizaci na jednotce intenzivní péče pro ataku pankreatitidy*“, zaměřila.

Tento výzkum považuji za pilotní.

10. Seznam použité literatury

1. ADAMUS, M. a kol. Základy anesteziologie, intenzivní medicíny a léčby bolesti. Křížkovského 8, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. 343 s. ISBN 978-80-244-2425-5.
2. BALLIET, W. E. a kol. 2012. *Depressive Symptoms, Pain, and Quality of Life among Patients with Nonalcohol-Related Chronic Pancreatitis. Pain Research and Treatment.* 2012, p. 1-5. ISSN neuvedeno.
3. BARTŮŇEK, P., JURÁSKOVÁ D., HECZKOVÁ J. a NALOS D., (eds.). *Vybrané kapitoly z intenzivní péče.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4343-1.
4. BEZDIČKOVÁ, M. a SLEZÁKOVÁ L. *Ošetrovatelství v chirurgii II.* Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3130-8.
5. BLATNÝ, M. a kol. *Psychologie osobnosti: Hlavní témata, současné přístupy.* Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3434-7.
6. BORTOLOTTI, P., SAULNIER, F., COLLING, D., REDHEUIL, A., PREAU, S. *New tools for optimizing fluid resuscitation in acute pancreatitis. World Journal of Gastroenterology.* 2014; 20: ISSN: 16113-16122
7. ČELEDOVÁ, L. a ČEVELA R. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly.* Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3213-8.
8. ČESÁK, V., ČESÁKOVÁ, H., ŽOUREK, M., KOVÁŘOVÁ, K., RUŠAVÝ, Z. *Výživa u akutní pankreatitidy.* Diabetologie, metabolismus, endokrinologie, výživa. 2015, roč. 18, č. 3, s. 136-140. ISSN: 1211-9326; 1212-6853 (elektronická verze).
9. ČEVELA, R., ČELEDOVÁ L., a DOLANSKÝ H. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy.* Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2860-5.
10. DÍTĚ, P., NOVOTNÝ, I., KOCNA, P. a kol. 2013. *Zvláštnosti diagnostiky a terapie exokrinní pankreatické nedostatečnosti.* Vnitřní lékařství. 2013, roč. 59, č. 1, s. 65-70. ISSN: 0042-773X.
11. DÍTĚ, P., TRNA, J., NOVOTNÝ, I. a kol. 2011. *Chronická pankreatitida v roce 2011.* Vnitřní lékařství. 2011, roč. 57, č. 11, s. 891-896. ISSN 0042-773X.
12. DOLEŽALOVÁ, P., VOLŠANSKÝ P., NEUMANN F. a DENEMARK L. *Těžká akutní pankreatitida – řešení komplikací kombinací miniinvazivních přístupů. Rozhledy v chirurgii.* 2014, 93 (4), s. 216-219.
13. DUFFKOVÁ, J., URBAN L. a DUBSKÝ J., 2008. *Sociologie životního stylu.* 1. vyd. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2008. Vysokoškolské učebnice (Vydavatelství a nakladatelství Aleš čeněk). ISBN 978- 80-7380-123-6.

14. DUJSÍKOVÁ, H., DÍTĚ, P., TOMANDL, J. a kol. Idiopatická chronická pankreatitida a metabolické osteopatie. *Česká a Slovenská Gastroent a hepatol*, 2008, 62, č. 1, s. 11-14.
15. DYLEVSKÝ, I. a OREL M. *Funkční anatomie: pro humanitní obory*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2009, 532 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3240-4.
16. FLOREÁNOVÁ, K., DÍTĚ, P., KIANIČKA, B., DOVRTĚLOVÁ, L., PŘECECHTĚLOVÁ, M. *Akutní pankreatitida – validace nové klasifikace na souboru 159 nemocných a prognostické faktory. Vnitřní lékařství*. 2014, 60(7-8), 567-574. ISSN 0042-773X.
17. FORSMARK, Management of Chronic pancreatitis. *Gastroenterology*. 2013. 144/6, 1282-1291
18. FRANKEOVÁ, J. a JABOR A. *Encyklopedie laboratorní medicíny pro klinickou praxi: Ransonova kriteria* [online]. 2007 [cit. 2018-11-08]. Dostupné z: <http://www.demo4.smitka.eu/encyklopedie/A/JFABK.htm>
19. FRANKEOVÁ, J. a JABOR A. *Encyklopedie laboratorní medicíny pro klinickou praxi: APACHE II (Acute Physiology & Chronic Health Evaluation)* [online]. 2007 [cit. 2018-11-08]. Dostupné z: <http://www.demo4.smitka.eu/encyklopedie/A/AJFGF.htm>
20. FRANKEOVÁ, J. a JABOR A. *Encyklopedie laboratorní medicíny pro klinickou praxi: Glasgow coma scale* [online]. 2007 [cit. 2018-11-08]. Dostupné z: <http://www.demo4.smitka.eu/encyklopedie/A/AJFGC.htm>
21. FRIČ, P., 2009. *Klasifikace chronické pankreatitidy*. Postgraduální medicína. Ročník 11, č. 6, s. 651 - 654. ISSN:1212-4184
22. GARDNER, T. B. a kol., 2010. *Chronic Pancreatitis and its Effect on Employment and Health Care Experience: Results of a Prospective American Multicenter Study. Pancreas*. 2010, 05, vol. 39, no. 4, pp. 498-501. ISSN nevedeno.
23. GOULDEN, M. R., 2013. *The pain of chronic pancreatitis: a persistent clinical challenge. British Journal of Pain*. 2013, 7.1, p. 8-22. ISSN nevedeno.
24. GRIST, E., JUPP, J., JOHNSON, C. D., 2012. *Quality of Life in Chronic Pancreatitis. Gastroenterology and Hepatology Review*. 2012, 7 (4), p. 258-63. ISSN nevedeno.
25. GROFOVÁ, Z. *Nutriční podpora: Praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada, 2007. EAN: 24761312.
26. GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
27. HEŘMANOVÁ, E. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2012. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-106-0.

