

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2018

Alena Langová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Alena Langová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**ROLE SESTRY V PÉČI O OBÉZNIHO PACIENTA V
CHIRURGII**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Jitka Krocová

PLZEŇ 2018

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem.(K vyzvednutí na sekretariátu katedry.)Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

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

V Plzni dne

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji PhDr. Mgr. Jitce Krocové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů a velmi příjemnou spolupráci. Dále děkuji své rodině a přátelům za pochopení, trpělivost a podporu.

Anotace

Příjmení a jméno: Langová Alena

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Role sestry v péči o obézního pacienta v chirurgii

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Jitka Krocová

Počet stran – číslované: 61

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 15

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 30

Klíčová slova: obezita – obézní pacient - chirurgická léčba – role sestry - ošetrovatelská péče v chirurgii – komplikace obezity v chirurgické péči

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá rolí sestry při poskytování ošetrovatelské péče obézním pacientům v chirurgii. Teoretická část práce je zaměřena na popis obezity, komplikací spojených s tímto onemocněním a možností prevence, podpory a léčby. Dále je práce zaměřena na poskytování ošetrovatelské péče před, během a po operačním výkonu u obézních pacientů, a na rizika spojená s ošetrovatelskou péčí u těchto pacientů. Praktická část poskytuje údaje získané na základě zkušeností, znalostí, názorů a návrhů všeobecných sester chirurgického oddělení a operačního sálu, které se týkají komplikací spojených s poskytováním ošetrovatelské péče obézním pacientům. Na základě výzkumného šetření jsou v závěru práce formulovány odpovědi na výzkumné otázky.

Annotation

Surname and name: Langová Alena

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: The role of a nurse in the care of an obese patient in surgery

Consultant: PhDr. Mgr. Jitka Krocová

Number of pages – numbered: 61

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 15

Number of appendices: 5

Number of literature items used: 30

Keywords: obesity - obese patient - surgical treatment - role of nurse - nursing care in surgery - complications of obesity in surgical care

Summary:

The bachelor thesis deals with the role of the nurse in providing nursing care to obese patients in surgery. The theoretical part of the thesis is focused on the description of obesity, the complications associated with this disease and the possibilities of prevention, support and treatment. Furthermore, the work is focused on providing nursing care before, during and after surgery in obese patients and the risks associated with nursing care in these patients. The practical part provides data gained from the experience, knowledge, views and suggestions of nurses of the Surgical Unit and the operating room regarding the complications associated with the provision of nursing care to obese patients. Based on the research, at the end of the thesis are formulated answers to research questions.

OBSAH

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 OBEZITA	12
1.1 Obezita a současnost	12
1.2 Historický pohled na obezitu	12
1.3 Klasifikace obezity	13
1.4 Typy obezity	14
2 ETIOPATOGENEZE OBEZITY	15
2.1 Energetická bilance	15
2.1.1 Energetický příjem	15
2.1.2 Energetický výdej	15
2.2 Vliv genetických faktorů na obezitu	16
2.3 Ostatní faktory podporující vznik obezity	16
3 PREVENCE OBEZITY.....	18
4 KOMPLIKACE OBEZITY	19
5 LÉČBA OBEZITY	20
5.1 Dietní léčba a fyzická aktivita	20
5.2 Farmakologická léčba	20
5.3 Chirurgická léčba	21
5.4 Psychologická léčba obezity	22
6 PSYCHICKÉ A SPOLEČENSKÉ DŮSLEDKY OBEZITY.....	23
7 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	24
7.1 Sestra a její role v ošetrovatelské péči	24
7.2 Ošetrovatelská péče u obézních pacientů při chirurgické léčbě	25
7.2.1 Edukace	26
7.2.2 Hygienická péče	26
7.2.3 Polohování pacienta a vhodné pomůcky	27
7.2.4 Hodnocení bolesti	28
7.2.5 Předoperační příprava.....	28
7.2.6 Perioperační péče.....	28
7.2.7 Pooperační péče	29
7.3 Pracovní rizika zdravotníků při ošetřování obézních pacientů	30
PRAKTICKÁ ČÁST	32
8 FORMULCE PROBLÉMU	32
9 CÍL VÝZKUMU	33

9.1	Dílčí cíle.....	33
10	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	34
11	DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY.....	35
12	CHARAKTERISTIKA SOUBORU A VÝBĚR PŘÍPADU	36
13	ORGANIZACE VÝZKUMU A ZPŮSOB ZÍSKÁVÁNÍ INFORMACÍ	37
14	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	38
14.1	Otevřené kódování	38
	Kategorie S1:	38
	Kategorie S2:	41
14.2	Axiální kódování.....	44
	Tabulka 2 – Axiální kódování kategorií S1	44
	Tabulka 3 – Axiální kódování kategorií S2.....	45
14.3	Selektivní kódování.....	46
15	ANALÝZA ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ.....	52
	DISKUZE	54
	ZÁVĚR.....	60
	SEZNAM LITERATURY	62
	SEZNAM ZKRATEK	65
	SEZNAM TABULEK	66
	SEZNAM GRAFŮ	67
	SEZNAM OBRÁZKŮ	68
	SEZNAM PŘÍLOH	69

ÚVOD

Obezita je celosvětovým problémem. Dnes se s nadváhou potýká až miliarda obyvatel naší planety, přičemž Česká republika patří k zemím s největší mírou obezity na světě. Vznik obezity ovlivňují nepříznivé genetické vlivy, životní podmínky, životní styl, ale hlavně prostředí, ve kterém jedinec od narození získává stravovací návyky, a vztah k pohybové aktivitě. Ze zdravotního hlediska je obezita označena jako závažné chronické a metabolické onemocnění. Přidružené choroby a komplikace spojené s obezitou snižují kvalitu života a mohou být příčinou předčasné smrti. Nadváha způsobuje problémy s obsluhou samotným jedincům, ale také rodinným příslušníkům, kteří v případě potřeby o obézního jedince pečují. V případě umístění obézního jedince do zdravotnického zařízení je nutné materiální vybavení a personální zajištění, což bohužel mnohdy chybí.

Především všeobecné sestry chirurgického oddělení při plánování ošetrovatelských činností před operací, během a po operaci musí zajistit pomůcky, vybavení a další zdravotnické prostředky nutné k poskytování kvalitní a bezpečné ošetrovatelské péče. Často se sestry potýkají právě s nedostatkem pomůcek, vybavení či zařízení, které by náročnou práci při překladech a polohování obézních pacientů usnadnilo. Velmi problematické jsou překlady a polohování při odpolední nebo noční službě, kdy je omezen i počet personálu. V předoperační přípravě by se měla věnovat větší pozornost edukaci, zvláště u obézních pacientů, protože mívají snížené sebevědomí a stydí se zeptat. Pro časovou vytíženost sester jsou mnohdy pacientovi sděleny jen ty nejnnutnější informace. K lepšímu zpřístupnění a zpřehlednění operačního pole je zapotřebí často upravit operační polohu, například proto, že délka chirurgických nástrojů je nedostatečná. Překlad obézního pacienta po operačním výkonu bývá také obtížný. Jednak sám pacient je po anestezii utlumen a není schopen aktivní spolupráce, ale především rolovací podložka nestačí a pro personál je překlad fyzicky velmi náročný. Pooperační péče u obézních pacientů by měla být více zaměřena na včasnou mobilizaci, edukaci v dodržování dietního režimu či správného životního stylu, zvýšenou hygienickou péči a polohování, což může pozitivně ovlivnit hojení operační rány.

Podnětem k bakalářské práci byl stále rostoucí počet obézních pacientů hospitalizovaných na chirurgickém oddělení.

Bakalářská práce je zaměřena na roli sestry při poskytování ošetrovatelské péče u oběžního pacienta podstupujícího operační výkon. Cílem je zmapovat předoperační, perioperační a pooperační ošetrovatelskou péči z pohledu všeobecných sester lůžkového oddělení a operačního sálu. K dosažení cíle bylo provedeno šetření formou polostrukturovaného rozhovoru se všeobecnými sestrami na lůžkovém chirurgickém oddělení a operačním sále. Otázky byly zaměřené na bezpečnost při manipulaci, kvalitu ošetrovatelské péče a komplikace při manipulaci spojené s operačním výkonem. Na základě získaných odpovědí bylo provedeno porovnání poskytování ošetrovatelské péče o oběžního pacienta na lůžkovém oddělení a operačním sále.

TEORETICKÁ ČÁST

1 OBEZITA

Obezita je nemoc, při které dochází za působení více faktorů k pozitivní energetické bilanci, což vede k nadměrnému hromadění tukové tkáně v organismu. Jedná se o nejrozšířenější metabolické onemocnění, vedoucí ke vzniku a rozvoji přidružených onemocnění.

1.1 Obezita a současnost

V současnosti patří obezita po zdravotní stránce mezi vysoce rizikový faktor, vedoucí ke vzniku závažných onemocnění. Jedná se především o kardiovaskulární choroby včetně hypertenze, dyslipidémie, vznik diabetu 2. typu, onemocnění žlučníku, dochází k postižení pohybového systému. Obézní lidé trpí psychickými poruchami. Mezi závažnější onemocnění patří určitá onkologická onemocnění, cévní mozkové příhody, infarkt myokardu a jiné (Fried, 2011, s. 17).

Celosvětově je zaznamenán výrazný nárůst obézní populace, a to nejen ve vyspělých státech, ale i v rozvojových zemích. Dle statistických údajů Všeobecné zdravotní pojišťovny z ledna 2011 je v České republice s nadváhou a obezitou 55% obyvatel a 45% obyvatel s ideální váhou. Bylo prokázáno, že lidé začínají přibývat na váze po 30. roce života v důsledku špatných stravovacích návyků a nedostatečné pohybové aktivity. V rodinách, kde rodiče trpí obezitou, je 3x vyšší pravděpodobnost, že jejich potomci se budou také potýkat s nadváhou či obezitou (Kasalický, 2011, s. 8).

1.2 Historický pohled na obezitu

V dobách minulých jsme se s obézními osobami setkávali spíše v bohatých rodinách. Naopak chudá většina populace se potýkala s bídou a hladověním. Již ve starověkém Egyptě lidé trpěli obezitou, což je doloženo podrobným zkoumáním mumií. Dalším průkazem obezity z historie je soška Věstonické venuše z jižní Moravy. Ve starověkém Řecku a Římě představitelé medicíny Hippokrates i Galén ve svých

knihách popisovali zdravotní komplikace obezity a doporučovali vhodnou výživu a dostatek pohybu při práci. V dobách středověku evropský prostý lid trpěl hladomorem, avšak bohatá vrchnost přejídáním se tučnými pokrmy a nedostatkem pohybu měla spíše sklony k obezitě. V barokním období byla otlá postava vzorem krásy a opěvovaným v umění. V 18. a 19. století se obezita stávala více sledovaným zdravotním problémem. Belgický matematik A. Quetelet definoval index tělesné hmotnosti: Body Mass Index – BMI, který se začal využívat při klasifikaci obezity na konci 20. století. Současně se v tomto období rozvíjí chirurgická léčba obezity miniinvazivní operační metodou, jejímž úkolem je zmenšit množství přijímané stravy. Provádí se buď výkon zmenšující objem žaludku - restriktivní, nebo resekční výkon – malabsorpční. Neoperační, ale zajímavou metodou, je kognitivně behaviorální léčba obezity, což znamená návyk správnému stravovacímu a pohybovému režimu (Kasalický, 2011, s. 12-13).

1.3 Klasifikace obezity

Obezitu nejčastěji hodnotíme tzv. indexem tělesné hmotnosti – BMI (Body Mass Index). Jedná se o podíl tělesné hmotnosti a druhé mocniny tělesné výšky v metrech:

$$\text{BMI} = \text{hmotnost v kg} / (\text{výška v m})^2$$

Za správný se považuje obsah tuku u žen mezi 23-30% a u mužů mezi 20-25%. Přesné měření tuku v organizmu je náročné. U osob nad 18 let je obezita klasifikována jako BMI > 30 kg/m² a nadváha jako BMI v rozsahu 25-29,9 kg/m². Většina lidí s nadváhou se během svého života dopracuje až k obezitě. Ovšem hodnocení obezity podle BMI však nezohledňuje spoustu aspektů. Především u mužů může BMI ovlivnit množství svalové hmoty, kdy se mohou snadno dostat na stupeň nadváhy či obezity, přičemž obsah tuku může být v normě (Kasalický, 2011, s. 14-15).

Tabulka 1 - Klasifikace obezity podle WHO (Světová zdravotnická organizace)

Klasifikace	BMI	Riziko komplikací
Podváha	< 18,5	nízké
Normální váha	18,5-24,9	průměrné
Zvýšená váha	≥ 25	
Nadváha	25-29,9	mírně zvýšené
Obezita I. stupně	30-34,9	středně zvýšené
Obezita II. stupně	35-39,9	velmi zvýšené
Obezita III. stupně	≥ 40	vysoké

Zdroj: Kasalický, 2011

1.4 Typy obezity

Z obecného pohledu rozeznáváme tukovou tkáň podkožní (subkutánní) a tukovou tkáň nitrobřišní (viscerální). V podkoží se nachází 70-80% veškeré tukové tkáně v organismu. Ovšem více metabolicky aktivnější je nitrobřišní tuková tkáň, i když je jí v organismu podstatně méně 20-30% celkového tuku. V lidském těle rozlišujeme dle lokalizace nahromadění tuku dva základní typy obezity. Pokud nacházíme více tukové tkáně v oblasti hýždí a stehen, jedná se o gynoidní typ obezity, vyskytující se především u žen. Tento typ je méně nebezpečný pro vznik metabolických komplikací. Druhý tzv. androidní neboli centrální typ obezity, pro nějž je typické hromadění nitrobřišního tuku, je vysoce rizikový pro vznik metabolických a kardiovaskulárních chorob. Pouhým změřením obvodu pasu dokážeme zjistit množství nitrobřišního tuku. Mezinárodní diabetická federace definuje centrální obezitu u Evropanů obvodem pasu 94 cm u mužů a 80 cm u netěhotných žen. Pokud hodnoty vzrostou, je větší pravděpodobnost vzniku metabolických komplikací obezity, a to i v případě, že výpočet BMI je v normě či na stupni nadváhy (Kasalický, 2011, s. 14-15).

2 ETIOPATOGENEZE OBEZITY

2.1 Energetická bilance

Poměr mezi energetickým příjmem a energetickým výdejem by měl být vyvážený. Pozitivní energetická bilance vzniká působením prostředí a genetickými predispozicemi, jejichž důsledkem je vznik obezity. Nejčastější obezitou je běžná obezita, která vzniká jako důsledek nerovnováhy mezi energetickým příjmem a energetickým výdejem. Jedná se o osoby náchylné na akumulaci tělesného tuku při zvýšeném energetickém příjmu. Svůj podíl na vznik obezity má bezesporu dědičná náchylnost či odolnost. Tyto geny buď podporují rozvinutí obezity, jsou to tzv. obezigenní geny, oproti tomu geny leptogenní zabraňují jejímu rozvinutí (Hainer, 2011, s. 422).

2.1.1 Energetický příjem

Životním stylem a výživou ovlivňujeme celkový energetický příjem, který působí na množství tukové tkáně v těle. Základními živinami jsou tuky, cukry a bílkoviny. Všechny tyto tělu prospěšné látky by měly být zařazeny do denní stravy ve správném poměru. Tuky by neměly tvořit více než 30 % energetického příjmu, poměr živočišných a rostlinných tuků by měl být 1: 2. Sacharidy (cukry) by měly tělu dodat 55% celkové energie. Čistý protein by měl být v rozmezí 0,8 – 1g na kg hmotnosti a příjem bílkoviny ve stravě by měl tvořit 10 – 15% energie (Adámková, 2009, s. 23).

