

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

Komplexní zdravotnická péče o pacienta po tubulizaci žaludku

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

IVANA CHÁNOVÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

Praha 2012



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

Chánová Ivana
3. B VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 4. 4. 2011 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta po tubulizaci žaludku

Comprehensive Nursing Care of a Patient after Sleeve Gastrectomy

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

V Praze dne: 1. 9. 2011

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

Prohlášení

Prohláuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezentováním a postupným svěřením své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 30. 3. 2012

podpis

ABSTRAKT

Chánová, Ivana. Komplexní o-et ovatelská pé e o pacienta po tubulizaci flaludku. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupe kvalifikace: Bakalá (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská PhD., Praha 2012, 67 s.

Hlavním tématem bakalá ské práce je komplexní o-et ovatelská pé e o pacientku po bariatrickém výkonu. V teoretické ásti je uveden sou asný pohled na obezitu jako na nemoc, její p í iny vzniku a epidemiologie. Obezita jako nemoc vede k mnoha komplikacím, zejména zdravotním. Nemén závafné jsou i komplikace psychické, společenské a pracovní, které jsou p í inou psychosociálních problém obézních lidí. V bakalá ské práci je uveden p ehled sou asných mořností lé by obezity, jak konzervativní, tak zejména chirurgické, se zam ením na morbidní obezitu. V teoretické ásti jsou p edstavena úskalí p i poskytování o-et ovatelské pé e u morbidn obézních pacient a kapitola v novaná autorce o-et ovatelského modelu, Marjory Gordon.

Praktická ást je zam ena na komplexní o-et ovatelskou pé i o pacientku po tubulizaci flaludku, za pouřtí modelu Marjory Gordon formou o-et ovatelského procesu. Praktická ást práce obsahuje ambulantní ást p edopera ní p ípravy a ást léka skou. V ásti o-et ovatelské je uveden o-et ovatelský proces od p íjmu pacientky ařl po propu-t ní a sledování stavu pacientky v del-ím asovém úseku v poopera ním období.

Klí ová slova

Bariatrie. Komplikace obezity. Obezita. O-et ovatelská pé e. Psychika.

ABSTRACT

Chánová, Ivana. Comprehensive Nursing Care of a Patient after Sleeve Gastrectomy. The College of Nursing, Prague. Degree of study: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Jana Hlinovská PhD., Prague 2012, 67 p.

This thesis deals with comprehensive nursing care of a patient after bariatric surgery. In theoretical part, there is provided insight into obesity as an illness, its causes and its epidemiology. Obesity as an illness leads to many complications, especially of health character. The psychical complications, as those connected to social and work life, are no less severe than physical ones, and they are the cause of psychosocial problems of obese people. In this thesis, there is provided an overview of current conservative possibilities of proper nursing care of obese people, as these of surgery character, which are focused on morbid obesity. In theoretical part of the thesis, there are introduced difficulties of providing nursing care to morbid obese patients and also a chapter dedicated to the author of the nursing care model, Marjory Gordon, is included.

Practical part of the thesis focuses on comprehensive nursing care of a patient after sleeve gastrectomy using model of Marjory Gordon in form of nursing care process. Practical part of the thesis includes ambulatory part of pre-surgery preparation and medical part of it as well. In the nursing care part, there is included a nursing care process from reception to releasing of the patient and monitoring the conditions of the patient in after-surgery period.

Key words

Bariatry. Obesity complication. Obesity. Nursing Care. Psychics.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZ

ÚVOD.....	12
TEORETICKÁ ČÁST.....	14
1 NEMOC OBEZITA.....	14
1.1 Klasifikace obezity	15
1.2 Etiologie a epidemiologie.....	16
2 KOMPLIKACE OBEZITY	17
2.1 Zdravotní komplikace a rizika.....	17
2.2 Psychické komplikace a rizika	19
2.3 Společenské a pracovní problémy	21
3 TERAPIE	22
3.1 Konzervativní terapie.....	23
3.2 Chirurgická terapie	25
4 INDIKACE A KONTRAINDIKACE K BARIATRICKÝM VÝKONŮM.....	28
5 KOMPLEXNÍ PŘÍPRAVA NEMOCNÝCH K VÝKONU	30
6 OČEKÁVANÉ ODOBŔEČNÍ PÉČE	31
7 MODEL MARJORY GORDON.....	33

PRAKTICKÁ ÁST	34
8 KOMPLEXNÍ O ^{TE} ET OVATELSKÁ PÉ E O PACIENTKU PO TUBULIZACI fiALUDKU	34
8.1 Ambulantní ást p ípravy	35
8.2 Hospitalizace - léka ská ást	37
8.3 Hospitalizace ó o-et ovatelská ást.....	41
9 Zhodnocení o-et ovatelské pé e.....	60
9.1 Doporu ení pro praxi:	62
ZÁV R.....	66
Seznam poufíté literatury	67
P ílohy	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AA í í í .. alergická anamnéza

ADP..... arteria dorsalis pedis

AF í í í í arteria femoralis

AP í í í í arteria pedis

APPE í í .. appendektomie

AS í í í í ..akce srde ní

ASA í í í American Society of Anesteziologists

ATB í í í ..antibiotika

ATP í í í ..arteria tibialis posterior

BIA í í í ...bioelektrická impedance

BDK í í í ..bandáží dolních kon etin

BMI í í í .. body mass index (výpo et stavu výřivý z t lesné vý-ky a váhy)

BPD í í í ..biliopankreatická diverze

CA í í ícelková anestezie

Cl í í í í ..chloridy

CRP í í í ..C ó reaktivní protein

CT í í í í po íta ová tomografie

CfK í í í ..centrální řilní katetr

DEXA í í ..denzitometrie

DK í í í í dolní kon etiny

DM í í í ...diabetes mellitus

EKG í í í ..elektrokardiograf

FA í í í í farmakologická anamnéza

FF í í í í fyziologické funkce

FN í í í í ..fakultní nemocnice

G í í í í í ..glykemie

GA í í í í ..gynekologická anamnéza

GERD í í í gastroesofageální reflux

GIT í í í í gastrointestinální trakt

H TT í í í ..horní ást trávicího traktu

Hb í í í í ...hemoglobin

CHCE í í í cholecystectomie

ICHS í í í ..ischemická choroba srde ní

IM í í í í ...infarkt myokardu

i.m. í í í í ..intramuskulárn (do svalu)

i.v. í í í í ...intravenózn (do flíly)

JIP í í í í ..jednotka intenzivní pé e

K í í í í í .kalium

KO í í í í ..krevní obraz

KP í í í í ...kardiopulmonální

L ó SAGB í ..laparoskopická TMědská adjustabilní gastrická bandáž

LSG í í í í laparoskopická sleeve gastrectomie

MAO í í í ..monoaminoxidáza

MR í í í í ..magnetická rezonance

MS í í í í ..metabolický syndrom

NANDA í í ..North American Nursing Diagnosis Association

Na í í í í ..natrium

NL í í í í ..návykové látky

NT í í í í ..nutri ní terapeut

OA í í í í osobní anamnéza

P í í í í í .puls

PA í í í í ..pracovní anamnéza

P + VT í í ...p íjem a výdej tekutin

p. o. í í í í ..per os

PMK í í í ...permanentní mo ový katetr

PfK í í í í periferní filní katetr

RTG í í í ..rentgen

SA í í í í ..sociální anamnéza

SAGB í í í TM..Vědská adjustabilní gastrická bandáž

Sa O₂ í í í ..saturace arteriální krve kyslíkem

TBC í í í ...tuberkulóza

TEN í í í ...tromboembolická nemoc

TF í í í í ..tepová frekvence

TG í í í í ..triglyceridy

TK í í í í ..tlak krevní

TSH í í í ...tyreostimulující hormon

TT í í í í ..t lesná teplota

UZ í í í í ..ultrazvuk

VAS í í í ..Visual Analogue Scale (vizuální hodnotící škála)

VZP í í í ..Všeobecná zdravotní pojišťovna

WHO í í í ..Světová zdravotnická organizace

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZ

Asertivní í í í í í ..sebejistý

Aterogeneze í í í í ..vznik aterosklerózy

Bariatrie í í í í í ..od eckého slova bari (t flký), poufívá se k ozna ení chirurgické lé by obezity

Behaviorální í í í í týkající se chování

Douglas í í í í í í prostor v malé pánvi

Exponenciální í í í ..strmý

Holistické í í í í í ..celostní

Hyperandrogenismus ..zvý-ená hladina mufských pohlavních hormon a p íznaky vyplývající z jejich ú ink

Hyperestrogenismus ...zvý-ená hladina flenských pohlavních hormon

Hypogonadismus í í ..porucha funkce varlat

Infertilita í í í í í ..neplodnost

Kognitivní í í í í í poznávací

Komorbidity í í í í p idružené onemocn ní

Pandemie í í í í í ..celosv tová epidemie

ÚVOD

Téma bakalářské práce bylo vybráno z důvodu stále narůstajícího počtu lidí s nadváhou a obezitou nejen v České republice, ale i celosvětově. Světová zdravotnická organizace (WHO) prohlásila obezitu za pandemii 21. století (KASALICKÝ, 2011, s. 8).

Obezita je v současnosti velkou hrozbou a není jen výsadou takzvaného civilizovaného světa. Je jedním z fenoménů současnosti. Je spojena s nezdravým životním stylem, uspokojením, nepravidelnou, nevyváženou stravou. Ta je často nahrazována jídlem v rychlých občerstveních, kde lidé přijímají více energie, než vydávají, proto i v celé společnosti preferují sedavý způsob života.

Především mladá nastupující generace tomuto stylu dává přednost a vysedává u počítače. Zvednoují to množství se dobou a dosažitelností informací na internetu. Neuvědomují si, že s přibývajícím informacemi jim mnohdy přibývají i kilogramy na váze.

Zároveň s přibývajícím kilogramy přibývá i zdravotních rizik a komplikací a s tím spojené ekonomické náklady na léčení nemocí spojených s obezitou. S obezitou, zejména s morbidní, je zhoršeno kromě zdraví i společenské a pracovní postavení a s tím spojená kvalita života.

Obezita se stala pro mnohé, hlavně mladé dívky nepřítelem číslo jedna a z jejich snah o štíhlost se často vyvinou poruchy příjmu potravy. Jsou ale mezi námi i lidé, kteří si obezitu vypracovali z vlastní vůle a lidé, u kterých je obezita podmíněna například geneticky. Z těchto lidí se dříve i později stávají potenciální klienti interních, chirurgických, ortopedických, neurologických, ale i psychiatrických oddělení. Ohrožuje je diabetes, hypertenze, nemoci gastrointestinálního traktu (GIT), nemoci pohybového aparátu atd.

V bakalářské práci je představena konzervativní a chirurgická léčba morbidní obezity a hlavně ošetřovatelská problematika týkající se obezity. V úvodní kapitole je uvedena definice obezity jako nemoci a dále příčiny a rizika obezity. V dalších kapitolách je představena konzervativní terapie, druhy operací výkonů a specifika komplexní péče o morbidně obézní pacienty. V praktické části se práce zabývá komplexní ošetřovatelskou

pé í o pacientku po chirurgickém výkonu, který vy e-il její problém s morbidní obezitou. Praktická ást je vypracována za využití modelu Marjory Gordonové, metodou o-et ovatelského procesu, který se zabývá p ti kroky. V práci jsou pouffity o-et ovatelské diagnózy NANDA taxonomie I.

Cílem práce je zmapovat medicínskou a o-et ovatelskou problematiku a upozornit na nar stající nebezpe í vlivu obezity na zdraví lidí. Zam ít se na prevenci, neř na drahé e-ení obezity, která je v mnoha p ípadech ovlivnitelná zm nou řivotního stylu, snířením energetického p íjmu a zvý-ením výdeje energie.

Cílem praktické ásti je navrhnout individuální plán o-et ovatelské pé e za využití koncep ního modelu s ohledem na holistickou pé i.

TEORETICKÁ ÁST

1 NEMOC OBEZITA

„Obezita je chronické, metabolické onemocnění, charakterizované zvýšeným obsahem tlesného tuku v organismu. Podíl tuku v organismu je určen pohlavím, v kem nebo etnickým charakterem populace (KASALICKÝ, 2011, s. 8). Rozeznáváme dva typy tukové tkáně, tukovou tkáň podkožní a tukovou tkáň nitrobřišní, ta představuje významné riziko vzniku komplikací jak metabolických, tak kardiovaskulárních. Na základě rozložení a umístění tuku rozlišíme dva podtypy, typ gynoidní a typ androidní. Gynoidní typ se často vyskytuje u žen a je z hlediska výskytu metabolických komplikací méně nebezpečný. U androidního typu je tuk uložen nitrobřišní, centrálně a jak je již zmíněno je riziko vzniku komorbidit zvýšeno. Za normální je považován obsah tuku v organismu u žen v rozmezí 25 až 30 %, u mužů 20 až 25 %. Mezinárodní diabetická federace definuje centrální obezitu u Evropan obvodem pasu 94 cm u mužů a 80 cm u netohotných žen. Zvýšení obvodu pasu nad tyto hranice zvyšuje riziko metabolických onemocnění i u lidí, kteří mají BMI (Body mass index) v normě nebo v pásmu nadváhy (KASALICKÝ, 2011). Abdominální obezita zvyšuje i riziko úmrtí, toto riziko je výraznější u osob mladších a u osob s nižším BMI ve srovnání s osobami staršími a s vyšším BMI (HAINER et al., 2011).

Obezita je také sdružena s vyšším výskytem některých nádorových onemocnění, jako je karcinom prostaty, včetně gynekologických nádorů v etně zvýšeného rizika nádoru prsu u postmenopauzálních žen. Obezita představuje vyšší riziko pro nádory ledvin a trávicího traktu, zejména kolorektálního karcinomu. Obezita je také spojena s dalšími nemocemi trávicího traktu, kofními chorobami, syndromem spánkové apnoe, depresemi a zhoršenou reprodukcí u žen s poruchami cyklu (MILLEROVÁ et al., 2009).

Výskyt obezity v Evropě má vzestupný trend, ale v jednotlivých zemích je odlišný. Například ve Velké Británii je zvýšení výskytu mnohonásobné, naopak v České republice je kontinuální, a tudíž není tak markantní. Další skupinou jsou země, kde je výskyt relativně nízký, ale přesto stoupá, jsou to Francie, Německo, Švédsko a Finsko. Země na jihu Evropy trpí spíše výskytem diabetické obezity (HAINER et al., 2011).

1.1 Klasifikace obezity

Klasifikaci a zdravotní rizika vydala WHO v roce 1997 (Tabulka 1).

Měření obsahu tuku je velmi náročná metoda a neprovádí se rutinně. V praxi pro zjištění obsahu tuku používáme index tělesné hmotnosti BMI (Body mass index). BMI se vypočítá jako podíl tělesné hmotnosti v kilogramech a druhé mocniny tělesné výšky v metrech (KASALICKÝ, 2011, s. 14). Tato klasifikace ovšem nezohledňuje celou řadu aspektů, například i zvýšením podílu svaloviny se člověk dostane do pásma nadváhy nebo obezity i přesto, že obsah tuku může být normální.