28. HOUSKA a kol. 2011. *Neobvyklá komplikace chronické pankreatitidy*. Gastroenterologie a hepatologie. Ročník 65, č. 3, s. 154-156. ISSN 1804-7874
29. HRUBANT, K. *Akutní biliární pankreatitida*. Časopis lékařů českých. Praha: Česká lékařská společnost J. Ev. Purkyně. ISSN 0008-7335. 2007. roč. 146, č. 1, s. IV.
30. HVOZDIČKOVÁ, A., STOLINSKÁ, K. *Péče o pacienta s akutní pankreatitidou na JIP. Sestra*. Praha: Mladá fronta a. s. ISSN 1210-0404. 2011, roč. 20, č. 12, s. 77-79.
31. CHAUHAN, S., FORSMARK, C. E. 2010. Pain Management in Chronic Pancreatitis: a Treatment Algorithm. Best Practice & Research. 2010, 06, vol. 24, no. 3, p. 323-35. ISSN neuvedeno.
32. CHRASTINA, J., IVANOVÁ, K., JEŽORSKÁ, Š., BÁRTLOVÁ, S. 2012. *Zkoumání limitů životního stylu jedinců s chronickým onemocněním: (První zkušenosti s metodikou kvalitativního výzkumu v ošetrovatelství)*. Kontakt [on-line]. 2012, roč. 14,
33. CHRASTINA, J., IVANOVÁ, K., 2010. *Využití metodologické triangulace kvalitativního výzkumu pro zkoumání limitů životního stylu chronicky nemocných dle ošetrovatelských domén*. 2010, roč. 3, č. 3, s. 151-164. ISSN: 1803-4330.
34. CHRASTINA, J., ŽIAKOVÁ, K., IVANOVÁ, K. a kol. 2011. *Chronická nemoc, její definování a chápání pohledem nemocného a rodinných příslušníků*. In: Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve. Vyd. 1. Martin: Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta, 2011, s. 112-127. ISBN 978-80-89544-00-4.
35. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vydání 2007. Grada Publishing, a.s, 2007. s. 42-44. ISBN 978-80-247-1830-9.
36. KAŤUCHOVÁ, J., RADOŇAK, J., *Súčasné možnosti chirurgickej liečby chronickej pankreatitidy – literárny prehľad*. Časopis lékařů českých. 2011. 150/7. 378-383.
37. KOHOUT, P., LIŠKOVÁ, M., MENGEROVÁ, O. *Onemocnění slinivky břišní, dieta pankreatická*. 1. vyd. Praha: Forsapi, s.r.o 2007. ISBN 978-80-903820-3-9.
38. KRECHLER, T. *Nemoci slinivky břišní*. 2007. In: LUKÁŠ, Karel a kolektiv. Gastroenterologie a hepatologie učebnice. Vydání 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1787-6.
39. KŘIVÁNKOVÁ, M. a HRADOVÁ M. *Somatologie – Učebnice pro střední zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. a.s., 2009, 214 s. ISBN 978-802-4729-886.
40. KŘEMEN, J. a kol. 2009. *Enterální a parenterální výživa*. Vydání 1. Praha: Mladá fronta, a. s. ISBN 978-80-204-2070-1.
41. LATA, J., BUREŠ J. a VAŇÁSEK T. *Gastroenterologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2010, 256 s. ISBN 978-807-2626-922.
42. LINKOVÁ, M., KIMÁKOVÁ, T., RÁ CZ, O. *Kvalita života chronicky chorého člověka*. In Bedeker zdravia. 2010, roč. 6, č. 3, s. 72-74. ISSN 1337-2734.