2.1.2 Energetický výdej

Nejvíce energie tělo vydává na zajištění základních životních funkcí v klidu. Klidový energetický výdej tvoří více než 50% celkového energetického výdeje. Energetický příjem v 10% je využit na vstřebávání a zpracování živin po požití stravy. Třetí složkou energetického výdeje je tělesná pohybová aktivita, jejíž pokles v současné době přispívá ke vzniku nadváhy a obezity. Průkazný je fakt, že méně sportujeme, běháme, chodíme, jezdíme na kole a více využíváme techniku, která sice šetří náš čas, ale okrádá nás o pohybovou aktivitu (Hainer, 2011, s. 25).

2.2 Vliv genetických faktorů na obezitu

Vnímatelost jedince k hromadění tělesného tuku je ovlivněna mnoha geny u běžné obezity. Společně tyto geny nazýváme kandidátní geny obezity. Náchylnost ke vzniku obezity snižují leptogenní geny a naopak obezigenní geny ji zvyšují. Vztah mezi těmito geny určuje spolu s prostředím, jestli bude či nebude jedinec obézní. Výskyt obezity v rodinách může být ovlivněn špatnými stravovacími návyky a omezením pohybu, ale většinou se jedná o přenos genetické dispozice od obézních rodičů svým potomkům. Tyto kandidátní geny mají vliv na jídelní návyky a výběr potravin, regulaci příjmu potravy, pocit hladu a sytosti, spalování živin, energetický výdej, pohybovou aktivitu, dále ovlivňují hormony regulující energetickou rovnováhu, ukládání energetických zásob, rizika spojená s obezitou a mnoho dalších. Současně s geny se na nárůst obezity významně podílí faktory obezigenního prostředí (Hainer, 2011, s. 25-27).

2.3 Ostatní faktory podporující vznik obezity

Užívání některých skupin léků a jejich kombinace způsobuje přibývání na váze, tedy obezitu. Ovlivňují regulaci tělesné hmotnosti a adipogenezi v tukové tkáni. Jedná se například o glukokortikoidy, antidiabetika, antipsychotika, antiepileptika, antihistaminika a jiné. Endokrinopatii, jejímž důsledkem je obezita, můžeme zaznamenat u Cushingova syndromu, hypogonadismu, pseudohypoparathyreozy. Nedostatek spánku, což je méně než 5 hodin denně, způsobuje 2-4 krát častější výskyt obezity, než u lidí spících 7-8 hodin. Tento deficit způsobuje hormonální a metabolická onemocnění, vedoucí ke vzniku obezity a přidružených komplikací. U obézních osob byla zjištěna přítomnost protilátek proti lidskému adenoviru v tukové tkáni a její akumulaci po prodělané adenovirové infekci. Novorozenci krmení umělou výživou na podkladě kravského mléka mají větší vnímavost ke vzniku obezity oproti dětem, které byly kojené. Je to dáno skladbou mléka. Podvýživa plodu či podvýživa novorozence představuje možnost vzniku abdominální obezity nebo metabolického syndromu v pokročilém věku. Lidé trpící obezitou si záměrně vybírají obézní partnery, což zvyšuje riziko kumulace obezigenních genů u jejich potomků. Pokud silný kuřák zanechá kouření, nepřizpůsobí energetický příjem ve smyslu snížení a nezvýší svoji pohybovou aktivitu, je zcela jisté, že u něj stoupne tělesná hmotnost. Ženy během svého života mění svoji hmotnost. Změna tělesné váhy nastává v období dospívání, těhotenství, po porodu a v klimaktériu. Vzestup hmotnosti po porodu

a u starších žen v přechodu je příkládán změně stravovacích návyků a pohybových aktivit, nikoliv hormonální dysbalanci (Müllerová, 2009, s. 121-126, Hainer, 2011, s. 422).

3 PREVENCE OBEZITY

Obezita patří bezesporu k onemocněním, kterému lze předcházet už od útlého věku, prakticky od narození. Dosud nebyly vynalezeny léky ani neexistuje očkování, jehož účinkem by se zabránilo vzniku a rozvoji obezity.

Nejdůležitějším způsobem v boji proti obezitě je zdravý životní styl, kam zařadíme správné stravovací návyky a dostatečnou fyzickou aktivitu. Je třeba dbát na samotnou výživu. Racionální strava, která je energeticky vyvážená a obsahuje důležité látky pro organismus, je základem pro dosažení optimální hmotnosti jedince. Neméně důležitý pro udržení normostenické postavy je pravidelný pohyb. Lidé jsou pohodlní a nevyužívají pohybový aparát při běžných denních činnostech. Chůze do práce a z práce je nahrazena jízdou autem, před chůzí po schodech je upřednostněna jízda výtahem apod. Pohybová aktivita snižuje obsah tuku dvěma způsoby. Jednak prudkým nárůstem energetického výdeje a také vyšší spotřebou energie při zvětšování objemu svalové hmoty. Nedílnou a důležitou složkou denního režimu je pitný režim. Dospělý člověk by měl denně vypít 2-3 litry tekutin. Vhodným nápojem je voda, dále neslazené čaje a ovocné šťávy. Naopak nevhodné jsou tekutiny s vysokým příjmem energie, jejichž obliba je skutečně velká u mladé generace (Adámková, 2009, s. 30-32).

V primární péči by měl již dětský praktický lékař předcházet vzniku obezity u dětí. Základem je výchovné působení na rodiče a propagace zdravého životního stylu. V rámci preventivních prohlídek u praktického lékaře by mělo být změřeno obvodu pasu, vypočítání BMI, eventuálně nabídka terapie zaměřené na redukci pacientovy hmotnosti. Možným řešením pro pacienta je doporučení k návštěvě nutriční poradny, která je součástí zdravotnických zařízení (Hlúbik, 2009, s. 12).

4 KOMPLIKACE OBEZITY

Zvýšená tělesná hmotnost oproti normálu vede ke vzniku řady onemocnění, zhoršuje kvalitu života a zvyšuje riziko úmrtí na následky závažných onemocnění. Obezita způsobuje vysílení kapacity tukové tkáně a vede k ukládání lipidů ve svalové a jaterní tkáni i pankreatu. Toto má za následek vznik inzulinové rezistence. V pankreatu hromadění lipidů způsobuje poruchu inzulinové sekrece. Inzulinová rezistence spolu s poruchou inzulinové sekrece směřují u většiny pacientů k progresi diabetu 2. typu. Ateroskleróza a její komplikace často souvisí s obezitou. Pro vznik aterosklerózy je vždy přítomna inzulinová rezistence a nadprodukce prozánětlivých faktorů. V základním rozdělení máme komplikace mechanické a metabolické. Mezi mechanické patří kloubní nemoci, dušnost, spánková apnoe, hypertrofie srdce, anesteziologické, chirurgické a porodnické komplikace. K metabolickým komplikacím řadíme diabetes mellitus 2. typu, inzulinorezistence, hyperlipoproteinémie, poruchy metabolismu lipidů a hyperurikémie. Obezita, diabetes, hypertenze a hyperlipoproteinémie je soubor onemocnění, který se nazývá metabolický syndrom. Pacienti s metabolickým syndromem jsou vystaveni vyššímu riziku vzniku aterosklerózy a jejích komplikací (Kasalický, 2011, s. 23-25).

Mezi nejčastější respirační komplikace řadíme spánkové apnoe, hypoventilace a restrikce. Kardiovaskulární komplikací bývá velmi často ischemická choroba srdeční spolu s hypertenzí, dále arytmie až srdeční selhání, ikty a varixy. Gastrointestinální komplikace obézních jsou hiátová hernie, gastroesofageální reflux, cholelithiáza, pankreatitida, jaterní steatoza. Endokrinní poruchou u žen je hyperandrogenismus a u mužů s těžkou obezitou hypogonadismus, hyposekrece růstového hormonu. Ke komplikacím pohybového aparátu patří degenerativní onemocnění kloubů a páteře, vybočená holeň. U žen trpících obezitou se vyskytují poruchy cyklu, infertilita, amenorea, pokles dělohy, záněty rodidel, komplikace v těhotenství a při porodu. Nádorová onemocnění můžeme zařadit k častým komplikacím obezity, je to především karcinom prostaty a ledvin, kolorekta, žlučníku a žlučových cest, jater a pankreatu, karcinom endometria, cervixu, dělohy, vaječníku a prsu. Obézní lidé trpí často kožními projevy, jako jsou ekzémy, mykózy, celulitida či strie. Neméně zanedbatelné jsou psychické a sociální komplikace, které zahrnují deprese, úzkost, poruchy příjmu potravy, nízké sebevědomí, poruchy motivace a společenskou diskriminaci (Hainer, 2008, s. 422).

5 LÉČBA OBEZITY

Cílem léčby obezních pacientů je především snížit jejich tělesnou hmotnost, předcházet zdravotním rizikům spojených s obezitou, pozastavit rozvoj již vzniklých onemocnění a zlepšení jejich celkového zdravotního stavu. Redukce tělesné hmotnosti o pouhých 5-10%, již vede k výraznému poklesu zdravotních komplikací (Kasalický, 2011, s. 27).

5.1 Dietní léčba a fyzická aktivita

Úkolem dietoterapie je optimalizace tělesné hmotnosti daného jedince, jejíž účinnost spočívá ve vytrvalém dodržování doporučeného stravovacího režimu. Zde platí, že příjem energie musí být menší než energetický výdej, jde o navození negativní energetické bilance. Podstatou redukční diety je snižování sacharidů pod 55% denní energetické dávky. Vhodné jsou sacharidy s nízkým glykemickým indexem, kam patří luštěniny, zelenina a určité druhy ovoce. Své místo v redukční dietě mají tuky, zvláště rostlinné a rybí. Dostatečný příjem bílkovin je zastoupen v mléčných výrobcích, mase rybím, drůbežím, králičím, telecím. Nejen kvalitní strava je důležitá, ale také pravidelnost v jídlu, rovnoměrné rozdělení energetických dávek do celého dne, omezit solení a dbát na hydrataci organismu. Svou nezastupitelnou roli při redukci tělesné hmotnosti má pravidelný pohyb. Fyzická aktivita napomáhá snižovat množství tělesného tuku spalováním nadbytečné energie. Nejvhodnější metodou je anaerobní cvičení, kdy tělo udržujeme ve středně intenzivním pohybu alespoň 50 minut. Jedná se o nejúčinnější výdej přebytečné energie (Adámková, 2009, s. 24).

5.2 Farmakologická léčba

Před zahájením farmakoterapie je důležité sledování pacienta v řádu několika měsíců. V tomto období je snahou úprava diety, zvýšení fyzické aktivity a nastavení správného denního režimu tak, aby účinek léků byl co nejvyšší. Medikament Orlistat patří do skupiny blokátorů vstřebávání tuků. Na lékařský předpis je dostupný přípravek Xenical tbl. á 120 mg a volně prodejný je přípravek Alli tbl. á 60 mg. Orlistat působí pouze lokálně

ve střevě, do těla se nevstřebává, což znamená, že nemá žádné systémové nežádoucí účinky. Pouze při dietní chybě se může objevit průjem, plynatost či nucení na stolicí. Fentermin, známý pod názvem přípravku Adipex řadíme do skupiny centrálních antiobezitik. V současnosti tento lék většina obezitologů přestala používat pro značný výskyt nežádoucích účinků a návykovost při dlouhodobém užívání (Kasalický, 2011, s. 30).

5.3 Chirurgická léčba

Léčbou obezity chirurgickou cestou se zabývá bariatrická chirurgie. Jedná se o operační výkon na zažívacím traktu, kterým chceme pomoci zlepšit nebo úplně odstranit obezitu a její komplikace. U těžce obézních pacientů, kdy dietní opatření, pohybová aktivita a farmakoterapie mají jen slabý efekt, je chirurgický zákrok nejúčinnějším přístupem léčby. Význam bariatrické chirurgie tkví v tom, že u pacientů dojde ke zlepšení celkového stavu. Především ustoupí nebo úplně vymizí většina přidružených onemocnění a tím se zlepší život po stránce sociální i ekonomické. Bariatrické výkony se v současné době provádějí miniinvazivně laparoskopickou metodou. Z pohledu rizika obézního pacienta se jedná o nejméně zatěžující a tudíž nejvhodnější výkony.

Restrikční výkony jsou založeny na zmenšení objemu žaludku. Požitím malého množství potravy dojde k zaplnění žaludku, což vyvolá pocit sytosti. Operační metodou je adjustabilní gastrická bandáž žaludku. Při tomto výkonu se zaškrtnou manžetou horní část žaludku, a tím se sníží jeho kapacita pro přijímanou potravu. Výhodou je zachování správného trávení a vstřebávání cukrů, tuků, bílkovin, vitamínů i minerálů. Další restrikční operací je tubulizace žaludku, neboli sleeve gastrektomie. Podstata této metody spočívá v odstranění části žaludku v oblasti velkého zakřivení a celého fundu. Výsledkem tohoto výkonu je zmenšení objemu žaludku. Přijímání jen malých porcí potravy vede k cílenému snižování hmotnosti. Pacient je po výkonu v péči obezitologa, který předepisuje dietní omezení a doporučuje správný dietní režim.

Kombinované neboli hybridní výkony omezují jak dávku přijímané potravy, tak i samotné trávení. Mezi klasické operační výkony patří Roux - en - Y gastrický bypass. Jedná se o výkon, kdy se prošíje a tím oddělí fundus od těla žaludku. Následně se protne fundus žaludku a zde se našije odvodná klička tenkého střeva. Ve srovnání s adjustabilní gastrickou bandáží přiřazujeme tuto metodu mezi rizikovější, vzhledem k možnosti vzniku

závažnějších pooperačních komplikací. Časnou komplikací je dehiscence anastomózy s možnou peritonitidou. Tento stav vyžaduje okamžitou revizi. Pozdní komplikací může být stenóza gastroenteroanastomózy nebo vznik vředů v oblasti našití tenkého střeva na žaludek.

Indikace k bariatrickému výkonu u pacientů ve věku 18 – 60 let

- BMI >40 kg/m²
- BMI 35-40 kg/m² s předpokladem zlepšení zdravotního stavu a odeznění komplikací (kardiologická onemocnění, metabolické poruchy, kloubní potíže, psychologické problémy)
- U pacientů, kterým se podařilo snížit svoji hmotnost konzervativní léčbou, ale začali znovu přibývat (Fried, 2011, s. 57-74).

5.4 Psychologická léčba obezity

Součástí léčby obézních pacientů je psychologická péče, která se zaměřuje na subjektivní potíže a psychické poruchy. Jedná se o péči zaměřenou na daného pacienta v jeho konkrétní situaci. Psychologickým vyšetřením zjišťujeme duševní stav, dispozice k obezitě a jejímu rozvinutí. Diagnostika se zaměřuje na odlišnosti ve stravovacích návycích, nepravidelnost, rychlé požívání pokrmů. Obézní pacienti jsou vnímavější k pobídkám než k vlastnímu pocitu sytosti. Poradenství se snaží pomoci obézním pacientům řešit špatné stravovací a pohybové návyky. Nabízí a zprostředkovává informace, postupy k dodržování správného životního stylu. Úlohou psychoterapie je najít řešení v situaci, která negativně ovlivňuje plnohodnotný život. U obézních pacientů, kteří trpí nedostatkem osobního odhodlání, motivace a vůle při snižování své hmotnosti, se využívá „Metoda posilování vůle“, pomáhající v rozhodování a následném uskutečnění cílů, vedoucích k redukci tělesné hmotnosti. Nejúčinnější psychoterapií je kognitivně-behaviorální přístup ve skupinách. Tato metoda je zaměřena na změnu chování obézních pacientů, především jde o ovlivnění emocí a myšlenek ve vztahu k jídlu. Společně si vytvářejí jídelníček, stravovací režim a současně zařazují pohybovou aktivitu do svého života (Kunešová, 2016, s. 125-128).

