

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S VÝKONEM SLEEVE RESEKCE ŽALUDKU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

KAMILA ADAMCOVÁ

Praha 2014

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S VÝKONEM SLEEVE RESEKCE ŽALUDKU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

KAMILA ADAMCOVÁ DiS.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Talandová

Praha 2014



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

Adamcová Kamila
3. VSV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 11. 10. 2013 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetřovatelský proces u pacienta s výkonem Sleeve resekce žaludku

Nursing Process for Patients with Sleeve Gastrectomy

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivana Talandová

Konzultant bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH.

V Praze dne: 30. 10. 2013


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně za pomoci své vedoucí práce, s použitím citované literatury a ostatních informačních zdrojů, které jsou uvedeny v této práci.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze 31. května 2014

.....

Podpis studenta

ABSTRAKT

ADAMCOVÁ, Kamila. *Ošetrovatelský proces u pacienta s výkonem sleeve resekce žaludku*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň klasifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Ivana Talandová, Praha. 2014. s. 73.

Obsahem bakalářské práce je komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s výkonem sleeve resekce žaludku. První část práce je zaměřena na obezitu, vývoj bariatrické chirurgie, přehled bariatrických výkonů. Dále je úvodní část věnována definici, komplikacím a životosprávě po výkonu sleeve resekce žaludku.

Nosnou částí této bakalářské práce jsou specifika ošetrovatelské péče a ošetrovatelský proces. V této části jsou uvedeny informace o pacientce, její aktuální stav a potřeby, na základě kterých jsou rozpracovány ošetrovatelské diagnózy dle priority.

Klíčová slova

Bariatrická chirurgie. Sleeve resekce žaludku. Obezita. Ošetrovatelský proces.

ABSTRACT

ADAMCOVÁ, Kamila. *The nursing proces at a patient with sleeve gastrectomy.* The College of nursing, o.p.s. Degree clasification: Bachelor (Bc). Supervisor of Bachelor work: PhD. Ivana Talandová, Prague. 2014. 73 pages.

The Bachelor work is about the global nursing of a patient with performance sleev stomach resection. The first part of the work is focused on the problem of obesity, the development of Bariatric surgery, review of bariatric performances. Then this part is focused on definitions, complications and diet after the performance of sleev stomach resection.

The very important part of this work is specifics of nursing and nursing process. In this part of the work we read some informations about the patient, her actual state and needs. We set out nursing diagnosis according priority.

Key words

Bariatric sumery. Sleeve stomach resection. Obesity. Nursing proces.

PŘEDMLUVA

Celosvětový prudký nárůst obezity se stal velkým problémem. Závažné formy obezity zásadním způsobem přispívají ke zkrácení délky života. Bariatrická chirurgie výrazně přispívá k eliminaci přidružených onemocnění způsobené obezitou a přináší tak zlepšení kvality života.

Tato práce vznikla ve snaze poukázat na téma bariatrie a zaměřit se na ošetrovatelský proces u pacientky po operaci sleeve resekce žaludku.

Výběr tématu práce byl ovlivněn mou praxí a následně zaměstnáním na chirurgickém oddělení nemocnice Valašské Meziříčí.

Ráda bych poděkovala vedoucí bakalářské práce PhDr. Ivaně Talandové za pedagogické usměrnění, trpělivé a odborné vedení, vstřícnost při konzultacích, pomoc a rady při zpracovávání této práce.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

1 OBEZITA	13
1.1 Obezita.....	13
1.2 Příčina obezity	14
1.3 Rizikové období pro rozvoj obezity	14
1.4 Klasifikace obezity	15
1.5 Zdravotní rizika a komplikace obezity	16
1.6 Vyšetření obézního pacienta.....	17
1.7 Léčba obezity.....	17
2 BARIATRICKÁ CHIRURGIE	20
2.1 Vývoj bariatrické chirurgie.....	20
2.2 Současné metody bariatrické chirurgie.....	21
2.2.1 Gastrický bypass v různých modifikacích.....	21
2.2.2 Gastrická bandáž.....	22
2.2.3 Biliopankreatická diverze	22
2.2.4 Sleeve gastrectomy	22
2.2.5 Plikace žaludku.....	23
2.2.6 Gastrická elektrostimulace	23
2.2.7 Intragastrický balon	23
2.2.8 Abdominoplastika.....	23
2.3 Tubulizace žaludku – Sleeve Gastrectomy.....	24

2.3.1	Indikace k výkonu tubulizace žaludku	25
2.3.2	Kontraindikace k výkonu tubulizace žaludku	26
2.3.3	Předoperační edukace nemocného	26
2.3.4	Vyšetření a příprava pacienta před bariatrickým výkonem.....	27
2.3.5	Komplikace po tubulizaci žaludku	28
2.3.6	Období po výkonu tubulizace žaludku	28
2.3.7	Životospráva po výkonu tubulizace žaludku	29
2.3.8	Počáteční strava po tubulizaci žaludku.....	30
2.3.9	Obecné zásady a charakteristika redukční diety po tubulizaci žaludku	31
3	SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	32
3.1	Specifika ošetrovatelské péče na jednotce intenzivní péče	32
3.3	Specifika ošetrovatelské péče na standardním oddělení.....	34
4	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S VÝKONEM SLEEVE RESEKCE ŽALUDKU	36
5	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	71
ZÁVĚR	73
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....		74
SEZNAM PŘÍLOH		

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ACTH	Adrenokortikotropní hormon
AGB	Adjustabilní gastrická bandáž
aj.	A jiný
amp	Ampule
ASK	Artrioskopie
ATB	Antibiotika
BMI	Body mass index
BPD/DS	Biliopankreatické diverze pomocí duodenálního switsche
BPD/S	Biliopankreatické diverze dle Scopinara
°C	Stupeň Celsia
cm	Centimetr
CT	Počítačová tomografie
cca	Cirka
ČR	Česká republika
EKG	Elektrokardiografické vyšetření
FF	Fyziologické funkce
g	Gram
GB	Gastrická bandáž
GBP	Gastrický bypass
GIT	Gastrointestinální ústrojí

i.v.	Intra venózně (do žíly)
JIP	Jednotka intenzivní péče
kg	Kilogram
LGCP	Laparoskopická plikace žaludku
m²	Metr čtvereční
mg	Miligram
ml	Mililitr
mmHg	Tlakový parametr
NANDA	Severoamerická asociace pro sesternské diagnózy
NGS	Nasogastrická sonda
NPO	Nic per os (nic ústy)
PŽK	Periferní žilní katétr
RČ	Rodné číslo
RR	Ringer roztok
RTG	Rentgen
RYGBP	Roux-Y žaludeční bypass
s. c.	Subkutánně (podání léku pod kůží)
SG	Sleeve gastrectomy
TEN	Trombembolická nemoc
TK	Tlak krevní
VAS	Vizuální analogová škála bolesti

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Analgezie – odstraňování bolesti

Antidepresiva - psychiatrický lék užívaný ke zmírnění symptomů klinické deprese

Cévní mozková příhoda - postižení okrsku mozkové tkáně vzniklé poruchou prokrvení

Degan – lék, tlumící vracení

Diabetes mellitus - cukrovka

Distální - okrajový, vzdálený od středu těla

Duodenum - dvanáctník

Edukace – vychovávat, vést vpřed

Endokrinní - soustava žláz s vnitřní sekrecí

Endoskopické vyšetření - metoda umožňující prohlédnout duté orgány

Epidemie - nahromadění výskytů onemocnění v časových a místních souvislostech

Farmakoterapie – léčba léky

Fraxiparine – lék, pomáhá zabránit tvorbě krevních sraženin v cévách

Gastritida – zánět žaludeční sliznice

Gastroezofageální reflex - zpětný tok žaludečních šťáv ze žaludku do jícnu

Gastrointestinální - vztahující se k žaludku, střevům, ke konečníku, k játrům, slinivce a žlučníku

Gastroskopie - vyšetřovací metoda, která využívá optického přístroje k vyšetření horní části zažívacího traktu

Ghrelín – hormon hladu

Helicid – lék, snižuje kyselost žaludeční šťávy

Heparin - prostředek snižující srážlivost krve

Hepatální - jaterní

Hluboká žilní trombóza - vznik krevní sraženiny v hlubokém žilním systému vedoucí k omezení toku krve žilou.

Hypertenze – vysoký krevní tlak

Hypotalamus – část mozku

Cholecystolitiáza – žlučové kameny

Ileozní stav – stav střevní neprůchodnosti

Infarkt myokardu – srdeční mrtvice

Insuficientní - nedostatečnost

Jejunoileální - část střeva

Kardiální - srdeční

Kardiovaskulární choroby – srdeční choroby

Kognitivní - poznávací

Laparoskopie – pohled do dutiny břišní

Mykóza - onemocnění houbami, plísněmi a kvasinkami

Neuroleptika – léčiva používána k terapii nemocí projevujících se poruchou myšlení a vnímání

Pandemie - neobvykle vysoký výskyt infekčního onemocnění (nákazy) osob na omezeném území během definovaného časového úseku

Paralytický ileus – střevní neprůchodnost

Per os - ústy

Plicní embolie – uzávěr plicní cévy

Pneumonie – zánět plic

Predispozice – sklon

Premedikace – podání léků k útlumu neurovegetativního systému před chirurgickým zákrokem

Preparace – příprava objektu ke zkoumání, pozorování

Prevalence - ukazatel, poměr počtu nemocných k počtu obyvatel

Proximální - blízký

Pylorus - vrátník

Renální - ledvinné

Resekce – odstranění části nebo celého orgánu

Respirační - dýchací

Spánková apnoe – pravidelné zastavení dechu během spánku

Spirometrie – vyšetření plic

Torecan – lék k léčbě a prevence zvracení

Trokar - chirurgický nástroj používaný při operacích

Trombembolická nemoc – uzávěr cévy krevní sraženinou

Ventilace – dýchání

Vertikalizace – uvedení do vzpřímené polohy

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 Sleeve resekce žaludku.....	24
Tabulka 1 Body mass index.....	15
Tabulka 2 Klasifikace obezity	15
Tabulka 3 Krevní odběry	57

ÚVOD

Obezita se v posledních letech epidemicky šíří a stává se vážným lékařským, psychologickým ale i celospolečenským a ekonomickým problémem. Špatnou zprávou je, že finanční náklady na léčbu nemoci vzniklých z obezity dosahují astronomických hodnot. Výskyt obezity má vzestupnou tendenci a postihuje téměř všechny skupiny obyvatelstva. Alarmující ale je stále stoupající výskyt obezity u dětí a dospívajících.

Léčba obezity zásadně ovlivňuje úmrtnost a zlepšuje tak kvalitu života jedince. Při selhání konzervativní terapie představuje v dnešní době bariatrická chirurgie nezastupitelnou úlohu. Neplní pouze funkci redukce váhy, ale přináší i pozitivní kosmetický efekt, zlepšení kvality života, psychického stavu a navrácí možnost společenského znovuuplatnění.

Bakalářská práce je rozdělena do pěti kapitol. První dvě kapitoly se zabývají problematikou obezity, bariatrickou chirurgií a jejími současnými metodami a výkonem sleeve resekce žaludku. V další kapitole jsou popsány specifika ošetrovatelské péče o pacienta s výkonem sleeve resekce žaludku. Čtvrtou důležitou kapitolou je ošetrovatelský proces, ve kterém je prováděna anamnéza, zhodnocení aktuálního stavu pacientky a stanovení ošetrovatelských diagnóz podle NANDA Taxonomie I. Je zde vytvořen plán, realizace a hodnocení ošetrovatelské péče. Poslední neméně důležitá kapitola je věnována doporučením pro praxi.

Cílem bakalářské práce je seznámení s výkonem sleeve resekce žaludku a nabídnout pohled na komplexní ošetrovatelskou péči o pacienta s výkonem sleeve resekce žaludku. A také prostřednictvím vypracovaného informačního letáku poukázat na důležitost prevence obezity.

Tato práce je určena zdravotníkům a především všeobecným sestřám na chirurgickém oddělení.

1 OBEZITA

1.1 Obezita

„Obezita je v dnešní době nejčastější multifaktoriálně podmíněnou metabolickou chorobou. Je definována jako nadměrné zmnožení tuků v organismu a je důsledkem vlivu současných životních podmínek, životního prostředí a životního stylu s velmi častou pozitivní energetickou bilancí. Obezita vzniká především u geneticky predisponovaných osob s nadměrným přísunem živin. Svou roli hraje i současný pokles pohybové aktivity“ (KASALICKÝ, 2007, str. 15).

Nadváha, obezita či morbidní obezita je celoživotní onemocnění spojené s celou řadou faktorů. Je pokládána za pandemii a zvyšuje se s výskytem různých onemocnění, jako například diabetes mellitus 2. typu, hypertenze, kardiovaskulární choroby, degenerativní onemocnění kloubů a páteře. Obezita výrazně způsobuje i další život ohrožující onemocnění jako cévní mozková příhoda nebo infarkt myokardu (FRIED, 2011).

V současné době prevalence obezity stoupá. Problematika obezity je dnes laickou i medicínskou společností velmi podceňována. Pokládá se za málo podstatnou věc, i když statistiky poukazují, že s přibývajícím věkem lidé tloustnou. Na základě těchto údajů vyhlásila Světová zdravotnická organizace obezitu jako epidemii 21. století. Nejvíce obézní je starší populace ve věku mezi 60-80 lety. Naopak nejméně obézních je mezi 18-19 rokem. V dnešní době v Evropě je v průměru okolo 10-20 % obézních mužů a 15-25 % obézních žen. To znamená, že v Evropě dnes žije zhruba 140 miliónů obézních lidí. V ČR trpí 34 % populace nadváhou a 21 % obezitou (KASALICKÝ, 2011).

Léčba obezity je i vážný ekonomický problém, neboť v ČR jsou průměrné náklady za jednoho pacienta okolo 115 000 Kč za rok. Finanční náklady stále narůstají zvyšujícím se počtem dalších přidružených komplikací a léčebných výdajů na terapii např. diabetu, hypertenze, lázeňské a rehabilitační terapie (FRIED, 2011).

Morbidní obezita se označuje u pacienta s BMI vyšší než 40. Okolo 5 % dnešní populace trpí morbidní obezitou. V těchto případech nestačí konzervativní postup a farmakoterapie a doporučuje se zahájení bariatrické chirurgie. Nejčastěji zanechává změny v metabolismu kardiovaskulárním, respiračním a gastrointestinálním. Čím dál více se rozvíjejí přidružené choroby jako např. diabetes mellitus, hypertenze a křečové žíly (KASALICKÝ, 2007).

1.2 Příčina obezity

Příčina obezity má více faktorů. Jedním z nich je v dnešní době výrazný pokles energetického výdeje způsobený sedavým způsobem života, zvýšeným používáním automobilů a tím snížení chůze. Určitou roli hraje i genetická predispozice, která je podle určitých studií za obezitu zodpovědná až v 50 %. Ke zvýšenému energetickému příjmu (hlavně tuků) může také přispívat stres, nedostatek času na jídlo a tím stravování ve fastfoodech. Také některé léky mohou výrazně zvyšovat chuť k jídlu, např. antidepresiva, neuroleptika (KASALICKÝ, 2011), (DOLEŽALOVÁ, 2012).

1.3 Rizikové období pro rozvoj obezity

Rizikové období začíná již v prenatální době a to možnou podvýživou plodu. Velmi významné období na předcházení obezity je možné kojení. Dalším obdobím je těhotenství a menopauza. V dospělosti často přicházejí největší změny. Rodinné či pracovní neshody, nástup nebo změna zaměstnání, dlouhodobé onemocnění a změna pohybových aktivit mohou vést k rozvoji obezity. I příchod menopauzy může představovat riziko obezity pro organismus (HAINER, 2004).

1.4 Klasifikace obezity

Nejjednodušším způsobem, jak zhodnotit stupeň výživy je orientační ukazatel BMI- z anglického „body mass index“, dále jen BMI. Tento index definoval v minulém století matematik A.Quetelet. Lze jej vypočítat z tělesné hmotnosti v kilogramech a druhé mocniny tělesné výšky v metrech.

