

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Markéta Salabová

Ošetřovatelská péče o pacienta po bariatrické operaci

Nursing care of a patient after a bariatric surgery

Bakalářská práce

Praha, 2016

Autor práce: **Markéta Salabová**
Studijní program: Ošetřovatelství
Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **PhDr. Marie Zvoníčková**
Pracoviště vedoucího práce: **3. LF; Ústav ošetřovatelství**
Odborný konzultant: **MUDr. Martin Hrubý**
Pracoviště odborného konzultanta: **KNL – Panochova nemocnice, Turnov;
Oddělení chirurgie**

Předpokládaný termín obhajoby: červen 2016

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3. LF UK jsou totožné.

V Praze dne 23. 5. 2016

Markéta Salabová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Marii Zvoníčkové a mému odbornému konzultantovi MUDr. Martinu Hrubému za odborné vedení, cenné rady a připomínky. Dále bych chtěla poděkovat pacientce H. D. za ochotu spolupracovat a možnost sledovat její životní změnu. V neposlední řadě patří velké poděkování mé rodině za neutuchající trpělivost a podporu během studia.

Abstrakt

Obezita patří do kategorie civilizačních chorob. Očekává se, že se její incidence bude i nadále zvyšovat. V současnosti existuje několik možností, jak toto onemocnění léčit. Každý pacient musí nejdříve podstoupit léčbu konzervativní a až v případě jejího selhání přichází na řadu bariatrická a metabolická chirurgie. Tato bakalářská práce byla zpracována formou případové studie, která se týká pacientky s hraniční obezitou 2. stupně. Popisuje 32letou pacientku, která se rozhodla svoji váhu zredukovat a podstoupila chirurgický zákrok tubulizace žaludku. Vzhledem k charakteru zákroku je činnost multidisciplinárního týmu zaměřena především na předoperační a pooperační přístup, který úzce souvisí se vznikem tzv. non-compliance. Když se ale vše podaří a nevyskytnou se komplikace, stane se ve většině případů život pacienta kvalitnějším.

Klíčová slova: obezita, bariatrická a metabolická chirurgie, redukce váhy, kvalita života, non-compliance

Abstract

Obesity belongs to the category of lifestyle diseases. It is expected that the obesity incidence will continue to grow. Currently there are several alternatives of treating this disease. Every patient must go through a conservative way of treatment at first and only in case of its failure the bariatric and metabolic surgeries take their turn. This bachelor thesis was drawn up in a form of a case study which concerns a female patient suffering from almost 2. class obesity. It describes 32 year old female patient who decided to reduce her weight and underwent a gastric sleeve surgery. Taking into account the characteristics of the medical intervention the multidisciplinary team focuses its activities mainly on pre- and post-operational matters which closely relate to formation of so called non-compliance. When, however, everything goes well and there are no complications thereafter the quality of life of a patient grows in most of the cases.

Keywords: obesity, bariatric and metabolic surgery, weight-loss, quality of life, non-compliance

OBSAH

ÚVOD	9
TEORETICKÁ VÝCHODISKA	10
1 OBEZITA	11
1.1 Definice obezity	11
1.2 Epidemiologicko-statistická data	11
1.2.1 Epidemie obezity v Evropě	11
1.2.2 Epidemie obezity v České republice	11
1.2.3 Epidemiologie abdominální obezity	12
1.2.4 Obezita, morbidita a mortalita.....	12
1.3 Vyšetření v obezitologii	13
1.3.1 Anamnéza obézního pacienta.....	13
1.3.2 Laboratorní vyšetření	14
1.3.3 Funkční testy v obezitologii	14
1.3.4 Vyšetření složení těla	15
1.4 Patofyziologické změny spojené s obezitou	18
1.5 Faktory přispívající k rozvoji obezity	18
1.6 Prevence obezity	19
1.7 Léčba obezity	19
1.7.1 Konzervativní léčba	20
2 BARIATRICKÁ A METABOLICKÁ CHIRURGIE	23
2.1 Anatomie a fyziologie žaludku	23
2.2 Přehled a principy základních bariatrických a metabolických výkonů. 24	
2.2.1 Malabsorpční výkony.....	24
2.2.2 Restrikční výkony	25
2.2.3 Kombinované zákroky	27
2.2.4 Metody ve fázi klinických studií.....	28
2.3 Indikace a předoperační příprava	28
2.4 Kontraindikace	29
2.5 Těhotenství po bariatricko-metabolických výkonech	30
PRAKTICKÁ ČÁST	31

3	ÚDAJE O PACIENTCE.....	32
3.1	Základní informace	32
3.2	Lékařská anamnéza (převzata ze zdravotnické dokumentace)	32
3.3	Ošetrovatelská anamnéza při přijetí pacientky	34
4	PRŮBĚH HOSPITALIZACE.....	39
4.1	Příjem pacientky – 1. den hospitalizace	39
4.2	Operace – 2. den hospitalizace	40
4.2.1	Operační výkon	41
4.3	První pooperační den – 3. den hospitalizace	42
4.4	Druhý pooperační den – 4. den hospitalizace	43
4.5	Třetí pooperační den – dimise – 5. den hospitalizace	44
5	OŠETŘOVATELSKÉ PROBLÉMY	45
5.1	Riziko non-compliance	45
5.1.1	Předoperační přístup.....	45
5.1.2	Pooperační přístup.....	48
5.2	Rizika spojená s hospitalizací	48
5.3	Dlouhodobý plán péče.....	51
6	DISKUZE.....	53
	ZÁVĚR.....	57
	PŘEHLED POUŽITÝCH ZKRATEK	58
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	61
	SEZNAM PŘÍLOH.....	65

ÚVOD

Téma své bakalářské práce Ošetrovatelská péče o pacienta po bariatrické operaci jsem si vybrala v době své praxe na pracovišti, které se touto problematikou zabývá. Toto téma je významné i z důvodu současné globální pandemie obezity. Nemoc je hojně zastoupena i u nás, v České republice, a bohužel stále častěji ji pozorujeme nejen u dospělých, ale i u dětí. Obezita navíc způsobuje řadu onemocnění a komplikací, které vedou ke zhoršení kvality života, potřebě léčby a riziku předčasného úmrtí. Proto bych ve své práci chtěla popsat jednu z možností léčby, jak s touto civilizační chorobou bojovat.

V teoretické části se zabývám epidemiologickými daty, která popisují prevalenci obezity ve světě a u nás v ČR. Dále zde uvádím definici obezity dle Světové zdravotnické organizace či základní vyšetření v obezitologii. Pojednávám o faktorech predisponujících ke vzniku obezity, popisují patofyziologické změny spojené s otylostí a také zmiňuji prevenci této choroby. V teoretické části rovněž uvádím léčbu obezity se zaměřením na bariatrickou a metabolickou chirurgii.

V praktické části popisují případovou studii pacientky s diagnózou E660 - Obezita způsobená nadměrným příjmem kalorií, průběh hospitalizace na standardním chirurgickém oddělení a práci multidisciplinárního týmu na její léčbě. Vzhledem k charakteru zákroku se zaměřuji zejména na předoperační a pooperační přístup, který úzce souvisí s rizikem non-compliance . V dalším úseku práce líčím zdravotní stav pacientky po propuštění. Poté následuje kapitola diskuze a závěr. Nakonec uvádím literaturu, se kterou jsem pracovala.

TEORETICKÁ VÝCHODISKA

1 OBEZITA

1.1 Definice obezity

Dle Světové zdravotnické organizace je obezita formulována takto: Nadváha a obezita jsou definovány jako abnormální nebo nadměrné hromadění tuku, které může poškodit zdraví (WHO.INT, 2015).

Obezita je v mezinárodním seznamu diagnóz uvedena pod číslem E66 (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – abecední seznam, 2009).

1.2 Epidemiologicko-statistická data

1.2.1 Epidemie obezity v Evropě

Výskyt obezity v Evropě má vzestupný trend. Přibližně od roku 2000 došlo k obecnému rozšíření obezity o 30 %, nyní se vyskytuje u 4,0–28,3 % mužů a u 6,2 % – 36,5 % žen. V ojedinělých oblastech, jako je například jižní Švédsko, je obézních méně než 10 % populace. Ve většině evropských zemí se obezita vyskytuje u 10 – 20 % obyvatel. Nad 20 % pak v České republice, Litvě, v některých krajích Francie, Německu a Belgii. Více jak 30 % v jižní Itálii, nad 40 % na Maltě a v části Ruska. Podle nedávného průzkumu se naše republika nachází přibližně v polovině žebříčku statistik hodnotících obezitu v zemích Evropské unie. Problémem ve srovnávání prevalencí v jednotlivých zemích je rozdílná metodika studií, což vede v některých případech k významnému podhodnocení výskytu nadváhy a obezity (Hainer a kol., 2011; Svačina, 2013).

1.2.2 Epidemie obezity v České republice

Podle světového trendu, i u nás dochází k neustálému nárůstu počtu otlých dospělých a dětí. Nejmarkantnější změna je v přesunu respondentů z kategorie nadváhy do skupiny obézních. Mužů s BMI vyšším než 30 stále

přibývá, kdežto u žen je tento vzestup jenom mírný (Hainer a kol., 2011). Dle výsledků posledního výzkumu z let 2008 a 2010, prováděného agenturou STEM/MARK, se kvantita obézních nezvyšuje. Ze studie vyplývá, že stejně jako v roce 2008, tak i v roce 2010 bylo na území České republiky 28 % lidí s nadváhou a 21 % obyvatel obézních. Zatímco dříve se míry obvodu pasu zvyšovaly, dnes již tento nárůst není tak patrný (Svačina, 2013).

1.2.3 Epidemiologie abdominální obezity

Hlavní faktor odhalující zdravotní rizika i úmrtnost ve vztahu s obezitou je obvod pasu. Výrazně více ohroženi jsou mladší osoby a jedinci s nižším BMI. Delší obvod pasu zvyšuje riziko úmrtí asi o 20 – 30 %. Oproti Indexu tělesné hmotnosti je obvod pasu přesnějším ukazatelem změn životního stylu. Riziko metabolických komplikací, tj. tendence k androidnímu typu obezity, je úměrné obvodu pasu.

V české populaci obvod pasu v posledních letech významně roste, ale dle posledního průzkumu prováděného agenturou STEM/MARK stagnuje. Do skupiny s mírným metabolickým rizikem v roce 2008 spadalo 17 % žen a 21 % mužů, v roce 2010 17 % žen a 24 % mužů. Kategorii silně metabolicky rizikových lidí tvořilo v roce 2008 39 % žen a 27 % mužů, v roce 2010 39 % žen a 24 % mužů (Svačina, 2013; Hainer a kol., 2011).

1.2.4 Obezita, morbidita a mortalita

Ukazatelem zdravotních důsledků obezity jsou tzv. ztracené roky života (years-of-life lost – YLLs), které znamenají rozdíl mezi očekávanou délkou života u osob v různých kategoriích BMI. Dle výsledků jedné americké studie bylo zjištěno, že otylost I. stupně u osob tmavé pleti prodlužuje očekávanou délku života o 1 rok, a u osob světlé pleti naopak délku života o rok zkracuje. Černošky s obezitou III. stupně se dožívají o 5 let méně a těžce otylí běloši a černoši mají život zkrácený dokonce až o 9 let. Současní nebo bývalí kuřáci si délku bytí zkracují ještě přibližně dvojnásobně. Nadváha a obezita v dospívání a v mládí reprezentuje vyšší riziko úmrtnosti. Mortalita mladých mužů s Indexem tělesné

hmotnosti ≥ 40 je 12x vyšší než u stejně starých normosteniků (americká studie In Hainer a kol., 2011).

Existuje však i tzv. paradox obezity, což je situace, kdy obézní jedinci mají lepší prognózu než štíhlí lidé a obezita tedy rizika mortality snižuje. Typický paradox obezity je přítomen u starších osob, kdy se obézní lidé dožívají vyššího věku. Dále je prokázáno, že otlíci pacienti, u kterých se vyvine fibrilace síní, mají lepší prognózu. Diagnózou, kde obezita rizika snižuje, je srdeční selhání. Pojem paradox obezity však obvykle není zaměřen na rizika. Na otázku proč obezita někdy neškodí a pomáhá, však současná moderní medicína přesnou odpověď nezná (Svačina, 2013; Ptáček a Bartůněk, 2014).

1.3 Vyšetření v obezitologii

Při vyšetření obézního jedince se začíná rozhovorem, pomocí kterého se zjišťují specifické problémy související se vznikem otylosti. Dále se provádí laboratorní vyšetření, které stanoví možné komplikace obezity. Diagnostika se také posuzuje různými měřicími technikami, přičemž nejjednodušší a nejčastěji používanou je určení Indexu tělesné hmotnosti. K upřesnění je však nutné stanovit i obsah a rozložení tuku v těle. Pro správný postup léčby je nezbytné zjistit stav energetické bilance (Janíková a Zeleníková, 2013; Hainer a kol., 2011).

1.3.1 Anamnéza obézního pacienta

Při rozhovoru s pacientem a současném sběru informací bychom se měli zeptat na výskyt obezity v rodině, porodní hmotnost a délku kojení, vývoj hmotnosti v průběhu života, hmotnostní výkyvy a životní období, ve kterém poprvé došlo ke změně hmotnosti. Dále zjišťujeme jídelní zvyklosti a fyzickou aktivitu v mládí, v průběhu života a v současnosti. Nedílnou součástí jsou záznamy o kouření, poruchách spánku a léčbě medikamenty navozující obezitu. Pro stanovení léčebného postupu je důležitá předchozí ať úspěšná či méně úspěšná léčba obezity. Nezbytná je také motivace, tedy touha dosáhnout svého cíle (Hainer a kol., 2011; Doležalová, Býma, Fried a kol., 2012; Svačina, 2013).

1.3.2 Laboratorní vyšetření

Základní laboratorní biochemické vyšetření stanovuje u obézních pacientů možné komplikace obezity, případně výskyt komorbidit. Pacientovi se odebere krev, ze které přístroje vyhodnotí tyto údaje: celkový cholesterol, triacylglyceroly, HDL-cholesterol, LDL-cholesterol, glykémii bazálně a postprandiálně (inzulin, glykovaný hemoglobin, glykované proteiny, C-peptid), kyselinu močovou, alaninaminotransferázu (ALT), aspartátaminotransferázu (AST), alkalickou fosfatázu celkovou (ALP), gamaglutamyltransferázu (GMT), bilirubin, ureu, kreatin, ionty a krevní obraz. Dále se pacient vymočí a získaný vzorek se pošle na biochemické a mikroskopické vyšetření (označované jako M+S). V případě klinického podezření na sekundární obezitu se provádí další vyšetření (Hainer a kol., 2011; Doležalová, Býma, Fried a kol., 2012).

1.3.3 Funkční testy v obezitologii

Se vznikem komplikací obezity souvisí inzulinová sensitivita, jinými slovy inzulinorezistence. K tomuto vyšetření se kromě bazálních hodnot inzulinu a C-peptidu používají výpočty vycházející z hladin glykémie a inzulinu, a některé další indexy. Vyšetření se provádí vždy nalačno.

Nejčastěji používaným funkčním testem při podezření na poruchu glukózové tolerance je orální glukózový test. Na toto vyšetření se pacient musí začít připravovat minimálně 3 dny dopředu, kdy výživa musí obsahovat více než 150 g sacharidů/den. Zhruba 10 – 16 hodin před zahájením samotného testu, je nařízeno lačnění a rovněž zákaz kouření. Během zkoušky nesmí být žádná tělesná námaha. Nejdříve se pacientovi odebere vzorek krve, poté dostane za úkol vypít během 10 minut 75 g glukózy rozpuštěné ve 300 ml vody. Další vzorek krve se odebere po 60 a 120 minutách. Jakmile jsou hodnoty glykémie v jakoukoli dobu vyšší než 11,1 mmol/l a zároveň jsou přítomny příznaky provázející diabetes mellitus, je jisté, že se o toto onemocnění jedná (Hainer a kol., 2011; Partsch, Mönig a Sippell, 2005).