43. LUKÁŠ, K., ŽÁK, A. a kol. *Gastroenterologie a hepatologie: Učebnice*. Praha: Grada, 2007. 380 s. ISBN 978-80-247-1787-6.
44. MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. a kol. 2009. *Výchova ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2715-8.
45. MALINA, P., CEJP V. a JABOR A. *Těžká akutní pankreatitida - laboratorní monitorování zaměřené na rozlišení sterilní a infikované nekrózy. Klinická biochemie a Metabolismus*. 2012, roč. 20, č. 4, s. 244-247. ISSN 12107921.
46. MENGEROVÁ, O., MAREČKOVÁ O. *Akutní stavy ve vnitřním lékařství: Dieta a rady lékaře*. 1.vyd. Praha: Pavla Momčilová, 2008. ISBN 80-85936-52-6.
47. MERKUNOVÁ, A. a OREL M. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009, 304 s. ISBN 978-80-247-1521-6.
48. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN: 80-247-1362-4.
49. MOKROWIECKA, A., PINKOWSKI, D., MALECKA-PANAS, E., JOHNSON, C. D. 2010. Clinical, Emotional and Social Factors Associated with Quality of Life in Chronic Pancreatitis. *Pancreatology* 2010, 04, vol. 10, no. 1, pp. 39-46. ISSN 14243903.
50. MULLADY, D. K. a kol. *Type of Pain, Pain-Associated Complications, Quality of Life, Disability and Resource Utilisation on Chronic Pancreatitis*. Prospective Cohort Study. *Gut* 2011, 60/1. 77-84.
51. NAVRÁTIL, L. a kol. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 424 s. ISBN 978- 80-247-2319-8.
52. PAFKO, P. *Základy speciální chirurgie*. 1. Vyd. Praha: nakladatelství Galén, Nakladatelství Karolinum. 2008. ISBN 978-80-7262-402-7
53. PANG, T. C, WILSON O., ARGUETA M. A. a kol. *Frozen section of the pancreatic neck margin in pancreatoduodenectomy for pancreatic adenocarcinoma is of limited utility*. *Pathology* 2014; 46(3): 188-192.
54. PIŤHA, J., POLEDNE, R. *Zdravá výživa pro každý den*, 1.vyd., Praha, Grada Publishing, a.s., 2009, 144 s. ISBN 978-80-247-2488-1.
55. PENDHARKAR S. A., PETROV M. S. *Bringing patient – centered care to the fore in diseases of the pancreas*. *Gastroenterology Research and Practice*. 2015; 459214.
56. PETROV M. S., WINDSOR J. A. Classification of the severity of acute pancreatitis: how many categories make sense? *Am J Gastroenterol* 2010;105:74-6.
57. PEZZILLI, R. a kol. *Quality of Life in Chronic pancreatitis*. *World Journal Of Gastroenterology*. 2006, 12/39, 6249-6251.

58. PYŠNÝ, L. 2008. *Kvalita života II*. 1. vyd. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, 2008. 202 s. ISBN 978-80-7414-045-7.
59. PUYLAERT, M. a kol. Pain in chronic pancreatitis. *Pain Practise: The Official Journal of World Institute of Pain*. 2011. 11/5. 492-505.
60. ROKYTA, R. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4867-2.
61. SINGER P., BERGER M. M., Van den BERGHE G., BIOLO G., CALDER P., FORBES A. a kol. ESPEN guidelines on Parenteral Nutrition: intensive care. *Clin Nutr* 2009;33: 246e51.
62. SCHEIN, M., ROGERS P. *Urgentní břišní chirurgie*. 1. české vydání Praha: Grada, 2011. 448 s. ISBN 978-80-247-2357-0.
63. SKIPWORTH, J., STEHEN R. A. a PEREIRAB P. *Akutní pankreatitida. Current opinion in critical care*. 2008, roč. 2, č. 2, s. 36-41. ISSN 1802-3819.
64. STIGLIANO, S., STERNBY, H., de MADARIA, E., CAPURSO, G., PETROV, MS. *Early management of acute pancreatitis: A review of the best evidence*. *Digestive and Liver Disease*. 2017; 49(6):585–594.
65. STRAUSS, A. a CORBIN J. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert, 1999. ISBN 80-85834-60-X.
66. STREITOVÁ, D. a ZOUBKOVÁ R. *Septické stavy v intenzivní péči: ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5215-0.
67. SVAČINA, Š., MÜLLEROVÁ D. a BRETŠNAJDROVÁ A. *Dietologie: pro lékaře, farmaceuty, zdravotní sestry a nutriční terapeuty*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2012, 331 s. ISBN 978-807-3873-479.
68. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3223-7.
69. ŠEĎOVÁ, K., ŠVAŘÍČEK R. a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. 2.vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.
70. ŠPIČÁK, J., PULKERTO VÁ, A., KRÁLOVÁ-LESNÁ, I. a kol. 2011. *Souběžný výskyt alkoholické jaterní cirhózy a chronické pankreatitidy*. *Vnitřní lékařství*. 2011, roč. 57, č. 12, s. 1045-1052. ISSN: 0042-773X.
71. ŠPIČÁK, J. a kol. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 176-185, 396-398. ISBN 978-80-247-1783-8.
72. ŠPINAR, J. a kol. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008, 256 s. ISBN 978-80-247-1749-4.

