

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ**

**VÝZNAM ROBOTICKÉ TUBULIZACE ŽALUDKU Z POHLEDU
PACIENTA**

Bakalářská práce

Autor práce: **Markéta Klímová**

Vedoucí práce: **prim. MUDr. Jaroslav Tvarůžek, Mgr. Eva Vachková**

2009

**CHARLES UNIVERZITY IN PRAGUE
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ**

**INSTITUT OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING**

**IMPORTANCE OF ROBOT-ASSISTED TUBULISATION OF THE
STOMACH FROM PATIENT'S POINT OF VIEW**

Bachelor`s thesis

Author: **Markéta Klímová**

Supervisor: **prim. MUDr. Jaroslav Tvarůžek, Mgr. Eva Vachková**

2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Význam robotické tubulizace žaludku z pohledu pacienta vypracovala samostatně s použitím odborné literatury a pramenů, uvedených na seznamu použité literatury.

V Hradci Králové

Markéta Klímová

Poděkování

Děkuji prim. MUDr. Jaroslavu Tvarůžkovi, Mgr. Evě Vachkové a MUDr. Igoru Šimoníkovi za cenné rady a pomoc, kterou mi poskytli při vypracovávání této práce.

Poděkovat bych chtěla také pacientům Nemocnice sv. Zdislavy Mostiště, kteří byli ochotni spolupracovat a mé rodině za jejich trpělivost po celou dobu studia.

Obsah

Úvod	7
1. TEORETICKÁ ČÁST	10
1.1. Definice obezity	11
1.2. Etiopatogeneze obezity	11
1.3. Diagnostika obezity	12
1.4. Komplikace obezity	15
1.5. Léčba obezity	16
1.5.1. Konzervativní léčba	16
1.5.2. Chirurgická léčba	18
1.6. Tubulizace žaludku	21
1.6.1. Indikace k operaci	21
1.6.2. Kontraindikace operace	22
1.6.3. Robotický systém da Vinci.....	22
1.6.4. Předoperační příprava	24
1.6.5. Operace	25
1.6.6. Komplikace po tubulizaci žaludku.....	26
1.6.7. Dietní opatření po výkonu	27
2. EMPIRICKÁ ČÁST	28
2.1. Cíle výzkumné části práce	29
2.2. Ošetrovatelská péče o pacienty po tubulizaci žaludku	29
2.3. Ošetrovatelský proces o pacienta po robotické tubulizaci žaludku	32
2.4. Užitá metoda šetření	42
2.5. Realizace šetření	42
2.6. Zpracování získaných dat.....	42
2.7. Výsledky výzkumu	43
Diskuze	62
Závěr	66
Anotace	67

Použitá literatura	69
Seznam zkratk	71
Seznam tabulek.....	72
Seznam grafů.....	73
Seznam obrázků.....	74
Seznam příloh.....	75
Přílohy.....	76

Úvod

Motto: „ Nežijeme proto, abychom jedli a pili. Ale jíme a pijeme proto, abychom žili.“

Sokrates

V dnešní době se lidé snaží stravovat zdravě a dodržovat zdravý životní styl, ale i přesto přibývá stále více lidí a dětí s nadváhou a obezitou. Může za to hlavně „ rychlý “ způsob života, nepravidelnost stravování, večerní přejídání a nedostatek pohybu. Nadváha a obezita není jen kosmetický problém. Zvyšující se tělesná váha snižuje kvalitu života a váže na sebe přidružená onemocnění, mezi které patří např. diabetes mellitus 2. typu, hypertenze, kardiovaskulární onemocnění, postižení kloubů a některé typy nádorů. Obézní lidé nemají pouze potíže zdravotní, ale také psychické a sociální. Trpí depresemi, pocity méněcennosti, sníženou sebedůvěrou, hůře se uplatňují v zaměstnání. Problém obezity není vázán na žádnou společenskou skupinu obyvatelstva. Je to záležitost týkající se jednotlivců všech věkových kategorií, pohlaví, vzdělání.

Výskyt obezity celosvětově stoupá jak v rozvinutých, tak v rozvojových zemích. V Evropě dosahuje prevalence obezity v průměru 10 – 20 % u mužů a 15 – 25 % u žen. V České republice je každý pátý dospělý jedinec obézní a více než 50 % dospělé populace má nadváhu. Celosvětová pandemie obezity je důsledkem změny životního prostředí, které navozuje pozitivní energetickou bilanci. Je to způsobeno konzumací energeticky bohaté stravy a zároveň sedavého způsobu života. [9]

Obezita jako taková zhoršuje zdravotní stav a kvalitu života obézních jedinců. S obezitou souvisí také zvýšený výskyt řady kardiovaskulárních, gastrointestinálních, metabolických, pohybových, nádorových a psychických onemocnění. Zdravotní komplikace obezity způsobují častější nemocnost a invaliditu obézního jedince.

Jedna z možností léčby obezity je robotická tubulizace žaludku, kterou jsem si vybrala za téma své bakalářské práce. Popisuji co je to robotický systém da Vinci a jak pracuje, postup při výkonu, následnou pooperační léčbu a možné komplikace. Předmětem mého zkoumání jsou rozdíly ve zvládnutí pooperační péče mezi jednotlivými pacienty. Chtěla jsem zjistit výskyt komplikací po operaci a míru obtížnosti pooperační péče.

Zajímá mě, co pacienti vedlo k tomu, aby tento zákrok podstoupili. Jakou mají představu o výsledku zákroku, jestli před operací zkoušeli jiné způsoby redukce hmotnosti, anebo tato operace byla prvním pokusem v redukci hmotnosti.

V současné době jsou robotické operační systémy používány především na předních světových pracovištích. Po celém světě jich operuje zhruba 400, přičemž více než polovina z nich je v USA. V Evropě se takových systémů vyskytuje zhruba kolem jednoho sta, přičemž nejvíce jich je v Itálii (asi) 23, devět v Německu a sedm ve Francii. Jsou používány rovněž ve Velké Británii, Rakousku, Švýcarsku, Belgii, Nizozemsku, Španělsku a dalších zemích.

V České republice je systém Da Vinci používán prozatím v Praze Na Homolce (první operace provedena 31. října 2005), v Ústřední vojenské nemocnici Praha (první operace provedena 9. prosince 2005) a ve Fakultní nemocnici u sv. Anny v Brně (první operace provedena 3. května 2006). Jeho možnosti jsou využívány v oblastech všeobecné, abdominální, hrudní a cévní chirurgie, v urologii a gynekologii. S jeho nasazením se počítá také v oblasti neurochirurgie a kardiochirurgie.

Mezi typické zákroky patří bandáž žaludku, bypass žaludku, sleeve resekce žaludku, resekce tlustého střeva, operace kýl, operace žlučníku, při ložiskovém postižení jater, při operaci kolorektálního karcinomu (rakovina tlustého střeva) a při onemocněních slinivky břišní. V gynekologii se používá např. k odstranění vaječníků, vyjmutí nezhojbného nádoru z děložní svaloviny nebo k odstranění dělohy.

Počítačem asistovaná chirurgie představuje další stupeň vývoje laparoskopických metod. Robotické operační systémy zvyšují svou přesností a kontrolou celkovou úroveň provedení chirurgických úkonů. Chirurgovi umožňují provádět takové druhy operací, které s použitím dosud existujících technologií nejsou tak snadno proveditelné, nebo se sebou nesou zvýšená rizika. [14]

Další pracoviště, které využívá robotický systém da Vinci, je CENTRUM ROBOTICKÉ CHIRURGIE VYSOČINA v soukromé Nemocnici sv. Zdislavy Mostiště. Provoz byl zahájen 1. 5. 2007, kdy byla provedena první robotická operace - radikální prostatektomie.

Robotické tubulizace žaludku se provádějí od září 2007. Celkem bylo k 1. 4. 2009 opeřováno 98 pacientů. Doba hospitalizace po tomto zákroku je pět dnů.

Cíle práce

Tato bakalářská práce je rozdělena na dvě části – část teoretickou a část výzkumnou.

Cílem části teoretické je seznámit s problematikou obezity. Ale především se práce zabývá metodou práce robotického systému da Vinci, předoperační péčí a popisuje průběh samotné operace. Jsou zde popsány i možné pooperační komplikace a doporučení po operaci.

Cílem části empirické je shrnout veškeré informace, které jsou nutné pro ošetřování pacientů po této operaci. Práce se okrajově zmiňuje o psychice lidí trpících obezitou. Jsou zde rozebrány možné ošetřovatelské diagnózy, které mohou vzniknout po této operaci.

Dalším cílem je pomocí dotazníku zjistit:

1. Kolik pacientů zkoušelo, před tímto výkonem, jiný způsob redukce váhy a jaký konkrétně.
2. Hlavní důvody, které pacienty vedly k podstoupení zákroku.
3. Z pohledu pacientů, zda byli dostatečně poučeni o výkonu, o předoperační a pooperační péči.
4. Představu pacientů o redukci váhy po výkonu.
5. Rozdíly ve zvládnutí pooperační péče mezi jednotlivými pacienty.
6. Kolik respondentů mělo časnou pooperační komplikaci a jakou.

1. TEORETICKÁ ČÁST

1.1. Definice obezity

Obezita je definována nadměrným uložením tuku v organismu, které vzniká pozitivní energetickou bilancí. Pozitivní energetická bilance znamená, že člověk přijímá ve stravě více energie než je schopen spotřebovat, a ta se ukládá ve formě zásobního tuku. Podíl tuku v organismu tvoří normálně u žen 25–30 %, u mužů 20–25 % tělesné váhy. [1]

Rozlišujeme dva typy obezity **androidní** – mužská obezita, která tvarem těla připomíná jablko a **gynoidní** – ženská obezita s distribucí tuku připomínající tvarem hrušku. Z hlediska metabolických důsledků je závažnější androidní typ obezity. [2]

1.2. Etiopatogeneze obezity

Příčina obezity je multifaktoriální. Obezita je rizikový faktor mnoha chorob, je to vlastně nemoc způsobující další nemoci.

Na vzniku obezity se podílí hlavně vyšší energetický příjem ve srovnání s energetickým výdejem. Kromě obsahu energie ve stravě se uplatňuje i složení stravy, tj. podíl základních živin (proteinů, lipidů a sacharidů) a jejich druh (živočišné a rostlinné bílkoviny) a obsah vlákniny. [3]

Mezi další faktory podílející se na vznik obezity řadíme genetické faktory. Dědičnost se uplatňuje různým způsobem, např. rozdílnou schopností spalovat základní živiny, velikostí výdeje a energie v klidu a po jídle, stupněm spontánní pohybové aktivity, upřednostňováním některých chutí (tučná a sladká jídla) a hormonálními faktory, mezi které řadíme, např. inzulin a citlivost na inzulin, pohlavní hormony a glukokortikoidy. [4]

Pro vznik obezity jedince mají vliv i následující okolnosti

- Pozitivní rodinná anamnéza obezity
- Nižší socioekonomické postavení (nižší příjem, nižší vzdělání)
- Psychická alterace (deprese, úzkost, stres)
- Anamnéza kolísání hmotnosti (jo- jo efekt)

Kromě těchto faktorů existují riziková období pro vznik obezity. Těmi jsou:

- Prenatální období, kdy podvýživa plodu během nitroděložního vývoje představuje rizikový faktor pro vznik obezity v pozdějším věku
- Doba dospívání, především u dívek
- Doba těhotenství a následné období
- Období klimakteria

- V dospělosti často s rozvojem obezity souvisejí různé okolnosti, které vedou ke změně jídelních a pohybových návyků – nástup do zaměstnání či změna zaměstnání, založení rodiny, rodinné nebo pracovní problémy, ukončení sportovní činnosti, úrazy, odchod do důchodu
- Období, kdy jedinec přestane kouřit
- Období, kdy jsou užívány léky, které mohou ovlivňovat tělesnou hmotnost (antidiabetika, beta-blokátory, antidepresiva)

Na výskytu obezity se také v malé míře podílí endokrinopatie. Můžeme sem zařadit hypotyreózu, Cushingův syndrom, hypotalamické poruchy a jiná onemocnění.[5]

1.3. Diagnostika obezity

BMI

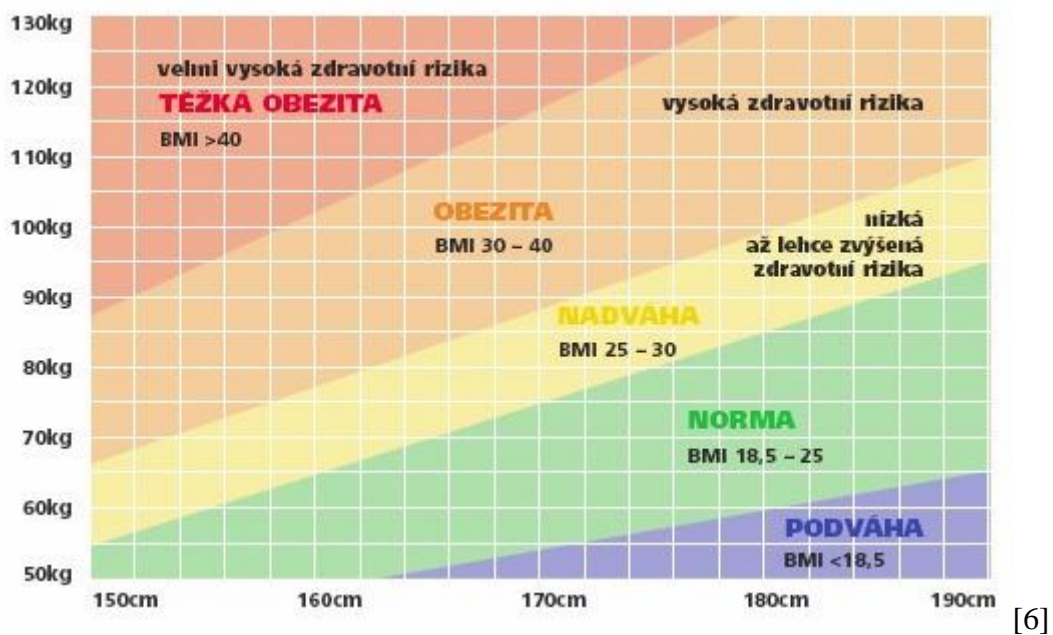
Stanovení hmotnostního indexu – BMI = body mass index je nejjednodušší způsob odhadu množství tuku v těle. Vypočítáme jej z tělesné hmotnosti (v kilogramech), kterou vydělíme výškou (v metrech) umocněnou na druhou

$$\text{BMI} = \frac{\text{Hmotnost (kg)}}{\text{výška (m}^2\text{)}}$$

Podle BMI snadno určíme, je-li člověk v pásmu podvýživy, normy, nadváhy, obezity nebo těžké obezity (viz. Tabulka1). Při stejném BMI mají obvykle ženy a starší lidé větší podíl tuku v těle než mladší jedinci a muži. Vyšší BMI v důsledku zmnožení svalové tkáně a nikoliv tukové mohou mít jedinci pracující v profesích se zvýšenou svalovou zátěží či sportovci provozující silové sporty (vzpírání, kulturistika apod.).

Tab. 1: BMI, klasifikace obezity (podle WHO) a souvislost se zdravotními riziky

klasifikace	BMI	riziko komplikací obezity
podváha	<18,5	nízké riziko jiných chorob
normální váha	18,5 – 24,9	průměrné
nadváha	25 – 29,9	mírně zvýšené
obezita I. stupně	30,0 – 34,9	středně zvýšené
obezita II. stupně	35,0 – 39,9	velmi zvýšené
obezita III. stupně	40>	vysoké



Měření tělesného tuku

Antropometrické metody nepřímou určují množství viscerálního tuku v organismu.

Obvod pasu

Jednoduchým ukazatelem rozložení tuku v těle je měření obvodu pasu. Pas měříme v polovině mezi spodním okrajem dolního žebra a horním okrajem pánevní kosti. Krejčovský metr přikládáme v horizontální rovině. Hodnoty obvodu pasu určují zvýšené a vysoké riziko metabolických a kardiovaskulárních komplikací obezity dospělé populace mužů a žen (viz. tabulka 2).

Tab. 2 : Obvod pasu a souvislost se zvýšeným a vysokým rizikem metabolických a kardiovaskulárních komplikací obezity.

obvod pasu	zvýšené riziko	vysoké riziko
Ženy	větší než 80 cm	větší než 88 cm
Muži	větší než 94 cm	větší než 102 cm

Měření tloušťky kožní řasy

Posoudit stav výživy lze z **měření tloušťky podkožní tukové vrstvy** pomocí Bes-tova kaliperu. Z něj se spolu s doměřením dalších parametrů stanovuje tzv. **somatotyp**, což je popis stavby a kompozice těla. Rozeznáváme 3 základní somatotypy – **endomorfní** neboli obézní, **mezomorfní** čili svalnatý a **ektomorfní**, tedy hubený. Rizikovým typem je samozřejmě endomorf, má sklon k nadváze a obtížně se zbavuje tuku.

Určení poměru pas / boky

Další možnost, jak měřit obezitu, je **poměr obvodu pasu k obvodu boků**. Je označován jako **WHR** (wais to hip ratio) a zohledňuje vliv distribuce tukové tkáně. Pro každé pohlaví ale existují odlišné „fyziologické“ hodnoty, protože víme, že muži mají tento poměr vyšší než ženy vzhledem k typu ukládání tuků. U žen převládá ukládání v oblasti boků (gynoidní typ obezity), u mužů v oblasti břišní (abdominální typ obezity).

U mužů se jedná o obezitu podle indexu **WHR <0,95**, u žen pak **<0,85**. [7]

Zobrazovací metody

Množství útrobního tuku se dá přesně určit pomocí počítačové tomografie či nukleární magnetické rezonance. Tyto metody se používají pouze v klinickém výzkumu.

