

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S EXTRÉMNÍ OBEZITOU

Bakalářská práce

JITKA VAŘÁKOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 2011-03-31

Praha 2011



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

VAŘÁKOVÁ Jitka
3. A VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 15. 4. 2010 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelská péče o pacienta s extrémní obezitou

Nursing Care of the Patient with Extreme Obesity

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Hlinovská

V Praze dne: 29. 10. 2010

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a veškeré zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury dle platných norem. Zároveň souhlasím s použitím bakalářské práce pro studijní účely školy.

V Praze dne

Podpis

ABSTRAKT

VAŘÁKOVÁ, Jitka. *Ošetrovatelská péče o pacienta s extrémní obezitou*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD., Praha, 2011. s. 72.

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče o pacienta s extrémní obezitou. Teoretická část práce charakterizuje prvopočátky obezity, tedy historii, definici obezity, její diagnostiku, léčbu, komplikace i prevenci. Praktická část bakalářské práce je věnována kazuistice pacientky s extrémní obezitou, ošetrovatelskému procesu, který je nezbytný pro zhodnocení stavu pacienta, vytyčení plánů na posouzení potřeb a poskytnutí konkrétní ošetrovatelské péče. Cílem praktické části je zhodnocení pacientčina zdravotního stavu, zjištění skutečných nebo potencionálních problémů v péči o zdraví a realizace konkrétní ošetrovatelské péče v uspokojování potřeb pacientky. Velmi důležité je pohlížet na každého pacienta jako jednotlivce, brát ho celistvě, tzn. holisticky. Obezita je celosvětový společenský problém, o kterém je potřeba neustále hovořit a jeho aktualizacemi a zveřejňováním nových informací vést populaci ke snížení nadměrné hmotnosti a zlepšení kvality života.

Klíčová slova: Obezita. Ošetrovatelská péče. Ošetrovatelský proces. Všeobecná sestra.

ABSTRAKT

VAŘÁKOVÁ, Jitka. *Nursing Care of a Patient with Extreme Obesity*. Nursing College, o.p.s., degree: bachelor. Tutor: PhDr. Jana Hlinovská, PhD., Prague, 2011. 72 pages.

The main topic of my bachelor thesis is nursing care of a patient with extreme obesity. The theoretical part of the thesis characterizes the origins of obesity, history, definition of obesity, its diagnosis, treatment, complication and also prevention. The practical part of the bachelor thesis is devoted casuistry of the female patient with extreme obesity, the nursing process which is the essential to evaluate patient's state, determined plan to access needs and provide the specific nursing care. The purpose of the practical part is to evaluate patient's health, find out actual and potential problems in care of health and evaluate specific nursing care to meet patient's needs. It is very important to look at each patient as an individual, accept the patient as a whole called holistically. Obesity is global social problem. That's why it's necessary to discuss always about this issue, its data recovery and new information for populations to reduce excess weight and improve quality of life.

Key words: Obesity. Nursing Care. Nursing Process. General Nurse.

PŘEDMLUVA

„Zdraví není vším, ale bez zdraví je všechno ničím.“

Arthur Schopenhauer

Bakalářskou práci na téma extrémní obezita jsem si zvolila, jelikož jsem po dobu studia na vysoké škole absolvovala praxi a klinická cvičení na akreditovaných klinických pracovištích a ambulancích v Praze a Brně, kde jsem se velmi často setkala s výskytem této diagnózy. Jedná se o celosvětový problém a předpokládá se, že pacientů s otlostí a obezitou bude i nadále přibývat. Domnívám se, že pacienti v nemocnicích potřebují zdravotnickou a ošetrovatelskou péči, která zohledňuje jejich hmotnost.

V praktické části jsem použila k vypracování systematické zhodnocení Funkčního modelu zdraví dle M. Gordonové u dospělého pacienta. Tento model jsem si vybrala proto, že se na problémy pacientky hodil, a po dobu studia na vysoké škole jsem s ním často pracovala. V práci se budu zabývat ošetrovatelskou péčí u pacientky, která byla přijata k laparoskopické bandáži žaludku.

Obezita je charakterizována zmnožením tělesné tukové tkáně v organismu nad určitou optimální mez. Její výskyt neustále rapidně stoupá. Zdravotní rizika obezity můžeme rozdělit do dvou skupin, a to jak na mechanické komplikace, kam můžeme zařadit například bolesti v zádech, otoky, celulitidu, poruchy hojení ran, tak na metabolické komplikace, kde patří například DM 2. typu, hyperlipoproteinemie, ICHS, některé nádory nebo hypertenze (MÜLLEROVÁ, 2010). Sestry by se proto měly snažit o co největší možnou edukaci otlých pacientů, poskytnutí dostatečně srozumitelných informací a kontaktů na specializovaná centra a zařízení, která se zabývající léčbou obezity.

Práce je určena především všeobecným sestřám, porodním asistentkám v péči o matku a dítě, všem lékařským i nelékařským zdravotnickým pracovníkům, dietním sestřám a specialistům na obezitu a výživu. Na své si zde ale přijde i široká veřejnost. Laici i pacienti, zde mohou najít podnětné rady a informace v přístupu k onemocnění,

zdravému životnímu stylu a v neposlední řadě i léčbě obezity, a tyto využít a aplikovat ve svém životě.

Cílem bakalářské práce je poukázat na to, jaké důsledky a komplikace mohou vyplynout z extrémní obezity, pokud ji člověk nezačne včas léčit. Poskytnout dostatek informací o dané problematice.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucí bakalářské práce PhDr. Janě Hlinovské, PhD. za pedagogické usměrnění, podnětné rady a podporu, kterou mi poskytla při vypracovávání bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD.....	13
TEORETICKÁ ČÁST.....	14
1 CHARAKTERISTIKA.....	15
1.1 Historie obezity.....	16
1.1.1 Obezitologie v České republice.....	17
1.2 Rozdělení obezity.....	18
1.3 Prevalence.....	19
1.4 Příčiny a příznaky obezity.....	20
1.5 Rizikové faktory.....	22
1.6 Komplikace.....	23
1.7 Prevence.....	24
2 VYŠETŘOVACÍ METODY.....	25
2.1 Anamnéza.....	25
2.2 Fyzikální vyšetření.....	27
2.3 Laboratorní vyšetření.....	27
2.4 Hmotnostní index.....	28
2.5 Metody stanovení složení těla a rozložení tukové tkáně.....	29
3 LÉČBA.....	30
3.1 Konzervativní léčba.....	30
3.1.1 Farmakologická léčba.....	30
3.1.2 Dietoterapie.....	31
3.1.3 Fyzická aktivita.....	31
3.1.4 Psychoterapie.....	32
3.2 Chirurgická léčba.....	33
3.2.1 Typy bariatrických operací.....	33
4 TEORIE OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU.....	34
4.1 Ošetřovatelství.....	34
4.1.1 Prevence a zdraví.....	35
4.2 Ošetřovatelský proces.....	37
5 KAZUISTIKA PACIENTKY S EXTRÉMNÍ OBEZITOU.....	39
5.1 Systémové zhodnocení podle koncepčního modelu M. Gordonové.....	42
5.2 Ošetřovatelské diagnózy podle kapesního průvodce zdravotní sestry.....	50
5.2.1 Výživa porušená, nadměrná v souvislosti s vysokým energetickým příjmem a nízkým energetickým výdejem projevující se vysokou tělesnou hmotností, zvýšeným množstvím podkožního tuku a hodnotou BMI 44 ..	51

5.2.2	Obraz těla porušený v souvislosti s poruchou vnímání vlastního těla projevující se častým sledováním tělesných proporcí v zrcadle, mimikou v obličeji, uzavíráním se do sebe, straněním se společnosti.....	54
5.2.3	Bolest chronická v souvislosti s dlouhodobým přetěžováním kloubů projevující se omezenou hybností pacientky, omezením rozsahu hybnosti, mimikou a verbalizací	56
5.2.4	Pohyblivost porušená v souvislosti s vysokou tělesnou hmotností pacientky a bolestmi kloubů a sníženou svalovou silou projevující se omezeným rozsahem kloubu, pomalou chůzí a verbalizací	58
5.2.5	Spánek porušený v souvislosti se zvýšeným výskytem rušivých elementů (hluk, světlo, spolupacienti) a změnou prostředí projevující se nemožností usnout, kruhy pod očima, podrážděním pacientky, pospáváním přes den a verbalizací	60
5.2.6	Strach v souvislosti s nejistým výsledkem chirurgické léčby projevující se zrychleným pulzem, roztěkaností, plačtivostí, mimikou, nesoustředěností, opakovaným ptáním se na již sdělené informace	62
5.2.7	Infekce, riziko vzniku v souvislosti se zavedením periferního žilního katetru (PŽK)	64
6	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	65
	ZÁVĚR	66
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	67
	SEZNAM PŘÍLOH	69

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AIM	akutní infarkt myokardu
BIA	bioelektrická impedance
BMI	body mass index
BMI chirurgie	bariatrická miniinvazivní chirurgie
CA	celková anestézie
CMP	cévní mozková příhoda
DM	diabetes mellitus
GFS	gastrofibroskopie
HDL cholesterol	high density lipoprotein
ICHS	ischemická chronická insuficience
PŽK	periferní žilní katetr
STOB	stop obezitě
TBC	tuberkulóza
TSH	thyreotropní hormon štítné žlázy
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Adipocyty - tukové buňky

Adipokiny - látky tvořené tukovými buňkami

Anastomóza - přirozené nebo umělé propojení dutých orgánů lidského těla

Angina pectoris - nedokrevnost srdečního svalu

Androidní obezita - typ obezity u mužů, kdy se ukládá tuk v oblasti břicha

Antiobezitika - léky ke snižování hmotnosti

Antropometrie - diagnostická metoda stanovující tukovou tkáň v těle

Arteriální hypertenze - zvýšený krevní tlak v cévním řečišti

Arterioskleróza - dlouhodobý proces postihující stěnu tepen vedoucí k postupnému až úplnému uzavření průsvitu tepen

Artróza - onemocnění kloubů

Bronchogenní karcinom - zhoubný nádor vycházející z průdušek (bronchů)

Compliance - spolupráce

Crista illiaca - hřeben kyčelní

Cushingův syndrom - endokrinní onemocnění způsobené vysokou hladinou kortizolu

Dietoterapie - léčba dietou

Difuzní obezita - vrozená, geneticky nebo hormonálně podmíněná

Disinhibice - extrémní, neúměrná ztráta zábran

Dislipidémie - snížené množství tuků

Dna - chronické onemocnění vyznačující se zvýšeným množstvím kyseliny močové ve tkáních těla

Endokrinopatie - onemocnění žláz s vnitřní sekrecí

Gastroplastika - operace na žaludku

Gestační diabetes - těhotenská cukrovka

Gynoidní obezita - typ obezity u žen, kdy se tuk ukládá v oblasti boků

Hepar - játra

Hirsutismus - nadměrné ochlupení

Holistický pohled - celistvý pohled

Hyperlipoproteinémie - vysoké množství proteinů v krvi

Hypertenze - vysoký krevní tlak

Hypnotika - léky k léčbě nespavosti a poruch usínání

Hypothalamické poruchy - poruchy podvěsku mozkového

Hypothyreóza - snížená funkce štítné žlázy

Cholecystolithiáza - přítomnost žlučových kamenů ve žlučníku nebo ve žlučových cestách.

Chronický absces - dutina vyplněná hnisem obklopená zanícenou tkání

Intertrigo - zánět, vyrážka

In vitro fertilizace - mimotělní oplodnění (ve zkumavce)

Jo - jo efekt - neustále opakující se zvyšování a snižování váhy

Kaliper - přístroj na měření podkožního tuku

Kardiovaskulární komplikace - komplikace postihující srdce a cévy

Kortikoidy - hormony kůry nadledvin

Leptin - bílkovina tvořená v tukových buňkách v tukové tkáni

Lien - slezina

Lipidy - tuky

Menarche - první menstruace

Menopauza - poslední menstruace

Mikronutrient - minerální látky a vitamíny

Mutace genu - náhodné změny ve struktuře DNA = změny genotypu

Nekróza - odúmrtí

Obezita - otylost, nadváha, vyšší příjem energie než její výdej

Prediktor - ukazatel úspěšnosti

Preeklampsie - onemocnění v těhotenství, které vede u ženy k zvýšenému krevnímu tlaku a vylučování bílkovin močí a otokům dolních končetin

Rezistence - odpor

Sacharidy - cukry

Steroidní hormony - mezi ně patří pohlavní hormony

Termoregulace - produkce tepla

Triglyceridy - látky složené z alkoholu, glycerolu a mastných kyselin

Trunkální obezita - tuk se hromadí na trupu

Tumory - nádory

Varixy - křečové žíly

Viscerální tuk - skrytý, orgánový tuk

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Tabulka 1 Kategorie BMI a zdravotní riziko.....	28
Tabulka 2 Vztah délky obvodu pasu a zdravotního rizika.....	29

ÚVOD

V teoretické části bakalářské práce jsem se v jednotlivých kapitolách zaměřila nejprve na charakteristiku samotné obezity, její historický vývoj, na příčiny, příznaky, rizikové faktory, komplikace a v neposlední řadě na prevenci. Dále pak na diagnostiku a léčbu konzervativní i operabilní. V části praktické jsem použila k posouzení zdravotního stavu pacientky systematické zhodnocení Funkčního modelu zdraví dle M. Gordonové.