73. TRACHTOVÁ, E., TREJTNAROVÁ G. a MASTILIAKOVÁ D. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3., Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-807-0135-532.
74. TENNER S., BAILLIE J., de WITT J., VEGE S. S. *Management of Acute Pancreatitis*. Am J Gastroenterol. 2013; 108:1400–1415.
75. TRNA, J. a KALA Z. *Klinická pankreatologie*. Praha: Mladá fronta, 2016. ISBN 978-80-204-3902-4.
76. UEDA, T., TAKEYAMA, Y., YASUDA, T. a kol.: *Simple scoring system for the prediction of the prognosis of severe acute pancreatitis*. Surgery, 141, 2007, s. 51-58. ISSN: neuvedeno.
77. URBÁNEK, T., DENGLEROVÁ, D., ŠIRŮČEK, J. *Psychometrika: Měření v psychologii*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-836-4.
78. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR: *Národní registr hrazených zdravotních služeb* [online]. 2018 [cit. 2019-01-08]. Dostupné z:<http://www.uzis.cz/>
79. VACHEK, J., MOTÁŇ V., ZAKIJANOV O., HRNČIŘÍKOVÁ A., MOTÁŇ J., CIFERSKÁ H. a TESAŘ V. *Akutní stavy ve vnitřním lékařství*. 1. Praha: Maxdorf, 2018. ISBN 978-80-7345-550-7.
80. VEGE S. S., GARDNER T. B., CHARI S. T., a kol. Low mortality and high morbidity in severe acute pancreatitis without organ failure: a case for revising the Atlanta classification to include “moderately severe acute pancreatitis”. Am J Gastroenterol 2009;104:710-15.
81. VEREMEY. Infographics proper nutrition in case of the digestive system disorders. Pancreatitis. In: *Dreamstime* [online]. 2018 [cit. 2019-03-12]. Dostupné z: <https://www.dreamstime.com/stock-illustration-infographics-nutrition-case-pancreatitis-proper-digestive-system-disorders-eps-image59945109>
82. VODIČKA, J. a kol., *Speciální chirurgie*. Praha: Karolinum, 2016. ISBN: 978-80-2462-512-6.
83. WEHLER, M. a kol. Factors Associated with Health-Related Quality of Life in Chronic Pancreatitis. American Journal of Gastroenterology. 2004. 99/1, 138-146.
84. WITT, H., APTE, M. V., KEIM, V., WILSON, J. S. *Chronic Pancreatitis: Challenges and Advances in Pathogenesis, Genetics, Diagnosis and Therapy*. Gastroenterology. 2007, 132/4, 1557-1573.
85. ZADÁK, Z. *Výživa v intenzivní péči*. 2.vyd. Praha: Grada, 2008, ISBN 978-80-247-2844-5.
86. ZADÁK, Z., HAVEL, E. a kol. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 336 s. ISBN 978-80-247-2099-9.

87. ZAZULA, R., WOHL P., WOHL P. *Hodnocení Metabolického a nutričního hodnocení stavu nemocných*. Medicína Pro Praxi. 2006, (1), 12-14.
88. ŽÁK, A. a PETRÁŠEK J. *Základy vnitřního lékařství*. Praha: Galén, spol., 2011. ISBN 978-80-7262-697-7.

Seznam použitých zkratk a znaků

AP – akutní pankreatitida

art. pH – arteriální potenciál vodíku

CTSI – počítačový tomografický index závažnosti

CT – počítačová tomografie

CRP – C-reaktivní protein (ukazatel zánětu)

ČR-ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky

DR NRHZZ – datové rozhraní Národního registru hrazených zdravotních služeb

DF – dechová frekvence

ERCP – endoskopicko-retrográdní cholangio-pankreatografie

EV – enterální výživa

FIO₂ – frakce kyslíku

ESPEN – doporučené postupy pro enterální výživu

GCS – Glasgow coma scale

Ht – hematokrit

HCO₃ – hydrogen uhličitán sodný

HRQOL – Spilkerův hierarchický model kategorií kvality života

JIP – jednotka intenzivní péče

K – draslík

l – litr (objemová jednotka)

Leu - leukocyt

MOFS – multiorgánové selhání

MRCP – cholangiopankreatografie

Na – sodík

NGS – nasogastrická sonda

NJS – nasojejunální sonda

P – puls

pO₂ – parciální tlak kyslíku

PEJ – perkutánní endoskopická jejunostomie

PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie

PV – parenterální výživa

SAT – saturace

SAPS – zjednodušené skóre akutní fyziologie

SIRS – systém zánětové odpovědi (sepsy)

S/P – pankreatická dieta

TT – tělesná teplota

WHO – světová zdravotnická organizace

WHOQOL-100 – standardizovaný dotazník zjišťující dopad problémů na kvalitu života pacienta

WHOQOL-BREF – zkrácená verze viz výše

Seznam tabulek

Tabulka 1 - Datové rozhraní Národního registru hrazených zdravotních služeb (DR NRHVS)	14
Tabulka 2 - Charakteristika respondentů	41
Tabulka 3 - Kategorizace.....	45