Bioelektrická impedance BIA

Metoda měření tělesného tuku založena na měření odporu, vodivosti těla při průchodu proudu s nízkou intenzitou a vysokou frekvencí. Při počítání podílu tuku a beztukové tkáně se vychází z lepší vodivosti beztukové hmoty oproti tukové tkáni.

Výsledek vyšetření ovlivňuje příjem tekutin pacientem. Při tomto vyšetření by měla být zajištěna standardní hydratace vyšetřovaného jedince. Při zadržování tekutin v těle a při tvorbě otoků, nebo naopak při dehydrataci organismu nelze bioelektrickou impedanci hodnotit. Výsledky jsou zkreslené a neodpovídají obsahu tuku v těle.

Při klasickém BIA vyšetření se elektrody umísťují na obě horní a dolní končetiny. Používají se i přístroje pouze k bimanuálnímu nebo bipedálnímu umístění elektrod. Nejnovější přístroje používají jak bipedálních elektrod, tak i elektrody bimanuální ve formě madel.

Tato metoda určování stupně obezity není v klinické praxi běžně dostupná. [5]

1.4. Komplikace obezity

V souvislosti s obezitou se rozvíjejí četná závažná onemocnění. Pokud pacient trpí nadváhou a nemá zvýšený obvod pasu, není se třeba obávat zdravotních rizik. V případě nadváhy a zvětšeného obvodu pasu a při obezitě jsou rizika zdravotních potíží již zřejmá. Čím je obezita vyššího stupně, tím jsou tato rizika větší.

Metabolické komplikace

Do této skupiny komplikací se řadí

- Inzulínorezistence – porucha glukózové tolerance, diabetes mellitus II. typu
- Poruchy metabolismu lipidů – dyslipidémie
- Hyperurikémie (zvýšená hladina kyseliny močové projevující se dnou).

Kardiovaskulární a respirační komplikace

- Hypertenze
- Hypertrofie a dilatace levé komory
- Ischemická choroba srdeční
- Arytmie
- Náhlá smrt
- Mozkové cévní příhody
- Varixy
- Tromboembolická nemoc
- Hypoventilace
- Syndrom spánkové apnoe – riziko arytmií a náhlé smrti

Gastrointestinální a hepatobiliární komplikace

- Gastroezofageální reflex
- Hiátová hernie
- Cholelitiáza, pankreatitida
- Jaterní steatóza

Komplikace pohybového aparátu

- Degenerativní onemocnění kloubů a páteře, především gonartróza a koxartróza
- Epifyzeolýza u dětí
- Vybočená holeň

Gynekologické komplikace

- Poruchy cyklu, amenorea, infertilita (zvýšená hladina estrogenů)
- Komplikace v těhotenství a při porodu
- Pokles dělohy
- Záněty rodidel

Ostatní komplikace

Můžeme sem zařadit komplikace **onkologické** – ca endometria, cervixu dělohy, vaječnicku, karcinom kolorektální, žlučníku a žlučových cest, pankreatu, ca prostaty, ledvin; **kožní** – ekzémy a mykózy, strie, celulitida, hirsutismus; **psychosociální** – společenská diskriminace, malé sebevědomí, deprese, úzkost, poruchy příjmu potravy; a dále horší hojení ran, kýly, edémy. [5]

1.5. Léčba obezity

Léčba obezity by měla být vždy komplexní a mělo by dojít k změně nebo úpravě životního stylu.

1.5.1. Konzervativní léčba

Dietoterapie

Dietoterapie je hlavní postup léčby obezity. Je nezbytná u každého pacienta. Obézním se doporučuje rozdělit potravu do více denních porcí. Pravidelným příjmem potravy se zabrání manifestaci pocitu hladu, který obvykle vede ke ztrátě kontroly nad příjmem potravy a k přejídání.

Doporučují se nízkoenergetické (redukční) diety, které vycházejí z doporučení zdravé výživy pro populaci tzv. potravinová pyramida. [5]



Obr. 1 Potravinová pyramida [8]

Pohybová aktivita

Pohybová aktivita je součástí komplexní léčby obezity. Při fyzické aktivitě dochází k výdeji energie a budování svalové hmoty. [2]

Charakter, intenzitu a dobu trvání fyzické aktivity je vhodné volit s ohledem na věk jedince, stupeň obezity a přítomnost komplikací. Nejvhodnější je doporučit obézním zvýšit každodenní běžnou aktivitu na úkor jízdy dopravními prostředky. Jako vhodná pohybová aktivita se doporučuje chůze, jízda na kole, chůze do schodů, plavání ve vyhřátém bazénu, vodní pólo, veslování, cvičení aerobního charakteru (kalanetika).

Kognitivně behaviorální léčba

Kognitivně behaviorální léčba je založena na změně životního stylu. Provádí se individuálně nebo skupinově v redukčních klubech. Důležitý je i nácvik reakcí na stresové situace. Obézní jedinec se učí překonávat stresové situace jinak než přejídáním.

Farmakoterapie

Farmakoterapie je doplňkem komplexní léčby obezity. Indikace farmakoterapie u pacientů s BMI > 30, u pacientů s BMI > 27, u nichž se manifestují zdravotní rizika související s nadváhou. Dále při selhání dietní, pohybové a kognitivně behaviorální terapii.[5]

Alternativní postupy v léčbě obezity

Do alternativních postupů můžeme zařadit různé diety např. vajíčková, zeleninová, melounová, dělená strava.

Do této skupiny léčby obezity můžeme zařadit i akupunkturu a akupresuru.

1.5.2. Chirurgická léčba

Chirurgická léčba neboli bariatrická chirurgie je indikována u pacientů, u kterých došlo k selhání konzervativní terapie.

Bariatrické operace jsou prováděny klasicky, tj. z laparotomie, anebo stále častěji miniinvazivní laparoskopickou metodou. Cílem těchto výkonů je především zmenšit objem přijímané potravy, či zmenšení plochy resorpce živin ze střeva jeho vyřazením, nebo kombinací obou postupů.

Chirurgické metody léčby obezity se rychle vyvíjejí, protože ze zkušenosti víme, že sice lze konzervativně pacientovi pomoci někdy i výrazně zhubnout, ale mnohem obtížnější je dosaženou hmotnost udržet tak, aby nedošlo k jojo-efektu.

V současné době se pro léčbu morbidní obezity v bariatrii nejčastěji využívají následující metody: [9]

Adjustabilní bandáž žaludku

Bandáž žaludku pro obezitu se provádí u pacientů, kteří v krátké době neredukovali hmotnost během neoperační léčby obezity. Provádí se u pacientů s III. stupněm obezity (BMI 40 a více) a u pacientů s II. stupněm obezity (BMI nad 35), kteří již mají nemoc způsobenou obezitou (vysoký krevní tlak, záněty žil, diabetes mellitus, onemocnění kloubů, páteře, neplodnost u žen, ekzémy a mykózy a mnoho dalších). Důvodem k operaci je vždy prevence nebo již léčba nemocí způsobených obezitou a dále zlepšení kvality a délky života obézního pacienta. Kosmetický efekt je důležitý až v druhé řadě.

Bandáž žaludku je zákrokem, kdy laparoskopickým přístupem implantujeme kolem horní části žaludku silikonovou manžetu, díky které žaludek získá tvar přesýpacích

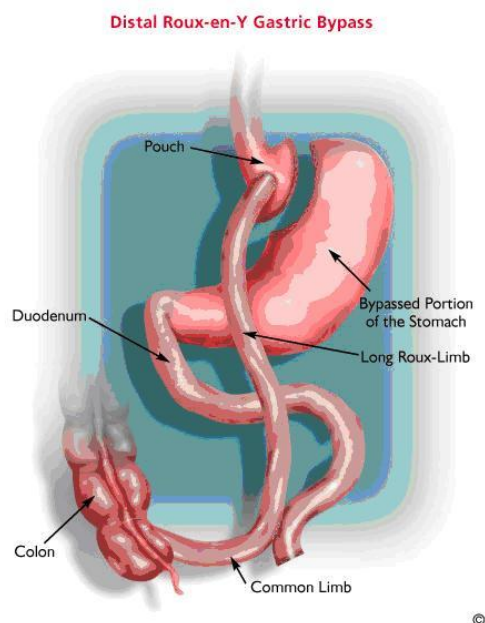
hodin. Horní část má malý objem (asi 20 až 30 ml). Po sněžení malého množství jídla se rychle zaplní a pacient má časný pocit nasycení. Pacienti s žaludeční bandáží (manžetou) redukuje hmotnost tak, že po sněžení malého množství jídla se u nich rychle dostavuje pocit sytosti a tím celkově snižují příjem jídla a tím i energie. Bandáž má na straně přivrácené k žaludku balónek, který se plní hadičkou vedoucí od kovové komůrky (portu) schované v podkoží. Ambulantně do komůrky chirurg může jehlou aplikovat tekutinu, která zvětší objem balónku a tím může regulovat míru utažení manžety. Proto se bandáží říká adjustabilní. [10]



Obr. 2 Adjustabilní bandáž žaludku [10]

Gastrický bypass

Při gastrickém bypassu je z pasáže vyřazena větší část žaludku, celé duodenum a část jejunu. [9] Nejčastěji používaným typem je **Gastrický bypass Roux en Y**, což znamená, že tenké střevo je přerušeno a sešito do tvaru písmene „Y“. Jedním ramenem přitéká žluč s trávicími pankreatickými enzymy (biliopankreatická klička) a druhým ramenem „Y“ (alimentární klička) se přivádí požitá potrava ze zmenšeného žaludku do třetího, společného ramene. Zde po smíchání stravy s trávicími enzymy dochází ke vstřebávání živin, minerálů, vitaminů. Alimentární klička je standardně dlouhá 150 cm, při modifikaci s větší délkou, dochází k výraznější malabsorbci a výraznějšímu hubnutí. U pacientů po tomto typu operace dochází k výrazné redukci hmotnosti, ale jsou zde poměrně časté komplikace – subfrenické abscesy, peptické vředy v jejunu, dilatace proximální části žaludku. [11]



Obr. 3 Gastrický bypass [11]

Intragastrický balon BIB

Do žaludku se zavádí speciální měkké silikonové gastrické balony. Aplikují se pod gastroskopem a plní se buď vzduchem, nebo fyziologickým roztokem. Roztok se barví metylénovou modří, která se vylučuje močí. Pokud balon praskne, nemocného upozorní zbarvená moč a měl by urychleně navštívit lékaře.

Zavedením intragastrického balonu dochází zejména k omezení množství přijímané stravy. Tato metoda je indikována u vysoce rizikových morbidně obézních nemocných na dobu 3 – 6 měsíců. Je to příprava na další bariatrický výkon. [9]



Obr. 4 Intragastrický galon [9]

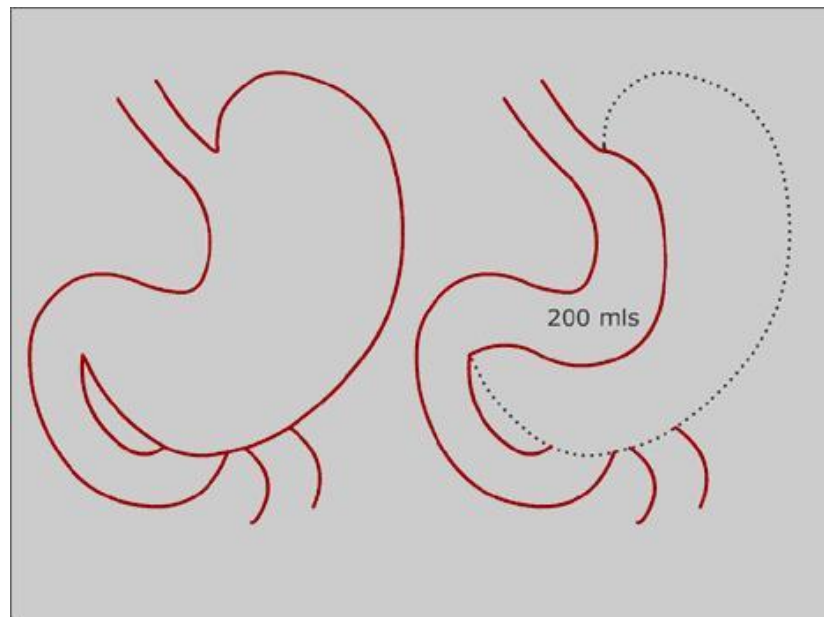
Tubulizace žaludku

Při tomto výkonu se resekuje velké zakřivení žaludku a žaludek se mění v úzký „rukávek“. Podrobný popis této metody uvádím v kapitole 1.6.

1.6. Tubulizace žaludku

Tubulizace žaludku – sleeve gastrektomy nebo také rukávová gastrektomie je to bariatrická metoda, která se provádí laparoskopicky. Omezuje nemocného především v objemu přijímané stravy.

Principem operace je odstranění velkého zakřivení žaludku, kde dochází k produkci gastrointestinálních hormonů (ghrelinu), tzv. „hladových hormonů“. Zbýlý žaludek má tvar trubice o objemu 60 – 180 ml. Množství stravy přijímané po operaci se mnohonásobně zmenší a tím dochází k redukci hmotnosti.



Obr. 5 Tubulizace žaludku [9]

1.6.1. Indikace k operaci

K této operaci jsou indikováni pacienti s vysokým stupněm obezity – BMI > 40, u nichž selhala konzervativní terapie. Dále nemocní s II. Stupněm obezity BMI > 35 mající závažné komplikace způsobené obezitou. Vhodní jsou pacienti, u kterých z různých důvodů nelze provést adjustabilní bandáž žaludku.

Součástí indikace k výkonu je i dostatečné poučení pacienta o výkonu a o dodržování redukční diety po operaci.

Před operací je nutná spolupráce obezitologa, internisty, psychologa a chirurga, který se specializuje na bariatrickou chirurgii.

Operačnímu výkonu předchází komplexní vyšetření – klinické, laboratorní, psychologické. Provádí se RTG žaludku, gastrokopie a sonografie žlučníku. [9]

1.6.2. Kontraindikace operace

Mezi hlavní kontraindikace tubulizace žaludku patří především porucha chování ve smyslu bulimia nervosa. Dále různé komorbidity, které nemocného přímo ohrožují nezávisle na obezitě:

- Kardiální, respirační selhávání
- Neovlivnitelná hypertenze
- Systémové poruchy
- Poruchy imunity
- Malignity
- Psychózy, mentální retardace
- Drogová závislost

Jako další kontraindikace lze uvést hiátovou hernii a větší hiátové kýly.

Mezi relativní kontraindikace patří nespolupráce nemocného. [9]

1.6.3. Robotický systém da Vinci

V České republice je robotický systém da Vinci používán od roku 2005. První operace se uskutečnila v pražské Nemocnici Na Homolce. [12]

Robotický systém rozvíjí miniinvazivní operační metody v chirurgii. Zvyšují přesnost, kontrolu a zručnost provedení zákroku, která nelze provést lidským faktorem. Nedílnou součástí robotického systému je počítačový program, který zajišťuje přesnost chirurgova pohybu a tak vyšší bezpečnost operace a minimalizuje nežádoucí následky.[13]

Robotické nástroje mají oproti laparoskopickým (pohyby pouze nahoru, dolů a do stran) mnohem širší škálu pohybů. Jsou schopné se pohybovat jako lidské ruce. Dá se jimi tedy manipulovat i v nepřístupných oblastech.

Robotický systém da Vinci je víceramenný systém (2 nebo 3 ramena ovládající nástroje a 1 rameno pohybující kamerou), který simuluje pohyby lidských rukou v těle paci-

enta. Lékař sedí u ovládací konzoly, která může být umístěna i mimo operační sál. Vidí pomocí stereoskopického zobrazovacího kanálu trojrozměrné operační pole a ovládá pomocí joysticků nástroje v „rukách“ robota, které skrze miniaturní vpichy v kůži velmi precizně provádějí vlastní výkon v těle pacienta. [12]



Obr. 6 Robotický systém da Vinci – operační konzole [17]



Obr. 7 Robotický systém da Vinci – operační ramena [17]



Obr. č. 8 Robotický systém da Vinci – přístrojová věž [17]

Ramena robota se nastaví do příslušné polohy k tělu pacienta. Do dutiny břišní se nejprve zavede určité množství plynu – oxidu uhličitého CO_2 , který nezpůsobuje nežádoucí reakci orgánu. Trokary se postupně zavádějí do operačního pole chirurgické nástroje. Ty jsou na svém konci upraveny tak, aby je bylo možno připevnit k řídicí koncovce na rameni robota. Ramena robota a tím i jednotlivé nástroje v operačním poli řídí a pohybuje s nimi operatér sedící v operační konzole. Asistent pomáhá operátorovi sjednat přehled v operačním poli pomocí laparoskopických nástrojů.

Cílem operace je co nejšetrnější přístup ke tkáním, co nejšetrnější přístup do operačního pole a tím i menší bolestivost v pooperačním období.

1.6.4. Předoperační příprava

Pacient je přijímán na oddělení den před plánovanou tubulizací žaludku. S sebou si přináší interní (zhodnocené EKG, RTG plic, laboratorní výsledky) a psychologické vyšetření.

Před operací podepíše informované souhlasy a vyplní anesteziologický dotazník. Po rozhovoru s anesteziologem je naordinována večerní a ranní premedikace. Lékař též popíše postup anestezie. Nemocný od večera lační, nepřijímá ani tekutiny per os.

Důležitá je psychická příprava nemocného, aby se u nemocného minimalizoval strach a stres z operace a pobytu v nemocnici. Lze toho dosáhnout vhodně zvolenou a dostatečnou komunikací, vstřícností a ochotou odpovídat nemocnému na kladené otázky. Sestra by měla zajistit dostatečnou intimitu pacienta.