Tabulka 1 Body mass index, výpočet

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

Zdroj: Fried, 2005, strana 8

Tabulka 2 Klasifikace obezity (dle WHO, 1997)

Klasifikace	BMI	Riziko komplikací obezity
podváha	< 18,5	nízké (riziko jiných chorob)
normální váha	18,5 - 24,9	průměrné
zvýšená váha	≥ 25	
preobézní stav (nadváha)	25 - 29,9	mírně zvýšené
obezita I. stupně	30,0 - 34,9	středně zvýšené
obezita II. stupně	35,0 - 39,9	velmi zvýšené
obezita III. stupně	≥ 40	vysoké

Zdroj: ANON, 2014, is.muni.cz/th/142601/lf_m/dipl.-text.doc

BMI jednoznačně neodráží podíl tuku a beztukové hmoty a nezohledňuje celou řadu aspektů. Ukládání a podíl tuků ovlivňuje věk, pohlaví ale i národnost. Tuková tkáň se rozděluje na dva základní typy:

- *tukovou tkáň podkožní*- tato tkáň tvoří okolo 70-80 % celkové tukové tkáně v těle
- *tuková tkáň nitrobřišní*- tvoří 20-30 % celkového tuku v těle, je však metabolicky aktivnější a významnější

Dále lze klasifikovat obezitu podle charakteru rozložení tuku. Jedná se o typ:

- *Gynoidní obezita* - častější u žen. Tuk se ukládá v oblasti stehen a hýždí, tvar těla připomínající hrušku. Riziko metabolické a kardiovaskulární je vyšší
- *Androidní obezita*- častější u mužů. Tuk se ukládá v oblasti hrudníku a břicha, tvar připomínající jablko. Vyšší riziko metabolické a kardiovaskulární (KASALICKÝ, 2011)

1.5 Zdravotní rizika a komplikace obezity

Na základě mnoha studií je v dnešní době prokázáno, že nadváha a obezita nejen zhoršují kvalitu života člověka, ale zároveň zvyšují riziko vzniku mnoha dalších onemocnění. Nejzávažnější jsou: komplikace metabolické (diabetes mellitus 2.typu), kardiovaskulární (hypertenze, cévní mozková příhoda), respirační (spánková apnoe), gastrointestinální (gastroezofageální reflux) a endokrinní (KASALICKÝ, 2007).

Další komplikace obezity jsou gynekologické (porucha menstruačního cyklu, pokles dělohy a komplikace v těhotenství a porodu), ortopedické (degenerace kloubů a páteře), kožní (ekzémy, mykóza) a rovněž komplikace onkologické a psychosociální (deprese, úzkost). Obezita zahrnuje riziko předčasné smrti a je druhou nejčastější příčinou úmrtí, které lze přecházet zdravým životním stylem (HAINER, 2004).

1.6 Vyšetření obézního pacienta

Anamnéza je první krok, který lékař vykoná při počátečním vyšetření. Je podstatné znát související faktory obezity. Zjišťuje se rodinná anamnéza, váhové výkyvy v průběhu života, životní styl, stravovací návyky, preference potravin, aktivita jedince, psychický stav- deprese, úzkost (KASALICKÝ, 2007).

Dalším metodou jsou laboratorní vyšetření. Měly by zahrnovat stanovení glykémie na lačno, lipidový profil, kyselinu močovou, krevní obraz, ionty, funkci štítné žlázy a jaterní enzymy.

A také důležitým určujícím faktorem stupně obezity je klinické vyšetření pacienta. To zahrnuje zvážení a změření výšky pacienta pro výpočet BMI, změření obvodu pasu a krevního tlaku a posouzení přítomnosti přidružených onemocnění jako např. diabetes mellitus, kardiovaskulární choroby, respirační a ortopedické onemocnění. Při podezření na výskyt přidruženého onemocnění se provádí intenzivnější vyšetření.

Další krok je měření složení těla se stanovením obsahu tukové tkáně, kostních minerálů, svalové hmoty, vody aj. O obezitě u mužů mluvíme, pokud je tuková tkáň vyšší nežli 25 %. U žen vyšší nežli 30 %. Tukovou tkáň můžeme měřit počítačovou tomografií, magnetickou rezonancí, antropometrickým měřením kožních řas a metodou bioelektrické impedance (vodivost těla) (KASALICKÝ, 2011).

1.7 Léčba obezity

Léčba obezity nespočívá pouze v úbytku hmotnosti, ale také ve snížení přidružených onemocnění. Léčba se rozděluje na konzervativní a chirurgickou. K terapii obezity je nutné zahrnout komplexní ale i individuální přístup. Věk, pohlaví, klasifikace obezity, charakter rozložení tuku a přidružené onemocnění jsou základní údaje pro správný výběr léčby.

Důležitá je konzervativní léčba. Hlavním úkolem je snížit denní energetický příjem a zvýšit energetický výdej. Jedná se o dlouhodobou a postupnou léčbu s celoživotní změnou životního stylu. Děje se tak správným výběrem potravin. Strava by měla být pestrá s nízkým obsahem tuku a vyšším obsahem vlákniny (ovoce, zelenina, tmavé celozrnné pečivo).

Je doporučováno, aby obsah tuku byl pod 30 % denního energetického příjmu. Jednorázové rychlé zhubnutí za pomoci diety např. z mediálních prostředků, může vést k poruchám příjmu potravy nebo „jo-jo“ efektu. Důležitá je prevence opětovného váhového přírůstku. V některých případech je pro pacienta vhodný cíl prevence dalšího přibývání, než samotné hubnutí. Pacient by měl již na první obezitologickou konzultaci přinést svůj jídelníček (DOLEŽALOVÁ, 2012), (KASALICKÝ, 2007).

Pohybová aktivita je jednou z důležitých složek redukce hmotnosti a léčby obezity. Příznivě ovlivňuje řadu metabolických komplikací a vede ke snížení obsahu tuku v organismu, zvyšuje svalovou hmotu, snižuje krevní tlak a zlepšuje inzulinovou senzitivitu. Upřednostňují se aktivity s odlehčením před aktivitami vedoucí k přetěžování nosných kloubů. Pacienti s těžkým stupněm obezity, kteří nezvládnou chůzi, mohou začínat cviky v bazénu a následně pokračovat cvičením vsedě, ve stoje. Příznivě působí na zlepšení psychického stavu jedince, které se i projeví potlačením deprese, úzkosti a jiných psychických poruch (ADÁMKOVÁ, 2009), (HAINER, 2004).

Kognitivně behaviorální přístup by měl být součástí léčby všech pacientů, kteří se léčí s obezitou. Tato léčba vychází z principu, že nevhodné stravovací a pohybové návyky jsou naučené a je možné je odnaučit. Nesprávné jídelní chování je ve většině případů ovlivněno řadou zevních faktorů, které je potřeba rozpoznat a pokusit se je změnit. Pro příjem potravy je fyziologický reflex pocit hladu. U mnoha obézních pacientů je často tento reflex nahrazen chutí na určitá jídla. Může být také důvodem přejídání špatná nálada nebo stresové situace, která příjem jídla podmiňuje (KASALICKÝ, 2007).

Farmakoterapie je jednou z dalších metod k omezení příjmu potravy. V současnosti se uplatňují zejména tři skupiny léků.

- *anorektika* - léky tlumící chuť v centrálním nervovém systému
- *termogenní farmaka* – léky zvyšující energetický výdej
- *léky ovlivňující vstřebávání tuků ve střevě* (HAINER, 2004)

Chirurgická léčba obezity je označována také jako bariatrická chirurgie (z řeckého *baros* – těžký) a jejím základním požadavkem je při neúspěchu konzervativní léčby dosáhnout pomocí operačního zákroku na trávicím traktu zlepšení nebo vyléčení obezity (FRIED 2011).

Cílem bariatrické chirurgie je především redukce hmotnosti. Díky ní dochází k zlepšení mnoha onemocnění např. vysokého krevního tlaku, úpravě hladiny cholesterolu a diabetu mellitu 2. typu. Tento typ bariatrické léčby mohou podstoupit pacienti ve věku 18-60 let (existují i individuální výjimky).

V současnosti se v ČR provádí tři typy výkonů

- *restriktivní* - omezující příjem potravy, např. adjustabilní bandáž, plikace, sleeve gastrektomie
- *maloabsorbční* -omezující vstřebání potravy, např. biliopakreatická diverze
- *kombinované*- spojení dvou předchozích typů (KASALICKÝ, 2007)

Tyto operační zákroky jsou uskutečňovány klasicky, tj. z laparotomie (otevření dutiny břišní podélným řezem ve střední čáře mezi mečíkem kosti hrudní a pupkem) nebo miniinvazivní laparoskopickou metodou.

K chirurgické léčbě jsou indikováni pacienti s těžkým stupněm nadváhy $BMI > 40 \text{kg}/(\text{m})^2$ u kterých selhala konzervativní léčba, nebo pacienti s nadváhou těžkého stupně $BMI > 35 \text{kg}/(\text{m})^2$, která je spojena s vážnými komplikacemi (KASALICKÝ 2011).

2 BARIATRICKÁ CHIRURGIE

2.1 Vývoj bariatrické chirurgie

V roce 1952 Henriksson poprvé provedl resekci tenkého střeva z důvodů omezení vstřebávané potravy a zároveň snížení nadváhy. V roce 1957 Payne a Scott upravili resekci střeva pomocí jejunoileálního bypassu, tím vyřadili 45 cm tenkého střeva z pasáže. Tato metoda se dnes nepoužívá pro závažné komplikace.

Další období bylo směřováno na léčbu žaludku. A tak v roce 1966 Mason zahájil léčbu pomocí gastrických bypassů (GBP). Při tomto výkonu byla z pasáže stravy vyřazena část žaludku a celé duodenum. Tento druh operace je dodnes využíván. O tři roky později Wilkinson použil metodu zabalení a tím i stažení celého žaludku do marlexové sítě. Pro řadu komplikací byl tento výkon opuštěn, ale položil základy pro gastrickou bandáž (GB). Hlavním principem je stažení horní části žaludku pomocí manžety. Díky častým komplikacím, např. opakovaného zvracení pokračoval výzkum v oblasti gastrických bandáží rychle dál.

V roce 1979 použil Wilkinson ve snaze zmenšit objem žaludku gastrický balónek. Tato metoda vedla ke gastritidám, vředům, nekróze žaludeční stěny až k ileozním stavům. (KASALICKÝ, 2007).

Na konci sedmdesátých let minulého století Scopinaro objevuje biliopankreatickou diverzi. Provádí se resekce distální části žaludku a rozdělení tenkého střeva ve tvaru Roux Y kličky.

V roce 1983 se zkoušela metoda gastroklipu-tuhý klip se zavedl kolem horní části žaludku. Tato metoda zůstala pouze u experimentu.

Další metodou, která je stále považována za experimentální je gastrická elektrostimulace. V roce 1992 představil tuto metodu Cigaina a spočívá v zavedení stimulačních elektrod do stěny žaludku (FRIED, 2005).

2.2 Současné metody bariatrické chirurgie

Existence různých bariatrických operačních výkonů vede k tomu, že neexistuje zlatý standard, ideální nebo univerzální operace pro obezitu. Výběr bariatrického typu operace je třeba dobře zvážit. Vychází se z tíže obezity (BMI), rizikovosti výkonu, metabolického stavu nemocného, přidružených onemocnění, spolupráce pacienta s bariatrickou metodou a také ze zvyklosti pracoviště a zkušeností operátora s vybranou metodou. V dnešní době se bariatrické operace provádí miniinvazivní laparoskopickou technikou. Vývojem i za použití operační robotiky. V současnosti se při chirurgické léčbě obezity používají tyto metody: (KASALICKÝ, 2011)

2.2.1 Gastrický bypass v různých modifikacích

Nejčastěji RYGBP. Principem Roux-Y žaludečního bypassu (RYGBP) je především kombinace restriktivní a malabsorpční operační metody. Žaludek se přerušuje v jeho horní části a vytvoří se z něj malá kapsa. Zbylá část žaludku je ponechána, ale zcela vyřazena z procesu pasáže stravy. Proximální část žaludku se spojuje s tenkým střevem, kudy odchází strava. Při příjmu potravy se část žaludku naplní a rozepne, podráždí se centra hypotalamu a tím dojde k pocitu sytosti dříve. Aby nedocházelo k reflexu žluče, je Roux-Y anastomóza konstruována minimálně 60-70 cm do doudenojejunálního prostoru a je často nazývána jako duodenální klička, protože vede jen žluč a pankreatickou šťávu.

2.2.2 Gastrická bandáž

Adjustabilní gastrická bandáž (AGB) je bariatrická metoda, která je plně revizibilní, dá se tedy zrušit. Hlavní částí bandáže je silikonový kroužek se zámkem a balónkem. Připevňuje se na horní část žaludku. Hlavním úkolem adjustabilní bandáže je zpomalit příjem stravy a zároveň tímto snížit i její objem.

Horní část žaludku má objem 25 ml, což odpovídá poměru dvou polévkových lžic. Strava se z horní části žaludku díky bandáži do spodní části dostává velmi pomalu, proto je potřeba počkat s příjmem dalšího sousta než předchozí sousto projde bandáží. Proto pacient musí jíst velmi pomalu (KASALICKÝ, 2012).

2.2.3 Biliopankreatická diverze

Biliopankreatická diverze (BPD) je považována za nejsložitější bariatrickou metodu. Je prováděna pouze v 7 %. Je to maloabsorbční bariatrická metoda nejen pro léčbu morbidní obezity, ale v poslední době především k léčbě diabetu druhého typu. Tato metoda se rozděluje na dva typy. U biliopankreatické diverze dle Scopinara (BPD/S) se odebírá 2/3 žaludku s ponecháním proximální části žaludku a objemu přibližně 250-500ml. Následně se provádí rekonstrukce pomocí gastroentero anastomózou typu Roux-Y. Druhý typ biliopankreatické diverze je pomocí duodenálního switsche (BPD/DS). Provádí se resekce žaludku typu sleeve gastrectomy. Zaživací trakt je přerušen zhruba 5cm za pylorem a v tomto místě je našita klička, která bývá v délce 250cm. Dvanáctník je slepě uzavřen. Dále se pokračuje obdobně jako u BPD/S (KASALICKÝ, 2011).

2.2.4 Sleeve gastrectomy

Tubulizace žaludku neboli Sleeve gastrectomy (SG) je chirurgické odstranění velkého zakřivení žaludku, kde se nachází produkce gastrointestinálních hormonů nazývaných „hladové hormony“ především ghrelinu. Po této operaci žaludek vypadá jako trubice o objemu 80-180 ml. Díky tomuto zákroku dochází k dlouhodobému snížení hladiny ghrelinu až o 40-70 % (KASALICKÝ, 2012).

2.2.5 Plikace žaludku

Plikace žaludku (LGCP) je operační výkon, při kterém dosahuje redukce objemu žaludku plikací velkého zakřivení žaludku. Žaludek je vlastně „vyplněn“ žaludkem. Vrstvy jsou přišity nevstřebatelným vláknem, buď jednotlivým nebo pokračujícím stehem. Jde o novou a slibnou miniinvazivní metodu, která vznikla v roce 2007. Její nevýhody jsou menší než výhody. U této metody se nepoužívá cizorodý materiál, tudíž snižuje rizika komplikací.

2.2.6 Gastrická elektrostimulace

Gastrická elektrostimulace (Gastric pacing) je prozatím ve stádiu klinických zkoušek. Princip této metody spočívá v zavedení elektrod do místa malého zakřivení žaludku. Je známo, že v žaludeční svalovině probíhají elektrické impulzy o frekvenci 3-4 cyklů za minutu. Z experimentálních prací léčby obezity elektrickou stimulací žaludeční stěny se usuzuje, že způsob stimulace v žaludeční svalovině může vyvolávat u obézních nemocných pocit sytosti.

2.2.7 Intragastrický balon

Jde o speciální měkké silikonové gastrické balóny, které se zavádějí gastrokopicky a mají objem cca 500 ml. Po zavedení se plní vzduchem nebo fyziologickým roztokem. Dnes je tato metoda indikována jen u vysoce morbidní obezity. Ponechává se pouzena dobu 3-6 měsíců. Intragastrický balon slouží jako příprava na následující bariatrický výkon.

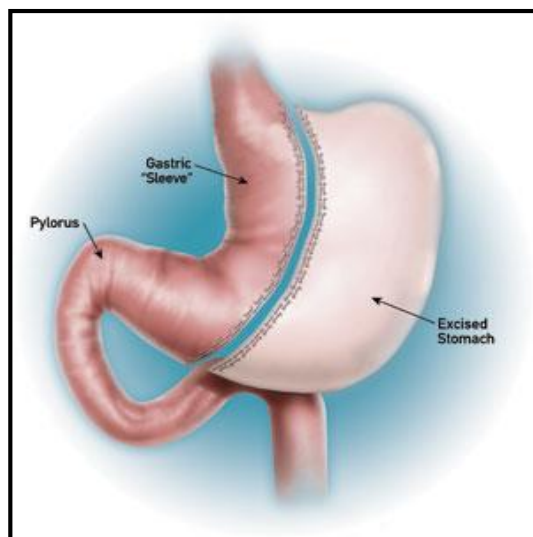
2.2.8 Abdominoplastika

Abdominoplastika, známa také jako plastická operace břicha, bývá často navazujícím výkonem buď po konzervativní nebo bariatrické léčbě. Jde o odstranění přebytečných kožních laloků a tuku na břicho. Dochází k výraznému zploštění břicha. (KASALICKÝ, 2007).

2.3 Tubulizace žaludku – Sleeve Gastrectomy

Tubulizace žaludku – Sleeve Gastrectomy neboli rukávová resekce žaludku je novější restriktivní bariatrická metoda. Principem této metody je chirurgické odstranění velkého zakřivení žaludku. Po odstranění větší části žaludku vznikne menší objem, který následně pojme i menší množství stravy a vyvolá brzký pocit sytosti. Tato část zbylého žaludku má podobu trubice a pojme objem 60-180 ml. Tento typ bariatrické operace, který se provádí laparoskopicky, omezuje nemocného především ve smyslu objemu přijaté stravy (popis operačního výkonu – příloha č. D, E). Tato operace pomáhá nemocnému držet redukční dietu bez pocitu velkého hladu (FRIED, 2011).

Resekovaná část žaludku obsahuje gastrointestinální hormony, takzvané „hladové hormony“ např. ghrelin. Výkonem tubulizace žaludku je hladina tohoto hormonu menší o 65-80 %. Ghrelin je tvořen v buňkách žaludeční sliznice a v organismu plní několik funkcí: kromě schopnosti stimulovat vyplavování růstového hormonu, prolaktinu a ACTH má schopnost orexigenní aktivity (zvýšení příjmu potravy) Hladiny tohoto hormonu jsou sniženy po příjmu potravy u obézních jedinců a naopak se zvyšují při lačnění např. u pacientů s mentální anorexií (KASALICKÝ, 2011).



Zdroj: Anon, 2014, <http://www.bandazzaludka.sk/resekcia>

Obrázek 1 – Sleeve resekce žaludku

2.3.1 Indikace k výkonu tubulizace žaludku

Morbidně obézní lidé jen zcela výjimečně dokážou dlouhodobě udržet váhový úbytek po konzervativní léčbě. Proto bariatrická chirurgie zajišťuje efektivní pomoc při léčbě a ochraně život ohrožujících komplikací spojených s obezitou. O rozhodnutí k provedení chirurgického zákroku by se měl podílet internista - obezitolog, dietolog, klinický psycholog a bariatrický chirurg. Pacient by měl podstoupit všechna vyšetření u uvedených odborníků (FRIED, 2005).

Pro Sleeve gastrectomy jsou vhodné jedinci, u kterých není indikována z různých příčin a důvodů adjustabilní gastrická bandáž. Dále jsou indikováni morbidně obézní jedinci BMI >60 s vážným přidruženým onemocněním, nebo s BMI >40, u kterých selhala konzervativní terapie a jedinci s BMI >35, která je spojena dalšími četnými komplikacemi.

Důležitým prvkem je dostatečné poučení jedince, že samotný výkon nevede k redukci hmotnosti. Je nutné po operaci dodržovat přísnou redukční dietu, po které jedinec nemá pocit hladu. Před operací se provádí psychologické nebo psychiatrické vyšetření, které určí, schopnost nemocného dodržovat dietní režim a nadále spolupracovat. Provádí se komplexní klinické a laboratorní vyšetření. K doplňujícím vyšetřením se doporučuje provést rentgen žaludku a gastrokopie k vyloučení brániční kýly nebo vředové choroby jícnu. Dále operačnímu výkonu předchází spirometrie a sonografie žlučníku k vyloučení cholecystolitiázy.

Jen ve výjimečných případech mohou být operováni jedinci mezi 15.-18. rokem věku a to po konzultaci s dětským obezitologem a psychologem. U obézních nemocných nad 60 let mohou být komplikace daleko výraznější a mohou znemožňovat použití celkové anestezie.

2.3.2 Kontraindikace k výkonu tubulizace žaludku

Hlavní kontraindikací tubulizace žaludku je porucha dietního chování - bulimie. Za důležité kontraindikace jsou považována přidružená onemocnění, která ohrožují nemocného nezávisle na obezitě.

- kardiální, renální a hepatální selhávání
- neovlivnitelná hypertenze
- poruchy imunity, zhoubné onemocnění
- hormonální poruchy
- psychózy, drogová závislost, alkoholismus

Dále je kontraindikací k tubulizaci žaludku hiátová kýla. Je-li menší než 2cm, pacienti neudávají potíže, může se provést výkon. Je-li brániční kýla větší, nejprve se provede plastika (KASALICKÝ, 2007).

2.3.3 Předoperační edukace nemocného

Tvoří zcela důležitou a neodmyslitelnou součást přípravy pacienta k operaci. Lékař i pacient by měli věnovat edukaci dostatek času. Chirurg by měl laicky a srozumitelně vysvětlit princip operačního výkonu. Popsat předoperační přípravu, změnu životosprávy, jídelníčku a možných komplikací, které se mohou objevit ihned po operaci nebo i s delším časovým odstupem. Řádně informovat pacienta o průběhu hospitalizace a pooperačním období. Poskytnout dostatek edukační publikace a využít dnes již dobře dostupné audiovizuální pomůcky. Pacient by měl všemu rozumět a chápat základní operační postup a jeho následek na organismus a změnu životosprávy po operaci. Podrobně informován by neměl být pouze od chirurga, ale i od indikujícího dietologa, a internisty- obezitologa.

2.3.4 Vyšetření a příprava pacienta před bariatrickým výkonem

Důležité je, aby pacienti nejprve prošli konzervativní terapií (dietní opatření pod odborným dohledem, farmakologická nebo psychologická terapie) a teprve po neúspěchu této terapie zahájit chirurgickou léčbu (FRIED 2005).

Příprava pacienta k operaci se nijak neliší od běžné předoperační přípravy k operaci laparoskopickou metodou na trávicím ústrojí (viz. standard nemocnice). Nezapomínat na psychiku pacienta. Neustále se snažit pacienta povzbuzovat a podporovat její. Výkon se provádí v celkové anestezii, proto je nutné podstoupit vyšetření anesteziologem, ale i bariatrickým lékařem. Dále potřeba u pacienta odebrat anamnézu, provést celková biochemická vyšetření, EKG, RTG srdce a plic a eventuálně provést i funkční vyšetření plic. Může se také provést sonografie břicha k průkazu či vyloučení cholecystolitiázy a posouzení velikosti levého jaterního laloku. Lékaři doporučují před bariatrickými výkony podstoupit endoskopické vyšetření. Zásadní je prevence tromboembolické nemoci. Podává se nízkomolekulární heparin. Před operací je nezbytné elastické kompresivní punčochy na dolní končetiny.

Doporučuje se profylaktické podání ATB a to v jedné až třech dávkách. Před každým bariatrickým výkonem by měl pacient podstoupit obezitologické vyšetření, vysvětlit základní změny ve stravování a nutnosti změnit styl života (KASALICKÝ, 2011).

Stále velký důraz se klade na předoperační psychologické a psychiatrické vyšetření. Statistiky ukazují, že obézní pacienti s psychosociálními problémy mohou negativně ovlivňovat a snižovat motivaci k redukci hmotnosti (KASALICKÝ, 2007).

2.3.5 Komplikace po tubulizaci žaludku

Komplikace můžeme rozdělit na specifické a nespecifické. Jako u řady laparoskopických operací jsou nespecifické komplikace stejné např. bolesti v pravém nebo levém rameni, bolesti zad, nauzea, zvracení, schvácenost, zimnice, krvácení v místech po trokarech a také otoky v podpaží, v podkolení nebo na zádech při nesprávné poloze na operačním stole. Hluboká žilní trombóza, plicní embolie, pneumonie a paralytický ileus jsou další možné komplikace, které mohou vzniknout při tubulizaci žaludku. K specifickým komplikacím řadíme krvácení velkého zakřivení žaludku, krvácení při preparaci v oblasti sleziny nebo krvácení ze srůstu mezi zadní stěnou žaludku a slinivky břišní. Velmi závažnou a nebezpečnou komplikací je insuficientní resekční linie. Pokud je únik žaludečního obsahu časný, podstupuje pacient reoperaci a ošetření resekční linie. Dojde-li k tomuto stavu v delším časovém období, provádí se drenáž pod CT kontrolou.

Může docházet k gastroezofageálnímu reflexu, který většinou do 2 let vymizí. Pacienti často pociťují pálení žáhy, kterou lze ovlivnit vynecháním dráždivých a kořeněných jídel, čokolády, čaje, kávy nebo alkoholu. Tubulizace žaludku je poměrně nová metoda, která se samostatně provádí od roku 2003. Dlouhodobé komplikace nejsou tedy příliš známy. K velmi závažným komplikacím se považují relaps nadváhy a rozšíření žaludeční trubice (KASALICKÝ, 2007).

2.3.6 Období po výkonu tubulizace žaludku

Pooperační péče po tubulizaci žaludku je totožná jako u jiných miniinvazivních laparoskopických výkonů. Po operaci je pacient uložen na pooperační „dospávací“ pokoj nebo na jednotku intenzivní péče po dobu dvou hodin. Zde je prováděna nepřetržitá monitorace vitálních funkcí. Péče je zaměřena na kvalitní ventilaci a oxygenaci, kvalitní analgezii a oběhovou stabilitu. Pokud je pacient po uplynutí této doby při vědomí, orientovaný, stabilní, je přeložen na standardní oddělení, kde se nadále podávají tekutiny a léky parenterální cestou. V případě komplikací zůstává pacient dále na jednotce intenzivní péče.

Dále sestra sleduje obvazové krytí operačních vstupů, odchod plynů, močení a bolest. Doporučuje se včasná vertikalizace pacienta, vždy za dohledu a dopomoci sestry. První den po operaci pacient provádí chůzi prozatím jen u lůžka. Při zvracení nebo pocitu na zvracení se aplikují léky tlumící zvracení např. Degan, Torecan. Následující den po operaci je nutné provést RTG žaludku s kontrastní látkou. Toto vyšetření vyloučí či prokáže únik kontrastní látky v místě šití resekční linie. Pokud se prokáže únik, provádí se reoperace. Pokud je toto vyšetření v pořádku, pacient může začít přijímat tekutiny (voda, čaj) per os. Přebaz rány se provádí první nebo druhý pooperační den. Při převazu se odstraňuje břišní drén – je li jeho odvod minimální. Pacient odchází do domácího ošetření třetí nebo čtvrtý pooperační den. Propuštění velmi závisí na aktuálním stavu pacienta, na vážnosti přidružených onemocnění a obnovení činnosti zažívacího traktu.

Zhruba první měsíc pacient přímá pouze tekutou nebo řídce kašovitou stravu a pomalu přechází na stravu redukční. Důležité je pacienta dostatečně edukovat o dodržování dietních doporučení. V případě jejich nedodržení ve smyslu výrazného omezení kalorií za den oproti stavu před operací, snížení hmotnosti nebude výrazné. Bude li se pacient přejídat, mohou nastat komplikace v podobě rozšíření tubulizované části žaludku a může dojít opět k nárůstu hmotnosti. Nadále by měl být pacient v péči operujícího chirurga, obezitologa, psychologa nebo dietologa. Nemá li pacient obtíže, dochází na kontroly do bariatrické ambulance zhruba za 1 měsíc, 3 měsíce, 6 měsíců, 12 měsíců a po 1 roku (FRIED, 2011), (KASALICKÝ, 2007).

2.3.7 Životaspráva po výkonu tubulizace žaludku

Po operaci nastává pro pacienta důležité období. Zahrnuje správnou životasprávu, která patří k nejdůležitějším podmínkám pro požadovaný váhový úbytek a také předcházení komplikací. Zásadní změna je oddělování pitného režimu od příjmu solidních potravin s minimální prodlevou 30 min. Příjem tekutin by měl být vždy mezi jídly. Denní minimální množství tekutin je okolo 2-3 litrů.

Prvních 30 dní po operaci může pouze tekutou stravu, aby nepřepřelhal a zároveň nerozpínal zbylou část žaludku a nedošlo tak porušení linie sešité části žaludku. Za další dva týdny může přijímat pacient stravu mixovanou. Teprve od druhého měsíce se začíná se zaváděním lehce stravitelné stravy. Pomalu přechází na stravu normální, pestrou. Nemocný musí dbát na příjem kalorií. Množství si řídí sám nebo ve spolupráci s obezitologem nebo dietologem.

Doporučuje se pravidelnost ve stravování a to ve schématu: snídaně, svačina, oběd, svačina, večeře. Stravu musí nemocný dobře rozkousat, více než byl zvyklý před operací. Strava je nadále redukční s nízkým obsahem tuků, ale bohatá na vitamíny, minerály a bílkoviny. Dlouhodobě se sleduje stav vitamínu B₁₂ a železa v organismu, které vedou nenahrazeně po operaci během 1-3 let k projevům deficitu. Preventivně je také doporučován vápník a vitamínu D jako prevence osteoporózy z důvodu omezeného přísunu jídla.

2.3.8 Počáteční strava po tubulizaci žaludku

1. den po operaci (voda, čaj)

Pacient začíná popíjet doušky vody nebo čaje až po RTG vyšetření žaludku, které neprokáže insuficienci resekční linie. Celkový objem přijatých tekutin by neměl přesahovat 1,5 litru za 24 hod. Nadále se podává infuzní terapie.

2. - 3 den

Opět pacient popíjí pouze čaj nebo vodu. Množství přijatých tekutin najednou je větší.

3. - 6. den

Pacient může vývar a řídké nedráždivé ovocné šťávy (mrkvová, rajčatová). Stále platí pít velmi pomalu a mezi doušky dodržovat doporučenou časovou prodlevu. Nemocný nesmí pít do pocitu tlaku v nadbříšku.

7. - 14. den

Strava je tekutá. Jedna porce by měla mít obsah 100-150ml. Pacient může krémové polévky, do vývaru může dostat kapání, vejce nebo rozmixovanou zeleninu. Kolem 14. dne může pacient dostat i nízkotučný bílý jogurt nebo dětskou přesnídávku. Opět po jídle nechat 30 min. prodlevu a po té je možno se napít.

15. - 30. den

Strava je tekutá až kašovitá. Pacient může dostat rozmixované maso (kuře, krůta), zeleninové pyré bez slupek, puding, bramborovou kaši. Doporučuje se jíst velmi pomalu a po malých soustech. Po jídle vyčkat 30 min a napít se.

30. - 40. den

Pomalý přechod na racionální nízkoenergetickou stravu. Maso je třeba stále mixovat. Nemocný může šunku, rýži, uvařené brambory, ovoce jen bez slupek. Objem přijaté stravy by měl zůstat stále malý.

2.3.9 Obecné zásady a charakteristika redukční diety po tubulizaci žaludku

Je potřeba stále dodržovat denní stravovací schéma a to snídaně, svačina, oběd, svačina, večeře. Najít si dostatek času na stravu, jíst pomalu, přijímat jen malá sousta a ty dobře rozkousat. Nejíst nikdy do pocitu tlaku nebo pocitu na zvracení. Objem stravy nesmí přesahovat kapacitu objemu tubulizované části žaludku, může hrozit rozšíření žaludeční trubice. Během dne vypít dostatek tekutin (2-3 litry). Preferovat nápoje jako je voda, čaj a omezit nápoje typu CocaCola, Kofola, Fanta nebo přislazované ovocné šťávy. Před každým jídlem přijmout 200 ml tekutin a po jídle se napít nejdříve za 30 min. Pro správný efekt úbytku váhy se nedoporučuje konzumovat vysokoenergetické potraviny, např. dorty, smetanové mléčné výrobky, brambůrky, krekry, sladké plněné oplatky apod. Nezapomínat na dostatečný přísun vitamínů a minerálů. Dbát také na fyzickou aktivitu a pravidelné cvičení, které také napomáhá kromě stravy k hmotnostnímu úbytku (KASALICKÝ, 2007).

3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

3.1 Specifika ošetrovatelské péče na jednotce intenzivní péče

Pacientka je po operačním zákroku přeložena na jednotku intenzivní péče, kde je po dobu dvou hodin kontinuálně sledován její zdravotní stav. Pokud je pacientka po uplynutí této doby při vědomí, stabilní, orientovaná, je přeložena na standardní oddělení. V případě komplikací zůstává pacientka nadále na jednotce intenzivní péče.

Monitorace

- FF (krevní tlak, tělesná teplota, puls, dech, saturace kyslíku) – pravidelný zápis
- monitorovat EKG křivku
- PŽK – zamezení vstupní infekce, funkčnost
- aplikace infuzních přípravků a léku parenterální cestou – druh roztoku, množství, rychlost podání
- drén – vzhled, množství, výměna, funkčnost, zamezení infekce
- nasogastrická sonda
- příznaky nedostatečné oxygenace
- množství podaného kyslíku
- nauzea, zvracení
- bolest
- operační rána – stav krycího obvazu (suchý, prosakující, krvavý)
- celkový stav pacienta
- stav vědomí (Glasgow coma score)
- odchod moči, plynů
- účinek podaných léků
- poloha pacienta
- hydratace

Poloha, pohybový režim

- klid na lůžku
- bezpečnost pacienta
- dbát opatrnosti při pohybu, vyveden drén z dutiny břišní
- lůžko přístupné ze tří stran

Hygienická péče

- zhodnotit úroveň soběstačnosti
- v akutní fázi přebírá péči sestra
- čisté suché ložní prádlo

Spánek, odpočinek

- poskytnout dostatek informací
- zjistit zvyky před spánkem
- bezpečnost pacienta – postranice, signalizační zařízení
- podat léky dle ordinace lékaře

Vyprazdňování

- sledovat první pooperační močení a zaznamenat čas (pokud nedojde k vyprázdnění moče po šesti hodinách od ukončené operace, informovat lékaře)
- v akutní fázi poskytnout podložní mísu
- poskytnout dostatek informací
- sledovat odchod plynů

Výživa

- nic per os, pouze parenterální výživa
- čaj dle ordinace lékaře, zpravidla první den po operaci po RTG vyšetření žaludku

Psychosociální potřeby

- dostatečná komunikace s pacientem
- poskytnutí informací
- projevy empatie, zájmu (KAPOUNOVÁ, 2007)

3.3 Specifika ošetrovatelské péče na standardním oddělení

Monitorace

- FF (krevní tlak, tělesná teplota, puls, dech, saturace kyslíku)
- invazivní vstupy (funkčnost, délku zavedení, projevy infekce)
- nauzeu, zvracení (frekvenci, zajistit pomůcky)
- bolest
- operační ránu (prosáknutí, při převazu rány – vzhled, okolí, známky infekce)
- odchod plynů, moče (podporovat spontánní vyprazdňování moč. měchýře)
- vyprázdnění tlustého střeva
- dbát na správné přiložení bandáže dolních končetin – prevence TEN
- účinek podaných léků
- laboratorní výsledky

Poloha, pohybový režim

- zhodnotit úroveň soběstačnosti, zajistit a informovat o signalizačním zařízení
- v akutní fázi dopomoc
- vést k soběstačnosti
- po stabilizaci stavu má pacient volný, neomezený pohyb
- informovat pacienta o opatrnosti a kontrole při pohybu – vyveden drén z dutiny břišní

Hygienická péče

- zhodnotit úroveň soběstačnosti
- v akutní fázi dopomoc a postupná aktivizace pacienta
- po stabilizaci stavu přebírá hygienu pacient sám
- poučit pacienta, aby dbal opatrnosti při hygieně na operační ránu

- zajistit čisté, suché ložní prádlo

Spánek, odpočinek

- zjistit návyky pacienta před spaním
- eliminovat rušivé elementy na oddělení
- aktivizovat pacienta během dne
- vyvětrat místnost před spaním
- podat léky dle ordinace lékaře, sledovat a zaznamenávat účinek

Vyprazdňování

- zhodnotit úroveň soběstačnosti, zajistit a informovat o signalizačním zařízení
- sledovat první pooperační močení a zaznamenat čas (pokud nedojde k vyprázdnění moče po šesti hodinách od ukončené operace, informovat lékaře)

Výživa

- v akutní fázi nic per os, parenterální výživa
- čaj dle ordinace lékaře, zpravidla první den po operaci po RTG vyšetření žaludku
- podat dostatek informací
- dle kompetence sestry poučít pacienta o dodržování dietních doporučení a denních stravovacích schémat
- v případě nevolnosti informovat lékaře

Domácí péče

- pacient odchází do domácí péče po edukaci dietní sestrou a bariatrickým lékařem o zásadách stravování, správné životosprávě, fyzické aktivitě a dispenzarizaci (KAPOUNOVÁ, 2007)

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S VÝKONEM SLEEVE RESEKCE ŽALUDKU

Pro získání potřebných informací jsem použila lékařskou a sesterskou dokumentaci. Dále jsem prováděla pozorování a rozhovor s pacientkou. Ošetrovatelské diagnózy jsem vytvořila podle NANDA Taxonomie I.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: X. Y.	Pohlaví: žena
Datum narození: 1990	Věk: 23
Adresa bydliště a telefon: XXX	
Adresa příbuzných: XXX	
RČ: 90...	Číslo pojišťovny: 111
Vzdělání: středoškolské	Zaměstnání: kadeřnice
Stav: svobodná	Státní příslušnost: ČR
Datum přijetí: 20. 03. 2014	Typ přijetí: plánované
Oddělení: chirurgie 1	Ošetřující lékař: MUDr. Bednář

Důvod přijetí udávaným pacientem:

„Byla jsem přijatá k plánové operaci sleeve resekci žaludku. Zkoušela jsem řadu diet a bylo to bez efektu. Hlavně mi jde o můj zdravotní stav, abych ulevila kolenům. V práci denně stojím a mám strach, aby se situace nezhoršila. Kvůli komplikacím s koleny nemůžu moc cvičit a je obtížné jezdit i na kole.“

Medicínská diagnóza hlavní:

E660 Obezita způsobená nadměrným příjmem kalorií

Medicínská diagnóza vedlejší:

Z878 stp. ASK kolene

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

TK: 130/90 mmHg	Výška: 172 cm
P: 87/min	Hmotnost: 114 kg
D: 22/min	BMI: 38.53
TT: 36,5 °C	Pohyblivost: úplná
Stav vědomí: plně orientována	Krevní skupina: A+

Nynější onemocnění:

Pacientka přichází 20. 03. 2014 k plánové operaci sleeve resekci žaludku na chirurgickou ambulanci nemocnice Valašské Meziříčí, odkud je odeslána k hospitalizaci na standardní chirurgické oddělení. 21. 03. 2014 podstupuje operaci. Po dokončení operace je pacientka uložena na jednotku intenzivní péče po dobu 2 hodin. Po tuto dobu je pacientka stabilní, bez komplikací, při vědomí, komunikuje, proto je přeložena na standardní oddělení.

Informační zdroje:

Pacientka

Ošetřovatelská dokumentace

Lékař

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka:

54 let, také nadváha, potíže s koleny.

Otec:

Neznámý. Nikdy nebyla v kontaktu.

Sourozenec:

Bratr – nadváha, jinak zdrav.

Děti: 0

Osobní anamnéza:

Pacientka prodělala běžné dětské nemoci. Momentálně se s ničím neléčí. V roce 2009 podstoupila operaci ASK kolene.

Hospitalizace a operace:

V roce 2008 byla hospitalizována na lůžkovém ortopedickém zařízení Orthes v Rožnově pod Radhoštěm, kde byla provedena ASK pravého kolene.

Úrazy:

0

Transfúze:

0

Očkování:

Jen základní povinné očkování.

Léky užívané doma: Neužívá.

Název lék	Forma	Síla	Dávkování	Skupina

Alergologická anamnéza:

Léky: Neguje.

Potraviny: Lehká přecitlivělost na ořechy.

Chemické látky: Neguje.

Jiné: Neguje.

ABÚZY:

Alkohol: Pouze příležitostně, např. při oslavách.

Kouření: Nekouří.

Káva: Dříve pila kávu i 3x denně, dnes vypije pouze jeden šálek za den.

Léky: Neužívá žádné léky.

Jiné drogy: Neguje.

Gynekologická anamnéza (u žen):**Menarché:** od 13 let**Cyklus:** pravidelný**Trvání:** 6-7 dní**Intenzita, bolesti:** 2-3dny krvácení silné, 3-7 den krvácení slabé, bolesti byly snesitelné**P:** 0**A:** 0**UPT:** 0**Antikoncepce:** nyní neužívá**Menopauza:** neguje**Potíže klimakteria:** neguje**Samo vyšetřování prsou:** provádí pravidelně**Poslední gynekologická prohlídka:** přesně neví

Sociální anamnéza:

Stav:

Svobodná.

Bytové podmínky:

Žije ve vesnici v rodinném domě se svou matkou a bratrem.

Vztah, role, interakce v rodině:

Je svobodná, ale má přítele. S matkou i s bratrem má výborný vztah. Otec s nimi nebydlí, opustil je, když byla ještě malá (zhruba okolo druhého roku života).

Mimo rodiny:

Má ráda své přátele, pravidelně se navštěvují.

Záliby:

Pěstuje bylinky, čte časopisy a knihy, má ráda módu.

Volnočasové aktivity:

Jezdí na kole, ale s obtížemi, bolí ji koleno.

Pracovní anamnéza:

Vzdělání:

Středoškolské.

Pracovní zařazení:

Po dokončení studia pracuje jako kadeřnice.

Vztahy na pracovišti:

Dobré, je spokojená.

Ekonomické podmínky:

Dobré.

Spirituální anamnéza:

Bez vyznání.

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne: 21. 03. 2014

Popis fyzického stavu		
SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava a krk	„Hlava mě nebolí“	Hlava normocefalická, na poklep nebolestivá. Zrak- zornice jsou okrouhlé, izokorické, udržuje oční kontakt. Reagující na osvit správně. Brýle nenosí. Dutina ústní dostatečně hydratována, bez známek krvácení, zápach z úst nepřítomný. Chrup je stálý. Rty růžové, bez známky dehydratace. Jazyk růžový, bez povlaků, plazí středem. Kůže na tváři růžová. Nos bez sekrece a deformit.

		<p>Sluch v pořádku, naslouchadlo nenosí.</p> <p>Krk souměrný, bez zvětšení štítné žlázy.</p> <p>Lymfatické uzliny na krku nezvětšeny.</p> <p>Pulsace na karotidách oboustranně hmatné.</p>
Hrudník a dýchací systém	<p>„S dýcháním problém nemám, jen při větší námaze se více zadýchám kvůli své hmotnosti.“</p>	<p>Hrudník je souměrný, bez deformit.</p> <p>Dýchání je spontánní, pravidelné, počet dechů za minutu je 28.</p> <p>Poslechově je dýchání čisté.</p> <p>Saturace 98%.</p>
Srdcovo-cévní systém	<p>„Nemám žádný problém, ani nepocituji bušení srdce.“</p>	<p>Nepocituje bušení srdce.</p> <p>Nyní má TK 135/75 mmHg, srdeční tep pravidelný, 75/min.</p> <p>Dolní končetiny jsou bez známek otoků, trombózy a zánětlivých změn.</p> <p>Zavedena PŽK (21. 03. 2014) na periferii na pravé horní končetině – funkční, bez známek infekce.</p>

Břicho a GIT	„Bolí mě břicho po operaci. (VAS č. 5) Mám jen trochu pocit na zvracení, ale není to nic hrozného. Problém se stolicí nemám, naposledy byla stolice včera odpoledne.“	Břicho je nyní bolestivé, vzdušné. Slezina, játra a slinivka jsou nezvětšeny. Stolice pravidelná. Na břichu operační rána, krytí neprosakuje. Je vyveden drén, který odvádí, sledovat množství, vzhled, funkčnost. Mírná nauzea.
Močovo-pohlavní systém	„Obecně s močením problém nemám. Už jsem močila i po operaci na JIP, sestra mi dala podložní mísu“	Genitál ženský, bez známek infekce a výtoků. V den přijetí si pacientka chodila sama na toaletu. Po operaci močila na JIP – moč žlutá, bez zápachu. Ledviny nebolestivé, nezvětšeny.

SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Kostrovo-svalový systém	„Momentálně po operaci ležím. Pobolívá mě pravé koleno, ale jen po fyzické zátěži.“	Pacientka je nyní po operaci, pohyblivost omezená, potřebuje pomoc. Úlevová poloha. Klouby a kosterní aparát má bez deformit. Na dolní končetiny jsou přiloženy bandáže k prevenci TEN.
Nervově-smyslový systém	„Vidím i slyším dobře, zatím nepotřebuji brýle ani naslouchadlo.“	Sluch, čich dobrý. Bez kompenzačních pomůcek. Vědomí - plně orientována místem, časem, osobou a prostředím.
Endokrinní systém	„Mám vše v pořádku, žádným onemocněním netrpím.“	Štítná žláza nezvětšena, plně funkční. Pacientka nemá žádné projevy endokrinních poruch.
Imunologický systém	„Nemám žádnou alergii, ani nebývám často nemocná.“	Bez infekce horních a dolních dýchacích cest. Lymfatické uzliny fyziologické-nezvětšené. Bez alergie.

Kůže a její adnexa	„Na obličeji mám drobné pigmentové skvrny. Občas mám suché ruce. Momentálně mám rány na břicho po operaci“	Kůže je prokrvená, růžová, hydratována. Lehce suchá kůže na rukou a lehká pigmentace v obličeji. Bez teploty. Vlasy dlouhé, čisté. Nehty čisté, upravené. Bez otoků a dekubitů. Na břicho rány po operaci a z drénů.
---------------------------	--	---

Poznámky z tělesné prohlídky:

Pacientka má zavedený periferní žilní katétr na předloktí pravé ruky. Je plně funkční. Dále má z dutiny břišní vyveden drén, sleduje se a zaznamenává se množství, vzhled, funkčnost. Na dutině břišní má operační ránu, krytí je bez prosáknutí. Fyziologické funkce jsou měřeny 3x denně. S pacientkou je velmi dobrá spolupráce, je milá, komunikativní, ochotná.

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování	Doma	„Doma to bylo různé, záleží, zda jsem držela dietu nebo ne. Ale poslední 3 měsíce se snažím jíst pravidelně a víc ovoce a zeleniny.“	Nelze vyhodnotit.
	V nemocnici	„Včera když jsem nastoupila k hospitalizaci, dostala jsem pouze 3x denně hrnek nějaké polévky. Lékař mi řekl, že dnes nesmím jíst ani pít.“	V den přijetí dostala pacientka 3x denně hrnek (250ml) tekutin. Nyní je po operaci, dnes nic per os, pouze infuzní terapie.
Příjem tekutin	Doma	„Snažím se dostatečně dodržovat pitný režim. Každé ráno si vařím konvici čaje a celý den popijím. Někdy si čaj osladím medem. Ráno si vařím kávu.“	Nelze vyhodnotit.

	V nemocnici	„Dnes nesmím nic pít, dostávám jen infuze.“	Dnes nic per os, podávány infuze dle ordinace lékaře. Celkový příjem tekutin je 2100ml/24 hodin.
Vylučování moče	Doma	„Jsem soběstačná, na toaletu si dojdu sama.“	Nelze vyhodnotit.
	V nemocnici	„Momentálně ležím po operaci, ale jsem domluvená se sestrou, když budu chtít na toaletu, zazvoním a donese mi podložní mísu.“	Pacientka potřebuje pomoc.
Vylučování stolice	Doma	„Jsem soběstačná, na toaletu si dojdu sama.“	Nelze vyhodnotit.
	V nemocnici	„Naposledy na stolici jsem byla včera.“	Poslední stolice 20. 3. 2014. Dnes stolice nebyla.
Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Spánek a bdění	Doma	„Doma se spánkem problémy nemám, bývám často unavená z práce, tak i rychle usnu a spím celou noc.“	Nelze vyhodnotit.

	V nemocnici	„Dnes v noci to bylo horší, často jsem se budila. Mám trochu strach, aby se po operaci nic nezkomplikovalo a vše dobře dopadlo.“	Pacientka se během noci budila, má strach z pooperačních komplikací. Spánek byl nekvalitní, přerušovaný.
Aktivita a odpočinek	Doma	„Když přijdu domů z práce, tak pomůžu s běžnými pracemi a pak jdu za kamarádkami nebo jdeme s přítelem na procházku nebo se doma díváme na televizi. Při větší námaze se rychle unavím.“	Nelze vyhodnotit.
	Vnemocnici	„Včera jsem se tady procházela, četla jsem si časopisy. Dnes ležím a odpočívám po operaci.“	Pacientka leží na lůžku.
Hygiena	Doma	„Doma si zvládnou všechno udělat sama.“	Nelze vyhodnotit.
	V nemocnici	„Včera to bylo bez problému, zvládla jsem všechno. Dnes mi pomůže s hygienou sestřička, ještě nezvládnou dojít na toaletu se umýt.“	Potřeba dopomoci ošetřujícím personálem. Dopomoc provádět dle potřeby. Výměna ložního prádla dle potřeby.

Samostatnost	Doma	„Doma vše zvládám sama, pokud jde o těžší práce, pomůžeme si navzájem.“	Nelze vyhodnotit.
	Vnemocnici	„Asi dnes budu potřebovat dopomoc, spíš co se týče hygieny. Zítřka to snad bude už dobré. Sestřička mi dala k ruce signalizační zařízení, tak kdybych něco potřebovala, můžu si zazvonit a požádat o pomoc.“	Po operaci přepočítán Barthel test základních všedních činností a test zjištění rizika pádu. Provádět dopomoc.
Posouzení psychického stavu			
	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE		OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Vědomí	„Jsem orientovaná.“		Pacientka při vědomí, orientovaná.
Nálada	„Pevně věřím, že mi tato operace pomůže shodit přebytečná kila a budu se cítit dobře.“		Pacientka je optimistická, komunikativní, velmi vstřícná
Paměť	Staropaměť	„Jsem mladá, paměť mám dobrou.“	Pacientka si vše pamatuje.
	Novopaměť	„Díř kvůli své práci musím mít, ale jinak si vše pamatuju.“	Pamatuje si.
Myšlení	„Matematik nejsem, ale základní věci ovládám. Chápu souvislosti.“		Pacientka chápe, co se po ni žádá a adekvátně odpoví.

Temperament	„Nevím, jsem spíš klidná povaha, snažím se dívat optimisticky.“	Pacientka působí klidně, vyrovnaně.
Sebehodnocení	„Je mi hloupé vás obtěžovat.“	Přiměřené hodnocení.
Vnímání zdraví	„Přála bych si, aby zmizela přebytečná kila a mohla zase sportovat. Snad teď vše dobře dopadne, nenastanou žádné komplikace a budu zase brzy ve formě.“	Lékař pacientku edukoval o současném zdravotním stavu, možných komplikacích, dalších vyšetřeních, které nastanou a o dietním režimu. Pacientka chápe svůj zdravotní stav.
Vnímání zdravotního stavu	„Doufám, že vše dobře dopadne.“	Je poučena o dalších postupech.
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění	„Když jsem se odhodlala k operaci a zvládla jsem ji, tak už to snad bude lepší a lepší.“	Má pozitivní přístup.
Reakce na hospitalizaci	„Hospitalizace mi nevádí. Už jsem jednou ležela v nemocnici, byla jsem na operaci s kolenem.“	Reakce je adekvátní danému stavu, chápe nutnost hospitalizace.

Adaptace na onemocnění	„Je mi docela dobře, jen mě to břicho bolí, myslela jsem, že mi bude mnohem hůř.“	Adaptována.	
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)	„Jsem pořád v nejistotě, nikdy nevíte, jak to dopadne. Ale mám relativně mladý organismus, tak doufám, že to zvládnou. Chtěla bych zhubnout a zase sportovat.“	Má obavu, aby vše zvládla. Je pozitivně naladěná.	
Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, sorrorigenie)	„V nemocnici jsem už ležela.“ „Byla jsem spokojená“	Pacientka podstoupila operaci kolene. Hospitalizovaná byla v roce 2009. S hospitalizací i přístupem personálu byla spokojená.	
Posouzení sociálního stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace	Verbální	„Myslím, že se s každým domluví.“	Pacientka je klidná, milá, i přes její aktuální stav je komunikativní.
	Neverbální	„Na mém obličejí jde asi poznat, zda mám dobrou nebo špatnou náladu.“	Přiměřená mimika a gestikulace.

Informovanost	O onemocnění	„Asi poslední rok jsem se začala zajímat celkově o obezitu a možnosti její léčby.“	Pacientka má dostatečné informace, zná možnosti léčby. Přesto pacientce nabídnuta možnost letáků a brožur pro získání více informací.
	O diagnostických metodách	„Už jsem postoupila psychologické vyšetření, předoperační a vyšetření plic. Myslím, že se to dá zvládnout. Ještě mě zítra čeká rentgen žaludku.“	Informovanost je dostatečná. Zná další postup. 22. 03. 2014 RTG pasáže horního GIT.
	O léčbě a dietě	„O dietě a léčbě jsem si hodně přečetla. Lékaři mi poskytli dostatek informací, vše mi vysvětlili a nabídli mi mnoho informačních brožur. Hledala jsem si i na internetu různé články a diskuze. I když to bude těžké, ale vím, jak se stravovat po operaci.“	Pacientka je informovaná o dietním i pitném režimu. Zná dietní opatření. Před propuštěním do domácího ošetření bude absolvovat pohovor s nutričním terapeutem.

	O délce hospitalizace	„Při přijetí mi lékař říkal, že pokud bude všechno dobré a nenastanou žádné komplikace, půjdu domů asi za 5 dní.“	Je plně informovaná o délce hospitalizace.
Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace	Primární (role související s věkem a pohlavím)	„Jsem ještě mladá a mám mladý organismus, snad to zvládnou.“	Pacientka je pozitivní.
	Sekundární (související s rodinou a společenskými funkcemi)	„Chodím do práce. Mám rodinu a hodně přátel, ale je mi tu trochu smutno.“	Má ráda svou práci, je společenská.
	Terciární (související s volným časem a zálibami)	„Ráda chodím na procházky a čtu si.“	Ráda relaxuje.

ZÁZNAM RIZIKA MALNUTRICE PACIENTA - 21. 03. 2014

Záznam rizika malnutrice vzhledem k pooperačnímu stavu nevyhodnocuji.

BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ – 21. 03. 2014

Najedení, napití	s pomocí	5 bodů
Oblékání	s pomocí	5 bodů
Koupání	neprovede	0 bodů
Osobní hygiena	samostatně, s pomocí	5 bodů

Kontinence moči	plně kontinentní	10 bodů
Kontinence stolice	plně kontinentní	10 bodů
Použití WC	neprovede	0 bodů
Přesun na lůžko, židli	vydrží sedět	5 bodů
Chůze po rovině	na vozíku 50 m	5 bodů
Chůze po schodech	neprovede	0 bodů
Celkové hodnocení stupně závislosti – 45 bodů – závislost středního stupně		

ZJIŠTĚNÍ RIZIKA PÁDU – 21. 03. 2014

Pohyb	není schopen přesunu	3 body
Vyprazdňování	vyžaduje pomoc	3 body
Medikace	neužívá rizikové léky	0 bod
Smyslové poruchy	žádné	0 bodů
Mentální status	orientována	0 bodů
Věk	18-75	0 bod
Pád v anamnéze	ne	0 bodů
Hodnocení – 6 bodů – nízké riziko		

ROZŠÍŘENÁ STUPNICE NORTONOVÉ – 21. 03. 2014

Schopnost spolupráce	úplná	4 body
Věk	>10	4 bod
Stav pokožky	normální	4 body
Přidružené onemocnění	žádné	4 body
Fyzický stav	zhoršený	3 body
Stav vědomí	bdělý	4 body
Aktivita	leží	1 bod
Mobilita	omezená	2 body
Inkontinence	není	4 body

Hodnocení rizika vzniku dekubitů – 30 bodů – **bez rizika**

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT:

Ordinovaná vyšetření: Provedena před hospitalizací na chirurgickém oddělení.

- *Krevní odběry (20. 03. 2014)*
- *Interní předoperační vyšetření (07. 03. 2014)*
- *Spirometrie (03. 02. 2014)*
- *Psychologické vyšetření (17. 02. 2014)*

Tabulka 3 Krevní odběry:

Krevní obraz	Hodnoty	Referenční meze – Nemocnice Valašské Meziříčí a.s.
Leukocyty	6,3	4,0 -10,0 x 10 ⁹ /l
Erytrocyty	5,22	3,8 – 5,2 x 10 ¹²
Hemoglobin	140	120 – 160 x 10 ⁹ /l
Hematokrit	0,39	0,35 – 0,47
Krevní skupina	A Rh pozitivní	

Hemokoagulace	Hodnoty	Referenční meze – Nemocnice Valašské Meziříčí a.s.
protrombinový čas	78,5	75 – 120 %
international normalized ratio (INR)	1,1	0,8 – 1,21
Aktivovanýparciální tromboplastinový čas	29,7	24,7 – 38,5 s

Základní biochemie	Hodnoty	Referenční meze – Nemocnice Valašské Meziříčí a.s.
Urea	6,2	2,9 – 8,2 mmol/l
Kreatinin	74	59 – 104 umol/l
Natrium	139,5	135 – 145 mmol/l
Kalium	4,23	3,8 – 5,1 mmol/l
Chloridy	103,8	95 -109 mmol/l
ALT	0,88	0,1 – 0,96 ukat/l
AST	1,89	0,16 – 0,87 ukat /l
ALP	1,15	0,7 – 2,1 ukat/l
Bilirubin	8	
Glukóza	4,8	3,9 – 5,6 mmol/l
CRP	2,2	0 – 8 mg/l
TSH	1,16	0,27 – 4,2 mU/l
HBSAG	Negativní	

Zdroj: IKIS, Valašské Meziříčí a.s.

Interní předoperační vyšetření

Závěr: RTG srdce, plic bez ložiskových změn. Schopná operace v celkové anestezii bez zvláštní interní přípravy. Prevence trombembolie dle zvyklostí.

Spirometrie

Závěr: Normální ventilace plic, bez patologie, schopná operace.

Psychologické vyšetření

Závěr: Intelekt v pásmu normy, osobnost bez známek psychopatologie. Testově i klinicky bez psychologické kontraindikace pro plánovaný zákrok. Přiměřený náhled a motivace z důvodu zdravotního stavu.

Konzervativní léčba:

Dieta: NPO

Pohybový režim: 3, pooperační období.

RHB: Neindikována.

Výživa: NPO, infuzní terapie.

Medikamentózní léčba:

Per os: 0

Intravenózní:	RR 1/1 1000 ml	12:30 – 18:30 hod
	RR 1/1 1000 ml	18:30 – 00:30 hod

	Degan 1 amp	16:00 hod
	Helicid 40 mg	20:00 hod
	Novalgin 1g	při bolesti nad VAS 3max.co 6 hodin
Jiná:	Fraxiparin 0,4 ml s.c	18:00

Chirurgická léčba:

Výkon sleeve resekce žaludku

Pacientka je po plánovaném operačním zákroku (operační protokol – průběh operace, v příloze).

Z JIP přeložena s předávacím protokolem na standardní oddělení. Pacientka má operační ránu, krytí je bez prosáknutí. Převaz se provádí dle rozhodnutí lékaře, zpravidla první pooperační den (22. 03. 2014). Z dutiny břišní vede drén, sledována funkčnost, množství, příměsí, barva. Zaznamenáváno do dokumentace. Odstranění drénu – dle rozhodnutí lékaře.

SITUAČNÍ ANALÝZA

17. 02 2014 pacientka podstupuje psychologické vyšetření, které je bez známek psychopatologie a není kontraindikováno pro plánovaný zákrok. 03. 02. 2014 byla provedena spirometrie bez nálezu. Dále pacientka podstoupila 07. 03. 2014 interní předoperační vyšetření. Pacientka přichází 20. 03. 2014 na chirurgickou ambulanci k přijetí. Zde jsou odebrány odběry, provedeno přijetí a pacientka odchází na standardní oddělení chirurgie 1. Podepsán souhlas s operací a celkovou anestezií. Večer poučená všeobecnou sestrou o nutnosti lačnosti před výkonem od půlnoci.

Během noci se budila, spánek byl nekvalitní. Ráno (21. 03. 2014) proběhla osobní hygiena a předoperační příprava (oholení operačního pole, bandáž dolních končetin k prevenci TEN, přiložen tampón s dezinfekčním roztokem do pupku, zavedena PŽK na periferii na pravé horní končetině. Operace proběhla bez komplikací. Pacientka po operačním zákroku přeložena na JIP, kde byla prováděna nepřetržitá monitorace vitálních funkcí a celkového stavu. Pacientka je po dvou hodinách při vědomí, oběhově stabilní, orientována, komunikuje, spolupracuje, proto přeložena na standardní oddělení. Po operaci močila na JIP. Na břicho operační rána – krytí neprosakuje. Z dutiny břišní vyveden Redonův drén, nutno sledovat množství, vzhled, funkčnost. Pacientka udává bolest č. 5 na stupnici VAS.

Z důvodů pooperačního období má omezenou pohyblivost. Na toaletu nezvládne dojít sama. Prováděna dopomoc. Konstatuje jen mírnou nauzeu. Vzhledem k pooperačnímu stavu je pacientka velmi vstřícná, komunikuje, spolupracuje, je ochotná.

Stanovení sesterských diagnóz a jejich uspořádání dle priorit:

Aktuální ošetrovatelské diagnózy:

1. Akutní bolest z důvodu operačního zákroku, projevující se verbalizací a stupněm č. 5 na škále VAS.
2. Porucha kožní integrity z důvodu operačního zákroku, projevující se operační ranou a vyústěním drénu.
3. Porucha soběstačnosti v oblasti hygieny, vyprazdňování a oblékání z důvodu pooperačního stavu a slabosti, projevující se závislostí středního stupně dle Barthel.
4. Zhoršená pohyblivost z důvodu pooperačního stavu projevující se sníženým rozsahem pohybu.
5. Narušený spánek z důvodu strachu z pooperačních komplikací projevující se buzením během noci, únavou.
6. Nausea z důvodů operačního zákroku projevující se verbalizací.

Potencionální ošetrovatelské diagnózy

7. Riziko vzniku infekce z důvodu porušení kožní integrity (operační rána, PŽK, Drén).
8. Riziko vzniku TEN z důvodu imobilizace pacienta.
9. Riziko pádů z důvodu pooperační slabosti.

Ošetrovateľské diagnózy u pacientky po operaci sleeve resekce žaludku dle NANDA Taxonomie I.

Sesterská diagnóza č. 1

Akutní bolest z důvodu operačního zákroku, projevující se verbalizací a stupněm č. 5 na škále VAS.

Cíl: u pacientky dojde ke zmírnění bolesti ze stupně č. 5 na stupeň č. 3 na škále VAS do 3 hodin

Priorita: střední

Výsledné kritéria:

- Pacientka chápe příčiny vzniku bolesti, je schopna sledovat bolest a zná metodu hodnocení bolesti na škále VAS do 30 min.
- Zná úlevovou pooperační polohu do 20 min.
- Pacientka má dostupné analgetika při vzestupu bolesti do 30 min.
- Pacientka verbalizuje zmírnění akutní bolesti do 3 hod.

Plán intervencí:

- Vysvětlí pacientce škálu bolesti VAS – sestra.
- Sleduj projevy bolesti pacienta – sestra, ošetřovatelka.
- Podněcuj pacienta, aby hovořil o sobě a bolesti – sestra, pacientka.
- Zajisti úlevovou polohu a pohodlí – sestra, ošetřovatelka.
- Pravidelně zaznamenávej intenzitu bolesti a prováděj záznam do dokumentace – sestra.
- Podávej analgetika dle ordinace lékaře – sestra.
- Sleduj účinek podaného léku (v případě nežádoucího účinku informuj lékaře) – sestra.

Realizace: 21. 03. 2014

- 13:45 hod. - Pacientka udává bolesti, lékař informován.
- 13:50-14:00 hod. - Srozumitelně vysvětlena pacientce škála VAS, dle které pacientka určila stupeň bolesti č. 5. Pacientce jsme pomohli vysvětlit a zaujmout úlevovou polohu.
- 14:05 hod. – Podány analgetika dle ordinace lékaře.
- 14:45 hod. – Pacientka udává zmírnění bolesti na škále VAS, stupeň bolesti je č. 4, proveden záznam do dokumentace.
- 16:00 hod. – Pacientka udává bolest č. 3 na škále VAS

Hodnocení:

- Pacientka znala a využila techniku zvládnutí úlevové polohy.
- Pacientce byla vysvětlena škála VAS. Pacientka zná a používá tuto metodu.
- Pacientce byla podána analgetika.
- Po podání analgetik udává zmírnění bolesti, po 2 hodinách udává stupeň bolesti č. 3 na škále VAS.

Cíl byl splněn, ale při opakované bolesti nadále pokračovat v naplánovaných intervencích.

Sesterská diagnóza č. 2.

Porucha kožní integrity z důvodu operačního zákroku, projevující se operační ranou a vyústěním drénu.

Cíl: operační rána se hojí per primam po dobu hospitalizace

Priorita: střední

Výsledné kritéria:

- Pacientka poučena o porušení kožní integrity – před operací.
- V průběhu hojení bude operační rána čistá, suchá.
- Rána a okolí drénu bude bez známek infekce – do konce hospitalizace.
- Pacientka je poučena při změně stavu operační rány hlásit tuto skutečnost sestře
 - ihned.
- Pacientka chápe důležitost převazu rány a její aseptický postup – do 1. pooperačního dne.

Plán intervencí:

- Před operačním zákrokem poučit pacientku o porušení kožní integrity – lékař, sestra.
- Vysvětlit pacientce nutnost hlášení jakékoliv změny v oblasti operační rány – sestra.
- Sleduj pravidelně krytí operační rány – sestra, ošetřovatelka.
- Při převazu sleduj okolí rány a drénu – lékař, sestra.
- Pouč pacientku o nutnosti a důležitosti převazu – lékař, sestra.
- Asistuj lékaři při převazu – sestra.
- Asistuj lékaři při odstranění drénu – sestra.
- Dodržuj aseptický postup při převazu – lékař, sestra.

Realizace:

- Před operací proveden rozhovor a edukace o porušení kožní integrity.
- Pacientce vysvětleno, aby v případě změny v oblasti operační rány hlásila tuto skutečnost sestře.
- Sledování krytí operační rány.
- Při prosáknutí operační rána nadvázána, nepřevazována.
- Prováděna asistence lékaři při převazech, při odstraňování drénu.
- Při převazu sledována operační rána.
- Převazy rány prováděny za aseptických podmínek.

Hodnocení:

- Po dobu hospitalizace se rána hojila per primam.
- Cíl byl splněn.

Sesterská diagnóza č. 3.

Porucha soběstačnosti v oblasti hygieny, vyprazdňování a oblékání z důvodu pooperačního stavu a slabosti, projevující se závislostí středního stupně dle Barthel.

Cíl: pacientka je soběstačná v oblasti hygieny, vyprazdňování a oblékání do 3. pooperačního dne.

Priorita: střední

Výsledné kritéria:

- Pacientka má zajištěnou pomoc ošetřujícím personálem – po dobu hospitalizace
- Pacientka zvládne dle svých možností provádět hygienickou péči, vyprazdňování a oblékání, zná techniku jejich provádění – do 2. pooperačního dne.
- Pacientka umí manipulovat s drénem při chůzi/v lůžku – v den operace.

Plán intervencí:

- Zhodnot' stupeň soběstačnosti pacientky – sestra.
- Dle potřeby prováděj pomoc – sestra, ošetřovatelka.
- Aktivně zapojuj pacientku do sebeobsluhy v oblasti hygieny, vyprazdňování a oblékání – sestra, ošetřovatelka.
- Zajisti celkovou hygienu alespoň 2x denně- sestra, ošetřovatelka.
- Věnuj péči o genitál, anální otvor a bojuj proti vzniku opruzenin – sestra, ošetřovatelka.
- Zajisti intimitu pacientce – sestra, ošetřovatelka.
- Zajisti pacientce k ruce pomůcky potřebné k provádění hygieny (zubní kartáček, pasta, ručník, mýdlo, čisté osobní prádlo) – sestra, ošetřovatelka.
- Zajisti dle potřeby čisté suché ložní prádlo- sestra, ošetřovatelka.
- Zajisti k ruce signalizační zařízení a pouč ji o používání – sestra, ošetřovatelka.
- Aktivizuj a povzbuzuj pacientku k soběstačnosti – sestra, ošetřovatelka.
- Edukuj pacientku o způsobu manipulace s drénem – lékař, sestra.

Realizace:

- Pacientka je edukována o způsobu provádění hygieny, prováděna dopomoc.
- Prováděná aktivizace pacientky k sebeobsluze.
- Hygienická péče je zajišťována 2x denně – dopomoc ošetřujícím personálem.
- Zajištěna intimita pacienta.
- Zajištěné čisté, suché ložní prádlo.
- Zajištěné signalizační zařízení – pacientka poučená o používání.
- Provedena edukace pacientky o manipulaci s drénem.

Hodnocení:

- Pacientka má zajištěnou péči o hygienu, vyprazdňování, oblékání a úpravu zevnějšku. 1 pooperační den ještě prováděna dopomoc, 2 pooperační den pacientka soběstačná, dojde si sama na toaletu, nepotřebuje dopomoc.
- Cíl byl splněn.

Sesterská diagnóza č. 4.

Zhoršená pohyblivost z důvodu pooperačního stavu projevující se sníženým rozsahem pohybu

Cíl: pacientka je schopná vstát z lůžka a vykonávat denní aktivity – do 3. pooperačního dne

Priorita: střední

Výsledné kritéria:

- Pacientka zná správnou techniku posazování a vstávání - do 1. pooperačního dne.
- Pacientka se umí sama posazovat na lůžku, vstát z lůžka a přesunout se - do 2. pooperačního dne.
- Pacientka zná možnost vzniku komplikací, které vznikají v důsledku imobility – do 1. pooperačního dne.

Plán intervencí:

- Edukuj pacientku o správné technice posazování, vstávání a pohybu – lékař, sestra.
- Zajisti vhodnou polohu pacientky – sestra, ošetřovatelka.
- Ved' pacientku k aktivizaci a soběstačnosti – sestra, ošetřovatelka.
- Zajisti pomoc – sestra, ošetřovatelka.
- Dbej o fyziologické postavení částí těla – sestra.
- Nabídnout a seznámit pacientku s možností využití pomůcek, které usnadňují změnu polohy nebo pohybu – sestra, ošetřovatelka.
- Dbej na bezpečnost pacientky – sestra, ošetřovatelka.
- Zajisti a edukuj pacientku o signalizačním zařízení a možnosti použití – sestra, ošetřovatelka.
- Seznam pacientku o možnostech komplikací, které mohou vzniknout v důsledku imobility – lékař, sestra.
- Informuj lékaře o změnách mobility – sestra.

Realizace:

- Pacientka je edukována o správné technice posazování a vstávání.
- Pacientka tuto techniku používá.
- Pacientka je vedena k soběstačnosti, při potřebě je poskytnuta dopomoc personálem.
- Pacientka je edukována o možnosti využití pomůcek, tyto pomůcky zná a umí je využívat.
- Pacientka ví o možnosti použití signalizačního zařízení a má jej v dosahu ruky.
- Pacientka je poučena o možných komplikacích, které jsou spojeny s imobilizací.
- Lékař informován při změně.

Hodnocení:

- V den operace pacientka pouze leží na lůžku. První pooperační den si vyžaduje dopomoc. Večer si došla s pomocí personálu na toaletu. Druhý a třetí pooperační den pacientka soběstačná, na toaletu si došla sama.
- Cíl byl splněn.

Celkové hodnoceníPrvní den hospitalizace

Pacientka přijatá k plánované operaci sleeve resekce žaludku na standardní oddělení chirurgie 1 Nemocnice Valašské Meziříčí. Lékař znovu pacientce podal informace o provedení výkonu, hospitalizaci a odpověděl na kladené otázky. Pacientce se změřily FF, podepsala souhlas s výkonem a celkovou anestezií. Pacientka tento den dostala pouze tekutiny (3x denně). Byla poučena o nutnosti lačnění od půlnoci z důvodů operačního zákroku.

Druhý den hospitalizace – operační den

Pacientka ráno udává, že se v noci často budila. V 6:00 změřeny FF, pacientka provedla hygienickou péči. Ošetřovatelka provedla oholení operačního pole a bandáž dolních končetin. Sestra zavedla PŽK. V 8:30 pacientka premedikována a předána na operační sál. Po dokončení operačního zákroku přeložena na JIP v 10:45 hod. Zde byla kontinuálně sledována a po stabilizaci přeložena s předávacím protokolem na standardní oddělení v 12:50 hod. Pacientka má operační ránu, krytí je neprosáklé. Dále Redonův drén – funkční, vzhled: krvavá sekrece. Pacientka udává bolest, dle ordinace lékaře podáno analgetikum s efektem. Udává také mírnou nauzeu. Dle ordinace lékaře podána 1 amp. Deganu i. v. s efektem. Při hygienické péči prováděna dopomoc. V 19:00 hod. aplikován fraxiparine 0,4 ml s. c k prevenci TEN. Podán infuzní roztok: RR 1000ml od 12:30 do 18:30 a od 18:30 do 00:30 hod. Dnes pacientka nic per os, pouze infuzní terapie. 20:00 hod. Helicid 40 mg i. v.

Třetí den hospitalizace – 1. pooperační den

Provedeno RTG pasáž horním GIT. Na základě výsledků, je informována lékařem, že může popíjet čaj po doušcích – toleruje. Podána infuze (RR 1000ml od 8 hod. do 14 hod.) Proveden převaz – operační rána je klidná, odstraněn drén. Přetrvává mírná nauzea. Stále aplikován Helicid 40 mg i. v. v 8:00 a ve 20:00 hod. PŽK funkční, bez známek infekce. Podávány analgetika s efektem. Stále prováděna dopomoc. Dnes stolice. V 19:00 hod aplikován Fraxiparine 0,4 ml s.c.

Čtvrtý den hospitalizace – 2. pooperační den

Podávány tekutiny (3x denně) – toleruje. Ráno pacientka ještě bolestivá, aplikována analgetika s efektem. Dnes stolice. Odpoledne a večer bolesti jen mírné, bez analgetizace. PŽK odstraněna. Pacientka soběstačná, chodící.

Pátý den hospitalizace – 3. pooperační den

Proveden převaz operační rány. Rána klidná, bez známek infekce. Proběhl pohovor s nutričním terapeutem. Bez analgetizace. Tekutiny toleruje, v odpoledních hodinách propuštěna do domácího ošetření.

5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Problematika obezity se stala v dnešní době závažným lékařským, psychologickým ale i sociálním problémem. Díky možnostem chirurgické léčby se pojem „bariatrie“ stává čím dál více aktuální. Pokládám za velmi podstatné poskytnout více informací o prevenci obezity. Výstupem této práce je informační leták s názvem „Prevence obezity“, který bude volně přístupný na chirurgickém oddělení nemocnice Valašské Meziříčí, na Střední a Vyšší odborné škole zdravotnické Vsetín a také na Dnu otevřených dveří nemocnice Vsetín, který se koná 13. 06. 2014.

Doporučení pro sestry

- Získat a rozšířit si informace o onemocnění.
- Aktivně se podílet na seminářích a sympoziích o onemocnění.
- Na oddělení umístit dostatek informačních brožur a letáků.
- V rámci svých kompetencí poskytnout dostatek informací.
- Navázat kladný vztah s pacientem, získat si jeho důvěru.
- Mít empatický přístup a holisticky náhled na pacienta.
- Chápat případné obavy a nezlehčovat situaci pacienta.
- Vždy provádět dopomoc při potřebě a snažit se pacienta motivovat ve všech oblastech.
- Vytvořit si dostatek času na pacienta, dát mu prostor vyjádřit své pocity.
- Zajistit, aby se pacient během pobytu v nemocničním zařízení cítil dobře.

Doporučení pro veřejnost

- Poskytnout informace pomocí letáků a brožur o prevenci obezity a možnosti zkvalitnění života obézních a morbidně obézních jedinců pomocí chirurgické (bariatrické) léčby.

Doporučení pro rodinu

- Poskytnou rodině dostatek informací, nabídnout možnost konzultace s lékařem a poskytnout informační brožury o onemocnění.
- Edukovat rodinu o potřebě pomoci po stránce fyzické i psychické a o potřebě motivovat.

Doporučení pro pacienta

- Doporučit pacientovi, aby po odchodu z nemocničního zařízení dodržoval správnou životosprávu, doporučenou stravu, dbal o své psychické a duševní zdraví a v případě komplikací navštívil ihned lékaře.
- Důsledně docházet ke kontrolám do bariatrické poradny.

ZÁVĚR

K výrazné dlouhodobé redukci hmotnosti u morbidně obézních jedinců, pomocí konzervativní terapie, lze jen ve velmi výjimečných případech a je velmi obtížné si tento úbytek udržet. Proto se pojem bariatrická chirurgie v poslední době skloňuje čím dál častěji. Bývá pro pacienta trpícím těžkého stupně nadváhy nebo morbidní obezity poslední možností léčby. Je pro pacienta stále více dostupnější a vzhledem k vývoji metod operací méně zatěžující.

Vzhledem k prevalenci obezity v České republice lze očekávat vyšší hledání ideálů v bariatrické chirurgii. Bariatrie není tou „jednodušší“ volbou, právě naopak. Chce to mnohem větší odvahu, odhodlání a sebeovládání než v období redukce váhy pomocí konzervativní terapie. Pacient musí především chtít. Díky této metodě značně klesá úmrtnost, zlepšuje se kvalita života a snižuje se vývoj chorob vzniklé díky obezitě, např. diabetes mellitus 2. typu nebo hypertenze. A tím se také redukuje náklady za zdravotní péči.

Cílem bakalářské práce bylo seznámení s výkonem sleeve resekce žaludku a nabídnout pohled na komplexní ošetrovatelskou péči o pacienta s výkonem sleeve resekce žaludku. Součástí cíle bylo vypracovat informační leták. Myslím si, že cíle se mi podařilo dosáhnout. Informační leták přiložen.

Při odběru anamnézy u pacientky bylo zjištěno, že si nepamatuje na poslední gynekologickou prohlídku. Pacientce bylo zajištěno telefonní číslo na jejího gynekologického lékaře a doporučeno zavolat si a zjistit si poslední termín návštěvy a objednat se na další preventivní kontrolu.

Při zpracování ošetrovatelského procesu se mnou pacientka spolupracovala, poskytla mi mnoho informací a byla velmi ochotná.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ADÁMKOVÁ, Věra. *Obezita: příčiny, typy, rizika, prevence a léčba*. Vyd. 1. Brno: Facta Medica, 2009, 122 s. ISBN 978-809-0426-054.

BUCHWALD, H. ET. AL. Weight and type 2 diabetes after bariatric surgery: systematic review and meta-analysis. *The American Journal of Medicine*, 2009, vol. 122, no. 3, s. 248–256.

ČERVINKOVÁ, Eliška. *Ošetrovatelské diagnózy*. Vyd. 3., nezm. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2005, 165 s. ISBN 80-701-3358-9.

DOLEŽALOVÁ, Karin. *Bariatrická chirurgie a primární péče*. 1. vyd. Praha: Axonite CZ, 2012, 200 s. Asclepius. ISBN 978-809-0489-929.

FRIED, Martin. *Bariatrická a metabolická chirurgie: nové postupy v léčbě obezity a metabolických poruch*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011, 266 s. Aeskulap. ISBN 978-802-0424-242.

FRIED, Martin. *Moderní chirurgické metody léčby obezity: chirurgická léčba obezity*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 125 s. Malá monografie. ISBN 80-247-0958-9.

HAINER, Vojtěch. *Obezita: [minimum pro praxi]*. Vyd. 2. Praha: Triton, 2003, 119 s. Levou zadní. ISBN 80-725-4384-9.

HAINER, Vojtěch. *Základy klinické obezitologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 356 s., 16 s. obr. příl. ISBN 80-247-0233-9.

HAINER, Vojtěch. *Základy klinické obezitologie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011, xxvi, 422 s., 16 s. barev. obr. příl. ISBN 978-802-4732-527.

HRUBÝ, Martin. Současná bariatrická chirurgie – alternativní metody. *Medicína pro promoci*. 2010, Roč. 11, č. 5, s. 79-84. ISSN 1212-9445.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 350 s. Sestra. ISBN 978-802-4718-309.

KASALICKÝ, Mojmir. *Chirurgická léčba obezity*. Vyd. 1. Prague: Ottova tiskárna, 2011, 118 s. Asclepius. ISBN 978-80-254-9356-4.

KASALICKÝ, Mojmir. Pohled na současnou bariatricko-metabolickou chirurgii. *Rozhledy v chirurgii*. 2012, Roč. 91, č. 1, s. 5-11. ISSN 0035-9351.

KASALICKÝ, Mojmir. Sleeve gastrectomy – tubulizace žaludku. *Rozhledy v chirurgii: měsíčník Československé chirurgické společnosti pro tvorbu domácí a rozhledy po chirurgii zahraniční*. 2013, Roč. 92, č. 1, s. 58-60. ISSN 0035-9351.

KASALICKÝ, Mojmir. Současné směry chirurgické léčby obezity a metabolického syndromu. *Medicína & umění*. 2012, Roč. 2012, č. 3(21), s. 14-18. ISSN 1803-3679.

KASALICKÝ, Mojmir. *Tubulizace žaludku: chirurgická léčba obezity*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007, 89 s. Asclepius. ISBN 978-807-2549-573.

MÜLLEROVÁ, Dana. *Obezita - prevence a léčba: příčiny, typy, rizika, prevence a léčba*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2009, 261 s. ISBN 978-802-0421-463.

PEŠKOVÁ, Marie. *Chirurgická léčba obezity. Florence: časopis moderního ošetrovatelství*. 2006, Roč. 2, č. 11, s. 24-24. ISSN 1801-464X.

STÁRKOVÁ, Libuše. Psychiatricko-psychologické aspekty bariatrické chirurgie. *Psychiatrie pro praxi*. 2010, Roč. 11, č. 4, s. 156-159. ISSN 1213-0508.

SVÁČINA, Štěpán a Alena BRETŠNAJDROVÁ. *Cukrovka a obezita*. [1. vyd.]. Praha: MAXDORF, 2003, 246 s., il., grafy, tab. Medica. ISBN 80-859-1258-9.

SVÁČINA, Štěpán a Alena BRETŠNAJDROVÁ. *Jak na obezitu a její komplikace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 139 s. Doktor radí. ISBN 978-802-4723-952.

SYSEL, Dušan, Hana BELEJOVÁ a Oto MASÁR. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. V Tribunu EU vyd. 1. Brno: Tribun EU, 2011, 280 s. Librix.eu. ISBN 978-80-7399-289-7.

TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, 185 s. ISBN 80-701-3324-4.

VÍTEK, Libor. *Jak ovlivnit nadváhu a obezitu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 148 s. Zdraví. ISBN 978-802-4722-474.

ZACHOVÁ, Veronika. Tubulizace žaludku - nová bariatrická metoda. *Florence: časopis moderního ošetrovatelství*. 2007, Roč. 3, č. 10, s. 418-419. ISSN 1801-464X.

Internetové zdroje:

Bandingklub.cz [online]. 2005 *Občanské sdružení banding klub*. [cit. 2014-01-22]. Dostupné z: <http://www.bandingklub.cz/obezita.phtml>

Doctorweight.com [online]. [neuveveno]. *Potential problems following all types of bariatric surgery*. [cit. 2014-02-25]. Dostupné z: www.doctorweight.com/bariatricpracticalguidelines/bariatricsurgery/

DOLEŽALOVÁ, Karin, Fried Martin, Herlesová Jitka. Bariatrická chirurgie a některé speciální klinické situace. *Bariatrická a metabolická chirurgie*. [online]. 2013 [cit. 2014-03-15]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/bariatricka-a-metabolicka-chirurgie-472170>

HARNACHOVÁ, Tamara. Laparoskopická resekce žaludku – 90 minut ke zdraví. *Sestra+* [online]. 2009 [cit. 2014-02-11]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/laparoskopicka-resekce-zaludku-90-minut-ke-zdravi-417260>

HRUBÝ, Martin. Současná bariatrická chirurgie – alternativní metody – Sleeve gastrectomy a gastrický bypass. *Medical Tribune cz : tribunál lékařů a zdravotníků* [online]. 2010 [cit. 2014-02-15]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/20107>

Seznam použité literatury dle ISO normy 690: 2010

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Protokol k zpracování sběru podkladů pro bakalářskou práci

Příloha B – Rešerš

Příloha C – Obrázky

Příloha D – Operační protokol – průběh operace

Příloha E – Informovaný souhlas pacienta s výkonem

Příloha F – Leták

Příloha A – Protokol k zpracování sběru podkladů pro bakalářskou práci

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Duškova 7, 150 00 Praha 5



**PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ
PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku, který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Kamila Adamcová DiS.	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3 VSV
Téma práce	Ošetrovatelský proces u pacienta s výkonem Sleeve resekce žaludku	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Nemocnice Valašské Meziříčí a.s. Chirurgické oddělení 1	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Ivana Talandová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	 podpis
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	podpis podpis

Ve Valašském Meziříčí dne 18.2.2014

podpis studenta



Moravskoslezská vědecká knihovna v Ostravě, příspěvková organizace

Knihy:

1.

Bariatrická chirurgie a primární péče / Karin Doležalová ... [et al.]. -- 1. vyd. -- Praha : Axonite CZ, 2012. -- 200 s. : barev. il., portréty ; 22 cm. -- (Asclepius) ; ISBN 978-80-904899-2-9 (váz.)

* obézní pacienti * bariatrická chirurgie * primární péče * obezita * léčení * chirurgické léčení * bariatrická chirurgie * sborníky

Signatura: G 354.943

2.

Kasalický, Mojmír, 1959-

Chirurgická léčba obezity / Mojmír Kasalický. -- Vyd. 1.. -- Prague : Ottova tiskárna, 2011. -- 118 s. : il. ; 22 cm ; ISBN 978-80-254-9356-4 (brož.)

* obezita * psychoterapie * chirurgická terapie * obezita * léčení * bariatrická chirurgie * chirurgické léčení * příručky

Signatura: G 341.189

3.

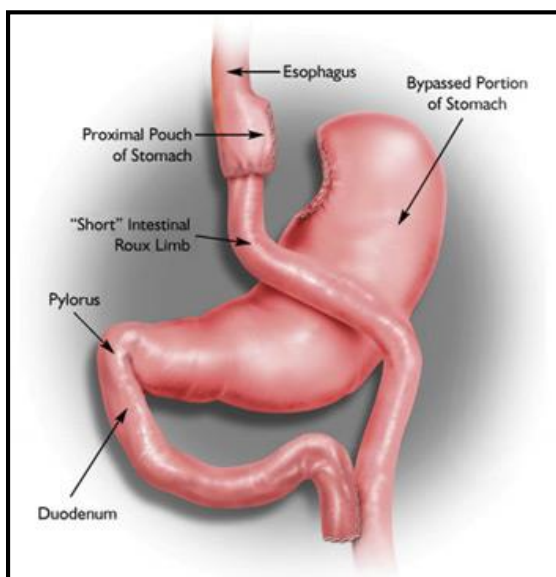
Kasalický, Mojmír, 1959-

Tubulizace žaludku / Mojmír Kasalický. -- Vyd. 1.. -- Praha : TRITON, 2007. -- 89s., [8] s. příl. (barev.) : il. ; 20 cm ; ISBN 978-80-7254-957-3 (brož.) : Kč 189,00

* bariatrická chirurgie * chirurgické léčení * obezita * resekce * žaludek * příručky * Obezita - léčení chirurgické - příručky * Žaludek - resekce - příručky

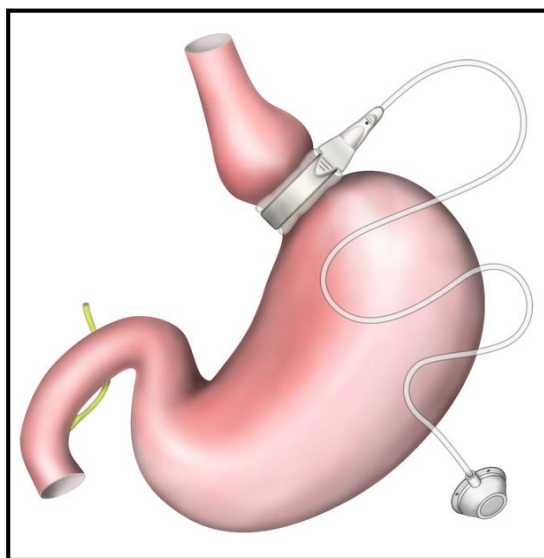
Signatura: G 306.307

Příloha C – Obrázky



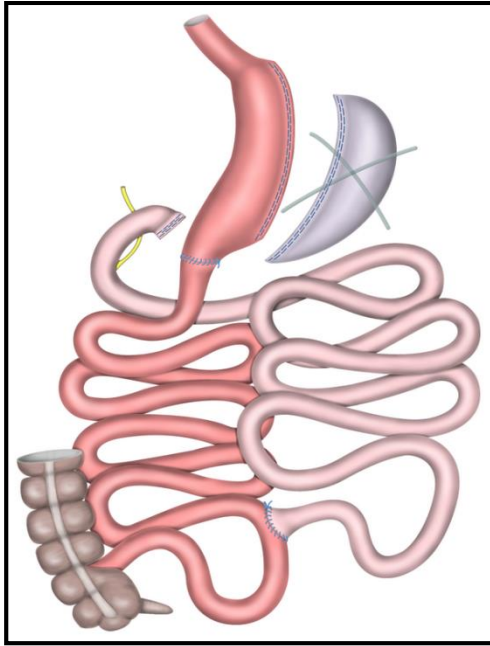
Zdroj: Čierny, 2011, <http://www.bandingklub.cz/gastricky-zaludecni-bypas.phtml>

Obrázek 1 Gastrický Bypass



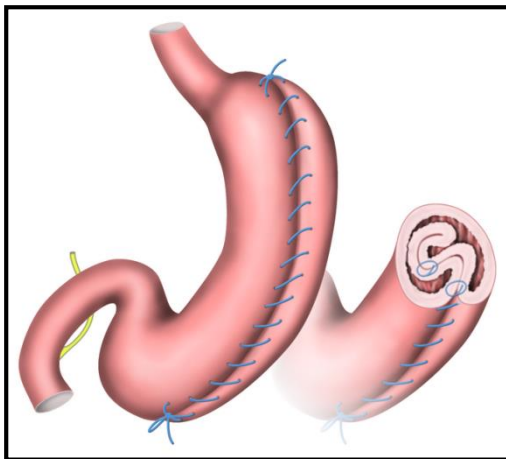
Zdroj: Hrubý, 2014, <http://www.nemlib.cz/web/index.php?m=764>

Obrázek 2 Gastrická bandáž



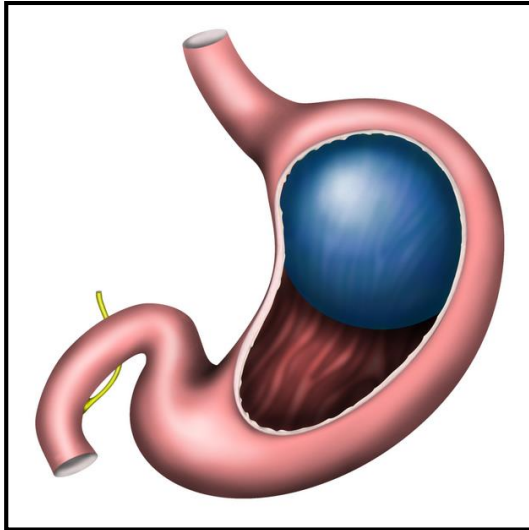
Zdroj: Hrubý, 2014, <http://www.nemlib.cz/web/index.php?m=764>

Obrázek 3 Biliopankreatická diverse, BPD + duodenální switch



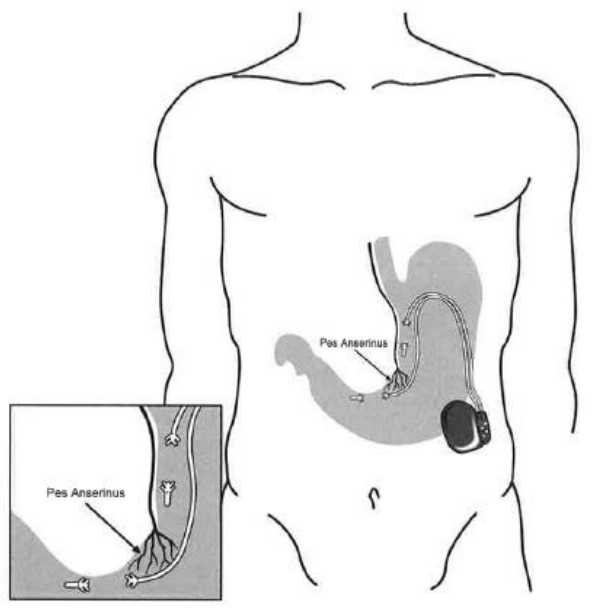
Zdroj: Hrubý, 2014, <http://www.nemlib.cz/web/index.php?m=764>

Obrázek 3 Žaludeční plikace



Zdroj: Hrubý, 2014, <http://www.nemlib.cz/web/index.php?m=764>

Obrázek 4 Intragastrický balón



Zdroj: Kasalický, 2007, s. 46

Obrázek 5 Gastrická stimulace

Příloha D – Operační protokol – průběh operace

Průběh operace ze dne 21. 03. 2014:

„Po provedení bezpečnostní procedury byl zahájen operační výkon. Pacientka indikována k plánované bariatrické operaci. Po domluvě s pacientkou indikována Sleeve gastrektomie.“

„V klidné CA se zavedenou sondou ústy vel. 42 incize a za pomoci Verresovy jehly po testu zavedeno kapnoperitoneum, poté incizí nad pupkem vpravo zaveden port pro kameru. – explorace dutiny břišní - játra jsou objemná, přidány další porty, celkem 5. Grasperem uchopen žaludek blíže velké křiviny, další za gastrokolické lig. Pronikáme do bursy onemtální, harmonickým skalpelem uvolňujeme celou velkou křivinu včetně fundu, kde přerušujeme gastrice breves, nutno uvolnit horní pól sleziny od fundu, zde bez krvácení, protínáme gastro frenické lig., pokračujeme pak směrem opačným k antru, zde vyměřena délka antra 4 cm, od pyloru, kontrola zadní stěny žaludku – zde jsou malé adheze- které uvolněny, stěna je volná. Do břicha vložen stapler s nábojem a postupně protínáme žaludek podélně k hiátu na sondě, použito celkem 4 náboje, hemostáza z resekční sutury nedostatečná, krvácení v horním cípu žaludku – zde dán klip – po té hemostáza naprosto dostatečná. Opět optická kontrola – dutina břišní bez známek pokračujícího krvácení. Podél linie resekce dán drén. Nad pupkem discise fascie, resekovaná část žaludku extrahována z dutiny břišní, sutura fascie, proplach, sutura podkoží, kůže všech fascií, drén napojen. Sterilní krytí. Provedena kontrola operačního pole, dle vyjádření instrumentářky operační materiál souhlasí.“

[Operační protokol, Nemocnice Valašské Meziříčí a.s.]

Příloha E – Informovaný souhlas pacienta s výkonem

IS/CHIR č. 18



tubulizace žaludku

Nemocnice Valašské Meziříčí a.s.
U Nemocnice 980
757 42 Valašské Meziříčí

Dle vyhlášky č. 98/2012 Sb. – vyhláška o zdravotnické dokumentaci

Jméno a příjmení pacienta:
Rodné číslo pacienta:
Oddělení:
Zákonný zástupce:
Rodné číslo zákonného zástupce:
Typ výkonu: TUBULIZACE ŽALUDKU (sleeve gastrectomy, „rukávová“ resekce žaludku)

1. Informace pro pacienta:

Vážený paciente (rodiče),

vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu je nutno provést výše zmíněný zákrok. Dle současného právního řádu je nutné k navrženému výkonu podepsat tzv. informovaný souhlas k danému výkonu, který stvrzuje vaše souhlasné stanovisko s provedením výkonu.

Před vlastním výkonem s Vámi bude osobně lékař/ka hovořit o nutnostech a možnostech zákroku, seznámí Vás s možnými riziky a příslušnými komplikacemi plánovaného výkonu, o možném omezení a obvyklém způsobu života, o léčebném režimu a preventivních opatřeních, event. o nutnosti uvedený výkon opakovat.

2. Účel provedení výkonu:

Vysoká hmotnost souvisí s výrazným zhoršením zdravotního stavu a s řadou přidružených potíží, které mnohdy ohrožují oběžního na životě. Po vyčerpání konzervativní léčby (dieta, pohyb, farmakoterapie) se nabízí chirurgické řešení léčby morbidní obezity. Sleeve gastrektomie je nevratné odstranění části žaludku. Zmenšený objem žaludku způsobí, že pacient se cítí sytý již po malém množství jídla. Porce tolerovaného jídla se sníží a pacient hubne. Nutným předpokladem pro úspěšné hubnutí je však stále a přísné dodržování dietního režimu. Výkon se provádí laparoskopicky.

3. Následky zákroku:

Narozdíl od žaludeční bandáže (viz níže-alternativy léčby) nemá pacient v těle žádný umělý implantát. Na druhou stranu oproti bandáži, kdy manžetu žaludku lze odstranit, je toto výkon nevratný. Po výkonu zůstává 5 jizev velikosti 1,5-3cm. Je nutné dodržování dietního režimu, neboť při přejídání se může žaludek opět roztáhnout do formy vaku a pacient začne opět přibírat!

4. Příprava na výkon

- předcházející obezitologické, psychologické, chirurgické a gastrokopické vyšetření
- standardní předoperační vyšetření od ošetřujícího lékaře (odběry, snímek plic, EKG, popř. sono)
- den před operací hygienická očista, oholení operačního pole, od půlnoci nejíst, nepít, nekouřit
- v den operace pacient lačný, zabandážování končetin, tampon s dezinfekcí do pupku, po aplikaci premedikace (injekce k celkovému zklidnění), převoz na operační sál

5. Provedení výkonu:

Operace se provádí laparoskopickou metodou. Při celkové anestézii po dezinfekci a zarouškování operačního pole se do dutiny břišní z 5 vpichů, velkých asi 1,5-3 cm, zavedou operační porty. Jímí se dovnitř vsune optický přístroj (laparoskop), který přenáší obraz z dutiny břišní na televizní obrazovku. Dalšími porty se zavedou speciální nástroje, pomocí nichž postupně žaludek uvolníme na jeho velkém zakřivení od jeho závěsů (tzv. ligamentum gastrocolicum). Máme-li žaludek uvolněný, zavede anesteziolog v této fázi do žaludku silnou žaludeční sondu. Nyní nastupuje vlastní resekce. Pomocí speciálního nástroje, tzv. endostapleru (= „svorkovač“ - chirurgický nástroj používaný v chirurgii k přerušení („sešítí“ - zasvorkování) a oddělení části dutých orgánů), levou část žaludku odstraníme, tak, že zbylá část žaludku tvoří jakýsi „rukáv“. Zkontrolujeme resekční linii, nedochází-li ke krvácení, krvácející oblasti ošetříme koagulací. Anesteziolog vytáhne žaludeční sondu. Odstraněnou část žaludku uchopíme a vytáhneme fezem vpravo nad pupkem, který jsme o trochu rozšířili. Rány se zašijí po vrstvách. Do podkoží rány, kterou jsme vytáhli žaludek zavedeme tzv. rukavicový drén, který slouží k odvádění sekretu, krve, čímž se omezí možnost vzniku infekce v ráně.

6. Doporučený režim po výkonu:

- po operaci jsou pacienti sledováni na pooperačním oddělení, kde zpravidla setrvávají jeden až dva dny, v den operace jsou podávány pouze infuze, od druhého dne je možný příjem ústy, nejprve čaj, poté přechod na tekutou stravu
- další dny tráví pacienti již na běžném chir.oddělení, poučení dietní sestrou, trávicí trakt se postupně zatěžuje tekutou stravou, první či druhý pooperační den se provádí kontrolní RTG vyšetření žaludeční pasáže.
- do domácí péče je pacient propuštěn nejdříve 5. pooperační den, stehy se vytažují cca 12.-14. den po operaci, dále je pacient v péči obezitologa a bariatra a dochází na pravidelné kontroly, domácí rekonvalescence je individuální a pracovní neschopnost se odhaduje na 14 dní.
- od operace pacienti dodržují příslušná dietní opatření (4 týdny na tekutinách) dle pokynů lékaře a dietní sestry a redukční režim podporují vhodnou fyzickou aktivitou (chůze, plavání, jízda na kole).
- spolupráce při dodržování přísných dietních opatření je bezpodmínečně nutná zejména po dobu 6-8 týdnů a dále je základem úspěšné léčby, omezení velikosti porcí je nutné dodržovat po operaci již trvale.

7. Možné komplikace:

Vzhledem k plánovanému výkonu je procento potenciálních komplikací malé. K tomu, aby ke zmíněným komplikacím nedošlo, jsou podniknuta všechna potřebná opatření. v případě vzniku však mohou přinést zhoršení zdravotního stavu, prodloužení délky hospitalizace a nutnost dalších vyšetřovacích a léčebných výkonů.

- nežádoucí rizika: krvácení z resekční linie s nutností přechodu laparoskopické operace na klasickou (otevření dutiny břišní fezem nejčastěji ve střední čáře nad pupkem) a ošetření krvácení, nutnost podání transfuze, poranění stěva, při komplikovaném průběhu nutnost vyšíjí středního vývodu, zánětlivá reakce v dutině břišní, která může vyústit v zánět pobřišnice a septický stav (otrava krve) s možností selhání základních životních funkcí, která může končit smrtí, nutnost reoperace pro nemožnost příjmu potravy, zvracení, bolestivost v jizvách, infekce operační rány s nutností jejího rozpuštění, nežádoucí účinky při netoleranci organismu na podávané léky, psychická újma s možných trvalých následků.

8. Možné alternativy:

Morbidní obezita je léčitelná, a to komplexně změnou životního stylu, dietou, pohybem, psychologicky, farmakologicky.

Dočasnou alternativou je zavedení silikonového žaludečního balónu gastrokopicky, který způsobí zmenšení objemu žaludku a tím časný pocit sytosti.

Žaludeční bandáž je laparoskopické zaškrcení žaludku v jeho horní části pomocí manžety, čímž zůstane nad manžetou malá část žaludku, při jejímž naplnění potravou se opět dostaví brzký pocit plnosti. Používá se adjustabilní silikonový kroužek, na jehož vnitřní straně je balonek a jeho objem lze regulovat pooperačně vpichem speciální jehlou přes kůži do komůrky. Komůrka bandáže je umístěna v podkoží pod levým obloukem žeberním a je spojena hadičkou s balonkem manžety.

Jiné chirurgické řešení spočívá již v náročnějších typech operací, kdy se žaludek zmenší a napojí se na něj klička tenkého střeva – tzv. bypassové operace. Je více typů těchto operací.

9. Poznámky lékaře k rozhovoru s pacientem:**Prohlášení pacienta (zákonného zástupce) o informovaném souhlasu**

Prohlašuji, že:

1. mně byly lékařem zodpovězeny veškeré mé dotazy ohledně plánovaného výkonu a jsem o tomto výkonu, jeho možných rizicích, pooperačních komplikacích, následné léčbě a případných omezeních mé osoby dostatečně informován/a a rozumím jim. Porozuměl/a jsem svému zdravotnímu stavu a mohl/a jsem svobodně bez nátlaku zvážit nutnost a účelnost zamýšlených vyšetřovacích a léčebných výkonů a rizika s tím spojená, včetně případného nepohodlí, bolesti a dalších omezení, spojených s touto léčbou.
2. poučení o uvedeném výkonu považuji za dostatečné, nemám další otázky a souhlasím s výše uvedeným navrhovaným postupem.
3. souhlasím s eventuelním rozšířením výkonu či možností konverze (přechodu na otevřenou operaci), bude-li to v průběhu operace nutné.
4. jsem srozuměn/a s tím, že uvedený výkon nemusí být proveden lékařem, který mě doposud ošetřoval a který mě o výkonu informoval.
5. jsem poučen/a o tom, že mohu svůj souhlas s výkonem kdykoliv před zákrokem odvolat.
6. souhlasím s využitím záznamů pro výkonu a výzkum.

Souhlasím s výše uvedenými body 1 – 6 (event. nesouhlasím s bodem:)

Jméno, adresa, telefon:

Ve Valašském Meziříčí, dnerok.....čas.....

.....
Podpis informujícího lékaře

.....
Podpis pacienta (zákonného zástupce)

PREVENCE OBEZITY

Informační leták



Obrázek 1

Co je to obezita?

Obezita je nadměrné zmnožení tuků v organismu, respektive tukové tkáně. Je spojena s výskytem závažně přidružených onemocnění, jako jsou diabetes mellitus 2. typu (cukrovka), hypertenze (vysoký krevní tlak, srdeční infarkt, nádorová onemocnění, onemocnění žlučníku a v neposlední řadě psychické problémy.

Nejde pouze o kosmetický problém, obezita je vážné zdravotní onemocnění!

- Světová zdravotnická organizace (WHO) vyhlásila obezitu jako epidemii 21. století.
- V České republice je každý pátý člověk obézní a 50 % populace trpí nadváhou.
- V Evropě dnes žije zhruba 140 miliónů obézních lidí.
- Varovný je výrazný nárůst dětské obezity!

Obezita se v posledních letech stává vážným lékařským, psychologickým, sociálním a také ekonomickým problémem. V České republice jsou průměrné náklady na léčbu obézního pacienta okolo 115 000 Kč/rok a narůstají se zvyšujícím počtem přidružených komplikací.

Nejpoužívanějším ukazatelem určování obezity je MBI (Body mass index) Index tělesné hmotnosti - tělesná hmotnost (kg) / tělesná výška (m)².

Příčina obezity

- Obezita vzniká především při porušení energetické rovnováhy. Energetický příjem převyší energetický výdej. Zásadně se na energetickém příjmu podílí zvýšená konzumace tuků. Ty mají dvakrát víc energie než sacharidy. Nedostatečný energetický výdej je dán převážně nedostatkem pohybu a sedavým způsobem života. Klesá i spontánní pohybová aktivita jako jsou dálkové ovladače, bezdrátové telefony, počítače aj. Často jde o neprovazování žádného sportu, používání automobilů místo procházky.
- Obezita je často považována za onemocnění souvisejícím s životním stylem, prostředím, ale podíl genetických faktorů je stále podceňován. Genetická dispozice hraje roli až ve 40 %.
- Hormonální vlivy mohou za vznik obezity jen velmi málo. Může jít o snížení funkce štítné žlázy či zvýšení hladiny hormonů kůry nadledvin.
- I některé léky mohou zvyšovat chuť k jídlu a tím způsobit obezitu. Jsou to nejčastěji antidepressiva, neuroleptika, glukokortikoidy (hormonální léčba – hormony kůry nadledvin, které ovlivňují metabolismus), gestageny (hormonální léčba u žen).
- U jedinců s nadváhou nebo obézních osob je příjem potravy zvýšen v závislosti na emoční situaci (reakce na osamělost, deprese, napětí stres). Částečně závisí tělesná hmotnost na stravovacích zvyklostech.

Prevence obezity

Prevence obezity spočívá v úpravě životního stylu, pravidelné fyzické aktivitě, vhodných stravovacích návyků a dobré psychické pohodě.

Zásady zdravotního životního stylu

1. Nekouřit.
2. Sledovat hmotnost – neměla by překročit ideální hmotnost pro váš věk a výšku o více než 5 kg.
3. Konzumovat pestrou, vyváženou stravu s vysokým obsahem vlákniny. Dostatek ovoce, zeleninu nejlépe v syrovém stavu.
4. Odstranit z jídelníčku tučná jídla a omezit cukr.
5. Omezit příjem uzenin, slaniny, tučných salámů
6. Dbát na pitný režim – alespoň 2 – 3l denně.
7. Přiměřeně solit.
8. Vhodný výběr aktivity a pravidelné dodržování.
9. Dostatečný a kvalitní spánek
10. Vyvarovat se užívání škodlivých látek a alkoholu
11. Psychická pohoda a optimismus
12. Vyhybat se stresu

Psychický stav

K prevenci obezity řadíme dobrou psychickou pohodu a eliminaci stresu. Obezita nepříznivě ovlivňuje psychiku, má negativní dopad na sebevědomí, zvyšuje nejistotu ve společnosti. Psychická pohoda vychází z potřeb každého z nás. Jde o soulad s vnitřními hodnotami, sebehodnocením, schopnost přijímat své nedostatky a především nalézt způsob sebeuplatnění. Pravidelná fyzická aktivita pomáhá odbourávat stresem nahromaděný adrenalin.

Důležité je začít s prevencí již v těhotenství, kdy je dobré zařadit do jídelníčku matky zdravou a pestrou stravu. Preferovat kojení před umělou stravou. V pozdějším věku podávat dítěti zdravou a energeticky vyváženou stravu. Trvat na správných stravovacích návycích a neopomíjet snídaně či svačiny. Důležitá je správná výchova k výživě a podněcovat dítě k aktivitám. Také by měl být dospělý vzorem pro své dítě v tom, jak se správně stravovat. Dítě je výkladní skříň rodiny, na které se zrcadlí jednak genetika a také životní styl rodiny.

O prevenci obezity je důležité informovat dospělou populaci, ale stejně tak i děti. V rámci prevence dětské obezity jsou velmi významné programy, které jsou cílené na určitou skupinu. První období je kojenecké (od 6 měsíců do 2 let). Druhé období je předškolní věk (od 4 do 6 let) a třetí období se zaměřuje na mladší školní věk (od 8 do 10 let) Besedy a preventivní programy pro děti proti obezitě jsou dlouhodobě poskytovány i žákům středních škol formou odpovídajících jejich věku. Poskytují informace o stravování, aktivitě a také jak si celoživotně nastavit zdravý životní styl.

Je dobré mít stále na paměti, že jediná účinná léčba obezity u dětí je její prevence



Obrázek 2

Fyzická aktivita

Představuje součást zdravého životního stylu. K fyzické aktivitě by měl být člověk veden od malička. Důležité je, aby jedince daná aktivita bavila. Pohyb by měl mít svou pravidelnost (např. plavání, aerobik, běh). Někomu postačí chůze, např. 3x týdně po 30. minutách a interval postupně prodlužovat. Velmi záleží na zdravotním stavu a věku jedince. Fyzická aktivita příznivě ovlivňuje zdravotní stav, psychickou pohodu a napomáhá snížit vznik onemocnění (obezita, vysoký krevní tlak, cukrovka) Je doporučována 3 – 5x týdně 30 minut.

Strava

Strava by měla být pestrá, vyvážená. Dbát na pitný režim, alespoň 2 – 3l denně. Preferovat čistou vodu a neslazené čaje před slazenými nápoji, které nejsou pro organismus přínosem. Jíst 6x denně – zachovávání přiměřených časových intervalů mezi jídly. Zařadit do jídelníčku dostatek zeleniny, ovoce. Dát přednost celozrnným potravinám – obsahují více vlákniny a tím mají snížený glykemický index. Dbát na dostatečný a kvalitní přísun bílkovin (libové maso, nízkotučné mléčné výrobky, vejce, ryby, sója). Vyvarovat se jednoduchých cukrů (sladkosti, cukr, sladké nápoje, zákusky)

Zdroje

Obrázek 1 – *Kolotoč hubnutí a přibírání – jak to zastavit?* [online]. Jíme hlavou. [cit. 2014.04.20]. Dostupné z: <http://www.jimehlavou.cz/cz/obezita/Emag/DetailClanku/ic-47/kolotoc-hubnuti-a-pribirani-jak-to-zastavit.html>

Obrázek 2 – *Podmínky prevence dětské obezity* [online]. S dětmi proti obezitě. [cit. 2014.03.15]. Dostupné z: http://sdetmiпротиobezite.cz/?page_id=435

FRIED, Martin. *Moderní chirurgické metody léčby obezity: chirurgická léčba obezity*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 125 s. Malá monografie. ISBN 80-247-0958-9.

HAINER, Vojtěch. *Základy klinické obezitologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 356 s., 16 s. obr. příl. ISBN 80-247-0233-9.

Jíme hlavou [online]. 2013 [cit. 2014.04.20]. Dostupné z:

<http://www.jimehlavou.cz/cz/obezita/Emag/DetailClanku/ic-94/3-opatreni-jako-prevence-proti-obezite.html>

KASALICKÝ, Mojmír. *Tubulizace žaludku: chirurgická léčba obezity*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007, 89 s. Asclepius. ISBN 978-807-2549-573.