Téma extrémní obezita jsem zvolila z toho důvodu, jelikož se domnívám, že se jedná nejen o závažný medicínský problém jednotlivce, ale i o globální a ekonomický problém. Podle WHO je obezita charakterizována jako nadměrné množství tuku. Principiálně jde o vyšší příjem energie, než je její výdej. Obezitu můžeme rovněž přirovnat k sociální nákaze, která se může šířit společenskými kontakty tak rychle, jako se šíří móda nebo trestná činnost. Jedná se o chronické onemocnění, které přispívá k řadě komplikací zdravotního stavu, pokud se včas neléčí. Můžeme ji tedy považovat za tzv. civilizační chorobu. Obezita postihuje především více ženy a to typem gynoidním (tuk se ukládá více v oblasti boků, typ hruška), ale ani muži nejsou ve výskytu obezity výjimkou. U nich ovšem převládá typ androidní, kdy se tuk ukládá především v oblasti břicha (typ jablko), a je z hlediska vzniku kardiovaskulárních onemocnění závažnější (VOKURKA et al., 2004). Obezita ovlivňuje všechny oblasti pacientova života. Takový pacient pocítuje omezení v rodinném, pracovním a významně ve společenském životě.

Navzdory mnoha informacím o této chorobě je obezita stále velmi podceňovaným onemocněním. Vzhledem k této skutečnosti je cíl práce zaměřen na důsledky a komplikace, které mohou vyplynout z extrémní obezity, pokud ji člověk nezačne včas léčit, a na poskytnutí dostatku informací o dané problematice. Dále klade důraz na zdravý životní styl, dodržování dietního opatření, které nám pomáhá snížit zdravotní rizika a komplikace týkající se nejen obezity, ale i přidružených onemocnění. Nebudme neohleduplní ke svému zdraví. Važme si ho dříve, než o něj přijdeme.

TEORETICKÁ ČÁST

1 CHARAKTERISTIKA

V mnoha publikacích dnes nacházíme různé definice obezity lišící se mírnými odchylkami díky neustálému vývoji vědy a medicíny. Avšak v základě se shodují na tom, že obezita, nebo-li otylost, „je nadměrné hromadění energetických zásob v podobě tuku, nadměrná tělesná hmotnost.“ (VOKURKA et al., 2004, s. 613).

Müllerová definuje obezitu jako chorobu, která je „charakterizovaná množením tělesné tukové tkáně v organismu nad určitou optimální mez. Na jedné straně zatěžuje mechanicky svou hmotností celkový statistický a dynamický aparát člověka a brání plnému nádechu, na straně druhé zhoršuje své vlastní fyziologické funkce. Za horní mez optimálního zastoupení tělesného tuku v organismu se pro dospělého muže považuje hranice 20 % celkové hmotnosti a pro dospělou ženu pak o něco více – 25 % tělesné hmotnosti. Tuková tkáň se zakládá u člověka během nitroděložního vývoje. Z hlediska struktury a funkcí se rozlišuje tzv. hnědá tuková tkáň, jejíž funkcí je hlavně produkce tepla (termogeneze), a tzv. bílá tuková tkáň, která je kromě funkce tepelného a mechanického izolátoru především zásobárnou energie. Endokrinní funkci tukové tkáně představuje nejen tvorba estrogenů z prekurzorů, ale také ovlivňování funkce dalších steroidních hormonů podílením se na jejich aktivaci a degradaci, dále produkce leptinu a adiponektinu, hormonů produkovaných adipocyty, tedy buňkami bílé tukové tkáně.“ (MÜLLEROVÁ et al., 2009, s. 17).

1.1 Historie obezity

Obezita je jedno z nejzávažnějších chronických onemocnění, se kterým se lidstvo potýká již od prehistorických dob. Živým důkazem jsou nalezené sošky Venuše již před 25 000 lety, které zobrazují gynoidně dysplastickou či abdominální obezitu s velkým poprsím jako symbol plodnosti a hojnosti. Už Hippokrates poukazuje na potíže související s obezitou jako je například častější výskyt menstruačních poruch a neplodností u obézních žen. Za optimální léčbu považuje namáhavou práci před jídlem. Ve starém Římě Galén, který je považován za vůdčí osobnost v medicíně, dělí otylost na přiměřenou a morbidní a úspěch léčby spatřuje ve větším množství jídla méně výživné hodnoty, rychlým během, masáží, koupelemi. V arabském lékařství, jehož hlavním představitelem je Avicenna, jsou doporučovány čtyři principy v redukčním režimu:

- jíst objemná, ale nepřiliš vydatná jídla
- zajistit urychlenou pasáž potravy žaludkem a střevy
- před jídlem se ponořit do koupele
- věnovat se usilovně cvičení

Thomas Short se v roce 1727 zamýšlí nad vznikem obezity a v jeho závěrech týkající se léčby preferuje v potravě především maso ryb, dále klade důraz na aktivitu a cvičení (HAINER et al., 2004).

1.1.1 Obezitologie v České republice

Prof. Thomayer, zakladatel českého vnitřního lékařství v roce 1893 charakterizuje obezitu. Před téměř 80 lety popisuje Prof. Josef Charvát redukční dietu, která se stala moderně koncipovanou dietoterapií obezity té doby. Začínají vznikat centra klinického výzkumu a léčby otylosti. Poprvé na III. interní klinice 1. LF UK v Praze pod vedením Prof. Šonky, kde mimo jiné působí Doc. Sucharda, Doc. Svačina, a dále pak vznikají centra v Ostravě (Prof. Doleček). V roce 1987 vzniká na IV. interní klinice první obezitologická jednotka u nás, která se může chlubit specializovanou vyšetřovnou a vlastní lůžkovou bází pro léčbu těžších a komplikovaných případů obezity. Další obezitologická centra vznikají v devadesátých letech v Brně, Hradci Králové, Ostravě a Plzni. PhDr. Iva Málková začala v roce 1981 organizovat kurzy v klubech STOB (Stop obezitě), což neméně přispělo k rozvoji v léčbě otylosti (HAINER et al., 2004).

1.2 Rozdělení obezity

Obezitu můžeme rozdělit na:

Primární nebo – li prostou – při jejím vzniku se kombinují predispozice genetické a faktory získané včetně vlivů psychických a sociálních, dále je to způsob výživy a raném dětství. Při posouzení vnějších faktorů je třeba posoudit vzdělání nemocného, fyzickou aktivitu, vliv okolí, reakci na stres apod. Pro posouzení genetického vlivu na obezitu je vhodné zmapovat výskyt obezity a diabetu v rodině. „Z patogenetického hlediska můžeme konstatovat, že podíl genetických (vnitřních, resp. metabolických) faktorů a faktorů vnějších (psychologických, vzdělání, přejídání, omezení pohybu apod.) je přibližně 1:1.“ (SVAČINA et al., 2006, s. 105).

Sekundární obezita doprovází některé endokrinopatie a hypothalamické poruchy, které zasahují do lipidového a energetického metabolismu a do centrální regulace příjmu potravy, např. Cushingův syndrom (MÜLLEROVÁ et al., 2009).

„Klasifikace na androidní a gynoidní obezitu je nejdůležitější specifikací v obezitologii.“ (SVAČINA et al., 2006, s. 105).

Androidní (tzv. mužský) typ obezity je charakterizován centrální kumulací tuku – kumulace tuku v oblasti břicha, resp. hromadění viscerálního tuku a ukládání tuku v buňkách nitrobřišních orgánů (játra, slinivka břišní, ale z pohledu rozvoje rezistence na inzulin je podstatné též zvýšené ukládání tuku do nitra buněk příčně pruhovaných svalů na periférii) s nepříznivým ovlivněním jejich funkce (MÜLLEROVÁ et al., 2009).

Gynoidní (tzv. ženský) typ obezity je též označován jako typ „hruška“ a ke kumulaci podkožního tuku dochází v oblasti boků a stehen. Je příznačnější pro ženy (VOKURKA et al., 2004).

Zelenková k rozdělení obezity na primární, sekundární, androidní a gynoidní ještě dodává dělení na trunkální typ obezity, kdy se tuk hromadí na trupu a dále pak na difuzní typ obezity, který bývá vrozený, geneticky nebo hormonálně podmíněný (ZELENKOVÁ et al., 2002).

1.3 Prevalence

Prevalence obezity není nijak zvlášť potěšující. Dochází k neustálému a nezadržitelnému nárůstu tohoto onemocnění, které sebou přináší nejen zdravotní rizika a komplikace, ale je to také velká finanční zátěž pro jednotlivce v návaznosti na jeho farmakologickou, chirurgickou léčbu, dietoterapii a další.

„V současné době je prokázáno, že rychlost nárůstu nadváhy a obezity v populaci je celosvětově alarmující. Jedná se o globální epidemii (tzv. pandemii) obezity, kdy epidemií obezity jsou postiženy nejen rozvinuté, ale již i rozvojové země ve všech osídlených kontinentech. Podle údajů Světové Zdravotnické Organizace (SZO) se prevalence obezity v posledních dvaceti letech téměř ztrojnásobila. Polovina dospělých a každé páté dítě v evropském regionu má nadváhu; již jedna třetina z nich je skutečně obézních a počet obézních se dále rychle zvyšuje. V České republice je podle výzkumů agentury Stem/Mark při šetření z roku 2008, podporovaném Všeobecnou zdravotní pojišťovnou, zjištěna prevalence obezity u dospělých mužů nad 18 let 23 %, dospělých žen 21 %, nadváhou trpí pak dalších 41 % mužů a 28 % žen.“ (MÜLLEROVÁ et al., 2009, s. 20).

Procenta výskytu obezity v současnosti se od minulých let odlišují, avšak to neznamená, že by došlo k rapidnímu poklesu výskytu tohoto globálního onemocnění. „Asi 66% mužů a 54% žen ve věku 20- 64 let trpí v České republice nadváhou. Jejich BMI se pohybuje nad 25. Jedinců s BMI nad 30 je 16,3% mužů a 20,2% žen.“ (GAJDÁSCOVÁ, 2010, s. 69).

1.4 Příčiny a příznaky obezity

Mezi nejčastější příčiny obezity patří:

- poruchy stravování, kdy v nadměrné míře požíváme zejména sacharidy
- hladovíme, nebo během dne sníme pouze jedno vydatnější jídlo. Obrovský problém je i to, když večer přijdeme z práce a začneme večer „dietně“ jíst, popřípadě „mlsat“, popijíme a sedíme u televize, přejídáme se
- nepoměr mezi příjmem a výdejem energie. Přičemž přísun energie je větší než její výdej. Pokud tedy nebudeme dodržovat určitá pravidla o zachování hmoty a energie při držení diet, náš organismus to pozná a nedá se nikterak ošálit

Dále pak hraje roli

- rodinný způsob života a jeho zvyklosti
- kultura (výběr a množství potravy)
- sedavý způsob života (GAJDÁSCOVÁ, 2010).

V neposlední řadě sem patří:

- období puberty
- těhotenství a období po porodu
- klimakterium
- zanechání kouření, sportu
- nadměrná konzumace alkoholu
- stres
- léčba steroidními hormony (kortikoidy, pohlavní hormony)
- antiandrogenní léčba (MÜLLEROVÁ et al., 2009).

Samozřejmě i genetika se svými faktory podílí na vzniku obezity. Každý máme určité geny, které ovlivňují příjem potravy, energetický výdej, základní metabolismus preference potravin, velikost sněžených porcím jídelní chování - sklony k přejídání, nočnímu přejídání, vztah ke cvičení a pohybovou aktivitu (HAINEROVÁ, 2007).

„Je známo více jak 600 genů, které jsou spojeny s obezitou. Tyto geny rozhodují o tom, zda lépe či hůře spalujeme tuky, jaký je náš energetický výdej, jestli máme sklon k porušenému jídelnímu chování apod. Mutace genu se vyznačuje častým vznikem obezity a obvykle i vyšším stupněm závažnosti.“ (HAINEROVÁ, 2007, s. 21 – 22).

Mezi nejčastější příznaky obezity patří vysoká hodnota BMI, vysoká tělesná hmotnost, naměřené vysoké hodnoty tělesného tuku a obvodu pasu. Je nutné zjistit, za jakých podmínek nastal váhový úbytek, zda to bylo při zvýšené chuti k jídlu nebo při sníženém příjmu potravy. Velký váhový úbytek bývá způsoben zejména bronchogenním karcinomem, tuberkulózou nebo intersticiálními plicními procesy - chronický absces, TBC, tumory (MAREK et al., 2001).

1.5 Rizikové faktory

Existuje mnoho rizikových faktorů, které se významně podílejí na vzniku obezity. Za rizikové momenty v životě ženy jsou považovány období puberty, těhotenství a období po porodu, klimakterium, zanechání kouření, zanechání sportu, omezení hybnosti ze zdravotních důvodů, při chronickém psychogenním stresu, při změně zaměstnání, s přechodem na střídavé pracovní směny. Při léčbě steroidními hormony, tj. kortikoidy nebo pohlavními hormony, ať už podávanými jako hormonální antikoncepce, substituce, či příprava před in vitro fertilizací v podobě „hormonálních koktejlů“. U mužů dochází k nárůstu hmotnosti zpravidla pravidelnou konzumací alkoholu, uzenin a dalších velmi kaloricky bohatých, ovšem nutričně chudých potravin a antiandrogenní léčbou (MÜLLEROVÁ et al., 2009).

1.6 Komplikace

Komplikace obezity můžeme rozdělit na mechanické a metabolické.

Mechanické komplikace

- bolest v zádech, častější úrazy, stresová inkontinence, intertrigo, otoky a celulitida, poruchy hojení ran, dušnost a selhání dechu, spánková apnoe, varixy, artrózy, pocení

Metabolické komplikace

- inzulinová rezistence, DM 2. typu a poruchy glukózové tolerance, hyperlipoproteinémie, ischemická choroba srdeční (ICHS), cholecystolithiáza, hirsutismus, některé nádory, neplodnost, poruchy menstruačního cyklu, hypertenze (MÜLLEROVÁ et al., 2009).

Dále pak sem patří cévní mozková příhoda (CMP), varixy, nízká hladina HDL cholesterolu, zvýšená hladina triglyceridů a kyseliny močové, gynekologické obtíže, brániční kýla, nádory jako jsou karcinom prsu, dělohy, prostaty, tlustého střeva, plísňové onemocnění, strie, celulitida, otoky, pomalejší hojení ran (GAJDÁSCOVÁ, 2010).

1.7 Prevence

Mezi nejzákladnější všeobecná preventivní opatření patří:

- zvýšit pohybovou aktivitu
- omezení sacharidů v potravě
- omezení živočišných tuků
- vynechání vysoce kalorických a energeticky bohatých potravin
- jíst více jídel za den v malých porcích
- dodržování dietních opatření
- dostatečná informovanost o obezitě

Je velmi důležité zvýšit pohybovou aktivitu, tělesný pohyb u osob s nadváhou i těch obézních. Jelikož se to pozitivně promítá do prevalence obezity a jedinci s vyšší pohybovou aktivitou mají nižší prevalenci obezity a poměr obvodu pas/boky (HAINER et al., 2004).

Prevence obezity záleží jen na nás samotných a naší pevné vůli.

2 VYŠETŘOVACÍ METODY

Pro stanovení typu obezity a určení rizik tohoto onemocnění je nesmírně důležitá diagnostika. „Stanovení diagnózy obezity vychází z hmotnosti těla ve vztahu k výšce. Určení zdravotního rizika spojeného s obezitou usnadňuje stanovení rozložení tukové tkáně změřením obvodu pasu.“ (MÜLLEROVÁ et al., 2009, s. 126). Ale samozřejmě jsou nedílnou součástí vyšetření anamnéza, fyzikální vyšetření, laboratorní vyšetření, stanovení BMI, metody měření složení těla a metody měření podílu tuku v těle.

2.1 Anamnéza

V anamnéze sledujeme především výskyt obezity v rodině, váhové výkyvy (jo - jo efekt), jídelní zvyklosti, kouření, stop kouření, poruchy spánku, léky navozující vznik obezity. Důležité je určit motivaci pacienta k léčbě (HAINER et al., 2004).

„Ke komplexní anamnéze obézního pacienta patří i anamnéza:

a) obezitologická

porodní hmotnost; stav výživy v dětství; s nástupem puberty; vývoj tělesné hmotnosti v dospělosti; okolnosti spojené s rozvojem obezity; rychlost váhových změn; předchozí léčba; eventuální pokusy o váhovou redukci, způsob provedení a dosažený výsledek včetně doby udržení váhové redukce

b) gynekologická

menarche; pravidelnost cyklu; potíže s koncepcí; váhový přírůstek během těhotenství; přítomnost gestačního diabetu; preeklampsie; hmotnost a eventuální vrozené vývojové vady dětí; doba kojení a vývoj hmotnosti po ukončení laktace; užívání hormonální antikoncepce a vývoj hmotnosti s jejím nasazením či změnou; vývoj hmotnosti s nástupem menopauzy

c) andrologická anamnéza u mužů

přítomnost symptomů hypogonadálního syndromu, zejm. erektilní dysfunkce

d) symptomy a komorbidity nemoci

arteriální hypertenze, dislipidemie, DM 2. typu, tromboembolické choroby, CMP, poškození ledvin, jater, onemocnění nosných kloubů, poruchy dýchání; podrobnosti v dosavadní terapii; přítomnost jiných onemocnění a jejich léčba; psychosociální a ekonomické faktory ovlivňující léčbu; choroby či farmakoterapie, u nichž může být obezita sekundárním onemocněním; prodělané operace včetně bariatrických výkonů

e) nutriční anamnéza stravovacích zvyklostí

stávající pravidelnost/nepravidelnost v jídlu; přítomnost snídaní, identifikace hlavního jídla během dne, frekvence jídla během dne; příjem jídla v noci, zda jde o návaznost na noční směnný provoz; chuťové preference; pocity hladu; disinhibice v jídlu; stravovací chování v závislosti na vystavení psychogennímu stresu; dostupnost stravy (z hlediska ekonomického, časového i fyzického); přítomnost potravinových intolerancí, alergií; praktikování specifických diet či alternativních směrů ve výživě

f) nutriční vyšetření

odhad stávajícího energetického a nutričního složení stravy pomocí jedné z níže uvedených metodik či jejich kombinací; metodu 24 hodinového vzpomínaného stravovacího záznamu; metodou několikadenního průběžně zapisovaného stravovacího záznamu s váženými či odhadovanými velikostmi porcí; metodou frekvenčního potravinového dotazníku s určením velikosti obvyklých porcí

g) tříložkový dotazník dle Strunkarda

vyhodnocující skóre restriktce (do jaké míry se pacient omezuje v jídlu), skóre disinhibice (zda nezvládá držet jídelníček) a skóre hladu (do jaké míry trpí hladem)

h) anamnéza fyzické sportovní a pracovní aktivity

identifikace současné úrovně praktikování těchto aktivit pacientem, jejich druh, intenzita, frekvence a trvání

i) anamnéza sociální a motivační“ (MÜLLEROVÁ et al., 2009, s. 134 - 135).

2.2 Fyzikální vyšetření

Nedílnou součástí je i klinické vyšetření, ve kterém je zahrnuto celkové interní vyšetření. Lékař pohledem vyšetřuje typ obezity (androidní, gynoidní), přítomnost strií, poškození kůže. Dále vyšetřuje velikost štítné žlázy, palpačně provádí vyšetření břicha, na dolních končetinách si všímá známek chronické žilní insuficience. Hodnotí také celkové psychomotorické tempo, dušnost, schopnost mobility, soběstačnost, provádí měření krevního tlaku (MÜLLEROVÁ et al., 2009).

2.3 Laboratorní vyšetření

Při vstupním vyšetření je nutno provést odběr venózní krve na biochemické vyšetření, kde stanovujeme hodnoty glykémie, jaterních testů, lipidů, urey, kreatininu, CRP; železa, celkové bílkoviny, TSH. Provádíme také endokrinologické vyšetření, kdy je nutno vyloučit přítomnost Cushingova syndromu. V moči se zaměřujeme na přítomnost bílkoviny (MÜLLEROVÁ et al., 2009).

2.4 Hmotnostní index

Hmotnostní index (body mass index, BMI) se používá jako základní kritérium pro diagnostiku obezity. Vypočítá se z rovnice váha (kg)/výška (m)².

Při stanovování váhy u pacienta je důležité, aby byl svlečen do spodního prádla, bez obuvi a vážení probíhalo na lačno, ráno, vždy ve stejnou dobu. Pacient by měl stát rovně, v klidu, na obou nohách rovnoměrně, aby váha byla rozložena na obě nohy (HAINER et al., 2004).

„Vztah BMI ke zdravotním rizikům obezity je opakovaně diskutován, ale i při posledních rozsáhlých analýzách studií zahrnujících téměř milion vyšetřovaných osob byl potvrzen význam BMI jako prediktoru zvýšeného zdravotního rizika a zvýšené úmrtnosti.“ (MÜLLEROVÁ et al., 2009, s. 127).

Tabulka 1 – Kategorie BMI a zdravotní riziko

BMI	Kategorie	Zdravotní riziko
<18,5	podváha	zvýšené
18,5 – 24,9	normální rozmezí	minimální
25,0 – 29,9	nadváha	zvýšené
30,0 – 34,9	obezita 1. stupně	vysoké
35,0 – 39,9	obezita 2. stupně	vysoké
>40	obezita 3. stupně	velmi vysoké

Zdroj: MÜLLEROVÁ et al., 2009, s. 126

2.5 Metody stanovení složení těla a rozložení tukové tkáně

Ke stanovení složení těla se používá BIA (bioelektrická impedance). Jedná se o metodu, která stanoví obsah tuku v těle výpočtem po změření odporu těla (rezistence). V současné době se používá přístroj Quadscan (Bodystat). Toto měření není zcela přesné, velmi závisí na hydrataci pacienta. Je ale rychlé. Nejdostupnější je měření kožních řas, které je ovšem obtížnější u obézních než u hubených. K měření se používá kaliper (MÜLLEROVÁ et al., 2009).

Hainer považuje za důležitá vyšetření:

- antropometrii, kdy se jedná o metodu, která stanoví tukovou tkáň v těle změřením kožních řas
- obvod pasu/boky a poměr pasu/výška; obvod pasu měříme v polovině vzdálenosti mezi spodním okrajem dolního žebra a crista iliaca v horizontální rovině (HAINER et al., 2004).

Při měření obvodu pasu je linie pasu definovaná ve výši poloviny vzdálenosti, mezi posledními žebry a lopatou kosti kyčelní nebo v místě viditelného pasu (nejušší obvod). Hodnocení je tím obtížnější, čím vyšší stupeň obezity pacient má. Optimální je provádět měření ve stále stejném místě (např. úroveň pupku) (SVAČINA et al., 2006).

Tabulka 2 - Vztah délky obvodu pasu a zdravotního rizika

Pohlaví	Obvod pasu (cm)	Zdravotní riziko
Muži	94 - 102	zvýšené
	>102	vysoké
Ženy	80 - 88	zvýšené
	>88	vysoké

Zdroj: MÜLLEROVÁ et al., 2009, s. 129

3 LÉČBA

„Na léčbě obezity je proto nejtěžší již dosaženou váhovou redukci udržet.“ (MÜLLEROVÁ et al., 2009, s. 139). Ke každému pacientovi je nutno přistupovat holisticky, tzn. celistvě. Pohlížet na jeho osobu ze všech úhlů pohledu. Všimnout si verbální i neverbální komunikace, psychického stavu, komunikace s rodinou a mnoha dalších faktorů. Je tedy zřejmé, že každý pacient potřebuje ve své léčbě určitá specifika. Je nesmírně důležité propojit všechny dostupné složky v léčbě a to jak dietoterapii, fyzickou aktivitu, psychoterapii tak i operabilní léčbu.

3.1 Konzervativní léčba

Nejvýznamnější je dietní léčba jakožto dietoterapie. Samostatně použitá nemá velký význam a je neúspěšná. Je nutno na člověka pohlížet celistvě a spojit tak více léčebných metod najednou: dietoterapii, psychoterapii, fyzickou aktivitu, chirurgickou léčbu a farmakoterapii (SVAČINA et al., 2008).

3.1.1 Farmakologická léčba

„Farmakoterapie obezity je důležitou součástí komplexního přístupu v léčbě obezity. Antiobezitika se nasazují u pacientů, jejichž BMI přesahuje 30 kg/m² a kde komplexní režimová opatření (dietoterapie, psychologická podpora i úprava fyzické aktivity) nebyla dostačující. Za účinnou farmakologickou léčbu se považuje rychlost váhové redukce alespoň 0,5 kg za týden v prvních měsících farmakologické léčby. Farmakoterapie pomáhá pacientům jak při vlastní váhové redukci, tak v udržení compliance k celkové léčbě a režimovým opatřením obezity. Dále snižuje s obezitou svázaná zdravotní rizika a zlepšuje kvalitu života.“ (MÜLLEROVÁ et al., 2009, s. 191). Je ovšem důležité sledovat účinky léků a to jak terapeutické, vedlejší tak toxické.

A v neposlední řadě je nezbytné mít na paměti i alergii na léky (KOZIEROVÁ et al., 1995b).

3.1.2 Dietoterapie

„Věda o výživě je ještě mladá, ale i tak je již jisté, že existuje jen málo nemocí, jimž by vhodná strava nedokázala zabránit, vyléčit je či alespoň učinit snesitelnějšími.“(PAVLÍČKOVÁ, 2010, s. 68). Svačina popisuje, že vliv výživy na tělesnou hmotnost je významnější než vliv pohybové aktivity (SVAČINA et al., 2008). Hainer považuje za optimální úbytek hmotnosti 0,5 kg za týden (HAINER et al., 2004). Na škodu není ani doplnění potravy vitamíny a minerálními látkami - B₂, B₆, B₁₂, C, D, E, kyselina listová, vápník, selen, zinek a hořčík (ZLOCH, 2009).

„Primárním cílem dietoterapie v léčbě obezity je omezení energetického příjmu organismem tak, aby převažoval celkový energetický výdej nad příjmem. Je nesmírně důležité, aby změny ve výživě byly pro pacienta dlouhodobě akceptovatelné a nevedly k návratu nežádoucího stravovacího chování.“ (MÜLLEROVÁ et al., 2009, s. 141).

3.1.3 Fyzická aktivita

Fyzická aktivita je nedílnou součástí léčby obezity. V současné době je podle WHO nedostatečná pohybová aktivita příčinou smrti u téměř dvou milionů lidí ročně. Aktivní životní styl je již dlouhodobě považován za účinnou cestu vedoucí ke snížení rizika chronických chorob oběhového systému, především ischemické choroby srdeční. Nejúčinnějšími opatřeními vedoucí k účinné regulaci tělesné hmotnosti se ukazuje kombinace úpravy stravovacích návyků s omezením tuků a celkového energetického příjmu a pohybové aktivity (MÜLLEROVÁ et al., 2009).

3.1.4 Psychoterapie

„Obezita tak představuje multifaktoriální problém, často s těžkou definovatelnou patogenezi. Proto je důležitý komplexní přístup k pacientovi, který je zároveň individuálním přístupem – respektuje jedinečnost každého konkrétního pacienta.“ (HAINER et. al., 2004, s. 242 – 243). U pacientů se velmi často vyskytují pocity méněcennosti, studu, viny, zloby, pohrdání sebou, uzavírání se do sebe, pesimismus, pasivita. Obezita má nemalý vliv na oblast v intimním životě, osobní pracovní vztahy. Pacienti vnímají obezitu jako handicap, bývají často diskriminováni ze strany společnosti (posměch) (HAINER et al., 2004).

3.2 Chirurgická léčba

Pojem „bariatric“, z řeckého slova „bari“ (těžký), se používá k označení chirurgické léčby. V současnosti je většina výkonů prováděna laparoskopicky. Cílem bariatric je bezpečně a spolehlivě snížit zdravotní rizika extrémní obezity.

3.2.1 Typy bariatrických operací

Bandáž žaludku se provádí v celkové anestézii, laparoskopicky. Jedná se o přiškrcení horní části žaludku tzv. bandáží. Používá se adjustabilní silikonový kroužek, na jehož vnitřní straně je balonek. Jeho objem lze regulovat. Již po prvních soustech jídla dochází k pocitu sytosti. Pacienti nemají pocity nezvladatelného hladu. Za rok po operaci mohou pacienti snížit svou hmotnost zhruba o 20 kg. *www.bandingklub.cz* [online]. 2006 [cit. 2011-03-20]. Dostupné z WWW: <<http://www.bandingklub.cz/bandaz-zaludku.phtml>>.

Tubuizace žaludku neboli tzv. sleeve resekce žaludku se provádí laparoskopicky v celkové anestézii. Při zákroku se podélně přeřeže a přešije v celé délce vakovitý dutý orgán tak, aby tvořil jenom trubici nebo rukáv. Dochází k vymizení pocitu hladu. Pacienti rychleji hubnou. *www.bandingklub.cz* [online]. 2006 [cit. 2011-03-20]. Dostupné z WWW: <<http://www.bandingklub.cz/sleeve-resekce.phtml>>.

Gastrický bypass je operace, kdy se chirurgicky zmenší žaludek a napojí se na něj klička tenkého střeva tzv. anastomózou. Účinek této operace je komplexní. Pacienti ihned po operaci nepocítují hlad. *www.bandingklub.cz* [online]. 2006 [2011-03-20]. Dostupné z WWW: <<http://www.bandingklub.cz/gastricky-zaludecni-bypas.phtml>>.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 TEORIE OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU

Tato kapitola je věnována teorii ošetřovatelství a ošetřovatelského procesu. Seznamuje čtenáře s definicemi ošetřovatelství a ošetřovatelského procesu, cílem a předmětem ošetřovatelství. Dále se zabývá pěti kroky ošetřovatelského procesu a definicí zdraví prevencí primární, sekundární a terciální.

4.1 Ošetřovatelství

Definice ošetřovatelství je mnoho, v literatuře se liší podle pohledu autora na skutečnost drobnými odchylkami, avšak nejmýstižněji vystihuje pojem ošetřovatelství tato: „Ošetřovatelství je vědní disciplína integrující poznatky z přírodních, humanitních a společenských vědních oborů. Má pomáhat nemocným i zdravým vykonávat činnost prospívající zdraví, uzdravování nebo zajištění klidné smrti, kterou by vykonávali bez pomoci, kdyby měli potřebnou sílu, vůli, znalosti. Stejně je úkolem sester pomoci nemocným získat co nejrychleji soběstačnost.“ (BOROŇOVÁ, 2010, s. 8).

„**Předmětem** ošetřovatelství je zkoumat ošetřovatelské aspekty péče o jedince a skupiny, tj. interakce a determinace mezi osobou, zdravím a prostředím vzniklé z požadavku uspokojování potřeb.“ (BOROŇOVÁ, 2010, s. 8).

Cílem ošetřovatelství je komplexně uspokojovat potřeby člověka, snaha o udržení dobrého zdravotního stavu pacienta a zlepšení kvality života jedince, rodiny a komunity. Je velmi důležité pohlížet na člověka celistvě, tedy holisticky, a brát v potaz jeho naprostou a jedinečnou individualitu, tedy jedinečnost, a podle toho k němu také přistupovat (BOROŇOVÁ, 2010).

4.1.1 Prevence a zdraví

Zdraví a ošetřovatelství spolu velmi úzce souvisí. Existuje několik definic zdraví a jednou z nejznámějších je definice z roku 1947 dle WHO (Světová zdravotnická organizace): „Zdraví je stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody a nejen nepřítomnost nemoci nebo slabosti.“ (BOROŇOVÁ, 2010, s. 23).

Další definici zdraví upravil Křivohlavý: „Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvalitu života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.“ (KŘIVOHLAVÝ, 2003, s. 40).

Prof. Pacovský ve své publikaci dodává: „Zdraví je významnou lidskou hodnotou. Zdraví není všechno, ale všechno bez zdraví není ničím.“ (PACOVSKÝ et al., 2002, s. 37).

„Pro nemocného je jeho choroba těžkým břemenem, zátěží a jeho reakce na tuto zátěž nemusí být vždy v souladu s očekáváním zdravotníků stejně jako členů rodiny, přátel a spolupracovníků.“ (JOBÁNKOVÁ et al., 2006).

Velmi důležitá je tedy prevence a to jak primární, sekundární tak i terciální.

Primární prevence spočívá v předcházení nemoci, podchycení problému v samotném začátku, nedat obtížím šanci se rozvinout. Hlavním úkolem je posílit člověka jako celek, dodat mu dostatek energie, síly a to bez rozdílu na věk. Primární prevence je tedy určena všem věkovým kategoriím, jak dětem, mladistvým, dospělým, tak seniorům. Základy primární prevence by měly být „položeny“ již v rodině (styl výchovy, působení na výchovu, usměrňování). V průběhu života se s ní můžeme „potkat“ při besedách, ve škole, při přednášce, díky massmediím, ve sportovní i zdravotní oblasti. Primární prevencí tedy rozumíme veškerá preventivní opatření týkající se například upozornění na škodlivost kouření, alkohol a drog, na možnost očkování proti některým onemocněním (rakovina děložního čípku, chřipka), na výhody zdravého životního stylu a v neposlední řadě sem můžeme zařadit i vyhledávání rizikových faktorů u rizikových osob (BOROŇOVÁ, 2010).

Sekundární prevence zahrnuje léčbu. Snaží se o obnovení zdravotního stavu pacienta (člověka) do stavu před vznikem nemoci, zabránění možných komplikací nebo rizik spojených s tou konkrétní nemocí, přechodu do chronického stádia nemoci a v neposlední řadě invaliditě. Je velmi důležitá spolupráce jednotlivce, která může zahrnovat změnu pacientova chování, dodržování léčebného režimu, soběstačnost (BOROŇOVÁ, 2010).

Terciální prevence plyně navazuje na sekundární prevenci, jestliže primární ani sekundární prevence nebyla úspěšná. Snaží se o obnovu zdraví a optimální fungování organismu v rámci možností daných onemocněním, o zamezení zhoršení zdravotního stavu, zabránění recidiv. Terciální prevence se využívá především u skupin lidí, kteří jsou nebezpeční nejen pro sebe, ale jsou velkým rizikem také pro své okolí, rodinu (drogově závislí, agresivní lidé, recidivisté v trestné činnosti, atd.). Cílem je začlenění jedinců do společnosti (BOROŇOVÁ, 2010).

4.2 Ošetřovatelský proces

„Termín ošetřovatelský proces poprvé použila v roce 1995 Hallová.“ (KOZIEROVÁ, et al., 1995a, s. 165). Od té doby byl popsán různými způsoby více sestrami. Ošetřovatelský proces můžeme tedy chápat jako vzájemný vztah mezi pacientem a sestrou v daném prostředí (KOZIEROVÁ, et al., 1995a).

Ošetřovatelský proces se skládá z pěti kroků: posuzování, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení.

- **Posuzování** zahrnuje sběr dat a jejich validizaci, ověřování a třídění údajů o pacientově zdravotním stavu (BOROŇOVÁ, 2010). Sestra se zaměřuje na pacientovu tělesnou, emocionální, intelektuální a duchovní stránku. Základními podmínkami pro posuzování jsou fyzikální vyšetření, komunikace a zručnost v posuzování sesbíraných údajů o pacientově zdravotním stavu (KOZIEROVÁ, 1995a). Cílem posouzení je založení databáze s pacientovými „odpověďmi“ na zdravotní potíže nebo nemoc s ohledem na jeho potřebu ošetřovatelské péče (BOROŇOVÁ, 2010). Dále se posuzování dělí na subjektivní a objektivní typy údajů. Prameny údajů můžeme čerpat od pacienta (primární údaje), známých osob, zdravotnických pracovníků jako je sestra, rehabilitační sestra, lékař, ze zdravotních záznamů nebo jiných záznamů a zpráv – farmakoterapie, laboratorní záznamy (sekundární údaje). Mezi velmi důležité metody sběru údajů patří pozorování, rozhovor, vyšetření a měření.
- **Diagnostika** je proces, který vyústí do sesterské diagnózy (KOZIEROVÁ, 1995a). „Sesterská diagnóza je klinický závěr o odpovědích jednotlivce, rodiny nebo komunity na skutečné nebo potencionální zdravotní problémy nebo životní proces. Sesterské diagnózy poskytují základ pro výběr ošetřovatelských zásahů na dosažení výsledků, za které je sestra odpovědná.“ (BOROŇOVÁ, 2010, s. 70). Diagnózy dělíme na aktuální, kdy má pacient aktuální zdravotní problém, který v dané chvíli existuje. Dále pak na potencionální diagnózy, kdy má pacient

potencionální zdravotní problém, který spočívá ve výskytu rizikových faktorů, které mohou vyvolat zdravotní problémy u pacienta (KOZIEROVÁ, 1995a).

Formou sesterské diagnózy jsou:

- termín popisující problém (P) – popisuje pacientův individuální (stávající nebo možný) zdravotní problém
 - etiologie problému (E) – popisuje jednu nebo více příčin zdravotního problému
 - charakteristika pro seskupení znaků a symptomů (S) – popisuje poskytování informací nezbytných pro sestavení sesterské diagnózy
- Sestavená diagnóza pak může být dvousložková = P + E nebo tříložková = P + E + S (BOROŇOVÁ, 2010).
- **„Plánování** je proces vytyčení ošetrovatelských strategií nebo intervencí (zásahů) s cílem prevence, redukce nebo eliminace zdravotních problémů, které byly zjištěny a validizovány během diagnostické fáze.“ (BOROŇOVÁ, 2010, s. 72). Nejdříve je třeba vytyčit priority – nízká, střední, vysoká. Ty se mění společně se změnou pacientových zdravotních problémů. Nejvyšší prioritou jsou problémy ohrožující život pacienta a po nich následují problémy ohrožující zdraví, atd. Po vytyčení priorit je třeba stanovit pacientovy cíle a výsledná kritéria. „Výsledná kritéria jsou závěry o konkrétních, pozorovatelných a měřitelných odpovědích pacienta.“ (BOROŇOVÁ, 2010, s. 73).
 - **Realizace** znamená vykonání ošetrovatelského plánu, kdy nadále sestra shromažďuje údaje o pacientovi a vykonává ošetrovatelskou péči. Toto je velmi důležité a významné pro vyhodnocení dosažení vytyčených cílů (KOZIEROVÁ, 1995a). Sestra musí mít stále na paměti, že hlavním účastníkem při realizaci plánu ošetrovatelské péče je především pacient (BOROŇOVÁ, 2010).
 - **Vyhodnocení** je posouzení pacientovy odpovědi (reakce) na ošetrovatelské zásahy. Jedná se o zjištění, zda se podařilo cíl splnit úplně, v takovém případě sestra může ukončit ošetrovatelskou péči, nebo byl cíl splněn částečně, tehdy je nutno pokračovat v intervencích, anebo se cíle nepodařilo dosáhnout, při takovéto skutečnosti je nutné přezkoumat a zkontrolovat celý ošetrovatelský proces po jednotlivých částech (BOROŇOVÁ, 2010).

5 KAZUISTIKA PACIENTKY S EXTRÉMNÍ OBEZITOU

V rámci odborné praxe v letních měsících jsem vykonávala ošetrovatelskou péči na lůžkovém oddělení bariatrické miniinvazivní chirurgie (BMI) v Brně na poliklinice Viniční, kam byla dne 28. 6. 2010 přijata pacientka Mgr. H. V., žena, 32 let, narozena ve Slovenské republice, která byla přijata k plánované laparoskopické bandáži žaludku. Ošetrovatelská péče byla aplikována od prvního dne hospitalizace, tedy od 28. 6. 2010 do propuštění pacientky do domácího ošetření, tedy do 1. 7.2010. Ke sběru dat jsem použila lékařskou a sesterskou dokumentaci pacientky s jejím ústním souhlasem a se souhlasem staniční i vrchní sestry.

Anamnéza:

AA: léky: není známa; potraviny: neudává; chemické látky: neguje

FA: sine, do operace pacientka užívala pouze Quamatel tbl. 20 mg 1-0-1, indikační skupina – antacidum, antiulcerózum

OA: ve 13ti letech prodělala pacientka akutní zánět ledvin a 2 roky byla dispenzarizována na nefrologickém oddělení, úrazy: 0, transfuze:0, očkování: běžná pravidelná očkování

PA: úplné vysokoškolské vzdělání s titulem Mgr., pracuje jako úřednice v bance již pátým rokem, vztahy na pracovišti jsou dobré, se všemi vychází, s ekonomickým ohodnocením práce je spokojena.

SA: stav: vdaná, bydlí s manželem a dcerou v rodinném domě, vztahy v rodině jsou dobré, závažné problémy se nevyskytují, záliby: vyšívání, volnočasové aktivity: četba knih

Abúzus: alkohol pije příležitostně, víno, pivo; kouření: nekuřák; káva: 2 šálky černé kávy denně (ráno a večer); léky: 0; drogy: 0

GA: menarche: ve 13- ti letech, cyklus: á 29 dní, trvání: 6-7 dnů - delší menstruační cyklus, silná, nebolestivá, poslední menstruace: 20. 6. 2010, antikoncepce: neužívá, samovyšetření prsou provádí pravidelně, poslední gynekologická prohlídka: 19. 5. 2010, 1x porod fyziologický

RA: otec 70 let, nadváha, hypertenze
matka 65 let, obezita I. stupně
sourozence nemá
dítě 1 – dcera 8 let, zdravá, nadváha příbuzných

Spirituální anamnéza: ateista

NO: od dětství potíže s obezitou. Snažila se opakovaně držet diety, v 17 letech dokázala zhubnout 45 kg. Před 3 lety zhubla 35 kg, od té doby 30 kg nazpátek. V poslední době vyšší TK 140/90. Léky zatím nebere, užívala léky na zhubnutí – Orlistat, Subutramin s efektem. Obezitologicky nikdy sledována nebyla. Dietu dlouhodobě držet nezvládá. Přijata k laparoskopické bandáži žaludku.

Objektivní nález: TK 140/90, P 75' pravidelný, 133 kg, 175 cm, BMI 44, obvod pasu 119 cm. Lucidní, orientovaná, bez cyanózy, bez icteru, neurologicky v normě. Hlava, krk: bez patologického nálezu, dýchání čisté, AS reg., ozvy ohraničené, břicho měkké, prohmatné, nebolestivé, bez rezistence, hepar a lien nezvětšeny, tapottman bilaterálně negativní. Dolní končetiny bez otoku a zánětu, varixy klidné, pulzace do periferie.

Status localis: břicho je nad niveau, měkké, prohmatné, bez hmatné rezistence, hepar, lien nehmatám, kýlu nehmatám.

Gastrofibroskopie (GSF): lehká pyloritis, snížená kompetence KE přechodu, doporučení antagonistů H2 receptorů

Spirometrie: minimální snížené úsilí výdechu, jinak v normě

RTG srdce a plíce: bez patologického nálezu

Endokrinologické vyšetření: není kontraindikováno, bez patologického nálezu

Ultrazvuk břicha: játra bez patologického nálezu, jiná patologie nezjištěna na nitrobřišních orgánech

Psychologické vyšetření: vhodná kandidátka na gastrickou bandáž

EKG: fyziologická norma

Doporučení: monitorace TK, hepatoprotektiva, schopna CA- celkové anestézie, ASA II

Hlavní lékařské diagnóza: E 66.0 - Obezita III. stupně

Vedlejší lékařské diagnózy: Hepatopathia, steatosis hepatis
Hraniční TK
Varices EI utrq.

5.1 Systémové zhodnocení podle koncepčního modelu M. Gordonové

V bakalářské práci jsem použila systematické zhodnocení Funkčního modelu zdraví dle M. Gordonové u dospělého pacienta. Tento model jsem si vybrala, protože jsem s ním velmi často pracovala při studiu na vysoké škole, a pro problémy pacientky byl vhodný. Informace jsem získala od pacientky, její rodiny, příbuzných, z laboratorních výsledků a z dokumentace pacientky. Využila jsem těchto metod sběru údajů – pozorování, rozhovor, vyšetření, měření, které jsem uspořádala do strukturálního rámce v modelu M. Gordonové. Následně jsem u pacientky stanovila ošetrovatelské diagnózy, na které jsem aplikovala ošetrovatelskou péči.

VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ – SNAHA UDRŽET ZDRAVÍ

Subjektivně:

„Cítím se zdráva. Během posledních let jsem neprodělala žádné závažné onemocnění ani úrazy. V dětství jsem prodělala běžná dětská onemocnění, jako je rýma, kašel, angína, bronchitida. Ve 13ti letech jsem prodělala akutní zánět ledvin a následně jsem docházela na pravidelné kontroly na nefrologické oddělení. V té době jsem zameškala mnoho hodin ve škole. Nyní docházím na pravidelné preventivní prohlídky, v současné době nemám žádné obtíže.

Jsem si vědoma svého zdravotního stavu. Doporučení od lékařů jsem se snažila dodržet, ale neměla jsem tak silnou vůli, abych všechna doporučení dlouhodobě dodržovala. Užívala jsem léky na hubnutí jako například Orlistat, ale bez dlouhodobého efektu. Jelikož jsem obézní, trápí mě bolest kloubů dolních končetin, jelikož jsou mou velkou hmotností neustále přetěžovány. Domnívám se, že moje onemocnění je způsobeno jednak rodinnými dispozicemi, kdy oba z rodičů trpí nadváhou či obezitou a pak také svému životnímu stylu, způsobu stravování, úpravě stravy a v neposlední řadě i své nepřilíživě silné vůli. Několikrát jsem se pokoušela zhubnout, ale bez dlouhotrvajícího efektu. Diety jsem nezvládala držet dlouhodobě. Užívala jsem i léky na hubnutí, ale výsledkem byl velký jo – jo efekt, kdy se mi po lécích podařilo snížit tělesnou hmotnost o 10 kg, ale po vysazení léků jsem následně 12 kg přibrala. Doufám tedy, že operace mi pomůže trvale snížit tělesnou hmotnost

Nekouřím, neužívám drogy ani jiné návykové látky. Alkohol piji příležitostně, většinou na oslavách a to 3 skleničky červeného vína. Naposledy to bylo v květnu 2010 na oslavě narozenin kamarádky.

Ve volných chvílích chodím na krátké procházky, vyšívám nebo čtu knížky. V nemocnici se věnuji četbě a vyšívání“.

Objektivně:

Pacientka se cítí zdráva. Očkována je řádně. Alkohol pije pouze příležitostně, ostatní abuzu neguje. Volné chvíle tráví především četbou knih. Diety ani doporučení lékařů dlouhodobě nedodržovala. Snahy o zhubnutí byly neefektivní. Po snížení tělesné hmotnosti vždy následoval jo – jo efekt. Větší význam vzniku onemocnění přikládá pacientka rodinné dispozici, poté svému nezdravému životnímu stylu. Kvůli své obezitě má chronickou bolest kloubů na dolních končetinách. Dle numerické škály bolesti pacientka verbalizuje bolest na stupnici 1 – 10 na stupni číslo 4. Od léčby si pacientka slibuje razantní změnu ve svém životě.

V této oblasti se vyskytl problém: bolest kloubů

VÝŽIVA - METABOLISMUS

Subjektivně:

„Za den sním několik vysoce kalorických porcí stravy. Začínám snídání ráno, kdy mívám slazený čaj, bílé pečivo, máslo, marmeládu. Během hodiny a půl si dám ovoce – jablko, banán. Na oběd sním celou porci polévky a celou porci hlavního jídla. Vařím spíše tučná, kořeněná a vysoce kalorická jídla (vepřo – knedlo - zelo, kačena se zelím, guláš, hranolky a smažený sýr). Odpoledne si ke kávě dám dortík nebo jiný zákusek. A na večeři mám opět teplé jídlo. Sním celou porci kuřecích řízků s bramborovým salátem. Při vaření často ráda ochutnávám a ujídám. Chut' k jídlu mám velmi dobrou, sním celé porce, někdy si chodím i přidat. Což v nemocnici není možné. Proto se v nemocnici“dojídám“ sladkostmi, které jsem si nechala přivést od rodiny. Dietní omezení dlouhodobě držet nezvládám. Přibrala jsem poté i 30 kg. Za den vypiji doma nebo v práci okolo 1,5 litru tekutin, především slazených čajů, minerálek, ochucených šťáv. V nemocnici vypiji kolem 2 litrů minerálek a neslazeného čaje., Kůži

mám celistvou. Moje aktuální hmotnost je 133 kg a měřím 175 cm. Mám svůj chrup, chodím na pravidelné preventivní prohlídky k zubnímu lékaři.“

Objektivně:

Pacientka má velmi dobrou chuť k jídlu. Jí často a velké porce. Někdy si jde i přidat. Pije dostatek tekutin za den, ovšem slazených čajů, minerálek, šťáv. Kožní turgor je přiměřený. Na kůži se nevyskytují žádné patologické změny. Riziko vzniku dekubitů je dle rozšířené stupnice podle Nortonové nízké, pacientka dosáhla úrovně 30 bodů. Váží 133 kg a měří 175 cm, BMI činí 44. Chrup sanován. Pravidelně navštěvuje ambulanci zubního lékaře.

V této oblasti se vyskytl problém: vysoká tělesná hmotnost

VYLUČOVÁNÍ:

Subjektivně:

„Stolici mám pravidelnou, formovanou, bez příměsí. Na stolici chodím dvakrát denně. Léky na vyprazdňování neužívám. Poslední stolici jsem měla dnes ráno (28. 6. 2010).

Problémy s močením nemám, chodím na toaletu podle toho, kolik vypiji tekutin, zhruba pětkrát za den. Zvýšené pocení pociťuju při jakémkoliv pohybu i při běžných denních činnostech.“

Objektivně:

Pacientka medikaci na vyprazdňování neužívá, stolici má pravidelnou, bez patologických příměsí. Obtíže s močením nemá. Množství moče odpovídá dennímu příjmu tekutin.

V této oblasti se nevyskytl žádný problém

AKTIVITA - CVIČENÍ

Subjektivně:

„Nemám pocit dostatečné svalové síly, jelikož mi v tom brání obezita. Neprovádím žádná cvičení ani protahovací cviky Již od dětství jsem nerada sportovala. Kolektivní hry mě nikdy nebavily. Pouze občas chodím na krátké procházky. V dlouhodobém pohybu mi brání bolesti kloubů. Ve volném čase vyšívám, čtu knihy, luštím křížovky, v nemocnici sleduji televizi“.

Objektivně:

Svalová síla pacientky neodpovídá jejímu věku. Pacientka nesportuje, aktivní pohyb jí činí obtíže. Ke zhodnocení základních všedních činností byla použita jako měřicí škála Barthelův test základních všedních činností, v němž pacientka dosáhla 90 bodů, tedy lehká závislost.

V této oblasti se vyskytl problém: porucha hybnosti

SPÁNEK – ODPOČINEK

Subjektivně:

„V domácích podmínkách nemám s usínáním potíže. Potřebuji naprostý klid v místnosti. Usnu do 15- ti minut po uložení do lůžka. Léky na spaní neužívám. V nemocnici spím špatně, dlouho nemohu usnout, v průběhu noci se několikrát budím. Ráno se pak cítím nevyspalá, jsem nervózní, podrážděná, mám kruhy pod očima“.

Objektivně:

Pacientka si stěžuje na časté buzení během noci a špatné usínání. Pacientka je nevyspalá, podrážděná, má kruhy pod očima. Doma léky na spaní neužívá.

V této oblasti se vyskytl problém: porucha spánku

VNÍMÁNÍ (CITLIVOST) POZNÁVÁNÍ

Subjektivně:

„Vzhledem k mému věku nenosím brýle ani naslouchadlo ani jinou kompenzační pomůcku. Potíže se zrakem nemám, tudíž na oční prohlídky nechodím. Učím se logicky, mechanicky a vše si velmi rychle vybavuji i pamatuji. Při učení se čehokoli nového využívám poznatků z knih, které ráda čtu. V rozhodování se v určité situaci si nejprve musím uspořádat informace a pak je seřadit podle priorit a následně se rozhodnu. Věřím, že tento způsob je nejlepší možný. Informace o mém zdravotním stavu mám od lékaře. Všemu doposud rozumím. Nemám pocit neinformovanosti. Jediné co mě trápí, jsou bolesti kloubů, které souvisí s mou obezitou. Snažím se vždy odpoutat pozornost a usoustředit se na něco jiného. Když už bolest nejde vydržet, vyžádám si analgetika od sestry.“

Objektivně:

Pacientka nenosí žádné kompenzační pomůcky jako brýle nebo naslouchadlo. Učí se systematicky, využívá mnemotechnických pomůcek a informací z přečtených knih. Nemá pocit nedostatku informací. Jediné co ji trápí je bolestivost kloubů související s její velkou obezitou.

V této oblasti se vyskytl problém: bolest kloubů

SEBEPOJETÍ – SEBEÚCTA

Subjektivně:

„Cítím se relativně dobře. Už jako dítě jsem měla problémy s nadváhou. V kolektivu jsem nebyla oblíbená, ostatní děti se mě stranily. Cítila jsem se osamělá. Trpěla jsem pocity méněcennosti. V pubertě jsem začala na své tělo pohlížet kriticky, zkoušela jsem držet diety, ale bez efektu. Na své tělo pohlížím negativně, obezita je pro mě handicap. Čím dál víc se straním společnosti, odmítám navazovat sociální kontakty. Sama se sebou nejsem spokojena. Doufám, že operace bude úspěšná a vrátí mě zpět do běžného života. Kvůli své obezitě mám omezený pohyb. Pohybuji se

pomaleji, chůze je kolébavá, držení těla není přímé. Mám také potíže při výběru velikosti oblečení, nevěřím si a i dnes někdy trpím pocity méněcennosti.“

Objektivně:

Pacientka pohlíží negativně na své tělo, není s ním spokojena. Doufá, že operace jí přinese očekávanou změnu, díky které by se mohla opět začlenit do běžného koloběhu života, začít opět navazovat sociální kontakty.

V této oblasti se vyskytl problém: porušený tělesný obraz

ROLE – MEZILIDSKÉ VZTAHY

Subjektivně:

„Bydlím s manželem a dcerou v rodinném domě ve Slovenské republice. Problémy v rodině nemáme, vyskytují se pouze běžné problémy. Tyto problémy řešíme ústní domluvou. Vše probíhá v naprostém klidu. Pokud se zlepší můj zdravotní stav, chtěli bychom s manželem druhé dítě. Moje rodina mě velmi podporuje a snaží se mi být velkou oporou při zvládnání operačního zákroku. Rovněž i nejbližší kamarádi a příbuzní se mi snaží pomoci po stránce psychické. Tito mě neustále začleňují mezi sebe. V zaměstnání jsem velmi spokojena, pracuji jako úřednice v bance již pátým rokem. Vztahy na pracovišti jsou dobré, nekonfliktní a i s platovými podmínkami jsem spokojena.“

Objektivně:

Pacientka bydlí v rodinném domě s dcerou a manželem. Nemají mezi sebou významné osobní či rodinné potíže. Do budoucna by chtěli ještě jedno dítě. Rodina pacientky, její nejbližší příbuzní i nejlepší přátelé se snaží být co největší psychickou oporou a být nápomocni v každé situaci.

V této oblasti se nevyskytl žádný problém

SEXUALITA – REPRODUKČNÍ SCHOPNOST

Subjektivně:

„Poprvé jsem začala menstruovat ve 13- ti letech, cyklus mám á 29 dní a trvá 6-7 dnů. Menstruace bývá většinou delší, silná ale nebolestivá. Poslední menstruaci jsem měla 20. 6. 2010. Antikoncepci neužívám. Samovyšetření prsu provádím pravidelně a chodím na pravidelné gynekologické prohlídky, poslední byla 19. 5. 2010. Porodila jsem jedno dítě, dceru, porod byl fyziologický, bez komplikací.“

Objektivně:

Pacientka má pravidelný menstruační cyklus, cca 21 let, menstruace je nebolestivá. Poslední menstruace byla 20. 6. 2010. Antikoncepci neužívá. Na pravidelné gynekologické prohlídky dochází.

V této oblasti se nevyskytl žádný problém

STRES (ZÁTĚŽOVÉ SITUACE) – JEJICH ZVLÁDÁNÍ, TOLERANCE

Subjektivně:

„Neuvědomuji si žádnou závažnou změnu za poslední dva roky ve svém životě. Ale při řešení jakýchkoliv potíží a problémů je mi nápomocna moje matka a manžel. Jestliže jsem ve stresu, snažím se relaxovat, vypovídat se mamince. Mám strach z nadcházející operace.“

Objektivně:

Pacientka se se stresovými a zátěžovými situacemi vypořádává relaxací, vypovídáním se své matce a manželovi. Rozhodně situace neřeší požitím alkoholu či drog. Má strach z chirurgického zákroku.

V této oblasti se vyskytl problém: strach

VÍRA (PŘESVĚDČENÍ) – ŽIVOTNÍ HODNOTY

Subjektivně:

„Jsem ateista, víra pro mě nemá žádný význam“

Objektivně:

Pacientka je ateista, víra pro ni nemá význam ani hodnotu. Nevyžaduje žádné změny ve stravování či ošetrovatelské péči.

V této oblasti se nevyskytl žádný problém

JINÉ

Subjektivně:

„Řekla jsem vše, co jsem chtěla, teď nic nepotřebuji.“

Objektivně:

Pacientka mi sdělila veškeré informace, na které jsem se jí zeptala a které mi sdělit chtěla, a nadále nepocítuje nutnost, aby mě jakkoliv zasvěcovala do jejího osobního života.

5.2 Ošetrovatelské diagnózy podle kapesního průvodce zdravotní sestry

Péče o pacienta musí být kvalitní, plánovaná a koordinovaná. Plány péče dávají ošetrovatelství směr a spójitost tehdy, jsou – li řádně sepsány (DOENGES et al., 2001).

Výživa porušená, nadměrná v souvislosti s vysokým energetickým příjmem a nízkým energetickým výdejem projevující se vysokou tělesnou hmotností, zvýšeným množstvím podkožního tuku a hodnotou BMI 44

Obraz těla porušený v souvislosti s poruchou vnímání vlastního těla projevující se častým sledováním tělesných proporcí v zrcadle, mimikou v obličeji, uzavíráním se do sebe, straněním se společnosti

Bolest chronická v souvislosti s dlouhodobým přetěžováním kloubů projevující se omezenou hybností pacientky, omezením rozsahu hybnosti, mimikou a verbalizací

Pohyblivost porušená v souvislosti s vysokou tělesnou hmotností pacientky a bolestmi kloubů a sníženou svalovou silou projevující se omezeným rozsahem kloubu, pomalou chůzí a verbalizací

Spánek porušený v souvislosti se zvýšeným výskytem rušivých elementů (hluk, světlo, spolupacienti) a změnou prostředí projevující se nemožností usnout, kruhy pod očima, podrážděním pacientky, pospáváním přes den a verbalizací

Strach v souvislosti s nejistým výsledkem chirurgické léčby projevující se zrychleným pulzem, roztěkaností, plačtivostí, mimikou, nesoustředěností, opakovaným ptáním se na již sdělené informace

Infekce, riziko vzniku v souvislosti se zavedením periferního žilního katetru (PŽK)

5.2.1 Výživa porušená, nadměrná v souvislosti s vysokým energetickým příjmem a nízkým energetickým výdejem projevující se vysokou tělesnou hmotností, zvýšeným množstvím podkožního tuku a hodnotou BMI 44

Cíl krátkodobý: pacientka si uvědomuje, že musí změnit přístup ke svému životnímu stylu a chování, včetně způsobu příjmu potravy, kvantity/kvality stravy a programu cvičení do 48 hodin

Cíl dlouhodobý: pacientčina tělesná hmotnost se zredukuje o 30 kg do 6 měsíců

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- Pacientka má dostatek informací o tom, jak přistupovat ke změně svého životního stylu a chování do 1 dne
- Pacientka chápe nutnost dodržování dietního opatření, zná složení stravy, způsob přípravy i rozložení v pravidelných časových intervalech na menší dávky během dne do 48 hodin
- Pacientka chápe význam pravidelného aktivního pohybu, cvičení a rehabilitace do 12 hodin
- Pacientka zná energetické hodnoty některých potravin do 2 dnů
- Pacientka zná faktory, které podporují nadměrný příjem potravy do 48 hodin
- Pacientka si vede pravidelný jídelníček denně
- Pacientka postupně snižuje tělesnou hmotnost o 0,5 kg týdně

Intervence:

- Poskytni pacientce kontaktní číslo na dietologa, do 12 hodin (všeobecná sestra) (1)
- Zajisti osobní kontakt pacienta s dietní sestrou, do 1 dne (všeobecná sestra) (2)

- Posuď znalosti nutričních potřeb pacientky do 2 hodin (všeobecná sestra) (3)
- Zjistí, jaký má pacientka přístup k jídlu a požívání jídla do 1,5 hodiny (všeobecná sestra) (4)
- Vypočítej celkový denní energetický příjem, denně (dietní sestra) (5)
- Poskytni pacientce dostatek jasných a srozumitelných informací o konkrétní nutriční potřebě, do 1 dne (dietní sestra) (6)
- Vysvětli pacientce důležitost dodržování dietního opatření, do 6 hodin (všeobecná sestra) (7)
- Pomoz pacientce při sestavování jídelníčku, denně (dietní sestra) (8)
- Pobízej pacientku k pravidelnému cvičení a pohybové aktivitě, denně (všeobecná sestra, popř. rehabilitační sestra) (9)
- Povzbuzuj pacientku k dalšímu úbytku hmotnosti a aktivnímu přístupu k programu, denně (všeobecná sestra) (10)
- Doporuč pacientce, aby se pravidelně vážila jednou týdně ve stejnou dobu, stejně oblečená, na boso a výsledek si zaznamenávala do sešitu, do 1 dne (všeobecná sestra) (11)
- Zapoj pacientku aktivně do léčebného procesu, denně (všeobecná sestra) (12)

Realizace:

28. 6. 2010 – 1. den hospitalizace

První den hospitalizace jsem pacientku zapojila do léčebného procesu. Vysvětlila jsem jí důležitost aktivní spolupráce s lékařem i sestrou. Pacientka aktivně spolupracovala a byla ochotna se spolupodílet na léčbě. Dále jsem pacientce vysvětlila důležitost pravidelného denního vážení ve stejnou dobu, ve stejném oblečení, na boso. Společně jsme založily sešit, do kterého si pacientka bude změřené hodnoty pravidelně zaznamenávat. Poskytla jsem pacientce telefonní kontakt na dietologa. Dietní sestra si promluvila s pacientkou o jejím způsobu přípravy jídla, množství snědeného jídla v průběhu dne, požíváním především ve večerních hodinách a zjistila tak, pacientčin přístup ke stravování. Dále jí vysvětlila nutnost a důležitost dodržování dietního opatření. Poučila pacientku o nutričních hodnotách některých potravin. Snažila jsem se pacientku motivovat a povzbudit, když bude dietní zásady dodržovat, jaké pozitiva z toho pro ni plynou. Rehabilitační sestra navrhla pacientce plán kondičního cvičení. Pacientka souhlasila s pravidelným cvičením při pobytu v nemocnici, ačkoliv doma necvičí.

29. 6. 2010 – 1. 7. 2010 – 2. – 4. den hospitalizace

Další dny hospitalizace jsem pacientku vážila, zaznamenala veškeré hodnoty do ošetřovatelské dokumentace. A i pacientka si hodnoty zapsala do již připraveného sešitu. Dietní sestra spolu s pacientkou vypracovala 24 hodinový plán energetického příjmu u pacientky. Pacientka souhlasila. Neustále jsem pobízela pacientku a podporovala ji v jejím snažení zhubnout. Pacientce jsem zajistila kontakt s dietní sestrou, aby na ni pacientka mohla směřovat případné dotazy týkající se výživy. Dietní sestra doporučila pacientce centra pro obézní pacienty a poskytla jí telefonický kontakt i adresu. Pacientka byla po celou dobu aktivní a i nadále se zapojovala do léčebného režimu. Rehabilitační sestra i nadále prováděla s pacientkou dechová a rehabilitační cvičení. Pacientka při cvičení aktivně spolupracovala.

Hodnocení:

Cíl krátkodobý byl u pacientky splněn, cíl dlouhodobý trvá. Efekt byl částečný, nadále přetrvávaly intervence číslo 2, 5, 8, 9, 10, 11, 12. Pacientka chápala doporučené změny ve stravování, snažila se jíst zdravá jídla, víckrát denně. Pacientka přikládala důležitost změně svého postoje ke zdraví a zdravému způsobu života. Aktivně se zapojovala do léčebného programu.

5.2.2 Obraz těla porušený v souvislosti s poruchou vnímání vlastního těla projevující se častým sledováním tělesných proporcí v zrcadle, mimikou v obličeji, uzavíráním se do sebe, straněním se společnosti

Cíl krátkodobý: pacientka uznává vlastní odpovědnost za nynější stav do 36 hodin

Cíl dlouhodobý: pacientka nebude trpět pocity méněcennosti do 6 měsíců

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- Pacientka zná příčiny, které způsobily její momentální tělesný vzhled do 24 hodin
- Pacientka je schopna vidět sebe samu v pozitivním světle do 3 měsíců
- Pacientka verbalizuje zlepšení psychického stavu do 14 – ti dnů
- Pacientka postupně navazuje sociální kontakty do 3 měsíců

Intervence:

- Posud' psychický stav pacientky, do 2 hodin (všeobecná sestra) (1)
- Všiměj si chování, které ukazuje na silné znepokojení tělem a jeho procesy, denně (všeobecná sestra) (2)
- Vybídni pacientku, aby opět navazovala sociální kontakty, do 24 hodin (všeobecná sestra) (3)
- Zapoj pacientku i její rodinu do léčebného procesu, denně (všeobecná sestra) (4)
- Pozoruj interakci mezi pacientkou a její rodinou, denně (všeobecná sestra) (5)
- Nabídni pacientce kontakt na psychologa, do 24 hodin (všeobecná sestra) (6)
- Ved' pacientku k tomu, aby byla schopna brát své tělo jako jeden dokonalý a individuální celek a nebála se ho dotýkat, denně (7)

- Povzbuzuj pacientku, podporuj pozitivní snahy pacientky (vhodný výběr oblečení), denně (všeobecná sestra) (8)
- Nauč pacientku relaxačním technikám a doporuč pacientce využívání těchto technik i v běžném životě, do 24 hodin (rehabilitační sestra) (9)

Realizace:

28. 6. 2010 – 1. den hospitalizace

První den hospitalizace jsem posoudila psychický stav pacientky. Pacientka konstatovala, že se jí její tělo nelíbí. Informovala jsem pacientku a její rodinu o nutnosti dodržování všech léčebných opatření. Zajistila jsem kontakt na psychologa, kterého pacientka může navštívit po ukončení hospitalizace, pacientka kontakt přijala. Zajistila jsem pacientce kontakt s rehabilitační sestrou. Rehabilitační sestra prováděla spolu s pacientkou relaxační cvičení. Podporovala jsem pacientku v navazování nových sociálních kontaktů.

29. 6. 2010 – 1. 7. 2010 – 2. – 4. den hospitalizace

Po celou dobu hospitalizace jsem si všímala všech verbálních i neverbálních projevů u pacientky. Nabádala jsem pacientku, aby se snažila svoje tělo brát jako dokonalý a individuální celek. Po celou dobu hospitalizace jsem pacientku podporovala a motivovala. Rehabilitační sestra prováděla i nadále s pacientkou relaxační cvičení. Podporovala jsem pacientku v navazování nových sociálních kontaktů.

Hodnocení:

Cíl krátkodobý byl u pacientky splněn, cíl dlouhodobý trvá. Efekt byl částečný, nadále přetrvávaly intervence číslo 2, 4, 5, 7, 8, 9. Pacientka znala příčiny, které způsobily její nynější vzhled, snažila se myslet pozitivně, využívala relaxačních technik, verbalizovala mírné zlepšení svého psychického stavu.

5.2.3 Bolest chronická v souvislosti s dlouhodobým přetěžováním kloubů projevující se omezenou hybností pacientky, omezením rozsahu hybnosti, mimikou a verbalizací

Cíl krátkodobý: pacientka zná vyvolávající příčiny bolesti do 12ti hodin

Cíl dlouhodobý: pacientka verbalizuje zmírnění bolesti dle numerické škály bolesti ze stupně číslo 4 na stupeň číslo 1 do 6 měsíců

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- Pacientka verbalizuje zlepšení svého zdravotního stavu do 3měsíců
- Pacientka zná relaxační techniky a využívá je denně
- Pacientka je schopna popsat charakter, intenzitu, lokalizaci, kvalitu, dobu trvání bolesti do 24 hodin
- Pacientka zná postupy pro zmírnění bolesti do 24 hodin

Intervence:

- Zjistí práh bolesti u pacientky, do 2 hodin (všeobecná sestra) (1)
- Dodržuj předepsaný farmakologický režim, denně (všeobecná sestra) (2)
- Zaznamenávej pravidelně charakter, intenzitu a stupeň bolesti na numerické škále bolesti, denně (všeobecná sestra) (3)
- Ukaž a nauč pacientku možné relaxační techniky na odpoutání pozornosti od bolesti, doporuč pacientce využívání těchto technik v běžném životě, do 6 hodin (rehabilitační sestra) (4)
- Nauč pacientku dechovým cvičením, do 12 hodin (rehabilitační sestra) (5)
- Pozoruj verbální i neverbální projevy pacientky v závislosti na bolest, denně (všeobecná sestra) (6)

Realizace:

28. 6. 2010 – 1. den hospitalizace

První den hospitalizace jsem u pacientky zjistila intenzitu bolesti (na numerické škále bolesti 1 – 10, pacientka verbalizovala bolest na stupni číslo 4), lokalizaci (oblast kloubů dolních končetin) a dobu trvání bolesti (při chůzi nad 500 m). Podávala jsem analgetika dle ordinace lékaře. Pravidelně jsem zaznamenávala do ošetrovatelské dokumentace záznamy o bolesti. Zajistila jsem kontakt s rehabilitační sestrou, která spolu s pacientkou prováděla dechová a relaxační cvičení na zmírnění bolesti. U pacientky jsem pozorovala neverbální projevy především změnu v mimice (grimasy, svraštělé čelo).

29. 6. 2010 – 1. 7. 2010 – 2. – 4. den hospitalizace

Další dny hospitalizace jsem pacientce zajistila kontakt s rehabilitační sestrou, která i nadále s pacientkou procvičovala relaxační techniky, dechová cvičení a informovala ji o dalších možných způsobech pohybu (plavání, aqua aerobic a další). Opět jsem sledovala neverbální projevy pacientky v závislosti na bolest. Veškeré související faktory jsem zaznamenala do ošetrovatelské dokumentace, stejně jako podání analgetik dle ordinace lékaře. Po podání analgetik pacientka verbalizuje zlepšení a zmírnění obtíží.

Hodnocení:

Cíl krátkodobý byl u pacientky splněn, cíl dlouhodobý trvá. Efekt byl částečný, nadále přetrvávaly intervence číslo 2, 3, 4, 6. Pacientka verbalizovala zmírnění bolesti, využívala prostředků na zmírnění a tlumení bolesti. Cítila se dobře. Využívala relaxačních technik. S bolestí se naučila žít a brát ji jako součást svého života, jelikož ji provází již několik let.

5.2.4 Pohyblivost porušená v souvislosti s vysokou tělesnou hmotností pacientky a bolestmi kloubů a sníženou svalovou silou projevující se omezeným rozsahem kloubu, pomalou chůzí a verbalizací

Cíl krátkodobý: pacientka zná svou situaci, vyvolávající příčiny, principy léčby i bezpečnostní opatření, které je nutno dodržet do 24 hodin

Cíl dlouhodobý: pacientka je schopna postupně vykonávat aktivity denního života do 6 měsíců

Priorita: střední

Výsledná kritéria

- Pacientka dělá předem nacvičené izotonické a izometrické cviky kloubů na dolních končetinách do 36 hodin
- Pacientka si udržuje základní svalovou hmotu a sílu denně
- Pacientka je ochotna zapojovat se do aktivit všedního dne denně

Intervence

- Urči rozsah imobility dle používané klasifikace (Barthelův test), do 2 hodin (všeobecná sestra) (1)
- Informuj lékaře o rozsahu imobility pacientky, do 2, 5 hodiny (všeobecná sestra) (2)
- Předcházej vzniku komplikací, které vznikají v důsledku imobility, denně (všeobecná sestra) (3)
- Monitoruj bolest pacientky, denně (všeobecná sestra) (4)
- Seznam pacientku s možností používání pomůcek, které usnadňují pohyb, do 24 hodin (rehabilitační sestra) (5)
- Vybízej pacientku ke cvičení, denně (rehabilitační sestra) (6)
- Pečuj o bezpečnost pacientky, denně (všeobecná sestra) (7)

Realizace:**28. 6. 2010 – 1. den hospitalizace**

První den hospitalizace jsem určila rozsah imobility u pacientky dle používané klasifikace (Barthelův test základních všedních činností). Pacientka dosáhla úrovně 90 bodů. Je tedy lehce závislá na pomoci zdravotnického personálu. Informovala jsem lékaře o rozsahu imobility pacientky. Rehabilitační sestra seznámila pacientku s možností používání pomůcek pro usnadnění pohybu. Zjistila jsem, které polohy jsou pro pacientku bolestivé (vstávání ze židle či z lůžka, chůze nad 500m). Denně jsem monitorovala bolest pacientky. Případné změny jsem zaznamenávala do ošetrovatelské dokumentace. Dle ordinace lékaře jsem podala pacientce analgetika.

29. 6. 2010 – 1. 7. 2010 – 2. – 4. den hospitalizace

Po celou dobu hospitalizace jsem pečovala o bezpečnost pacientky. Vedla jsem pacientku k soběstačnosti. Rehabilitační sestra denně prováděla kondiční cvičení. Podporovala jsem pacientku v jejím úsilí. Snažila jsem se pacientku pozitivně motivovat.

Hodnocení:

Cíl krátkodobý se podařilo splnit úplně, cíl dlouhodobý trvá. Efekt byl částečný, nadále přetrvávaly intervence číslo 3, 4, 6 7. Pacientka spolupracovala, nepoužívala žádné kompenzační pomůcky, verbalizovala zlepšení svého stavu. Aktivně se zapojovala do cvičení s rehabilitační sestrou.

5.2.5 Spánek porušený v souvislosti se zvýšeným výskytem rušivých elementů (hluk, světlo, spolupacienti) a změnou prostředí projevující se nemožností usnout, kruhy pod očima, podrážděním pacientky, pospáváním přes den a verbalizací

Cíl krátkodobý: pacientka verbalizuje zlepšení kvality spánku do 48 hodin

Cíl dlouhodobý: pacientka bude mít po dobu hospitalizace kvalitní spánek

Priorita: nízká

Výsledná kritéria:

- Pacientka usne do 30 minut po uložení do postele
- Pacientka spí alespoň 6 hodin bez probuzení
- Pacientka se během noci probudí maximálně dvakrát
- Pacientka po probuzení do 15 minut usne
- Pacientka se po probuzení cítí odpočatá, denně
- Pacientka zná relaxační techniky navozující spánek, do 24 hodin
- Pacientka verbalizuje rušivé faktory, které jí brání v klidném spánku, denně

Intervence:

- Vyvětrej pokoj, denně (všeobecná sestra) (1)
- Uprav pacientce lůžko, denně (všeobecná sestra) (2)
- Zhasni světlo, denně (všeobecná sestra) (3)
- Zavři dveře pacientčina pokoje, denně (všeobecná sestra) (4)
- Zajisti noční tlumené světlo, denně (všeobecná sestra) (5)
- Doporuč pacientce vhodné oblečení na spaní, do 6 hodiny (všeobecná sestra) (6)
- Doporuč pacientce vyprázdnění se před spaním, do 6 hodin (všeobecná sestra) (7)
- Podej hypnotika dle ordinace lékaře, denně (všeobecná sestra) (8)

- Proved' záznam do ošetrovatelské dokumentace, denně (všeobecná sestra) (9)
- Pouč pacientku o používání relaxačních technik do 24 hodin (rehabilitační sestra) (10)

Realizace:

28. 6. 2010 – 1. den hospitalizace

První den hospitalizace jsem ve večerních hodinách pacientce upravila lůžko, vypnula jsem pokrčené a zmačkané prostěradlo. Vyvětrala jsem pokoj. Zároveň jsem zhasla světlo na pokoji. Pacientce jsem vysvětlila, jak je důležité mít pohodlné noční prádlo. Také jsem pacientku poučila o tom, že je lepší se vyprázdnit před spaním, aby v noci mohla mít kvalitní spánek. Podala jsem hypnotika dle ordinace lékaře a provedla záznam do ošetrovatelské dokumentace.

29.6.201 – 1.7.2010 - 2. – 4. den hospitalizace

Další dny hospitalizace jsem opět aplikovala stejnou ošetrovatelskou péči jako 1. den hospitalizace. Dveře od pokoje pacientky jsem nechala zavřené na noc. Rehabilitační sestra informovala pacientku o možnostech relaxačních technik navozujících spánek. V dalších dnech pacientka nevyžadovala hypnotika.

Hodnocení:

Cíl byl splněn, efekt byl tedy úplný. Pacientka verbalizovala zlepšení kvality spánku, lepší usínání, za noc se probudila pouze jednou, do 15 – i minut po probuzení opět usnula, po probuzení se cítila odpočatá.

5.2.6 Strach v souvislosti s nejistým výsledkem chirurgické léčby projevující se zrychleným pulzem, roztěkaností, plačtivostí, mimikou, nesoustředěností, opakovaným ptaním se na již sdělené informace

Cíl krátkodobý: pacientka bude schopna verbalizovat projevy strachu do 2 dnů

Cíl dlouhodobý: pacientka nebude trpět strachem do 3 měsíců

Priorita: nízká

Výsledná kritéria:

- Pacientka má dostatek informací o chirurgické léčbě do 2 hodin
- Pacientka verbalizuje projevy strachu do 2 dnů
- Pacientka zná relaxační techniky do 24 hodin
- Pacientka zná příčiny strachu do 2 hodin
- Pacientka zhodnotí reálně danou situaci i všechny okolnosti do 24 hodin

Intervence:

- Zajisti pacientce dostatek informací o chirurgické léčbě, do 12 hodin (všeobecná sestra) (1)
- Pozoruj neverbální projevy strachu u pacientky, denně (všeobecná sestra) (2)
- Zapoj rodinu do léčebného procesu, do 2 dnů (všeobecná sestra) (3)
- Vysvětli pacientce význam relaxačních technik a jejich užívání v běžném životě, do 24 hodin (rehabilitační sestra) (4)
- Nabídní pacientce kontakt na psychologa, do 36 hodin (všeobecná sestra) (5)
- Pobízej pacientku, aby slovně vyjádřila své pocity, denně (všeobecná sestra) (6)
- Sleduj vitální funkce pacientky, denně (všeobecná sestra) (7)

Realizace:**28. 6. 2010 – 1. den hospitalizace**

Zavedla jsem hovor na téma chirurgický zákrok a pozorovala jsem verbální i neverbální projevy strachu jako například neudržení očního kontaktu, nervozitu, svrašťelé čelo. Změřila jsem fyziologické funkce (TK 140/90, P 82', D 18'). Nabídla jsem pacientce kontakt na psychologa, kterého může pacientka navštívit po ukončení hospitalizace.

29. 6. 2010 – 1.7.2010 - 2. – 4. den hospitalizace

Další dny hospitalizace prováděla rehabilitační sestra spolu s pacientkou relaxační i kondiční dechová cvičení. Denně jsem měřila fyziologické funkce, které se postupně normalizovaly. Naměřené hodnoty jsem pravidelně zaznamenávala do ošetřovatelské dokumentace. Rodina i pacientka se aktivně zapojovaly do léčebného procesu.

Hodnocení:

Cíl krátkodobý byl splněn, cíl dlouhodobý trvá. Efekt byl tedy částečný, nadále přetrvávaly intervence číslo č, 2, 3, 4, 6. Pacientka verbalizovala pocity strachu z nadcházejícího operačního výkonu. Po podání jasných a srozumitelných informací lékařem byla pacientka klidnější, uvolněnější.

5.2.7 Infekce, riziko vzniku v souvislosti se zavedením periferního žilního katetru (PŽK)

Cíl krátkodobý: pacientka zná postupy jak pečovat o periferní žilní katetr (PŽK) do 30 minut od zavedení

Cíl dlouhodobý: u pacientky nedojde ke vzniku infekce do konce hospitalizace

Priorita: střední

Intervence:

- Prováděj pravidelné převazy, denně (všeobecná sestra) (1)
- Asepticky ošetřuj okolí PŽK, denně (všeobecná sestra) (2)
- Prováděj záznam do ošetrovatelské dokumentace, denně (všeobecná sestra) (3)
- Kontroluj místo vpichu, denně (všeobecná sestra) (4)

Realizace:

28. 6. 2010 - 1. den hospitalizace

První den hospitalizace jsem pacientce zavedla periferní žilní katetr (PŽK) v souvislosti s operačním výkonem. Edukovala jsem pacientku o nutnosti zavedení a způsobech jak o PŽK pečovat. Každý den jsem prováděla aseptický převaz PŽK, kontrolovala jsem místo vpichu a veškeré informace jsem zapsala do ošetrovatelské dokumentace.

29. 6. 2010 – 1.7.2010 2. – 4. den hospitalizace

Další dny hospitalizace jsem opět prováděla aseptické ošetření PŽK, kontrolovala jsem místo vpichu, pátrala jsem po možných známkách zánětu. Informace o převazu jsem zaznamenala do ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení:

Cíl byl splněn úplně. Efekt byl úplný. U pacientky nedošlo ke vzniku infekce. Pacientka se naučila, jak o PŽK pečovat. Dodržovala všechny intervence.

6 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Bakalářská práce je určena především všeobecným sestřám, dále i porodním asistentkám, lékařským i nelékařským zdravotnickým pracovníkům, specialistům na obezitu a výživu, ale také pacientům s extrémní obezitou, jejich rodinám a laické veřejnosti. Tito všichni zde mohou najít důležité informace a podnětné rady, které mohou následně využít v běžném životě.

Doporučení pro sestry

- Samovzdělávat se v oblasti problematiky extrémní obezity
- Zlepšit komunikaci s pacienty trpící tímto onemocněním
- Uspokojovat bio – psycho – socio – spirituální potřeby pacientů
- Ke všem pacientům přistupovat holisticky
- Edukovat pacienty

Doporučení pro pacienty

- Aktivně vyhledávat informace
- Dodržovat všechna doporučení lékařů a všeobecných sester
- Pravidelně docházet do obezitologické ambulance
- Být v kontaktu s dietní sestrou
- Dodržovat zásady mentální hygieny

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo poukázat na to, jaké důsledky a komplikace mohou vyplynout z extrémní obezity, pokud ji člověk nezačne včas léčit a také poskytnout dostatek informací o dané problematice. Domnívám se tedy, že tohoto cíle se podařilo dosáhnout a poskytnout tak validní, ucelené, odborné a komplexní informace o dané problematice, srozumitelné nejen pro všeobecné sestry, porodní asistentky, dietní sestry, lékařské i nelékařské zdravotnické pracovníky, ale i pro laiky, širokou veřejnost a pacienty i jejich rodiny. Medicína jde neustále kupředu, proto se domnívám, že léčba extrémní obezity se bude i nadále rychle vyvíjet ve prospěch pacientů a bude znatelná.

V současné době má široká veřejnost dostatečné množství informací o obezitě ať už z odborných časopisů, novin tak i médií, besed, seminářů. Přesto si myslím, že je velmi důležité neustávat v aktivní edukaci nejen v rodině, ale i v mateřských, základních, středních a vysokých školách. Vést populaci ke zdravému životnímu stylu, aby došlo ke snížení zdravotních komplikací i důsledků onemocnění, snížení morbidit a mortality a v neposlední řadě i ke snížení finančních nákladů na léčbu nadváhy a obezity.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BOROŇOVÁ, J. 2010. *Kapitoly z ošetrovatelství I*. Praha : Maurea, 2010. ISBN 978-80-902876-4-8
2. ČIERNY, Michal. 2011. *Laparoskopická bandáž žaludku* [online]. [cit. 2011-03-26]. Dostupné z WWW: <<http://www.bandingklub.cz/bandaz-zaludku.phtml>>DOENGES, M., E.; MOORHOUSE, M., F. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha : Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0242-8
3. DOENGES, M., E.; MOORHOUSE, M., F. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha : Grada Publishing, 2001. ISBN 80 – 247 – 0242 - 8
4. GAJDÁSCOVÁ, J. 2010. Nadváha a obezita. *Sestra*, 2010, roč. 20, č. 4, s. 69. ISSN 1210-0404
5. HAINER, V. a kol. 2004. *Základy klinické obezitologie*. Praha : Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0233-9
6. HAINEROVÁ, I. 2007. Genetika a obezita. *Časopis 40+ MOJE GENERACE*, 2007, roč. V 26, č. duben - květen, s. 20-21. ISSN 1214-1453
7. JOBÁNKOVÁ, .M. a kol. 2006. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno : NCO NZO 2006. ISBN 80 – 7013 – 390 - 2
8. KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVIERIOVÁ, R. 1995a. *Ošetrovatelstvo 1*. Martin : Osveta, 1995. ISBN 80- 217-0528-0
9. KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVIERIOVÁ, R. 1995b. *Ošetrovatelstvo 2*. Martin : Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0
10. KŘIVOHLAVÝ, J. 2003. *Psychologie zdraví*. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-774-4.
11. MAREK, J.; KALVACH, Z.; SUCHARDA, P. a kol. *Propedeutika klinické medicíny*. Praha : Triton, 2001. ISBN 80- 7254-174-9
12. MÜLLEROVÁ, D. a kol. 2010. *Obezita – prevence a léčba*. Praha : Mladá fronta, 2010. ISBN 978-80-204-2146-3
13. NĚMCOVÁ, J.; MAURITZOVÁ, I. 2009. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací*. Praha : Maurea, 2009. ISBN 978-80-902876-0-0

14. PACOVSKÝ, V.; SUCHARDA, P. 2002. *Učebnice pro bakalářské a magisterské studium zdravotnických, paramedicínských a sociálních oborů*. Praha : Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0414-0
15. PAVLÍČKOVÁ, J. 2010. Fakta o jídle a zdraví. *Sestra*, 2010, roč. 20, č. 4, s. 68. ISSN 1210-0404
16. SVAČINA, Š. a kol. 2008. *Klinická dietologie*. Praha, Grada, 2008. ISBN 978-80.247-2256-6
17. SVAČINA, Š. a kol. 2006. *Metabolický syndrom*. Praha : Triton, 2006. ISBN 80 – 7254 – 782 – 8
18. TRACHTOVÁ, E. 2004. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno : NCO NZO, 2004. ISBN 80 – 7013 – 324 - 4
19. VOKURKA, M.; HUGO, J. a kol. 2004. *Velký lékařský slovník*. Praha : Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-037-2
20. ZELENKOVÁ, J. aj. 2002. *Příručka interní propedeutiky*. Praha : Triton, 2002. ISBN 80-7254-227-3
21. ZLOCH, Z. 2009. Některé specifické požadavky na výživu ve vyšším věku. *Interní medicína PRO PRAXI*, 2009, roč. 11, č. 3, s. 134 - 137. ISSN 1212-7299

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Barthelův test základních všedních činností	I
Příloha B - Numerická škála bolesti	II
Příloha C - Rozšířená stupnice Nortonové	III

Příloha A - Barthelův test základních všedních činností

(ADL – Activities of Daily Living)

Jméno pacienta:

Datum narození pacienta (věk):

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre*
1.	Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
2.	Oblékání	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
3.	Koupání	samostatně nebo s pomocí	5
		neprovede	0
4.	Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
		neprovede	0
5.	Kontinence moči	plně inkontinentní	10
		občas inkontinentní	5
		trvale inkontinentní	0
6.	Kontinence stolice	plně inkontinentní	10
		občas inkontinentní	5
		trvale inkontinentní	0
7.	Použití WC	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
8.	Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
		s malou pomocí	10
		vydrží sedět	5
		neprovede	0
9.	Chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
		s pomocí 50 m	10
		na vozíku 50 m	5
		neprovede	0
10.	Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
Celkem			

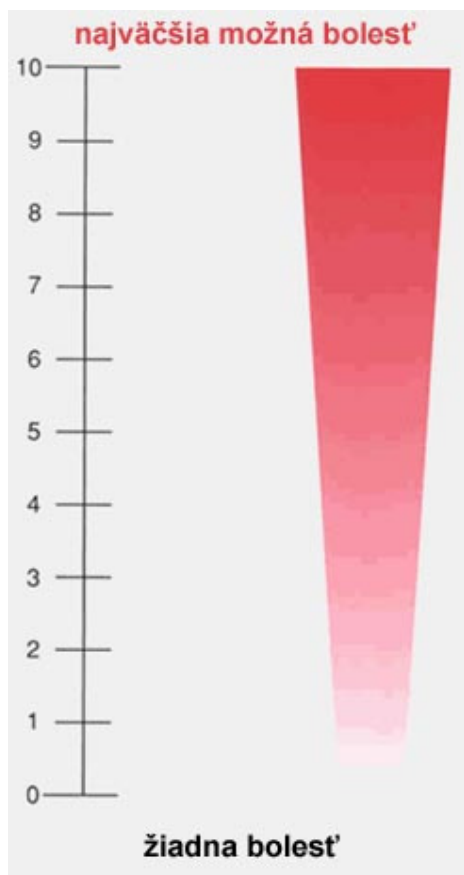
Hodnocení:	Závislost	Body
stupně závislosti**	ADL 4 - Vysoce závislý	0 – 40 bodů
	ADL 3 - Závislost středního stupně	45 – 60 bodů
	ADL 2 - Lehká závislost	65 – 95 bodů
	ADL 1 - Nezávislý	96 – 100 bodů

* zaškrtněte jednu z možností

** zaškrtněte stupeň závislosti dle výsledku

Zdroj: (TRACHTOVÁ, 2004, s. 23).

Příloha B – Numerická škála bolesti



Zdroj: Dostupné z WWW: <http://www.algmed.sk/intenzita.php>.

Příloha C - Rozšířená stupnice Nortonové

Rozšířená stupnice Nortonové									
		Věk	Stav kůže	Zvláštní rizika	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
4	úplná	do 10 let	normální	žádné	dobrý	bdělý	chodící, samostatný	úplná	kontinentní
3	malá	do 30 let	suchá, šupinatá	snížení imunity, horečka, diabetes mellitus	zhoršený	apatický	chodící s doprovodem	částečně omezená	občasná inkontinence
2	částečná	do 60 let	vlhká	sklerosis multiplex, obezita, anemie	špatný	zmatený	sedící na lůžku, v křesle	velmi omezená	inkontinence převážně moče
1	žádná	60 let +	alergie, porušená	onemocnění cév, kachexie, karcinom	velmi špatný	bezvědomí	ležící	žádná	inkontinence moče a stolice
									celkem
Riziko vzniku dekubitů		nízké (25 - 24 bodů)		střední (23 - 19 bodů)		vysoké (18 - 14 bodů)		velmi vysoké (13 - 9 bodů)	

Zdroj: Dostupné z WWW:

http://is.muni.cz/th/204417/lf_m/Priloha_c_1_Norton_stupnice.pdf.