Jak bylo zmíněno výše, měření obsahu tuku se neprovádí rutinně z důvodu nedostupnosti přístrojové techniky nebo cenové a časové náročnosti. V praxi jsou využívána jednodušší antropometrická měření, která spoívají v měření podkožního tuku kaliperem (Best v, SOMET). Je to metoda, při které je měřeno n kolik kožních mas na deseti různých místech těla. Další jednoduchou metodou je měření obvodu pasu běžným krejčovským metrem. Nejastěji používanou metodou je v současnosti bioelektrická impedance (BIA). Toto vyšetření je na principu změny bioelektrické vodivosti v závislosti na obsahu vody ve tkáních (obsah vody v tukové tkáni je nižší než v jiných tkáních). Dalšími metodami pro stanovení obsahu tuku jsou hydrodenzitometrie a DEXA (denzitometrie). „Princip hydrodenzitometrie vychází z nižší specifické hmotnosti tukové tkáně ve srovnání s beztukovou tělesnou hmotou. Výsledkem je denzita těla, která se vypočítá z hmotnosti na vzduchu, hmotnosti pod vodou a reziduálního plicního volumenu (MILEROVÁ et al., 2009, s. 128). „DEXA určuje množství kostní tkáně, tukuprosté tělesné hmoty i tukové tkáně (KASALICKÝ, 2011, s. 19). K určení obsahu tuku je možné využít i zobrazovacích metod ultrazvuku (UZ), počítačové tomografie (CT) a magnetické rezonance (MR). Poslední dvě jmenovaná vyšetření se využívají spíše výjimečně. CT vyšetření ohrožuje vyšetřovaného ionizujícím zářením a pro oba typy vyšetření je společná i jejich cenová náročnost

1.2 Etiologie a epidemiologie

Určitá příčina vzniku obezity je komplikovaná. V zásadě máme dvě příčiny, jsou to genetické vlivy a vlivy souasného životního stylu. Ob tyto příčiny se často kombinují.

„Obezita jako multifaktoriální podmíněná metabolická porucha vzniká v důsledku interakce genetických predispozic s faktory zevního prostředí. Změny tělesné hmotnosti jsou ve 40 až 70 % determinovány genetickými faktory. Genetické vlohy mohou náchylnost ke vzniku obezity bu snižovat (tzv. leptogenní geny), nebo naopak zvyšovat (tzv. obezigenní geny). Na etiopatogenezi běžné obezity se podílí několik genových variant (polygenní forma) v interakci s prostředím. K obezitám ryze geneticky podmíněným se řadí jednak mendelovské dědičné syndromy, jednak případy mutací jednoho genu, které se označují jako monogenní formy obezity (MILEROVÁ et al., 2009, s. 79). Na polygenní formě se podílí desítky možná i stovky různých genů. Monogenní forma je na základě mutace jednoho genu, jak je zmíněno výše. Vyskytuje se velmi vzácně a jedná se o tuto formu obezity, která zatím jifi v důství. Diagnostika se provádí komplikovaným genetickým vyšetřením a ti jedinci jsou ve sledování obezitologických center (KASALICKÝ, 2011).

Jak bylo zmíněno v úvodu Bakalářské práce, je závažnou příčinou vzniku obezity souasný životní styl, sedavý způsob života, přejídání, nepravidelná životospráva, stres, na který můžeme navázat některá z poruch příjmu potravy.

Mezi další příčiny řadíme i věk, pohlaví, mateství, etnické vlivy, vzdělání, ale i vstup do manželství. Obězních přibývá s věkem a nejvíce jich je mezi 50. a 60. rokem života. V populaci trpí obezitou spíše ženy, u kterých je i jednou z příčin mateství, nárůst je přibližně několik kilogramů na jedno mateství (http://sz.ordinace.cz/lekce_uvod.php?lekce=3).

Obezita není výsadou pouze rozvinutých zemí, ale je to celosvětově rozšířená onemocnění nejen dospělých, ale i dětí. Obezitou trpí na světě více lidí než podvýživou. Česká republika se řadí na první místa s prevalencí obezity 25,7 % u žen a 22,4 % u mužů. „Světová zdravotnická organizace prohlásila obezitu za globální epidemii a jeden z největších zdravotních problémů souasnosti (KASALICKÝ, 2011, s. 21).

2 KOMPLIKACE OBEZITY

Obezita je onemocnění samo o sobě a může být doprovázeno mnoha komplikacemi. S každým přibývajícím bodem na BMI jich přibývá. Tyto komplikace vedou ke zvýšení morbidity a mortality. Mezi nejzávažnější patří komplikace a rizika zdravotní, psychická, společenská a pracovní. Obezita zhoršuje kvalitu života obecně.

2.1 Zdravotní komplikace a rizika

K nejzávažnější zdravotním rizikům patří vznik metabolického syndromu (MS). Termín Metabolický syndrom byl poprvé vyjádřen v 80. letech 20. století americkým biochemikem Reavenem. Poslední definice MS je z roku 2009 (tabulka 2).

„MS je soubor typických rizikových faktorů, které se často vyskytují společně a vznikají velmi pravděpodobně na podkladě inzulínové rezistence. Přítomnost metabolického syndromu znamená na jedné straně riziko pro rozvoj předčasné aterosklerózy a následně kardiovaskulárních onemocnění vzniklých na jejím podkladě a na straně druhé riziko pro vznik diabetes mellitus 2. typu a některých častých nádorů. MS se tedy řadí mezi rizika pro rozvoj nemocí, které jsou nejčastějšími příčinami úmrtí v naší populaci (<http://www.cims-ops.cz/cz/uvod/>). MS je komplex zahrnující viscerální obezitu, hypertenzi, dyslipidemii a DM (diabetes mellitus). Diabetes mellitus s sebou nese další rizika vzniku komplikací jako je neuropatie, angiopatie, která může vést k amputacím končetin. Retinopatie může způsobit slepotu. Nefropatie vede k selhání ledvin s nutností dialýzy. Celkem je v souvislosti na metabolický syndrom vázáno asi 50 nemocí nebo příznaků.

Kromě zmíněných metabolických poruch je obezita často příčinou endokrinních poruch, do kterých řadíme například hyperestrogenismus, hyperandrogenismus u žen, hypogonadismus u mužů. Z kardiovaskulárních komplikací, je to hypertenze, ischemická choroba srdeční (IČS), arytmie, náhlá smrt a další. Vápnou respirační komplikací je spánková apnoe. Komplikace gastrointestinálního traktu (GIT) představuje především

náklonnost ke vzniku gastroezofageálního refluxu, hiátové hernie, steatózy jater a různé poruchy trávení. Gynekologické komplikace mohou způsobovat neplodnost v závislosti na hormonálních poruchách nebo komplikace v těhotenství a při porodu. Dalším závažným rizikem obezity je vznik nádorových onemocnění. Mezi nejčastější nádorová onemocnění v souvislosti s obezitou patří například gynekologické nádory vaječníku, prsu, děložního čípku. GIT je nejvíce ohrožen nádory kolorektálními, v urologii jsou nejčastější nádory prostaty a ledvin.

Obezita přináší problémy s klouby a celého pohybového aparátu. Obézní lidé také trpí kožními problémy, mohou to být například mykotická onemocnění, ekzémy a podle některých studií je MS spoluodpovědný za vznik psoriázy. Obezita je komplikujícím faktorem při chirurgických výkonech, (nejen bariatrických) spojených s anestezií, je zde riziko hojení operovaných ran per secundam, riziko TEN (tromboembolická nemoc) a mnoha dalšími (HAINER et al., 2011).

2.2 Psychické komplikace a rizika

S obezitou jsou spojeny i psychické problémy. Lidé, kteří mají problém s vysokou váhou často trpí depresemi, doprovázenými nízkým sebevědomím. Tento problém tvoří začarovaný kruh, nebo obeztní lidé z důvodu své deprese dále přispívají k úbytku potravy (<http://www.obezita-info.cz/rizika-obezity/>). Studie, zabývající se depresivní poruchou u lidí s obezitou se ve svých výsledcích liší. Lze říci, že obeztní trpí depresemi i lidé s normální váhou. Pravděpodobnost vzniku deprese závisí na stupni obezity (nejčastěji u obezity 3. stupně), na komorbiditách a schopnosti běžného fungování v životě. Takový člověk si vyvíjí, že nezvládá běžné pracovní činnosti, bývá smutný nebo naopak podrážděný a připadá mu, že je svému okolí na obtíž. Typickými příznaky deprese je nepřetržitě smutná a úzkostná nálada, negativní pohled na sebe, pocitu bezradnosti, pesimismu a bezmoci, sebeobviňování, ztráta smyslu života, zájmu o to, co mu bylo dříve příjemné. Nespavost nebo naopak ospalost, ztráta chuti k jídlu nebo přejídání a přibývání na váze. Ztráta energie, únava, nezáměr o sexuální život, podrážděnost, somatické příznaky jako je nauzea, bolesti hlavy, žaludku. Deprese může vyústit až v sebevraždě myšlenky a pokus o sebevraždu (KASALICKÝ, 2011). Při léčbě depresí je velmi důležité volit vhodná antidepresiva a psychofarmaka. Atypická neuroleptika vyvolávají často vzestup hmotnosti a po vstupu antidepresiv se tloušťka. Pro obeztní s depresí jsou nejvhodnějšími antidepresivy bupropion, inhibitory MAO (monoaminoxidáza) a tianeptin. Jsou to látky, které podporují zpětné vychytávání serotoninu. V moderní léčbě je více užíváno kombinací s antiepileptiky, tyto kombinace ale mohou vyvolat metabolický syndrom. Podle řady studií je nepochybné, že deprese je nezávislým rizikovým faktorem aterosklerózy, kardiovaskulárních příhod, zejména infarktu myokardu (IM).

Deprese může být vyvolána i při snižování hmotnosti při užívání antiobezitik a některá antiobezitika se nesmí kombinovat s antidepresivy (MILEROVÁ et al., 2009). Mezi nejznámější antiobezitika patří například Adipex, který působí celkově a může dojít ke vzniku závislosti. Tento přípravek je pouze na lékařský předpis. Dále, ale volně prodejným antiobezitikem je například Alli, který působí pouze místně, ve střevě. Tento přípravek má minimum kontraindikací.

Psychické problémy mohou mít pacienti i po bariatrické operaci, dříve jejich vzniku je n kolik. Pacienti po operaci jsou zklamáni, že efekt nenastal tak rychle, jak si představovali, cítí se podvedeni. Dostaví se stres, a co d lat, když byl před operací zvyklý ho „zajíst“? Po operaci to v t-inou není možné. Proto by si měli pacienti najít jinou innost, která uklid ující ú inek jídla nahradí. Další p í inou psychických potíží m že být i nespokojenost se vzhledem vlastního t la. Po velké redukci hmotnosti se zm ní nejen tvar t la, ale dochází i ke kosmetickým zm nám jako je prov -ení k že na pažích, stehnech, b i-e. Nespokojenost s vlastním t lem m že mít i hlubší ko eny. Při psychických problémech je vhodná terapie psychologa nebo psychiatra (KASALICKÝ, 2011). „Osvojit si v rámci vhodné psychoterapie asertivní (sebejistý) zp sob jednání je jedno z východisek, jak se vyrovnat se sníženou sebejistotou, pok iveným sebepojetím a p edcházet psychickým potíží m (http://www.obesity-news.cz/?pg=uvod&id=320).

2.3 Společenské a pracovní problémy

Obezita představuje komplexní sociálně - ekonomický problém a má jednoznačně negativní vliv na ekonomiku. Obezita má dopad na státní rozpočet, rostou výdaje ve zdravotnictví a to exponenciálně. Ovlivňuje ve velké míře rozpočty zdravotních pojišťoven. I ze zmíněných důvodů je zařazení obézních lidí do pracovního procesu mnohdy obtížné. Řada zaměstnavatelů u těchto lidí předpokládá nižší pracovní výkonnost, větší absenci, i větší náklady v souvislosti s pracovní neschopností. V mnoha oborech jsou preferováni lidé, kteří budou firmu reprezentovat svým zevnějškem. To v praxi mnohdy znamená zúženou možnost výběru povolání zaměstnání. To, jak obézní lidé vypadají, ovlivňuje nejen možnost výběru zaměstnání. Mohou mít také problémy v mezilidských vztazích. Není nic ojedinělého, když se u lidí trpících nadváhou objeví pocit viny, nedostatek sebevědomí, postupný pocit izolace. Problémy s postavou se mohou také odrazit ve společenských kontaktech, když se může objevit snaha vyhnout se situacím, jako jsou různé oslavy, rodinné sešlosti. Důsledkem psychických problémů bývá i snížený sexuální zájem, což má neblahý vliv na partnerské vztahy.

Celkově mají obézní lidé zhoršené možnosti uplatnění ve společnosti, zaměstnání i partnerském životě. Z toho vyplývá i jejich pocit diskriminace. Obézní lidé jsou diskriminováni v mnoha oblastech života. Bohužel i zdravotníci se na tomto stavu často podílejí. Mnohdy obézním nemocným dáváme najevo svou nelibost, když jsou z nějakého důvodu odkázáni na péči personálu a musíme s nimi manipulovat. V závislosti na věku diskriminujících partnerů obézní lidé často trpí depresemi a významně se snižuje kvalita jejich života (HAINER et al., 2011).

3 TERAPIE

Léčba obezity je multioborová. Je dle léčitá spolupráce obezitolog , endokrinolog , internist , pediatr , nutričních terapeut , dietolog , psycholog , psychiatr , fyziatr , praktických lékařů a dalších pracovníků v různých klubech a centrech (HAINER et al., 2011). Smysl léčby obezity dává ten fakt, že komorbidity jenž jsou dle sledky obezity jsou z velké části reverzibilní, to znamená, že zdravotní rizika se sníží s redukcí hmotnosti. „Nelze proto ponechávat obézního pacienta na pospas jeho samoléčebné iniciativy a vlivu atraktivních reklam s vdečky neovládanými přípravky“ (<http://www.bandingklub.cz/obezita.phtml>). Předpokladem úspěšné léčby obezity je dostatečná motivace pacienta k léčbě. Nejčastěji bývá pacient k léčbě motivován ze zdravotních, společenských a estetických důvodů. Velkou roli zde hraje praktický lékař, který by měl posilovat motivaci pacienta k léčbě zejména ze zdravotních důvodů (Hainer, 2003). Základním cílem při léčbě je zhodnotit jídelní chování, životní styl, konkrétní jídelní ek, nalézt rizikové potraviny a časnou intervencí dosáhnout prevence komplikací a dlouhodobě udržet stabilní hmotnost (Pařízková, Lisá et al., 2007).

Na vzniku obezity se podílí mnoho faktorů, některé ovlivnitelné nejsou, jiné jsou zcela v rukou samotného jedince. Léčba obezity je zcela individuální.

Podle prof. Hainera (2003) musí být terapie obezity komplexní a má zahrnovat nízkenergetickou redukční dietu, pohybovou aktivitu a změnu životního stylu. Tento léčebný režim je možné v indikovaných případech doplnit farmakoterapií nebo chirurgickou léčbou.

MUDr. Millerová upozorňuje na to, že jestliže se obezita rozvine, jde již o celoživotní onemocnění. I když se podaří snížit hmotnost, je nadále dispozice návratu k akumulaci tělesného tuku. Na léčbu obezity je nejúčinnější dosaženou váhovou redukcí udržet. Proto je třeba pacientovi vysvětlit, že jde o celoživotní změnu návyků v oblasti výživy, fyzické aktivity a duševní hygieny. Je nezbytné, aby lékař pacienta informoval a poučil, co je reálné, jaké zdravotní výhody i rizika představují jednotlivé strategie léčby, korigoval pacientovi často nereálné představy a vysvětlil, že bez dlouhodobé aktivní spolupráce nemůže být žádná léčba úspěšná.

3.1 Konzervativní terapie

Základem konzervativní terapie obezity je n kolik na sebe navazujících a prolínajících se sm r . Pro kařkého pacienta jsou individualizovány v závislosti na BMI a komorbiditách.

Nej ast ji se lé ba zahajuje nastavením stravovacího režimu. Jak je jifl uvedeno, jiný bude nastaven u osob v pásmu nadváhy, t mto lidem je doporu ena zm na ve stravovacích návycích a zvý-ení pohybové aktivity. Jiný režim bude nastaven v r zných pásmech obezity. Základem je omezit energetický p íjem z tuk , tak, aby tvo ily 30% celkové energie, up ednostnit nenasycené mastné kyseliny. Zvý-it p íjem ovoce, zeleniny, celozrnné obiloviny, lu-t niny, o echy, semena. Omezit p íjem jednoduchých sacharid a soli. Strava musí být vyvářená, plnohodnotná, a musí obsahovat ve-keré fliviny, které organismus pot ebuje. Doporu uje se jíst pravideln 5x denn men-í porce. Velmi d leflitý je pitný režim s vylou ením slazených nápoj , doporu uje se neperlivá voda a neslazené bylinné nebo ovocné aje. Je d leflité pacienty motivovat a podporovat, protože po po áte ních úsp -ích a p í stanovení mnohdy nereálných cíl pacienta, m fle dojít k jo ó jo efektu, to znamená, fle se pacient vrátí zp t ke svým p vodním zvyklostem a nabere zpátky své kilogramy a v t-inou i n co navíc.

K dietnímu režimu neodmysliteln pat í i fyzická aktivita. Charakter, intenzitu a dobu trvání je t eba volit s ohledem na v k, stupe obezity a p ítomnost komplikací. Se zvý-ením mnofství pohybové aktivity se zvyšuje i celkový energetický výdej. Po redukci váhy dietním režimem má pohybová aktivita st flejní roli pro udržení dosařeného hmotnostního úbytku (Hainer, 2004).

Kognitivn behaviorální terapie je typ lé by, kdy terapeut pomáhá pacientovi, aby si uv domil sv j zp sob zkresleného my-lení a dysfunk ního jednání. Mezi behaviorální faktory pat í nep im ený p íjem jídla, výb r nevhodného jídla, nesprávná skladba jídla, nevhodný režim jídla, nevhodný pitný režim, fládná nebo nevhodná pohybová aktivita. Tato terapie vyuffívá k p evedení pacienta jeho kognitivních (poznávacích) schopností. P ístup je individuální, je zam en na v-echny oblasti flivota pacienta, které by se m li zm nit. Identifikují se problémy, stanovují se cíle a lé ebný plán. Nedílnou sou ástí je edukace. Terapie pouffívá r zné techniky, je to technika sebekontroly, sebezpozorování, aktivní kontrola

podnět, sebeposilování, technika kontrolující samotný akt jení, kognitivní techniky, relaxační techniky (<http://www.stob.cz/odborne-clanky-psychotherapie/kognitivne-behavioralni-terapie-obezity>).

V roce 2004 říká prof. Hainer, že farmakoterapie nastupuje, pokud selhaly předchozí možnosti léby. V roce 2011 již prof. Kasalický říká, že by farmakologická léčba měla být vždy součástí komplexní léby. K léčbě obezity je k dispozici omezené množství léků, mechanismus jejich působení lze rozdělit na léky vyvolávající pocit nasycení a tlumící pocit hladu, léky zvyšující výdej energie a léky snižující vstřebávání tuku ve střevě.

3.2 Chirurgická terapie

Chirurgická léčba obezity se nazývá bariatrie, tento název pochází od řeckého slova „bariō (třítý). Cílem bariatrie je léčba nebo prevence komplikací obezity.

První výkony v chirurgické léčbě obezity byly provedeny v 50. letech 20. století v zahraničí. „V roce 1993 provedl kolektiv 1. Chirurgické kliniky a 1. LF UK v Praze provedením prof. MUDr. Frieda jako první na světě gastrickou bandáž laparoskopicky (KASALICKÝ, 2011, s. 57). Bariatrická chirurgie vyvíjí ověřené a bezpečné metody, díky nimž se daří snížit hmotnost u třetiny obézních lidí, kterým konzervativní léčba nedokázala pomoci. Přínos operativní léčby obezity spočívá především v tom, že se výrazně potlačí nebo úplně vyloučí komorbidity. Například u 90 % morbidně obézních pacientů po operaci dojde ke zlepšení nebo vymizení cukrovky (Beo, 2004). Bariatrická chirurgie prokázala, že je nejúčinnější způsob léčby pacientů s 2. stupněm obezity a s tím, který z onemocnění přidružených k obezitě, i se 3. stupněm i bez dalších komorbidit. Po bariatrické léčbě dochází u mnoha onemocnění k jejich výraznému zmírnění, i úplnému vymizení. „Bariatrická chirurgie se stala nedílnou součástí komplexní léčby třetiny obézních nemocných (MILLEROVÁ et al., 2009, s. 221). Bariatrické operace se provádějí klasicky i laparoskopicky, v současnosti převládají výkony laparoskopické. Nejčastěji se v bariatrii vyvíjejí bandáž žaludku a tubulizace žaludku k omezení energetického příjmu restrikcí a metody kombinované (Roux-Y žaludeční bypass) (KASALICKÝ, 2011).

Mezi chirurgické výkony sice následující metoda nepatří, ale je indikována jako příprava před bariatrickým výkonem u vysoce rizikových, extrémně obézních nemocných na dobu 3 - 6 měsíců. Je to metoda intragastrického balonu, kdy je do žaludku gastrokopicky zaveden silikonový balon o objemu cca 500 ml. Balon se po zavedení naplní vzduchem nebo lépe fyziologickým roztokem. Je vhodné tento roztok označit metylénovou modří. Vzhledem k tomu, že modř je vyloučena močí, při eventuálním prasknutí pacient tuto skutečnost zaznamená a musí okamžitě kontaktovat svého lékaře. Je ohrožen komplikací ve smyslu ileózního stavu nebo ischemií stěny žaludku s možností perforace nebo gastritidy (HALUZÍK et al., 2009).

Bandáž flaludku je zmenění objemu flaludku a tím snížení jeho kapacity manfletou do tvaru nesymetrických přesypacích hodin. Máme dva typy manflet, adjustabilní a do podkoffí je zaveden port, pomocí kterého se dá manfleta nastavovat a neadjustabilní, fixní. První adjustabilní bandáž flaludku byla provedena v roce 1985 ve Švédsku, v názvu této metody se používá označení Švédská. Pacient přijímá menší množství potravy, ze které se v GIT stráví všechny živiny a není třeba jejich dohrazování. Je velmi důležité, aby pacient spolupracoval a dodržel doporučená opatření, jak stravovací tak i fyzickou aktivitu. Při dodržování se váhový úbytek za 5 a více let pohybuje kolem 30-40 kg (MILEROVÁ, et al., 2009). Tento výkon je vratný.

Tubulizace flaludku (sleeve gastrectomy) je v podstatě resekce flaludku podél velkého zakřivení se zónou produkce tzv. hladových hormonů. Zbýlý flaludek má podobu trubice o objemu 80 až 120 ml. Na rozdíl od bandáže flaludku je tento výkon nevratný.

Biliopankreatická diverze (BPD) je operativní výkon, při kterém se odstraní 70% flaludku, aby se omezila možnost požívání velkých porcí potravy najednou. Na zbytek flaludku se napojí přešité tenké střevo, aby se umožnilo odvádění potravy dál do trávicího traktu. Tato část tenkého střeva se nazývá exkludovaná, „alimentární“ klička, která se asi 100 cm před koncem tenkého střeva spojí s tzv. biliopankreatickou kličkou. Ta přivádí z oblasti dvanáctníku především žlučové kyseliny a pankreatické enzymy. V exkludované kličce dochází pouze k nepatrnému trávení potravy. K plnohodnotnému trávení dochází teprve potom, co se obě kličky spojí ve společnou. Potrava je tedy trávena pouze ve 100 cm úseku společné kličky tenkého střeva. Důsledkem této operace je sice váhový úbytek, nejvíce u všech bariatrických výkonů, ale je zde také nejvyšší stupeň malabsorpce. Pacient má několikrát denně řídké stolice, trpí nadýmáním a plynatostí. Musí až do konce života docházet na pravidelné kontroly metabolického stavu pro riziko malnutrice, anemii, poruchy metabolismu kostní tkáně. Doplňovat se také musí minerály a vitamíny (MILEROVÁ et al., 2009).

Metoda kombinovaná (Roux-Y flaludková bypass), znamená, že tento výkon má jak restriktivní úroveň, tak i malabsorpční. Výkon spočívá ve zmenění flaludku, je ponechán jen velmi malý pouch, zbylý flaludek se ponechává v dutině břišní, tzv. in situ. Tato část je restriktivní, pacient může přijímat jen velmi malé množství potravy. Část malabsorpce spočívá ve vynechání kličky jejunum z pasáže (HALUZÍK et al., 2009).

Ve stadiu klinických zkoušek a experimentálních studií je gastroplikace, ileální interpozice, intraluminální sleeve a další metody. Jejich dlouhodobý efekt zatím není znám. Poslední dva jmenované výkony při experimentech velmi významně ovlivnily výskyt diabetu, došlo k jeho vymizení.

„Ileální interpozice je dvojí přerušení kontinuity ilea a nařezání asi 50 cm ilea hned za duodenum a obnovení průchodnosti. Trávenina prochází z duodena do ilea a dále přes jejunum do ileocekálního spojení. Při tomto výkonu není odstraněna žádná část střeva a není proveden ani bypass. Při experimentu v roce 2009 došlo u nemocných po tomto výkonu významně k vymizení diabetu.

Intraluminální sleeve je zakotvení igelitové trubice v duodenu a omezení kontaktu tráveniny se stěnou dvanáctníku a horní části tenkého střeva. I po tomto výkonu diabetes mizí (KASALICKÝ, 2011, s. 106).

Na bariatrické operace po velké redukci hmotnosti navazují plastické operace. Upravují velké koflíkové výsivy na břiše a končetinách. Tyto operace působí nejen na psychiku pacienta, ale jsou prováděny i ze zdravotních důvodů, protože pod koflíky mohou docházet k opruzeninám a vzniku mykóz (HALUZÍK et al., 2009).

4 INDIKACE A KONTRAINDIKACE K BARIATRICKÝM VÝKONM

Indikace pacient k bariatrickým výkonům probíhá na základě multidisciplinární spolupráce specialistů, zabývajících se léčbou obezity nebo jejích komplikací. Na indikaci se podílí bariatrický chirurg, internista, obezitolog nebo diabetolog, psycholog, eventuálně specialisté v oborech ortopedie, kardiologie, neurologie a nutriční specialisté.

K výkonům jsou indikováni morbidně obézní pacienti s BMI vyšším 35 nebo vyšším 40, u nichž selhala konzervativní léčba a hrozí riziko komplikací nebo se již projevila onemocnění. K bariatrickým výkonům jsou nejčastěji indikováni pacienti s diabetes mellitus 2. typu, s obezitou související hypertenzí a kardiomyopatií, hyperlipidemií, spánkovou apnoe, osteoartrózou kolenního nebo kyčelního kloubu, vertebrogenními obtížemi, fleny s močovou inkontinencí a infertilitou.

Pacient se musí na základě opakovaných rozhovorů s operátorem sám rozhodnout, zda s výkonem souhlasí nebo ne. Chirurg pacientovi vysvětlí princip výkonu, seznámí s riziky i nutností další spolupráce se jmenovanými specialisty i v pooperačním období. Pacient na tato sezení v předoperačním období dochází opakovaně. Velmi důležitá je psychologická příprava. Záleží na vyjádření psychologa, který posoudí, jestli bude pacient v pooperačním období spolupracovat a pokračovat v reflu. Stejně je motivace a dobrovolnost. Pacient nesmí být k výkonu nucen lékařem ani např. rodinou nebo spolupracovníky.

Bariatrické operace jsou doporučovány morbidně obézním ženám, které mají problémy s početím. Je prokázáno, že po redukci hmotnosti se ženám podaří otěhotnět a bez komplikací těhotenství dokončit i porodit. Naopak morbidně obézní ženy mají často komplikace.

U morbidně obézních pacientů ve věku nad 55 let je indikace bariatrického výkonu individuální. Dávám jsou rozvinuté a často ireverzibilní změny i komorbiditách. K bariatrickým výkonům ve vyšším věku se přidává z důvodu zvýšení kvality života.

V současnosti stále přibývá i obézních dětí a dospívajících. U dětí je bariatrický výkon kontraindikován. Dospívající obézní jsou indikováni pouze tehdy, když selhaly všechny konzervativní metody a je dokončená. Tito pacienti jsou operováni ve specializovaných centrech.

Hlavní kontraindikací jsou vážné psychické poruchy ve smyslu psychóz, afektivní poruchy, alkoholismus, drogová závislost, mentální retardace, hiátová hernie a gastroesofageální reflux (GERD). Další kontraindikace je kontraindikace anestezie z důvodu přítomnosti onemocnění ohrožující pacienta na život, jako jsou hypertenze nereagující na léčbu, systémové choroby, poruchy imunity, selhávání životně důležitých orgánů, nereagující na léčbu, malignita, gravidita, hormonální podmíněná obezita a další běžné kontraindikace anestezie.

Kontraindikováni jsou i pacienti, kteří se ještě nepokusili snížit hmotnost konzervativními metodami. Nespolupráce pacienta patří také do této skupiny. Kontraindikováni jsou i pacienti, které nedoporučil psycholog a dále, jak je zmíněno výše (KASALICKÝ, 2011).

5 KOMPLEXNÍ P ÍPRAVA NEMOCNÝCH K VÝKONU

P edopera ní p íprava pacienta indikovaného k bariatrickému opera nímu výkonu se v základ neli-í od p edopera ní p ípravy k jinému opera nímu výkonu v dutin b i-ní. Pacientovi je odebrána podrobná anamnéza, jsou mu provedeny odb ry na laboratorní vy-et ení, EKG, RTG hrudníku, eventueln spirometrie, p edanestetické vy-et ení.

To, v em se li-í od b fné p edopera ní p ípravy jsou opakované pohovory s bariatrickým chirurgem, které mají edukativní charakter. Indika ní pohovory se specialisty v oboru internista obezitolog nebo diabetolog, psycholog, nutri ní terapeut nebo dietolog a dal-í specialisté podle druhu p idruhlených onemocn ní. Pacient v rámci p ípravy musí mít proveden ultrazvuk (UZ) b icha k vylou ení cholelithiázy nebo cholecystolithiázy a ur ení velikosti levého jaterního laloku. Nedílnou sou ástí p edopera ního vy-et ení v bariatrii je endoskopické vy-et ení GIT k vylou ení v edové choroby gastroduodena, malignity, hiátové hernie a refluxní choroby jícnu (GERD).

Pacient s podez ením na spánkové apnoické pauzy je odeslán k polysomnografii (KASALICKÝ, 2011).

„P edopera ní p íprava tedy zahrnuje posouzení celkového zdravotního a výživového stavu, vysv tlení zm n ve stravování, nezbytných po operaci, úpravu lé by doprovázejících onemocn ní s cílem snížit riziko chirurgického výkonu, posouzení motivace pacienta a ochoty ú astnit se dal-ího sledování, kontrolu úplné informovanosti pacienta o výhodách, d sledcích a rizicích výkonu a pot eby celofivotního sledování, kontrolu pacientova náhledu na mofné výsledky operace, kontrolu poskytnutí informovaného souhlasu, zahrnujícího prohlá-ení o rizicích výkonu a p íjetí behaviorálních úprav flivotního zp sobu a sledování (M LLEROVÁ et al., 2009, s. 231).

„Je prokázáno, fle ádn vedená p edopera ní edukace významn p íspívá jak k lep-í poopera ní spolupráci nemocného, tak i ke zkrácení hospitalizace (M LLEROVÁ et al., 2009, s. 230).

6 OĚT OVATELSKÁ PĚ Ě

OĚt ovateLSká pĚ ě u pacient ů po bariatrických vĚkonech s vysokým BMI se v zásad ě nelíí a není náro n jí ve srovnání s oĚt ovateLSkou pĚ í u pacient ů s normální váhou. K bariatrické operaci jsou indikováni pacienti mladího vĚku bez závaĚných komorbidit. Jejich hospitalizace je krátká a po ítá se na dny. Po bariatrickém vĚkonu, který se v tĚinou provádí laparoskopicky se pacienti cítí dob ě a jsou asn ě, jifl ěst hodin po operaci vertikalizováni. Od 1. poopera ního dne rehabilitují a jsou velmi brzy sob ěta ní.

Nesrovnateln ě náro n jí je oĚt ovateLSká pĚ ě o morbidn ě obězní pacienty ve vĚech medicínských oborech v závislosti na jejich komorbiditách a p í in ě vzniku hospitalizace. Pokud je p í ina náhlá, nap ě úraz, dopravní nehoda nebo jakákoliv akutní zm ěna zdravotního stavu, za ínají mnohdy obtíĚe jifl u samotného p ěvozu do zdravotnického za ízení. Jsou p ípady, kdy se musí zajistit speciální sanitní v ěz. Na p íjem takového pacienta musí být p ípraveno í jakékoliv zdravotnické za ízení svým technickým vybavením, nap ě by m ěly být k dispozici l ífka s vyí nosností.

PĚ ě o tyto pacienty je asi nejnáro n jí na jednotkách intenzivní pĚ ě. Pokud je takový pacient na um ělé plicní ventilaci (UPV) je ohroĚen mnoha riziky. Krom ě rizika jako je ventilátorová pneumonie a TEN, jsou to hlavn ě rizika týkající se kvality oĚt ovateLSké pĚ ě. Je to riziko vzniku dekubit ů, riziko vzniku infekce invazivních vstup ů jako je centrální íilní katetr (CfK), periferní íilní katetr (PfiK), arteriální katetr, permanentní mo ový katetr (PMK), riziko vzniku infekce v míst ě chirurgické rány, pokud je pacient operován. N ě která z t ěchto rizik se dají ovlivnit kvalitní oĚt ovateLSkou pĚ í, je to p ědevím riziko vzniku dekubit ů. Tyto pacienty je nutné polohovat a to je velmi náro ěné pro oĚt ovateLSký personál. Morbidn ě obězní pacienti po chirurgických vĚkonech jsou ohroĚeni infekcí v míst ě chirurgického vĚkonu. Z d ěvodu vysoké vrstvy podkoĚního tuku se rány ěsto hojí per secundam, toto hojení je velmi zdlouhavé a vyĚladuje pouĚívání materiál ů pro moderní hojení ran a tím navýění finan ěních ěstek vynaloĚených na tyto materiály. Samoz ějm ě i pro tyto pacienty platí výě zmín ěná rizika. Velmi náro ěná jak pro pacienta, tak i pro oĚt uující personál je í asná vertikalizace po operaci, kdy m ěle hrozit í riziko pádu.

S pacienty s vysokým BMI se můžeme setkat nejen v chirurgických oborech, ale i na interních odděleních kde jsou léčený jejich přidružená onemocnění jako je DM, hypertenze a další komplikace obezity, na kožních odděleních s bérčovými vředy a dalšími nemocemi kůže.

Tento pacient bychom měli v závislosti na jejich celkovém zdravotním stavu, podle akutních obtíží, nabídnout edukaci nutričního terapeuta, který by je edukoval o správné výživě a potřebě změny životního stylu.

Samozřejmě by mělo být dodržování všech zásad komunikace od všech členů zdravotnického personálu.

Tato kapitola by se dala shrnout do vět: ošetřovatelská péče o obezní pacienty, zejména morbidně obezní, je velmi náročná.

7 MODEL MARJORY GORDON

„Marjory Gordon se vnuje výzkumu v oblasti o-et ovatelských diagnóz a plánování o-et ovatelské pé eš (PAVLÍKOVÁ, 2006, s. 99). Model Marjory Gordon pat í mezi modely interpersonálních vztah . Autorka p í vývoji modelu vycházela z holistické a humanistické filozofie, z koncepce hodnocení McCana a Smitha, model zdraví a o-et ovatelských model a teorií r zných autorek. Tento model je výsledkem grantu, který v 80. letech 20. století financovala americká vláda.

Zdravotní stav lov ka je vyjád ením bio ó psycho ó sociální interakce. P í kontaktu s pacientem sestra identifikuje funk ní nebo dysfunk ní vzorce zdraví. Vzorce jsou úseky chování v subjektivní a objektivní podob . M. Gordon uvádí 12 funk ních vzorc zdraví. Tyto vzorce obsahují vnímání, udržování zdraví, vříviv, metabolismus, vylu ování, aktivitu, cvi ení, spánek, odpo inek, citlivost (vnímání), poznávání, sebepojetí, sebeúctu, role, vztahy, reprodukce, sexualitu, stres, zát flové situace a jejich zvládání, víru nebo jiné flivotní hodnoty. Pokud jsou tyto vzorce dysfunk ní, stanovujeme o-et ovatelskou diagnózu a provádíme dal-í kroky o-et ovatelského procesu.

Tento model je nejkomplexn j-í, ale je vhodná kombinace s jiným o-et ovatelským modelem nebo teorií (PAVLÍKOVÁ, 2006).

V praktické ásti Bakalá ské práce bude pouflita metoda o-et ovatelského procesu, která se zabývá p ti kroky.

Posuzování ó o-et ovatelská anamnéza dle M . Gordon

Diagnostika ó stanovení o-et ovatelských diagnóz

Plánování

Realizace

Hodnocení

PRAKTICKÁ ÁST

8 KOMPLEXNÍ O-ET OVATELSKÁ PÉ E O PACIENTKU PO TUBULIZACI FLALUDKU

V praktické ásti bude uvedena komplexní o-et ovatelská pé e o pacietku po tubulizaci flaludku, od ambulantní p ípravy po propu-t ní a následné sledování vývoje stavu této pacientky v del-ím asovém úseku. O-et ovatelská ást bude dopln na i o ást léka skou, aby obraz pé e byl ucelený. Sledování pacientky za ínám ve fázi ambulantní p ípravy k bariatrickému výkonu. Lé ebnou a o-et ovatelskou pé i jsem s týmem neléka ského i léka ského personálu provád la ve dnech 22. 9. 2010 - 28. 9. 2010 od 8,50 do 10,00 hod. O-et ovatelskou anamnézu jsem vypracovala podle modelu Marjory Gordon. Po posouzení a vyhodnocení jsem stanovila o-et ovatelské diagnózy a navrhla plán o-et ovatelské pé e, který jsem dle aktuálního stavu a pot eb pacientky p ehodnocovala a aktualizovala. Na realizaci intervencí se podílel celý o-et ovatelský tým.

Po propu-t ní pacientky do domácího lé ení jsem i nadále s pacientkou spolupracovala a sledovala vývoj jejího stavu. Jak se vyrovnávala se zm nou flivotního stylu a zda v-echna doporu ení dodrřovala.

8.1 Ambulantní část p ípravy

Pacientka v rámci p ípravy k operaci byla objednána ke specialist m, zabývajícími se lé bou morbidní obezity a jejích komplikací, jak bylo uvedeno v teoretické ásti práce. Samoz ejmostí p ípravy bylo provedení základních p edopera ních vy-et ení.

Z léka ské ambulantní dokumentace ó p edopera ní vy-et ení.

Dg. E669 (Obezita zp sobená nadm rným p íjmem kalorií)

27. 4. 2010 **Bariatrická poradna**

Pacientka do poradny odeslána praktickým lékařem. Obézní od d tství, u obezitologa v pé i byla, v roce 2006 vážíla 165kg, BMI 61, byla provedena L-SAGB, poté redukce hmotnosti, nyní jífl redukce nepokra uje, spí-e p íbírá. Nyn jí váha 137kg, vý-ka 165cm, BMI 50. Vzhledem k tomuto stavu je uvařlováno o konverzi na jiný typ výkonu. Nemocná byla pou ena o metod chirurgické lé by, jednak o tubulizaci řaludku a jednak o biliopankreatické diverzi v druhé dob . Z pohledu bariatrického chirurga není námitek proti bariatrickému výkonu, navrhuji v jedné dob odstran ní SAGB a provedení tubulizace řaludku. V p ípad selhání, ve druhé dob dokon ení na BPD. P ed operací nutná redukce hmotnosti o 10kg. Dle protokolu doplnit obezitologické vy-et ení v etn endokrinologického, se záv rem k indikaci operace. Gastroskopie k vylou ení GERD a rtg řaludku k vylou ení hiátové kýly, sonografie řalu níku a jater s ur ením velikosti levého jaterního laloku, psychologické vy-et ení, spirometrie.

Výsledky vy-et ení:

22. 6. 2010 **Sono b icha:** játra nezv t-ena, levý lalok 80 x 85mm, více etná cholecystolithiáza.

22. 6. 2010 **Endoskopie H TT:** normální nález.

10. 6. 2010 **RTG řaludku:** manřeta gastrické bandáře dislokována, nep sobí p ekářku pasáře. Herniaci nediferencuji.

27. 6. 2010 **Spirometrie:** hodnoty ventilacních funkcí jsou p im ené.

14. 9. 2010 **Psychologické vy-et ení:** bez hlub-í psychopatologie, neurotické symptomatiky a depresivity. Indikována k tubulizaci flaludku.

14. 9. 2010 **Obezitologická poradna:** s váhou má potífle od d tství, v dosp losti se drfela kolem 115 ó 120kg (2002 ó 3), poté váha postupn nar stala vlivem p íjmu velkého mnofství nezdravého jídla, pohyb nem la. Maximální váha 165kg, provedena L - SAGB, která selhala. V kv tnu tohoto roku váfíla 137kg, nyní aktuální váha 128kg, BMI 47. V posledních m sících se snafíla zhubnout. Jezdí na rotopedu 20 ó 30 min, plave, cvi í na mí i.

Anamnéza:

FA: neguje

AA: neguje

Abuzus: kou í 25 cigaret denn , alkohol 0

Z vy-et ení: RTG S+P bez patologického nálezů, EKG v norm (AS prav., TF 75/min), laborato : cholesterol 5,8, TG 3,1, KO v norm , TSH 4,56, endokrinologická konzultace bez námitek.

Záv r a doporu ení: Obezita III. st., stp. L - SAGB 2006, smí-ená dyslipidemie, cholecysolithiáza asymptomatická, do budoucna vhodná CHCE. Zítřa kontrola u NT, pou ení o stravování po tubulizaci, dal-í kontroly dle domluvy

Kontrolní laborato v prosinci, s výsledky kontrola zde. Z obezitologického hlediska bez námitek k operaci, po interní stránce t. . KP kompenzována a schopna opera ního výkonu v CA za vy-ího rizika. D sledná prevence TEN.

15. 9. 2010 **Nutri ní terapeut:** váha 128kg, vý-ka 165cm, BMI 47, % tuku 56, % svaloviny 19,9, viscerál 12, obvod pasu 128cm. Pou ena o stravování po tubulizaci flaludku. P edány eduka ní materiály.

8.2 Hospitalizace - lékařská část

Lékařský příjem

Pacientka, 40 let, přijata k plánované operaci 22. 9. 2010 na Chirurgickou kliniku. Nejprve byl proveden lékařský příjem pacientky. Z lékařského příjmu uvádím:

Anamnéza:

Důvod přijetí: plánovaná operace laparoskopická sleeve gastrectomie (LSG).

RA: otec zemřel v 64 letech na IM, matka má DM 2. typu, 2 sestry zdravé, dcera zdravá.

OA: běžná dědičná onemocnění, metabolický syndrom, cholecystolithiáza, sledovaná onemocnění: DM, TBC, krvácivé stavy, nádorová onemocnění nejuje.

Operace: 1991 APPE, 2006 L-SAGB

úrazy: 0

GA: 1 porod, 1 potrat, menses pravidelná od 13 let

FA: sine

PA: pracuje jako sanitářka

SA: žije v bytě s dcerou

Abusus: 25 cigaret/denně, alkohol 0, NL 0

AA: 0

Nyní je onemocnění: pacientka indikována k odstranění bandáže a tubulizaci žaludku. Operace schopná.

Stav při přijetí: váha 128kg, výška 165cm, BMI 47, TK 120/70, tep 82/min, počet dechů 12/min, TT 36,9°C.

Hlava, krk fyzikální nález.

Hrudník symetrický, dýchání klíčkové, bez vedlejších fenoménů, perkuse plné, jasné. Akce srdeční pravidelná, ozvy 2, ohraničené.

Psychický stav dobrý, pacientka orientovaná, spolupracuje. Bez ikteru, cyanózy, eupnoe. Břicho měkké, prohmatné, nebolestivé, bez patologických rezistencí, H+L nehmatám, tapot bilat. negat., tl. bez peritoneálního dráždivání.

Per rektum tonus svalů fyziologický, v dosahu prstu rezistence nehmatám, Douglas nevyklenut, stolice bez přítomnosti krve a hlenu.

DK bez otoku, varixy vpravo +, bez známek zánětu, pulsace hmatám na AF, AP, ADP, ATP bilat. symetricky.

Bezprostřední příprava k operaci a operace

22. 9. 2010 bylo provedeno předanestetické vyšetření, anesteziolog zkontroloval všechna předoperační vyšetření a pacientku na základě ASA klasifikace (American Society of Anesthesiologists), zhodnotil rizikem ASA II. a doporučil hospitalizaci na JIP po výkonu. V rámci premedikace anesteziolog naordinoval Hypnogen 1 tbl na spaní a na ráno 23. 9. na výzvu Midazolam 5mg, Atropin 0,5mg i. m. Večer před operací zahájena aktivní antikoagulace Fraxiparinem 0,6/24hod s. c.

V den operace 23. 9. si pacientka nasadila elastické punočky z důvodu prevence TEN a po podání premedikace na výzvu z operačního sálu byla převezena na operační sál.

Výpis z anesteziologické dokumentace:

23. 9. 2010 operace s úvodem anestezie TK 130/80, P 70' min. Během operace podána profylakticky ATB (Axetine 1,5g, Metronidazol 500mg), pro hypertenzi Ebratil 15 mg, Isoket

2 amp, Betaloc 5 mg. Po ukončení operace podán Perfalgan i.v., při propuštění ze sálu TK 130/100, P 80´min, SaO2 95%, probuzená, p evoz na JIP.

Opera ní výkon: Laparoskopická sleeve gastrectomie, LSG (Laparoskopická sleeve gastrectomie). Opera ní výkon prob hl bez komplikací.

Poopera ní pé e

Pacientka byla p evezena z opera ního sálu na JIP v 11,55 hod. P ipojena na monitor pro sledování základních životních funkcí, monitoraci EKG, m ení TK +P 4x à ½ h, dále à 1h, saturace kyslíkem à 1h, P + VT, TT à 6 hodin.

Terapie na JIP: Fraxiparin 0,6ml s. c. 1x denn v 18 hod., Helicid 40mg 2x denn i. v. v 18 hod a v 6 hod, Degan 1amp. à 6 hodin i. v., 10% G 60ml/h, R1/1 80ml/h, kontrola glykemie po 4hodinách, pro nauzeu podán 2x Torecan 1 amp. i. v., pro bolest podána analgetika. Dipidolor i. m. 2x, Novalgin 5ml v infuzi F1/1 i. v. Kontrola mo ení, v 18 hodin mo í spontánn , na sále zaveden PfiK, sledované glykemie mírn zvý-ené, TK, P, saturace kyslíkem v norm .

1. poopera ní den, 24. 9., byly provedeny odb ry na KO, CRP, G, glykovaný Hb, Na, K, Cl. Vertikalizace, p eklad na 1 flkové odd lení. Pro bolest v míst chirurgického výkonu byl aplikován Dipidolor 1 amp. i. m. 1x (ve er), z dal-í medikace Degan 1amp. i. v. po 6 hod., Fraxiparin 0,6/24hod.s. c., Helicid 40mg i. v. po 12hod., infuze ex, dieta 0 ó pouze tekutiny (aj, voda neperlivá). Sledování FF 3x denn , TT 2x denn .

2. poopera ní den, 25. 9.: Fraxiparin 0,6/24hod. s. c., Helicid 40mg i. v. po 12hod., Degan 1 amp. i. v. po 6hod., Hypnogen 1 tbl na spaní, dieta bujon, aj, voda neperlivá. FF, TT 2x denn .

3. poopera ní den, 26. 9.: odb ry KO, CRP, G, glykovaný Hb, terapie stejná, dieta bujon, aj, voda. FF, TT 2x denn .

4. poopera ní den, 27. 9.: Helicid i. v. a Degan ex, nasazen Helicid 20mg p. o., Fraxiparin 0,6 s. c., dieta bujon, aj, voda. FF, TT 2x denn .

5. poopera ní den, 28. 9.: provedeny odb ry KO, CRP, G, glykovaný Hb, TG, HDL, LDL, celkový cholesterol. V dopoledních hodinách byla pacientka p evezena k provedení RTG pasáfle flaludkem, po kontrole výsledku byla pacientka propu-t na do domácího lé ení.

B hem hospitalizace na l flkovém odd lení byla pacientka bez teploty, fyziologické funkce v norm .

Léka ská propou-t cí zpráva

Pr b h bez komplikací, b icho a rány klidné, stehy ponechány, pasáfl upravena, zatíflena tekutou stravou, toleruje. Propu-t na do domácího lé ení ve stabilizovaném stavu, afebrilní, KP kompenzována. RTG flaludku v den dimise bez patologického nálezu.

Doporu ení: klidový režim s fyzickým -et ením cca 3 - 4týdny, postupn zat flovat. Dostatek tekutin, dieta tekutá dle pou ení, p edána do pé e praktického léka e. Kontrola na ambulanci u operatéra 4. 10., p i zhor-ení stavu ihned.

8.3 Hospitalizace ošetřovatelská část

Ošetřovatelský proces se skládá z pěti kroků.

První krok ošetřovatelského procesu - posuzování

Po provedení lékařského příjmu byla pacientka v 8,50 hod. přijata na lůžkové oddělení Chirurgické kliniky. Pacientka byla sestrou uvedena na pokoj. Sestra pacientku seznámila s domácím lékařem lůžkového oddělení, s právy pacient, s potřebou identifikace a předoperační přípravou. Poté jsem provedla 1. krok ošetřovatelského procesu – zhodnocení pacientky dle modelu M. Gordon, v ošetřovatelské anamnéze jsem zhodnotila 12 funkčních vzorců zdraví. V první části ošetřovatelské dokumentace dle M. Gordon jsem provedla fyzikální vyšetření, ze kterého uvádím zjištěné hodnoty: TK 120/70, P 82/min, TT 36,8°C, eupnoe 14/min, stav pokožky normální, bez lézí, barva kůže světlá, váha 128kg, výška 165cm, BMI 47. Dále jsem zhodnotila riziko vzniku dekubitů dle Nortonové (34 b, tabulka 3). Pacientka není v riziku, riziko vzniku dekubitu nastává při bodové hodnotě 25 b a méně.

Další kálovací metodou, kterou jsem s pacientkou provedla, je zkrácený mentální bodovací test dle Gaida ke zhodnocení mentálního stavu pacientky (9b). Pacientka odpověděla na všechny otázky. Další metodou bylo zjištění rizika pádu (0b), pacientka není v riziku. Na našem pracovišti je jeť prováděn Barthel v test v edních inností (tabulka 4), v den příjmu má pacientka bodové ohodnocení 100b, to znamená, že je zcela soběstačná, nezávislá. Dále hodnotíme riziko vzniku ischemické choroby srdeční (ICHS), zhodnocena 3b, tedy je v riziku. Pacientku jsem informovala o riziku ICHS a možnosti edukace specialistiky, předala jsem edukační leták k prostudování. Pacientka neuplívá řádnou chronickou medikací, nemá řádné invazivní vstupy.

Po fyzikálním vyšetření jsem při rozhovoru s pacientkou posoudila 12 funkčních vzorců zdraví dle uvedeného modelu.

Vnímání zdraví

Pacientka svůj zdravotní stav vnímá jako dobrý, omezuje ji její současná hmotnost, proto se rozhodla svůj stav změnit. Podle doporučení se jí podařilo snížit hmotnost o cca 10 kg, začala chodit na procházky a více pít, dodržuje příjem zdravé potravy. Po snížení hmotnosti se cítí lépe a těší se na úbytek po operaci. V poslední době nijak vážně ji nestonala. Je vyrovnaná, připravena na změnu životního stylu a s tím spojené zlepšení zdravotního stavu. Doporučení v předoperační přípravě dodržuje.

Použitá medicínská technika: 0

Ošetřovatelský problém: 0

Výživa a metabolismus

Pacientka s příjmem potravy problém nemá, chuť k jídlu má. Má ráda všechno, ale musí se v poslední době více hlídat a omezovat, k operaci musela snížit svojí hmotnost o 10 kg. Uvědomuje si, že jí velmi nepravidelně a nedodržuje zdravý životní styl. Během dne vypije 1,5 až 2 l tekutin. Má obavy ze zvládnutí dodržování nového životního stylu, ale zároveň se těší a je rozhodnutá svůj životní styl změnit. Morbidně obézní pacientka, váha 128 kg, výška 165 cm, BMI 47. Poruchu polykání nemá, chrup má zdravý, dochází na pravidelné prohlídky. Sliznice jsou růžové, kožní turgor dobrý, stav vlasů a nehtů dobrý.

Použitá medicínská technika: BMI (Body Mass Index) 47 (obezita III. stupně).

Ošetřovatelský problém: nadměrný příjem vysoce kalorické potravy, neznalost zdravého životního stylu.

Vylučování moči, stolice, pot

Pacientka řádně potíle při vyprázdnění nemá, močí bez problémů cca 7 až 8 krát denně, v noci se na močení nebudí. Barva moči je žlutá, čirá, bez pachu, nezapáchá. Na stolici chodila nepravidelně a trpěla plynatostí, záleželo na tom kolik, a co snědla. Od doby, kdy začala dodržovat doporučení a začala se stravovat pravidelně, již se upravila i stolice a plynatost ustala. V poslední době je pravidelná, v tichou 1x denně v dopoledních hodinách bez obtíží. Stolica je formovaná, hnědá a nijak extrémně nezapáchá. K vyprázdnění řádně

podprsné prostory neúfivá. Je plně kontinentní. I přesto, fle je obézní, potí se normálně, k fle je suchá.

Použitá m ící technika: Riziko vzniku dekubit (dle Nortonové).

O-šetovatelský problém: 0

Aktivita, cvičení

Při fyzických činnostech pacientku omezuje současná hmotnost, nerada chodí po schodech, při rychlé chůzi se zadýchává, rychle se unaví a bolí jí kyčle. Nyní se musela snažit, aby zhubla. Doma jezdí na rotopedu a cvičí na míči. Ráda plave, několikrát v poslední době byla v bazénu, ale nemá moc času. Má pocit dostatečné flivotní energie. Dle Barthelova testu v-ědních činností je pacientka soběstačná. Úroveň soběstačnosti dle M. Gordonové 0-100% je nezávislá. Držení těla vzpřímené, koordinace dobrá.

Použitá m ící technika: Barthelův test v-ědních činností, Úroveň soběstačnosti a funkční úroveň M. Gordonové.

O-šetovatelský problém: 0

Spánek, odpověď

Pacientka má problémy s usínáním a musí si vzít na spaní Hypnogen, během noci se několikrát vzbudí. Má spánek nepravidelný, protože pracuje ve smíšeném provozu. Když jde po noční spát, nemůže veškerě usnout, jinak není zvyklá během dne spát. Dnešní noc před přípravou k operaci spala klidně. Nejraději odpovídá a relaxuje při pletení a sledováním televize.

Použitá m ící technika: 0

O-šetovatelský problém: Občasná porucha kvality spánku.

Vnímání

Cítí se dobře, nyní fládnou bolest nepociťuje, ale má strach, jak bude bolest zvládat po operaci, protože bolest vnímá zvýšeně. Když má někdy bolesti, užívá analgetika. V domě je jasné, orientovaná, sluch dobrý, zrak zhoršený, používá brýle na blízko, je plynulá, kontakt udržuje otevřený, pozornost stálá.

Použitá měřicí technika: Zkrácený mentální bodovací test (dle Gaida).

Ošetřovatelský problém: 0

Sebepojetí

Má ráda společnost uvnitř domů, je někdy hodně hluková, jak na pracovišti, tak ve společnosti, ráda na sebe strhává pozornost. Je ráda, když je dobrá nálada. Je spíše optimista, i když si někdy málo věří. Má strach ze samoty a z finanční situace, která není dobrá. Je ale – astná v zaměstnání, které předtím získala, tam také poznala mnoho přátel, kteří jí podporují i v současných snahách o hubnutí. Když má problémy tak hodně kouká. Optimisticky naladěná, očekává, že jí operace pomůže, je připravena na změnu životního stylu.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetřovatelský problém: 0

Role, vztahy

Pacientka má finanční problémy ze své předchozí podnikatelské činnosti, to jí hodně trápí, v současnosti je ale – astná, že má dobré zaměstnání, ve kterém poznala mnoho přátel, kteří jí podporují. Má podporu i své rodiny. Má dceru, je s dospívající dcerou, je přátelská.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetřovatelský problém: 0

Sexualita, reprodukční schopnosti

Gynekologické obtíže nemá, na gynekologické kontroly dochází pravidelně. Menstruaci má od 13let, je pravidelná a nebolestivá. Těhotenství probíhalo bez komplikací, v 1. trimestru trpěla pouze nevolností. 1 porod, 1 abort uměle. Partnera v současnosti nemá.

Použitá medicínská technika: 0

Obtížný zdravotní problém: 0

Stresové závažné situace

Stresové situace zvládá jak kdy, podle problému, který nastane. Ve zvládání jí pomáhá její dospívající dcera, s kterou má vynikající vztah. Dále jsou to přátelé a práce. Optimisticky naladěná, vždy všechno vyřeší a sama si i zvýší sebevědomí.

Použitá medicínská technika: 0

Obtížný zdravotní problém: 0

Víra, životní hodnoty

Je sice katolík, ale v důležitost víry nevěří, nepřemýšlela o tom. Pořadí hodnot jak je vidí v současnosti sestavila následovně: 1. zdraví, 2. rodina, 3. práce, 4. peníze, 5. záliby, 6. cestování, 7. víra.

Použitá medicínská technika: 0

Obtížný zdravotní problém: 0

Jiné

Neudává.

Druhý krok ošetřovatelského procesu - diagnostika

V závislosti na ošetřovatelské anamnéze, kterou jsem vyhodnotila, stanovila jsem ošetřovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie I.

Výživa porušená, nadměrná

Spánek porušený

Výživa porušená, nadměrná v souvislosti s nadměrným příjmem v poměru k metabolickým potřebám, projevující se vysokou hmotností, nedodržováním zdravého životního stylu, částečnou neznalostí jídelníčku, neznalostí zdrojů informací.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý

Pacientka má normalizovanou výživu a hmotnost již do roka.

Cíl krátkodobý

Pacientka má dostatek informací o změně jídelníčku a životního stylu již do týdne.

Výsledná kritéria

Pacientka dodržuje dietní režim již denně.

Pacientka má dostatek informací o jídelníčku již do 3 dnů.

Pacientka je informována o potřebě změny životního stylu již do 4 dnů.

Pacientka zná správný postup stravování po operaci a dodržování tohoto postupu po propuštění již do 5 dnů.

Pacientka je informována o internetových stránkách a knižních publikacích, které se zaměřují na zdravý životní styl a jsou určeny i pacientům po bariatrických operacích do 6 dnů.

Třetí fáze zdravotnického procesu plánování

Plán intervencí:

Informuj pípijímu pacientku o dietě v pooperačním období a sleduj dodržování do denně - všeobecná sestra.

Předepi pípijímu pacientce informační leták s dietním opatřením a doporučením k prostudování do 3 hodin všeobecná sestra.

Informuj pacientku o edukaci nutričním terapeutem první pooperační den do 3 hodin všeobecná sestra.

Zajisti edukaci nutričního terapeuta do 1 dne všeobecná sestra.

Informuj pacientku o dodržování stravovacích opatření i v pooperačním období po propuštění do 3 dnů - nutriční terapeut.

Informuj pacientku o zdrojích informací, předepi edukační letáky do 4 dnů - všeobecná sestra, nutriční terapeut.

Zjisti, zda je pacientka dostatečně informovaná o všech změnách a zda je umí vysvětlit do 6 dnů všeobecná sestra, nutriční terapeut.

tvrtý krok o-et ovatelského procesu ó realizace

22. 9. 2010 ó 28. 9. 2010

V den p íjmu jsem pacientku informovala o dietním režimu a nutnosti jeho dodržování v pooperačním období. Předala jsem pacientce Informace pro nemocné před tubulizací žaludku, kde je popsán postup péče a řízení správa po tubulizaci žaludku. Dále jsem pacientku informovala o edukaci nutriční terapeutkou, která se za pacientkou dostavila 1. pooperační den, 24. 9. v dopoledních hodinách na I. lůžkové oddělení. Nutriční terapeutka edukovala pacientku o dalším postupu a předala edukační materiály k prostudování, zeptala se pacientky, zda rozumí. Pacientka se zajímá o další informace a domluvily se na dalším termínu návštěvy. Nutriční terapeutka navštívila pacientku 26. 9., s sebou si přinesla osobní počítač, na kterém pacientce ukázala možnosti vyhledávání informací na internetu a odpověděla na otázky pacientky. Během pooperačního období jsem pacientku sledovala, zda dodržuje ordinovanou dietu. Zajímala jsem se o to, jestli pochopila všechny informace a jestli potřebuje něco vysvětlit nebo doplnit. Před propuštěním, 28. 9. jsem si u pacientky ověřila znalost řízení správy po propuštění a na které informace jsem doplnila.

Pátý krok o-et ovatelského procesu ó Hodnocení

28. 9. 2010

Cíl se splnil úspěšně. Pacientka během hospitalizace dodržovala dietní opatření a neporušovala je. Dokáže vysvětlit dodržování řízení správy, od nutriční terapeutky má dostatek informací i v tištěné podobě a ví, kdy se má dostavit na kontrolu. Pacientka má podrobné informace o skladbě stravy v bezprostředním období po propuštění na dobu čtyř týdnů. Před propuštěním je dostatečně informována o dalším sledování na obezitologii a vyjadřuje pochopení. Plnění dlouhodobého cíle zatím, splnění tohoto cíle bude zhodnoceno v závěru práce.

Spánek poru-ený v souvislosti s nerovnomrným pracovním režimem a souasnou zmnou prostředí, projevující se buzením během noci, obavou z poopera ní bolesti a obavou z neznámého prostředí.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý

Pacientka má spánek v normě, nepřetržitě spí minimálně šest hodin - do týdne.

Cíl krátkodobý

Pacientka usne do ½ hodiny po podání hypnotika nebo analgetika a bude spát klidně, bez bolesti do doby hospitalizace.

Výsledná kritéria

Pacientka je seznámena s lůžkovým oddělením a je informována o režimu do 2 hodin.

Pacientka usne po podání hypnotika nebo analgetika do ½ hodiny.

Pacientka je informována o tlumení poopera ní bolesti - do 1 dne.

Pacientka spí nepřerušovaně minimálně 6 hodin do 5 dnů.

Pacientka vyjádří uspokojení a cítí se odpočatá do 1 dne.

Plán intervencí

Podat hypnotikum dle ordinace ½ hodiny před usnutím do vždy - všeobecná sestra.

Podat analgetikum dle ordinace při bolesti dle VAS do vždy do všeobecná sestra.

Zjistí od pacientky, kdy obvykle chodí spát, jaké má rituály nebo návyky před usínáním, kolik hodin průměrně spí, kdy vstává do 3 hodin - všeobecná sestra.

Vyslechni subjektivní stížnosti na kvalitu spánku do 3 hodin - všeobecná sestra.

Postarej se před spaním o klidné prostředí a příjemný komfort (hygiena, masáž zad, úprava lůžka) denně - sanitář, všeobecná sestra.

Vysvětli pacientce nutnost vyřování v důsledku monitorování základních životních funkcí nebo jiných výkonů po operaci do 1 dne - všeobecná sestra.

Umístí signalizační zařízení na dosah ruky pacientky - sanitář, všeobecná sestra.

Vysvětli pacientce možné příčiny poruch spánku do 5 dnů - všeobecná sestra.

Realizace: 22. 9. - 28. 8. 2010

V den příjmu 22. 9. jsem od pacientky zjistila, kdy obvykle chodí spát, kdy vstává a zda má nějaké rituály. Pacientka pracuje na směny a nemá pravidelný spánek. Pokud má období bez nočních směn, chodí obvykle spát do 23. hodiny, občas se během noci budí, žádné zvláštní rituály před spaním nemá. Když má volno, tak ráno vstává kolem osmé hodiny, pokud má celodenní směnu, vstává v 5, 30hod. 22. 9. večer před spaním se pacientka osprchovala, sanitářka ve službě pacientce upravila lůžko, vyvětrala a přepravila pokoj ke spánku. Poté všeobecná sestra ve službě pacientce podala ordinované hypnotikum a informovala pacientku o signalizačním zařízení, které je v dosahu. 23. 9. ráno před převodem na sál byla pacientka informována o nutnosti monitorace a dalšího sledování na JIP po operaci. Po operaci jsem si převezla pacientku na JIP. K ruce jsem jí přepravila signalizační zařízení. Ve 14 hodin, po úplném probuzení jsem jí informovala o nutnosti monitorace, měření krevního tlaku po 1 hodině a sledování jejího stavu po celou dobu hospitalizace na JIP. Dále jsem pacientku informovala o tíživé bolesti po operaci. Zatím analgetikum odmítá. V 16 hodin má pacientka bolest VAS 5, podala jsem neopiátové analgetikum dle ordinace, za hodinu pacientka udává úlevu od bolesti a pospává. Ve 20 hodin byla pacientka vertikalizována, sanitářka upravila lůžko, všeobecná sestra ve službě pacientce pomohla při

hygien a provedla masáží zad a uložila pacientku na 1 flko. Ve 21 hodin udává pacientka VAS 8, všeobecná sestra ve slůbku podala opiátové analgetikum, po kterém se do hodiny pacientce ulevilo, a usnula. V noci spala klidně, bez porušení 5 hodin. Poté ufl jen m lce pospávala, občas ji rušilo měření krevního tlaku. 24. 9. v 6 hodin udává VAS 7, podáno opiátové analgetikum, do hodiny udává úlevu. V dopoledních hodinách jsem pacientku položila na 1 flkové oddělení. Večer před spaním bylo upraveno 1 flko, pacientka se osprchovala a všeobecná sestra podala opiátové analgetikum pro bolesti v místech operovaných ran VAS 6. Pacientka do ½ hodiny usnula a spala bez porušení 6 hodin, 1x vstávala na toaletu, poté pospávala do 6 hodin. 25. 9. během dne pacientka bdí, večer se osprchovala, sanitárka upravila 1 flko a pacientce provedla masáží zad. Poté všeobecná sestra ve 21,30 podala hypnotikum dle ordinace, pacientka spala do 5 hodin do rána. 26. 9. a 27. 9. pacientka analgetika i hypnotika odmítá, v noci spí.

Hodnocení: 28. 9. 2010

Krátkodobý cíl byl splněn. Pacientka v noci před operací spala klidně, ráno se cítila odpoatá. Byla informována o pooperačním sledování a monitoraci na JIP. Pacientce byla v pooperačním období bolest tlumena nebo bylo podáno hypnotikum. Pacientka vyjaduje uspokojení, netrpí bolestí a v noci spala. Byl splněn i cíl dlouhodobý, pacientka zná příčinu poruchy spánku, bude se snažit lépe odpoívat a relaxovat. Svůj životní styl změnit nemůže z důvodu práce na smy.

Po operaci jsem přehodnotila ošetřovatelskou anamnézu a stanovila jsem další ošetřovatelské diagnózy: 3 aktuální, 1 potenciální.

Péče o sebe sama nedostatečná

Bolest (akutní)

Tkářová integrita porušená

Infekce, riziko vzniku

Pé e o sebe sama nedostate ná (p i p íjmu tekutin, osobní hygien , oblékání, úprav zevn í-ku a v pé i o vyprazd ování) v souvislosti s operací, projevující se neschopností podat si tekutiny a provád t osobní hygienu, oblékání a vyprazd ování.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý

Pacientka je pln sob sta ná ve v-ech oblastech sebepé e jsou zaji-t ny její bio ó psycho ó sociální pot eby ó do 5 dn .

Cíl krátkodobý

Pacientka provádí pé i o sebe sama na úrovni svých schopností ó do 3 dn .

Výsledná kritéria

Pacientka je informována o v-ech íinnostech ó do 4 hod

Pacientka provádí osobní hygienu ó do 2 dn

Pacientka se umí vyprázdnit na mísu ó do 24 hodin

Pacientka se umí obléci ó do 2 dn

Pacientka se umí sama napít ó do 8 hodin

Pacientka umí správn rehabilitovat ó do 3 dn

Pacientka vyjad uje uspokojení, má pocit pohodlí a spokojenosti ó do 2 dn

Plán intervencí:

Informuj v den příjmu pacientku o všechinnostech dopomoci po operaci o do 3 hodin o všeobecná sestra

Podávej pacientce tekutiny po operaci a pomáhej k sobstavnosti o do 2 hodin -všeobecná sestra

Pomáhej pacientce při osobní hygieně a oblékání o denně - všeobecná sestra

Poskytni pacientce soukromí a dostatek času pro vyprázdnění o vředy - všeobecná sestra

Mobilizuj pacientku a povzbuzuj k dosažení sobstavnosti o denně o všeobecná sestra

Prováděj rehabilitaci a dechová cvičení o denně - fyzioterapeut

Realizace: 22. 9. o 28. 9. 2010

V den příjmu byla pacientka zcela sobstavná, dle Barthelova testu 100b. Pacientku jsem informovala o pooperační péči a vedení k sobstavnosti. 23. 9. po převozu z operačního sálu jsem Barthel test přehodnotila, bezprostředně po operaci byla pacientka vysoce závislá o 35b. Po dobu dvou hodin jsem pacientce pečovala o dutinu ústní, vytírala jsem jí ústa, po dvou hodinách mohla začít po doučích popíjet. Tekutiny jsem jí podávala do vertikalizace, kdy si pacientka již podala tekutiny sama. V 18 hodin se pacientka spontánně vymočila do podlovní mísy na lůžku, po vymočení jsem provedla hygienu genitálií. Ve 20 hodin byla pacientka vertikalizována. Při posazení na lůžku se cítila dobře, sestra ve slušné jí dopomohla při hygienické péči, zkontrolovala křivku a předilekání místa. 24. 9. ráno jsem pacientku opět vertikalizovala a pomohla s hygienou, doprovodila jsem jí na toaletu a prošli jsme se po chodbě. V dopoledních hodinách fyzioterapeutka s pacientkou rehabilitovala, naučila jí cviky zaměřené na prevenci TEN, dechová cvičení a poučila o správné vertikalizaci. Barthel test - lehká závislost. V dopoledních hodinách pacientku překládám na lůžkové oddělení. Pacientka během dne na oddělení chodí sama na toaletu a po pokoji. Večer se již sama osprchovala. 2. pooperační den, 25. 9. potřebuje minimální dopomoc, pouze při vertikalizaci, jinak je

v ostatních činnostech sebezpečně sama. Rehabilituje s fyzioterapeutem. Od 26. 9., 3. pooperačního dne je zcela sama, rehabilitační cvičení provádí opakovaně sama.

Hodnocení: 28. 9. 2010

Cíle byly splněny. Fyzioterapeutka dochází za pacientkou denně do propuštění. Pacientka je při propuštění zcela sama. Vyjadřuje spokojenost s péčí, po celou dobu hospitalizace měla pocit pohodlí.

Bolest (akutní) v souvislosti s poškozením tkání, projevující se tupou bolestí v operovaných ranách o intenzitě VAS 5 a více a grimasami.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý

Pacientka bude bez bolesti o do 4 dnů.

Cíl krátkodobý

Pacientka bude udávat zmírněnou bolest z udaných hodnot na hodnoty 1 o 2 - do 1 hodiny.

Výsledná kritéria:

Pacientka je informována o řízení pooperační bolesti o do 3 hodin.

Pacientka chápe a umí zacházet s měřítkem bolesti (VAS) o do 5 hodin.

Pacientka dokáže bolest zhodnotit a určit stupeň VAS o denně.

Pacientka udává zmírněnou bolest po podání analgetika o do 1 hodiny.

Pacientka umí vstávat z lůžka správnou technikou, která nevyvolává bolest 6 denní .

Plán intervencí:

Informuj pacientku o tížení bolesti po operaci 6 do 3 hodin 6 všeobecná sestra.

Ukaž pacientce měřítko bolesti (VAS) a vysvětli, jak s touto pomůckou zacházet 6 do 5 hodin 6 všeobecná sestra.

Získej po operaci od pacientky informace o vnímání bolesti 6 denní 6 všeobecná sestra.

Dokumentuj vývoj bolesti 6 vředy 6 všeobecná sestra.

Podej pí bolesti pacientce ordinované analgetikum 6 denní 6 všeobecná sestra.

Zhodno po podání analgetika s pacientkou efekt analgetika 6 do 1 hodin 6 všeobecná sestra.

Rehabilituj po operaci s pacientkou a informuj o správné vertikalizaci a dalších rehabilitačních technikách 6 denní 6 fyzioterapeut.

Pomáhej po operaci pacientku správně vertikalizovat, aby nedocházelo k vyvolání bolesti 6 denní 6 všeobecná sestra.

Realizace: 22. 9. 6 28. 9. 2010

22. 9. jsem pí píjímu pacientku informovala o tížení bolesti po operaci, podávání analgetik, možnosti úlevové polohy a správného vstávání po operaci. Ukázala jsem také pacientce měřítko VAS pro určení intenzity bolesti, jak s ním zacházet a jak určit správnou intenzitu. Měřítko jsem ponechala pacientce, aby si ho prohlédla, zkusila s ním pracovat a aby měla možnost klást další otázky. 23. 9. byl na konci operačního výkonu podán pacientce Paracetamol i. v., ve 13 hodin bolest nemá. V 16 hodin pacientka udává bolest VAS 5 v místě operačních ran, podala jsem neopiátové analgetikum dle ordinace, za hodinu pacientka

poci uje úlevu od bolesti, ur uje VAS 1 - 2 a pospává. Ve 21 hodin, hodinu po vertikalizaci, udává pacientka tupé bolesti v míst opera níh ran VAS 8, v-eobecná sestra ve slufb podala opiátové analgetikum, po kterém do hodiny pacientka spí. V noci spala klidn , bez bolestí. 24. 9. v 6 hodin udává VAS 7, sestra ve slufb pacientce podala opiátové analgetikum, po kterém do hodiny udává úlevu na VAS 1 - 2. V 8 hodin pacientku vertikalizují a vysv tluji správnou techniku p i vstávání, v dopoledních hodinách fyzioterapeutka pacientku u í a také nacvi uje správnou techniku vstávání, aby se p ede-fo vyvolání bolesti nesprávným vstáváním. B hem dne po p ekladu na l fkové odd lení pacientka nabízená analgetika odmítá, bolest nepoci uje. Ve er ve 21 hodin v-eobecná sestra podala opiátové analgetikum pro bolesti v míst opera níh ran VAS 6. Pacientka do ½ hodiny usnula. 25. 9. bylo pacientce podáno na noc pouze ordinované hypnotikum, analgetika odmítala a udává, že je bez bolesti. 26. 9. do 27. 9. pacientka analgetika i hypnotika odmítá.

Hodnocení: 28. 9. 2010

Cíle byly spln ny. P i p íjmu je pacientka informována o m ítku bolesti VAS a rozumí, aktivn se ptá. Je také informována o zp sobech ti-ení poopera ní bolesti. V poopera ním období dokáže slovn ur it intenzitu i charakter bolesti. Po podání analgetik vřdy poci uje úlevu od bolesti. Rehabilituje dle pokyn fyzioterapeutky, osvojila si správnou techniku vstávání z l fka. Dva dny p ed propu-t ním bolesti nemá a cítí se dob e. V den propu-t ní bolesti nemá, je pou ena léka em. V p ípad komplikací, které by se projevíly bolestí, kontrola ihned.

Tká ová integrita poru-ená v souvislosti s po-kozením k fle a podkožních tkání, projevující se opera ními ranami po zavedení trokar o velikosti 3 cm a neznalostí pé e o opera ní rány.

Priorita: st ední

Cíl dlouhodobý

Opera ní rány se zhojí per primam - do 10 dn .

Cíl krátkodobý

Pacientka nemá známky infekce v operačních ranách o do 5 dn .

Výsledná kritéria:

Pacientka je informována o pévazech operačních ran - do 1 dne.

Pacientka chápe specifika pé e o opera ní rány, dodrfluje tyto zásady a slovn vyjad uje pochopení o do 2 dn .

Pacientka ví jak pe ovat o opera ní rány po propu-t ní o do 3 dn .

Pacientka umí slovn vyjád it p ed propu-t ním jak bude postupovat v pé i o opera ní rány o do 4 dn .

Plán intervencí:

Informuj pacientku o zp sobu o-et ování opera ních ran - do 1 dne o v-eobecná sestra.

Dodrfluhygienickou dezinfekci rukou a pouflívej ochranné rukavice o vldy o v-eobecná sestra.

Sleduj opera ní rány a asepticky p evazuj o denn o v-eobecná sestra.

Sleduj známky infekce a p i projevech informuj léka e o denn o v-eobecná sestra.

Odeber p i projevu infekce v míst opera ní rány s tvorbou sekretu materiál na bakteriologické vy-et ení o p i projevu infekce o v-eobecná sestra.

Sleduj výsledky KO o leukocyt a CRP o vldy o v-eobecná sestra.

Informuj pacientku, jak bude pečovati o operaci rány po propuštění do 5 dnů v obecné sestře.

Realizace: 23. 9. a 28. 9. 2010

Po převezení z operačního sálu má pacientka sterilní krytí na operacích ranách. Obvazy jsou suché. V odpoledních hodinách mírně prosakují, ponechávám bez převazu. Během noci k dalšímu prosakování nedošlo, stav obvazů nezměnil. 1. pooperační den, 24. 9. jsem po hygienické dezinfekci rukou a za použití rukavic asepticky provedla převaz operacích ran. Rány jsou klidné, provedla jsem desinfekci a přiložila sterilní krytí. 25. 9. na 1. lůžkovém oddělení byl proveden převaz, dle dokumentace jsou rány klidné. I v dalších dnech afdo propuštění jsou pacientce prováděny převazy, rány bez známek infekce, klidné. Laboratorní výsledky, které poukazují na známky zánětu, jsou v normě. Během pooperačního období se pacientka zajímala o ošetřování po propuštění. Ošetřující sestřa pacientce ukázala, jak se bude o operaci rány starat, jaký materiál by měla doma mít, pokud by obvaz musela vyměnit před kontrolou na ambulanci. Zároveň byla pacientka poučena i lékařem, kdy se má dostavit na ambulantní kontrolu.

Hodnocení: 28. 9. 2010

Cíl krátkodobý byl splněn, cíl dlouhodobý je splněn částečně. Pacientka byla propuštěna do domácího léčení 5. pooperační den. Pacientka je poučena o ošetřování a umí provádět péči o ránu. Rány nemají známky infekce. Kontrola na ambulanci 11. pooperační den, 4. 10.

Výpis z ambulantní karty: 4. 10. rány klidné, zhojeny, stehy ex.

Cíl dlouhodobý byl splněn 4. 10.

Infekce, riziko vzniku v souvislosti se zavedeným periferním filním katetrem

Cíl dlouhodobý

Pacientka bude bez známek infekce - po celou dobu hospitalizace

Cíl krátkodobý

Pacientka nebude mít známky infekce - do 48 hodin

Priorita: střední

Plán intervencí:

Poučte pacientku o péči o PfiK do 1 dne

Obetujte PfiK asepticky, podle obetovatelského standardu každenně všeobecná sestra

Provádějte hygienickou dezinfekci rukou a používejte ochranné rukavice vždy všeobecná sestra

Sledujte známky infekce, kontrolujte místo vpichu a funkčnost PfiK každenně všeobecná sestra

Realizace: 23. 9. a 27. 9. 2010

Pacientka ze sálu se zavedeným PfiK, funkční. 24. 9. jsem pacientku informovala o důvodu zavedení PfiK a o obetování. Při obetování jsem postupovala podle obetovatelského standardu naší nemocnice, provedla jsem hygienickou dezinfekci rukou, použila ochranné rukavice a asepticky katetr převázala. Místo vpichu je bez známek infekce, katetr funkční. Na krytí místa vpichu jsem použila sterilní folii, která má být ponechána 3 dny, výhodou folie je neustálá kontrola místa vpichu. PfiK sestry kontrolují i na lůžkovém oddělení. I nadále je funkční, bez známek infekce. 27. 9. PfiK ex.

Hodnocení: 28. 9. 2010

Cíle byly splněny. Pacientka byla po celou dobu používání PfiK bez známek infekce.

9 ZHODNOCENÍ O-ET OVATELSKÉ PÉ E

O-et ovatelská pé e u této pacientky probíhala na základě týmové spolupráce. Podíleli se na ní všeobecné sestry, fyzioterapeutka, nutriční terapeutka, sanitářka. O-et ovatelská pé e samozřejmě probíhala ruku v ruce s medicínskou částí léby. Pacientka byla již předoperačním obdobím edukována o změně životního stylu. Při příjmu i během celé hospitalizace byla vždy podrobně seznámena se všemi členy o-et ovatelského týmu a spolupracovala. Zajímala se o nové informace, zejména, které se týkaly nastavení nového životního stylu, dodržování správné životosprávy a doporučení po operaci. Hospitalizace probíhala bez komplikací a pacientka byla s o-et ovatelskou péčí spokojená. Při propuštění byla pacientka vybavena materiály pro dodržování pooperačního režimu.

Jak bylo v úvodu praktické části zmiňováno, pacientka byla dále sledována od propuštění až do současnosti (březen 2012).

Na první kontrolu do obezitologické poradny se pacientka dostavila čtyři týdny po operaci, 22. 10. 2010. Pomalu přechází na tuhou stravu, hlad nepociťuje, chuť mívá na zeleninu. Užívá vitamíny Centrum, zvládá vypít 2l tekutin během dne, jídlo o velikosti 5 polévkových lžic, maso zatím nezkoušela, pečivo také ne. Váha 118kg, BMI 43, % tuku 51, % svaloviny 22, viscerál 11, obvod pasu 118cm.

Doporučení: pozvolný přechod na tuhou stravu, začít jíst maso, pečivo. Kontrola za dva měsíce.

Srovnání údajů před operací a po čtyřech týdnech po operaci:

Duben 2010 - váha 137kg, BMI 50

Září 2010 - váha 128kg, BMI 47, tuk 56%, svalovina 19,9%, viscerál 12, obvod pasu 128cm

říjen 2010 - váha 118kg, BMI 43, tuk 51%, svalovina 22%, viscerál 11, obvod pasu 118cm.

20. 12. 2010 - 3 měsíce po operaci. Nyní jí již všechno, všechny druhy masa, zeleninu, z pečiva jen chléb. Pitný režim 2 - 2,5l, jen voda. Hlad nepociťuje, chuť má vždy.

Doporučení: pokračovat v pravidelném stravování, nezvyšovat porce, dostatečný pitný režim.
Kontrola za čtyři měsíce.

Váha 106kg, BMI 40, tuk 52%, svalovina 21%, viscerál 11, obvod pasu 112cm.

31. 12. 2010 váha 100kg, BMI 37,5 (kontrola váhy pacientkou)

V březnu 2011 byla pacientka indikována k operaci varixů na pravé dolní končetině. Operace proběhla v dubnu.

Stravovací režim stále dodržuje, cítí se dobře a je spokojená. Bohužel na pravidelné kontroly do obezitologické poradny nedochází, proto mohu uvést pouze hodnoty váhového úbytku. I přesto, když pacientka kontroly nedodržuje, je velmi ukázněná jak ve stravování, tak ve fyzické aktivitě.

Duben 2011: váha 85kg, BMI 32 (kontrola váhy pacientkou)

červenec 2011: váha 80kg, BMI 30 (kontrola váhy pacientkou)

říjen 2011: váha 70kg, BMI 26,5 (kontrola váhy pacientkou)

Dlouhodobý cíl ošetřovatelské diagnózy Výživový porušená, nadměrná byl splněn.

Březen 2012: předešlou hmotnost si udržuje, obvod pasu 92 cm. V souvislosti se připravuje k operativnímu řešení přetrvávajícího nadměrného tukového nárůstu, operace bude provedena 23. 3. 2012.

9.1 Doporučení pro praxi:

Každá literatura týkající se obezity a jejích komplikací uvádí, že je to celosvětový problém. Chtěla bych ale poukázat na česká specifika. Jak bylo v předchozím textu několikrát řečeno, je obezita hlavním rizikovým faktorem mnoha závažných onemocnění. Jejich vznik negativně ve všech směrech působí na život obézních lidí. Dříve než se komplikace projeví, jsou to hlavně psychosociální problémy, které se netýkají jen dospělých. Psychickými problémy v souvislosti s obezitou trpí i děti, mnohdy ufl od předškolního věku. Na konci uplynulého desetiletí probíhalo v České republice několik projektů, které se zabývaly výskytem obezity u dětí a prevencí obezity.

Na Klinice tělovýchovného lékařství a kardiovaskulární rehabilitace FN Olomouc probíhala studie COPAT (Childhood Obesity Prevalence and Treatment – Výskyt a léčba dětské obezity). Tento výzkum byl zaměřen na nefarmakologické ovlivnění obezity u dětí. Zúčastnilo se ho 19 dívek a 27 chlapců průměrného věku 12 let. Výsledkem bylo zjištění, že správnou životosprávou a efektivní pohybovou aktivitou došlo k úbytku tukové hmoty, normalizaci TK a zvýšení výkonnosti (KVAPILOVÁ, 2010).

V roce 2010 prováděla Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) za podpory předních českých obezitologů výzkum u dětí ve věku od 9. do 14. let na Základních školách v rámci preventivního projektu Obezita není náhoda. Během tohoto projektu byly děti seznamovány s prevencí, vznikem a komplikacemi obezity. Dostávaly edukační materiály pro sebe i své rodiče. Součástí této akce bylo i vyplnění dotazníku, který se týkal stravování dětí. Po vyhodnocení bylo zjištěno, že polovina českých dětí má problémy s váhou a v rodinách obézních dětí se často jí nezdravě. Den se většinou zahajuje tradiční českou snídaní nebo se nesnídá vůbec. Obézní děti udávaly, že málokdy snídaní užijí. Co se týkalo pšенок, zelenina si nestála za patičkou a z výzkumu vyšlo, že ani knedlíky se v jídelnách nevyskytovaly často. Ale opatření u obézních dětí vyšlo, že nejčastěji pšенокou ve sledovaném období byly hranolky. Varující je, že děti nemají vzor ani ve svých rodičích. Jak bylo v teoretické části řečeno, vzestup váhy u dospělých ovlivňuje i vstup do manželství. Zřejmě ta jistota partnerství nenutí dospělé, aby se i dále udržovali ve formě. Přestávají o sebe dbát, mají různé stravovací zlozvyky, které pak předávají svým dětem a neuvědomují si, že je tím ohrožují. Dále výzkum ukázal, že rodiče ve většině případů nemají fyzickou aktivitu (LABUDA, 2010).

Dalším po jiném VZP byl projekt Fit je zdravě .

Nesmíme však u dětí vyvolat strach z tloučky, který by mohl přerůst v n kterou z poruch příjmu potravy. Není nic horšeho, než když rodič svému dítěti řekne, že je tlustý. Hlavně v období dospívání a zvláště u dívek je to velmi nebezpečné. Mohlo by se stát, že se to pak oběma stranám vymkne z kontroly a u dítěte se projeví mentální bulimie nebo anorexie. Tyto poruchy je ohrožují na životě a jejich léčba je také finančně nákladná. Tyto mladé dívky nežádají kontakt na ARO nebo Metabolické JIP a jsou v ohrožení života. U psychologů nebo psychiatrů potom vztahem končí jak dcera, tak i maminka.

Aby nebylo nutné řešit oba případy extrémně medicínsky, je nutné obezitu předcházet od narození a z toho vycházejí následující doporučení.

Jak bylo řečeno, obezita je celospolečenský problém. Proto by se měl klást důraz hlavně na prevenci. Vědci by si měli uvědomit, že prevence je levnější, než léčba obezity jako takové a jejích komplikací. Iniciativa by měla vycházet z Ministerstva zdravotnictví, školství, zdravotních pojišťoven, pediatrie, obezitologů a zdravotnických pracovníků ve všech oborech.

Prevence stát o programy na propagaci zdravého životního stylu, omezení reklam na nezdravé potraviny.

Prevence o pediatrie o edukace maminek již v porodnici o potřebě kojení, nepřekrmovat dítě. Již v kojeneckém věku se tvoří základ pro vznik obezity. Dítě se obézní nerodí, obézním se stává vlivem nesprávné životosprávy hned po narození.

Prevence o rodina o dostatek fyzické aktivity, ale i správný odpočinek a relaxace, nastavení zdravého životního stylu, v období dospívání působí hormonální a psychogenní faktory.

Prevence o školství o nedovolit instalaci automatů se sladkostmi a sladkými limonádami, podílet se na preventivních programech pro děti a děti zapojovat a motivovat.

Podpora klubů pro lidi trpící obezitou.

Jak je v předchozí kapitole uvedeno, pacientka po propuštění do domácího léčení dostala následující doporučení.

Doporučení pro pacientku:

Dodržovat klidový režim po propuštění po dobu 3 až 4 týdnů.

Dodržovat stravovací doporučení dle materiálů od nutriční terapeutky až po dobu 3 týdnů
přijímat pouze tekuté nebo řídké kašovitě stravy, aby nedošlo k porušení sešití stěny žaludku
a dostatek tekutin (2 až 2,5l), nepít s jídlem, ani po jídle, ale mezi jídly.

Po této době „postupně přecházet na normální, pestrou, ale dietní a racionální stravu“
(KASALICKÝ, 2007, s. 74), kterou je nutné velmi dobře rozkousat.

Dodržovat stravování 5x denně: snídaně, svačina, oběd, svačina, večeře.

Nekonzumovat vysoce kalorické potraviny a tekutiny.

Po uplynutí doby fyzického zotavení začít fyzickou zátěží postupně navyšovat a pravidelně
cvičit, výhodou je zapojit se do některého z klubů pro obezitu, zvláště po bariatrických
operacích – Bandingkluby, seznam klubů je na internetové adrese:
<http://www.bandingklub.cz/obezita.phtml>.

Doporučení pro rodinu, příbuzné

Chválit, motivovat a projevovat radost při každém úspěchu.

Podporovat při aktivitách.

Zapojit se do změny životního stylu.

Doporučení pro zdravotníky

Management zdravotnických zařízení – nabídky vzdělávacích akcí pro personál.

Vrchní sestry – pořádání seminářů v rámci provozních porad.

Nutriční terapeut nabízí edukaci nebo seminář pro personál.

Nutriční terapeut nabízí edukaci obezním pacientům, kteří jsou hospitalizováni z jiných důvodů. Doporučení na obezitologii nebo kluby pro obezní lidi (v závislosti na stadiu obezity, komplikacích a věku).

ZÁV R

Cílem bakalářské práce bylo představit komplexní ošetřovatelskou péči u pacientky po bariatrické operaci. Pacientku jsem sledovala od dubna 2010, kdy se rozhodla pro operaci ašii do souhlasnosti (březen 2012). Ošetřovatelská péče probíhala bez komplikací, všechny naplánované intervence byly splněny a pacientka byla spokojená. U pacientky bylo dosaženo cíle, od začátku přípravy dosud snížila svou hmotnost o 58 kg. Je spokojená jak pacientka, tak i operátér. Vymizela dužnost i bolest kloubů dolních končetin. Pacientka dodržuje všechny doporučení a změnila životní styl ve stravování i ve fyzické aktivitě. Má vliv v nastaveném režimu setrvat. Pacientce se změnila kvalita života, změnila činnosti, které z důvodu obezity nemohla. Plánuje si koupit kolo, sportuje, má radost z věcí, které jsou pro jiné lidi nepodstatné, například si může koupit věci v konfekčních velikostech.

V teoretické části byla bariatrie představena jako relativně mladý obor chirurgie, který má před sebou vzhledem k prevalenci obezity velkou budoucnost. Bariatrie jako obor vznikla v 50. letech 20. století, ale až v posledních letech se stává nedílnou součástí léčby morbidní obezity. Nastupuje při selhání všech konzervativních metod léčby. Bariatrie vrací mnoha lidem zdraví a kvalitní život, ale požaduje za to dodržování všech doporučení a změnu životního stylu. Proto by si měli pacienti před bariatrickou operací sami zhodnotit, jestli jsou schopni tato doporučení dodržovat, protože operace sama nevyřeší všechny problémy bez aktivní spolupráce pacienta. Může se stát, že pacient podstoupí stejný typ operace jako například pacientka. Když nebude dodržovat redukční dietu a pohybovou aktivitu a bude si dopřát vysoce kalorickou stravu, tak sama bariatrická operace nebude mít dlouhodobý efekt.

Tato bakalářská práce bude součástí knihovny Chirurgické kliniky, kde pracuji a bude k dispozici všem lékařům jak v zácviku, tak současným kolegyním a kolegy. Samozřejmě je, že práce bude k dispozici pro studijní účely na Vysoké škole zdravotnické o. p. s., Praha 5.

Pro účely bakalářské práce byl vytvořen edukační leták (příloha G).

Seznam použité literatury

BOROŮVÁ, Jana. 2010. *Kapitoly z ošetřovatelsví*. Plzeň : Mairea, 2010. 193 s. ISBN 978-80-902876-4-8.

DOENGES, Marilyn E.; MOORHOUSE, Mary Frances. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přeprac. a rozšíř. vyd. Z angl. orig. přeložila Ivana Suchardová. Praha : Grada publishing, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8.

FERKO, A. a kol. 2002. *Chirurgie v kostce*. Praha : Grada Publishing, 2002. 591 s. ISBN 80-247-0230-4.

HAINER, V. a kol. 2011. *Základy klinické obezitologie*. Praha : Grada Publishing, 2011. 464 s. ISBN 978-80-247-3252-7.

HAINER, Vojtěch. 2003. *Obezita*. Praha : Triton, 2003. 119 s. ISBN 80-7254-384-9.

HALUZÍK, M. a kol. 2009. *Praktická léčba diabetu*. Praha : Mladá fronta, 2009. 361 s. ISBN 978-80-204-2071-8.

KASALICKÝ, Mojmír. 2011. *Chirurgická léčba obezity*. Praha : Ottova tiskárna, 2011. 118 s. ISBN 978-80-254-9356-4.

KASALICKÝ, Mojmír. 2007. *Tubulizace žaludku*. Praha : Triton, 2007. 89 s. ISBN 978-80-7254-957-3.

KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVIEROVÁ, R. 1995. *Ošetřovatelství 1*. Martin : Osveta. 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.

LAMSCHOVÁ, Petra; HAVLÍČEK, Petr. 2011. *Jídlo jako životní styl*. Praha : Mladá fronta, 2011. 192 s. ISBN 978-80-204-2154-8.

MILEROVÁ, D. a kol. 2009. *Obezita a její prevence a léčba*. Praha : Mladá fronta, 2009. 261 s. ISBN 978-80-204-2146-3

NEJEDLÁ, Marie. 2006. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Praha : Grada Publishing, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1150-8.

NEJEDLÁ, Jitka; MAURITZOVÁ, Ilona. 2011. *Manuál k úpravě písemných prací*. Plzeň : Maurea, 2011. 84 s. ISBN 978-80-902876-8-6.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. 2006. *Modely ošetřovatelsví v kostce*. Praha : Grada Publishing, 2006. 150 s. ISBN 80-247-1211-3.

ŘEŠETĚL, Pavel. 2005. *Psychologie*. Praha : Portál, 2005. 286 s. ISBN 80-7178-923-2.

SKALICKÁ, H. a kol. 2007. *Průvodce vyšetřeními a návody pro praxi*. Praha : Grada Publishing, 2007. 149 s. ISBN 978-80-247-1079-2.

SVAROVÁ, Jana; BRETINAJDOVÁ, Alena. 2008. *Jak na obezitu a její komplikace*. Praha : Grada publishing, 2008. 144 s. ISBN 978-80-247-2395-2.

SVAROVÁ, Jana; BRETINAJDOVÁ, Alena. 2003. *Cukrovka a obezita*. Praha : Maxdorf, 2003. 246 s. ISBN 80-85912-58-9.

SVAROVÁ, Jana a kol. 2006. *Metabolický syndrom*. Praha : Triton, 2006. 282 s. ISBN 80-7254-782-8.

VENGLÁKOVÁ, Martina; MAHROVÁ, Gabriela. 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha : Grada publishing, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

BEJČEK, Pavel. 2004. Chirurgická léčba obezity. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2004, ročník 14, číslo 12, s. 33.

HLADNÁ, H. 2011. Možnosti terapie obezity. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2011, ročník 21, číslo 4, s. 26-27.

KVAPILOVÁ, I. 2010. Nefarmakologické ovlivnění obezity u dětí. In *Florence*. ISSN1801-464x, 2010, ročník VI, číslo 11, s. 24-26.

LABUDA, V. 2010. Obezita není náhoda, vyplývá z průzkumu. In *Florence*. ISSN 1801-464X, 2010, ro. VI, . 9, akcent, informa ní kanál VZP.

MAJEROVÁ, M. 2011. Morbidní strach z tlouky. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2011, ro. 21, . 5, s. 26-27.

ONDŘIOVÁ, I; DUŠIČKOVÁ, J. 2011. Obezita v českém věku možnosti prevence. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2011, ro. 21, . 1, s. 52 ó 53.

MEDNEWS. *eský Institut Metabolického syndromu ó Hlavní strana* [online]. c2005. [cit. 2012-03-02] Dostupné z WWW: <<http://www.cims-ops.cz/cz/uvod/>>

OBEZITA-INFO. *Rizika obezity* [online]. c2008. [cit. 2012-03-02] Dostupné z WWW: <<http://www.obezita-info.cz/rizika-obezity/>>

KRUPIŠKA, Aleš. 2007. *Obesity News ó noviny pro prevenci a léčbu obezity*. [online]. c2007 ó 2012. [cit. 2012-03-01] Dostupné z WWW: <<http://www.obesity-news.cz/?pg=uvod&id=320>>

BANDING KLUB ČR. *Obezita v 21. Století ó Banding klub*. c2005 ó 2006. [cit. 2012-03-08] Dostupné z WWW: <<http://www.bandingklub.cz/obezita.phtml>>

STOB. 2010. *Kognitivní behaviorální terapie obezity ó STOB ó Hubn te zdrav a natrvalo*. c2010. [cit. 2012-02-29] Dostupné z WWW: <<http://www.stob.cz/odborne-clanky-psychotherapie/kognitivne-behavioralni-terapie-obezity>>

PEARS HEALTH CYBER S.R.O. *Tabuola zdraví*. c2004, poslední aktualizace 1. 3. 2012 [cit. 2012-03-22]. Dostupné z WWW: <http://sz.ordinace.cz/lekce_uvod.php?lekce=3>

VÝPOČET.CZ. *Praktické výpočty, kalkulačky*. c2007. [cit. 2012-03-23] Dostupné z WWW: <<http://www.vypocet.cz/bmi>>

Literatura byla zpracována podle normy ISO 690:2.

SEZNAM P ÍLOH

P íloha A - Souhlas	I
P íloha B - Klasifikace a zdravotní rizika	II
P íloha C - Definice Metabolického syndromu	III
P íloha D - Riziko vzniku dekubit dle Nortonové	IV
P íloha E - Barthel v test v-edních ínností	V
P íloha F ó Výřivová pyramida	VI
P íloha G - Eduka ní leták	VII

Příloha A

Ústřední vojenská nemocnice - Vojenská fakultní nemocnice Praha
U Vojenské nemocnice 1200
Praha 6
169 02

Souhlas

Vedení chirurgické kliniky souhlasí s použitím zdravotnické dokumentace pacientky hospitalizované na jednotce intenzivní péče. Souhlas se zpracováním dat získaných ze zdravotnické dokumentace pouze ke studijním účelům, do bakalářské práce, ke státním závěrečným zkouškám Ivaně Chánové studentce Vysoké školy zdravotnické o.p.s. Duškova 7, Praha 5, 150 00.

V Praze dne 15.10.2011

Ústřední vojenská nemocnice Praha
Chirurgická klinika 2, LF UK a ÚVN Praha
vrchní sestra
U Vojenské nemocnice 1200, 169 02 Praha 6
tel: 973 202 985
fax: 973 202 898

.....
Vrchní sestra

Příloha B

Tabulka 1 o Klasifikace a zdravotní rizika

BMI	Kategorie	Zdravotní rizika
méne než 18,5	podváha	vysoká
18,5 - 24,9	norma	minimální
25,0 - 29,9	nadváha	nížká až lehce vyšší
30,0 - 34,9	obezita 1. stupně	zvýšená
35,0 - 39,9	obezita 2. stupně (závažná)	vysoká
40,0 a více	obezita 3. stupně (těžká)	velmi vysoká

Dostupné na [www: <http://www.vypocet.cz/bmi>](http://www.vypocet.cz/bmi). [online] [cit. 24. března 2012]

Tabulka 2 ó Definice Metabolického syndromu

Definice metabolického syndromu

- **Abdominální obezita:** muži ≥ 102 cm
ženy ≥ 88 cm
- TG $\geq 1,7$ mmol/l (nebo hypolipidemická léčba)
- HDL-ch muži $< 1,0$ mmol/l **≥ 3 RF**
ženy $< 1,3$ mmol/l
- TK ≥ 130 / ≥ 85 mmHg nebo antihypertenzní léčba
- Glykémie nalačno $\geq 5,6$ mmol/l nebo PGT nebo DM2

TG = triglyceridy, HDL-ch = high density lipoprotein cholesterol, TK = krevní tlak, PGT = porušená glukózová tolerance, DM 2 = diabetes mellitus 2. typu

Podle: K.G.M.M. Alberti, Robert H. Eckel, Scott M. Grundy et al: A Joint Interim Statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention, National Heart, Lung, and Blood Institute, American Heart Association, World Heart Federation, International Atherosclerosis Society, and International Association for the Study of Obesity. Circulation 2009;120:1640-1645

MEDNEWS. *eský Institut Metabolického syndromu ó Hlavní strana* [online]. c2005
Dostupné z WWW: <http://www.cims-ops.cz/cz/uvod/>. [online] [cit. 24. b ezna 2012]

Příloha D

Tabulka 3 o Riziko vzniku dekubit dle Nortonové

schopnost spolupráce	v k	stav pokožky	další nemoci	telesný stav	stav v domí	pohyblivost	inkontinence	aktivita	
úplná	4	do 10 4	normální 4	fládné 4	dobrý 4	dobrý 4	úplná 4	není 4	chodí 4
malá	3	do 30 3	alergie 3	3	horší 3	apatie 3	částečně omezená 3	občas 3	s doprovodem 3
částečná	2	do 60 2	vlhká 2	2	nepatný 2	zmatený 2	velmi omezená 2	pravidelná 2	sedá 2
fládná	1	60 + 1	suchá 1	2	velmi nepatný 1	bez v domí 1	fládná 1	stolice i mo 1	leží 1

Dostupné z WWW: <http://gebymaruska.blog.cz/0908/vyhodnoceni-rizika-vzniku-dekubitu-preventivni-opatreni-dle-stupne-rizika>. [online] [cit. 25. března 2012]

Příloha E

Tabulka 4 o Barthel v test v-edních inností

	innost	Provedení inností	Bodové skóre*
1.	P íjem potravy a tekutin	samostatn bez pomoci s pomcí neprovede	10 5 0
2.	Oblékání	samostatn bez pomoci s pomcí neprovede	10 5 0
3.	Koupání	samostatn nebo s pomcí neprovede	5 0
4.	Osobní hygiena	samostatn nebo s pomcí neprovede	5 0
5.	Kontinence mo i	pln íkontinentní ob as inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0

6.	Kontinence stolice	pln inkontinentní	10
		občas inkontinentní	5
		trvale inkontinentní	0
7.	Použití WC	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
8.	Přesun lůžko ořídek	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 stupně závislosti: **

ADL 4 0 ó 40 bod **vysoce závislý**

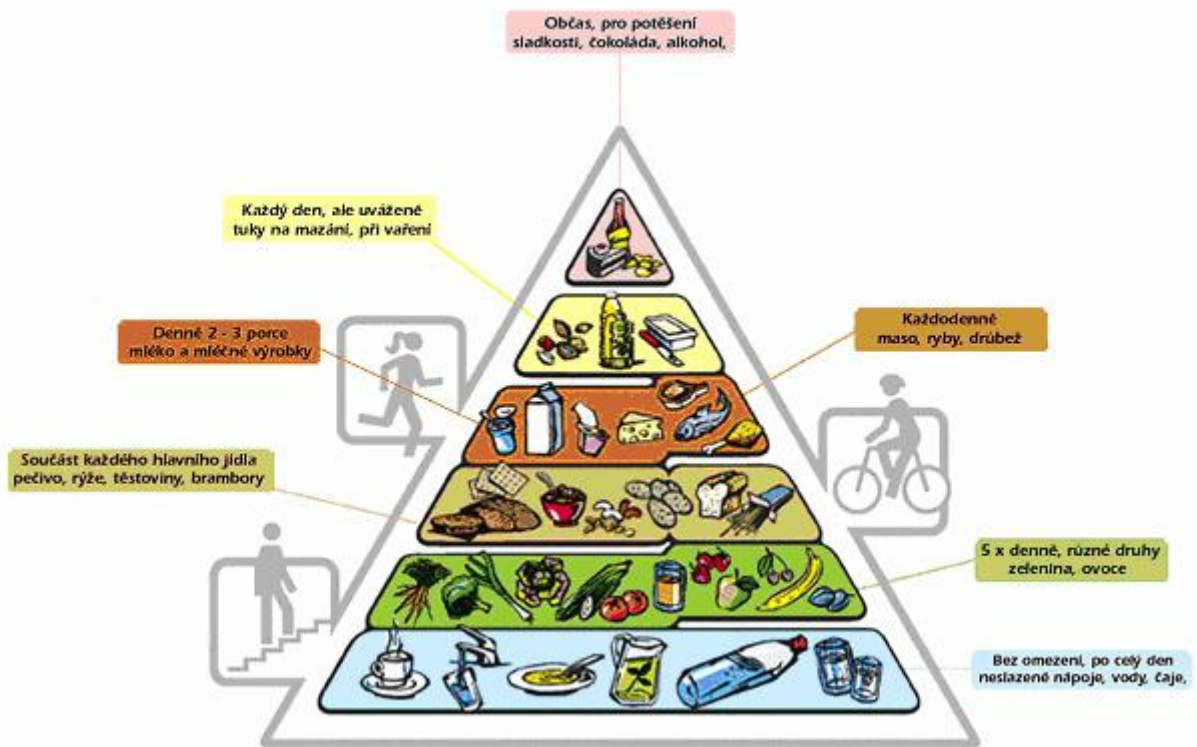
ADL 3 45 ó 60 bod **závislost středního stupně**

ADL 2 65 ó 95 bod **lehká závislost**

ADL 1 96 ó 100 bod **nezávislý**

is.muni.cz/th/174363/pedf_b/Pr._c._2_Barheluv_test.doc. [online] [25. března 2012]

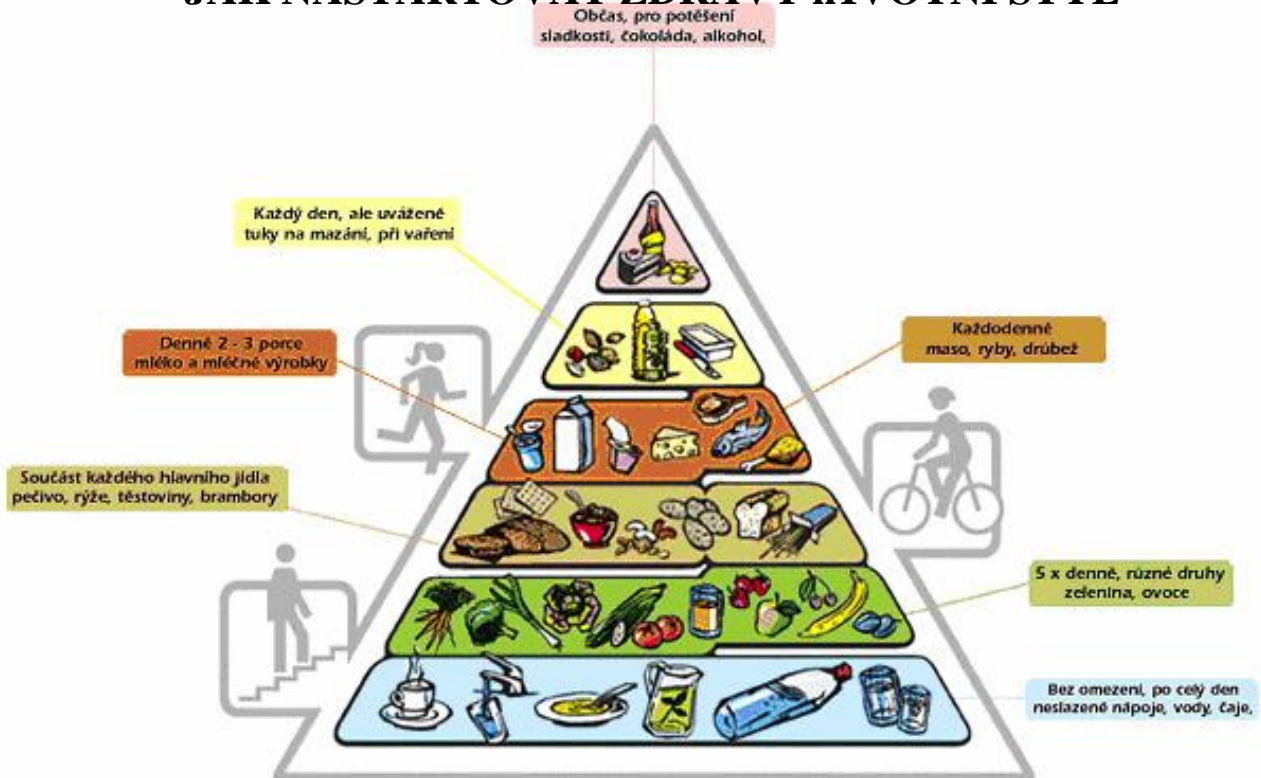
P íloha F



Obrázek 1 ó Výživová pyramida

PRIBINA. *Pramen zdraví z Posázaví*. [online] [cit. 25. března 2012]. Dostupné z WWW: <http://pribina.expo58.cz/49/vyziva-a-mlecne-vyrobky.html?PHPSESSID=xefs-7ceYvthGq9KeMgUahGLAzb>

JAK NASTARTOVAT ZDRAVÝ ŽIVOTNÍ STYL



PRO DOBROU POHODU A RADOST ZE ŽIVOTA VÁM NABÍZÍME
NĚKOLIK RAD A DOPORU ENÍ:

JEZTE ZDRAVĚ A PRAVIDELNĚ 5x DENNĚ

HÝBEJTE SE, NESEDETE DOMA U POČÍTAČE NEBO U TELEVIZE,
BĚHÁJTE SI ZACVIČIT NEBO ZATANCOVAT, ZUMBA VÁM DODÁ
DOBROU NÁLADU

MÁTE PROBLÉMY S NADVÁHOU NEBO OBEZITOU A NEVÍTE SI
RADY? NAVŠTIVTE OBEZITOLOGICKOU PORADNU, KDE VÁM
LÉKAŘI A NUTRIČNÍ TERAPEUTI DOPORUČÍ JAK POSTUPOVAT.
NEBO NAVŠTIVTE KLUBY, KDE VÁM PORADÍ, NAPŘ. STOB

PACIENTI PO BARIATRICKÉ OPERACI MOHOU NAVŠTIVIT NĚKTERÝ
BANDINGKLUB