Ráno před operací se provádí očista operačního pole, odstranění nečistot v oblasti pupku, u mužů oholení operačního pole. Pacient též sundá všechny šperky – náramky, hodinky, řetízky, náušnice a piercing. Ženy si odlakují nehty.

Nezbytná je prevence tromboembolických komplikací použitím bandáží dolních končetin, nebo elastických kompresivních punčoch a podáním antikoagulancií, např. Clexane s. c. hned po zákroku.

Těsně před operací se vyjme z úst zubní protéza a pacient se svlékne. Sestra jej uloží na lehátko a převezve na operační sál, kde pacienta předá anesteziologické sestře.

1.6.5. Operace

Operace se provádí v celkové anestezii. Na operačním sále sestra zajistí venózní žilní přístup, napojí infúzi Ringerfundinu, napojí pacienta na svody EKG, nasadí na prst saturační čidlo a namotá manžetu na měření krevního tlaku. Po celou dobu s pacientem komunikuje.

Po uvedení do celkové anestezie se zavede pacientovi ústy do žaludku kalibrační sonda tak, aby s ní během operace bylo možno lehce manipulovat. Během operace se monitoruje, TK á 5 min, P - EKG, saturace O₂, složení vydechovaných plynů. Aplikuje se zde profylaktická první dávka antibiotik.

Vlastní operační poloha je obrácená Trendelenburgova, s roztaženými dolními končetinami. Je nutné dokonalé zajištění bezpečnosti nemocného. Používáme popruhy a roušky, které omotáme kolem stehů pacienta a přichytíme je k operačnímu stolu. Horní a dolní končetiny zajistíme popruhy. Sestra musí zajistit vypodložení operovaného, aby nedošlo k otlacení a poškození kůže a tkání.



Obr. č. 9. Operační poloha nemocného [17]

Před koncem operace zavede operatér břišní drén k místu resekce žaludku, kvůli sledování možného krvácení.

Na konci operace se pacientovi vytáhne kalibrační sonda a zavede se sonda nazogastrická. Pacient se vyrovná do polohy na zádech a uvolní se roušky a popruhy.

Po ukončení anestezie se pacient předává k dalšímu monitoringu na chirurgickou jednotku intenzivní péče.

1.6.6. Komplikace po tubulizaci žaludku

Jako po každé operaci se i po tubulizaci žaludku mohou vyskytnout komplikace. Můžeme je rozdělit na komplikace nespecifické, specifické a dlouhodobé.

Nespecifické komplikace

Mezi tyto komplikace řadíme komplikace spojené s celkovou anestezí. Můžeme mezi ně počítat pooperační bolesti v pravém či levém rameni, bolesti zad, nauzeu, zvracení, neklid, zmatenost. Mezi další komplikace patří krvácení v místě po trokarech. Vyskytnout se mohou i následující komplikace – hluboká žilní trombóza, pneumonie, plicní embolie, paralytický ileus, ARDS a další. [9]

Specifické komplikace

- Během operace
 - Při tubulizaci žaludku hrozí krvácení při skeletizaci velkého zakřivení žaludku nebo preparaci v oblasti sleziny, krvácení ze srůstu mezi zadní stěnou žaludku a pankreatu. Je zde i riziko poranění abdominálního jícnu s jeho následnou stenózou.
- V perioperačním období
 - Často mají pacienti po výkonu nauzeu, která dobře reaguje na farmakologickou léčbu.
 - Nemocný je ohrožen krvácením s resekční linie nebo incizí po zavedených trokarech.
 - Prosakování resekční linie (netěsnost). Je to závažná a nebezpečná komplikace. V tomto případě je nutná reoperace a ošetření resekční linie. Pokud dojde k prosakování resekční linie v delším časovém odstupu, může dojít k vytvoření perigastrického abscesu až vytvoření gastrokutánní píštěle.

Dlouhodobé komplikace

Tubulizace žaludku je relativně nová operační metoda a proto je málo zkušeností s dlouhodobými komplikacemi i s dlouhodobým efektem poklesu hmotnosti. Za nejzávaž-

nější komplikaci je považována dilatace žaludeční trubice a relaps hmotnosti. Také se může vyskytnout stenóza v oblasti kardiie.[9]

1.6.7. Dietní opatření po výkonu

První čtyři týdny po operaci smí pacient pouze tekutou stravu, aby nadměrným přeplňováním stravou nedocházelo s rozpínání zbylého žaludku a nedošlo k porušení resekční linie stěny žaludku. Během dalších dvou týdnů začíná přijímat stravu mixovanou a následně postupně přechází na stravu pestrou, ale dietní a racionální. Před každým polknutím je nutné, aby pacient stravu důkladně rozkousal.

Doporučuje se dodržovat klasické stravovací schéma – snídaně, svačina, oběd, svačina a večeře. Množství, které je možné najednou sníst, je o mnoho menší než před operací. Strava musí být redukční s nízkým obsahem tuků, dostatečným přísunem bílkovin a vitamínů. Medikace per os se podává po obnovení funkce gastrointestinálního traktu. Velké tablety nebo kapsle se v počátečním období doporučují nadrtit.

1. den po operaci - pacient nepřijímá žádnou tekutinu per os (nutná infúzní terapie)
2. - 3. den - po operaci pouze čaj
- 4 - 7. den - přechod na čistou tekutou stravu (bujón)
- 8 – 14. den - strava tekutá
- 15- 30. den – strava tekutá až kašovitá
- 30 – 40. den – postupný přechod na racionální nízkoenergetickou stravu [9]

2. EMPIRICKÁ ČÁST

2.1. Cíle výzkumné části práce

V empirické části jsem podrobně popsala pooperační ošetrovatelskou péči o pacienta po robotické tubulizaci žaludku a sestavila ošetrovatelský proces.

Dále jsem se pomocí dotazníku zaměřila na zjištění následujících informací:

1. Kolik pacientů zkoušelo, před tímto výkonem, jiný způsob redukce váhy a jaký konkrétně.
2. Hlavní důvody, které pacienty vedly k podstoupení zákroku.
3. Z pohledu pacientů, zda byli dostatečně poučeni o výkonu, o předoperační a pooperační péči.
4. Představu pacientů o redukci váhy po výkonu.
5. Rozdíly ve zvládnutí pooperační péče mezi jednotlivými pacienty.
6. Kolik respondentů mělo časnou pooperační komplikaci a jakou.

2.2. Ošetrovatelská péče o pacienty po robotické tubulizaci žaludku

Ošetrovatelská péče o pacienty po tubulizaci žaludku je zaměřena na sledování pooperačních komplikací a včasnou mobilizaci nemocného.

Pacient se po operaci překládá na JIP. Sestra již před příjezdem nemocného vyhřeje lůžko. Pacient je ukládán do polohy na zádech se zvednutím lůžka pod hlavou, nebo do polohy na boku. Pokud je pacient neklidný, sestra zajistí jeho bezpečnost – zvednutí postranic a nepřetržitý dohled.

Sestra monitoruje základní životní funkce dle ordinace lékaře:

- **P - EKG**
- **TK** á 10 min první hodinu po operaci, druhou hodinu á 15 min, dále pak á 30 min
- **Saturace O₂**
- **Dechová frekvence**
- **Vědomí** – hodnotí podle Glasgow koma skale
- **Tělesná teplota**

Nutná je také dostatečná **oxygenace** polomaskou nebo kyslíkovými brýlemi.

Sestra sleduje:

- **Bolest** – aplikuje analgetika dle ordinace lékaře. Bolest hodnotí podle vizuální analogové škály VAS. Zapisuje pravidelně do dokumentace.
- **Operační ránu** – stav krycího materiálu.
- **Sekrece z drénu** - množství, vzhled, funkčnost.

- **Nauzeu a zvracení** – sleduje množství, vzhled zvratků, aplikuje antiemetika dle ordinace lékaře, působí na pacienta výchovně (vhodné dýchání, odvedení pozornosti).
- **Stav kůže** – turgor, barvu, prokrvení.
- **Močení** – ke spontánnímu vymočení pacienta by mělo dojít do 6 až 8 hodin po operaci. Pacient močí do podložní mísy nebo močové láhve – sestra zajistí soukromí, pokud nedojde k vymočení, nemocného vycévkuje.
 - Sleduje a zaznamenává množství, barvu a příměsi
 - Pokud má pacient zavedený permanentní močový katétr = provádí péči o katétr dle standardu.
- **Odchod plynů** – vzedmuté břicho, bolest.
- **Laboratorní hodnoty** – dle ordinace lékaře odebírá odběry nejčastěji krevní obraz – leukocyty, erytrocyty, hemoglobin, trombocyty; koagulační faktory – INR, APTT, fibrinogen; biochemii – Na, K, Cl. Výsledky hlásí lékaři.
- **Periferní žilní vstup** – sterilní krytí, zaznamenává převazy, hodnotí místo vpichu dle Maddona.
- **Nazogastrická sonda** – kontroluje se hloubka zavedení sondy, vzhled a množství odpadu ze sondy.
- **Příjem/výdej tekutin** – vše pečlivě zaznamenává do dokumentace.

Dále sestra aplikuje infuzní roztoky, léky, antibiotika dle časového harmonogramu rozepsaného lékařem. Pečlivě vše zaznamenává do dokumentace.

Nedílnou součástí ošetrovatelské péče je i péče o **dutinu ústní** . Doporučují se výplachy vodou, vodou s citrónem a Tantum Verde. Zde je nutná pomoc sestry – podání sklenky, přidržení emitní misky. Podání buničité vaty na utření úst. Dále je nezbytná péče o **pokožku** – prevence dekubitů, opruzenin. Sestra hodnotí riziko vzniku dekubitů podle stupnice Northonové. Obézní pacienti se zvýšeně potí. Důležité je, aby sestra udržovala suché, čisté a upravené lůžko.

Hygienická péče u pacientů po tubulizaci žaludku v den operace se provádí na lůžku. Podle aktuálního stavu nemocný provádí očistu sám s pomocí sestry nebo hygienickou péči provádí sestra.

S rehabilitací se začíná již v den operace. Provádí se dechová rehabilitace. Sestra nemocného edukuje o pohybech, kterými eliminuje bolest - při kýchání, kašláni. Také mu vysvětlí správné vstávání z lůžka, aby co nejméně zatěžoval břišní stěnu. První den po

operaci se začíná postupně s mobilizací a vertikalizací pacienta. Sestra nejprve pomůže nemocnému se posadit. Pokud nemá žádné potíže – nauzeu, zvracení, „motání hlavy“, pocit slabosti - pomalu se pacient postaví a několikrát přešlápne na místě. Poté se začíná s nácvikem chůze. Nemocný udělá pouze pár kroků a vrátí se zpět na lůžko. Tento postup se několikrát opakuje. Pokud nemá nemocný potíže, začíná se procházet sám. Včasná mobilizace je prevencí tromboembolických komplikací, urychluje střevní peristaltiku. Rehabilitace vyžaduje dostatek trpělivosti a času ze strany sestry i pacienta.

Velmi důležité je pacienta poučit o **dietě** po operaci. Již před operací mu je dietní opatření vysvětleno lékařem. Po operaci nepřijímá operovaný žádné tekutiny per os, proto může být neklidný. V tomto případě je nutný ohleduplný přístup sestry, která nemocnému vysvětlí nutnost dodržování zákazu pití. Zároveň mu nabídne možnost výplachu úst vodou nebo ústní vodou pro osvěžení.

Psychologická podpora je také nedílnou součástí ošetrovatelské péče. Sestra podporuje nemocného ve zvládnutí nepříjemných pocitů, které mohou vyvolávat invazivní vstupy – periferní žilní katétr, nazogastriká sonda, břišní drén anebo močový katétr. Snaží se ho motivovat a rozptyluje jeho myšlenky vhodnou komunikací. Trpělivě a s pochopením odpovídá na otázky, které nemocný klade. Důležité je respektování všech obav pacienta. I když lékař nemocnému před operací vysvětlí nutnost dodržování striktního dietního opatření, je to pro pacienta velmi těžké. Proto sestra musí nemocného podporovat v dodržování diety a opakovaně vysvětlovat možnost vzniku komplikací při porušení dietního opatření.

První den po operaci (pokud nenastanou komplikace) je pacient přeložen z JIP na standardní chirurgické oddělení, kde pokračuje s rehabilitací. I na oddělení pacient dodržuje nařízenou dietu. Může pít čaj nebo vodu po malých doušcích. Dle ordinace lékaře sestra vytáhne žaludeční sondu. Břišní drén lékař vytáhne druhý až třetí den po operaci podle množství odváděného odpadu.

Do domácí péče je pacient propuštěn, pokud nenastanou komplikace, pátý den po operaci.

Při propuštění do domácí léčby lékař pacienta poučí o dodržování diety a životosprávy v období rekonvalescence.

2.3. Ošetřovatelský proces o pacienta po robotické tubulizaci žaludku

Po tomto zákroku se mohou vyskytnout následující ošetřovatelské diagnózy:

Stanovené v den operace - 1. pooperační den do 6 hodin

Tab. 3: Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelská diagnóza	Etiologie, symptomy	Doména, třída	Cíl	Kritéria	Intervence
Riziko pádu	v souvislosti s neklidem, zmateností po celkové anestezii	bezpečnost – ochrana, tělesné poškození	pacient neu-padne, ne-způsobí si úraz	-pacient si nezpůsobí úraz	-hlídat pacienta, neodcházet od něj -zajistit jeho bezpečnost pomůckami (postranice) - mluvit klidně na pacienta -zaznamenávat vše do dokumentace -aplikovat léky dle ordinace lékaře

Ošetřovatelská diagnóza	Etiologie, symptomy	Doména, třída	Cíl	Kritéria	Intervence
Akutní bolest	v souvislosti s operační ránou projevující se tachykardií, zvýšením TK, slovními projevy	komfort, tělesný komfort	pacient bez bolesti	-pacient do 15 - 20 minut po začátku bolesti bez bolesti, záznam na škále VAS 0 – 2	<ul style="list-style-type: none"> - podávat analgetika dle ordinace lékaře -sledovat intenzitu, lokalitu bolesti -hodnotit bolest podle stupnice VAS 0-10(vizuální analogová stupnice) - ledovat ránu - povzbuzovat slovně pacienta -sledovat bolest a zaznamenávat do dokumentace
Riziko deficitu tělesných tekutin	v souvislosti s operačním zákrokem, s pooperačním krvácením	výživa, hydratace	Pacient dostatečně hydratovaný	vlhké sliznice, vlhké rty, nepovleklý jazyk	<ul style="list-style-type: none"> - dle ordinace lékaře podávat náhradní tekutiny (infuzní roztoky) - sledovat příjem/výdej tekutin - všímat si změn fyziologických funkcí (hypotenze, tachykardie) - posuzovat turgor kůže - sledovat laboratorní výsledky (hemoglobin, hematokrit, ureu, kreatinin)

Ošetřovatelská diagnóza	Etiologie, symptomy	Doména, třída	Cíl	Kritéria	Intervence
Nauzea	v souvislosti se základním onemocněním projevující bledostí, zvýšeným sliněním, tachykardií.	komfort, tělesný komfort	pacient nemá nauzeu	-pacient neudává pocit na zvracení	-podávat léky, umožňující předejít nevolnosti nebo ji zmírnit -pobízet pacienta k hlubokému, pomalému dýchání -podávat antiemetika dle ordinace lékaře.

Ošetrovatel- ská diagnóza	Etiologie, symptomy	Doména, třída	Cíl	Kritéria	Intervence
Porušený spánek	v souvislosti s pobytem v nemocničním prostředí, ne- mocničním ruchem, ome- zením pohybu na lůžku pro- jevující se ztíženým usí- náním, nočním probouzením	aktivita – odpočinek, odpočinek – spánek	-zlepšení spánku -pacient do- statečně od- počatý	- zlepšení celkové poho- dy a odpočatosti -zlepšení spánku	- vysvětlit pacientovi nutnost vyrušování z důvodu aplikace infúzí, injekcí, ošetrovatelské péče -uspořádat péči tak, aby byl pacient co nejméně vyrušovaný -snažit se většinu ošetřování provádět tak, aby nebylo nutno pacienta budit -podávat hypnotika a analgetika dle ordinace lékaře -pečlivě vše zaznamenat do dokumentace

Ošetrovatel- ská diagnóza	Etiologie, symptomy	Doména, třída	Cíl	Kritéria	Intervence
Zhoršená pohyblivost na lůžku	v souvislosti s operačním zákrokem, bolestí, nazogastickou sondou, odvodným drénem, periferním žilním katétrem, močovým katétrem projevující se verbálním projevem, nekliedem nemocného	aktivita – odpočinek, aktivita – pohyb	-pacient se dostatečně pohybuje v lůžku -pacient nemá otlaky, začervenání kůže	-pacient se vertikalizuje 1. den po operaci ráno -pacient procvičuje v lůžku horní končetiny -pacient provádí dechová cvičení -pokožka pacienta bez otlaků a začervenání	-poučit pacienta, jaká poloha je vhodná v různých situacích -pečlivě pečovat o pokožku nemocného (začervenání, otlaky) -analgetika podávat dle ordinace lékaře -pomáhat pacientovi s hygienou, vyprazdňováním -chránit končetiny před otláčením vhodnými pomůckami

Ošetřovatelská diagnóza	Etiologie, symptomy	Doména, třída	Cíl	Kritéria	Intervence
Strach o sebe	o sebe v souvislosti s operačním zákrokem projevující se zvýšeným napětím, nervozitou, tachykardií, zvýšeným pocením, slovními projevy	zvládání zátěže – odolnost vůči stresu, reakce na zvládání zátěže	minimalizovat pocit strachu	-pochopit pacientův strach a povídat si o něm -pacient nemá strach	-být pacientovi na blízku -aktivně naslouchat obavám pacienta -dát příležitost vyjádřit otázky pacientovi a upřímně mu na ně odpovídat -poskytnout mu ústní i písemné informace -vysvětlit pacientovi všechny výkony, které se u něho provádí

Ošetřovatelská diagnóza	Etiologie, symptomy	Doména, třída	Cíl	Kritéria	Intervence
Úzkost mírná	v souvislosti s neznámým prostředím, upoutáním na lůžko projevující se vyjadřováním obav, lítostivostí, chvěním hlasu, zvýšeným pocením, neklidem	zvládání zátěže – odolnost vůči stresu, reakce na zvládání zátěže	dosáhnout uvolněného vzhledu a snížit úzkost na zvladatelnou míru	-dosáhnout uvolněného vzhledu a snížení úzkosti na zvladatelnou míru -pacient necítí úzkost	-naslouchat pacientovým obavám a hovořit s ním -podávat pacientovi přesné informace - snažit se zajistit klidné, tiché prostředí - podávat léky dle ordinace lékaře - vše pečlivě zaznamenat do dokumentace

Ošetřovatelská diagnóza	Etiologie, symptomy	Doména, třída	Cíl	Kritéria	Intervence
Riziko infekce	v souvislosti s operační ránou, invazivními vstupy (periferní žilní vstup, odvodný drén, žaludeční sonda, permanentní močový katétr)	bezpečnost – ochrana, infekce	pacient bez známek infekce	-fyziologické funkce v normě -pacient nemá známky infekce, laboratorní výsledky v normě (zánětlivé markery v mezích normy, leukocyty v normě)	- pravidelně kontrolovat místa vstupů - asepticky ošetřovat místa invazivních vstupů - sterilně krýt místa invazivních vstupů - sledovat laboratorní výsledky a fyziologické funkce (TT,P) - vše pečlivě zaznamenat do dokumentace

Ošetřovatelská diagnóza	Etiologie, symptomy	Doména, třída	Cíl	Kritéria	Intervence
Porušená kožní a tkáňová integrita	v souvislosti s operačním zákrokem, zavedením drénu a periferního žilního katétru projevující se bolestí	bezpečnost – ochrana, tělesné poškození	-operační rána klidná, místo vpichu klidné -pacient udává snížení až vymizení bolesti	-pacient bez známek infekce, bez bolesti	- sledovat operační ránu (prosáknutí, krvácení) -sledovat bolest operační rány, drénu a periferního žilního vstupu - zaznamenávat stav rány do dokumentace
Riziko poškození	v souvislosti operační ránou, aplikací i. v. injekcí, infúzí	bezpečnost – ochrana, tělesné poškození	pacient nepoškozen, FF jsou v normě	-fyziologické funkce v normě -pacient nepoškozen -léky aplikovány správně dle ordinace a časového harmonogramu rozepsaného lékařem - důkladné zápisy do dokumentace	-aplikovat léky dle ordinace -dbát na správné množství, způsob podání a čas - dodržovat aseptický způsob podání - dle ordinace provádět pravidelné odběry krve - změny hlásit lékaři a zaznamenávat do dokumentace

Ošetřovatelská diagnóza	Etiologie, symptomy	Doména, třída	Cíl	Kritéria	Intervence
Chronicky nízká sebeúcta	v souvislosti s nadměrnou hmotností projevující se nadměrným studem, pocity viny, slovním vyjádřením	vnímání sama sebe, sebeúcta	pacient pozmění svůj postoj k sobě samému	-pochopit důvody negativní sebehodnocení pacient -pacient změni postoj k sobě samému	-povídat si s pacientem o tom, jak vnímá sám sebe -vézt pacienta k tomu, aby se zaměřil na ty aspekty osobnosti, které mohou být ceněny -snažit se respektovat stud pacienta -používat zástěny, při vyprazdňování opustit místnost

[15]

2.4. Užitá metoda šetření

Pro výzkumnou část jsem zvolila metodu kvantitativního výzkumu – anonymní dotazník, který obsahuje 21 otázek. Dotazník byl sestaven za účelem zjištění informací k problematice obezity a operačního zákroku - robotické tubulizace žaludku. Otázky jsem sestavila na základě obecných informací k danému tématu. Použila jsem otázky uzavřené, částečně otevřené a otevřené, na které sestavuje respondent odpověď sám. [16]

Dotazníkové šetření probíhalo v Nemocnici sv. Zdislavy. Částečně na chirurgické Jednotce intenzivní a resuscitační péče, kde jsem dotazníky rozdávala pacientům sama, částečně na bariatrické ambulanci, kde je pacientům rozdával MUDr. Šimoník.

Dotazník byl sestaven pro pacienty po robotické sleeve gastektomii (plné znění dotazníku v příloze č. 1). Šetření probíhalo v časovém rozmezí 22. 11. 2008 – 1. 4. 2009.

Po úvodním oslovení a seznámení s tématem, jsem respondenty požádala o vyplnění dotazníku. Dotazování hodící se odpovědi označovali zakroužkováním a u odpovědi s vlastním slovním vyjádřením, měli použít hůlkové písmo. U některých otázek bylo možné zakroužkovat i více odpovědí, některé otázky měly možnost zakroužkování odpovědi a zároveň volbu dopsání jiné - neuvedené možnosti. U dvou otázek měli možnost napsat vlastní odpověď.

V úvodu a na konci dotazníku jsem neopomněla poděkovat za čas strávený při vyplňování mého dotazníku.

2.5. Realizace šetření

Zkoumaný soubor tvořili pacienti, u kterých byl proveden operační zákrok – robotická tubulizace žaludku. Dotazníky jsem v období 22. 11. 2008 – 1. 4. 2009 rozdávala u pacientů, kteří byli po operaci první den (na JIRP). Pacienti operovaní před tímto obdobím dotazníky vyplňovali při kontrole v bariatrické ambulanci. Rozdala jsem s pomocí MUDr. Šimoníka 50 dotazníků. Všichni oslovení pacienti mi dotazník vyplnili a vrátili zpět. Při zpracovávání získaných dat jsem použila všech 50 dotazníků.

2.6. Zpracování získaných dat

Získaná data jsem zpracovávala ručně, pomocí čárkovací metody. Získaná data a výsledky jsem převedla do jednoduchých grafů a tabulek, kde je absolutní četnost a vypočítaná relativní četnost v procentech. Ke zpracování výsledků jsem použila program Microsoft Office 2008.

2.7. Výsledky výzkumu

Dotazník je určen pro pacienty po operačním zákroku – robotické tubulizaci žaludku. Dotazník obsahuje 21 otázek.

První čtyři otázky zjišťují pohlaví respondentů, věk, vzdělání, váhu a výšku před operací. Z těchto hodnot jsem dopočítala BMI u každého pacienta.

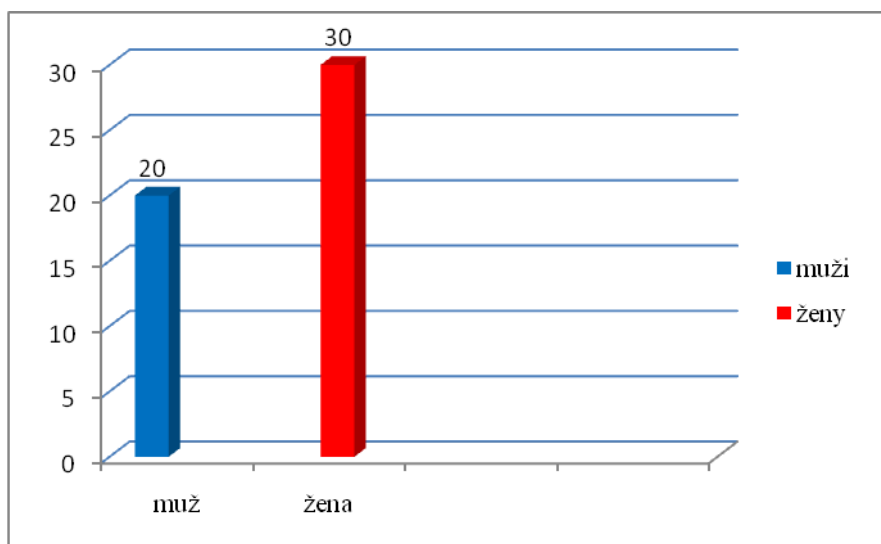
Pět otázek je zaměřených na to, zda respondenti před tubulizací žaludku zkoušeli i jiné způsoby redukce hmotnosti a konkrétně jaké. Dále se dotazují na dobu, po kterou vydrželi hubnout a jaký byl jejich nejvyšší váhový úbytek.

Dvanáct otázek je se vztahuje k operačnímu zákroku robotické tubulizaci žaludku.

Otázka č. 1: Pohlaví

Dotazník vyplnilo 50 (100%) respondentů, 20 (40%) mužů a 30 (60%) žen.

Graf č. 1: Pohlaví



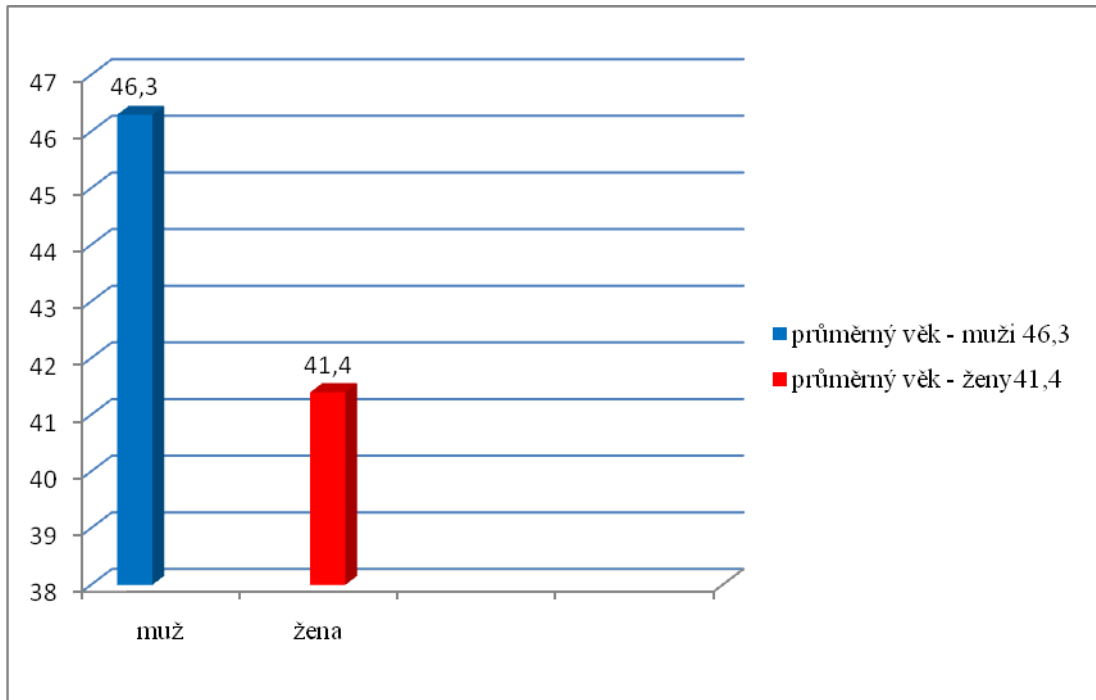
Tab. 4: Pohlaví

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Muži	20	40%
Ženy	30	60%
Celkem	50	100%

Otázka č. 2: Věk

Průměrný věk mužů činil 46,3, průměrný věk žen byl 41,4.

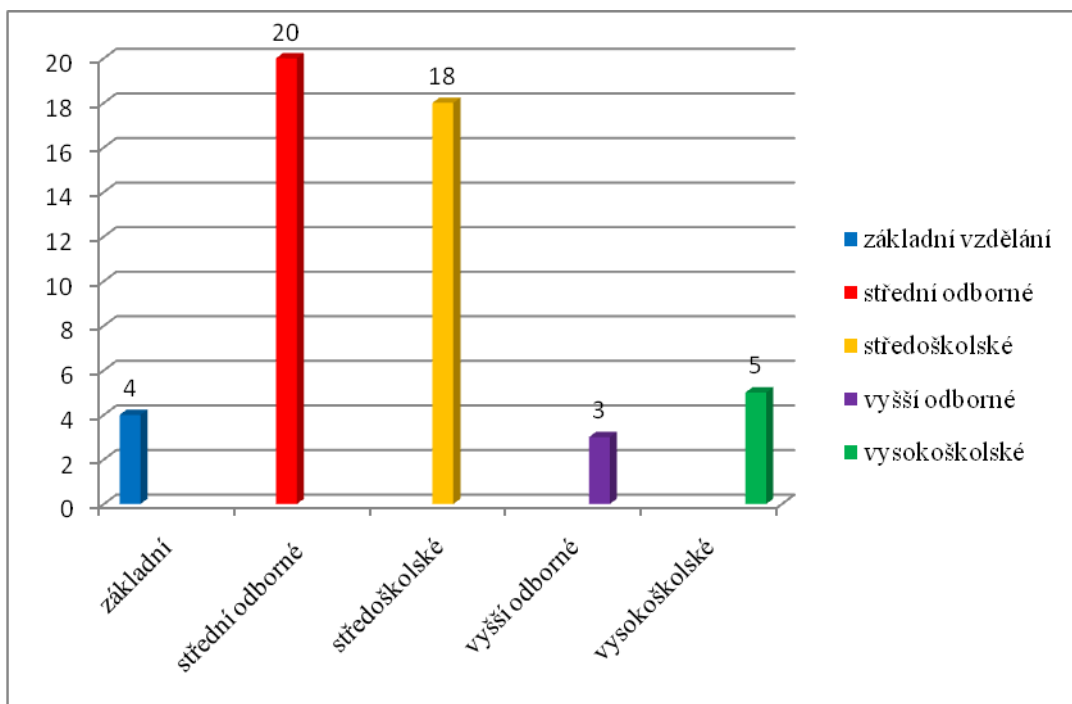
Graf č. 2: Věk



Otázka č. 3: Dosažené vzdělání

Z grafů vyplývá, že robotickou operaci žaludku podstoupili nejvíce pacienti se středním odborným vzděláním 20 (40%). A dále pacienti se středoškolským vzděláním 18 (36%). 5 (10%) respondentů dosáhlo vysokoškolského vzdělání. Vyšší odborné měli 3 (6%) nemocní a základní vzdělání měli 4 (8%) dotázaní pacienti.

Graf č. 3: Dosažené vzdělání



Tab. 5: Dosažené vzdělání

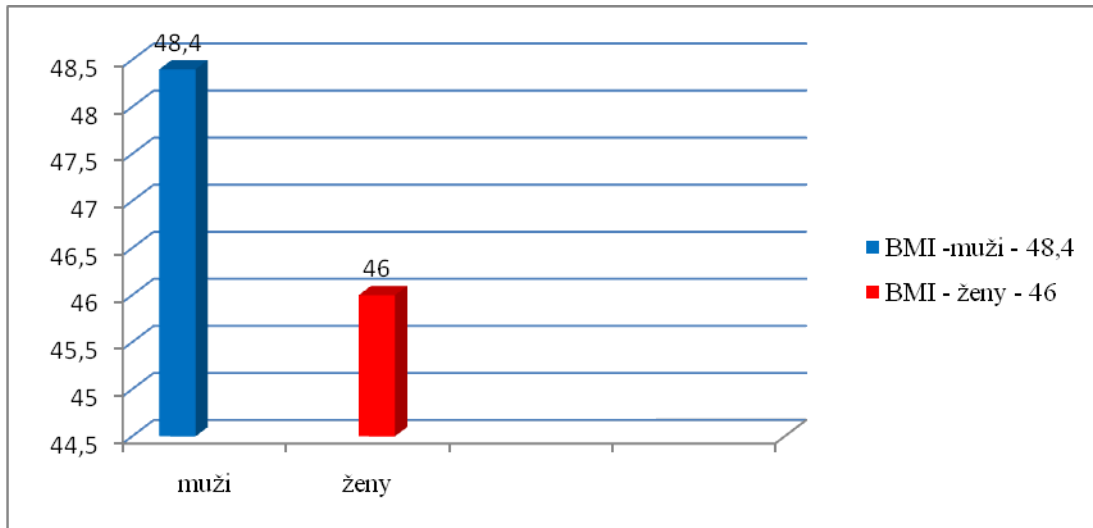
Dosažené vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Základní	4	8%
Střední odborné	20	40%
Středoškolské	18	36%
Vyšší odborné	3	6%
Vysokoškolské	5	10%
Celkem	50	100%

Otázka č. 4: Vaše váhakg (před operací), vaše výškacm

S udaných hodnot jsem dopočítala BMI, zvlášť u mužů, a zvlášť u žen.

BMI vyšlo vyšší u mužů 48,4, u žen byla hodnota BMI 46,0.

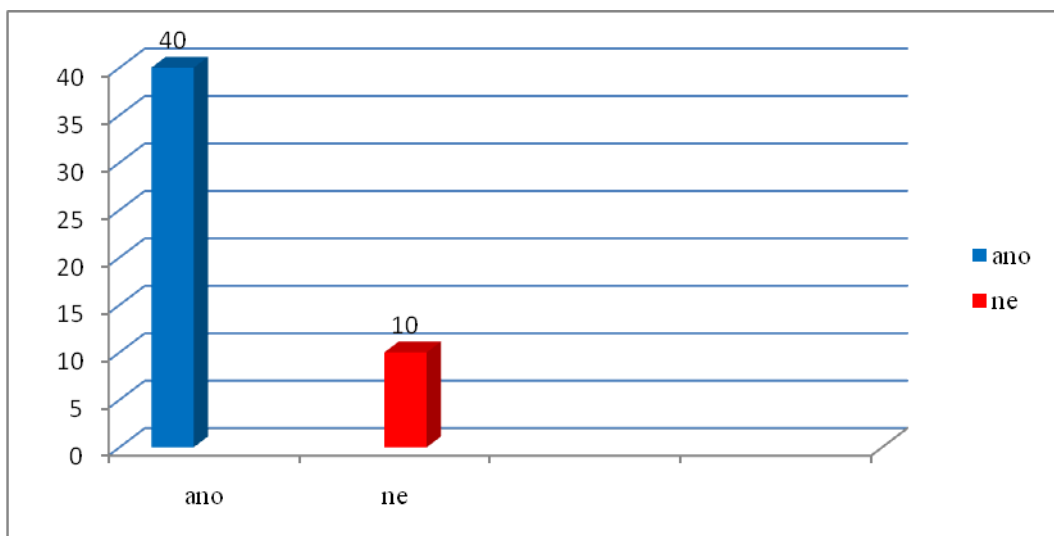
Graf č. 4: BMI



Otázka č. 5: Zkoušel (a) jste před operací i jiné způsoby redukce váhy?

Na tuto otázku odpovědělo 40 (80%) dotazovaných, že zkoušeli redukovat váhu před tímto výkonem i jiným způsobem. Pouze 10 (20%) pacientů uvedlo, že tubulizace žaludku je první možnost při redukci váhy.

Graf č. 5: Zkoušené způsoby redukce váhy před operací



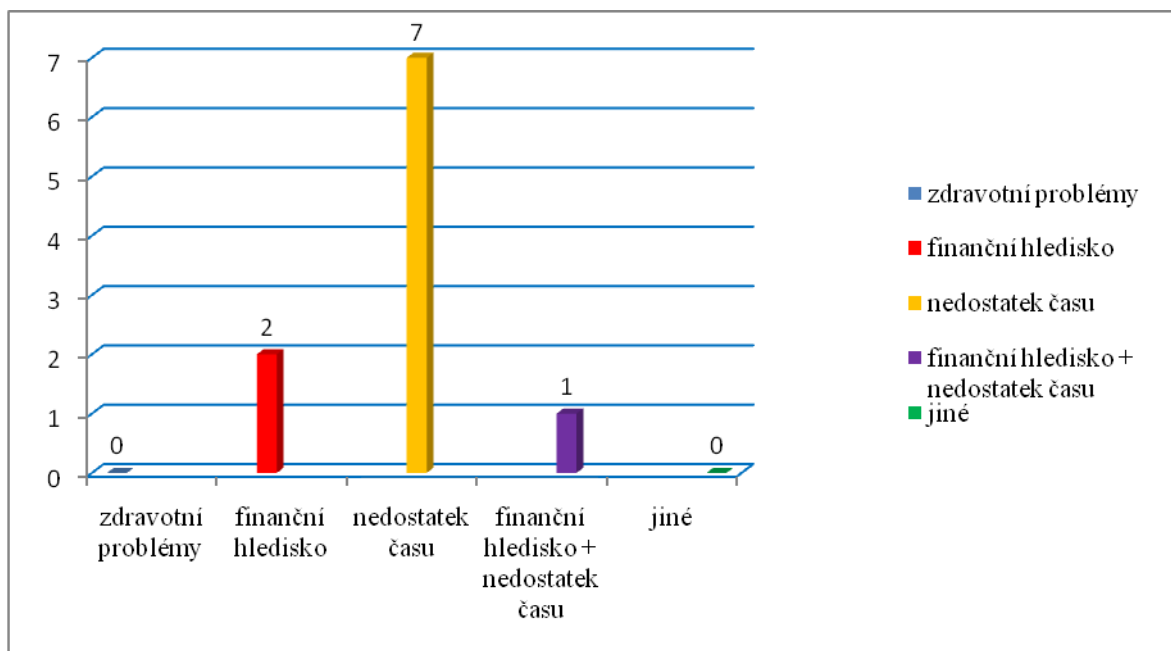
Tab. 6: Zkoušené způsoby redukce váhy před operací

Zkoušel (a) jste před operací i jiné způsoby redukce váhy	Absolutní četnost	Relativní četnost%
Ano	40	80%
Ne	10	20%
Celkem	50	100%

Otázka č. 6: Z jakého důvodu jste nezkoušel (a) hubnout jiným způsobem?

Otázka byla určena pouze pro respondenty, kteří odpověděli záporně na otázku č. 5, a to bylo 10 pacientů. Nejčastěji volenou odpovědí bylo za c) nedostatek času u 7 (70%) dotazovaných. Dva pacienti (20%) uvedli, že nezkoušeli hubnout z finančního hlediska. Jeden (10%) z respondentů uvedl dvě možnosti, jak finanční hledisko, tak nedostatek času. Možnost odpovědi – zdravotní problémy neuvedl ani jeden z 10 respondentů.

Graf č. 6: Důvody, pro které pacienti nezkoušeli hubnout jiným způsobem



Tab. 7: Důvody, pro které pacienti nezkoušeli hubnout jiným způsobem

Z jakého důvodu jste nezkoušel (a) hubnout jiným způsobem?	Absolutní četnost	Relativní četnost%
Zdravotní problémy	0	0
Finanční hledisko	2	20%
Nedostatek času	7	70%
Finanční hledisko + nedostatek času	1	10%
Jiné	0	0
Celkem	10	100%

Na otázky 7, 8 a 9 odpovídali pouze respondenti, kteří kladně odpověděli na otázku č. 5.

Otázka č. 7: Jaké způsoby na snížení váhy jste zkoušel (a)? (označte všechny způsoby)

Většinou pacienti zakroužkovali více možností. Uváděli jako nejčastější zkoušené způsoby redukce váhy kombinaci diety a úpravy jídelníčku s ostatními možnostmi uvedenými v dotazníku. U odpovědi „jiné“ uvedli ve třech případech pobyt v lázních, ve dvou případech bandáž žaludku a v jednom případě hladovku.

Tab. 8: Zkoušené způsoby redukce váhy

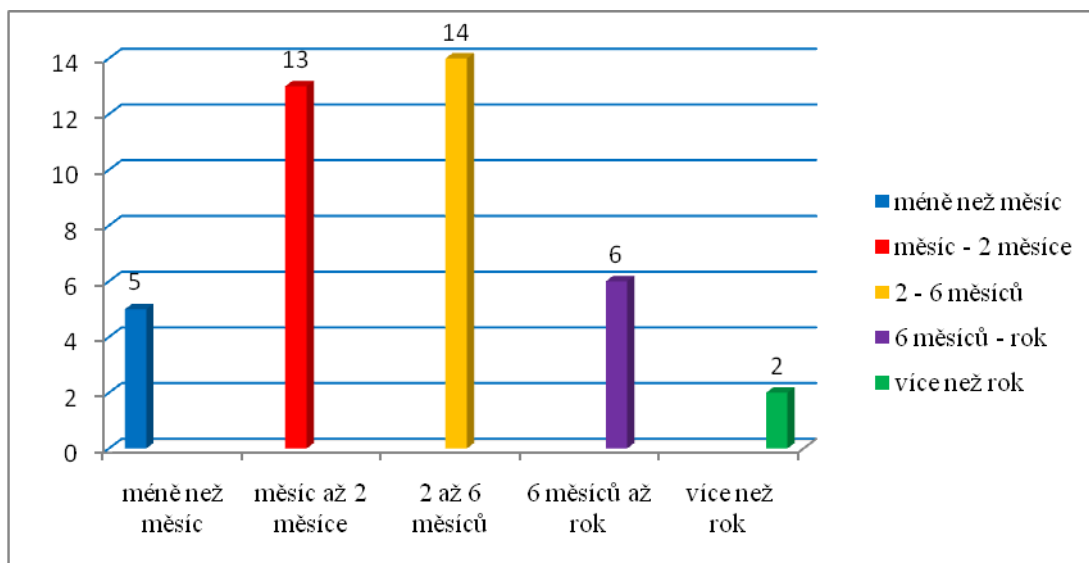
Jaké způsoby na snížení váhy jste zkoušel (a)?	Absolutní četnost	Relativní četnost%
Dieta, úprava jídelníčku	1	2%
Dieta, úprava jídelníčku + zvýšení pohybové aktivity (sport)	4	10%
Dieta + zvýšení pohybové aktivity + léky a koktejly	7	18%
Léky a koktejly na hubnutí	2	5%
Dieta, léky a koktejly	6	15%
Dieta, pohyb. aktivita, léky, změna životního stylu	3	8%
Dieta, změna životního stylu	2	5%
Dieta, zvýšení pohybové aktivity, léky, akupunktura	2	5%
Dieta, zvýšení pohybové aktivity, léky, návštěvy psychologa	1	2%
Dieta, léky, jiné (bandáž)	1	2%

Dieta, léky, akupunktura	2	5%
Dieta, zvýšení pohybové aktivity, léky, jiné (lázně, hladovka 8 denní)	2	5%
Dieta, léky, změna živ. stylu	1	2%
Dieta, zvýšení pohybové aktivity, změna životního stylu	1	2%
Zvýšení pohyb. aktivity, změna živ. stylu, jiné (lázně)	1	2%
Dieta, zvýšení pohyb. aktivity, léky, změna živ. stylu, návštěvy psychologa, akupunktura	1	2%
Dieta, zvýšení pohyb. aktivit, změna živ. stylu, návštěvy psychologa, akupunktura, jiné (bandáž)	1	2%
Dieta, léky, návštěvy psychologa, akupunktura	1	2%
Dieta, léky, návštěvy psychologa	1	2%
celkem	40	100%

Otázka č. 8: Pokud jste zkoušel (a) snížit váhu výše uvedeným způsobem, jak dlouho jste vydržel (a)?

Na tuto otázku odpovídalo 40 (100%) respondentů, 14 (35%) dotázaných respondentů vydržela hubnout jakýmkoliv způsobem 2 – 6 měsíců. Dalších 13 (32%) pacientů hublo měsíc – 2 měsíce. Možnost méně než měsíc zvolilo 5 (13%) respondentů. Déle jak 6 měsíců redukovalo hmotnost 6 (15%) nemocných. Více než rok zkoušeli hubnout kterýmkoliv způsobem pouze dva (5%) pacienti ze 40 dotazovaných.

Graf č. 7: Doba, po kterou pacienti vydrželi hubnout.



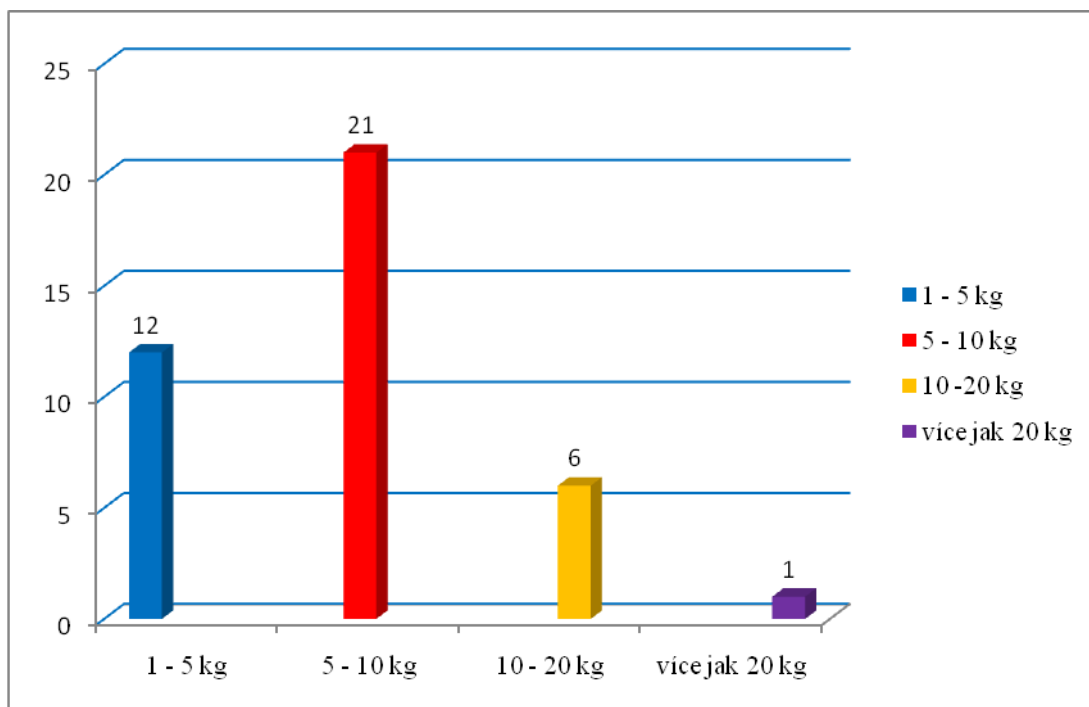
Tab. 9: Doba, po kterou pacienti vydrželi hubnout.

Pokud jste zkoušel (a) snížit váhu výše uvedeným způsobem, jak dlouho jste vydržel (a)?	Absolutní četnost	Relativní četnost%
Méně než měsíc	5	13%
Měsíc až 2 měsíce	13	32%
2 – 6 měsíců	14	35%
6 měsíců až rok	6	15%
Více než rok	2	5%
Celkem	40	100%

Otázka č. 9: Kolik byl Váš nejvyšší váhový úbytek?

Ve 21 (53%) případech respondenti uvedli, že jejich váhový úbytek činil nejčastěji 5 – 10 kg. U dalších 12 (30%) pacientů došlo k redukci váhy pouze 1 – 5 kg. 6 (15%) dotázaných zvolilo odpověď 10 – 20 kg. Jedna pacientka (2%) zakroužkovala možnost více jak 20 kg.

Graf č. 8: Nejvyšší váhový úbytek



Tab. 10: Nejvyšší váhový úbytek

Kolik byl Váš nejvyšší váhový úbytek?	Absolutní četnost	Relativní četnost%
1 – 5 kg	12	30%
5 – 10 kg	21	53%
10 – 20 kg	6	15%
Více jak 20 kg	1	2%
Celkem	40	100%

Otázka č. 10: Popište, prosím vlastními slovy Váš hlavní důvod k podstoupení zákroku.

V tomto případě respondenti uváděli i více možností. V tabulce jsou uvedeny všechny důvody, které pacienti napsali. 21 (42%) dotázaných napsalo jako důvod k operaci pouze zdravotní problémy. Dále pak pacienti podstupovali tento zákrok z estetických a společenských důvodů. 4 (8%) dotázaní také uvedli, že jejich důvodem k této operaci bylo líbit se partnerovi.

Tab. 11: Důvody k podstoupení zákroku

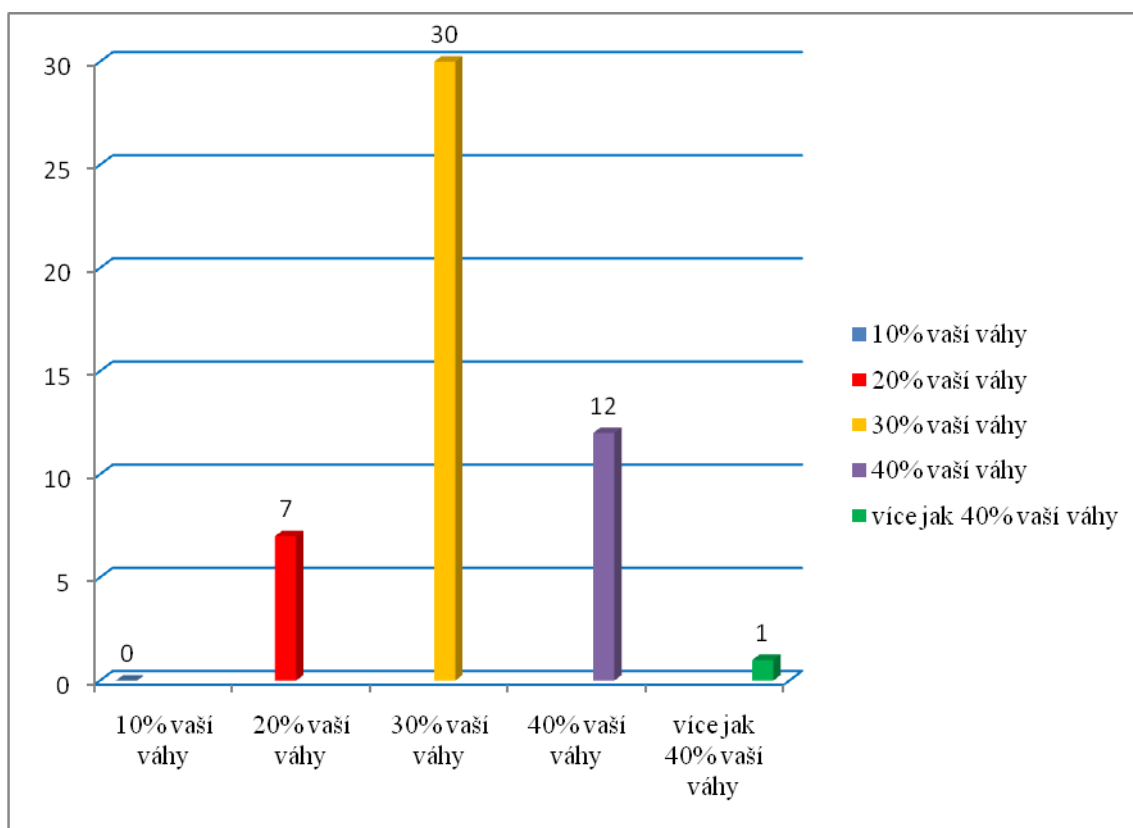
Důvody k podstoupení zákroku	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Zdravotní důvody	21	42%
Estetický vzhled	5	10%
Společenské důvody	3	6%
Líbit se partnerovi	4	8%
Kvůli rodině	2	4%
Neschopnost otěhotnět	2	4%
Kvůli sám (sama) sobě	1	2%
Pracovní důvody	1	2%
Nedostatek vůle	1	2%
Omezená pohyblivost	1	2%
Velký váhový přírůstek za poslední rok	2	4%
Snížení váhy	2	4%
Snížené sebevědomí, deprese, stud za sebe	1	2%

Zdravotní důvody, kvůli rodině	1	2%
Omezená hybnost, estetický vzhled, zdravotní důvody	1	2%
Zdravotní důvody, společenské důvody	1	2%
Omezená hybnost, pracovní důvody	1	2%
Celkem	50	100%

Otázka č. 11: Jaká je Vaše představa o váhovém úbytku po operaci?

Představa o váhovém úbytku byla u 30 (60%) respondentů - 30% váhy, kterou měli před operací. 12 (24%) pacientů uvedlo, že by chtělo zhubnout o 40% své váhy. Možnost více jak 40% váhy se objevila pouze v jediném případě.

Graf č. 9: Představa o váhovém úbytku po operaci



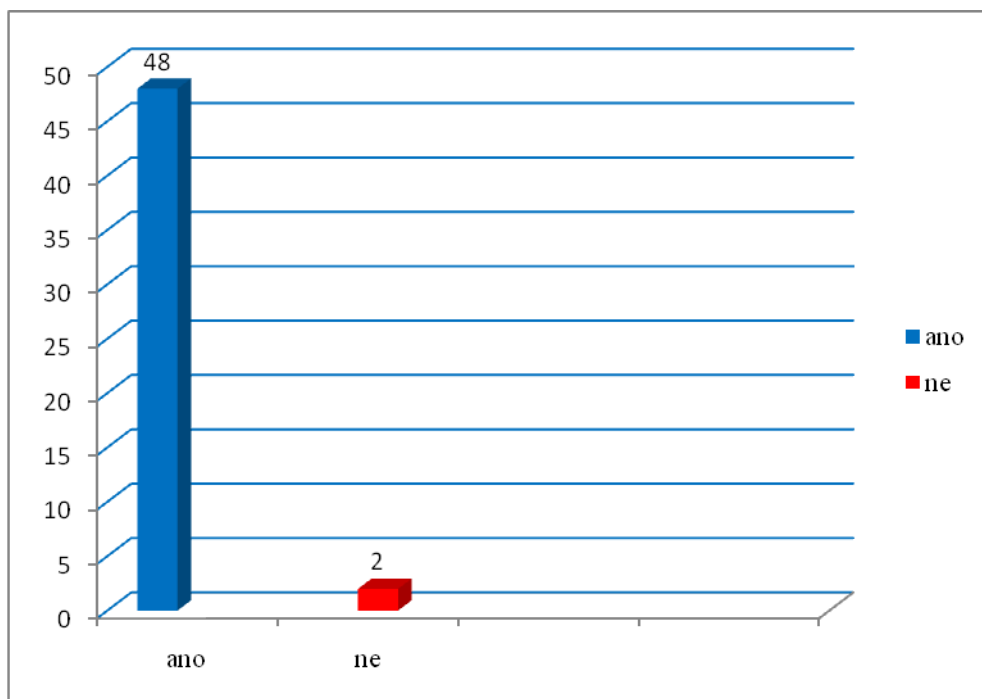
Tab. 12: Představa o váhovém úbytku po operaci

Jaká je Vaše představa o váhovém úbytku po operaci?	Absolutní četnost	Relativní četnost%
10% vaší váhy	0	0%
20% vaší váhy	7	14%
30% vaší váhy	30	60%
40% vaší váhy	12	24%
Více jak 40% vaší váhy	1	2%
Celkem	50	100%

Otázka č. 12: Máte dojem, že jste byl (a) před zákrokem dostatečně poučen (a) o průběhu zákroku a pooperační péči?

48 (96%) respondentů mělo dojem, že byli dostatečně poučeni o zákroku a pooperační péči. Pouze dva (4%) postrádali informace, které se týkaly stravovacího režimu a rehabilitační péče po operaci. Z těchto kladných odpovědí vyplývá, že pacienti jsou dostatečně edukováni o zákroku a pooperační péči.

Graf č. 10: Dojem pacientů o dostatečném poučení o průběhu zákroku a pooperační péči



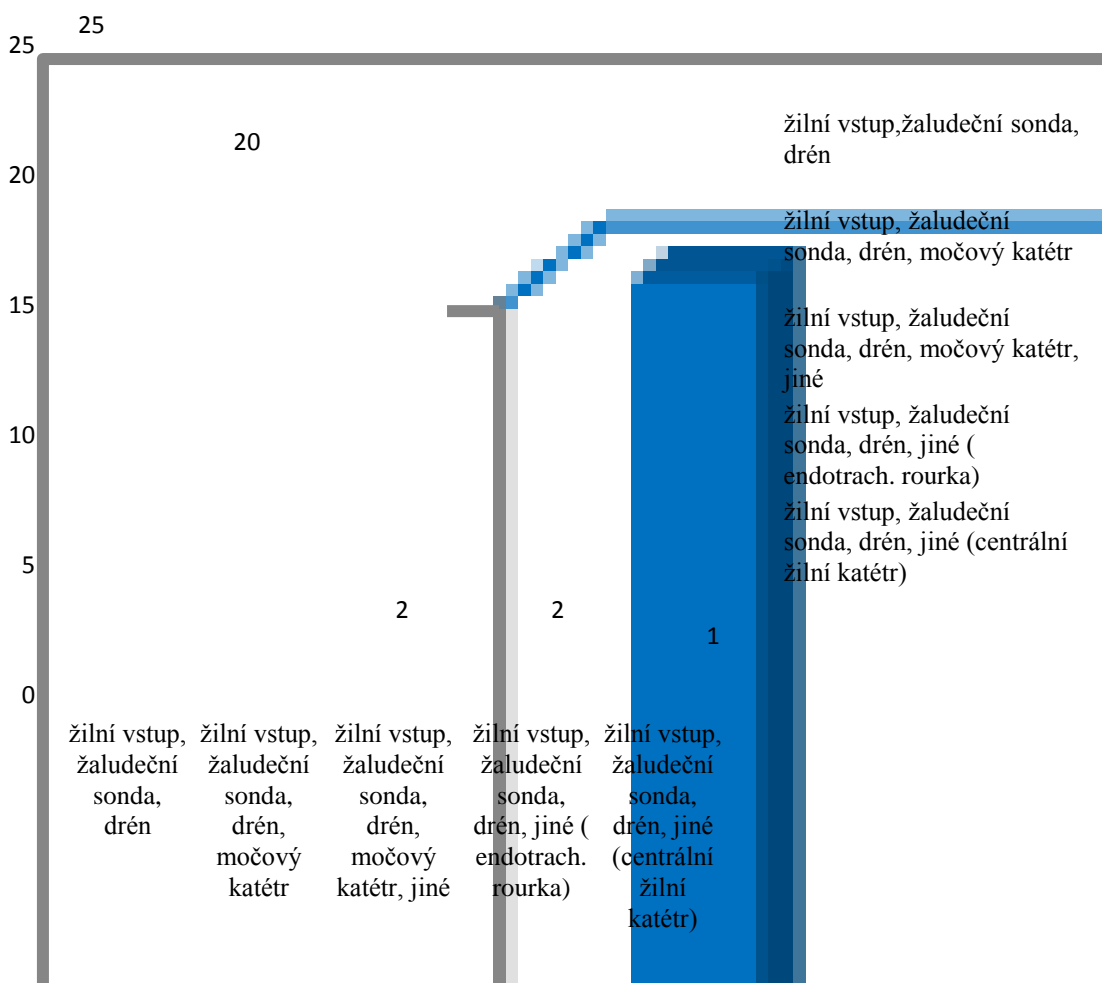
Tab. 13: Dojem pacientů o dostatečném poučení o průběhu zákroku a pooperační péči

Máte dojem, že jste byl (a) před zákrokem dostatečně poučen (a) o průběhu zákroku a pooperační péči?	Absolutní četnost	Relativní četnost%
Ano	48	96%
Ne	2	4%
Celkem	50	100%

Otázka č. 13: Po operaci jste měl (a) zavedené tyto invazivní vstupy (označte všechny, které jste měl (a)).

Všech 50 respondentů mělo vždy zavedeny následující invazivní vstupy – žilní vstup, žaludeční sondu a odvodný drén. Močovou cévku mělo zavedeno 22 pacientů. Mezi jiné vstupy uváděli pacienti – arteriální katétr 2x, endotracheální rourku 4x, centrální žilní katétr 3x.

Graf č. 11: Zavedené invazivní vstupy po operaci



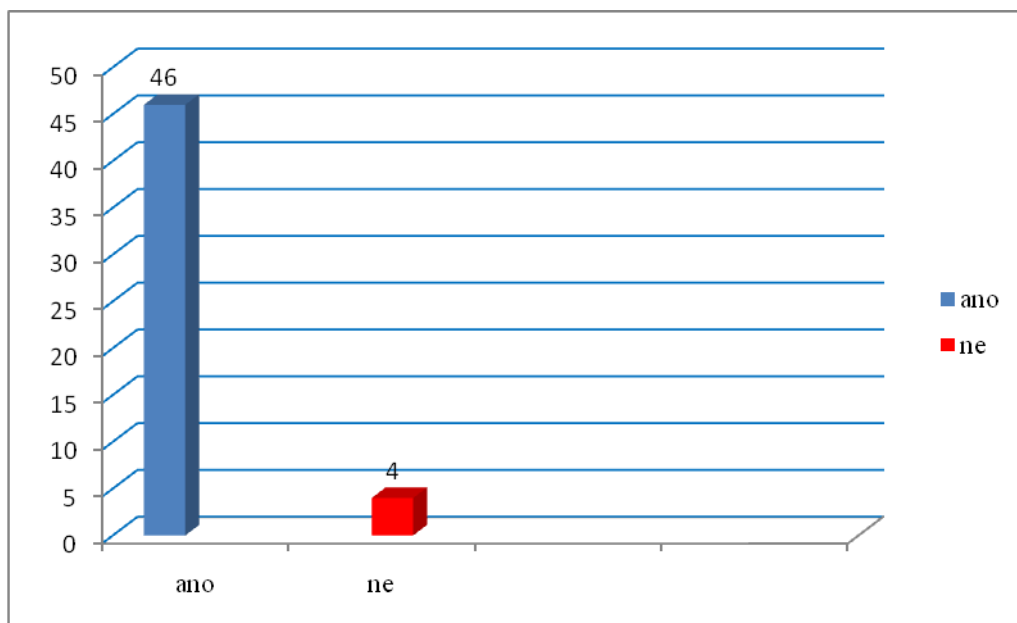
Tab. 14: Zavedené invazivní vstupy po operaci

Po operaci jste měl (a) zavedené tyto invazivní vstupy:	Absolutní četnost	Relativní četnost%
Žilní vstup, žaludeční sonda, drén	25	50%
Žilní vstup, žaludeční sonda, drén, močová cévka	20	40%
Žilní vstup, žaludeční sonda, drén, močová cévka, jiné (centrální žilní katétr, endotracheální rourka, arteriální katétr)	2	4%
Žilní vstup, žaludeční sonda, drén, jiné (endotracheální rourka)	2	4%
Žilní vstup, žaludeční sonda, drén, jiné (centrální žilní katétr)	1	2%
Celkem	50	100%

Otázka č. 14: Bylo Vám to nepříjemné?

Na tuto otázku odpovědělo 46 (92%) pacientů, že jim byly invazivní vstupy nepříjemné. Tito pacienti odpovídali na otázky 15 a 16. Pouze 4 (8%) nemocní odpověděli, že jim nebyly vstupy nepříjemné. Ti pokračovali v dotazníku otázkou č. 17.

Graf č. 12: Nepříjemnost invazivních vstupů



Tab. 15: Nepříjemnost invazivních vstupů

Bylo Vám to nepříjemné?	Absolutní četnost	Relativní četnost%
Ano	46	92%
Ne	4	8%
Celkem	50	100%

Otázka č. 15: Který vstup Vám byl nejvíce nepříjemný?

U této otázky respondenti uváděli i více možností. Pacientům bylo nejvíce nepříjemné zavedení žaludeční sondy. Na druhém místě se umístil močový katétr a pak odvodný drén. Do možnosti jiné uváděli endotracheální rourku - 3x, centrální žilní katétr – 2x.

Tab. 16: Nejvíce nepříjemný invazivní vstup

Který vstup Vám byl nejvíce nepříjemný?	Absolutní četnost	Relativní četnost%
Žilní vstup	1	2%
Žaludeční sonda	22	48%
Drén	4	9%
Močová cévka	3	8%
Jiné (endotracheální rourka)	1	2%
Žaludeční sonda, močová cévka	8	17%
Žaludeční sonda, drén	2	4%
Žilní vstup, žaludeční sonda, močová cévka, jiné (endotracheální rourka, centrální žilní katétr)	1	2%
Žilní vstup, žaludeční sonda, močová cévka	1	2%
Žaludeční sonda, jiné (endotracheální rourka)	1	2%
Žaludeční sonda, drén, močová cévka, jiné (endotracheální rourka, centrální žilní katétr)	1	2%
Žaludeční sonda, drén, močová cévka	1	2%
Celkem	46	100%

Otázka č. 16: Z jakého důvodu Vám byl tento vstup nepříjemný?

Vstupy byly pacientům nepříjemné především z důvodu omezení při pohybu a hygieně.

Kombinace možností, které pacienti zvolili, je uvedena v tabulce 17.

Tab. 17: Důvod nepříjemnosti vstupu

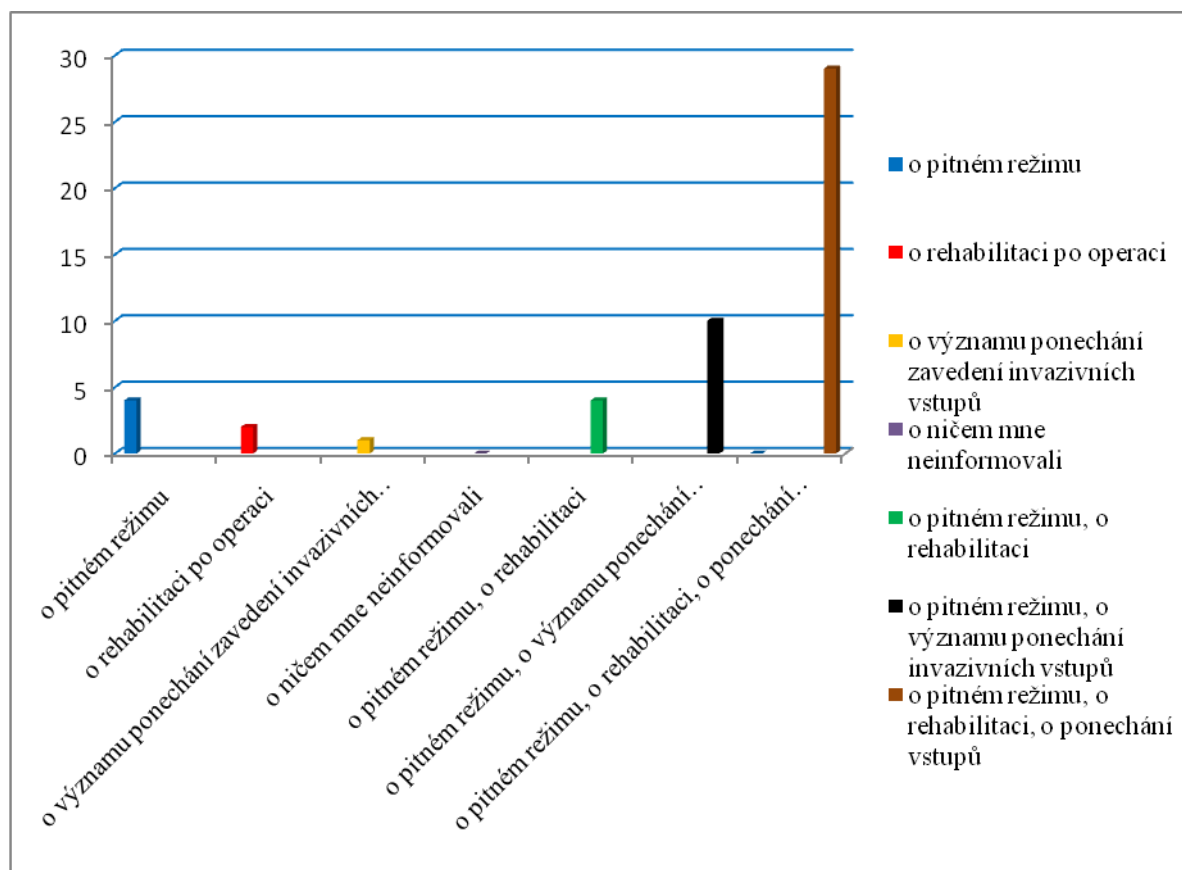
Z jakého důvodu Vám byl tento vstup nepříjemný?	Absolutní četnost	Relativní četnost%
Z důvodu omezení při pohybu, z důvodu omezení při hygieně	9	20%
Z důvodu bolesti tlakové, z důvodu omezení při pohybu	4	9%
Z důvodu omezení při pohybu, při hygieně, z důvodu ztíženého mluvení	4	9
Z důvodu bolesti tlakové	3	7%
Z důvodu bolesti bodavé, omezení při pohybu, při hygieně	3	7%
Z důvodu bolesti pálivé, z důvodu omezení při pohybu, při hygieně, z důvodu ztíženého mluvení	3	7%
Z důvodu bolesti pálivé, omezení při pohybu, při hygieně	3	7%
Z důvodu bolesti tlakové, omezení při pohybu, při hygieně	2	4%
Z důvodu omezení při pohybu	2	4%
Z důvodu omezení při pohybu, z důvodu ztíženého mluvení	2	4%
Z důvodu ztíženého mluvení	2	4%
Z důvodu bolesti tlakové, z důvodu obavy z komplikací	1	2%
Z důvodu bolesti tlakové, bolesti pálivé, z důvodu omezení při pohybu	1	2%
Z důvodu bolesti tlakové, z důvodu omezení při pohybu, při hygieně, z důvodu ztíženého mluvení, obavy z komplikací	1	2%
Z důvodu bolesti tlakové, z důvodu ztíženého mluvení, obavy z komplikací	1	2%
Z důvodu bolesti pálivé, z důvodu omezení při pohybu, při hygieně, z důvodu ztíženého mluvení, obavy z komplikací	1	2%
Z důvodu omezení při hygieně, obavy z komplikací	1	2%

Z důvodu omezení při pohybu, při hygieně, z důvodu ztíženého mluvení, obavy z komplikací	1	2%
Z důvodu bolesti pálivé, z důvodu omezení při pohybu, při hygieně, obavy z komplikací	1	2%
Z důvodu obavy z komplikací	1	2%
Celkem	46	100%

Otázka č. 17: Po operaci mne personál informoval:

Více jak polovina dotázaných pacientů 29 (58%) uvedla, že byla po operaci informována o všech uvedených možnostech. O pitném režimu a o významu ponechání invazivních vstupů zvolilo jako odpověď 10 (20%) respondentů. 4x (8%) se vyskytla varianta - informace o pitném režimu a rehabilitaci po operaci. Pouze o pitném režimu uvedli 4 (8%) pacienti. Poučení o rehabilitaci po operaci podle dotazníků získali 2 (4%) nemocní. Jeden (2%) z respondentů uvedl, že byl poučen jen o významu ponechání invazivních vstupů. Odpověď „o ničem mne neinformovali“ nezakroužkoval ani jeden z dotázaných.

Graf č. 13: Informovanost po operaci



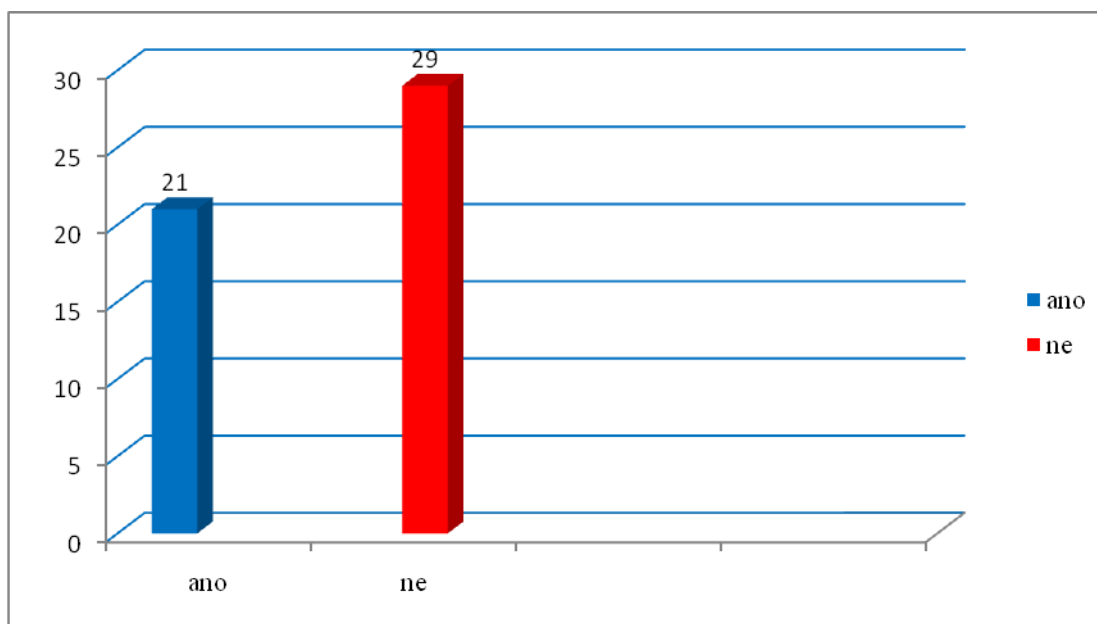
Tab. 18: : Informovanost po operaci

Po operaci mne personál informoval:	Absolutní četnost	Relativní četnost%
O pitném režimu, o rehabilitaci po operaci, o významu ponechání invazivních vstupů	29	58%
O pitném režimu, o významu ponechání invazivních vstupů	10	20%
O pitném režimu, o rehabilitaci po operaci	4	8%
O pitném režimu	4	8%
O rehabilitaci po operaci	2	4%
O významu ponechání invazivních vstupů	1	2%
O ničem mne neinformovali	0	0%
Celkem	50	100%

Otázka č. 18: Vyskytly se u Vás po operaci pooperační komplikace?

Pooperační komplikace se vyskytly u 21 (42%) dotázaných pacientů. Ti odpovídali na otázku č. 19. Při odpovědi „ne“, ve 29 (58%) dotaznících, pokračovali respondenti otázkou č. 20.

Graf č. 14: Výskyt pooperačních komplikací



Tab. 19: Výskyt pooperačních komplikací

Vyskytly se u Vás po operaci pooperační komplikace?	Absolutní četnost	Relativní četnost%
Ano	21	42%
Ne	29	58%
Celkem	50	100%

Otázka č. 19: Vyskytly se u mne následující komplikace:

Mezi nejčastější komplikace patří zvracení. Na druhé místo můžeme zařadit velkou bolestivost. U možnosti jiné uvedla jedna pacientka opakující se horečky.

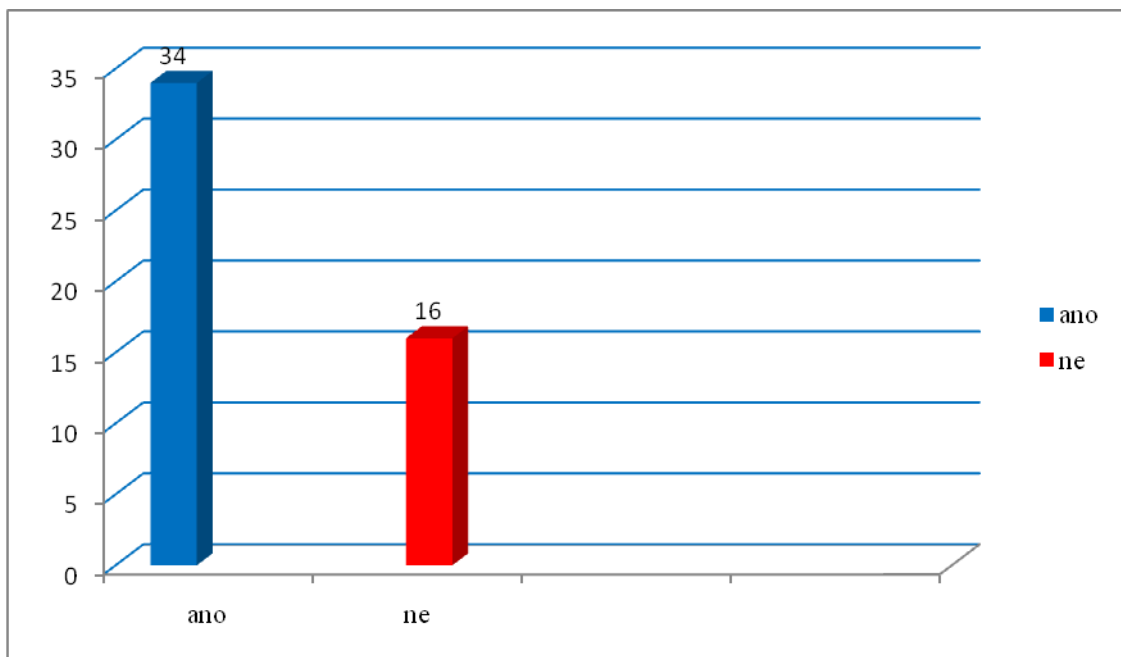
Tab. 20: Komplikace

Vyskytly se u mne následující komplikace	Absolutní četnost	Relativní četnost%
Zvracení	8	38%
Zvracení, velká bolestivost	2	11%
Dechové potíže, zvracení, krvácení z operační rány, velká bolestivost, infekce v místě žilního vstupu, nutnost druhé operace	2	11%
Dechové potíže po operaci	1	4%
Dechové potíže, velká bolestivost	1	4%
Dechové potíže, zvracení, jiné (horečka)	1	4%
Zvracení, velká bolestivost, infekce v místě žilního vstupu	1	4%
Velká bolestivost, infekce v místě žilního vstupu	1	4%
Infekce v místě žilního vstupu		4%
Velká bolestivost, nutnost druhé operace	1	4%
Zvracení, krvácení z operační rány	1	4%
Zvracení, velká bolestivost, nutnost druhé operace	1	4%
Krvácení z operační rány	1	4%
celkem	21	100%

Otázka č. 20: Podstoupil (a) byste tento zákrok znovu?

Na otázku podstoupil (a) byste tento zákrok znovu odpovědělo 34 (68%) dotázaných respondentů, že by tento zákrok znovu podstoupilo. 16 (32%) pacientů uvedlo jako odpověď „ne“.

Graf č. 15: Opětovné podstoupení zákroku



Tab. 21: Opětovné podstoupení zákroku

Postoupil (a) byste tento zákrok znovu?	Absolutní četnost	Relativní četnost%
Ano	34	68%
Ne	16	32%
Celkem	50	100%

Otázka č. 21: Vlastní komentář

Vlastní komentář napsalo pět dotázaných pacientů. Vyskytly se zde názory jak kladné, tak záporné.

2.8. Diskuze

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 50 pacientů (100%) po operačním zákroku: robotické tubulizaci žaludku. Dotazník jsem rozdávala na chirurgické Jednotce intenzivní a resuscitační péče a na bariatrické ambulanci, kde je rozdával MUDr. Šimoník. Do výzkumu jsem zařadila všechny vyplněné dotazníky.

První čtyři otázky se týkaly sociodemografických údajů pohlaví, věk, vzdělání a BMI před operací. Z celkového počtu 50 respondentů, se výzkumu zúčastnilo 30 žen (60%) a 20 mužů (40%). Potvrdila se tedy moje domněnka, že tuto operaci podstupují více ženy než muži.

U druhé otázky jsem vypočítala z uvedeného stáří respondentů průměrný věk. U mužů činil 46,3 a u žen 41,1 roků. Nejstarší muž, který podstoupil tento zákrok, měl 67 let, nejmladší 26 let. Nejstarší žena měla 60 let a nejmladší 24 roků.

Další otázkou jsem chtěla zjistit jejich dosažené vzdělání. Po sečtení všech odpovědí mi vyšlo, že nejvíce pacientů - 20 (40%) mělo střední odborné vzdělání, 18 (38%) pacientů dosáhlo vzdělání středoškolského.

Vypočítala jsem průměrné BMI zvláště u mužů a zvláště u žen. Průměr u mužů byl 48,4. Nejvyšší hodnota BMI u mužů dosáhla hodnoty 57,7. Průměr u žen byl 46,0. U žen nejvyšší hodnota BMI činila 58,0. Jednalo se o pacienty s obezitou III. stupně, což je jedna z podmínek pro provedení tohoto zákroku.

Následujících pět otázek mělo za cíl zjistit předchozí pokusy pacientů o snížení hmotnosti. Způsob jakým zkoušeli zhubnout a jejich maximální úbytek hmotnosti. Z celkového počtu 50 (100%) respondentů se pokoušelo před tímto zákrokem o redukci váhy 40 (80%) pacientů. Pouze 10 (20%) pacientů nezkoušelo zhubnout žádným způsobem. Tato operace pro ně byla první pokus ve snižování hmotnosti. Důvodem, proč nezkoušeli žádnou metodu na hubnutí, bylo především finanční hledisko a nedostatek času. Zde se má domněnka nepotvrdila. Předpokládala jsem, že hlavním důvodem budou zdravotní problémy.

Pacienti, kteří zkoušeli redukovat hmotnost již před operací, si vybírali ze způsobů uvedených v dotazníku hlavně dietu a dietní opatření. Dále užívali léky a koktejly na hubnutí. V menší míře pak zkoušeli zvýšení pohybové aktivity. Ostatní možnosti jako změna životního stylu, návštěvy psychologa, akupunkturu zkoušelo podstatně méně respondentů. Do položky jiné uvedli respondenti lázně, hladovku a 2x se zde vyskytla bandáž žaludku.

Velmi mne překvapilo, že se zde jako jedna z uvedených možností pro redukci váhy vyskytla bandáž žaludku, protože ta je také jednou z chirurgických metod léčby obezity.

Doba, po kterou vydrželi pacienti hubnout, činila 1 - 2 měsíce u 13 (32%) respondentů, 2 – 6 měsíců u 14 (35%) respondentů. Méně než měsíc vydrželo hubnout 5 (13%) lidí. Naopak 6 měsíců – rok hublo 6 (15%) respondentů. Více jak rok uvedli 2 (5%) pacienti.

Při odpovědi na otázku „kolik byl Váš nejvyšší váhový úbytek“, uvedlo nejvíce respondentů 21 (53%) 5 – 10 kg, odpověď 1 – 5 kg zvolilo 12 (30%) respondentů, 10 – 20 kg uvedlo 6 (15%) pacientů, 1 (2%) pacient uvedl možnost více jak 20 kg.

Dalších 12 otázek je zaměřeno na operační zákrok – robotickou tubulizaci žaludku. Zajímaly mě důvody, které pacienty vedly k podstoupení tohoto zákroku. Pacienti uváděli hlavně zdravotní problémy 21 (42%) (bolesti zad, kloubů, vysoký tlak a „cukrovku“), estetický vzhled, společenské důvody, pracovní důvody, neschopnost otěhotnět, ale vyskytly se i důvody jako líbit se partnerovi, kvůli rodině, omezená hybnost. Můj předpoklad se v tomto případě potvrdil. Domnívala jsem se, že většina pacientů podstoupila tuto operaci ze zdravotních důvodů. I když jsem doufala, že zde pacienti odpovědí „kvůli sobě“, což napsala pouze jedna pacientka.

Představa pacientů o redukci hmotnosti po operaci je u největšího počtu respondentů 30 (60%) – 30% váhy. 12 (24%) pacientů uvedlo, že mají představu o redukci hmotnosti 40% váhy. Možnost 20% váhy zvolilo 7 (14%) respondentů. Jedna pacientka (2%) má představu, že zhubne po operaci více jak 40% váhy. Při vyhodnocování dotazníku jsem sledovala vypočítané BMI a představu redukce váhy po operaci. Zjistila jsem, že čím vyšší mají pacienti BMI, tím vyšší je jejich představa o zhubnutí.

Na otázku č. 12 převážná většina pacientů 48 (96%) uvedla, že byla dostatečně poučena o průběhu operace a pooperační péči. Dva pacienti (4%) postrádaly informace ohledně stravovacího režimu a o rehabilitaci po operaci. Z těchto výsledků usuzuji, že prováděná edukace před operací je důkladná a pečlivá.

Pacienti měli po operaci vždy zavedený periferní žilní vstup, žaludeční sondu a odvodný drén, 20 (40%) mělo po operaci zavedený ještě permanentní močový katétr, 1 (2%) respondent měl zavedený centrální žilní katétr, 2 (4%) měli ponechanou endotracheální rourku z operačního sálu. Periferní žilní vstup, žaludeční sondu, drén, močovou cévku, endotracheální rourku, arteriální katétr a centrální žilní katétr měli 2 (4%) pacienti.

Tyto invazivní vstupy byly nepříjemné 46 (92%) pacientům, což je převážná většina dotazovaných. Ostatní 4 (8%) zakroužkovali odpověď „ne, nebylo mi to nepříjemné“.

Na otázku „ Který vstup vám byl nejvíce nepříjemný“ volili pacienti i více možností. Nejvíce pacientům vadila žaludeční sonda, pak močový katétr a drén. Z reakcí pacientů po operaci, jsem usoudila, že právě žaludeční sonda je největší problém. Což se mi po vyhodnocení dotazníku potvrdilo.

Další otázka byla zaměřena na zjištění, z jakého důvodu byl tento vstup nepříjemný. Pacienti uváděli i více důvodů. Většina dotázaných označila možnost d) z důvodu omezení při pohybu a e) z důvodu omezení při hygieně. Bolest tlakovou pociťovalo 12 pacientů, bolest bodavou 3 pacienti a bolest pálivou 9 pacientů. Vstup vadil ve 14 případech z důvodu ztíženého mluvení, 8 respondentů zakroužkovalo možnost g) z důvodu obavy z komplikací.

Když pacienti hodnotili informace získané od personálu ohledně pitného režimu a dietních opatření, o rehabilitaci po operaci a o významu ponechání invazivních vstupů nevyskytla se odpověď d) o ničem mne neinformovali. 29 (58%) pacientů získalo informace o všem, 10 (20%) pacientů bylo poučeno o pitném režimu a dietních opatření a o významu ponechání invazivních vstupů, 4 (8%) pacienti uvedly, že byli poučeni o pitném režimu a o rehabilitaci, 4 (8%) byli poučeni pouze o pitném režimu, 2 (4%) o rehabilitaci a 1 (2%) pacient o významu ponechání invazivních vstupů.

Dále jsem se zaměřila na výskyt pooperačních komplikací. U 21 (42%) dotázaných se vyskytly pooperační komplikace, 29 (58%) se nevyskytly žádné pooperační komplikace.

Na otázku č. 19 odpovídali pouze respondenti, kteří v předcházející otázce odpověděli kladně. Pacienti uváděli jako nejčastější pooperační komplikaci zvracení. To se vyskytlo v 16 případech. V 9 případech se vyskytla velká bolestivost. Tato komplikace mne velmi překvapila, neboť pacientům se ihned po odeznění anestézie, aplikují opiáty v krátkých časových intervalech (nejčastěji Dolsin 100mg nebo Dipidolor 15 mg s. c. á 4 – 6 hodin). Většina nemocných hodnotí bolest dvě hodiny po operaci na škále VAS 1 – 2. Ve dvou případech se objevily všechny uvedené komplikace, jedna pacientka uvedla jako pooperační komplikaci horečku. I v tomto případě se potvrdila moje domněnka a to, že nejčastější pooperační komplikací je zvracení.

Předposlední otázka zněla „ Podstoupil (a) byste tento zákrok znovu?“, respondenti ve 34 (68%) odpovědích uvedli „ ano“. U 16 (32%) dotázaných zněla odpověď „ ne“. Tuto operaci by znovu podstoupili pacienti, kteří neměli pooperační komplikaci anebo se u nich vyskytla jako pooperační komplikace – zvracení. Ostatní pacienti by tento zákrok již nepodstoupili.

V poslední otázce se mohli pacienti k této problematice tubulizace žaludku a pooperační péči vyjádřit. Vlastní názor napsalo pět pacientů. Komentář byl kladný např. „jsem rád, že jsem tuto operaci podstoupil a mohu se vrátit do normálního života“ nebo „je to dobrá věc, protože obézní lidé mohou trvale zhubnout“. Jedna pacientka chválila vstřícný přístup a ochotu personálu. Záporný komentář uvedli dva pacienti. Oba podobný názor „ operace nestojí za problémy a komplikace, které se u mne vyskytly“.

Závěr

Bakalářská práce se týká shrnutí základních informací o problematice obezity a „nové“ chirurgické metody léčení obezity - robotické tubulizace žaludku.

V teoretické části práce je rozebírána problematika obezity, okrajově je zmiňována konzervativní a chirurgická léčba obezity. Především jsem se však zabývala operační metodou – robotickou tubulizací žaludku. Popisovala jsem práci robotického operačního systému da Vinci, předoperační péči o pacienty, průběh operace a dietní opatření po operaci.

Empirická část práce byla zaměřena na zpracování a předložení komplexní pooperační péče u pacientů po robotické sleeve gastrektomii včetně ošetrovatelského procesu. Součástí empirické části bylo i provedení dotazníkového šetření a jeho následná analýza, která hodnotí jednotlivé otázky směřující z části k problematice obezity a z části přímo k tomuto operačnímu zákroku.

Snažila jsem se ucelit sestřím ošetrovatelskou péči po operaci a vytvořit ošetrovatelský proces, kterým by se mohly inspirovat, a mohl by jim pomoci při ošetřování pacientů po této operaci.

Tato metoda léčby obezity se používá, když selžou ostatní jednodušší možnosti léčby a především u nemocných trpící morbidní obezitou. Kladným přínosem robotické sleeve gastrektomie pro pacienty je krátká doba hospitalizace a poměrně velký výsledný efekt. Z mého pohledu považuji za nedostatek celkem vysoký výskyt pooperačních komplikací, i když se převážně jedná o komplikaci zvracení. Velmi potěšující je, že téměř všichni pacienti hodnotili kladně edukaci o zákroku a pooperační péči. Z chování a pozorování pacientů při jejich ošetřování jsem si utvořila názor, že jim po operaci nejvíce vadí žaludeční sonda, což mi výzkum potvrdil.

Při celkovém shrnutí musím konstatovat, že jsem s vyhodnocenými výsledky spokojena. Odpověděla jsem si na otázky, které jsem si kladla při ošetřování pacientů. Již od začátku, kdy se začali v naší nemocnici tyto operace provádět, mě zajímalo, z jakých důvodů pacienti podstupují tento ne právě jednoduchý způsob redukce hmotnosti. Jestli si myslí, že byli dostatečně poučeni o této metodě a pooperační péči před operací. Který z invazivních vstupů pacientům vadil nejvíce a jaké pooperační komplikace se vyskytly a u kolika pacientů a jestli by pacienti podstoupili tento zákrok znovu.

Domnívám se, že jsem splnila cíle, které jsem si vytyčila.

Anotace

Autor: Klímová Markéta

Instituce: Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové
Oddělení ošetrovatelství

Název práce: Význam robotické tubulizace žaludku s pohledu pacienta

Vedoucí práce: prim. MUDr. Jaroslav Tvarůžek, Mgr. Eva Vachková

Počet stran: 80

Počet příloh: 2

Rok obhajoby: 2009

Klíčová slova: obezita, robotický systém da Vinci, tubulizace žaludku

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část pojednává o problematice obezity, o možnosti léčby obezity, o robotickém operačním systému da Vinci. Především je zaměřena na operační metodu robotickou tubulizaci žaludku. Dále shrnuje předoperační péči o pacienta po této operaci. Také se okrajově zmiňuje o psychologické podpoře a péči o pacienta po zákroku.

Empirická část shrnuje pooperační péči o pacienta po této operaci, obsahuje možné ošetrovatelské diagnózy. Dále pomocí dotazníku zjišťuje důvody, které pacienty vedly k podstoupení zákroku, rozdíly ve zvládnání pooperační péče mezi jednotlivými pacienty. Dotazuje se na druh a množství časných pooperačních komplikací. Zjišťuje, zda pacienti před tímto výkonem zkoušeli jiný způsob redukce váhy a jaký konkrétně. Také se zabývá představou pacientů o redukci váhy po výkonu. Zkoumaný vzorek tvoří 50 pacientů po robotické sleeve gastrektomii.

The bachelor's thesis is divided into two parts. The theoretical part deals with the obesity issue, with possibility of obesity treatment, with robot operating system ad Vinci. Mainly, it is focused on an operating method of robot-assisted tubulisation of the stomach. Further, it summarizes the pre-operative care of the patient after this operation. It also touches on psychological support and care of the patient after the operation tangentially.

The empirical part summarizes the postoperative care of the patient after this operation, contains possible nursing diagnoses. Further, by means of a questionnaire, it finds out the reasons making the patients undergo the intervention, the differences in coping with post-operative care between individual patients. It asks about the type and quantity of early

postoperative complications. It finds out, whether the patients tried an alternative method of weight reduction before this operation and what in particular. It also deals with patient's idea of weight reduction after the operation. The sample surveyed comprises 50 patients after the robot-assisted sleeve gastrectomy.

Použitá literatura

1. SVAČINA, Š., a kol., *Klinická dietologie*, Grada Publishing, Praha, 2008, 1. vydání, s. 384, ISBN 978-80-247-2256-6
2. GROFOVÁ, Z., *Nutriční podpora, praktický rádce pro sestry*, Grada Publishing, Praha, 2007, 1. vydání, ISBN 978-80-247-1868-2
3. KUNEŠOVÁ, M., *Obezita – etiopatogeneze, diagnostika a léčba*, [cit. 2009-02-10] Dostupné na <http://www.solen.cz/pdfs/int/2004/09/04.pdf>
4. VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČR, [cit. 2009-02-08] Dostupné na http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Klienti/Prevence/Cteniprozdravi/VZP_Obezita.pdf
5. HAINER, V., *Obezita*, Triton, Praha, 2003, 2. vydání, ISBN 80-7254-384-9
6. ZENTIVA, k. s., [cit. 2009-02-8] Dostupné na <http://www.linda-linie.cz/cps/rde/xchg/lindalinie/xsl/jak-merit-obezitu.html>
7. KOČVAROVÁ, E., *Obezita a nadváha jako epidemie 21. století*, [cit. 2009-02-10] Dostupné na <http://www.nadvaha.kvalitne.cz/etiopatogeneze.html>
8. NUTRICIA Clinical 2007, [cit. 2009-02-10] Dostupné na <http://www.vyzivavnemoci.cz/?module=vyziva-pri-nadorovem-onemocneni&submodule=potravinova-pyramida>
9. KASALICKÝ, M., *Tubulizace žaludku*, TRITON, Praha, 2007, 1. vydání, ISBN 978-80-7254-957-3
10. ISCARE IVF a.s., [cit. 2009-02-15] Dostupné na <http://www.iscare.cz/topic.php?article=15>
11. Banding klub ČR, [cit. 2009-02-12] Dostupné na <http://www.bandingklub.cz/gastricky-zaludecni-bypas.phtml>
12. NEMOCNICE Sv. ZDISLAVY, Press Kit, interní materiály. Velké Meziříčí, 2007, s. 6
13. PETERKA, R., *Na operaci u robota*, Pražská pětka, 12/2005, s. 12
14. PETER, R., *Výzkum a vývoj, Nové technologie, Představení komerčních projektů a firem*, [cit. 2009-03-13] Dostupné na [Hptt://www.inovace.cz/vyzkum-a-vyvoj/roboticky-system-da-vinci/](http://www.inovace.cz/vyzkum-a-vyvoj/roboticky-system-da-vinci/)
15. DOENGES, M., E., MOORHOUSE, M., F., *Kapesní průvodce zdravotní sestry*, Grada Publishing, Praha, 2001, 2. vydání, s. 568, ISBN 80-247-0242-8

16. HUČÍN, J., POLÁKOVÁ, Z., ÚIV, 2004, [cit. 2009-04-03] Dostupné na <http://www.rvp.cz/soubor/00341-02.pdf>
17. NEMOCNICE SV. ZDISLAVY MOSTIŠTĚ, [cit. 2009-03- 21] Dostupné na http://www.nszmostiste.cz/index.asp?levl=158005802&menu_id=016&lang_=CZ

Seznam zkratek

BMI – Body mass index

WHR – waist to hip ratio

BIA – bioelektrická impedance

EKG - elektrokardiografie

RTG – Rentgen

BIB – intragastrický balón

TK – tlak krve

P – puls

O₂ – kyslík

CO₂ – oxid uhličitý

ARDS – akutní syndrom respirační tísně

JIP – Jedinotka intenzivní péče

VAS – vizuální analogová škála

Na – sodík

K – draslík

Cl – chloridy

INR - International Normalized Ratio

APTT - aktivovaný parciální tromboplastinový čas

tj. - to je

např. - například

apod. – a podobně

tzv. – takzvané

s.c. – subkutánně

WHO – Světová zdravotnická organizace

ca – karcinom

Seznam tabulek	str.
Tabulka 1: BMI a souvislost se zdravotními riziky	12
Tabulka 2: Obvod pasu	13
Tabulka 3: Ošetřovatelský proces	32
Tabulka 4: Pohlaví	43
Tabulka 5: Dosažené vzdělání	45
Tabulka 6: Zkoušené způsoby redukce váhy před operací	47
Tabulka 7: Důvody, pro které pacienti nezkoušeli hubnout jiným způsobem	48
Tabulka 8: Zkoušené způsoby redukce váhy	48
Tabulka 9: Doba, po kterou pacienti vydrželi hubnout	50
Tabulka 10: Nejvyšší váhový úbytek	51
Tabulka 11: Důvody k podstoupení zákroku	51
Tabulka 12: Představa o váhovém úbytku po operaci	53
Tabulka 13: Dojem pacientů o dostatečném poučení	54
Tabulka 14: Zavedené invazivní vstupy po operaci	55
Tabulka 15: Nepříjemnost invazivních vstupů	56
Tabulka 16: Nejvíce nepříjemný invazivní vstup	56
Tabulka 17: Důvod nepříjemnosti vstupu	57
Tabulka 18: Informovanost po operaci	59
Tabulka 19: Výskyt pooperačních komplikací	60
Tabulka 20: Komplikace	60
Tabulka 21: Opětné podstoupení zákroku	61

Seznam grafů	str.
Graf č. 1: Pohlaví	43
Graf č. 2: Věk	44
Graf č. 3: Dosažené vzdělání	45
Graf č. 4: BMI	46
Graf č. 5: Zkoušené způsoby redukce váhy před operací	46
Graf č. 6: Důvody, pro které pacienti nezkoušeli hubnout jiným způsobem	47
Graf č. 7: Doba, pro kterou pacienti vydrželi hubnout	49
Graf č. 8: Nejvyšší váhový úbytek	50
Graf č. 9: Představa o váhovém úbytku po operaci	52
Graf č. 10: Dojem pacientů o dostatečném poučení	53
Graf č. 11: Zavedené invazivní vstupy po operaci	54
Graf č. 12: Nepříjemnost invazivních vstupů	55
Graf č. 13: Informovanost po operaci	58
Graf č. 14: Výskyt pooperačních komplikací	59
Graf č. 15: Opětné podstoupení zákroku	61

Seznam obrázků	str.
Obr. 1: Potravinová pyramida	17
Obr. 2: Adjustabilní bandáž žaludku	19
Obr. 3: Gastrický bypass	20
Obr. 4: Intragastický balon	20
Obr. 5: Tubulizace žaludku	21
Obr. 6: Robotický systém da Vinci – operační konzole	23
Obr. 7: Robotický systém da Vinci – operační ramena	23
Obr. 8: Robotický systém da Vinci – přístrojová věž	24
Obr. 9: Operační poloha nemocného	25

Seznam příloh	str.
Příloha 1: Dotazník	76
Příloha 2: Žádost o povolení výzkumného šetření	80

Přílohy

Příloha 1: DOTAZNÍK

Dobrý den, jmenuji se Markéta Klímová a jsem studentkou 3. ročníku Ošetřovatelství Univerzity Karlovy Lékařské fakulty v Hradci Králové. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto **anonymního** dotazníku. Dotazník bude sloužit pouze k vypracování mé bakalářské práce na téma: „Význam robotické tubulizace žaludku z pohledu pacientů. Dotazník vyplňte následujícím způsobem: všechny hodící se odpovědi zakroužkujte, slovní odpověď napište prosím hůlkovým písmem. V případě nejasností se prosím obraťte na sestru nebo lékaře. Chtěla bych Vám poděkovat za Váš čas strávený vyplněním dotazníku.

1. Pohlaví
 - a) muž
 - b) žena

2. Váš věk.....

3. Dosažené vzdělání:
 - a) základní
 - b) střední odborné
 - c)středoškolské
 - d)vyšší odborné
 - e)vysokoškolské

4. Vaše váhakg (před operací), vaše výška.....cm

5. Zkoušel (a) jste před operací i jiné způsoby redukce váhy?
 - a) ano (přejděte k otázce č. 7.)
 - b) ne (odpovězte na otázku 6, a pak přejděte na otázku č. 10)

6. Z jakého důvodu jste nezkoušel (a) hubnout jiným způsobem?
- a) zdravotní problémy
 - b) finanční hledisko
 - c) nedostatek času
 - d) jiné (vypište).....
7. Jaké způsoby na snížení váhy jste zkoušel (a)? (označte všechny způsoby)
- a) dieta, úprava jídelníčku
 - b) zvýšení pohybové aktivity (sport)
 - c) léky a koktejly na hubnutí
 - d) změna životního stylu
 - e) návštěvy psychologa
 - f) akupunktura
 - g) jiné(vypište).....
8. Pokud jste zkoušel (a) snížit váhu výše uvedeným způsobem, jak dlouho jste vydržel(a)?
- a) méně než měsíc
 - b) měsíc až 2 měsíce
 - c) 2 až 6 měsíců
 - d) 6 měsíců až rok
 - e) více než rok
9. Kolik byl Váš nejvyšší váhový úbytek?
- a) 1 až 5 kg
 - b) 5 až 10 kg
 - c) 10 až 20 kg
 - d) více jak 20 kg
10. Popište, prosím, vlastními slovy Váš hlavní důvod k podstoupení zákroku?
-
11. Jaká je vaše představa o váhovém úbytku po operaci?
- a) 10% vaší váhy
 - b) 20% vaší váhy
 - c) 30% vaší váhy
 - d) 40% vaší váhy
 - e) více jak 40% vaší váhy

12. Máte dojem, že jste byl (a) před zákrokem dostatečně poučen (a) o průběhu zákroku a pooperační péči?

a) ano

b) ne, kterou informace jste postrádal(a) (prosím vypište)

.....

13. Po operaci jste měl (a) zavedené tyto invazivní vstupy (označte všechny, které jste měl (a))

a) žilní vstup

b) žaludeční sondu

c) drén

d) močovou cévku

e) jiné (vypište).....

14. Bylo Vám to nepříjemné?

a) ano

b) ne (přejděte k otázce č. 17)

15. Který vstup Vám byl nejvíce nepříjemný?

a) žilní vstup

b) žaludeční sonda

c) drén

d) močová cévka

e) jiné (vypište).....

16. Z jakého důvodu Vám byl tento vstup nepříjemný ?

a) z důvodu bolesti tlakové

b) z důvodu bolesti bodavé

c) z důvodu bolesti pálivé

d) z důvodu omezení při pohybu

e) z důvodu omezení při hygieně

f) z důvodu ztíženého mluvení

g) z důvodu obavy z komplikací

17. Po operaci mne personál informoval:
- a) o pitném režimu a dietních opatřeních
 - b) o rehabilitaci po operaci
 - c) o významu ponechání zavedení invazivních vstupů
 - d) o ničem mne neinformovali
18. Vyskytly se u Vás po operaci pooperační komplikace?
- a) ano
 - b) ne (přejděte k otázce č. 20)
19. Vyskytly se u mne následující pooperační komplikace:
- a) dechové potíže po operaci
 - b) zvracení
 - c) krvácení z operační rány
 - d) velká bolestivost
 - e) infekce v místě žilního vstupu
 - f) nutnost druhé operace, kvůli „ nezdařené“ první operaci
 - g) jiné (vypište).....
20. Podstoupil (a) byste tento zákrok znovu?
- a) ano
 - b) ne

21. Vlastní komentář – pokud chcete k této problematice něco dodat, zde máte prostor.

.....

Došel (došla) jste na konec dotazníku. Prosím zkontrolujte, zda jste uvedl (a) odpovědi na výše uvedené otázky. Mnohokrát Vám děkuji za čas strávený vyplněním tohoto dotazníku a přeji Vám úspěšné hubnutí.

DĚKUJI

Markéta Klímová