Seznam obrázků

Obrázek 1 - Slinivka břišní (pankreas) – anatomie	11
Obrázek 2 - Správná výživa v případě poruch trávicího ústrojí – akutní pankreatitida	26
Obrázek 3 - Maslowova pyramida potřeb	29

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Ransonovo skóre

Příloha č. 2 – APACHE II skóre

Příloha č. 3 – Glasgow skóre

Příloha č. 4 – Baltazarovo skóre akutní pankreatitidy

Příloha č. 5 – Souhlas pacienta s účastí na výzkumném šetření

Příloha č. 6 – Otázky k rozhovoru

Příloha č. 7 – Požadavek na analýzu dat NZIS

Příloha č. 8 – Čestné prohlášení konzultanta

Příloha č. 9 – Vzor žádosti o schválení kvalitativního šetření (rozhovor s respondenty)

Příloha č. 1 – Ransonovo skóre

PŘI PŘIJETÍ		
PO 48 HODINÁCH	VĚK	> 55 let
	LEUKOCYTY	> 16 x 10 ⁹ /l
	GLYKÉMIE	> 11,1 mmol/l
	LDH	> 350 IU/l (5,8 µkat/l)
	AST	> 210 IU/l (3,5 µkat/l)
	POKLES HEMATOKRITU	> 10 %
	Ca	< 2 mmol/l
	BASE DEFICIT	> 5 mmol/l
	S-urea	> 16 mmol/l
	SEKVESTRACE TEKUTIN	> 6 litrů
	PaO2	< 60 mm Hg

Zdroj: <http://www.demo4.smitka.eu/encyklopedie/A/JFABK.htm>

Příloha č. 2 – APACHE II skóre

	Body APS				
	0	1	2	3	4
Rektální teplota (°C)	36-38,4	38,5-38,9 nebo 34-35,9	32-33,9	39-40,9 nebo 30-31,9	41 a více nebo 29,9 a méně
Střední arteriální tlak (torr)	70-109		110-129 nebo 50-69	130-159	160 a více nebo 49 a méně
Poznámka 1					
Tepová frekvence (počet/min)	70-109		110-139 nebo 55-69	140-179 nebo 40-54	180 a více nebo 39 a méně
Dechová frekvence (počet/min)	12-24	25-34 nebo 10-11	6-9	35-49	50 a více nebo 5 a méně
Oxygenace	A-aDO ₂ < 200 a současně FIO ₂ ≥ 0,5 nebo PaO ₂ > 70 a současně FIO ₂ < 0,5	PaO ₂ 61-70 a současně FIO ₂ < 0,5	A-aDO ₂ 200-349 a současně FIO ₂ ≥ 0,5	A-aDO ₂ 350-499 a současně FIO ₂ ≥ 0,5 nebo PaO ₂ 55-60 a současně FIO ₂ < 0,5	A-aDO ₂ ≥ 500 a současně FIO ₂ ≥ 0,5 nebo PaO ₂ < 55 a současně FIO ₂ < 0,5

pH arteriální	7,33-7,49	7,5-7,59	7,25-7,32	7,6-7,69 nebo 7,15-7,24	7,7 a vyšší nebo pod 7,15
Poznámka 2					
Na v séru (mmol/l)	130-149	150-154	155-159 nebo 120-129	160-179 nebo 111-119	180 a více nebo 110 a méně
K v séru (mmol/l)	3,5-5,4	5,5-5,9 nebo 3,0-3,4	2,5-2,9	6,0-6,9	7 a více nebo pod 2,5
Kreatinin (μmol/l)	53-132, není akutní renální selhání		133-176, není akutní renální selhání nebo pod 53, není akutní renální selhání	177-309, není akutní renální selhání	310 a více, není akutní renální selhání
Poznámka 3					
Hematokrit (l)	0,30-0,459	0,46-0,499	0,50-0,599 nebo 0,20-0,299		0,60 a více nebo pod 0,20
Leukocyty (.10⁹/l)	3-14,9	15-19,9	20-39,9 nebo 1-2,9		40 a více nebo pod 1,0

Zdroj: <http://www.demo4.smitka.eu/encyklopedie/A/AJFGF.htm>

Poznámka 1

střední arteriální tlak = ((systolic blood pressure)+ (2 * (diastolic pressure))) / 2

Poznámka 2

Existuje konverze pro situaci, že není k dispozici hodnota pH, ale pouze hydrogenuhličitan (bikarbonát) v séru. Tato praxe, typická pro biochemické analyzátory používané ve Spojených státech, v našich zemích nepřichází v úvahu, a proto tuto konverzi skóre neuvádíme.

Poznámka 3

Z přiřazení bodových hodnot vyplývá, že skóre pro kreatinin se zdvojnásobuje v případě akutního renálního selhání.