6 PSYCHICKÉ A SPOLEČENSKÉ DŮSLEDKY OBEZITY

Nadměrná tělesná hmotnost je onemocnění viditelné na první pohled. Veřejnost považuje obezitu za problém, který si lidé zavinili sami. Často jsou obézní osoby odsuzovány za to, jak vypadají. Postava hraje důležitou roli při prvním setkání. Spolu se způsobem chůze, vzhledem, držením a stavbou těla vytváří první dojem. Na prvním dojmu a svém vzhledu si zakládají své sebevědomí mladé dívky a ženy. Problémem bývá nespokojenost se svým vzhledem či neschopnost dosáhnout snížení vlastní hmotnosti. Tyto negativní pocity mohou vést až k psychickým poruchám, nejčastěji k depresím (Kasalický, 2011, s. 32-33).

Depresivní porucha nálady se často vyskytuje u chronicky nemocných pacientů. Tímto onemocněním je nejen obezita, ale také diabetes mellitus 2. typu či artróza. Výskyt deprese u obézních pacientů bude tedy vyšší než u ostatních jedinců. Je pravděpodobné, že chronické nemoci mají vliv na vznik depresí a naopak. Pokud se objeví alespoň některý z příznaků depresivní poruchy nálady, je nutné vyhledat odbornou pomoc. K tělesným příznakům patří poruchy spánku, snížení sexuální touhy, snížení či zvýšení chuti k jídlu, snížená imunita. Emočními příznaky je apatie, beznaděj, smutek, neschopnost se radovat ze svých zájmů. V chování se vyskytují interpersonální problémy, nerozhodnost, odkládání povinností a je zde riziko vzniku alkoholové nebo lékové závislosti (Harlesová, 2012, s. 81-82).

Psychosociální problémy spojené s obezitou jsou zaznamenány jak u dospělých, tak u dětí. Obézní děti mívají často problémy s prospěchem ve škole, bývají terčem posměchu u svých vrstevníků, což vede ke ztrátě sebedůvěry a může následně vést k rozvoji psychických problémů v dospělosti (Vítek, 2008, s. 160).

7 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Ošetrovatelskou péčí rozumíme soubor ošetrovatelských činností, týkajících se jednotlivých osobností, rodiny a celé společnosti, která napomáhá jednotlivcům pečovat o své zdraví a pohodu. Hlavním úkolem ošetrovatelské péče je pomáhat jednotlivci, skupině a rodinám k dosažení zdraví tělesného, duševního i sociálního. Dále podpora kladného postoje ke zdraví, čímž rozumíme zapojení jedince do péče o vlastní zdraví. Dalším cílem je podpora člověka k tomu, aby našel cestu k posílení vlastních schopností v péči o zdraví, životní prostředí a ke správnému životnímu stylu. Prevence je velmi důležitá a zásadní v ošetrovatelské péči, ale pokud onemocnění nastane, je úkolem snížit jeho negativní dopad a předcházet komplikacím. Významným cílem ošetrovatelské péče je zapojení celé rodiny do péče o jejího člena. Komplexní ošetrovatelská péče je jedinci poskytována týmem zdravotnických pracovníků a je založená na jejich kompetencích a spolupráci. V ošetrovatelství se používá pojem holistická, chápající člověka ve všech složkách jeho osobnosti, a to v oblasti biologické, psychické, sociální a spirituální (Šamánková, 2006, s. 353).

7.1 Sestra a její role v ošetrovatelské péči

S vývojem moderního ošetrovatelství sestru charakterizují základní role, sestra pečovatelka, edukátorka nemocného a jeho rodiny, obhájkyň nemocného, utěšitelka trpícího a též koordinátorka, asistentka, manažerka a výzkumnice. Činnosti sestry je možné rozdělit jednak na základní ošetrovatelskou péči, dále na diagnostickou, terapeutickou, psychologickou a sociální činnost. Důležité jsou také administrativní, přípravné a dokončovací práce (Hlinovská, Němcová, 2012, s. 51-52).

Poskytování ošetrovatelské péče je velmi náročné povolání a k tomu je třeba, aby sestra měla určité předpoklady. K těmto vlastnostem patří důvěryhodnost, kolegiálnost, obětavost, odpovědnost, ohleduplnost, poctivost, sociální citění, vlídnost, trpělivost a mnoho dalších. Chování sester je stále často diskutovaným tématem, což ukazují mezinárodní pravidla chování sester, vypracované v roce 1964. Hlavními úkoly sestry je udržet a podporovat zdraví, zmírnit utrpení. Sestra se musí neustále vzdělávat, což je velmi důležité pro práci, kterou vykonává. Dále bere ohled na náboženské vyznání pacienta

a zachovává svěřená tajemství. Sestra zná své pravomoci, je si vědoma pracovní odpovědnosti a řídí se etickými zásadami. Nepřijímá žádné úplatky krom malých pozorností. Sestra posiluje důvěru v lékaře a celý ošetřovatelský tým. Plní nařízení a provádí ordinace lékaře. Snaží se zabránit jednání, které je v rozporu s etickým kodexem. Sestra se podílí na upevňování zdraví jedinců (Kutnohorská, 2007, s. 46).

Sestra, jakožto poskytovatelka ošetřovatelské péče, vnímá jedince a skupiny v holistickém pojetí a zaměřuje se na uspokojování jejich potřeb.

Sestra se podílí edukátorskou činností na upevňování zdraví a předcházení onemocnění u jedince a rodiny. Vede je k nácviku běžných praktických činností.

Sestra manažerka se podílí na řízení a organizaci při poskytování ošetřovatelské péče u jednotlivců a skupin.

Sestra advokátka chrání a hájí práva pacienta.

Sestra je nositelkou změn, podporuje změny v ošetřovatelství, vedoucí k rozvoji ošetřovatelské péče.

Sestra výzkumnice by se svým dostatečným vzděláním měla podílet na výzkumném šetření v ošetřovatelství.

Sestra mentorka, u níž je předpokladem její pedagogické vzdělání a vyzrálá osobnost, dohlíží na studenty v oboru ošetřovatelství (Hlinovská, Němcová, 2012, s. 53).

7.2 Ošetřovatelská péče u obézních pacientů při chirurgické léčbě

Ošetřování obézních pacientů provází mnohá úskalí, se kterými se musí sestra vypořádat. Ošetřovatelská péče je u obézních pacientů velmi specifická. Jedná se často o polymorbidní pacienty, kteří vyžadují zvláštní a individuální přístup, a proto je vhodné vytvořit optimální vztah mezi obézním pacientem a sestrou. Při plánování ošetřovatelské péče je vždy nutné posoudit míru soběstačnosti. Dle schopností pacienta motivujeme k samostatnosti, ale také nesmíme podcenit míru nutné pomoci, která je důležitá pro uspokojování potřeb tak, aby u obézního pacienta nepřevládaly pocity méněcennosti (Fried, 2008, s. 209).

7.2.1 Edukace

Edukace je proces pozitivního ovlivňování chování a jednání jedince, jehož cílem je dosáhnout změny k lepšímu v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Ve své podstatě se jedná se o výchovu a vzdělávání pacienta. K základním formám, které sestra využívá k předávání znalostí a dovedností pacientovi, patří individuální, skupinová či instruktážní edukace s pocvičováním (Juřeníková, 2010, s. 45).

Při sdělování informací sestra hovoří jasně a stručně. Není vhodné edukovat pacienta zdlouhavým popisováním situace a hovořit odbornou terminologií. V tomto případě může dojít k nedorozumění, proto je důležité, vždy se pacienta zeptat, zda sdělení rozumí. Jednoduchá a stručná informace působí odborně. Pokud pacient projeví nějakou nejasnost, je nutné informaci zopakovat. I správnou volbou formy rozhovoru sestra může působit na pacienta terapeuticky. Naslouchání je důležité při ošetřování obézních pacientů. Tito pacienti často pociťují stud, jsou vyřazeni ze společnosti a provází je obavy, které můžeme zmírnit nebo odstranit jen tím, že ho pochopíme a porozumíme jeho trápení. Naslouchat znamená projevít snahu pomoci. Sestra by měla s pacientem hovořit s úctou a působit důvěryhodně, a tím ho přesvědčit, že se na ni může s dotazem kdykoli obrátit. Při začleňování pacienta do léčebného procesu sestra učí pacienta na základě svých znalostí a dovedností. Nejúčinnější metodou je ukázka toho, co chce pacienta naučit, nebo uvedení vhodného příkladu. Zcela nevhodné je odbýt pacienta letákem či brožurou s tím, že tam najde všechny potřebné informace. Nesmí zapomínat na pochvalu, která je pro sebevědomí pacienta velmi důležitá (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 11-13).

7.2.2 Hygienická péče

Základní biologickou potřebou je hygiena a čistota. Od narození se člověk učí základním hygienickým návykům a každý jedinec vnímá potřebu hygieny jinak. Odlišný je také způsob vyjádření neuspokojené potřeby čistoty. U obézních pacientů stojí uspokojená potřeba čistoty na předním místě, z psychologického pohledu navozuje pocit spokojenosti, současně přispívá k celkovému uvolnění a dobré náladě. Při nedodržování hygieny může u obézních pacientů docházet k poruchám tělesných funkcí, především porušení integrity kůže, čímž se zvyšuje riziko infekce. Sestra na hygienu klade značný důraz v ošetrovatelské péči. Obézní pacienti mají sklon k nadměrnému pocení, a proto je vhodné umístit je poblíž koupelny s bezbariérovým vstupem (Trachtová, 2013, s. 51).

S dodržováním hygieny velmi úzce souvisí prevence dekubitů. Při zvýšeném pocení u obézních pacientů dochází k zapaření pokožky, což je nežádoucí. V tomto případě je nutné, aby se sestra zaměřila na ošetřování kožních záhybů a polohování pacienta (Syslová, Novotná, 2012, s. 54).

Kožní změny může sestra zaznamenat u obézních pacientů v oblasti podpaží a v kožních záhybech vlivem nadměrného pocení. Dále může objevit opruzeniny v tříselech, v okolí genitálu, v gluteální rýze a v okolí konečníku. Výskyt zapaření v těchto místech je způsoben únikem moči a stolice. Většina obézních žen trpí opruzeninami pod prsy (Vytejková, 2011, s. 56).

U obézních pacientů je důležité pečovat nejen o pokožku, ale také o nehty na rukou i nohou. Pro obézní pacienty bývá problém se ohnout, proto nehty na nohou jsou často neudržované. Znečištěné nehty bývají zdrojem infekce nejen pro pacienta, ale také pro ošetřovatelský personál (Pokorná, Komínková, 2013, s. 42).

7.2.3 Polohování pacienta a vhodné pomůcky

Obézní pacienti představují specifickou skupinu, která vyžaduje fyzicky náročnější ošetřovatelskou péči. Tito pacienti mají právo, aby s nimi bylo zacházeno důstojně, bezpečně a se stejným respektem jako s ostatními pacienty. Obézní pacienti potřebují pomoc nejen při chůzi, ale také při přesunech z lůžka do křesla či na vozík, nebo při samotném polohování na lůžku. Pro tyto případy jsou neodmyslitelnými pomocníky vakuové zvedáky, speciálně upravené kluzné podložky, lůžkové rámy a matrace. Obézní pacienti jsou přepravováni na vozících či sedačkách s nosností nejméně do 250 kg. K dosažení operační polohy je možné využít potřebné příslušenství k operačnímu stolu pro zajištění bezpečnosti a komfortu pacienta. V pooperačním ošetřování nastává u obézních jedinců problém s kompenzačními pomůckami kvůli jejich omezené nabídce. Jedná se o podpůrné berle, které mají maximální nosnost 130 kg. Velmi často nejsou k dispozici vhodné ortézy na končetiny po operačním výkonu. V těchto případech se volí náhradní fixace. Standardní nosnosti lůžek používaných v nemocničních zařízeních se pohybují kolem 170 kg. Uvedené hodnoty předepisuje prodejce nemocničního vybavení. V bariatrické péči se používají lůžka s nosností až 500 kg (Fried, 2011, s. 212).

7.2.4 Hodnocení bolesti

Bolest je subjektivní prožitek pacienta, na který reaguje. Pečující sestra si musí být vědoma toho, že vnímání bolesti je u každého pacienta individuální. U chirurgických pacientů se nejčastěji setkáváme s akutní bolestí, jejíž průběh lze předpokládat. Nástup akutní bolesti je náhlý a konec předvídatelný. Sestra má povinnost včas nahlásit bolest lékaři, hodnotit bolest, zmírnit bolest, sledovat účinek analgetik a provádět záznam. Hodnocení bolesti se nejčastěji provádí pomocí vizuální analogové škály (VAS), která je znázorněna úsečkou s počátečním bodem 0 – žádná bolest a končí bodem 10 – nesnesitelná bolest. Další možností sledování a hodnocení bolesti je Wong- Bakerova škála bolestivé tváře, používaná více u dětí (Chromý, Honzák, 2005, s. 89-90).

7.2.5 Předoperační příprava

Předoperační edukace pacienta má velký význam pro pooperační průběh bez komplikací. Sestra informuje jak pacienta, tak rodinné příslušníky o pooperačním období, zvláště se zaměřuje na režim vztahující se k danému operačnímu výkonu. Klinické interní a laboratorní vyšetření je nezbytnou součástí předoperační přípravy. Mohou se dále doplnit i jiná odborná vyšetření například endokrinologické, radiologické, psychologické. U obézních pacientů je též vhodná konzultace s nutričním terapeutem, který sdělí pacientovi vhodné pooperační stravování. Z krátkodobé předoperační přípravy se sestra zaměřuje na péči o kožní záhyby, z hlediska vzniku opruzenin a dekubitů, zvláště u předpokladu delší pooperační imobilizace pacienta. Dalším neméně důležitým úkolem je předcházet tromboembolické nemoci. Správná bandáž dolních končetin u obézních pacientů z hlediska funkčnosti, vyžaduje určitou zručnost sestry. Mohou se využít také elastické kompresivní punčochy. Dle ordinace sestra podává nízkomolekulární heparin (Fried, 2011, s. 216-217).

7.2.6 Perioperační péče

Transport obézního pacienta na operační sál, překládání a polohování může způsobit nemalé obtíže. Nedostatečné vybavení operačního sálu před operačním výkonem u obézního pacienta by mohl být problém. Před operací sestra pro perioperační péči zkontroluje, jestli má operační stůl dostatečnou nosnost, a zda je k dispozici veškeré vybavení potřebné k provedení operace. Chirurgické nástroje musí mít především

dostatečnou délku. Anesteziologická sestra při přípravě pomůcek k zajištění dýchacích cest musí myslet na možné anatomické změny u obézních pacientů a připravit se i na obtížnou intubaci pomocí fibroskopu (Akridge, 2008, s. 20-24; Mulligan et al., 2009, s. 895-900).

Problémem může být pro sestru také zajištění žilního vstupu. Nejvýhodnější je odběr venózní krve u obézních pacientů z kubitální žíly, ale rovněž z předloktí či hřbetu ruky. Při zatahování končetiny turniketem sestra nesmí traumatizovat kůži obézního pacienta pro lepší viditelnost žíly. Pro lepší viditelnost žíly u obézních pacientů není vhodné příliš zatahovat končetinu turniketem, aby nedošlo k porušení celistvosti kůže. U obézních pacientů je důležitý správný výběr dostatečně dlouhé a široké manžety tonometru, potřebné k měření krevního tlaku (Pokorná, Komínková, 2013, s. 58).

Obézní pacienti trpí kardiovaskulárními dysfunkcemi. Zvětšený objem krve vyžaduje vyšší výkon srdce a také více zatěžuje dýchací systém. Vitální kapacita plic a funkční reziduální kapacita jsou nižší, ale zvyšuje se reziduální objem. Dochází k nedostatečné ventilaci plic, což má za následek vznik hypoxie. Tento stav se může zhoršit při poloze na zádech nebo v Trendelenburgově poloze (Drábková, 2010, s. 81).