Přesná citlivost tkání na inzulin se stanovuje pomocí glukózového a inzulinového clampu, kdy je konstantní rychlostí aplikován inzulin a podle

aktuálních glykemií se upravuje rychlost aplikace glukózy. Podle spotřebovaného množství glukózy se zjistí inzulinová citlivost (čím větší množství glukózy je potřebné k udržení normální hladiny glykémie, tím vyšší je citlivost tkání na inzulin) (Hainer a kol., 2011).

1.3.4 Vyšetření složení těla

1.3.4.1 BMI

Queteletův index, celosvětově označován jako Body mass index čili Index tělesné hmotnosti, je světově uznávaným měřítkem pro stanovení diagnózy obezity. Zároveň však může sloužit i jako ukazatel životní prognózy a rizika většiny komplikací obezity. Není však příliš přesným ukazatelem, protože nezohledňuje například množství svalové hmoty, z čehož vyplývá, že mají ženy a muži při stejném BMI rozdílné procento tuku. I riziko diabetu je podle indexu tělesné hmotnosti odlišné pro obě pohlaví.

Hodnotu Body mass index lze stanovit pomocí známého vzorce: hmotnost v kg/(výška v m)². Klasifikace obezity dle BMI je uvedena v Tabulce 1 (Hainer, 2011; Svačina, 2013; Janíková a Zeleníková, 2013; Svačina, Müllerová a Bretšnajderová, 2013).

Tabulka 1: Klasifikace tělesné hmotnosti podle BMI se stanovením velikosti rizika komplikací obezity (podle WHO, 1997 In Hainer a kol., 2011)

Klasifikace	BMI	Riziko komplikací
Podváha	< 18,5	Nízké (riziko jiných chorob)
Normální hmotnost	18,5 – 24,9	Průměrné
Zvýšená hmotnost	≥ 25	Zvýšené
Nadváha	25 – 29,9	Mírně zvýšené
Obezita I. stupně	30 – 34,9	Středně zvýšené
Obezita II. stupně	35,0 – 39,9	Velmi zvýšené
Obezita III. stupně	≥ 40	Vysoké

1.3.4.2 Metody měření podílu tuku v těle

Tato vyšetření se konají nejen za účelem zjištění tělesného tuku, ale i stanovení podílu vody a beztukové tělesné hmoty, zejména svalů. Jako obezita se označuje obsah tukové tkáně ≥ 30 % u žen a ≥ 25 % u mužů.

- měření kožních řas;
- bioelektrická impedance (měření odporu těla vůči průchodu proudu o nízké intenzitě a vysoké frekvenci);
- hydrodenzitometrie (vážení pod vodou);
- sonografie (měření šířky podkožního tuku);
- počítačová tomografie;
- dvoufotonová denzitometrie používaná zejména v osteologii;
- měření beztukové tělesné hmotnosti izotopem kalia;
- měření celkové tělesné vody;
- neutronová aktivační analýza (Svačina, 2013; Hainer a kol., 2011).

1.3.4.3 Měření distribuce tukové tkáně

Rozložení tuku v těle představuje nezávislý rizikový faktor vzniku oběhových a metabolických komplikací obezity. Mezi antropometrické metody řadíme měření obvodu pasu, které se obvykle zjišťuje v místě viditelného pasu nebo v polovině vzdálenosti mezi lopatou kosti kyčelní a posledními žebry. Riziko metabolických a oběhových komplikací, tj. tendence k hromadění tuku v oblasti hrudníku a břicha, je úměrné obvodu pasu. Dělí se na mírné a výrazné. Klasifikace dle obvodu pasu v cm a míra rizik je uvedena v Tabulce 2.

Distribuci tukové tkáně však lze zjistit i pomocí zobrazovacích metod, jako je počítačová tomografie (CT) a nukleární magnetická rezonance (NMR). Tzv. centrální tuk se dá změřit duální rentgenovou absorpciometrií (DEXA) či bioelektrickou impedancí (BIA) (Svačina, Müllerová a Bretšnajderová, 2013; Hainer a kol., 2011).

Tabulka 2: Metabolické a oběhové riziko podle obvodu pasu v cm (In Svačina, 2013)

	Mírné	Výrazné
Ženy	nad 80 cm	nad 88 cm
Muži	nad 94 cm	nad 102 cm

1.3.4.4 Zjišťování stavu energetické bilance

K doporučení vhodné diety je nutné znát jídelní zvyklosti a fyzickou aktivitu pacienta. U obézních jedinců převyšuje energetický příjem energetický výdej.

Informace týkající se energetického příjmu se zjišťují pomocí rekapitulace příjmu potravy v posledních 24 hodinách, záznamu příjmu potravy po dobu 3 - 7 dní či pomocí dotazníku na častost příjmu potravy a dále jsou počítačově vyhodnoceny. Různými druhy dotazníků se posuzuje jídelní chování. Jedním z nejpoužívanějších je tzv. tříložkový podle Stunkarda a Messicka (three factor eating questionnaire – TFEQ).

Dále se určuje celkový energetický výdej pacienta, který je tvořen bazálním energetickým výdejem, postprandiální termogenezí a fyzickou aktivitou.

Opět se nabízí různé možnosti měření, mezi které patří například kalkulace vycházející z hmotnosti pacienta a záznamu jeho pohybové aktivity. (Hainer a kol., 2011).

1.4 Patofyziologické změny spojené s obezitou

U obézních jedinců dochází k postupnému hromadění tukové tkáně, což vede k rozvoji multisystémového onemocnění. Stupňují se obtíže kardiovaskulární a cerebrovaskulární, plicní, jaterní, endokrinní a nádorové. Dlouhodobou redukcí hmotnosti dochází ke stabilizaci a zlepšení několika komplikujících onemocnění (např. diabetes mellitus 2. typu, hypertenze) a množství rizikových faktorů spojených s obezitou (např. porucha glukózové tolerance) (Fried a kol., 2011; Hainer a kol., 2011).

1.5 Faktory přispívající k rozvoji obezity

Vedle genetické predispozice, zvýšeného energetického příjmu a sedavého způsobu života, existují i další okolnosti, které přispívají k rozvoji obezity. Mezi nejvýznamnější patří:

- léky: zejména glukokortikoidy, mnohá antidiabetika, antipsychotika, antiepileptika, tyreostatika, beta-blokátory atd.;
- endokrinopatie: obezita u Cushingova syndromu, u hypotyreózy, hyperprolaktinemie, inzulinomu, syndromu polycystických ovarií, hyperestrinismu, hypogonadismu, hypopituitarismu atd.;
- deficit spánku: u lidí, kteří spí méně než 5 hodin denně, je 2 – 4x častější výskyt obezity;
- adenovirová infekce: u obézních osob bývá zvýšený titr protilátek proti lidskému adenoviru AD-36;
- absence nebo krátká doba kojení mateřským mlékem;
- podvýživa v prenatálním a časném postnatálním období: rizikový faktor pro vznik abdominální obezity a metabolického syndromu v pozdějším věku;

- cílený výběr partnerů: obézní jedinec si často za partnera vybírá taktéž obézního jedince, u potomstva dochází ke kumulaci obezigenních genů, která se projeví obezitou, obvykle vyššího stupně;
- perzistující organické polutanty: u člověka se akumulují v tukové tkáni, mozku a v nadledvinách;
- tlumení adaptačních termoregulačních mechanismů: pobyt v klimatizovaných místnostech v létě a v přetopených prostorech v zimě;
- zanechání kouření (Fried a kol., 2011).

1.6 Prevence obezity

V prevenci dětské obezity mají nezastupitelnou roli rodiče. Rozvoj obezity je třeba ovlivňovat již od narození, kdy je doporučováno kojení minimálně do 6 měsíců věku dítěte. Po odstavení odpovědně plánovat jídelníček, kontrolovat velikosti porcí a vyhýbat se konzumaci nevhodných potravin. Kromě stravování, by se nemělo zapomínat na vyšší fyzickou aktivitu, kde by měli jít děti příkladem rodiče (Fořt, 2007).

Pokud si vytvoříme nesprávný životní styl již v dětství, velmi těžko ho budeme v dospělosti měnit. Dalo by se říci, že je tedy prevence ve své podstatě velmi jednoduchá. Stačí dodržovat zásady správné životosprávy, jako je zdravá výživa, pitný režim, kvalitní spánek, odpočinek, duševní hygiena, pohybová aktivita apod. (HEALTH.HARVARD.EDU, 2015).

1.7 Léčba obezity

V léčbě obezity existuje několik způsobů, kterými lze váhu snížit. Nejprve však musí pacient zvolit terapii konzervativní. V případě, že tyto metody nejsou dostatečně účinné, je možné podstoupit léčbu chirurgickou (viz kapitola 2) (Hainer a kol., 2011; Fried a kol., 2011; Doležalová, Býma a kol., 2012).

1.7.1 Konzervativní léčba

Stanovené cíle léčby by měly být individualizované, realistické a dlouhodobě zaměřené. Cílem léčby obezity je redukce hmotnosti o 5 -10 % a udržení této hmotnosti (Svačina, 2013).

Většina nechirurgických postupů při léčbě obezity je založena na kombinaci změn životního stylu (fyzická aktivita, dietní režim). Je však prokázáno, že ať samostatné nebo v kombinacích, jsou úspěšné pouze u malého procenta závažných stupňů obezity a jenom asi 5 – 10 % morbidně obézních dosáhne touto léčbou zásadní redukce nadváhy, kterou si udrží po více než 5 let. Udržet si štíhlejší postavu, je pro pacienty daleko náročnější než jednorázové hubnutí (Fried a kol., 2011).

1.7.1.1 Dietoterapie

Změna příjmu potravy je jedním z primárních postupů v léčbě obezity. Redukční diety se rozlišují na diety vedoucí k rychlé váhové redukci a diety, díky kterým se sníží hmotnost pomaleji a dojde k zachování získané váhy. Individuálně stanovená dietní opatření musí brát v úvahu jídelní zvyklosti pacienta, cíle léčby a ostatní onemocnění obézního jedince (Hainer a kol., 2011; Svačina, 2013).

1.7.1.2 Fyzická aktivita

Pohybová aktivita je nedílnou součástí léčby obezity a je prevencí nárůstu hmotnosti i vzniku metabolických a kardiovaskulárních komplikací. V praxi je vždy pohybová aktivita individualizována dle schopností daného jedince. Pokud se zkombinuje pohybová aktivita s nízkoenergetickou dietou, zvýší se úbytek hmotnosti vyvolaný dietou.

Obecně se doporučuje aktivita aerobního typu, při níž nedochází k výraznému zapojení anaerobních mechanismů produkce energie. Otlí vyššího stupně musí volit aktivitu, při níž nedochází k zatížení nosných kloubů vysokou hmotností. Mezi vhodné aktivity pro tyto osoby patří plavání či jízda na kole. U jedinců s obezitou a nadváhou je doporučováno pro dosažení příznivého zdravotního účinku středně intenzivní cvičení 150 – 200 minut/týden.

Pro dosažení redukce hmotnosti je nutno tuto pohybovou aktivitu vykonávat 250 – 300 min/týden. Dále by bylo vhodné ujít alespoň 10 000 kroků denně. Pacient by měl také změnit určité dosavadní návyky, např. chodit po schodech, nejezdit výtahem a autem, vystoupit z dopravního prostředku o zastávku dříve apod. (Hainer a kol., 2011; Svačina, 2013).

1.7.1.3 Psychoterapie

Jelikož je obezita nemoc těla i duše, měla by být psychoterapie součástí každé její léčby. „*Psychoterapie je odborná a záměrná aplikace klinických metod a interpersonálních postojů vycházejících z uznávaných psychologických principů se záměrem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a/nebo osobní charakteristiky směrem, který obě strany považují za žádoucí.*“ (Hainer a kol., 2011, s. 231)

V případě návykových problémů, mezi které obezita patří, je jednou z nejefektivnějších psychoterapií tzv. kognitivně-behaviorální terapie (KBT). V této terapii se klade cíl spíše na odstranění či zmírnění nevhodných návyků. KBT vychází z teorie, že příčinou obezity je nevhodné chování (chybné stravovací a pohybové návyky) a myšlení. V rámci terapie se může klient toto chybné chování a myšlení odnaučit, přeučit nebo se může naučit novým, vhodnějším způsobům řešení problémů. Nestačí se tedy zaměřit pouze na změnu jídelníčku, ale je nutné ovlivňovat i myšlení a emoce. Ve svém výsledku by psychologické poradenství mělo podpořit vlastní aktivitu pacienta a jeho motivaci (Hainer a kol., 2011; Svačina, 2013).

Psychologické vyšetření je nutným podkladem pro zvážení indikace pacienta k bariatrickému výkonu. Úkolem psychologa je odhalit možné přítomné poruchy příjmu potravy, jako je záchvatovité přejídání, syndrom nočního jení, grazing či emoční jídlo, upozornit na ně, vysvětlit rizika s nimi spojená a navrhnout postup případné další terapeutické péče (Herlesová a kol., 2013).

1.7.1.4 Farmakoterapie

Farmakoterapie doplňuje komplexní léčbu obezity. Přistupuje se k ní až tehdy, není-li dostatečně účinná komplexní dietní, pohybová a behaviorální terapie. Je indikována u pacientů s BMI ≥ 30 a u pacientů s BMI nad 27 s komplikacemi (DM 2. typu, dyslipidemie, arteriální hypertenze), které nejsou kontraindikací pro podávání příslušného léku. Při indikaci je rovněž nutné postupovat individuálně. Je třeba brát v úvahu věk pacienta, přítomnost komorbidit, výsledky předchozích dietních režimů nebo potenciální nežádoucí účinky medikamentu zvoleného k léčbě.

V současnosti je na trhu jen malé množství přípravků, u kterých byla prokázána účinnost a zároveň bezpečnost při dlouhodobém podávání. Mezi nejvíce účinná farmaka ovlivňující léčbu obezity patří léky působící prvotně na úrovni CNS. Dále léky mající vliv na periferní tkáň ovlivněním vstřebávání tuků v zažívacím ústrojí nebo změnou metabolismu. A léky, které jsou obdobou hormonů gastrointestinálního traktu, z nichž některé mají nejenom vliv na příjem potravy, ale ovlivňují i tkáňový metabolismus (Hainer a kol., 2011).

2 BARIATRICKÁ A METABOLICKÁ CHIRURGIE

Bariatrická a metabolická chirurgie je obor, který se zabývá léčbou morbidně obézních pomocí operačního zákroku na trávicím traktu. Cílem všech bariatricko-metabolických operací je redukce hmotnosti pacienta, zlepšení zdravotního stavu a kvality života (Brunicardi, Andersen et al., 2010; Fried a kol., 2011; Zachová, 2007).

2.1 Anatomie a fyziologie žaludku

Žaludek, řecky gaster či latinsky ventriculus, je vakovitý dutý orgán dutiny břišní, který je součástí gastrointestinálního traktu. Jeho přední plocha naléhá na spodní plochu jater, levou klenbu brániční a přední stěnu břišní. Zadní plocha žaludku naléhá na bránici, levou nadledvinu a levou ledvinu, pankreas, slezinu a mesocolon transversum. Dolní okraj velké křivky naléhá na colon transversum. Žaludek navazuje kardií na jícen a ústí pylorem do tenkého střeva. Tvar i velikost žaludku jsou variabilní. Objem je rovněž individuální, průměrně činí asi 1 l. Hmotnost se pohybuje okolo 130 g.

Rozlišujeme na něm 3 hlavní části:

- fundus gastricus – horní, nejširší úsek, obvykle obsahuje bublinu vzduchu z požití stravy;
- corpus gastricum – tělo žaludku;
- pars pylorica – distální úsek, nejužší, mírně vzestupný, přechází v duodenum.

Stěna žaludku je složena ze čtyř vrstev. Vnitřní vrstvu tvoří sliznice s množstvím žaludečních žlázek. Nad oranžově červenou sliznicí je řídké podslizniční vazivo, nad nímž nalezneme kromě cirkulární a longitudinální svalové vrstvy ještě nejvnitřnější vrstvu označovanou jako fibrae oblique. Poslední vrstvou je serózní povlak žaludku, který tvoří hladká, lesklá pobřišnice (Čihák, 2002).