Bodové skóre věku pro výpočet skóre APACHE II

	Body pro skóre věku				
	0	2	3	5	6
Věk (roky)	44 a méně	45-54	55-64	65-74	75 a více

Zdroj: <http://www.demo4.smitka.eu/encyklopedie/A/AJFGF.htm>

Příloha č. 3 – Glasgow skóre

VĚK	> 55 let
LEUKOCYTY	> 15 x 10 ⁹ /l
GLYKÉMIE	> 10 mmol/l
S-urea	> 16 mmol/l
AST	> 100 IU/l (1,66 µkat/l)
LDH	> 600 IU/l (9,96 µkat/l)
PaO₂	< 60 mmHg
Ca	< 2 mmol/l

Zdroj: <http://www.demo4.smitka.eu/encyklopedie/A/AJFGC.htm>

Příloha č. 4 – Baltazarovo skóre akutní pankreatitidy

NATIVNÍ CT	SKÓRE
A – normální pankreas	0
B – fokální, nebo difúzní zvětšení pankreatu	1
C – nehomogenní pankreas či peripankreatický zánět	2
D – zvětšený pankreas s kolekcí tekutiny v předním paralelním prostoru	3
E – kolekce tekutiny alespoň ve dvou kompartmentech	4
CT S KONTRASTNÍ LÁTKOU	SKÓRE
Nekróza 0 %	0
Nekróza 30 % a méně	2
Nekróza 30-50 %	4
Nekróza nad 50 %	6
CT stupeň (0-4) + nekróza (0-6) = celkové skóre	

Zdroj: Ueda, T., Takeyama, Y., Yasuda, T. et al.: Simple scoring system for the prediction of the prognosis of severe acute pancreatitis. *Surgery*, 141, 2007, s. 51-58.

Příloha č. 5 – Souhlas pacienta s účastí na výzkumném šetření



INFORMACE PRO ÚČASTNÍKA KLINICKÉHO VÝZKUMU

„PICS“ (POST- INTENSIVE CARE SYNDROME)

Vážená paní / Vážený pane,

děkujeme Vám, že se zajímáte o účast v klinickém výzkumu **PICS**.

Dříve než se rozhodnete, zda se našeho sledování nadále zúčastníte, rádi bychom, abyste se seznámil/a s maximem informací o průběhu a cílech tohoto sledování. Oslovili jsme právě Vás proto, že jste léčen pro závažné onemocnění (pankreatitida – zánět slinivky břišní) a v rámci hospitalizace jste se podrobil pobytu na JIP/ARO.

Cílem projektu 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy je zhodnotit Vaší motivaci ke změně životního stylu pro ataku pankreatitidy, návrat do života a jeho následující kvalitu v souvislosti s vážným onemocněním a pobytem na JIP či ARO. Výsledky tohoto výzkumu budou klíčové pro další léčbu nemocných s tímto závažným onemocněním po celém světě.

Popis problematiky:

Pobyt v nemocničním zařízení je často spojen s nežádoucími zážitky a snížením kvality života pacientů a jejich rodin.

Cílem našeho výzkumu je nalézt a definovat tyto problémy, abychom do budoucna byli schopni zlepšit kvalitu poskytované péče na těchto odděleních a pozitivně tak ovlivnit kvalitu života, životní styl a tím ulehčit a zkvalitnit návrat do běžného života. Jedná se o ojedinělý projekt, kterého se účastní několik nemocnic v celé ČR.

Průběh klinického projektu:

Do klinického projektu může být zařazen každý nemocný nad 18 let hospitalizovaný na JIP/ARO. Před propuštěním domů budete požádáni o rozhovor s několika otázkami se všeobecnou sestrou, která se účastní projektu PICS 1. lékařské fakulty.

Konkrétně se jedná o polostrukturovaný rozhovor, při kterém budeme zjišťovat Váš názor na onemocnění, důvod Vaší hospitalizace, zda jste srozuměn s Vaším zdravotním stavem a rozumíte mu. Dále se Vás budeme ptát, jestli máte snahu o změnu svého životního stylu (práce, stres, životospráva, pohybový režim), který zřejmě způsobil Váš zdravotní stav a co jste schopni (ochotni) pro zlepšení vašeho zdravotního stavu změnit. Rozhovory budou s Vaším souhlasem nahrávány, díky čemuž dosáhneme kvalitnějšího záznamu získaných informací pro účely následné analýzy a transkripce.

Data, která jsme od Vás získali, budou zcela anonymně vyhodnocena a publikována v odborném tisku a v diplomové práci Motivace pacientů ke změně životního stylu po hospitalizaci na jednotce intenzivní péče pro ataku pankreatitidy.

Budu v tomto klinickém sledování dostávat nějaký experimentální lék či bude testován nějaký nový diagnostický anebo léčebný postup?

Žádný nový či experimentální lék podán nebude. Jedná se pouze o sběr dat a informací.

Je projekt navržený nebo sponzorovaný nějakou farmaceutickou firmou?

Ne, jedná se o nekomerční studii, projektovanou a řízenou klinickými pracovníky ve snaze o zvýšení úrovně znalostí a zlepšení současné léčebné péče. Z tohoto důvodu také není účast ve studii nijak honorována.

Jak je projekt řízen a kontrolována jeho bezpečnost?