7.2.7 Pooperační péče

Po předání pacienta z operačního sálu a jeho uložení na pooperační pokoj či jednotku intenzivní péče se sestra zaměřuje až do stabilizace celkového stavu především na sledování životních funkcí. Tachykardie může znamenat vážné ohrožení pacienta, například dehydrataci nebo krvácení. Zhoršený průběh hojení nebo dehiscence rány je častou pooperační komplikací. Vysoká vrstva podkožního tuku, která není dobře cévně zásobená, má tendence k rozpadu rány. U pacientů s nadváhou či obezitou často dochází k znehodnocení sterilního krytí operační rány, a tím vzrůstá riziko infekce v ráně i horšího hojení (Huttunen, Karppelin, Syrjanen, 2013, s. 8-16; Harrington, 2006, s. 357-363).

V pooperačním období je péče o obézního pacienta časově velmi náročná z hlediska požadavku na včasnou vertikalizaci a rehabilitaci chůze. Ta je však riziková nejen pro pacienta z hlediska nebezpečí pádu, ale také pro sestry, které se vystavují při vertikalizaci nebezpečí vlastního úrazu. V této etapě je hodnocena míra bolesti, která je zmírňována podáváním léků proti bolesti. Nejvhodnější vstup pro podávání léků je

intravenózní, kdy sestra kontroluje stav permanentního žilního katétru. Také v pooperační péči je prevence tromboembolické nemoci (dále jen TEN) důležitá. Podávají se antacida a antiulceróza. Výživa je dána dietním režimem dle typu operačního výkonu a přidruženými onemocněními (Fried, 2011, s. 217-218).

7.3 Pracovní rizika zdravotníků při ošetřování obézních pacientů

Nadměrná hmotnost u obézních pacientů představuje značný problém pro ošetřovatelský personál při poskytování péče. Jedná se o nadměrnou tělesnou zátěž pro zdravotníky, která je spojená s riziky. S tímto problémem souvisí i nedostatečné či nevyhovující materiálové a přístrojové vybavení oddělení, ale také nedostatečný počet ošetřovatelského personálu.

Při nástupu pracovníka do zaměstnání prochází na pracovišti školením bezpečnosti a ochrany zdraví při práci (dále jen BOZP), to platí i pro zdravotníky. Po absolvování tohoto školení zdravotnický pracovník podepíše, že bude dodržovat legislativu, což je zákoník práce, dbát na bezpečnost při práci a chránit své zdraví. Zdravotnická zařízení pro své zaměstnance mají vypracovány nařízení, standardy, směrnice a informace se seznamy rizik v pracovním prostředí.

FN Plzeň má pro své zaměstnance standardní postup s názvem: Bezpečná manipulace s pacienty s nadměrnou tělesnou hmotností, který je k dispozici zdravotnickému personálu od 1.9.2017. Standard obsahuje pojmy týkající se obezity, související legislativu, seznam dostupných mobilních pomůcek k péči o obézní pacienty, které jsou v případě potřeby k zapůjčení. Dále doporučené techniky pro manipulaci s obézními pacienty, provedení záznamu do dokumentace, komplikace a zvláštní upozornění, které se týká vybavení Zdravotnické záchranné služby Plzeňského kraje při transportu obézních pacientů, dále vybavení operačních sálů FN Plzeň - Lochotín pro pacienty s nadměrnou tělesnou hmotností a manipulace se zemřelými pacienty s nadměrnou tělesnou hmotností. Dále je k nahlédnutí dokument, obsahující seznam rizik jednotlivých pracovních činností a rizik různých druhů prostředí z pohledu bezpečnosti a ochrany zdraví při práci a navazuje zejména na zákoník práce (FN Plzeň, Standardní postup, 2017).

Značná tělesná zátěž a překračování dlouhodobé zátěže u žen patří mezi rizika spojená s manipulací. Dále k těmto rizikům patří celková fyzická zátěž, specifické zatížení především páteře, manipulace s imobilním obézním pacientem, překlady, polohování, hygiena, posazování obézního pro pacienta a jiné. Současně sem můžeme zařadit nedostatek zařízení a vybavení pro manipulaci se zcela imobilním obézním pacientem, nesprávný postup při manipulaci a další (FN Plzeň, BOZP a PO, 2013).

Ošetřování obézních pacientů po sečtení všech rizik spojených s manipulací řadíme k velmi rizikovému povolání. U ošetřovatelského personálu je velké riziko ohrožení zdraví, protože nemají bezpečné a vhodné podmínky při plnění svých pracovních povinností, což může být z důvodu nedostatečného počtu ošetřovatelského personálu nebo nedostatečného množství pomůcek určených k ošetřování obézních pacientů. Proto je pro sestru důležité znát zásady správné manipulace s pacientem s nadměrnou tělesnou hmotností při přesunech, přetáčení, zvedání a dalších činnostech. V tomto případě je přínosná vzájemná spolupráce, ochota, obětavost, vlídnost zdravotníků i pacienta. Předcházení rizikům spojených s manipulací obézních pacientů je dodržování bezpečnostních opatření, kam můžeme zařadit i pravidelné lékařské prohlídky, které jsou ve FN Plzeň jednou ročně a jsou pro zaměstnance povinné.

PRAKTICKÁ ČÁST

8 FORMULCE PROBLÉMU

V dnešní době se obezita zařazuje mezi nejzávažnější problémy populace. Umístění obézního jedince do zdravotního zařízení s sebou přináší svá úskalí. Ošetrovatelská péče o obézního pacienta je náročná nejen pro něj, ale především pro ošetřující personál. Role sestry v péči o obézního pacienta tkví především v zajištění bezpečnosti a kvality poskytované péče. Samozřejmostí by mělo být materiální a personální vybavení lůžkových oddělení, které je bohužel často nedostatečné. Na chirurgickém oddělení a operačním sále jsou manipulace a polohování obézního pacienta velmi komplikované a náročné hlavně pro ošetrovatelský personál, který je tak vystaven riziku poškození svého zdraví při nedodržování manipulace s obézním pacientem. Samotná ošetrovatelská péče o obézního pacienta je specifická jak z pohledu všeobecných sester na lůžkovém oddělení, tak u všeobecných sester na operačním sále. Proto si položme otázku: „S jakými problémy se setkává sestra při ošetrovatelské péči o obézního pacienta na lůžkové části chirurgického oddělení a operačním sále?“

9 CÍL VÝZKUMU

Cílem bakalářské práce je zmapovat předoperační, perioperační a pooperační péči o oběžního pacienta z pohledu všeobecných sester chirurgického oddělení a operačního sálu.

9.1 Dílčí cíle

1. Zmapovat, zda je manipulace s oběžním pacientem na chirurgickém oddělení bezpečná pro personál i pacienta.
2. Zmapovat, zda je manipulace s oběžním pacientem na operačním sále bezpečná pro personál i pacienta.
3. Vyhodnotit specifika ošetrovatelské péče o oběžního pacienta na chirurgickém oddělení.

10 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1) Jaký je největší problém při poskytování ošetrovatelské péče o obézního pacienta na chirurgickém oddělení a operačním sále?

2) Jaká je kvalita při poskytování ošetrovatelské péče o obézního pacienta na chirurgickém oddělení a operačním sále z pohledu všeobecné sestry?

3) Čím bychom mohli zlepšit kvalitu a bezpečnost při ošetrovatelské péči o obézního pacienta na chirurgickém oddělení a operačním sále?

11 DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY

Pro získání informací do bakalářské práce byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Tento výzkum umožňuje probrat dané téma podrobněji, individuálně a do hloubky. „*Zakotvená teorie je teorie induktivně odvozená z procesu zkoumání jevu, který reprezentuje*“ (Miovský, 2006, s. 226). Což znamená dle Miovského, že je vytvořena a ověřena pomocí systematického shromažďování údajů a jejich následnou analýzou. Na metodu zakotvené teorie jsou kladeny čtyři základní požadavky. Jedná se o shodu mezi pozorovanými a kódovanými skutečnostmi, srozumitelnost, obecnost – schopnost vypovídat o podobných jevech, umět je vysvětlit či zdůvodnit a kontrola – zpětné ověření vybudované teorie s výchozími údaji. Údaje z rozhovorů s jednotlivými respondenty jsou vyhodnoceny tzv. kódováním, což jsou základní postupy zakotvené teorie (Miovský, 2006).

12 CHARAKTERISTIKA SOUBORU A VÝBĚR PŘÍPADU

Výběr případu byl záměrný. Vybranými respondenty byly všeobecné sestry z chirurgického oddělení a operačního sálu, které se ve své praxi setkávají s řešením problémů při poskytování ošetrovatelské péče u obézních pacientů. Kritériem u těchto pacientů byla hodnota BMI nad 30. Výzkum se zaměřuje na posouzení a vyhodnocení názorů, zkušeností, návrhů všeobecných sester na chirurgickém oddělení v otázkách ošetřování obézních pacientů, jak na lůžkovém oddělení, tak na operačním sále. Současně zjišťujeme dostupné vybavení k zajištění bezpečnosti při manipulaci obézních pacientů a dále posouzení kvality ošetrovatelské péče na chirurgickém oddělení.

13 ORGANIZACE VÝZKUMU A ZPŮSOB ZÍSKÁVÁNÍ INFORMACÍ

Výzkum byl zahájen v prosinci 2017 a ukončen v lednu 2018 na chirurgickém oddělení Fakultní nemocnice (dále jen FN) Plzeň. Informace byly získávány polostrukturovaným rozhovorem. Pro respondenty bylo připraveno dvanáct otázek pro všeobecné sestry chirurgického oddělení (viz příloha 3) a dvanáct otázek pro všeobecné sestry operačního sálu (viz příloha 4). Náhodným výběrem bylo osloveno dvanáct respondentů z toho šest všeobecných sester z chirurgického lůžkového oddělení a šest všeobecných sester z operačního sálu chirurgického oddělení FN Plzeň. Rozhovory byly zaznamenávány na diktafon, přepsány a analyzovány. Všichni respondenti dostali záruku absolutní anonymity výpovědí, které obsahují znalosti, zkušenosti z praxe, pocity a návrhy všeobecných sester.

Celý výzkum je zaměřen na úlohu sestry při řešení problematiky v ošetrovatelské péči o oběžního pacienta na chirurgickém oddělení a operačním sále. Především na dostupnost pomůcek, materiální a personální vybavení. Dále je zaměřen na výskyt komplikací během hospitalizace. Pro všeobecné sestry je důležitá znalost rizik spojených s ošetřováním oběžních pacientů a dodržování bezpečnosti při manipulaci s nimi.

Výzkum bude proveden po schválení žádosti o poskytnutí informací v souvislosti s vypracováním bakalářské práce (viz příloha 2).

14 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

14.1 Otevřené kódování

Otevřené kódování je první fází, při které dochází k rozdělení textu na jednotky. Každá jednotka má přidělený určitý kód – název. Rozhovory se všeobecnými sestrami z lůžkového oddělení jsou označeny S1 a rozhovory vedené se sestrami z operačního sálu označené S2.

Kategorie S1:

Výskyt obezity

V této kategorii všeobecné sestry uvádějí, jak často se ve své praxi setkávají v rámci ošetrovatelské péče s obézními pacienty. Uvádějí: „*Skutečně často, podle mě jich stále přibývá. Je jich poměrně hodně, já bych řekla, že často. Obézních pacientů je v poslední době hospitalizováno více. Ano, často (2x opakující se odpověď). Prakticky denně, takže často.*“

Komplikace

Tato kategorie zahrnuje komplikace týkající se ošetrovatelské péče u obézních pacientů. Sestry zmínily: „*Nejčastější komplikací je obtížná manipulace a polohování (6x opakující se odpověď), hlavně při hygienické péči, vždy záleží na spolupráci pacienta. U obézních pacientů je problém s opruzeninami a dekubity. Ano, mívají komplikace, někteří nedodržují předepsanou dietu, často mívají horší hojení operační rány a nejsou snaživí. Jak kdy, ale péče o obézní pacienty je náročnější. Mám zkušenost, že obézní pacienti jsou většinou snaživí a spolupracují, největší komplikací je manipulace a polohování u imobilních obézních pacientů (2x opakující se odpověď).*“

Zásady manipulace

V této kategorii jsou sestry dotazovány, zda na svém pracovišti dodržují zásady manipulace s obézními pacienty a čím jsou tyto zásady dány. Odpověděly: „*Ano, dodržujeme, řídíme se standardem (3x opakující se odpověď). Samozřejmě se snažíme*

dodržovat. Dodržujeme, pokud máme potíže s manipulací u obézního pacienta, tak si zavoláme o pomoc sanitáře z jiného oddělení, určitě jsou zásady dány standardem, podle kterého se řídíme. Vždy se snažíme dodržovat zásady manipulace, používáme pomůcky, ale personálu je málo, tak si musíme poradit.“

Používání pomůcek

Tato kategorie se zaměřuje na využití vhodných pomůcek k ošetřování obézních pacientů a na vybavenost lůžkového oddělení těmito pomůckami. Sestry uvádějí: *„Ano, používáme pomůcky, ty, které máme k dispozici (4x opakující se odpověď)‘. Bohužel máme pouze rolovací podložky k přesunům obézních pacientů, k prevenci dekubitů máme antidekubitní matraci a jiné podložky, které slouží k zabránění vzniku otlaků, k ošetřování pokožky a kožních záhybů aplikujeme krémy proti opruzeninám, u obézních pacientů dbáme na dodržování intimity, pokud je to možné, snažíme se je umístit na jednolůžkový pokoj nebo při hygienické péči používáme zástěny.“*

Vliv edukace

V této kategorii jsou dotazovány všeobecné sestry, zda obézní pacienty informují o důležitosti včasné mobilizace po operačním výkonu, o dodržování dietního režimu a správném životním stylu. Odpověděly: *„Rozhodně ano, ale vždy je třeba posoudit schopnosti pacienta, u mobilizace vysvětlíme pacientovi, že se začíná posazením na lůžku s využitím hrazdičky, poté se může postavit u lůžka a až když se bude cítit dobře, může pokračovat pomalou chůzí kolem lůžka nebo k umyvadlu, vždy pod dohledem ošetrovatelského personálu. Snažíme se jim vysvětlit, že je důležitá spolupráce. Jsou pacienti, kteří se snaží a jsou nápomocni, to je vždy dobré pro včasné vyléčení, pacienti svoji dietu většinou znají, ale my je přesto informujeme o potravinách, které jsou pro ně vhodné nebo nevhodné, hlavně v souvislosti s přidruženými onemocněními. V některých případech navštěvují obézní pacienty nutriční terapeuti. Ano, obézní pacienty edukujeme a motivujeme k včasné mobilizaci, abychom předcházely TEN (5x opakující se odpověď), výhodou pro nás jsou kuřáci, ti mají motivaci k včasné mobilizaci jasnou.“*

Počet personálu

Do této kategorie jsou zaneseny názory všeobecných sester na personální zajištění v lůžkové části chirurgického oddělení. Uvádějí: *„Záleží na stupni obezity u pacienta, většinou se snažíme zvládat manipulaci při ošetřování obézních pacientů sami v rámci*

oddělení, u těžce obézních pacientů si musíme přivolat posily z ostatních oddělení. Podle mého názoru je personálu málo, bylo by dobré mít na službu více personálu (6x opakující se odpověď). Ošetrovatelská péče o obézní pacienty je náročnější, určitě by bylo dobré mít k dispozici více personálu, hlavně o službách. Při polohování obézního pacienta je potřeba větší fyzické síly, což my sestřičky nemáme, proto si musíme volat posilu, většinou sanitáře z jiného oddělení.“

Hojení operační rány

V této kategorii zjišťujeme, jak sestry na lůžkovém oddělení hodnotí hojení operační rány u obézních pacientů. Uvádějí: *„Stává se, že hojení operační rány u obézních pacientů je horší (3x opakující se odpověď). Jak kdy, nelze říci, že by bylo hojení u obézních pacientů vždy komplikované, je to individuální a záleží i na přidruženém onemocnění, jako je diabetes. Řekla bych, že mají horší hojení, zvláště po břišních výkonech, kde je operační rána v místě kožního záhybu, lepení zde vlivem potu nedrží a rána podléhá riziku infekce.“*