V žaludku je potrava skladována a pak dále mechanicky a chemicky působením žaludeční šťávy zpracována. Horní část žaludku tvoří rezervoár,

ze kterého je postupně trávenina posunována peristaltickým pohybem až do pyloru a pomocí pylorické pumpy postupně do duodena. V žaludku se vytvoří v průběhu 24 hodin asi 2 l kyselá žaludeční šťáva (pH okolo 2 – 3), která má několik významných funkcí. Mezi ty nejdůležitější patří její antibakteriální účinek, pomáhá redukci železa v potravě (Fe^{3+}) na jeho snadno vstřebatelnou formu (Fe^{2+}), aktivuje pepsinogen na aktivní pepsin a některé vitaminy nízké pH chrání před inaktivací. Žaludeční sliznice produkuje také hlen, který ji chrání před poškozením způsobeným kyselým prostředím (Mourek, 2012).

2.2 Přehled a principy základních bariatrických a metabolických výkonů

Počátky chirurgických výkonů s cílem ovlivnit morbidní obezitu sahají do poloviny 20. století, kdy v roce 1952 Henriksson provedl resekci části tenkého střeva. Od této doby prošla bariatrická a metabolická chirurgie velkým vývojem a dnes je již k dispozici několik dostupných a účinných metod, které napomáhají redukci hmotnosti a tím zlepšují zdravotní stav a kvalitu života (Fried, 2005; Hainer a kol., 2011).

Obliba jednotlivých výkonů ve světě se mění v závislosti na dostupných informacích o efektivitě a komplikacích jednotlivých metod. Bariatrický výkon by měl splňovat tyto atributy: chirurgicky technicky co nejjednodušší, co nejefektivnější, s minimem komplikací, reprodukovatelný a standardizovaný. V současné době je tubulizace žaludku nejčastěji prováděným výkonem ve světě. Bariatrický výkon je u více než 95 % pacientů možné uskutečnit laparoskopicky (Hrubý, 2015).

2.2.1 Malabsorpční výkony

Malabsorpční zákroky snižují vstřebávání nutrientů z potravy zejména v oblasti tenkého střeva. Dochází k vyřazení proximálního a obvykle i středního úseku tenkého střeva, takže k trávení potravy dochází až v distální části. Dalším přínosem operace je zmenšení celkového objemu žaludku, čímž se omezí možnost

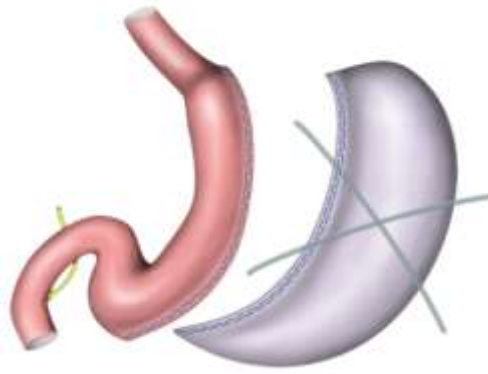
snědení velkého množství potravy najednou. Mezi tyto výkony patří například biliopankreatická diverze (BPD) (Hainer a kol., 2011; Sadílková a Matoulek, 2013; Fried a kol., 2011).

2.2.2 Restrikční výkony

Principem restrikčních zákroků je snížení kapacity žaludku, čímž se omezí množství přijaté stravy. K naplnění žaludku stačí malá porce jídla, která roztáhne stěnu žaludku a pacient se tak cítí rychle sytý. Stav po restrikčních výkonech tedy vyžaduje konzumaci menších porcí v častějších časových intervalech. K těmto zákrokům patří například adjustabilní gastrická bandáž (AGB), tubulizace žaludku (SG), plikace žaludku (LGCP) nebo intragastrické balóny (Hainer a kol., 2011; Sadílková a Matoulek, 2013; Fried a kol., 2011).

2.2.2.1 Sleeve gastrectomy – tubulizace žaludku (SG)

Tubulizace žaludku je vhodná pro pacienty, kteří mají spíše hlad než chuť. Při této restriktivně hormonální metodě dochází k odstranění celého fundu žaludku a části jeho velkého zakřivení (odstranění přibližně 80 % žaludku). Zmenšený žaludek o objemu 60 – 180 ml získává tvar rukávu košile (sleeve). Díky zmenšení klesá produkce „hladových hormonů“, například ghrelinu, který mimo jiné zvyšuje chuť k jídlu. Tento zákrok je nevratný, časem se však dá pozměnit na výkon kombinovaný (duodenální switch). Stravovací návyky po sleeve gastrectomy již nejsou tak striktní jako u předchozí bandáže žaludku (Hainer a kol., 2011; Kasalický, 2007; Fried a kol., 2011; Janíková a Zeleníková, 2013).



Obrázek 1: Sleeve gastrectomy

Zdroj: NEMTUR.CZ, 2015

2.2.2.1.1 Komplikace po tubulizaci žaludku

Stejně tak jako ostatní chirurgické operace, tak i tubulizace žaludku s sebou přináší možnost výskytu komplikací. Ty rozlišujeme dle doby vzniku na časné a pozdní.

Mezi časné komplikace během operace patří například krvácení při skeletizaci velkého zakřivení žaludku nebo při preparaci v oblasti sleziny. V perioperačním období hrozí nebezpečí krvácení z resekční linie či incizí po zavedených trokarech. Resekční linie také může prosakovat (netěsnit), což později vede k úniku žaludečního obsahu. Do skupiny pozdních komplikací patří především riziko dilatace žaludeční trubice a relaps nadváhy (Kasalický, 2007).

2.2.2.1.2 Úprava jídelníčku po tubulizaci žaludku

Aby bylo sníženo riziko vzniku komplikací, je nutné, aby pacient dodržoval přísný pooperační dietní režim. Strava musí být redukční s nízkým obsahem tuků, dostatečným přísunem bílkovin a vitamínů. Je nezbytné jíst pomalu, objem přijímané stravy nesmí přesahovat kapacitu tubulizovaného žaludku a jídlo musí být řádně rozkousáno. Změny se týkají nejenom pokrmů, ale i pitného režimu. Tekutiny by neměly být konzumovány po jídle, ale vždy mezi jídly. Přesto je třeba vypít 2 – 3 l nízkoenergetických nápojů za den.

Je doporučeno dodržovat klasické stravovací schéma: snídaně, svačina, oběd, svačina, večeře.

- 1. den po operaci: Pouze voda a čaj po doušcích (max. 1,5 l/den).
- 2. – 3. den po operaci: Voda a čaj (možno začít přijímat větší množství tekutiny najednou).
- 3. – 6. den po operaci: Postupný přechod na čistou tekutou stravu – vývar, ovocné a zeleninové šťávy, sójové nápoje,...
- 7. – 14. den po operaci: Tekutá strava – krémové polévky (nutné procedit), netučný bílý jogurt, řídká přesnídávka,...
- 15. – 30. den po operaci: Strava tekutá až řídce kašovitá – rozmixovaná zelenina, rozmixované maso, bramborová kaše, dětské přesnídávky, tekuté mléčné výrobky,...
- 30. – 40. den po operaci a dále: Postupný přechod na racionální nízkoenergetickou stravu – rozmixované maso, ryby, šunka, rýže, dobře uvařené brambory, zelenina a ovoce bez slupek a jádřinců, luštěniny,... (Kasalický, 2007; Sadílková a Matoulek, 2013).

Vhodné jsou kontroly nutričním terapeutem, který dohlíží na jídelníček a jeho nutriční přiměřenosti, změny hmotnosti, potravinové nesnášenlivosti a hledá možnosti a způsoby řešení též v souvislosti s výsledky laboratorních testů nutričního stavu. Kontroly jsou jedenkrát až dvakrát v prvním týdnu, následně jeden, dva, tři, šest a devět měsíců od operace. Poté jednou ročně (Fried a kol., 2011).

2.2.3 Kombinované zákroky

Tzv. hybridní (kombinované) metody spojují prvky restrikce a malabsorpce. Je prokázáno, že vedou k vyšším úbytkům hmotnosti a zároveň jsou účinnější při léčbě metabolických komplikací souvisejících s obezitou než výkony restriktivní. V léčbě metabolických onemocnění jsou však neúčinnější metody malabsorpční. Po absolvování některého výkonu z této kategorie je nutné dlouhodobé sledování sérových hladin minerálů a vitaminů. Do této skupiny patří

například roux-en Y gastrický bypass (RYGBP) či duodenální switch (BPD-DS) (Hainer a kol., 2011; Sadílková a Matoulek, 2013; Fried a kol., 2011).

2.2.4 Metody ve fázi klinických studií

Bariatrická a metabolická chirurgie je relativně mladým odvětvím, dochází tak k neustálým pokrokům v problematice léčby morbidní obezity. Mezi zákroky, které jsou zatím ve fázi klinických studií, řadíme například nechirurgickou terapii EndoBarrier (ENDO BARRIER.COM, 2015).

2.3 Indikace a předoperační příprava

Indikace k bariatricko-metabolické léčbě vychází z evropských indikačních kritérií pro pacienty podstupující bariatrický výkon. Evropská doporučení jsou založena na „evidence based“ studiích.

- věková hranice 18 – 65 let;
- BMI \geq 40, nebo v rozmezí 35 – 39,9 s přidruženým onemocněním, u kterého se předpokládá, že na základě redukce hmotnosti povede k jeho zlepšení či vyléčení
- BMI nižší než uvedené hranice výše, které je důsledkem intenzivní terapie obezity v rámci přípravy na bariatrický výkon;
- selhání konzervativních postupů;
- pacient, u kterého se předpokládá spolupráce (Hainer a kol., 2011; Fried a kol., 2011; Doležalová, Býma a kol., 2012)

V rámci přípravy na zákrok musí být provedena komplexní interdisciplinární předoperační příprava, která zahrnuje:

- zhodnocení zdravotního stavu internistou – obezitologem;
- konzultace o dostupných bariatrických výkonech a vhodném typu operace s bariatrickým chirurgem;
- doporučení od klinického psychologa se zaměřením na bariatrii;

- vysvětlení změn ve stravování a nutnosti dodržovat dietu nutričním specialistou nebo dietologem;
- gastrofibroskopické vyšetření k vyloučení vředové choroby gastroduodenální a hiátové hernie;
- ultrasonografie břicha k orientačnímu stanovení velikosti levého laloku jaterního a k vyšetření žlučníku pro možnou přítomnost cholecystolitiázy;
- spirometrické vyšetření z důvodu celkové anestezie;
- pokud se pacient léčí na endokrinologii nebo na psychiatrii, je nutné lékařské doporučení k operaci i z těchto pracovišť;
- úprava léčby dalších onemocnění;
- předoperační rozhovor a anesteziologem, který má zkušenosti s anestezií u obézních pacientů
- pacient musí podepsat informovaný souhlas, zahrnující prohlášení o rizicích výkonu a přijetí behaviorálních úprav životního způsobu (Doležalová, Býma a kol., 2012; Fried, 2005; Hainer a kol., 2011).

2.4 Kontraindikace

S postupným rozvojem chirurgické léčby morbidní obezity se kromě indikací k výkonu objevily i specifické kontraindikace. Nejčastějšími důvody, kdy bariatricko-metabolický zákrok není možné uskutečnit, jsou:

- nelze doložit, že pacient podstoupil konzervativní léčbu, která selhala;
- pacient není schopen nebo odmítá dlouhodobou účast a spolupráci na léčbě;
- neléčená závislost na alkoholu nebo drogách (nutné alespoň 2leté období abstinence);
- onemocnění s krátkou životní prognózou;
- nedoporučení operace anesteziologem, klinickým psychologem či jiným specialistou;
- těhotenství (Hainer a kol., 2011; Doležalová, Býma a kol., 2012; Fried a kol., 2011).

2.5 Těhotenství po bariatricko-metabolických výkonech

U morbidně obézních žen je fertilita snížena o více než 40 % v porovnání se stejně starými neobézními ženami. Problémy s graviditou souvisí zejména s hormonální dysbalancí. Pokud obézní ženy otěhotní, je jejich těhotenství pokládáno za rizikovější. Matka je ohrožena vznikem gestačního diabetu, hypertenze, preeklampsie atd. U dětí je potom možný výskyt fetálních abnormalit, makrosomií či intrauterinní zástava růstu.

Po bariatricko-metabolické operaci a snížení hmotnosti se až u 70 % žen obnovuje pravidelný menstruační cyklus. Redukce hmotnosti má vliv nejen na normalizaci hladin hormonů a zlepšení fertility, ale zároveň snižuje incidenci prekanceróz a některých karcinomů. Pacientkám, které podstoupí chirurgickou léčbu obezity, je doporučeno, aby dodržely tzv. bezpečný interval mezi operací a těhotenstvím. Tzn., že by v případě restričních zákroků neměly otěhotnět dříve než za 12 měsíců po operaci a po absolvování malabsorpčního nebo kombinovaného výkonu by žena neměla přijít do jiného stavu dříve než za 18 měsíců po operaci (Doležalová, Býma a kol., 2012).

PRAKTICKÁ ČÁST

3 ÚDAJE O PACIENTCE

V této kapitole se budu zabývat údaji o pacientce. Uvedu zde základní informace, lékařskou anamnézu převzatou ze zdravotnické dokumentace a ošetrovatelskou anamnézu zhotovenou v den přijetí podle modelu Marjory Gordonové.

3.1 Základní informace

- Iniciály: **H. D.;**
- Pohlaví: **žena;**
- Rok narození: **1983;**
- Věk: **32 let;**
- Datum přijetí: **17. 11. 2015;**
- Datum propuštění: **21. 11. 2015.**

3.2 Lékařská anamnéza (převzata ze zdravotnické dokumentace)

Lékařská anamnéza byla zhotovena lékařem při příjmu pacientky H. D. dne 17. 11. 2015 na standardním chirurgickém oddělení.

OA: běžné dětské choroby

- infekční hepatitida 0, ICHE 0, CMP 0, IM 0, DM 0, arteriální hypertenze 0, onemocnění srdce a plic 0, VCHGD 0, TBC 0, onemocnění štítné žlázy 0, onemocnění ledvin 0;
- prodělaná infekční onemocnění: 0;
- onkologická anamnéza: 0;
- chronická onemocnění: psoriáza – v současnosti bez potíží;
- úrazy: v dětství (neví kdy přesně): st. p. fr. ruky PHK – bez obtíží;
- operace: 2005: st. p. op. nosních mandlí – bez obtíží;
- 2014: st. p. LSK a IVF.

RA:

- matka (1951): zdravá;
- otec (1948): DM II. typu, hypertenze, problémy se žaludkem (neví, co přesně);
- sourozenci: 4 – 2 sestry (1969, 1989), 2 bratři (1973,1979): všichni zdraví;
- nikdo z rodiny není morbidně obézní.

GA:

- menstruace: od 14 let, pravidelná;
- gravidita: porody 0, potraty 0, interrupce 0;
- primární sterilita, st. p. gyn. LSK a IVF;
- antikoncepce: 0;
- poslední gynekologická kontrola: září 2015.

AA: neguje

PA: pracuje v domově důchodců jako pečovatelka

SA: bydlí ve městě v paneláku (6. patro) s přítelem a 2 psy

FA: bez trvalé medikace

ABUSUS:

- kuřačka: 15 cigaret/den;
- alkohol příležitostně;
- káva 3x denně (turek s mlékem).

NO: Přichází k provedení tubulizace žaludku při obezitě III. stupně, BMI 45,5.

stav při přijetí:

- tepová frekvence: 70 tepů/min, pravidelná;
- TK: 130/90 mmHg;
- dechová frekvence: 15 dechů/min;
- tělesná teplota: 36,6 °C;
- váha: 112 kg;
- výška: 168 cm;

- BMI: 39,7;
- Obj.: Orientovaná, spolupracující, klidná, obézní, plně mobilní, eupnoická, afebrilní, bez známek ikteru či cyanózy;
- hlava: nebolestivá, zornice izokorické, skléry bílé, jazyk vlhký, pláží ve střední čáře, tonzily klidné, uzliny nezvětšené;
- krk: štítná žláza nezvětšená, karotidy tepou symetricky bez šelestů;
- hrudník: bez deformit, dýchání čisté, sklípkové, bez vedlejších fenoménů, srdeční akce pravidelná, ozvy ohraničené;
- břicho: v niveau, klidné, nebolestivé, měkké, rezistence 0, játra a slezina nezvětšena, tapotement bilat. Negativní;
- končetiny: DKK bez otoků, známek zánětu, varixy 0.

diagnóza při přijetí: E660 Obezita způsobená nadměrným příjmem kalorií

3.3 Ošetřovatelská anamnéza při přijetí pacientky

Při příjmu jsem zhodnotila pacientku dle modelu Marjory Gordonové, který vznikl v 80. letech 20. století. Model funkčních vzorců zdraví jsem zvolila z důvodu, že je poměrně obecným návodem a pacientku lze podle něj zhodnotit komplexně. S paní H. D. jsem vedla polostrukturovaný rozhovor, díky kterému jsem ji lépe poznala.