Projekt je navržen a koordinován 1. lékařskou fakultou Univerzity Karlovy v Praze. Tohoto projektu se účastní nemocnice z celé ČR.

Jak se stanu účastníkem projektu?

Kandidátem projektu je každý nemocný, který splňuje určená kritéria a jeho hospitalizace je spojena s pobytem na JIP či ARO.

Vás o účasti informujeme tímto dokumentem, o další účasti v projektu se můžete zcela dobrovolně rozhodnout sám, nebo ji kdykoliv ukončit.

Jsou s účastí v klinickém sledování spojena nějaká rizika?

Rizika nejsou žádná, jedná se o sběr dat pomocí rozhovoru. Tato studie je zcela dobrovolná a zcela anonymní.

Mám právo nahlížet do výsledků sledování a osobních výsledků?

Všechny získané výsledky v průběhu léčby, včetně podrobné informace o průběhu léčby, jsou zaznamenány ve Vaší dokumentaci a archivovány. Na požádání je možné do nich kdykoliv nahlédnout i s případným odborným vysvětlením. Vyšetření důležitá pro další léčbu a sledování budou součástí propouštěcí zprávy a s Vaším svolením budou poskytnuty Vašemu obvodnímu či spádovému lékaři. Všechny výsledky jsou chráněny ve smyslu zákona o ochranně osobních dat č. 101/2000Sb.

Nebudou v žádném případě poskytnuty žádné pojišťovně, Vašemu zaměstnavateli atd. Výsledky projektu budou výhradně k vědecko – výzkumným cílům v rámci tohoto klinického sledování. V žádné publikaci ani ve zprávě plynoucí z výsledků tohoto sledování nebude uvedeno Vaše jméno nebo osobní údaje, které by mohly vést k identifikaci Vaší osoby.

Jak bude s výsledky vyšetření nakládáno?

Výsledky klinického sledování budou po statistickém zpracování publikovány ve vědeckém tisku a přednášeny na vědeckých kongresech. V žádném případě však ve výsledcích nebude uvedeno Vaše jméno či jiné osobní identifikační údaje. Vše je anonymní.

Mohu svůj souhlas odvolat?

Souhlas s účastí v klinickém sledování Vás k ničemu nezavazuje a účast v klinickém sledování můžete samozřejmě kdykoliv ukončit bez udání důvodu.

Děkujeme Vám, že jste si prostudovali tento materiál. S jakýmkoliv nejasnostmi se neváhejte obrátit na Vašeho ošetřujícího lékaře nebo garanta projektu (Doc. MUDr. Jan Bělohávek PhD, II. Interní klinika VFN Praha). Pokud souhlasíte s další účastí v klinickém projektu potvrďte ji svým podpisem na přiloženém dokumentu „Informovaný souhlas s účastí v klinickém výzkumu“:

INFORMOVANÝ SOUHLAS S ÚČASTÍ V KLINICKOM VÝZKUMU „PICS.“

Jsem podrobně seznámen s protokolem klinického projektu „PICS“ doporučeným a schváleným Etickou komisí nemocnice a v souladu se svým nejlepším svědomím souhlasím s účastí nemocného v projektu, což stvrzuji svým podpisem

Jméno a příjmení účastníka výzkumu Podpis:

Datum a čas podpisu:

.....

Jméno a příjmení všeobecné sestry Podpis:

Datum a čas podpisu

.....

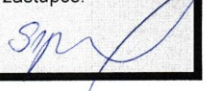
Příloha č. 6 – Otázky k rozhovoru

- 1.** Mohl/a byste mi prosím povyprávět od začátku, co se stalo? Co Vás přimělo k vyhledání lékaře? Co bylo příčinou?
- 2.** Když Vám lékař sdělil, že máte onemocnění „pankreatitidu“, jak jste reagoval? Co Vás napadlo jako první?
- 3.** Bylo Vám dopodrobna a srozumitelně vysvětleno toto onemocnění? Jak jste reagoval/a, když Vám lékař oznámil, že to je život ohrožující onemocnění, které nezbytně vyžaduje hospitalizaci?
- 4.** Mohl/a byste mi povyprávět o Vašem způsobu života? Jakou máte pracovní dobu, kde pracujete, je Vaše zaměstnání psychicky i fyzicky náročné?
- 5.** Myslíte si, že špatný zdravý životní styl, nesprávná životospráva, alkohol, drogy, psychická a fyzická zátěž mohou způsobit toto onemocnění? Nebo Vás napadl jiný spouštěč?
- 6.** Co je podle Vás zdravý životní styl? Kvalita života?
- 7.** Jaká byla reakce Vaší rodiny, když jste musel/a být hospitalizován?
- 8.** Co byste chtěl/a do budoucna změnit? Je vůbec něco, co byste chtěl/a změnit? Vedlo vás toto onemocnění k zamyšlení nad současným stylem života nebo jste nad tím vůbec neuvažoval/a? Pokud chcete něco změnit, co vás k tomu vede, co je vaší motivací?
- 9.** Myslíte si, že když jste překonal/a toto onemocnění, že máte tzv. „vyhráno“? Nebo máte strach, že se toto onemocnění vrátí?
- 10.** Bylo Vám dostatečně řečeno, že se musíte vyvarovat alkoholu, zvýšenému stresu, nesprávné životosprávě? Pokud jste porozuměl/a, mohl/a byste mi říct, co proto uděláte? Čím začnete jako první?