Prevence – podpora

Kategorie se týká způsobu, jakým se všeobecné sestry snaží předcházet obezitě vzhledem k přibývajícimu počtu hospitalizovaných obézních pacientů. Uvádějí: *„Edukace o prevenci a motivace k snížení tělesné hmotnosti, bohužel nemáme tolik čas, je nás málo (6x opakující se odpověď). Obézní pacienti vždy ocení zájem a naši snahu řešit jejich problémy. Ptáme se obézních pacientů, zda by chtěli snížit svoji váhu, většinou mají zkušenost s nějakou redukční dietou, ale nevydrželi to, proto doporučujeme návštěvu obeziologa. Dále jim chybí pohybová aktivita, myslí si, že musí chodit cvičit, ale je třeba jim vysvětlit, že stačí pravidelná procházka. Někteří pacienti se svěří, že se přejídají, v tomto případě by měli navštívit i psychologa. Pro obézního pacienta je často těžké začít o svém problému mluvit, protože se stydí. Obézních pacientů přibývá, protože je osvěta a prevence nedostatečná (4x opakující se odpověď).“*

Navýšení pomůcek

Tato kategorie popisuje návrhy všeobecných sester na zlepšení ošetrovatelské péče o obézní pacienty na lůžkové části chirurgického oddělení. Navrhují: *„Samozřejmě by nám pomohlo, kdybychom měly k dispozici více pomůcek k manipulaci a polohování obézních pacientů (4x opakující se odpověď). Určitě by bylo potřeba více pomůcek k ošetřování,*

jako jsou antidekubitní matrace a podložky, hlavně na polohování obézních pacientů by bylo potřeba více elektrických polohovacích lůžek. U silně obézních pacientů by byl výhodou i stropní zvedák. Bylo by potřeba navýšit pomůcky pro usnadnění ošetrovatelské péče, která je u obézních pacientů náročná hlavně pro personál po fyzické stránce.“

Kategorie S2:

Výskyt obezity

V této kategorii se uvádí, jak často se sestry na operačním sále setkávají v rámci ošetrovatelské péče s obézními pacienty. Uvádějí: *„Ano, často (3x opakující se odpověď). Prakticky denně, řekla bych stále častěji. Podle mého názoru obézních pacientů přibývá. Ano, často, myslím si, že polovina pacientů podstupující operační výkon je obézních.“*

Komplikace

Kategorie je zaměřená na komplikace, se kterými se sestry setkávají v souvislosti s ošetřováním obézních pacientů bezprostředně před, během a po operačním výkonu. Uvádějí: *„Nejčastější komplikací jsou překlady a manipulace (6x opakující se odpověď), jde o fyzicky náročný přesun. Polohování zaintubovaného obézního pacienta z polohy na zádech do polohy na břicho je komplikované, k této manipulaci je třeba více personálu. Při překladech dochází k stržení fixace krytí operační rány (5x opakující se odpověď), které je nutné po překladu opravit. Mnohdy musíme upravovat operační polohu během operace pro špatný přístup nebo nedostatečnou délku nástrojů (5x opakující se odpověď), u obézních pacientů je obtížné zajištění na operačním stole, běžné fixační popruhy nestačí a musíme improvizovat. O odpoledních a nočních službách jsou překlady a manipulace s obézními pacienty problematické, protože máme omezený počet personálu a často si musíme zavolat personální výpomoc z oddělení.“*

Zásady manipulace

Tato kategorie zahrnuje výpovědi sester, jak na svém pracovišti dodržují zásady manipulace s obézními pacienty a čím jsou tyto zásady dány. Uvádějí: *„Ano, dodržujeme a řídíme se standardem (4x opakující se odpověď). Samozřejmě se snažíme dodržovat zásady manipulace, ale někdy s obtížemi, máme omezené pomůcky a mnohdy jsme musely*

požádat o pomoc personál z lůžkového oddělení. Ano, máme k dispozici standard, podle kterého se řídíme v případě potřeby, často si vystačíme samy.“

Pomůcky

Do této kategorie je zahrnuto využití a dostupnost vhodných pomůcek k zajištění bezpečných překladů a operační polohy. Sestry uvedly: *„Ano, používáme pomůcky, hlavně na překlady využíváme rolovací přesouvací podložky, nic jiného na překlady nemáme (6x opakující se odpověď). Při zajištění obézního pacienta do operační polohy používáme opěrky, popruhy, zábrany a jiná příslušenství k operačnímu stolu. Proti otlakům používáme gelové podložky. Máme na přesuny k dispozici pouze rolovací přesouvací podložky a vlastní fyzickou sílu (3x opakující se odpověď).“*

Vliv edukace

Tato kategorie popisuje, jak sestry na operačním sále vnímají obézní pacienty při manipulaci a překladech a zda obézní pacienty motivují ke spolupráci. Uvádějí: *„Vždy se je snažím motivovat, aby spolupracovali (6x opakující se odpověď), hodně nám tím usnadní práci, pokaždé obézním pacientům vysvětlím, že když budou spolupracovat, tak překlad i manipulaci zvládneme snadněji. Většinou jsou snaživí, ale někteří si stěžují na bolest, tak je zbytečně netrápíme a překlad provedeme samy. Myslím si, že když chtějí, tak nám pomohou. Stává se mi, že obézní ženy jsou více snaživé než muži. Hovořím k nim vlídně a citlivě, pacienti se pak více snaží nám pomáhat. Mám vyzkoušeno, že je dobré vždy pochválit obézního pacienta, když projeví jakoukoliv snahu.“*

Počet personálu

Tato kategorie se zaměřuje na personální zajištění při manipulaci a ošetřování obézních pacientů na operačním sále. Sestry zmiňují: *„Ano, určitě by bylo potřeba více personálu (6x opakující se odpověď), zvláště o službách je nás málo na manipulaci a polohování obézních pacientů. Rozhodně ano, ale snažíme se to zvládnout samy. Ano, mnohdy potřebujeme pomoc s překladem obézního pacienta, tak požádáme sanitáře z lůžkových oddělení. Na manipulaci obézních pacientů musí být více personálu, hlavně při ukládání do operační polohy jde o fyzicky náročnou manipulaci, kterou zajišťuje pouze sestra a sanitář. O službách máme často problém s překladem obézního pacienta a voláme si výpomoc z oddělení, ovšem zase musíme čekat, než přijdou.“*

Chirurgické nástroje

Tato kategorie vypovídá o zkušenosti sester, zda se setkaly s tím, že běžné chirurgické nástroje u obézních pacientů při operačním výkonu byly nedostatečné či nevyhovující. Uvádějí: „*U obézních pacientů většinou běžné chirurgické nástroje nestačí. Ano, stává se, že jsou nástroje krátké, hlavně u břišních operací nestačí háky, preparace je nepřehledná, často se musí upravovat i poloha pacienta. Při laparoskopických operacích mnohdy vypadávají zavedené trokary, někdy jsou krátké i laparoskopické nástroje. U obézních pacientů se používají běžné chirurgické nástroje, ale ty většinou nestačí, pak se musí improvizovat, někdy postačí změna polohy.*“

Fixace operační rány

Kategorie se týká obtížnosti krytí a fixace operační rány u obézních pacientů. Sestry vypovídají: „*Ano, krytí a hlavně fixace operační rány je problematická. Obézní pacienti mají kožní záhyby, pro které jsou bezpečné krytí a fixace obtížné, hlavně náplasti nedrží a krytí spadává. Po překladech fixace nevydrží a musíme sterilní krytí znovu zafixovat nebo vyměnit celé sterilní krytí a bezpečně zafixovat. Ano, krytí a fixace je u obézních pacientů složitější, hlavně po břišních operacích. Fixace sterilního krytí nedrží, protože se obézní pacienti více potí.*“

Překládací zařízení

V této kategorii byly sálové sestry dotazovány, co by přispělo k usnadnění ošetrovatelské péče a bezpečnější manipulaci s obézními pacienty na operačním sále. Odpověděly: „*Velkou výhodou by pro nás bylo překládací zařízení, které nemáme. Setkala jsem se s ním na jiném pracovišti (5x shodná odpověď). Určitě překládací zařízení, protože by se nám snížil počet manipulací s obézními pacienty ze čtyř na dva překlady. Běžně překládáme obézního pacienta 4x, kdybychom měly překládací zařízení, obézní pacient by se přeložil pouze 2x a bez fyzické námahy pro ošetrovatelský personál. Překládací zařízení by bylo velkým pomocníkem, zajišťovalo by bezpečnou manipulaci s obézními pacienty, nedocházelo by k narušení či stržení fixace sterilního krytí, byla by zajištěna bezpečná intimita, pro pacienty trpící bolestí by překlad nebyl tak nepříjemný, byl by zajištěn pro operované pacienty komfort, což je známkou kvality.*“

14.2 Axiální kódování

Axiální kódování je souborem postupů, kdy jsou údaje získané z otevřeného kódování znovu uspořádány pomocí tvoření vazeb mezi kategoriemi. Dle Miovského se snažíme kategorie novým způsobem skládat dohromady, nacházet mezi nimi určité vazby. Příčinné podmínky - události nebo situace, které vedou k výskytu nebo umožňují vznik jevu. Jev - ústřední myšlenka, událost nebo případ, se kterým mají interakce a jednání nějaký vztah, je ovlivněný dalšími kategoriemi. Kontext - konkrétní soubor podmínek nebo vlastností, které náležejí jevu. Intervenující podmínky - ovlivňují samotný jev, také strategii jednání. Jednání a interakce - jde o strategii zvládnutí, ovládnání, vykonávání nebo reagování na jev. Následky - jsou určitá řešení, výsledky a důsledky jednání a interakce působící na jev (Miovský, 2006)

Tabulka 2 – Axiální kódování kategorií S1

Příčinné podmínky	Jev	Kontext	Intervenující podmínky	Jednání a interakce	Následky
Výskyt obezity	Komplikace	Vliv edukace	Zásady manipulace	Používání pomůcek	X
Výskyt obezity	Počet personálu	Komplikace	Navýšení pomůcek	Používání pomůcek	Zásady manipulace
Počet personálu	Zásady manipulace	Používání pomůcek	Komplikace	Navýšení pomůcek	X
Zásady manipulace	Navýšení pomůcek	Počet personálu	Komplikace	Vliv edukace	X
Vliv edukace	Výskyt obezity	Komplikace	Prevence-podpora	Zásady manipulace	Počet personálu
Vliv edukace	Prevence-podpora	Výskyt obezity	Počet personálu	Zásady manipulace	Komplikace
Výskyt obezity	Hojení operační rány	Vliv edukace	Prevence-podpora	X	X
Komplikace	Vliv edukace	Prevence-podpora	Zásady manipulace	Počet personálu	Používání pomůcek
Výskyt obezity	Používání pomůcek	Počet personálu	Zásady manipulace	Vliv edukace	Komplikace
Používání pomůcek	Komplikace	Zásady manipulace	Navýšení pomůcek	Prevence-podpora	Počet personálu

Používání pomůcek	Zásady manipulace	Počet personálu	Navýšení pomůcek	Vliv edukace	Komplikace
Počet personálu	Komplikace	Hojení operační rány	Zásady manipulace	Používání pomůcek	Navýšení pomůcek

Zdroj: Vlastní zpracování, 2018

Tabulka 3 – Axiální kódování kategorií S2

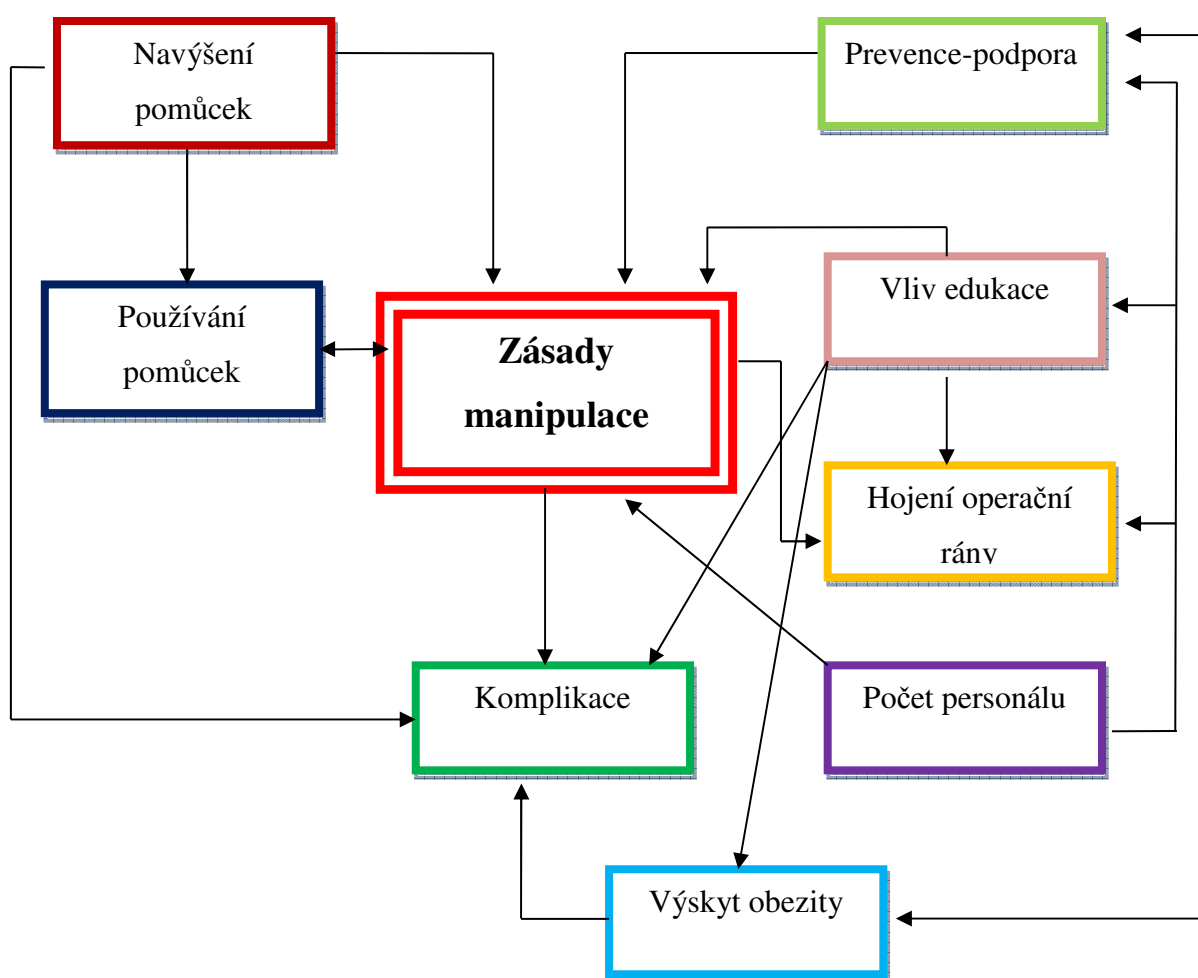
Příčinné podmínky	Jev	Kontext	Intervenující podmínky	Jednání a interakce	Následky
Výskyt obezity	Komplikace	Vliv edukace	Zásady manipulace	Počet personálu	Fixace operační rány
Počet personálu	Zásady manipulace	Komplikace	Používání pomůcek	Vliv edukace	Překládací zařízení
Vliv edukace	Výskyt obezity	Komplikace	Používání pomůcek	Zásady manipulace	Počet personálu
Výskyt obezity	Fixace operační rány	Počet personálu	Zásady manipulace	Používání pomůcek	Překládací zařízení
Počet personálu	Používání pomůcek	Vliv edukace	Komplikace	Zásady manipulace	Překládací zařízení
Počet personálu	Nedostačující nástroje	Výskyt obezity	Zásady manipulace	Používání pomůcek	Komplikace
Komplikace	Překládací zařízení	Počet personálu	Fixace operační rány	Používání pomůcek	Zásady manipulace
Fixace operační rány	Počet personálu	Používání pomůcek	Překládací zařízení	X	Komplikace
Nedostačující nástroje	Komplikace	Výskyt obezity	Počet personálu	Zásady manipulace	X
Používání pomůcek	Zásady manipulace	Počet personálu	Fixace operační rány	Vliv edukace	Překládací zařízení
Výskyt obezity	Vliv edukace	Překládací zařízení	Počet personálu	Používání pomůcek	Komplikace
Komplikace	Výskyt obezity	Fixace operační rány	Používání pomůcek	Překládací zařízení	Zásady manipulace

Zdroj: Vlastní zpracování, 2018

14.3 Selektivní kódování

Selektivní kódování je proces, kdy dochází k výběru centrální kategorie, kterou následně uvádíme do vztahu s ostatními kategoriemi. Tyto vztahy pak následně potvrzujeme a konceptualizujeme. Jde tedy o kategorii, která se v axiálním kódování objevuje nejčastěji, která je v centru všeho (Miovský, 2006).

Graf 1 - Selektivní kódování kategorií S1



Zdroj: Vlastní zpracování, 2018.

Vyhodnocení selektivního kódování kategorií S1

Základním jevem selektivního kódování u skupiny respondentů S1 byla vyhodnocena kategorie **zásady manipulace**. Zásady manipulace je důležité dodržovat pro zajištění bezpečné manipulace s obézními pacienty, kterých stále přibývá.

Zásady manipulace pozitivně ovlivňují komplikace spojené s manipulací při polohování a ošetřování obézních pacientů. Mezi tyto komplikace patří především obtížná manipulace a polohování, náročnější hygienická péče, vznik zapařenin a dekubitů, horší hojení operační rány a někdy i špatná spolupráce.

Pro ošetrovatelský personál, kterého je podle sester nedostatek, je péče o obézní pacienty náročná, především fyzicky a je třeba předcházet vzniku rizik spojených s manipulací. U obézního pacienta se jedná o nebezpečí pádu či úrazu a pro ošetrovatelský personál poranění nebo onemocnění páteře. Sestry se snaží vždy dodržovat zásady správné manipulace s obézními pacienty. K bezpečné manipulaci je vhodné využívat dostupné pomůcky k usnadnění manipulace při vertikalizaci, polohování, rehabilitaci a také při hygienické péči, což může pozitivně ovlivnit hojení operační rány u obézních pacientů.

Používání dostupných pomůcek má velký význam nejen pro ošetrovatelský personál, který si tím ulehčuje náročnou ošetrovatelskou péči o obézní pacienty, ale také pro dodržení zásady bezpečné manipulace s obézními pacienty.

Při ošetřování obézních pacientů sestry na oddělení používají k prevenci dekubitů antidekubitní matrace a podložky, na přesuny se využívají překladové podložky. Velkou výhodou je podle sester uložení obézních pacientů na elektricky ovládaná lůžka, kterých je na oddělení málo. Podle sester by bylo výhodou navýšení těchto pomůcek. Pro zajištění intimity při manipulaci, polohování, hygienické péči a převazování operační rány používají sestry zástěny nebo se tito pacienti umisťují na jednolůžkové pokoje s toaletou a sprchovacím koutem, což je pro obézního pacienta komfortní.

Vlivem edukace se mohou eliminovat komplikace spojené s manipulací obézních pacientů. U obézních pacientů je vhodné vysvětlit postup a vlídným přístupem je motivovat ke spolupráci.

Uvedený vzorek uvádí, že vhodnou edukací a dosažením spolupráce u obézního pacienta docílíme snazší manipulace, a tím jsou bez komplikací dodrženy zásady bezpečné manipulace.

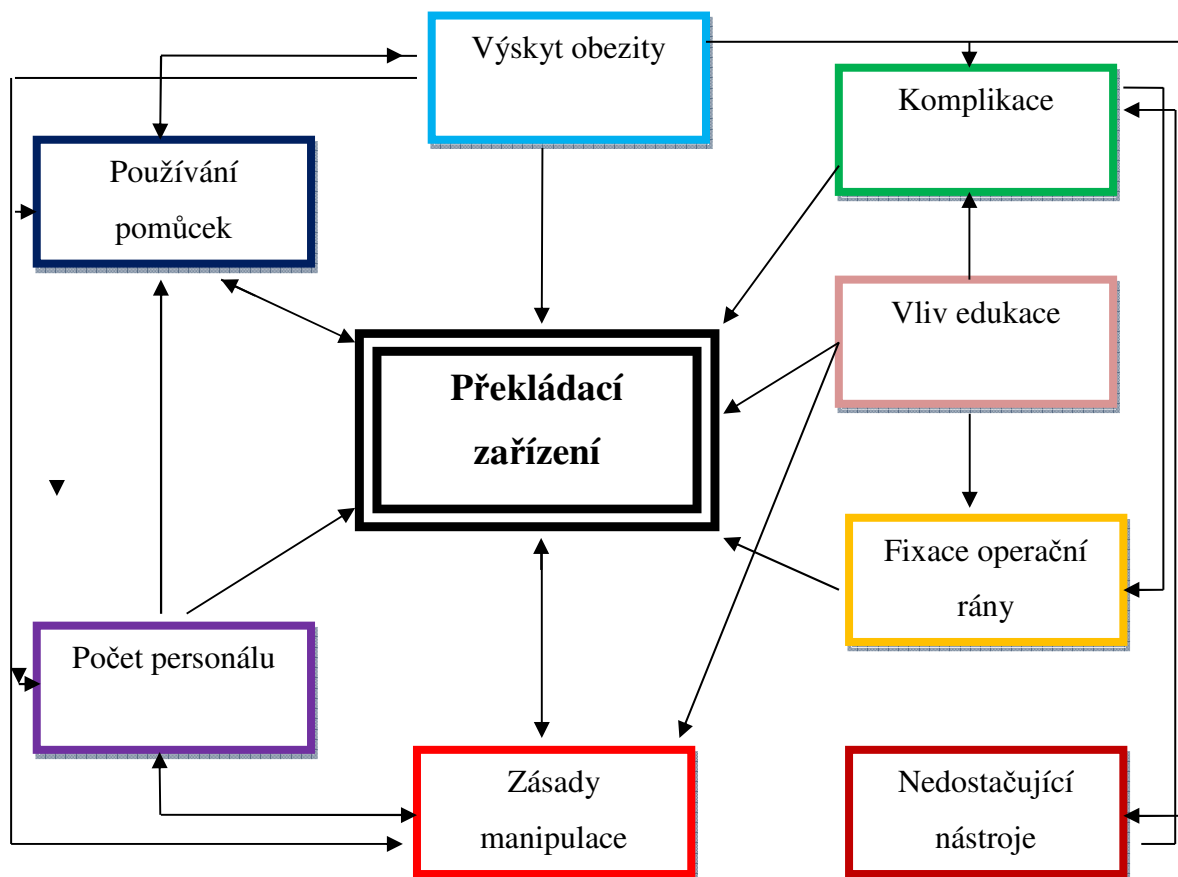
Počet personálu – navýšení počtu personálu by pozitivně ovlivnilo zásady manipulace, což by vedlo i k lepšímu hojení operační rány. Pozitivní vliv by však mělo i na edukaci, prevenci a podporu.

Lze tedy říci, že pro zajištění bezpečnější manipulace s obézními pacienty by podle sester bylo zapotřebí více personálu, který se snaží vždy dodržovat zásady manipulace, ale někdy s obtížemi. Především při odpoledních a nočních službách je polohování a manipulace s obézními pacienty komplikovaná a je potřeba požádat o pomoc personál z jiného oddělení. Čekání na pomoc narušuje časový harmonogram sester na oddělení. Dostatek personálu by zajistil více prostoru pro edukaci týkající se prevence obezity. Sestry by mohly více podporovat obézní pacienty ve snaze snížit svoji tělesnou hmotnost. Informovat je o vhodné redukční dietě a nutnosti pohybové aktivity. Další možností je doporučit návštěvu u odborného lékaře obezitologa nebo psychologa. U obézních pacientů by se sestry chtěly více zaměřit na edukaci o správné hygienické péči, která ovlivňuje lepší hojení operační rány. Zvláště u obézních pacientů, kteří se nadměrně potí, je vhodné vysvětlit, že je potřeba častějšího sprchování a správného ošetřování pokožky a kožních záhybů, aby se předešlo opruzeninám a dekubitům.

Navýšení pomůcek by pozitivně ovlivnilo jejich používání, což opět ovlivňuje předcházení možným komplikacím.

Navýšením pomůcek by se dle sester zvýšila kvalita při poskytování ošetrovatelské péče o obézní pacienty. Používání dostupných pomůcek je nedostatečné. Více pomůcek by zajistilo dodržování zásad manipulace a předcházení komplikací spojených s poskytováním ošetrovatelské péče. Navýšit by se měly pomůcky určené k prevenci vzniku dekubitů, jako jsou antidekubitární podložky a matrace, elektricky ovládaná lůžka pro snazší polohování obézních pacientů po operačním výkonu.

Graf 2 - Selektivní kódování kategorií S2



Zdroj: Vlastní zpracování, 2018.

Vyhodnocení selektivního kódování S2

Základním jevem selektivního kódování u respondentů S2 byla vyhodnocena kategorie **překládací zařízení**. Tato kategorie je v podstatě návrhem sester z operačního sálu o potřebnosti překládacího zařízení, které by sloužilo ke snížení počtu obtížných překládů u obézních pacientů, a zároveň by byla zajištěna bezpečná manipulace pro pacienty i pro personál.

Používáním překládacího zařízení by se snížil počet komplikací spojených s manipulací, především při překladech obézních pacientů, kterých stále přibývá.

Při komplikované manipulaci s obézními pacienty na operačním sále dochází k narušení či stržení fixace sterilního krytí operační rány, což je nežádoucí a ošetrovatelský

personál musí fixaci opravit nebo provést kompletní převaz operační rány za aseptických podmínek.

Nárůst obézních pacientů vyžaduje používání dostupných pomůcek, které slouží k snazší manipulaci při překladech a polohování obézních pacientů na operačním sále.

K tomuto účelu je využívána rolovací podložka, kterou má ošetrovatelský personál k dispozici na všech operačních sálech. Dále jsou využívána k bezpečnému zajištění obézního pacienta na operačním stole různá příslušenství k operačnímu stolu – zarážky, popruhy, gelové podložky a různé nástavce, které umožňují zajistit pacienta do speciální operační polohy.

S přibývajícím počtem obézních pacientů by bylo vhodné navýšení ošetrovatelského personálu, což je důležité pro dodržování zásad bezpečné manipulace.

Dostatek ošetrovatelského personálu by zajistil bezpečnou manipulaci jak pro obézního pacienta, tak pro personál.

Zásady manipulace se navzájem ovlivňují s překládacím zařízením.

Dle respondentek by překládací zařízení významně usnadnilo personálu dodržovat zásady bezpečné manipulace. Pro dodržování zásad bezpečné manipulace bez nutnosti navýšení personálu či přivolání pomoci personálu z lůžkového oddělení by tento problém dle sester vyřešilo překládací zařízení.

Nedostačující nástroje mohou mít vliv na vznik případných komplikací a současně ovlivňovat zásady manipulace.

Během operačního výkonu v případě obézního pacienta může nastat situace, kdy běžné chirurgické nástroje jsou nedostatečné či nevyhovující a pro lepší přehled operačního pole si operátor vyžádá změnu operační polohy. Úprava polohy u obézního pacienta během operačního výkonu je pro personál velmi náročná. Pacient uveden do celkové anestezie není schopen spolupráce, a proto je obtížné při odpoledních a nočních službách, kdy je omezený počet personálu dodržovat zásady manipulace.

Vhodná edukace ovlivňuje komplikace, přispívá k udržení fixace a současně má vliv na spolupráci při manipulaci na překládacím zařízení.

Což znamená, že edukace pacienta bezprostředně před a po operačním výkonu, kdy je vhodným způsobem informován o výhodách spolupráce při překladech na operačním sále, můžeme předejít vzniku komplikací, a to i při manipulaci na překládacím zařízení. Vlídným a laskavým způsobem vysvětlíme postup a vyzveme ho ke spolupráci. V případě mobilních pacientů na přesun ošetrovatelský personál pouze dohlíží. Někteří obézní pacienti nejsou snaživí a nespolupracují, nebo jsou omezeni bolestí či imobilitou, v tomto případě je manipulace složitější a náročnější pro ošetrovatelský personál. Vždy je důležité manipulovat s obézním pacientem tak, aby nedošlo k ohrožení zdraví u obézního pacienta, nebo k zbytečnému fyzickému zatížení a následnému poškození zdraví ošetrovatelského personálu, a proto je důležité dodržovat zásady manipulace.

15 ANALÝZA ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Bakalářská práce je zaměřena na úlohu sestry při poskytování ošetrovatelské péče o oběžního pacienta v chirurgii. Získané informace z rozhovorů se všeobecnými sestrami z lůžkového oddělení a operačního sálu jsem zpracovala a vyhodnotila za použití metody zakotvené teorie.

Jedním ze základních tvrzení, která jsou výsledkem kvalitativního výzkumu týkající se skupiny respondentů S1, což jsou všeobecné sestry pracující na chirurgickém oddělení, je dodržování zásad bezpečné manipulace s oběžním pacientem. Dodržování těchto zásad pozitivně ovlivňuje komplikace spojené s manipulací při polohování a ošetřování oběžných pacientů.

Dalším výsledkem výzkumu je potřeba navýšení zdravotnického personálu, a to z důvodu kvalitnější a bezpečnější péče o oběžní pacienty. Více personálu by příznivě ovlivnilo dodržování zásad manipulace s tímto typem pacientů při jejich polohování a hygienické péči, což by mělo kladný vliv na hojení operační rány. Dále by větší počet ošetrovatelského personálu umožnil časově náročnou edukaci, prevenci a podporu u oběžných pacientů. Tato edukace a celková motivace nemocného ke spolupráci se zdravotnickým personálem může vést ke snížení komplikací spojených s jeho manipulací.

Dalším tvrzením je, že používání dostupných pomůcek napomáhá ke snížení náročnosti ošetrovatelské péče u oběžných pacientů a zároveň se předchází komplikacím spojených s hospitalizací na chirurgickém oddělení. Navýšení pomůcek by pozitivně ovlivnilo používání pomůcek, čímž by se předcházelo možným komplikacím při manipulaci a při poskytování ošetrovatelské péče u oběžního pacienta.

Hlavním tvrzením všeobecných sester pracujících na operačním sále, což je v bakalářské práci skupina S2, je, že by přítomnost překládacího zařízení na sále snížila počet komplikací spojených s manipulací oběžního pacienta. Zároveň by se tak i zkvalitnila ošetrovatelská péče o takové pacienty, kterých stále přibývá.

Dalším výsledkem výzkumu je, že právě překládací zařízení by vyřešilo nedostatek ošetrovatelského personálu a používání pomůcek, čímž by současně byly dodržovány zásady bezpečné manipulace u oběžního pacienta.

Jedním z dalších tvrzení je, že vhodnou edukací a motivací pacienta ke spolupráci, můžeme snížit komplikace při manipulaci a zajistit tak neporušení fixace a krytí operační rány. U obézních pacientů, kteří nechtějí nebo nemohou pro bolest spolupracovat, je řešením opět překládací zařízení.

Dalším tvrzením v této části výzkumu je, že v souvislosti s nárůstem počtu komplikovaných překládů u obézních pacientů by bylo příhodné navýšit ošetrovatelský personál, který se snaží vždy dodržovat zásady manipulace, ale často s obtížemi. To platí i v případě polohování, kdy pro nedostačující chirurgické nástroje je nutná úprava nebo změna operační polohy u obézního pacienta. Pro bezpečnou manipulaci s obézními pacienty ošetrovatelský personál používá dostupné pomůcky, které někdy nevyhovují.

DISKUZE

V bakalářské práci se věnuji roli sestry v péči o oběžního pacienta na chirurgickém oddělení, jak na lůžkové části, tak na operačním sále. Vzhledem k rostoucímu počtu oběžných pacientů hospitalizovaných na chirurgickém oddělení, jsem si toto téma vybrala. Pracuji na operačním sále chirurgického oddělení, kde se často setkáváme s těmito pacienty a vnímáme poskytování ošetrovatelské péče u oběžných pacientů jako náročnější a s komplikacemi. Tato skutečnost nás staví do pozice, kdy jsme nuceni řešit kvalitu a bezpečnost ošetrovatelské péče, vyžadující náročnější pracovní nasazení pro ošetrovatelský personál. Zajímavé je proto srovnání poskytování ošetrovatelské péče u oběžných pacientů z pohledu všeobecných sester lůžkové části chirurgického oddělení a operačního sálu.

Cílem práce bylo zmapovat předoperační, perioperační a pooperační péči o oběžního pacienta z pohledu všeobecných sester chirurgického oddělení a operačního sálu. Pro výzkum jsem zvolila kvalitativní výzkum metodou zakotvené teorie a polostrukturovaným rozhovorem jsem získala informace. Výzkumný soubor tvořilo šest sester z lůžkové části a šest sester z operačního sálu chirurgického oddělení. Stanovila jsem si tři výzkumné otázky. Všechny byly zaměřené na všeobecné sestry. Všichni respondenti, které jsem požádala o rozhovor, byli vstřícní. Nikdo rozhovor neodmítl.

Výzkumná otázka č. 1

Jaký je největší problém při poskytování ošetrovatelské péče u oběžního pacienta na chirurgickém oddělení a operačním sále?

Na tuto otázku shodně odpověděly sestry z lůžkového oddělení i operačního sálu, jedná se o komplikace při manipulaci s oběžními pacienty.

Všeobecné sestry chirurgického oddělení uvedly, že mezi tyto komplikace patří především obtížná manipulace a polohování, dále náročnější provedení hygienické péče, vznik zapařenin a dekubitů, horší hojení operační rány a někdy i špatná spolupráce.

Vytejšková (2011) uvádí, že sestry musí vynaložit velké fyzické úsilí a musejí zaujímat nucenou polohu k vykonání činnosti u oběžního pacienta. Při dopomoci

s oblékáním, přesunem pacienta, hygienické péči hrozí u obézních pacientů riziko pádu a je velmi důležitý soustavný dohled ošetřovatelského personálu (Vytejčková, 2011).

Všeobecné sestry z lůžkového oddělení si stěžovaly na nedostatek ošetřovatelského personálu a shodly se na tom, že více ošetřovatelského personálu by příznivě ovlivnilo dodržování zásad manipulace s tímto typem pacientů při jejich polohování a hygienické péči, což by mělo kladný vliv na hojení operační rány.

Kamila Prudičová (2015) ve své bakalářské práci Specifika ošetřovatelské péče o obézního pacienta popisuje, že častou pooperační komplikací je zhoršené hojení či dehiscence rány. Vysoká vrstva podkožního tuku, která je špatně cévně zásobená, má tendenci k rozpadu rány. U obézních pacientů je také vyšší riziko znehodnocení převazu, a tím vzrůstá riziko infekce v ráně i horšího hojení (Prudičová, 2015).

Všeobecné sestry z operačního sálu zmínily, že při komplikované manipulaci s obézními pacienty, což jsou přesuny na operačním sále, dochází k narušení či stržení fixace sterilního krytí operační rány, což je nežádoucí pro možné riziko infekce a ošetřovatelský personál musí fixaci opravit nebo provést kompletní převaz operační rány za aseptických podmínek. S tímto tvrzením musím souhlasit, protože jsem se během své praxe setkala mnohokrát se stržením fixace sterilního krytí při překladi obézního pacienta na operačním sále.

Někteří obézní pacienti nejsou snaživí a nespolupracují, nebo jsou omezeni bolestí či imobilitou, v tomto případě je manipulace složitější a náročnější pro ošetřovatelský personál, toto je tvrzení sálových sester, které potvrzuje Štěpán Svačina (2013), který uvádí, že obézní pacienti obezitu nevnímají jako onemocnění. Často s všeobecnou sestrou nespolupracují, případně po malé chvíli po činnostech, které nezvládají, spolupráci vzdávají (Svačina, 2013).

Při polohování obézního pacienta na operačním sále během operačního výkonu perioperační sestry poukazují na nedostatek ošetřovatelského personálu v případě, kdy pro nedostačující chirurgické nástroje je nutná úprava nebo změna operační polohy u obézního pacienta. S touto připomínkou musím souhlasit, protože jsem se setkala často se situací, kdy bylo potřeba změnit polohu u obézního pacienta během operačního výkonu a na operačním sále byl k dispozici pouze sanitář.

Tvrzením sester z lůžkového oddělení je, že používají pomůcky k polohování obézních pacientů, především u imobilních pacientů a v pooperačním období, než se začnou obézní pacienti mobilizovat. Polohování provádí pravidelně, čímž předchází vzniku dekubitů. Dále sálové sestry potvrdily, že pro bezpečnou manipulaci s obézními pacienty ošetřovatelský personál na operačním sále používá dostupné pomůcky, které někdy nevyhovují velikostí.

Výzkumná otázka č. 2

Jaká je kvalita při poskytování ošetřovatelské péče o obézního pacienta na chirurgickém oddělení a operačním sále z pohledu všeobecné sestry?

Na tuto otázku odpověděli shodně všichni respondenti, že poskytování ošetřovatelské péče o obézní pacienty je náročné, ale kvalitu se snaží zajistit vždy. Všechny sestry potvrdily, že dodržují zásady manipulace s obézními pacienty při překladech a polohování. Dále sestry uvedly, že se zaměřují na předcházení vzniku rizik a komplikací při manipulaci i ošetřovatelské péči u obézního pacienta, aby byla zajištěna kvalita a bezpečnost.

Všeobecné sestry z operačního sálu zastávají názor, že vlivem edukace se mohou eliminovat komplikace spojené s manipulací obézních pacientů. U obézních pacientů je vhodné vysvětlit postup a vlídným přístupem je motivovat ke spolupráci. S tímto názorem souhlasím, protože z vlastní zkušenosti vím, že vhodná komunikace personálu s obézním pacientem je důležitá pro navázání partnerského vztahu a spolupráce. Dále zastávám názor shodný s tvrzením všeobecných sester z lůžkového oddělení, že by větší počet ošetřovatelského personálu umožnil časově náročnou edukaci, prevenci a podporu u obézních pacientů. Tato edukace a celková motivace nemocného ke spolupráci se zdravotnickým personálem může vést ke snížení komplikací spojených s jeho manipulací.

Michaela Fraňková (2009) ve svém článku *Obézní vyžadují citlivější přístup*, popisuje nutnost citlivějšího přístupu k obézním pacientům. V komunikaci s nimi je lépe zastávat empatii, osobnější přístup a podporu. Ošetřovatelský personál by je v žádném případě neměl odsuzovat, ale měl by jim být nápomocen (Fraňková, 2009).

Používání pomůcek napomáhá ke snížení náročnosti ošetrovatelské péče u obézních pacientů a zároveň se předchází komplikacím spojených s jejich hospitalizací na chirurgickém oddělení, toto je tvrzení sester z lůžkového oddělení. Při ošetrování obézních pacientů sestry na oddělení používají k prevenci dekubitů antidekubitní matrace a podložky, na přesuny se využívají překladové podložky. Velkou výhodou je podle sester uložení obézních pacientů na elektricky ovládaná polohovací lůžka, kterých je na oddělení málo. Podle sester by bylo výhodné navýšení těchto pomůcek. Pro zajištění intimity při manipulaci, polohování, hygienické péči a převazování operační rány používají sestry zástěny, nebo se tito pacienti umisťují na jednolůžkové pokoje s toaletou a sprchovacím koutem, což je pro obézního pacienta komfortní. Jolana Matyášová (2014) ve své bakalářské práci: Obezita jako ošetrovatelský problém uvádí, že sami obézní pacienti poukazují na nepříjemnosti, jako je odhalování jejich intimity, a otázky týkající se jejich soukromí. Intimita pacienta je nejvíce odhalována při činnostech, jako je hygienická péče, vyprazdňování nebo převlékání (Matyášová, 2014).

Martin Fried (2011) zmiňuje, že v pooperačním období je péče o obézního pacienta časově velmi náročná z hlediska požadavku na včasnou vertikalizaci a rehabilitaci chůze. Ta je však riziková nejen pro pacienta z hlediska nebezpečí pádu, ale také pro sestry, které se vystavují při vertikalizaci nebezpečí vlastního úrazu (Fried, 2011). Pro ošetrovatelský personál, kterého je podle sester z lůžkového oddělení nedostatek, je péče o obézní pacienty náročná především fyzicky a je třeba předcházet vzniku rizik spojených s manipulací. U obézního pacienta se jedná o nebezpečí pádu či úrazu a pro ošetrovatelský personál poranění nebo onemocnění páteře. Z tohoto tvrzení vyplývá, že se sestry z lůžkového oddělení shodují s názorem Martina Frieda (2011).

Sestry se snaží vždy dodržovat zásady správné manipulace s obézními pacienty. K bezpečné manipulaci je vhodné využívat dostupné pomůcky. Sálové sestry zastávají názor, že s přibývajícím počtem obézních pacientů by bylo vhodné navýšení ošetrovatelského personálu, což je důležité pro dodržování zásad bezpečné manipulace. Dostatek ošetrovatelského personálu by zajistil bezpečnou manipulaci jak pro obézního pacienta, tak pro personál.

Výzkumná otázka č. 3

Čím bychom mohli zlepšit kvalitu a bezpečnost při poskytování péče o oběžního pacienta na chirurgickém oddělení a operačním sále?

Jedním ze základních tvrzení, která jsou výsledkem kvalitativního výzkumu týkajícího se skupiny respondentů S1, což jsou všeobecné sestry pracující na chirurgickém oddělení, je dodržování zásad bezpečné manipulace s oběžním pacientem.

Po analýze získaných informací od respondentů skupiny S1 a S2 byla shoda v tvrzení, že je potřeba navýšení ošetrovatelského personálu, a to z důvodu kvalitnější a bezpečnější péče o oběžní pacienty. Všeobecné sestry z operačního sálu v souvislosti s nárůstem počtu komplikovaných překladů u oběžních pacientů uvedly, že by bylo příhodné navýšit ošetrovatelský personál, který se snaží vždy dodržovat zásady manipulace, ale často s obtížemi. Všeobecné sestry zastávají názor, že dodržování těchto zásad pozitivně ovlivňuje komplikace spojené s manipulací při polohování a ošetřování oběžních pacientů, což je předcházení možných rizik a nežádoucích událostí.

Velmi mne zaujal návrh, který byl současně i hlavním tvrzením výzkumného šetření u všeobecných sester pracujících na operačním sále, že by přítomnost překládacího zařízení na operačním sále snížila počet komplikací spojených s manipulací oběžního pacienta. Zároveň by se tak i zkvalitnila ošetrovatelská péče o takové pacienty, kterých stále přibývá. Dalším výsledkem výzkumu je, že právě překládací zařízení by vyřešilo nedostatek ošetrovatelského personálu a používání pomůcek, čímž by současně byly dodržovány zásady bezpečné manipulace u oběžního pacienta.

Co se týče prevence a podpory u oběžních pacientů, zjistila jsem, že je spíše nedostatečná, což potvrzuje fakt, že těchto pacientů stále přibývá. Všeobecné sestry z lůžkového oddělení poukázaly, že navýšení ošetrovatelského personálu by umožnil časově náročnou edukaci, prevenci a podporu u oběžních pacientů. Tato edukace a celková motivace nemocného ke spolupráci se zdravotnickým personálem může vést ke snížení komplikací spojených s jeho hospitalizací. Stejný názor zastávají i sálové sestry, že vhodná edukace a motivace pacienta ke spolupráci může snížit komplikace při manipulaci a zajistit tak neporušení fixace a krytí operační rány. U oběžních pacientů, kteří nechtějí nebo nemohou pro bolest spolupracovat, je vhodným řešením opět překládací zařízení.

Všechny výzkumné otázky byly zodpovězeny a tudíž splněn cíl výzkumu, kterým bylo zmapovat předoperační, perioperační a pooperační péči o obézního pacienta z pohledu všeobecných sester chirurgického oddělení a operačního sálu.

Všichni respondenti se nejvíce zaměřovali na důležitost dodržování zásad manipulace s obézními pacienty, zmiňovali nedostatek ošetrovatelského personálu a také některých pomůcek.

Především všeobecné sestry z lůžkového oddělení zmiňovaly komplikace spojené s manipulací při hygienické péči, pooperační vertikalizaci jako prevenci TEN, polohování důležité k předcházení dekubitů a především předcházení rizika pádu, ale také zmínily rizika pro ošetrovatelský personál. Dále apelovaly na důležitost edukace v předoperační a pooperační péči.

Pro perioperační sestry bylo prioritou pořízení překládacího zařízení na operační sál, což by vyřešilo nedostatek personálu, obtížné překlady obézních pacientů na operačním sále, ale především by došlo ke snížení počtu těchto překladů. Sestry zmínily, že se setkaly s používáním překládacího zařízení na jiných pracovištích a uznale vypovídaly o komfortu při překladech jak pro personál, tak pro pacienty. Dále by nedocházelo k stržení fixace sterilního krytí při překladech u obézních pacientů. Uvedly vhodnost edukace k navázání spolupráce s obézními pacienty. S tvrzením perioperačních sester souhlasím, protože jsem se sama setkala s výhodami při používání překládacího zařízení v praxi na jiných pracovištích.

ZÁVĚR

Bakalářská práce byla zaměřená na úlohu sestry při poskytování ošetrovatelské péče u obézního pacienta podstupujícího operační výkon. Celá práce je rozdělena do dvou částí. V první teoretické části je popsána definice obezity, dále její rozdělení, etiopatogeneze, prevence, komplikace a léčba. V druhé části je popsána ošetrovatelská péče, role sestry a poskytování ošetrovatelské péče při chirurgické léčbě s možným výskytem rizik při poskytování ošetrovatelské péče o obézního pacienta v chirurgii.

Pro praktickou část byla vybrána metoda kvalitativního výzkumu vyhodnocena na principu zakotvené teorie. Výzkum byl veden pomocí rozhovorů. Pro rozhovory bylo osloveno šest respondentů, všeobecných sester z lůžkové části a šest respondentů, všeobecných sester z operačního sálu chirurgického oddělení Fakultní nemocnice Plzeň.

Hlavním cílem bylo zmapovat předoperační, perioperační a pooperační péči o obézního pacienta z pohledu všeobecných sester chirurgického oddělení a operačního sálu. Ke zpracování praktické části byly zvoleny tři výzkumné otázky:

Jaký je největší problém při poskytování ošetrovatelské péče o obézního pacienta na chirurgickém oddělení a operačním sále?

Jaká je kvalita při poskytování ošetrovatelské péče o obézního pacienta na chirurgickém oddělení a operačním sále z pohledu všeobecné sestry?

Čím bychom mohli zlepšit kvalitu a bezpečnost při ošetrovatelské péči o obézního pacienta na chirurgickém oddělení a operačním sále?

Výsledkem výzkumu je dle všeobecných sester skutečnost, že největším problémem při narůstajícím počtu obézních pacientů hospitalizovaných na chirurgickém oddělení jsou komplikace při manipulaci s obézními pacienty, nedostatek ošetrovatelského personálu, některých pomůcek a vybavení, ale také časového prostoru pro edukaci, prevenci a podporu obézních pacientů v předoperační i pooperační péči. Dalším zjištěním je, že obtížná manipulace při překladech na operačním sále, často s následným stržením fixace sterilního krytí operační rány, může způsobit horší hojení operační rány. Důležitým poznatkem je, že péče o obézní pacienty i přes svoji náročnost poskytují všeobecné sestry kvalitně a bezpečně, ale někdy s obtížemi. Předcházejí vzniku komplikací, rizik

a nežádoucích událostí. Zajímavý byl návrh sálových sester na pořízení překládacího zařízení, čímž by se vyřešily komplikované překlady u obézních pacientů na operačním sále.

Téma bakalářské práce je stále více aktuální, protože počet obézních pacientů neustále roste. Doporučením pro praxi je vytvoření informačního letáku pro všeobecné sestry pracující na chirurgickém oddělení, který by je informoval o správné manipulaci s obézním pacientem, možných rizicích při manipulaci a o jejich předcházení (viz příloha 5). Dále podání návrhu vrchní sestře chirurgického oddělení na pořízení překládacího zařízení na operační sál, který vzešel z výzkumného šetření. Opatření překládacího zařízení by zajistilo kvalitnější péči o obézní pacienty na chirurgickém oddělení.

SEZNAM LITERATURY

1. FRIED, Martin. *Bariatrická a metabolická chirurgie*. Praha : Mladá fronta, 2011. str. 266. ISBN 978-80-204-2424-2.
2. KASALICKÝ, Mojmir. *Chirurgická léčba obezity*. Prague : Ottova tiskárna, 2011. str. 64. ISBN 978-80-254-9356-4.
3. HAINER, Vojtěch et al. *Základy klinické obezitologie*. Praha : Grada, 2011. str. 422. ISBN 978-80-247-3252-7.
4. ADÁMKOVÁ, Věra. *Obezita: příčiny, typy, rizika, prevence a léčba*. Brno : Facta Medica, 2009. str. 122. ISBN 978-80-904260-5-4.
5. MÜLLEROVÁ, Dana. *Obezita - prevence a léčba*. Praha : Mladá fronta, 2009. str. 261. ISBN 978-80-204-2146-3.
6. HLÚBIK, Pavol et al. *Obezita: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře : /novelizace 2009/*. Praha : Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2009. str. 12. ISBN 978-80-86998-31-2.
7. KUNEŠOVÁ, Marie. *Základy obezitologie*. Praha : Galén, 2016. str. 172. ISBN 978-80-7492-217-6.
8. HERLESOVÁ, Jitka et al. *Doporučení k psychologickému vyšetření před bariatrickou operací*. Praha : Axonite, 2013. str. 24. ISBN 978-80-904899-6-7.
9. VÍTEK, Libor. *Jak ovlivnit nadváhu a obezitu*. Praha : Grada, 2008. str. 160. ISBN 978-80-247-2247-4.
10. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Základy ošetřovatelství*. Praha : Karolinum, 2006. str. 353. ISBN 80-246-1091-4.
11. HLINOVSKÁ, Jana et al. *Interaktivní procesy v ošetřovatelství a porodní asistenci*. Praha : Mauera, 2012. str. 168. ISBN 978-80-904955-3-1.
12. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetřovatelství*. Praha : Grada, 2007. str. 163. ISBN 978-80-247-2069-2.

13. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha : Grada Publishing, 2010. str. 80. ISBN 978-80-247-2171-2.
14. VENGLÁŘOVÁ, Martina, MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha : Grada Publishing, 2006. str. 144. ISBN 80-247-1262-8.
15. TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno : Nconzo, 2013. str. 185. ISBN 978-80-7013-553-2.
16. SYSLOVÁ, Ladislava, NOVOTNÁ, Jitka. Morbidně obézní pacientka. 2012. roč. 22, č.11, str. 54. ISSN1210-0404.
17. VYTEJČKOVÁ, Renata, SEDLÁŘOVÁ Petra, WIRTHOVÁ Vlasta, HOLUBOVÁ Jana. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha : Grada Publishing, 2011. str. 256. ISBN 978-80-247-3419-4.
18. POKORNÁ Andrea, KOMÍNKOVÁ Alena. *Ošetrovatelské postupy založené na důkazech*. Brno : Masarykova Univerzita, 2013. str. 124. ISBN 978-80-210-6331-0.
19. CHROMÝ, Karel, HONZÁK, Radkin. *Somatizace a funkční poruchy*. Praha : Grada Publishing, 2005. str. 216. ISBN 80-247-1473-6.
20. AKRIDGE, Jeannie. Super-sized equipment supports bariatric needs. *Healthcare Purchasing*. [Online] 2008, roč. 32, č. 1, s. 20-24 [Citace: 19. únor 2018.] Dostupné z:<http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=0e590385-4693-4940-8c4fec40baa4e991%40sessionmgr111&vid=1&hid=127>
21. MULLLIGAN, Ann T., et al. Best practice updates for nursing care in weight loss. *Obesity[online]*. [Online] 2009, roč. 17, č. 5, s. 895-900 [Citace: 20. únor 2018.] Dostupné z:<http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=1e18ef2e-9db9-4f2e-b4f2->
22. DRÁBKOVÁ, Jarmila. *Obézní pacient a jeho polohování v intenzivní péči*. č.2, 2010, Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, roč.57, str. 81. ISSN 1212-3048.
23. HUTTUNEN, R., M. KARPPÉLIN a J. SYRJÄNEN. Review: Obesity and nosocomial. *Journal of Hospital Infection*. [Online] 2013, roč. 85, č. 1, s. 8-16 [Citace: 28. únor 2018.] <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195670113002399>.

24. Standardní postup SNL/DOS/SOP/078/02. *Bezpečná manipulace s pacienty s nadměrnou tělesnou hmotností*. Plzeň : FN Plzeň, 2017.
25. Oddělení BOZP a PO. INL 0163/01. *Seznam rizik práce a pracovního prostředí*. Plzeň : FN Plzeň, 2013.
26. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní výzkum a metody v psychologickém výzkumu*. Praha : Grada, 2006. str. 332. ISBN 80-247-1362-4.
27. PRUDIČOVÁ, Kamila. Specifika ošetrovatelské péče u pacientů s obezitou. *Bakalářská práce*. Olomouc : Univerzita Palackého. Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce: Doc. Paed Dr.Miroslav Kopecký PhD., 2015.
28. SVAČINA, Štěpán. *Obezitologie a teorie metabolického syndromu*. Praha : Triton, 2013. str. 290. ISBN 978-80-7387-678-4.
29. FRAŇKOVÁ, Michaela. Obézní vyžadují citlivější přístup. *Medical Tribune*. [Online] 2009. [Citace: 4. říjen 2017.] Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/15692>.
30. MATYÁŠOVÁ, Jolana. Obezita jako ošetrovatelský problém. *Bakalářská práce*. České Budějovice : Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce: Mgr. Veronika Šváblová, 2014.

SEZNAM ZKRATEK

BMI - Index tělesné hmotnosti

WHO - Světová zdravotnická organizace

TEN - tromboembolická nemoc

BOZP - bezpečnost a ochrana zdraví při práci

FN - Fakultní nemocnice

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Klasifikace obezity dle WHO

Tabulka 2 - Axiální kódování kategorií S1

Tabulka 3 - Axiální kódování kategorií S2

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 - Selektivní kódování kategorií S1

Graf 2 - Selektivní kódování kategorií S2

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 – Transportní rolovací deska Rollboard

Obrázek 2 – Překládací zařízení RAMED

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Bibliografická rešerše

Příloha 2 – Souhlas s výzkumem

Příloha 3 – Otázky k rozhovoru pro všeobecné sestry chirurgického oddělení

Příloha 4 – Otázky k rozhovoru pro všeobecné sestry operačního sálu

Příloha 5 – Leták na téma: Jak manipulovat s obézním pacientem

Obrázek 1 - Transportní rolovací zařízení Rollboard



Zdroj:http://aposbrno.cz/karta.php?produkt=Transportn%C3%AD%20rolovac%C3%AD%20deska%20-%20Rollboard&id_produkту=2251#

Obrázek 2 – Překládací zařízení RAMED



Zdroj: http://www.ramed.cz/ppz_2.pdf

Příloha 1:



**Studijní a vědecká knihovna
Plzeňského kraje**

Bibliografická rešerše

Studijní a vědecká knihovna Plzeňského kraje, příspěvková organizace, Smetanovy sady 179/2, 301 00 Plzeň
IČO: 00078077, zapsána u Krajského soudu v Plzni, spis. Zn. Pr 760
ODDĚLENÍ PREZENČNÍCH SLUŽEB – SPECIÁLNÍ STUDOVNA

Číslo rešerše: 70/2017
Počet záznamů: 20 + příl.

Role sestry v péči o obézního pacienta v chirurgii

Vypracoval/a: Jitka Zalabáková
říjen 2017

Analytický list

Druhy dokumentů v rešerši:

KNIHY – 7
ČLÁNKY – 11
STATI – 1
ELEKTRONICKÉ DOKUMENTY – 1

Časové vymezení: 2008–2017

Jazykové vymezení: čeština, angličtina

Použité informační zdroje:

katalogy SVK PK a jiných knihoven, katalogy souborné
databáze Bibliomedica/Medvik a PubMed
zahraniční plnotextové licencované databáze (EBSCO, ProQuest, ScienceDirect,
SpringerLink)
Internet

Způsob uspořádání dokumentů:

Rešerše je rozdělena na části Knihy, Články a stati a Elektronické dokumenty. V těchto oddílech jsou záznamy řazeny abecedně a opatřeny signaturami, pod kterými je lze v naší knihovně zapůjčit.

Poznámky:

Záznamy v rešerši jsou v souladu s normou ČSN ISO 690 (Bibliografická citace).

Volný výběr knih se nachází ve 2. patře budovy. Pokud je hledaný titul vypůjčen, lze na něj prostřednictvím objednávkového katalogu pořídit rezervaci.

Dokumenty z jiných knihoven zajišťuje meziknihovní služba na pracovišti výpůjční protokol v přízemí budovy SVK PK; e-mailová adresa: mvs@svkpl.cz. Tyto služby jsou zpoplatněny.

Časopisy a noviny jsou určeny k prezenčnímu studiu (poslední dva kalendářní roky jen v čítárně časopisů, starší vázané ve studovnách SVK PK).

U záznamů článků jsou uváděny tučně základní signatury periodik, k objednání prostřednictvím elektronického katalogu je nutno ještě vždy vybrat příslušný rok a svazek (v rešerši není vyznačen tučným písmem).

UPOZORNĚNÍ: Časopisy z r. 2015 mohou být v průběhu roku 2017 v SVK PK nedostupné z důvodu vazby!

Zkratky použité v rešerši:

SVK PK = Studijní a vědecká knihovna Plzeňského kraje
MS = meziknihovní služby

Příloha 2:

Vážená paní
Alena Langová
Studentka oboru Všeobecná sestra
Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Západočeská univerzita v Plzni

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **povoluji** Vaše šetření na *Chirurgickém oddělení (CHIRO) FN Plzeň*, v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „*Role sestry v péči o oběžního pacienta v chirurgii*“. Vaše šetření bude probíhat pomocí dotazníku, určeného všeobecným sestřím.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestra *CHIRO* souhlasí s Vaším postupem.
- Vaše šetření osobně povedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů **poskytnete Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň** závěry Vašeho šetření na níže uvedený e-mail, nejpozději k datu vaší obhajoby a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost respondentů s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, či pokud by spolupráci s Vámi zaměstnanci pocítovali jako újmu. Účast respondentů na Vašem šetření je dobrovolná.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr. Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel.: 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovas@fnplzen.cz

16. 10. 2017

Příloha 3:

Otázky k rozhovoru pro všeobecné sestry lůžkové části chirurgického oddělení

1. Setkáváte se často v rámci ošetrovatelské péče s obézními pacienty?
2. Vnímáte u těchto pacientů více komplikací při jejich ošetřování? Jaké jsou to nejčastěji komplikace?
3. Dodržujete zásady manipulace s obézními pacienty? Jsou tyto zásady dané na vašem pracovišti standardem/pokynem/informačním letákem/nařízením?
4. Používáte pomůcky vhodné k ošetřování obézních pacientů? Jaké pomůcky máte na oddělení k dispozici?
5. Máte na vašem pracovišti dostatek vybavení zajišťující bezpečnou manipulaci s obézními pacienty?
6. Dbáte na dodržování intimity při ošetřování obézních pacientů?
7. Snažíte se obézní pacienty co nejdříve mobilizovat po operačním výkonu?
8. Edukujete obézní pacienty o důležitosti v dodržování dietního režimu a správného životního stylu?
9. Myslíte si, že na ošetřování obézních pacientů by bylo potřeba více personálu?
10. Myslíte si, že obezita má vliv na hojení operační rány?
11. Domníváte se, že je osvěta a prevence obezity dostatečná?
12. Napadlo by Vás něco, co by se dalo zlepšit při ošetřování obézních pacientů na chirurgickém oddělení?

Příloha 4:

Otázky k rozhovoru pro všeobecné sestry operačního sálu chirurgického oddělení

1. Setkáváte se často v rámci ošetrovatelské péče na operačním sále s obézními pacienty?
2. Nastávají nějaké komplikace či potíže při manipulaci s obézními pacienty před/během/po operačním výkonu? Jaké jsou to nejčastěji komplikace?
3. Dodržujete zásady manipulace s obézními pacienty? Jsou tyto zásady na vašem pracovišti dané standardem/pokynem/informačním letákem/nařízením?
4. Používáte pomůcky k zajištění bezpečné manipulace a operační polohy u obézních pacientů? Jaké pomůcky máte na operačním sále k dispozici?
5. Máte na operačním sále dostatek vybavení zajišťující bezpečnou manipulaci při překladech obézních pacientů?
6. Dbáte na dodržování intimity při manipulaci, překladech a polohování obézních pacientů na operačních sálech?
7. Vnímáte obézní pacienty jako snaživé a ochotné spolupracovat?
8. Myslíte si, že na manipulaci obézních pacientů na operačním sále by bylo potřeba více personálu?
9. Snažíte se obézní pacienty motivovat ke spolupráci při manipulaci a překladech před operačním výkonem?
10. Stalo se Vám při operačním výkonu u obézních pacientů, že typy chirurgických nástrojů byla nedostačující/nevyhovující?
11. Myslíte si, že krytí operační rány u obézních pacientů je složitější než u normostenických pacientů?
12. Napadlo by Vás něco, co by přispělo k snazšímu ošetřování či bezpečnější manipulaci s obézními pacienty na operačním sále?

SÍLA JE V NÁS!

ANEB JAK SPRÁVNĚ MANIPULOVAT S OBÉZNÍM PACIENTEM

Proč dodržovat zásady bezpečné manipulace:

- pomáhají ošetrovatelskému personálu vykonávat pohyb s pacientem při co nejmenší fyzické námaze
- manipulace s pacientem probíhá šetrně za minimalizace bolesti s ohledem na udržení fixace krytí operační rány
- chrání ošetrovatelský personál před přetížením
- chrání před bolestmi zad a umožňuje efektivní uspořádání denních činností s imobilními pacienty
- chrání pacienta před pádem

Příprava před manipulací:

- připravit dostupné pomůcky, určené k manipulaci
- zkontrolovat maximální nosnost pomůcky
- zhodnotit stav pacienta
- zajistit pacienta proti pádu
- využít asistence dalších členů ošetrovatelského týmu
- zajistit minimálně dvě osoby

Doporučená technika pro manipulaci s obézním pacientem:

- upravit výšku lůžka
- zaujmout pozici, co nejbliže k pacientovi
- vysvětlit pacientovi postup
- vyzvat pacienta ke spolupráci správnou motivací
- zachovat správné držení těla v průběhu manipulace - mírně se rozkročit, jednu nohu mírně předsunout, při zvedání pacienta využít svaly dolních končetin, pokrčit kolena, při zvedání pacienta kolena pomalu narovnávat
- bezpečně uchopit pacienta celou paží v úrovni pacientovy pánve, pasu a lopatek
- použít pevnou obuv a vhodný oděv, který neomezuje v pohybu