Vnímání zdraví – udržování zdraví

Paní H. D. se cítí dobře. Říká, že když pomine, že je tlustá, je se svým zdravím spokojená. Zásady zdravého životního stylu výrazně nedodržuje. Ráda chodí na procházky se svými psy, ale bohužel jenom 3x týdně. Jinak moc ven nechodí. Bydlí v 6. patře panelového domu kde využívá výtah, protože se do schodů zadýchává. Při výběru pokrmů nebere ohled na jejich kalorickou hodnotu. Pravidelně nejí. V práci se stravuje dle časových možností, a když má volno převažuje konzumace jídla v odpoledních hodinách. Je si vědoma skutečnosti, že trpí obezitou II. stupně. Chtěla by však mít kvalitnější život a zvýšit si sebevědomí, a proto se rozhodla podstoupit tubulizaci žaludku. Pacientka kouří přibližně 15 let 15 cigaret denně. Jednou se pokoušela

přestat, ale vydržela to pouze týden. Časem by však tento návyk chtěla zcela odbourat.

Výživa a metabolismus

Výživový stav pacientky je patologický, daný nadměrným přísunem vysoce kalorické potravy ve větších dávkách v nepravidelných intervalech. Ukazatelem tohoto stavu byla její váha 128,5 kg při výšce 168 cm. Díky předoperační dietě se jí podařilo zhubnout na 112 kg, výsledné BMI se snížilo ze 45,5 na hodnotu 39,7. V současnosti tak trpí hraniční obezitou 2. stupně.

Pacientka se v minulosti snažila zredukovat svoji váhu 3x. Při prvním pokusu zhubla 10 kg, které po nějakém čase opět přibrala. Asi před 7 lety se rozhodla vyhledat odbornou pomoc. Lékařka ji předepsala přípravek Meridia, díky kterému se cítila více nasycená a zhubla 20 kg. Po svatbě však přestala svůj jídelníček hlídat a ručička na váze se opět začala posouvat víc doprava. Poslední hubnutí podstoupila nyní, 4 týdny před operací. Je to běžný postup, před tímto výkonem, neboť obézní pacienti mohou mít výrazně ztučnělá a zvětšená játra, což by mohlo zapříčinit komplikace během operace. Pacientka dodržovala vysokobílkovinnou, nízkosacharidovou dietu, díky které zredukovala svoji hmotnost o více než 10 kg.

Ve svém jídelníčku preferuje českou kuchyni. Rychlá občerstvení nemá v oblibě, a proto je nevyhledává. Příliš nemá ráda zeleninu, ale jinak v jídle vybírává není. V rámci pitného režimu dává přednost neochucené minerální vodě bez příchuti a lógrové kávě s mlékem, kterou si dopřává až 3x denně. Za den vypije 1,5 – 2 l tekutin. Pokožku jsem hodnotila jako normální, kožní turgor v normě. Při příjmu neměla žádné defekty na kůži ani otoky. Pouze v podbřišku a na bocích má strie. Pacientka má jeden umělý zub a stěžuje si na zvýšenou kazivost chrupu.

Vylučování

Pacientka nemá problémy při močení. Bolestivost při mikci nepocituje. Na stolici se snaží chodit pravidelně každé ráno. Netrpí průjmy ani zácpou. Poslední stolice dnes ráno, popisuje ji jako formovanou a normální barvy.

Neuvádí žádné rituály spojené s vylučováním. Při námahové činnosti se zvýšeně potí a zadýchává.

Aktivita – cvičení

Paní H. D. si neudržuje tělesnou kondici cvičením. Pouze při druhém pokusu zhubnout začala pravidelně cvičit Pilates a chodila plavat. Postupem času, se bohužel její motivace snižovala a s těmito aktivitami přestala. V současnosti chodí jenom 3x týdně vyvenčit psy. Na procházky příliš často nechodí, protože se i do menšího kopce zadýchává. Ve volném čase ráda čte. Pracuje jako pečovatelka v domově důchodců. Práce ji baví, ale také dost vyčerpává. Pacientka je plně soběstačná ve všech denních aktivitách.

Spánek a odpočinek

Pacientka nemá problémy s usínáním a spánkem jak v domácím prostředí, tak i mimo něj. Léky na spaní neužívá. Než jde spát, provede večerní hygienu a dojde si zakouřit na balkón. Díky svému povolání je zvyklá chodit spát poměrně brzo – ve 22 hod., aby byla do práce svěží a dostatečně odpočinitá. V pracovní dny spí bez přerušení 8 hodin. Když nemá směnu v práci, ráda si poleží v posteli a spí až 10 hodin. Po probuzení se cítí odpočatá.

Smyslové vnímání – poznávání

Pacientka při příjmu spolupracovala, na otázky odpovídala ochotně a přiléhavě. Komunikace byla bezproblémová. Z možných kompenzačních pomůcek používá pouze brýle na dálku ke korekci krátkozrakosti. Ve smyslovém vnímání nemá žádné další deficity. Paní H. D. je orientována místem, časem i osobou. S pamětí žádné problémy neudává. Při příjmu nepocítovala žádnou náhle vzniklou bolest ani žádnou chronickou bolest. Občas ji bolí záda a to většinou vždy, když přijde z práce domů. Žádné léky ke zmírnění bolesti neužívá.

Sebepojetí – sebeúcta

Pacientka se považuje za přátelskou, společenskou, extrovertní osobu a je velice upovídaná. Na mě působí klidným, veselým dojmem. Její tělo zdobí

několik tetování v podobě ornamentů květin. Také má piercing v jazyku, levém obočí a v pravém nosním křídle. O svém zevnějšku si myslí, že by to mohlo být lepší. Aby si zvýšila sebevědomí, rozhodla se podstoupit tubulizaci žaludku. Doufá, že se její život po operacilepší a stane se kvalitnějším.

Plnění rolí – mezilidské vztahy

Pacientka vyrůstala mezi čtyřmi sourozenci. Před 6,5 lety se vdala. V současnosti bydlí s manželem a dvěma psy v bytě v panelovém domě. Paní H. D. se považuje za starající a milující manželku, která umí být někdy pedantská. S manželem si navzájem pomáhají a podle jejích slov mají harmonické soužití. V nemocnici žádnou návštěvu nechce, partnerovi domlouvala, ať nechodí, že to těch pár dní zvládne sama.

Paní H. D. vystudovala střední odborné učiliště, obor technicko-administrativní pracovník. Po škole začala pracovat v domově důchodců, kde vydržela 7 let. Poté pracoviště změnila a nastoupila jako pomocná síla v kuchyni, což ji moc nebavilo a po 3 měsících skončila. Následující 2 měsíce pracovala jako operátorka šicího stroje ve společnosti Jonhson. Další měsíc dělala obsluhu čerpací stanice. V současnosti pracuje již šestým rokem v domově důchodců jako pečovatelka. Neví, zda chtěla vždy dělat právě tuto profesi, ale ráda pracuje s lidmi a ráda pomáhá ostatním. Zaměstnání ji velice baví, ale domů se většinou vrací hodně vyčerpaná.

Sexualita – reprodukční schopnost

Pacientka měla první menstruaci ve 14 letech. S manželem vedou normální sexuální život. Přesto, že neužívá žádnou antikoncepci, nedaří se jí otěhotnět. O miminko se s partnerem snaží už 7 let. Paní H. D. trpí primární sterilitou a z toho důvodu podstoupila v minulém roce gynekologickou laparoskopickou operaci kvůli průchodnosti vejcovodů a umělé oplodnění.

Stres – zátěžové situace a jejich zvládnutí

Pacientka je klidný člověk a stresem prý netrpí. Občas však dokáže být pedantská, výbušná a netrpělivá. Zátěžové situace ale zvládá dobře. Když ji něco nebo někdo rozčílí, zakouří si a rázem je zase pokojná.

Víra, přesvědčení a životní hodnoty

Pacientka není věřící. Za nejdůležitější životní hodnoty považuje rodinu, do které počítá i své dva psy a zdraví. Jejím cílem je žít tak, aby na ni mohl být manžel a její neblížší hrdí. Doufá, že se jí již podaří otěhotnět a mít zdravé miminko, o které se s manželem už dlouho snaží.

Jiné

V předchozích bodech jsem již shrnula všechna témata rozhovoru, která jsem s pacientkou vedla.

4 PRŮBĚH HOSPITALIZACE

V této části budu popisovat průběh celé hospitalizace, od příjmu až po propuštění. Podrobně zde také vylíčím operační zákrok.

4.1 Příjem pacientky – 1. den hospitalizace

Paní H. D. byla přijata 17. 11. 2015, jeden den před plánovanou operací tubulizace žaludku, na standardní lůžkové chirurgické oddělení. Byla uložena na třílůžkový pokoj a poučena o chodu oddělení. S sebou do nemocnice přinesla výsledky předoperačních vyšetření, která jsou k tomuto typu operace nutná – gastrokopie, spirometrie, konzultace klinického psychologa, ultrazvukové vyšetření břicha a interní vyšetření. Závěrem žádného z těchto vyšetření nebyla kontraindikace k výkonu.

Po přijetí lékařem jsem na základě rozhovoru s pacientkou odebrala ošetřovatelskou anamnézu. V odpoledních hodinách ji čekalo anesteziologické konzilium. Výsledkem bylo konstatování anesteziologa o schopnosti pacientky pro daný zákrok a předepsání večerní a předoperační premedikace. Paní H. D. podepsala informovaný souhlas s podáním anestezie. Poté ji ještě navštívil operatér, který ji znovu vysvětlil, jak bude zákrok probíhat, jaké mohou nastat časné a pozdní komplikace a zdůraznil, že se jedná o trvalou změnu, kterou již nelze vrátit a nutnost změnit životní styl. Pacientka poté dostala prostor na dotazy a následně podepsala poučení o výkonu a souhlas s operací.

Pacientce byl lékařem určen pohybový režim 2, tedy relativní klid. Dále byla poučena, že musí celý den dodržovat redukční dietu, odpoledne smí pít už pouze čaj a od půlnoci nesmí přijmout nic per os (nejíst, nepít, nekouřit). Následně byla požádána, aby se oholila od pŕlky stehen až po prsa. Asi v 16 hod. dostala glycerinový čípek, který si sama zavedla per rectum, z důvodu nutnosti vyprázdnění střev před operací. Navečer ji byl ještě vyčištěn pupek štětíčkou se Sterilliem. V 18 hod. dostala jako profylaxi tromboembolické nemoci Clexane 0,4 ml s.c.. Aby se lépe před operací vyspala, byl ji na noc předepsán Diazepam 10 mg 1 tbl. per os.

4.2 Operace – 2. den hospitalizace

Pacientka se před operací cítila trochu nervózně, chtěla už mít po zákroku. Udává, že se vyspala docela dobře, ale probudila se brzo ráno a nemohla znovu usnout. Ráno proběhla bezprostřední předoperační příprava. Pacientka provedla ranní hygienu, vyprázdnila se, převlékla se do nemocničního „andílka“ a byly jí přiloženy nízké bandáže na obě dolní končetiny z důvodu prevence tromboembolické nemoci. Poté ji byly změřeny vitální funkce (TK 122/80 mmHg, P 76[‘], TT 36,3°C) a vše se zaznamenalo do dokumentace. Pacientka šla k operaci jako třetí v pořadí. Na oddělení dostala půl hodiny před odjezdem na sál premedikaci v podobě Dolsin 100 mg i. m. + Atropin 1 mg i.m.. Následně byla paní H. D. převezena na lůžku na operační sál.

Po úspěšné operaci, která trvala 1 hodinu, byla převezena na tzv. dospávací pokoj, který je součástí anesteziologicko-resuscitačního oddělení (ARO). Pacientka zde byla po dobu 2 hodin pod dohledem zdravotní sestry, která sledovala její fyziologické funkce. Všechny naměřené hodnoty byly dle zápisu v dokumentaci v normě. Z dokumentace jsem též zjistila, že ji byla podána 1 ampule Zofranu 4 mg i.v., z důvodu pooperačního zvracení a nauzey.

Jelikož pobyt na dospávacím pokoji proběhl bez větších komplikací, byla pacientka převezena zpět na standardní chirurgické oddělení. Paní H. D. se cítila v rámci možností dobře, ale byla vyčerpaná po výkonu. Lékařem jí byl určen pohybový režim 3 – klid na lůžku. Každé 3 hodiny ji byl měřen krevní tlak, pulz a saturace. Pacientka byla normotenzní, zjištěné hodnoty saturace a pulzu byly rovněž v normě. Dále bylo sledováno množství odvodu sekretu z Redonova drénu, a zda rána prosakuje. Redonův drén odváděl přiměřeně krvavý sekret a všechna krytí byla suchá. Také byla sledována bolest. Lékař pacientce naordinoval celkem 3 infuzní roztoky: fyziologický roztok 1000 ml + 1 ampule Almiralu 75 mg + 1 ampule Zofranu 4 mg i.v. á 6 hodin (13 – 19; 19 – 1; 1 – 7). Infúze byly dle paní H. D. účinné a bolestí netrpěla. Jelikož byly hodnoty krevního tlaku v normě, rána neprosakovala a Redonův drén odváděl přiměřené množství, mohla jít pacientka večer za doprovodu zdravotní sestry na toaletu. Paní H. D. se nevymočila. Na oddělení je zvykem nechat pacientům po tomto typu zákroku čas na vyprázdnění až do rána následujícího dne. Pokud k tomu ani první

pooperační den ráno nedojde, musí se jednorázově vycévkovat. Po celý tento den měla pacientka indikovanou dietu nic per os.

4.2.1 Operační výkon

Po příjezdu na operační sál a identifikační kontrole, byl pacientce zaveden periferní žilní katetr (PŽK) do kubity pravé horní končetiny. Dále ji byla na paži nasazena manžeta pro neinvazivní monitoraci krevního tlaku a pulzní oxymetr na ukazovák ruky pro sledování nasycení krve kyslíkem. Do zavedené modré kanyly ji byla podána profylaktická antibiotická terapie Vulmizolin 1,0. Následně byla paní H. D. uvedena do anestezie a zaintubována. Poté ji byla ústy zavedena nasogastrická sonda (NGS) do žaludku o velikosti 36 F, která byla napojena na sběrný sáček.

Operační zákrok se provádí výhradně laparoskopicky. Používá se čtyř portů (vstupů pro nástroje). Port pro optiku je umístěn nad pupkem a na závěr operace se lehce rozšíří a použije se pro extrakci resekované části žaludku. Dalším portem, je vstup pro jaterní retraktor umístěný pod pravým žeberním obloukem v medioklavikulární čáře. Zbývající dva porty jsou určeny pro pracovní nástroje.

K výkonu se používá harmonický skalpel, což je přístroj, který pracuje na principu podélného ultrazvukového kmitání při frekvenci 55 500 kmitů/vteřina. Tím vytváří energii o nízkých teplotách (výrobce uvádí 50 – 70 °C), která umožňuje řez a koagulaci měkkých tkání a cév do průměru 5 mm. Výsledkem je rychlá a úsporná preparace tkáně s minimem krvácení. Tepelné změny při práci s harmonickým skalpelem jsou omezeny na bezprostřední blízkost nástroje a nešíří se dál do tkáně. Tím se snižuje traumatizace okolí na minimum. Když je celé velké zakřivení žaludku skeletizováno, může dojít k resekci. Žaludek je podélně rozdělen pomocí přístroje endostapler Echelon, který stěnu žaludku ve dvou liniích sesvorkuje a následně mezi těmito liniemi tkáň protne. Opakovaným naložením stapleru (většinou 5 – 6 nábojů) je dosaženo dlouhé linie rozdělení žaludku. Přibližně 85 % objemu žaludku se resekuje. Poté dojde k odstranění NGS sondy a extrakci resektátu. Následně je vizuálně zkontrolována resekční linie. U paní H. D. na přechodu antra a těla žaludečního prosakovala.

Krvácející místo bylo sešito šicím materiálem, a z důvodu kontroly dalšího krvácení byl pacientce ke staplerové linii zaveden Redonův drén. Po kontrole krvácení z míst umístěných trokarů se zrušilo kapnoperitoneum a výkon se ukončil suturou kůže. Do rány pod pupkem byl vložen vrapovaný drén. Na všechny rány byl přiložen Betadinový roztok se sterilním krytím. Na závěr operace byla pacientka extubována. Po celou dobu operace jsem byla přítomna.

4.3 První pooperační den – 3. den hospitalizace

První pooperační den se pacientka cítila subjektivně bez potíží a spokojená. Objektivně byla afebrilní a kardiopulmonálně kompenzovaná. Krytí byla suchá, bez prosáknutí. Redonův drén odváděl minimálně. Obě dolní končetiny byly bez otoku, bolesti a zarudnutí. Pacientka ráno došla s doprovodem zdravotní sestry na toaletu a vymočila se, tudíž nebylo nutné jednorázové vycévkování. Lékařem ji byl určen pohybový režim 2, tedy relativní klid. Dále lékař indikoval měření krevního tlaku a pulzu 2x denně. Pacientka byla celý den normotenzní a zjištěné hodnoty pulzu byly taktéž v normě. Od 9 do 14 hodin měla naordinovanou infúzi: 1000 ml fyziologického roztoku + 1 ampule (5 ml) Novalginu i.v.. Na 18 hodinu dostala Clexane 0,4 ml s.c.. Pacientka si až ve večerních hodinách stěžovala na bolest v oblasti operační rány, uváděla, že se jedná o bolest VAS 4. Byla ji tedy dle ordinace lékaře aplikována 1 ampule Almiralu 75 mg i.m.. Lék zabral dostatečně, pacientka bez problému usnula a spala celou noc.

Během dnešního dopoledne také proběhlo vyšetření polykacího aktu, z důvodu ověření, že resekovaná linie neprosakuje a nebude tak docházet k úniku žaludečního obsahu do dutiny břišní. Při tomto vyšetření pacientka vypila 20 ml kontrastní látky za skiaskopické kontroly. Vše bylo v pořádku, a proto mohla paní H. D. přejít z diety nic per os na dietu čajovou. Nejdříve však byla edukována nutriční terapeutkou. Ta ji připomněla, že pooperační režim vyžaduje přísnou úpravu diety, čímž se předejde mnoha komplikacím. Pacientka měla naordinovanou dietu 0S (čajová), ale přesto mohla vypít maximálně 1 l tekutin za celý den. A byla upozorněna, aby nevpila větší množství nápoje najednou.

V prvních dnech po zákroku je důležité se naučit pít po doušcích a to v průběhu celého dne.

4.4 Druhý pooperační den – 4. den hospitalizace

Druhý pooperační den se pacientka cítila dobře, neudávala žádné bolesti. Objektivně byla afebrilní a kardiopulmonálně kompenzovaná. Obě dolní končetiny byly bez otoku, bolesti a zarudnutí. Nízké bandáže již dnes pacientka neměla. Dnes proběhl převaz operačních ran. Krytí byla suchá, rány klidné, bez viditelné sekrece, okolí bez zarudnutí. Z tohoto důvodu byl odstraněn vrapovaný drén z rány pod pupkem. Redonův drén již neodváděl žádný sekret, a proto byl taktéž vytažen. Operační rány byly překryty sterilním krytím. Protože pacientka neměla naordinován ani jeden lék k intravenózní aplikaci, periferní žilní katetr byl odstraněn. Lékařem jí byl naordinován pohybový režim 2, tedy relativní klid. Měření tlaku a pulzu proběhlo jako předešlý den dvakrát. Naměřené hodnoty byly opět v normě. V 18 hodin byl pacientce aplikován Clexane 0,4 ml s.c..

Protože včerejší tekutiny pacientce nepůsobily potíže, mohla dnes začít s přísně tekutou dietou. Před snídaní ji opět navštívila nutriční terapeutka a společně prodiskutovaly nový jídelníček. Seznámila jí s tím, co, v jakém množství a konzistenci bude moct konzumovat v dalších dnech po zákroku. V prvních dvou týdnech by měla paní H. D. dodržovat dietu, kdy konzistence potravy nesmí přesáhnout konzistenci jogurtového mléka. Dále byla edukována, že je nezbytné, aby potravu polykala po jednotlivých doušcích s 3 – 5 minutovými přestávkami. Stejná pravidla je nutné dodržovat i pro pitný režim. Pauzami se docílí toho, že každé sousto stihne opustit žaludek. Aby si vše zapamatovala, obdržela edukační materiál, ve kterém byla rozepsaná doporučená strava v pooperačním období, a také zde byly uvedeny příklady vhodných jídelníčků. Dieta 0S byla změněna na 1 B (tekutá strava po bariatrické operaci). K snídaní dostala paní H. D. jogurtové mléko, k obědu vývar a k večeři nutridrink. Dnešní jídelníček si pacientka pochvalovala, přidělené porce nesnědla celé.

4.5 Třetí pooperační den – dimise – 5. den hospitalizace

Dne 21. 11. 2015, v třetí pooperační den, se pacientka cítila bez potíží a plně samostatná. Objektivně byla afebrilní a kardiopulmonálně kompenzovaná. Již neměla žádný invazivní vstup. Operační rány byly klidné, okolí bez zarudnutí. Po ošetření byly zastříkány Opsite sprejem, což je tekutý obvaz, který je propustný pro plyny a vodní páry a nepropustný pro vodu a bakterie. Stehy byly při propuštění ponechány.

Jelikož nebyl důvod k další hospitalizaci, byla v dopoledních hodinách z chirurgického oddělení propuštěna domů. Zdravotnickým personálem byla poučena o režimu domácího ošetřování. Důraz byl kladen zejména na dodržování nového dietního režimu a péči o rány. S lékařem se rovněž domluvila na první kontrole, která se uskutečnila 17. 12. 2015.

5 OŠETŘOVATELSKÉ PROBLÉMY

V následující části své bakalářské práce se budu zabývat ošetřovatelskými problémy. Vzhledem k charakteru zákroku budu popisovat zejména předoperační přístup, který je velice důležitý, neboť je nezbytné, aby byl pacient připravený na velkou změnu, která ho díky bariatrické operaci čeká. Dále uvedu riziko tzv. non-compliance, které úzce souvisí s předoperační přípravou a může vést ke vzniku pozdních komplikací. Následně popíšu vybraná potenciální rizika spojená s hospitalizací a v závěru kapitoly se budu věnovat dlouhodobému plánu péče.

5.1 Riziko non-compliance

Non-compliance neboli neochota pacienta řídit se doporučenými pravidly, může vést ke vzniku pozdních komplikací. Nesmírně důležitý je proto předoperační přístup, díky kterému si jsou pacienti opravdu jistí, že zákrok podstoupit chtějí a budou schopni dodržovat určitá pooperační a celoživotní pravidla. Pooperační přístup už je jenom jakousi připomínkou toho, co je čeká a na co by neměli zapomínat.

5.1.1 Předoperační přístup

Bariatrická operace je výkon, který výrazně ovlivní život pacienta. Přináší s sebou nejenom změnu životního stylu, ale i doživotní dodržování specifického dietního režimu. Proto je nesmírně důležitá edukace potencionálních uchazečů o tento zákrok. Pacient si musí být jistý, že operaci chce podstoupit a ví, co předoperační a pooperační období obnáší. V průběhu roku se v předem stanovených termínech schází v ambulanci obezitologa a zároveň i bariatrického chirurga skupiny lidí, kteří zvažují možnost redukce hmotnosti pomocí bariatrické a metabolické chirurgie. Zde podstoupí skupinovou edukaci, jejíž záměrem je, aby byl každý pacient dostatečně informovaný a dokázal si odpovědět na otázky: „Chci být ještě operovaný/á? Které metodě bych dal/a přednost?“.

V rámci edukace jsou pacientům vysvětleny podstaty různých bariatrických zákroků. Z chirurgických výkonů jsou to adjustabilní bandáže žaludku, sleeve gastrectomy, plikace žaludku, žaludeční bypass a biliopankreatická diverze. Z nechirurgických výkonů je pacientům představen gastrický balón a EndoBarrier. Pro lepší pochopení a představu jim lékař vše laicky vysvětluje prostřednictvím plastického modelu žaludku a několika názorných obrázků. Pacienti jsou informováni o pozitivních aspektech jednotlivých výkonů, ale také o možných komplikacích, které mohou a nemusí nastat. Dále jsou uchazeči srozuměni s průběhem hospitalizace, která trvá ve většině případů 5 dní. Současně je prodiskutována i pracovní neschopnost. Při fyzicky nenáročném zaměstnání trvá obvykle 14 dní. Lidé s lehce fyzicky náročnou prací jsou doma měsíc a pacienti s fyzicky náročným zaměstnáním mají nárok na pracovní neschopnost v minimálním rozsahu 6 týdnů.

Následně pacientům lékař sdělí, jaká předoperační vyšetření musí podstoupit, a že závěrem žádného z vyšetření nesmí být kontraindikace k výkonu. Mezi nezbytná vyšetření patří: interní vyšetření, doporučení od klinického psychologa se zaměřením na bariatrii, gastrofibroskopické vyšetření, ultrasonografie břicha a spirometrické vyšetření. Pokud se uchazeč léčí na endokrinologii nebo na psychiatrii, je nutné lékařské doporučení k operaci i z těchto pracovišť. Dále pacienti potřebují doporučení k provedení operace od obezitologa. Na předoperační přípravě se však musí aktivně podílet i samotní pacienti. Je totiž nezbytné, aby poslední měsíc před operací dodržovali vysokobílkovinnou, nízkosacharidovou dietu a zhubli tak 5 % své současné váhy. Díky redukci hmotnosti se zmenší játra, která bývají u obézních jedinců ztučnělá a zvětšená. Bez této redukce hmotnosti se operace neuskuteční.

Nepostradatelnou součástí edukace je pooperační změna jídelníčku. Pacientům je zdůrazněno, že musí doživotně dodržovat určitá dietní opatření. Budou se muset naučit jíst nutričně vyváženou stravu, aby nedocházelo ke karenci některé důležité živiny. V prvních dnech po operaci budou dodržovat přísný stravovací režim z důvodu snížení rizik vzniku komplikací. Přibližně první 2 týdny budou konzumovat tekutou stravu, kdy konzistence jídla nesmí být hustší než konzistence jogurtového mléka. Tyto pokrmy budou pít po doušcích

a po každém usrknutí se doporučuje počkat alespoň 3 minuty, aby jídlo stihlo opustit žaludek. Po 2 týdnech můžou pozvolna přejít na kašovitou dietu, kterou je vhodné jíst čajovou lžičkou. Po měsíci od operace už můžou zkusit jíst standardní dietu, ale ve velmi malých porcích. Jedna porce by neměla přesáhnout množství 80 – 100 g. Pacientům je doporučeno, aby jedli 6x denně. Nemají zakázanou žádnou potravinu. Budou ji pouze konzumovat v mnohem menším množství, než byli doposud zvyklí. Změna se netýká nejen jídla, ale i pití. Po operaci musí dodržovat stejná pravidla, tedy usrkávání po doušcích, jako při příjmu potravy. Již nikdy nebudou moct vypít 0,5 l tekutiny „na ex“, ale budou se muset naučit pít v průběhu celého dne. Dále uchazečům lékař přednese nejčastější chyby, kterých se pacienti při dodržování specifické diety dopouštějí. Poměrně často dochází k tomu, že si pacient začne zvětšovat porce, čímž dojde k vytahání zmenšeného žaludku a neredukování hmotnosti. Dalším problémem jsou dietní chyby, kdy pacienti jí příliš mnoho sladkého jídla a dochází tak ke karenci některé z důležitých živin. Třetí nejčastější chybou je špatný jídelníček ve spojení s nedostatkem pohybu. Díky tomu pacienti nesnižují svoji váhu.

Po operaci je důležitá nejenom úprava jídelníčku, ale také změna pohybové aktivity. Pacientům je zdůrazněno, že samotná obměna jídelníčku k dostatečné redukci hmotnosti nestačí. Musí se začít i více hýbat. V prvním měsíci po operaci je doporučena chůze. Po 2 měsících od operace již můžou provozovat jakoukoli pohybovou aktivitu. Je však prokázáno, že nejvhodnější je aerobní trénink ve spojení se silovým cvičením s využitím vlastní váhy. Kombinací těchto cviků se zlepšuje činnost kardiovaskulárního systému, dochází ke spalování energie a přebytečná kila jdou snadněji dolů.

Po přibližně hodině a půl dlouhém edukačním zasedání je uchazečům o bariatrickou a metabolickou chirurgii vyhrazen prostor na jakékoli dotazy. Následně jsou po jednom volání do ordinace, kde lékaři sdělí, zda chtějí být operováni a jakému druhu operace by dali přednost. Lékař jim poté vystaví žádanky na nutná vyšetření a dohodnou si datum další návštěvy. Paní H. D. se rozhodla pro zákrok tubulizace žaludku.

5.1.2 Pooperační přístup

Pacient by měl opouštět nemocniční prostředí dostatečně motivovaný k dodržování předepsaných zásad pro udržení efektu operace. Měl by si být také jistý jaké množství jídla a v jaké konzistenci může jíst. Rovněž je důležité, aby se naučil sestavovat jídelníček tak, aby byl nutričně vyvážený a nedocházelo ke karenci některé důležité živiny. Paní H. D. před propuštěním navštívila nutriční terapeutka, ověřila si, zda pacientka těmto požadavkům rozumí a prodiskutovala s ní případné nejasnosti. Nevhodné složení stravy či přeplňování zmenšeného žaludku totiž vedou k opětovnému roztažení a výsledek operace mizí. Následkem je opětovný nárůst hmotnosti a zklamání nejenom pacienta, ale i jeho okolí.

5.2 Rizika spojená s hospitalizací

Během ošetrovatelské péče o pacientku na standardním chirurgickém oddělení jsem stanovila hlavní potenciální ošetrovatelské problémy spojené s hospitalizací, kterým jsem se věnovala. Konkrétně jsem se zaměřila na riziko pádu z důvodu pooperačního stavu, na riziko vzniku tromboembolické nemoci (TEN) v souvislosti s operačním výkonem a přítomností obezity 2. stupně, na riziko vzniku infekce z důvodu přítomnosti invazivních vstupů a operačních ran a na riziko retence moči související s operačním zákrokem.

Riziko pádu z důvodu pooperačního stavu

Nultý a první pooperační den jsem u pacientky shledala dle Morse škály střední riziko pádu. V ostatní dny hospitalizace měla kvůli přítomnosti obezity nízké riziko pádu. Toto hodnocení jsem si vybrala z důvodu, že je v něm kromě jiných položek, zahrnuta i aplikace léků i.v.. Mým cílem bylo minimalizovat riziko pádu paní H. D..

Po zjištění rizika pádu jsem provedla preventivní opatření. Mezi která patří například nalepení červeného puntíku signalizujícího riziko pádu na identifikační náramek pacientky. Dále jsem umístila signalizační zařízení do jejího dosahu a informovala ji, aby se nebála ho použít. Zdůraznila jsem ji, aby nultý pooperační den a první pooperační den v dopoledních hodinách nevstávala za žádných

okolností z postele sama, ale použila signalizaci a vyčkala na příchod zdravotnického personálu. Upravila jsem také prostředí pokoje, protože bezpečné prostředí velmi přispívá k prevenci pádu. Pacientka tak měla volnou cestu, stabilní noční stolek (zablokovaná pojízdná kolečka) v dosahu a byla informována o zvýšené bezpečnosti v případě mokré podlahy. Během hospitalizace jsem pacientku sledovala a průběžně přehodnocovala riziko pádu. Díky preventivním opatřením a spolupráci pacientky k žádnému pádu během hospitalizace nedošlo.

Riziko vzniku TEN v souvislosti s operačním výkonem a obezitou

Každý pacient, který podstoupí operační zákrok, je ohrožen tromboembolickou nemocí. U paní H. D. bylo riziko ještě větší, neboť trpí hraniční obezitou 2. stupně a je aktivní kuřačkou. Mým cílem bylo minimalizovat riziko vzniku TEN a včas rozpoznat počínající příznaky vzniku tromboembolické nemoci.

Pacientka byla edukována o riziku vzniku žilní trombózy v pooperačním období a byla seznámena s počínajícími příznaky, mezi které patří otok, bolestivost a změna barvy kůže. Dále byla seznámena s prevencí vzniku TEN, která zahrnovala aplikaci Clexane 0,4 ml s.c. a přiložení nízkých bandáží na obě dolní končetiny. Pacientka byla také nabádána k aktivnímu procvičování dolních končetin a vertikalizována již ve večerních hodinách nultého pooperačního dne. Pravidelně jsem kontrolovala funkčnost bandáží, prokrvení a pulzaci dolních končetin. Sledovala jsem fyziologické funkce a příznaky vzniku TEN (hemoptoe, tachypnoe, dušnost a stenokardie). Pacientka byla afebrilní, normotenzní, eupnoická, s hodnotami pulzu v normě a bez bolesti na hrudi. Počínající příznaky TEN nebyly přítomny, zaznamenala jsem fyziologický nález (končetiny bez otoku, bolesti a zarudnutí). U pacientky nedošlo ke vzniku tromboembolické nemoci.

Riziko vzniku infekce z důvodu přítomnosti invazivních vstupů (PŽK, Redonův drén) a operačních ran

Vzhledem k zavedeným invazivním vstupům a operačním ránám bylo pro mě velmi důležité dbát na snížení rizika vzniku infekce. Mým dalším cílem bylo včas rozpoznat případné známky začínající infekce.

Na operačním sále byl pacientce zaveden periferní žilní katetr (modrá kanyla s křídélky, 22 G). Z důvodu špatných žil byl umístěn do kubity pravé horní končetiny. PŽK byl zalepen transparentní folií, která se mění každé 3 dny nebo dle potřeby. V průběhu hospitalizace jsem při každé aplikaci roztoku kanylou sledovala funkčnost katetru (průchodnost katetru a jeho možné zalomení) a okolí vpichu. Pacientku jsem poučila o možných komplikacích a nabádala ji, aby mi případné změny (bolest, pálení katetru, zarudnutí) hlásila. Kvůli poloze katetru jsem ji upozorňovala na vhodnost polohy ruky v extenčním postavení alespoň během vykapání infuze. Během péče o PŽK byl katetr funkční, okolí vpichu bez zarudnutí a pacientka nepocítovala bolest. Druhý pooperační den bylo lékařem indikováno odstranění PŽK. Po odstranění PŽK bylo místo klidné, bez zarudnutí a výrazného krvácení.

Paní H. D. měla následkem laparoskopické operace 4 malé operační rány. V ráně pod pupkem byl vložený vrapovaný drén a od staplerové linie vedl Redonův drén. Nultý a první pooperační den rány neprosakovaly, krytí byla suchá a fixovaná. Nultý pooperační den Redonův drén odváděl krvavý sekret v přiměřeném množství (50 ml), první pooperační den přibylo minimální množství krvavého sekretu (10 ml). Druhý pooperační den jsem provedla převaz všech ran. Dle ordinace lékaře jsem v průběhu převazu odstranila Redonův i vrapovaný drén. Během péče o Redonův drén jsem neshledala známky infekce. Okolí drénu bylo klidné a sekret, který odváděl, byl krvavého charakteru, bez hnisavé sekrece. Třetí pooperační den proběhla kontrola operačních ran. Příprava před péčí o rány, stejně tak jako po sundání krytí, byla shodná jako předchozí den. Krytí byla suchá, rány klidné, bez sekrece a okolí bez zarudnutí. Dle ordinace lékaře byly rány zastříkány tekutým obvazem Opsite sprejem. Stehy byly při propuštění ponechány. Cíl byl tak splněn. Operační rány se hojí per primam a stejně jako jejich okolí nejeví známky infekce. Před propuštěním byla pacientka poučena všeobecnou sestrou o správné péči o operační rány. Důraz byl kladen zejména na udržení ran v čistotě. Rány by neměly být myté mýdlem, ale pouze osprchovány vlažnou vodou. Osušení je vhodné provádět mírným poklepem. Jelikož jsou v ránách ještě stehy, neměly by se promazávat žádnou

mastí. Mohlo by dojít k zavlečení infekce cestou stehů. Dále je také důležité nosit volné, prodyšné oblečení, aby nedocházelo ke tření a dráždění ran.

Riziko retence moči související s operačním výkonem

Charakter operačního zákroku nedovoluje pacientům přijímat až do vyšetření polykacího traktu, které se uskutečňuje druhý den po operaci, nic per os. Tekutiny dostávají pouze cestou i.v.. Standardně by se měli vymočit do 6 - 8 hodin od výkonu. Na oddělení je však zvykem nechat pacientům po tomto typu zákroku čas na vyprázdnění až do rána prvního pooperačního dne. Bilanci tekutin zde nehodnotí.

Ve večerních hodinách nultého pooperačního dne šla pacientka za doprovodu všeobecné sestry na toaletu, ale k mikci nedošlo. I když byla bilance tekutin pozitivní – příjem (0 ml p.o., 3000 ml i.v. na standardním chirurgickém oddělení + léky i.v. podané na operačním sále) byl větší než výdej, čekalo se dle zvyklostí oddělení až do rána prvního pooperačního dne. Ráno se pacientka vymočila. Přestože došlo k retenci moči, pacientka se druhý den samovolně vymočila a nebylo tak nutné jednorázové vycévkování.

5.3 Dlouhodobý plán péče

Před propuštěním byla pacientka edukována zdravotnickým personálem o režimu domácího ošetřování, zejména o nutnosti dodržování nové životosprávy a péči o rány. Domů odcházela s receptem na Helicid, což je inhibitor protonové pumpy, který snižuje množství žaludeční kyseliny. Je předepisován, protože přispívá k příznivějšímu prostředí v žaludku pro hojení. Dalším důvodem je snížení rizika vzniku gastroesofageálního refluxu. Paní H. D. se rovněž s lékařem domluvila na první kontrole, která se uskutečnila 17. 12. 2015, tedy měsíc po operaci.

S pacientkou jsem díky elektronické komunikaci zůstala v kontaktu, a proto jsem její zdravotní stav mohla sledovat i nadále. Stehy ji byly vyndány po cca 10 dnech od operace. Rány se zhojily dobře. V pracovní neschopnosti zůstala dva a půl měsíce, protože měla problémy s hypotenzí. Krevní tlak se ale postupem času upravil a v současnosti paní H. D. obtížemi s nízkým tlakem

netrpí. Nad cílovou váhou nikdy moc nepřemýšlela, říká: „Každé kilo dole je krásné.“. Kdyby však zredukovala svoji hmotnost na 76 kg a vážila stejně jako manžel, byla by šťastná a spokojená. Pokud by šla váha ještě níž, určitě by se nezlobila. První měsíc od operace zhubla 10 kg a na Vánoce již vážila 99,8 kg. Na začátku února již ručička na váze ukazovala 89,8 kg a 9. 4. 2016 dokonce 78,6 kg. Nový jídelníček jí vyhovuje a zcela stačí. Od operace neměla hlad, jen ji občas přepadne chuť a to většinou díky zrakovým podnětům. Fyzicky se cítí o 100 % lépe. V práci se už tolik nepotí a zvládá chůzi i do menších kopců, aniž by se zadýchala. Také ji už tolik nebolí záda jako dřív. Častěji chodí pěšky a snaží se sportovat v cvičebním centru, do kterého se se svou kolegyní zaregistrovala. Velkou podporu má také od svého manžela, který ji obstaral cvičební stroj Orbitrek.

I když paní H. D. hodně lidí v jejím okolí od operace odrazovalo, je velice ráda, že zákrok podstoupila. Díky zredukované hmotnosti se cítí lépe, je sebevědomější a prý konečně dostala odvalu změnit zaměstnání. Od 1. dubna již nepracuje jako pečovatelka v domově důchodců, ale v domově pro tělesně postižené jako pracovnice sociálních služeb – nepedagogický pracovník. Pro případ, že by měla někdy pochyby o svém rozhodnutí, má schované velké oblečení, které by ji v její volbě utvrdilo.

6 DISKUZE

Světová zdravotnická organizace uvádí na svých webových stránkách v článku z 1. 4. 2016, že 1,9 miliardy lidí trpí nadváhou, z nichž více než 600 milionů lidí je obézních. Přičemž prevalence nadváhy a obezity roste téměř ve všech zemích (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016). Hrubý ve svém odborném článku v časopise Practicus uvádí, že podle odhadů World Obesity Federation bude do roku 2025 2,7 miliardy lidí s nadváhou a 177 milionů lidí s těžkou obezitou (Hrubý, 2015). Diagnóza E66 se tak už netýká pouze jednotlivce, ale je zátěží celospolečenskou. Vzhledem ke zdravotním rizikům, se kterými je spojena, je závažným medicínským problémem, který má dopad nejenom na oblast ekonomiky, ale hlavně i na kvalitu života.

V řadě zemí došlo k tvorbě preventivních programů, jejichž cílem bylo změnit náhled lidí na obezitu a vést populaci ke zdravějšímu životnímu stylu. I Evropská unie financuje řadu mezinárodních programů důležitých pro boj s obezitou. Jedním z nich byl například projekt IDEFICS (Identification and Prevention of Dietary – and lifestyle – induced health Effects In Children and Infants), jehož cílem bylo zastavit epidemii nemocí evropských dětí vyvolanou výživou a životním stylem (IDEFICS, 2006). Mezi aktivity ovlivňující obezitu v České republice patří například Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí – Zdraví 2020. Účelem programu je nastartování účinných a dlouhodobě udržitelných mechanismů ke zlepšení zdravotního stavu populace (ZDRAVÍ 2020, 2014). Významnou roli v boji s obezitou mají i nestátní organizace nebo soukromé společnosti. Příkladem může být společnost STOB, založená již v roce 1990. Aktivity společnosti fungují na metodě kognitivně-behaviorální terapie. Cílem těchto aktivit je navodit žádoucí změny v nevhodném chování, myšlení a emocích a díky tomu změnit životní styl (STOB KLUB, 2016). Jelikož se ale očekává zvyšující incidence nadváhy a obezity, dá se konstatovat, že tyto programy zatím nepřinášejí očekávaný efekt.

Již mnoho let se ví, že obezita jde ruku v ruce s dalšími chorobami, a to především s diabetem mellitem druhého typu či s vysokým krevním tlakem. Existuje několik konzervativních postupů, díky nimž může otlý pacient svoji

váhu zredukovat. Mezi nejpoužívanější patří dodržování redukční diety nebo zvýšená pohybová aktivita. Změna životního stylu je možná i prostřednictvím kognitivně-behaviorální terapie. Snižovat hmotnost lze také prostřednictvím farmakoterapie, která ale v současnosti nabízí jen omezený výběr účinných a dlouhodobě zdravotně nezávadných léků. Fried vyjadřuje stanovisko, že je většina nechirurgických postupů při léčbě obezity úspěšná pouze u malého procenta závažných stupňů obezity. Jenom asi 5 – 10 % morbidně obézních dosáhne touto léčbou zásadní redukce váhy, kterou si udrží po více než 5 let (Fried, 2011).

Po neúspěšných pokusech prostřednictvím konzervativní léčby, tak přichází na řadu bariatrická a metabolická chirurgie, která vykazuje mnohem lepší výsledky jak z hlediska redukce hmotnosti, tak i v léčbě komorbidit. Jak jsem již zmiňovala v teoretické části mé bakalářské práce, obliba jednotlivých výkonů se ve světě mění v závislosti na dostupných informacích o efektivitě a komplikacích jednotlivých metod. Hrubý předkládá v odborném článku graf, který ztvárňuje počet výkonů ve světě v období 2003 – 2013. Z grafu je patrné, že se četnost jednotlivých výkonů mění. V roce 2003 patřil mezi nejpopulárnější zákroky roux-Y žaludeční bypass (RYGB), po kterém následovala adjustabilní gastrická bandáž (AGB). Zatímco si v průběhu let RYGB udržel pozici nejčastěji používané metody, obliba AGB začala klesat. Dlouhodobé výsledky totiž prokázaly velké množství selhání a pozdních komplikací. Na druhé místo se tak postupem času dostala metoda, která vznikla až v roce 2003, sleeve gastrectomy (Hrubý, 2015). Tubulizace žaludku získává čím dál větší oblibu. V nemocnici, kde byla hospitalizovaná paní H. D. je bezesporu nejčastěji používanou metodou.

Žádný z operačních výkonů nevykazuje 100% výsledky. Dokazuje to například izraelská studie, kdy Otto ve svém článku uveřejněném v *Clinical Endocrinology News*, uvádí výsledky retrospektivního šetření. Výzkumu se účastnilo 443 pacientů, kteří podstoupili tubulizaci žaludku. Výsledky ukázaly, že v prvním roce od operace zredukovali pacienti v průměru 76,8 % své nadváhy, třetí rok od operace to bylo 69,7 % a po pěti letech od operace už pouze 56,1 %. Překvapivé zjištění bylo shledáno i v oblasti diabetu mellitu 2. typu. Po prvním

roce od operace došlo k remisi cukrovky 2. typu u 50,7 % pacientů, po 3 letech u 38,2 % a po 5 letech jen u 20 % pacientů. Co se týče hypertenze, nebyly v průběhu let zaznamenány větší výkyvy v remisi tohoto onemocnění. Americká společnost pro metabolickou a bariatrickou chirurgii zjistila, že krátkodobá ztráta hmotnosti a zlepšení komorbidit bylo lepší u sleeve gastrectomy než u roux-en-Y žaludečního bypassu. Na druhou stranu bylo prokázáno, že gastrický bypass má lepší výsledky než tubulizace žaludku v oblasti štěpení tuků a v krátkodobé regulaci cukrovky 2. typu (Otto, 2015).

Dlouhodobé výsledky jsou značně závislé na pacientovi, respektive na tom, zda dokáže po bariatrické operaci trvale změnit svůj životní styl. Boj s obezitou vyžaduje změnu chování, změnu v množství jídla a složení přijímané potravy, zkrátka obměnu celého životního stylu. Pro úspěch je nepostradatelná ale i vůle a úsilí. Jak uvádí Fried, operací nic nekončí, ale naopak začíná. Dále zastává stanovisko, že by si měl každý zájemce o bariatrickou a metabolickou chirurgii uvědomovat, jak před operací, tak i po ní, že pouhé absolvování zákroku nestačí. Bude muset na sobě tvrdě pracovat sám (Fried, 2012). Svačina v článku publikovaném na webových stránkách pro odborníky ve zdravotnictví Medical Tribune CZ, tvrdí, že z odoperovaných pacientů mají největší šanci zhubnout a hmotnost si udržet pacienti, kteří šli k operaci dobře připravení, edukovaní a motivovaní vydržet (Svačina, 2009). Z toho vyplývá, že by předoperační a pooperační přístup neměl být podceňován a měl by se mu věnovat dostatek času. V léčbě obezity tak nepostradatelnou úlohu bezesporu zastává práce multidisciplinárního týmu.

Výsledky studií zaměřených na kvalitu života pacientů, kteří se rozhodli pro chirurgickou léčbu obezity, představují výrazný pozitivní efekt. Bužgová shrnuje v článku publikovaném v časopise Endoskopie, výsledky studie, podle kterých dochází již po 3 měsících po operaci k zlepšení kvality života v oblasti fyzického i psychického zdraví (Bužgová, 2011). Škočová na základě výsledků studie uveřejněné v časopise Florence uvádí, že se život pacientů obrátil k lepšímu v oblasti fyzického a psychického zdraví. Ke zlepšení došlo i v doméně sociálních vztahů (Škočová, 2008).

Bariatrická a metabolická chirurgie není všemocná a nepůsobí na všechny pacienty stejně. U některých pacientů nevede ani operační zákrok k žádoucí změně způsobu života a dostatečně je nemotivuje ke změně životosprávy. Když se ale vše podaří, pacient zredukuje svoji hmotnost a jeho život se stane hodnotnějším, je to velký úspěch jak pro něho, tak i pro celý ošetřovatelský tým.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se věnovala jednomu z nejrozšířenějších onemocnění na celém světě – obezitě. Bariatrická a metabolická chirurgie zažívá v posledních letech velký boom. A není divu. V současnosti je nejúspěšnějším léčebným postupem pro morbidně obézní pacienty, u kterých konzervativní léčba selhala. Cílem mé práce bylo zpracování případové studie u pacientky s hraniční obezitou 2. stupně, která se rozhodla zredukovat svoji hmotnost pomocí chirurgického výkonu tubulizace žaludku.

Práci jsem rozdělila na dva úseky. V teoretické části jsem přehledově uvedla minimální znalosti potřebné k uchopení dané problematiky. V praktické části již líčím konkrétní hospitalizaci pacientky. Paní H. D. zvládla pobyt v nemocničním zařízení na chirurgickém oddělení a operační zákrok velmi dobře. V předoperačním i pooperačním období byla edukována o nutnosti dodržování určitých doporučení. S pacientkou byla velmi dobrá spolupráce jak v průběhu hospitalizace, tak i po propuštění. Domů odcházela motivovaná řídit se doporučenými pravidly, zredukovat svoji hmotnost a začít nový, plnohodnotnější život.

PŘEHLED POUŽITÝCH ZKRATEK

OS	čajová dieta
1B	tekutá strava po bariatrické operaci
á	každých
AA	alergická anamnéza
AGB	adjustabilní gastrická bandáž
ALP	alkalická fosfatáza celková
ALT	alaninaminotransferáza
ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
AST	aspartátaminotransferáza
BIA	bioelektrická impedance
BMI	index tělesné hmotnosti (z angl. body mass index)
BPD	biliopankreatická diverze
BPD-DS	duodenální switch (z angl. biliopancreatic diversion with duodenal switch)
CMP	cévní mozková příhoda
CNS	centrální nervová soustava
CT	počítačová tomografie
ČR	Česká republika
D	počet dechů
DEXA	duální rentgenová absorpciometrie (z angl. dual energy X-ray absorptiometry)
DKK	dolní končetiny
DM	diabetes mellitus
F	French, jednotka pro zevní obvod nasogastriční sondy
FA	farmakologická anamnéza
G	Gauge, značí velikost kanyly
GA	gynekologická anamnéza
GCS	Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí
GMT	gamaglutamyltransferáza
i.m.	intramuskulárně

i.v.	intravenózně
ICHS	ischemická choroba srdeční
IM	infarkt myokardu
IVF	in vitro fertilizace (umělé oplodnění)
KBT	kognitivně-behaviorální terapie
KNL	Krajská nemocnice Liberec
LGCP	plikace žaludku (z angl. laparoscopic greater curvature plication)
LSK	laparoskopie
NGS	nasogastrická sonda
NMR	nukleární magnetická rezonance
NO	nynější onemocnění
OA	osobní anamnéza
P	počet tepů
p.o.	ústy
PA	pracovní anamnéza
pH	vodíkový exponent
PHK	pravá horní končetina
PŽK	periferní žilní katétr
RA	rodinná anamnéza
RYGBP	roux-en Y gastrický bypass
s.c.	subkutánně
SA	sociální anamnéza
SG	tubulizace žaludku (z angl. sleeve gastrectomy)
SpO₂	saturace krve kyslíkem
st.p.fr.	stav po zlomenině (z lat. status post fracturam)
st.p.op.	stav po operaci (z lat. status post operationem)
TBC	tuberkulóza
TEN	tromboembolická nemoc
TFEQ	třísložkový dotazník jídelního chování (z angl. three factor eating questionnaire)
TK	tlak krve
TT	tělesná teplota

VAS	vizuální analogová škála k hodnocení bolesti
VCHGD	vředová choroba gastroduodenální
WHO	Světová zdravotnická organizace (z angl. World Health Organization)
YLLs	ztracené roky života (z angl. years-of-life-lost)

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1.] BRUNICARDI, F. CH., ANDERSEN, D. K., BILLIAR, T. R., DUNN, D. L., HUNTER, J. G., MATTHEWS, J. B. a R. E. POLLOCK. *Schwartz's principles of surgery*. 9th ed. New York: McGraw-Hill, Medical Pub. Division, 2010. ISBN 0071547711.
- [2.] BUŽGOVÁ, R. Hodnocení kvality života žen 6 měsíců po laparoskopické tubulizaci žaludku. In *Casopisendoskopie.cz* [online]. 2011 [vid. 11. 4. 2016]. Dostupné z: <http://www.casopisendoskopie.cz/pdfs/end/2011/03/11.pdf>
- [3.] ČIHÁK, R. a M. GRIM. *Anatomie*. 2., upr. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0143-X.
- [4.] DOLEŽALOVÁ, K., BÝMA, S., FRIED, M., SVAČINA, Š. a kol., *Bariatrická chirurgie a primární péče*. 1. vyd. Praha: Axonite CZ, 2012. Asclepius. ISBN 978-80-904899-2-9.
- [5.] ENDOBARRIER, 2015. Endobarrier overview. In: *Endobarrier* [online]. [vid. 13. 12. 2015]. Dostupné z: <http://www.endobarrier.com/czech-republic/>
- [6.] FOŘT, P. *Tak co mám jíst?*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1459-2.
- [7.] FRIED, M. Chirurgická léčba obezity: operace je začátek boje s nadváhou. In *Ordinace.cz* [online]. 2012 [vid. 10. 4. 2016]. Dostupné z: <http://www.ordinace.cz/clanek/chirurgicka-lecba-obezity-operaci-to-zacina/>
- [8.] FRIED, M., ADAMEC, S., BEDŘICHOVÁ, H., DOLEŽALOVÁ-KORMANOVÁ, K., HAINER, V., HALUZÍK, M., HERLESOVÁ, J., MÜLLEROVÁ, D., SCOPINARO, N., SVAČINA, Š., ŠKOCHOVÁ, D. a P. ŠRÁMKOVÁ. *Bariatrická a metabolická chirurgie: nové postupy v léčbě obezity a metabolických poruch*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011. ISBN 978-80-204-2424-2.

- [9.] HAINER, V. a KOL. *Základy klinické obezitologie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3252-7.
- [10.] HARVARD HEALTH PUBLICATIONS HARVARD MEDICAL SCHOOL, 2015. Why it's hard to change unhealthy behavior – and why you should keep trying. In: *Harvard Health Publications Harvard medical school* [online]. [vid. 1. 12. 2015]. Dostupné z: <http://www.health.harvard.edu/staying-healthy/why-its-hard-to-change-unhealthy-behavior>
- [11.] HERLESOVÁ, J., KNAPPOVÁ, D., KRÁL, P., SLÁBA, Š., STAŇKOVÁ, V., WAGENKNECHT, M. a J. ŽMOLÍKOVÁ. *Doporučení k psychologickému vyšetření před bariatrickou operací*. 1. vyd. Praha: Pro Psychologickou sekci České obezitologické společnosti ČLS JEP vydalo Axonite CZ, 2013. ISBN 978-80-904899-6-7.
- [12.] HRUBÝ, M. Obezita a bariatrické výkony. In *Practicus* [online]. 2015 [vid .9. 4. 2016]. Dostupné z: <http://web.practicus.eu/sites/cz/Documents/Practicus-2015-09/24-Obezita-a-bariatricke-vykony.pdf>
- [13.] IDEFICS, 2006. What we want. In *Idefics study – Learning healthy living* [online]. Dostupné z: <http://www.ideficsstudy.eu/Idefics/webcontent?cmd=innerDoc&path=239&start=true>
- [14.] JANÍKOVÁ, E. a R. ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4412-4.
- [15.] KASALICKÝ, M.. *Tubulizace žaludku: chirurgická léčba obezity*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-957-3.
- [16.] *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009: abecední seznam*. Vyd. 1. Praha: Bomton Agency, 2009. ISBN 9788090425910.
- [17.] MOUREK, J. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3918-2.

- [18.] NEMOCNICE TURNOV, 2015. Chirurgická léčba obezity. In: *Nemocnice Turnov* [online]. [vid. 3. 12. 2015]. Dostupné z: <http://nemtur.cz/dynweb.cz/cs/oddeleni/chirurgicka-lecba-obezity-bariatricka-chirurgie/>
- [19.] OTTO, M .A. Laparoscopic sleeve gastrectomy: Comorbidity benefits fade with time. In *Clinical Endocrinology News* [online]. [vid. 10. 4. 2016]. Dostupné z: <http://www.clinicalendocrinologynews.com/specialty-focus/obesity/single-article-page/laparoscopic-sleeve-gastrectomy-comorbidity-benefits-fade-with-time/46fce3d69e57de638987d7dec0b941e6.html>
- [20.] PARTSCH, C.-J., MÖNIG, H. a W. G. SIPPELL. *Endokrínologická funkční diagnostika*. 5., přepracované a rozšířené vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 3-88312-130-4.
- [21.] PTÁČEK, R. a P. BARTŮNĚK. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5471-0.
- [22.] SADÍLKOVÁ, A. a M. MATOULEK. Bariatrické výkony. In: *Obesity news – noviny pro prevenci a léčbu obezity* [online]. 2013, číslo 11 [vid. 5. 12. 2015]. Dostupné z: <http://www.vstj.cz/obezicentrum/dl/bariatricke-vykony.pdf>
- [23.] ŠKOCHOVÁ, D. *Kvalita života pacientů po bandáži žaludku*. Florence Časopis moderního ošetřovatelství. 2008, roč. IV, číslo 10, s. 398 – 400. ISSN 1801-464X.
- [24.] STOB KLUB, 2016. Společnost STOB. In *Stobklub.cz* [online]. [vid. 11. 4. 2016]. Dostupné z: <http://www.stobklub.cz/o-nas/>
- [25.] SVAČINA, Š. Nejvýznamnější novinkou je potvrzení významu bariatrie. In *Medical Tribune* [online]. 2009, č. 33 [vid. 10. 4. 2016]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/15712-nejvyznamnejsi-novinkou-je>
- [26.] SVAČINA, Š. *Obezitologie a teorie metabolického syndromu*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2013. Lékařské repetitorium, sv. č. 9. ISBN 978-80-7387-678-4.

- [27.] SVAČINA, Š., MÜLLEROVÁ, D. a A. BRETŠNAJDROVÁ. *Dietologie pro lékaře, farmaceuty, zdravotní sestry a nutriční terapeutky*. 2., upr. vyd. Praha: Triton, 2013. Lékařské repetitorium, sv. č. 8. ISBN 978-80-7387-699-9.
- [28.] WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015. Obesity and overweight. In *World health organization* [online]. [vid. 29. 11. 2015]. Dostupné z: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- [29.] WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016. General Assembly proclaims the Decade of Action on Nutrition. In *World health organization* [online]. [vid. 9. 4. 2016]. Dostupné z: http://www.who.int/nutrition/GA_decade_action/en/
- [30.] ZACHOVÁ, V. *Tubulizace žaludku – nová bariatrická metoda*. Florence Časopis moderního ošetřovatelství. 2007, roč. III., číslo 10, s. 418. ISSN 1801-464X.
- [31.] ZDRAVÍ 2020, 2014. Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. In *Ministerstvo zdravotnictví České Republiky* [online]. [vid. 9. 4. 2016]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci_8690_3016_5.html

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Ošetrovatelská příjmová anamnéza	66
Příloha 2 – Barthelův test základních všedních činností.....	71
Příloha 3 – Nutriční screening a hodnocení rizika vzniku dekubitů	72
Příloha 4 – Glasgow coma scale	73
Příloha 5 – Stupnice pádu dle Morse	74
Příloha 6 – Edukační materiály – dieta	77

Příloha 1 – Ošetřovatelská příjmová anamnéza

Ošetřovatelská anamnéza

Oddělení : STANDARDNÍ CHIRURGICKÉ
Datum a čas odběru anamnézy : 13.11.2015 15:00

Jméno (iniciály) : H.D. Pohlaví : ♀ Věk : 32 let

Datum přijetí : 13.11.2015 Datum propuštění : /

Stav : NOVÁ Povolání : PEČOVATELKA V DOMOVĚ DĚTÍ

Rodiča informována : ano ne

Diagnóza při přijetí (základní) : EGGO - OBEŽVA ZPRŮSOVNÁ NEJENÝM PŮJMEM KALOVÁ

Chronická onemocnění : HYPERTENZE (s omezením na právo)

Infekční onemocnění : NE ANO

Režimová opatření :

Léčba:

Operační výkon : / Pooperační den : /

Farmakoterapie :

Jiné léčebné metody : ZAVAZOVANIE

Má nemocný informace o nemoci : ano ne částečně

Alergie : ano ne jaké : /

Fyziologické funkce : P : 70 TK : 100/90 D : 15/min SpO2 : 99% TT : 36,5°C

1) Vědomí

stav vědomí : při vědomí porucha vědomí bezvědomí GSC : 15/3

Orientovaný Deorientovaný

2) Bolest

bolest : ano akutní chronická
 tupá bodavá křečovitá svalová jiná
 ne

lokalizace :



Intenzita :
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3) Dýchání

potíže s dýcháním : ano ne
dušnost : ano klidová námahová noční
 ne
Kůřák : ano ne Kašel : ano ne

4) Stav kůže

změny na kůži : ano ekzém otoky dekubity jiné
 ne Riziko vzniku dekubitů – Nortonové skóre: 32/37

lokalizace :



Ošetření rány: _____

5) Vnímání zdraví

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleklá choroba) ... *celá domněle je zdraví*
5. spokojen

Úrazy: ano ne jaké: *rána v zádech při pádu z oškváči*

Prodělaná dětská onemocnění: *Pěžlivá*

Infekční onemocnění: ano ne jaká: */*

6) Výživa, metabolismus

Dieta: *restoráční* Nutriční skóre: *18/20*

Váha: *62 kg* Výška: *168 cm* BMI: *20,7*

Chuť k jídlu: ano ne

Potíže s přijímáním potravy: ano ne jaké: */*

Jakým druhům potravin dává přednost: *čerstvým sýrům*

Užívá doplňky výživy: ano ne jaké: */*

Enterální výživa */* Parenterální výživa */*

Denní množství tekutin: *1,5-2l* Druh tekutin: *voda*

Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době: ano ne o kolik: *rána v zádech 10 kg*

Umělý chrup: ano ne horní dolní *- původně dříve*

Potíže s chrupem: ano ne *1x za měsíc*

7) Vyprazdňování

problémy s močením: ano pálení řezání retence inkontinence
 ne

problémy se stolicí: ano průjem zácpa inkontinence
 ne

stolice pravidelná: ano ne

poslední stolice: *18.11.2015*

Způsob vyprazdňování: podložní mísa/močová láhev

Inkontinenční pomůcky

Toaletní křeslo

Močový katétr počet dní zavedení: */*

Rektální odvodný systém: */*

Stomie: *(1/2)*

8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim: *2-3x týdně*

Barthel test: *100/10 - nezávislý*

Riziko pádu: ANO skóre: 15/20..... NE
 Pohyblivost: chodící samostatně chodící s pomocí
 ležící pohyblivý ležící nepohyblivý
 pomůcky jaké: /.....

9) Spánek, odpočinek

počet hodin spánku: 7,5 hodina usnutí: 7,5
 poruchy spánku: ano ne jaké: /
 hypnotika: ano ne
 návyky související se spánkem: SOUVISEJÍCÍ S PÁNEM

10) Vnímání, poznávání

potíže se zrakem: ano ne jaké: NEVYKALY
 potíže se sluchem: ano ne jaké: /
 porucha řeči: ano ne jaká: /
 kompenzační pomůcky: ano ne jaké: NE

orientace: orientován dezorientovaný místem časem osobou

11) Sebepojetí, sebeúcta – hodnocení psychosociálního stavu

je raději: sám v kolektivu
 co si myslí o svém zevnějšku a o sobě: MYSLÍ SI TO, ŽE JE
 pocit zlosti, vzteku: ano ne
 pocit strachu: ano ne z čeho: /
 pocit úzkosti: ano ne
 jak klient vyjadřuje negativní emoce: NADĚVA
 emocionální stav: KALDNÁ NEVĚŘA
 Úroveň komunikace a spolupráce: KOMUNIKACE JE PROBLÉM

12) Role, vztahy

vztah klienta k ostatním lidem: PŘÁTELSKI VZTAH
 bydlí doma sám: ano ne
 kdo bude o klienta pečovat po propuštění: MANĚK
 kontakt s rodinou: ano ne

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UKD

13) Reprodukce, sexualita

počet porodů : 0
počet potratů : 0
antikoncepce : ano ne jaká :
pravidelnost menstruace : ano ne Klimakterium : ano ne
problémy s prostatou : ano ne jaké :
pohlavní onemocnění : ano ne jaké :
zvláštnosti v sexuálním chování :

14) Stres, zátěžové situace

psychický stav : klidný rozrušený úzkostný depresivní strach
prožívá nějaké napětí : ano ne jaké z čeho :
způsob odreakování :
kouření : ano ne kofik :
alkohol : ano ne kofik :
drogy : ano ne jaké :

15) Víra

Víra ano ne jaká :

16) Invazivní vstupy

Drény : ano ne jaké : Datum zavedení :
Permanентní močový katétr : ano ne
i.v. vstupy : ano periferní datum zavedení : kde :
Stav :
 centrální datum zavedení : kde :
stav :
 ne
Sonda : ano ne jaká : datum zavedení :
Stomie : ano ne jaká : stav :
Endotracheální kanyla : ano ne č.ETR : datum zavedení :
Tracheotomie : ano ne č. : od kdy :
Arteriální katétr : ano ne
Epidurální katétr : ano ne
Jiné invazivní vstupy :

Příloha 2 – Barthelův test základních všedních činností

17. 11. 2015

Barthelův test základních všedních činností (ADL – activities of daily living)

Činnost	Provedení činnosti	Body
1. najedení, napití	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
2. oblékání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
3. koupání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
4. osobní hygiena	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
5. kontinence moči	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
6. kontinence stolice	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
7. použití WC	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
8. přesun lůžko-židle	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
9. chůze po rovině	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
10. chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech: 100b.

0 – 40 bodů vysoce závislý

45 – 60 bodů závislost středního stupně

65 – 95 bodů lehce závislý

100 bodů nezávislý

Zdroj: ŠAFRÁNKOVÁ, A. a M. NEJEDLÁ. *Interní ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1148-5.

Příloha 3 – Nutriční screening a hodnocení rizika vzniku dekubitů

17.11.2015

Hodnocení rizika vzniku dekubitů – rozšířená stupnice dle Nortonové

Schopnost spolupráce	věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Fyzický stav	Vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence
Úplná 4	< 10 4	Normální 4	Žádné 4	Dobrý 4	Bdělý 4	Chodí 4	Úplná 4	Není 4
Částečně omezená 3	< 10 3	Alergie 3	DM, vysoká TT, anemie, kachexie 3	Zhoršený 3	Apatický 3	S doprovodem 3	Částečně omezená 3	Občas 3
Velmi omezená 2	< 60 2	Vlhká 2	Trombóza, obezita 2	Špatný 2	Zmatený 2	Sedačku 2	Velmi omezená 2	Převážně moč 2
Žádná 1	> 60 1	Suchá 1	Karcinom 1	Velmi špatný 1	Bezvědomí 1	Leží 1	Žádná 1	Moč + stolice 1

Hodnocení: 32/6.

Nebezpečí vzniku dekubitu je významné při 25 bodech a méně.

Zdroj: Staňková, M. *České ošetrovatelství 6 – Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi*. Brno: IDVPZ, 2001, ISBN 80-7013-323-6.

Hodnocení nutričního stavu – Nutritional risk screening (NRS)

Je BMI (kg/m ²) pod 20,5?	ANO	NE
Zhubl pacient za poslední 3 měsíce?	ANO	NE
Omezil pacient příjem stravy v posledním týdnu?	ANO	NE
Je pacient závažně nemocen (např. intenzivní péče)?	ANO	NE

Hodnocení:

Jsou-li všechny odpovědi NE, opakujte hodnocení 1x týdně.

Je-li jedna odpověď ANO, zavolejte nutričního specialistu.

Zdroj: GROFOVÁ, Z. *Nutriční podpora – praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1868-2.

Příloha 4 – Glasgow coma scale

12.11.2015

Glasgow coma scale

Hodnocený parametr	Reakce	Body
Otevření očí	Spontánně otevřené	4
	Na slovní výzvu	3
	Na bolestivý podnět	2
	Oči neotevře	1
Slovní odpověď	Přiléhavá	5
	Zmatená	4
	Jednotlivá slova	3
	Hlášky, sténání	2
	Neodpovídá	1
Motorická odpověď	Pohyb podle výzvy	6
	Na bolestivý podnět účelný pohyb	5
	Na bolestivý podnět obranný pohyb	4
	Na bolestivý podnět jen flexe	3
	Na bolestivý podnět jen extenze	2
	Na bolestivý podnět nereaguje	1

Hodnocení: 15/15.

15 bodů pacient při plném vědomí

3 body pacient v hlubokém bezvědomí

Zdroj: NEUWIRTH, J. *Sledování a hodnocení fyziologických funkcí*. In: KOLEKTIV AUTORŮ *Základy ošetřování nemocných*. Praha: Karolinum, 2005, s. 46-56. ISBN 80-246-0854-6.

Příloha 5 – Stupnice pádu dle Morse

17.11.2015
20.11.2015

Stupnice pádu Morse - česká verze (MFS-CZ)

	Položka			Skóre
1.	Pád v anamnéze	<input checked="" type="radio"/> Ne <input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 25	
2.	Přidružená diagnóza	<input type="radio"/> Ne <input checked="" type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 15	
3.	Pomůcky k chůzi žádné/klid na lůžku/pomoc sestry berle/hůl/chodítka nábytek		<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 15 <input type="radio"/> 30	
4.	Intravenózní terapie/zátka z fyziologického roztoku	<input checked="" type="radio"/> Ne <input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 20	
5.	Chůze normální/klid na lůžku/vozik chabá narušená		<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 20	
6.	Psychický stav orientovaný ve vlastních schopnostech přeceňuje se/zapomíná na svá omezení		<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 15	

<p>Celkové skóre 15</p> <p>0 není riziko pádu <u>< 25 - nízké riziko</u> 25-45 - střední riziko > 45 - vysoké riziko</p>
--

© Morse, J. M. *Preventing Patient Falls*. 2nd Edition. New York: Springer Publishing Company, 2008. Český překlad: PhDr. Renáta Zeleníková, PhD., a doc. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D., Ústav ošetrovatelství a porodní asistence, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita (2014).

18.11.2015
- O. postupační den

Stupnice pádu Morse - česká verze (MFS-CZ)

	Položka			Skóre
1.	Pád v anamnéze	<input checked="" type="radio"/> Ne <input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> 0 25	
2.	Přidružená diagnóza	<input type="radio"/> Ne <input checked="" type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> 15	
3.	Pomůcky k chůzi žádné/klid na lůžku/pomoc sestry berle/hůl/chodítka nábytek		<input type="radio"/> 0 15 30	
4.	Intravenózní terapie/zátka z fyziologického roztoku	<input type="radio"/> Ne <input checked="" type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> 20	
5.	Chůze normální/klid na lůžku/vozik chabá narušená		<input type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> 10 20	
6.	Psychický stav orientovaný ve vlastních schopnostech přeceňuje se/zapomíná na svá omezení		<input type="radio"/> 0 15	

Celkové skóre **45 b.**

0 není riziko pádu
<25 nízké riziko
25-45 střední riziko
>45 vysoké riziko

© Morse, J. M. *Preventing Patient Falls*. 2nd Edition. New York: Springer Publishing Company, 2008. Český překlad: PhDr. Renáta Zeleníková, PhD., a doc. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D., Ústav ošetřovatelství a porodní asistence, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita (2014).

19.11.2015
- 1. pooperační den

Stupnice pádu Morse - česká verze (MFS-CZ)

	Položka			Skóre
1.	Pád v anamnéze	<input checked="" type="radio"/> Ne <input type="radio"/> Ano	<input type="radio"/> 0 25	
2.	Přidružená diagnóza	<input type="radio"/> Ne <input checked="" type="radio"/> Ano	0 <input type="radio"/> 15	
3.	Pomůcky k chůzi žádné/klid na lůžku/pomoc sestry berle/hůl/chodítka nábytek		<input type="radio"/> 0 15 30	
4.	Intravenózní terapie/zátka z fyziologického roztoku	<input type="radio"/> Ne <input checked="" type="radio"/> Ano	0 <input type="radio"/> 20	
5.	Chůze normální/klid na lůžku/vozik chabá narušená		<input type="radio"/> 0 10 20	
6.	Psychický stav orientovaný ve vlastních schopnostech přeceňuje se/zapomíná na svá omezení		<input type="radio"/> 0 15	

Celkové skóre **35 b.**

0 není riziko pádu
< 25 nízké riziko
25-45 střední riziko
> 45 vysoké riziko

© Morse, J. M. *Preventing Patient Falls*. 2nd Edition. New York: Springer Publishing Company, 2008. Český překlad: PhDr. Renáta Zeleníková, Ph.D., a doc. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D., Ústav ošetrovatelství a porodní asistence, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita (2014).

Příloha 6 – Edukační materiály – dieta



Krajská nemocnice Liberec, a.s.

pooperační úprava diety po sleeve resekci, plikaci a gastrickém bypasu

Pooperační režim vyžaduje přísnou úpravu diety, předejdete tak hromadě komplikací.

V prvních dvou týdnech je požadována přísně tekutá dieta, kdy konzistence potravy nesmí přesáhnout konzistenci jogurtového mléka. Současně s tím je kladen důraz na velmi opatrný příjem, kdy je nutno potravu polykat po jednotlivých doušcích s 3-5 minutovými přestávkami. Stejný režim je nutno dodržovat i pro pitný režim, je proto možné s určitou nadsázkou říci, že v prvních 2-3 týdnech se pacient musí naučit celý den stravu pouze ucucávat.

Jídlo se míxuje a ředí netučným (nízkotučným) mlékem, vývarem, šťávou.

Pitekuté stravy – vývar, čaj, neperlivé neslazené nápoje, ovocné a zeleninové šťávy, jogurty ředěné nízkotučným mlékem.

V průběhu druhých dvou týdnů se konzistence potravy zahušťuje na kašovitou (jogurty, přesnídávky, krupicová kaše,...).

Vhodné potraviny jsou: Bílkovinného charakteru: mixovaná masa (ryba, drůbež, vepřové,...) vajíčka, mléčné výrobky (nízkotučný čerstvý sýr cottage, netučné mléko, jogurty neslazené, nízkotučné...) Dále lze konzumovat potraviny nejen bílkovinné: ovocná šťáva jablčná, banán, brambory, ovoce a zelenina bez semínek a tvrdých obalových částí, pudíng bez cukru, želatina...

Po měsíci pacienti mohou zkusit standardně připravenou dietu, avšak s preferencí křehčích potravin, které lze dokonale rozžvýkat. Ve výsledku je potom denní příjem potravy rozdělen do cca 5-6 či 7 malých dávek, které by neměly přesáhnout množství 100ml(g).

Budete muset omezit množství přijímané naráz!

Vhodná: Vysokoproteinová a nízkotučná jídla - ryby (když v konzervách, tak ne v oleji, ale ve slastní šťávě), libové maso. Úprava masa by měla být zejména vaření, pečení, nebo grilování. Vajíčka a vaječný bílek, skakoun či shmaky. Netučné, nízkotučné a polotučné mléko (1,5% tuku) a mléčné výrobky neslazené. Tofu, soja...

Mezi vhodná jídla patří i ovoce a zelenina (konzervovaná, neslazená nebo čerstvá, mražená i vařená), pečivo z počátku spíše světlé.

První 3 měsíce od operace stravu šetřící! Po 2-3 měsících dle snášenlivosti přidávat bílkovinu luštěnin, rozšířit o větší sortiment zeleniny, světlé pečivo vystřídat za celozrnné a žitné. Konzumovat především složené sacharidy a kvalitní bílkovinné zdroje.

Pitný režim

Vhodné si pravidelný příjem hlídat, nejlépe pít v průběhu celého dne cca 1,5-2 litry, popíjet s 10minutovými intervaly, tak aby i v teplejších měsících měl organismus dostatek tekutin (2-3L) a nebyl dehydratován. Lépe se vyhýbat nápojům: syceným a slazeným. Vhodné: Voda, čaje, ovocné a zeleninové šťávy, nesyčené minerální vody.

Vzhledem k minimálnímu objemu potravy je doporučováno paušálně dietu doplňovat multi-vitaminovými preparáty se stopovými prvky jako prevenci jejich karence.

U Gastrického bypasu musí být kladen větší důraz na substituci vitaminů a stopových prvků, zejména vitamínu B12 a železa.

Vypracováno v Turnově dne 15.12.2011
Upraveno 28.5.2015

Michaela Polívková, DiS.
tel.: 777 481 842

Některá jídla se Vám možná budou jíst obtížně. Budete muset potravu rozzvíkat pečlivěji než před operací. Někomu zpočátku trvale může dělat problém maso, tvrdší lepivá rýže nebo chleba, rohlík, či jiné pečivo, které se může po zvlhnutí zformovat do gumovité hmoty.

Mějte na paměti! Ani po operaci neexistuje rychlé řešení Vaší nadváhy a výsledky hubnutí závisí pouze na Vaší schopnosti dodržovat doporučení ohledně stravy a pohybu.

Příklad jídelníčků

Tekutá kašovitá

Sn: (maximálně 80-100ml) jogurtového mléka
Př: (maximálně 80-100ml) ředěné ovocné pyré
OB: (maximálně 80-100ml) krémová polévka bez tuhých kousků
Sv: (maximálně 80-100ml) ředěné zeleninové pyré
Več: (maximálně 80-100ml) odstředěného nebo polotučného mléka
II.več: (maximálně 80-100ml) (2 lžičky) rozmixovaného vařeného masa ředěného vývarem

Kašovitá strava

Sn: (maximálně 80-100ml) jogurtového mléka
Př: (maximálně 80-100ml) ovocné pyré
OB: (maximálně 80-100ml) (2-3 lžičky) Bramborové kaše
Sv: (maximálně 80-100ml) zeleninové pyré
Več: (maximálně 80-100ml) (2 lžičky) rozmixovaného vařeného masa ředěného vývarem
II.več: (maximálně 80-100ml) odstředěného nebo polotučného mléka

Pevná (Tuhá) strava

1.den

Sn: půl krajíce chleba (20-25g), 1-2 plátky (20-50g) dušené libové šunky
Př: 100ml jogurt
OB: 100ml (2-3 lžičky) Bramborové kaše
Sv: 100ml (2-3 lžičky) ovocný kompot
Več: 100g (2-3 sousta) rybí filé dušené
II.več: 100g 3-4 plátky sýr eidam 30% tuku v sušíně

2.den

Sn: čtvrt rohlíku (20-25g), 20-30g nízkotučného taveného sýra
Př: 100g vařené brokolice
OB: 100ml (2-3 lžičky) Rýžové kaše
Sv: 100g (2-3 lžičky) rajčatového salátu
Več: 100ml (2-3 sousta) rozmixované vařené kuřecí maso
II.več: 100ml sýr cottage do 20% t.v.s.

3.den

Sn: čtvrt housky (20-25g), 1ks míchaného vejce
Př: 100ml jogurt
OB: 70g špaget, 20g (2-3 lžičky) boloňská omáčka
Sv: 100ml (2-3 lžičky) okurkový salát
Več: 100g (3-4 sousta) grilovaná ryba
II.več: 100g dušená zelenina

Vypracováno v Turnově dne 15.12.2011
Upraveno 28.5.2015

Michaela Polívková, DiS.
tel.: 777 481 842