Příloha č. 7 – Požadavek na analýzu dat NZIS

Požadavek na analýzu dat z Národního zdravotnického informačního systému (NZIS)

Žadatel – vyplňte pouze zvýrazněnou část

Příjmení, jméno, titul (v případě žádosti studenta vyplňuje školitel): Mgr. Daniela Srpová		Název NZIS: 071 Registr intenzivní péče RIP		
Název firmy/subjektu a adresa: 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy Kateřinská 1660/32 121 08 Praha 2		E-mail: office@lf1.cuni.cz Telefon: 224 961 111		
Zpracovávané období: rok 2008 - 2018		Území: ČR	Datum zadání: 15.10.2018	
Specifikace požadavku: Analýza dat bude sloužit jako podklad k diplomové práci..				
Stručný popis účelu analýzy - projektový záměr: Výsledky analýzy dat, budou zveřejněny v diplomové práci v kapitole Incidence a mortalita onemocnění akutní pankreatitidy. Ráda bych požádala o poskytnutí dat onemocnění pankreatitidy - onemocnění u mužů a žen, kdo je více onemocněn touto nemocí, jejich věkové rozmezí, úspěšná léčba a úmrtnost. .				
Popis předpokládaného, zejména publikačního využití výstupů analýzy dat: Výsledky analýzy dat, budou zveřejněny v diplomové práci v kapitole Incidence a mortalita onemocnění akutní pankreatitidy..				
Cíle práce: Cílem diplomové práce je motivovat pacienty ke změně životního stylu, edukovat o prevenci vzniku akutní pankreatitidy a uvést nejčastější příčiny vzniku tohoto onemocnění.				
Pokud jsou data využita pro plnění grantu, pak uveďte jeho oficiální název, sponzora a řešitele:				
(Požadované výstupy nebudou použity pro komerční účely).				
Jazyk výstupu: CZ	Formát výstupu: MS Word	Typ výstupu: ostatní	Kontakt: daniela.srpova@sez nam.cz	Podpis žadatele nebo statutárního zástupce: 

Zpracovatel

Datum převzetí:	Příjmení a jméno:	Forma: vyberte
Předáno komu:	Datum předání:	
Číslo předávacího protokolu:		

Příloha č. 8 – Čestné prohlášení konzultanta



UNIVERZITA KARLOVA
I. lékařská fakulta

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ KONZULTANTA

Měno konzultanta: MUDr. Tomáš Větrovský, Ph.D.
Pracoviště konzultanta: Univerzita Karlova, Fakulta tělesné výchovy a sportu, Katedra fyziologie a biochemie
Student: Bc. Markéta Sukovičová, DiS.
Téma diplomové práce: Motivace pacienta ke změně životního stylu po hospitalizaci na jednotce intenzivní péče pro ataku pankreatitidy
Obor studia: Navazující magisterské studium intenzivní péče

Tímto čestně prohlašuji, že:

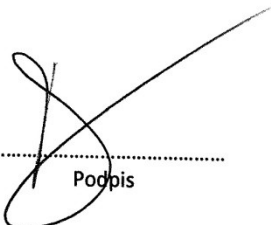
Jsem si kvalifikační práci přečetl v její konečné podobě, a to ve verzi ze dne 22.3.

Souhlasím s uvedením své osoby jako konzultanta u této práce.

K práci uvádím následující připomínky: žádné.

V Praze, dne 22.3.2019

Ústav teorie a praxe ošetřovatelství
I. lékařská fakulta Univerzita Karlova
Na Bojišti 1771/1, 120 00 Praha 2
Tel.: 224 961 111
IČ: 00216208
DIČ: CZ00216208


.....
Podpis

Příloha č. 9 – Vzor žádosti o schválení kvalitativního šetření (rozhovor s respondenty)

Vážená paní
XY
Hlavní sestra

Věc: Žádost o kvalitativní šetření (rozhovor s respondenty)

Jmenuji se Bc. Markéta Sukovičová, DiS., a jsem studentkou 1. LF UK, 2. ročníku navazujícího magisterského studia v oboru Intenzivní péče. Ráda bych provedla v rámci mé diplomové práce na chirurgickém oddělení anonymní kvalitativní šetření formou rozhovoru na téma: Motivace pacientů ke změně životního stylu po hospitalizaci na jednotce intenzivní péče pro ataku pankreatitidy. V rámci šetření se budu řídit dle zákona č. 372/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů a dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

Předem děkuji za odpověď

S pozdravem Bc. Markéta Sukovičová, DiS.

Schvaluji provedení výzkumného šetření

V Praze dne:

Jméno a podpis:

