

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S PLIKACÍ  
ŽALUDKU**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**MILAN WINKLER**

**Praha 2017**

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S PLIKACÍ  
ŽALUDKU**

Bakalářská práce

MILAN WINKLER

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: doc. MUDr. Lidmila Hamplová PhD.

Praha 2017



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

Winkler Milan  
3. A VS

**Schválení tématu bakalářské práce**

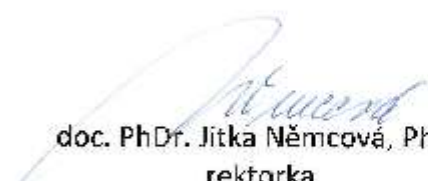
Na základě Vaší žádosti ze dne 31. 10. 2016 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s plikací žaludku

*Nursing Process in a Patient with Stomach Plication*

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Lidmila Hamplová, PhD.

V Praze dne: 1. 11. 2016

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně, že jsem řádně citoval všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

*podpis*

## **PODĚKOVÁNÍ**

Touto cestou bych chtěl poděkovat doc. MUDr. Lidmile Hamplové PhD. za vedení mé bakalářské práce, ochotu a poskytnutí cenných rad při jejím zpracování.

## **ABSTRAKT**

Milan Winkler. Ošetrovatelský proces u pacienta s plikací žaludku. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. MUDr. Lidmila Hamplová PhD. Praha. 2017. 72s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s plikací žaludku. Cílem práce je deskripce medicínské, ošetrovatelské a psychosociální problematiky u pacienta s plikací žaludku. Bakalářská práce má teoreticko-praktický charakter. Teoretická část je zaměřena na seznámení s problematikou obezity, jejími somatickými i psychickými komplikacemi a léčbou jak interní tak chirurgickou. Praktická část práce se skládá z kazuistiky věnované ošetrovatelské péči o pacienta s plikací žaludku. Praktická část práce dále zahrnuje individuální ošetrovatelský plán, za využití koncepčního modelu Marjory Gordonové. ke stanovení ošetrovatelských diagnóz byla použita Taxonomie II NANDA International 2015 – 2017.

Klíčová slova

Bolest. Bariatrická chirurgie, Břišní chirurgie, Obezita , Ošetrovatelský proces, Plikace

## **ABSTRACT**

Milan Winkler. Nursing Process in a Patient with Stomach Plication. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: doc. MUDr. Lidmila Hamplová PhD. Prague. 2017. 72 pages.

The theme of this bachelor thesis is the nursing procedures to a patient with gastric plication. The aim of this thesis is to describe medical, nursing and psychosocial problems that has a patient with gastric plication. The work consist of theoretical and practical parts. The theoretical part is focused on describing in details the issue of obesity, its somatic and psychiatric complications, its treatment both internal and surgical intervention. The practical part consists of case histories dedicated for nursing care of patients with gastric plication. Also to this part was included an individual care plan, based on the conceptual model of Marjory Gordon. To determine the nursing diagnoses i used NANDA Taxonomy II International 2015-2017.

### Keywords

Abdominal surgery, Bariatric surgery, Nursing process, Obesity, Pain, Plication,

# OBSAH

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

## SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

## SEZNAM TABULEK

<b>ÚVOD .....</b>	<b>11</b>
<b>1 OBEZITA .....</b>	<b>13</b>
1.1 KLASIFIKACE OBEZITY .....	13
1.2 ETIOLOGIE OBEZITY V ČR .....	14
1.3 VLIV GENETICKÉ PREDISPOZICE K OBEZITĚ .....	16
<b>2 DOPAD OBEZITY NA SOMATICKÉ ZDRAVÍ.....</b>	<b>17</b>
2.1 KOMPLIKACE MECHANICKÉ.....	17
2.2 KOMPLIKACE METABOLICKÉ.....	17
<b>3 DOPAD OBEZITY NA PSYCHICKÉ ZDRAVÍ.....</b>	<b>19</b>
<b>4 HISTORIE OBEZITY .....</b>	<b>21</b>
<b>5 PREVENCE OBEZITY V ČR.....</b>	<b>22</b>
5.1 ÚVOD DO PREVENCE.....	22
5.2 DRUHY PREVENCE.....	22
5.2.1 PRIMÁRNÍ PREVENCE .....	22
5.2.2 SEKUNDÁRNÍ PREVENCE.....	22
5.2.3 TERCIÁLNÍ PREVENCE.....	22
5.3 AKTUÁLNÍ PROGRAMY PŮSOBÍCÍ V ČR PROTI OBEZITĚ	
23	
5.3.1 SPRÁVNÁ VÝŽIVA A STRAVOVACÍ NÁVYKY POPULACE NA	
OBDOBÍ 2015–2020 .....	23
5.3.2 NÁRODNÍHO PROGRAMU ZDRAVÍ 2020 – NÁRODNÍ	
STRATEGIE OCHRANY A PODPORY ZDRAVÍ A PREVENCE NEMOCÍ....	23
5.3.3 EVROPSKÝ DEN OBEZITY .....	23
<b>6 KONZERVATIVNÍ LÉČBA OBEZITY .....</b>	<b>24</b>
6.1 FARMAKOLOGICKÁ TERAPIE .....	24
6.2 FYZICKÁ AKTIVITA .....	25
6.3 PSYCHO – SOCIÁLNÍ TERAPIE.....	25
6.4 DIETNÍ TERAPIE.....	26
6.5 DEVĚT ZÁKLADNÍCH PRAVIDEL DIETNÍHO OPAŘENÍ	
26	
<b>7 CHIRURGICKÁ LÉČBA OBEZITY .....</b>	<b>28</b>
7.1 INDIKACE .....	28
7.2 KONTRAINDIKACE.....	28



7.3	TYPY BARIATRICKÝCH OPERACÍ.....	28
7.4	MOŽNOSTI PŘÍSTUPU DO DUTINY BŘIŠNÍ.....	30
7.5	MINIINVAZIVNÍ LAPAROSKOPICKÁ BŘIŠNÍ CHIRURGIE 30	
7.6	BILIOPANKREATICKÁ DIVERZE.....	30
7.7	GASTRICKÝ BYPPAS.....	30
7.8	ADJUSTABILNÍ GATRICKÁ BANDÁŽ.....	31
7.9	TUBULARIZACE ŽALUDKU .....	31
7.10	PLIKACE ŽALUDKU .....	32
7.11	VÝHODY PLIKACE ŽALUDKU .....	32
7.12	NEVÝHODY PLIKACE ŽALUDKU.....	32
<b>8</b>	<b>OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S PLIKACÍ ŽALUDKU .....</b>	<b>34</b>
8.1	IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE .....	34
8.2	NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ .....	35
8.3	ANAMNÉZA.....	35
<b>9</b>	<b>MEDICÍNSKÝ MANAGMENT DNE 27. 2. 2017 .....</b>	<b>37</b>
<b>10</b>	<b>POSOUZENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU PACIENTA ZE DNE 27. 2. 2017 .....</b>	<b>40</b>
<b>11</b>	<b>UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE MARGORY GORDON .....</b>	<b>42</b>
<b>12</b>	<b>SITUAČNÍ ANALÝZA 27. 2. 2017 .....</b>	<b>47</b>
<b>13</b>	<b>OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ.....</b>	<b>48</b>
<b>14</b>	<b>OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNOZY A PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE .....</b>	<b>51</b>
<b>15</b>	<b>ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....</b>	<b>59</b>
15.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	59
15.1.1	DOPORUČENÍ PRO MANAGMENT .....	59
15.1.2	DOPORUČENÍ PRO ZDRAVOTNICKÝ PERSONÁL .....	60
15.1.3	DOPORUČENÍ PRO PACIENTA .....	60
15.1.4	DOPORUČENÍ PRO RODINU .....	60
	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>61</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>62</b>
	<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>11</b>

## **SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK**

AMP – ampule

BED – emoční jídlo

ČR – Česká republika

HDL – vysokodenzitní lipoprotein

HOD – hodina

MHD – městská hromadná doprava

MIN – minuta

TK – krevní tlak

WHO – světová zdravotnická organizace

WHR – poměr pas boky

## SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

- Adjustabilní Žaludeční bandáž – zmenšení žaludku utažitelnou manžetou
- Akutní koronární syndrom – forma ischemické choroby srdeční
- Androidní – mající mužský charakter
- Angina pectoris – forma ischemické choroby srdeční
- Anorektika – léky potlačující chuť k jídlu
- Antacidum – lék neutralizující žaludeční kyselinu chlorovodíkovou
- Antiagregační – snižující krevní srážlivost
- Antidepresivum – lék proti depresi
- Antidiabetikum – lék proti cukrovce
- Antiflogistikum – protizánětlivý lék
- Antihypertenzivum – lék proti vysokému krevnímu tlaku
- Antikoagulační – působící proti krevnímu srážení
- Antikoagulancium – lék tlumící krevní srážlivost
- Antipyretikum – lék proti horečce
- Antiuraticum – lék snižující koncentraci močové kyseliny v krvi
- Anxiolytikum – lék odstraňující úzkost
- Apnoe – zástava dechu
- Artróza – nezáánětlivé degenerativní chronické onemocnění kloubů
- Arytmie – porucha srdečního rytmu
- ASA – stupeň rizika při chirurgických výkonech
- Ateromový plát – projev aterosklerózy na tepně
- Ateroskleróza – onemocnění tepen
- Bariatrická chirurgie – chirurgie provádějící výkony v léčbě obezity
- Brocův vzorec – vzorec pro výpočet BMI
- Celulitida – degenerativní změny podkožního vaziva
- Deskripce – popis
- Diuretikum – lék zvyšující tvorbu moči
- Dyslipidémie – porucha normálního složení krevních tuků
- Dyspnoe – dušnost, pocit nedostatku vzduchu
- Gastrický bypass – žaludeční přemostění
- Gastroezofageální reflux – stav, při němž dochází k pronikání kyselého žaludečního obsahu zpět do jícnu

Glukózová tolerance – při porušení nastává situace, kdy organizmus nedokáže dokonale kontrolovat koncentraci glukózy v krvi

Hyperurikémie – zvýšená koncentrace močové kyseliny v krvi

Hypolipidemikum – lék snižující koncentraci lipidů v krvi

Inzulínová rezistence – stav, kdy orgány a tkáně nejsou schopny přiměřeně reagovat na inzulín

Inzulínové senzitiéry – látky zvyšující citlivost na inzulín a působící proti inzulínové rezistenci

Kardiomegalie – zvětšení srdce

Kognitivně-behaviorální terapie – psychoterapeutický přístup, který kombinuje nácvik změn chování na úrovni myšlení s nácvikem chování

Lumboischiadický syndrom – onemocnění bederní páteře projevující se bolestivostí a omezením hybnosti bederní oblasti

Morbidita – nemocnost

Multifaktoriální – ovlivněný mnoha činiteli

Nefropatie – onemocnění ledvin, obvykle nezánettivé

Nefrotický – ledvinný

Neuropatie – nezánettivé onemocnění nervu

Obezitogenní – způsobující vznik obezity

Osteoporóza – onemocnění charakterizované úbytkem kostní hmoty

Perzistující – přetrvávající

Pickwickův syndrom – stav, který vzniká jako důsledek nadměrné obezity, při které je ztíženo dýchání

Plikace žaludku – složení a prošíání části žaludku

Podagra – postižení kloubu palce nohy (dna)

Polygenní – podmíněný několika geny

Predispozice – skutečnost nebo stav usnadňující vznik určité poruchy nebo nemoci

Preobezita – nadváha

Progredující – zhoršující se

Pseudoradikulární – bolest napodobující kořenový syndrom

Queteletův index – index tělesné hmotnosti

Recidivující – znovu se objevující

Restrikční výkon – zmenšení objemu žaludku

Retinopatie – nezánettivé onemocnění sítnice

Steatohepatitida – zánětlivé onemocnění jater

Stenóza – abnormální zúžení

Syndrom spánkové apnoe – porucha spánku, při které se v dýchání objevují dlouhé přestávky

Termogeneze – produkce tepla

Transitorní ischemická ataka – drobná cévní mozková příhoda

Triglycerid – lipid tvořený třemi mastnými kyselinami a glycerolem

Tubulizace žaludku – zmenšení žaludku do tvaru rukávu

Venofarmakum – lék užívaný k léčbě žilních nemocnění

(VOKURKA a kol., 2015)

## SEZNAM TABULEK

Tab. 1 Klasifikace tělesné hmotnosti a stanovení relativního rizika poškození zdraví ..	14
Tab. 2 Riziko poškození zdraví ve vztahu k rozložení tělesného tuku.....	14
Tab. 3 Definice metabolického syndromu 2009 .....	18
Tab. 4 Průběh BED .....	20
Tab. 5 Jídelní záznam .....	26
Tab. 6 Algoritmus výběru vhodné operační intervence podle Buchwalda.....	29
Tab. 7 Identifikační údaje .....	34
Tab. 8 Hodnoty fyziologických funkcí .....	35
Tab. 9 Chronická medikace .....	36
Tab. 10 Výsledek krevního vyšetření .....	38
Tab. 11 Vstupní test znalostí.....	48

# ÚVOD

## Úvod do problematiky obezity obecně.

Špatná životospráva skládající se z nedostatku pohybu a nadměrného energetického příjmu mají za důsledek rapidní prevalenci výskytu neinfekčního civilizačního onemocnění, kterým je nadváha a obezita. Z onemocnění nadváhou a obezitou přímo vyplývají některá onemocnění, například: vysoký krevní tlak, poruchy metabolismu tuků a cukrů, zvýšená krevní srážlivost, ateroskleróza. Tato civilizační onemocnění jsou častým jmenovatelem pro výskyt mnoha druhů zhoubných novotvarů tlustého střeva a konečníku, prsu, prostaty, ledvin a dále také pro celou řadu dalších onemocnění jako jsou: onemocnění pohybové soustavy, chronické plicní onemocnění a neplodnost.

Ve statistice prevalence je ČR v rámci EU na předních příčkách výskytu nadváhy v populaci. Spolu s vysokým procentem populace trpící nadváhou je ČR podprůměrná ve srovnání očekávané střední délky života a délky života ve zdraví. Genetická predispozice je jedním z hlavních determinantů, ale na incidenci obezity mají velký podíl také společenské faktory. Společenské faktory bychom mohli rozdělit do dvou kategorií: nezdravý životní styl a nezdravé stravovací návyky. Mezi nezdravý životní styl řadíme nedostatečnou pohybovou aktivitu. Nezdravé stravovací návyky mají pak tyto jmenovatele: nedostatečný příjem ovoce a zeleniny, nadměrný příjem energie, soli, živočišné a transmastné kyseliny, cukry.

Z průzkumů již víme, že na rozvoji obezity mají vliv stres a socioekonomické nerovnosti. Je prokázáno, že populace se zdravím životním stylem má mnohem nižší procentuální výskyt obezity. Komplexní léčba je na straně druhé dnes již schopna metabolické komplikace vyléčit a předcházet rozvinutí sekundárních chronických onemocnění spojených s obezitou. V ČR již existují preventivní opatření zaměřující se na primární péči v oblastech zlepšení životního prostředí a zdraví projektivního chování lidí, ty však nejsou v dostatečné míře využívány. Přestože nám jsou známy nejnovější léčebné postupy v léčbě obezity, nejsou dostatečně využívány. Využití těchto postupů by pro ekonomický systém znamenalo velkou úsporu v podobě nižších nákladů za zdravotně sociální péči nemocných trpící obezitou (www.mzcr.cz, 2015).

**Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl 1:** Upozornit na problematiku nadváhy a obezity v populaci obyvatel Česka.

**Cíl 2:** Identifikovat nejčastější somatické i psychogenní problémy spojené s obezitou.

**Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl 1:** Zpracovat kazuistiku věnovanou ošetrovatelské péči o pacienta s plikací žaludku.

**Cíl 2:** Prezentovat vhodné formy edukace pacienta po chirurgickém zákroku z důvodu morbidní obezity.

### **Vstupní literatura**

DOLEŽALOVÁ, Karin. 2012. Bariatrická chirurgie a primární péče. Praha: Axonite CZ. ISBN 978-809- 0489-929.

FRIED, Martin a kol. 2011. Bariatrická a metabolická chirurgie: nové postupy v léčbě obezity a metabolických poruch. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-802- 0424-242.

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

MÜLLEROVÁ, Dana. 2009. Obezita - prevence a léčba. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-802- 0421-463.

SVÁČINA, Štěpán, Dana MÜLLEROVÁ a Alena BRETŠNAJDROVÁ. 2013. Dietologie pro lékaře, farmaceuty, zdravotní sestry a nutriční terapeuty. Praha: Triton. ISBN 978-807- 3876-999.



# 1 OBEZITA

*V klinické praxi je tělesná hmotnost posuzována bodymass indexem (BMI), který je vypočten jako podíl aktuální tělesné hmotnosti vyjádřené v kilogramech a druhé mocniny tělesné výšky uvedené v metrech ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ), (DOLEŽALOVÁ a kol., 2012, s. 12).*

Obezita v dospělé populaci je definována: BMI vyšší než  $30 \text{ kg}/\text{m}^2$  a nadváha: BMI v rozmezí  $25\text{-}29,9 \text{ kg}/\text{m}^2$  (viz Tab. 1). Zmnožení tukové tkáně můžeme rozlišovat podle jejího výskytu v těle na podkožní tukovou tkáň (subcutánní), která tvoří 70-80%, a nitrobřišní tukovou tkáň (viscerální), jež představuje zbylých 20-30 % celkového tuku v těle (SVAČINA a kol., 2007).

Obecně můžeme patologickou hodnotu BMI (nad 25) nazvat jako stav dlouhodobě nevyvážené energetické bilance zapříčiněný zvýšeným příjmem potravy nebo potravou s vysokou nutriční hodnotou bez dostatečného energetického výdeje (MATOULEK a kol., 2014).

## 1.1 KLASIFIKACE OBEZITY

Klasifikace obezity podle kvantitativních měřítek je uvedena v Tab. 1 Prakticky stejně významné je i kvalitativní rozdělení na androidní a gynoidní obezitu. Za androidní obezitu (obezitu mužského typu či typu jablko) je považována obezita s kumulací tuku především na břicho. Za gynoidní obezitu (obezitu ženského typu či hruška) je označována obezita s kumulací především na hýždích a končetinách (KASALICKÝ a kol., 2011).

Řadu let byl jako adekvátní test používán index pas/boky, WHR = waist to hip ratio. Dnes se tento index prakticky již nepoužívá. Později se však ukázalo jako klinicky dostačující měření pouze pasu, které ve studiích nejlépe korespondovalo s přesným měřením metabolicky rizikového intraabdominálního tuku (DOLEŽALOVÁ a kol., 2012).

Obvod pasu se měří v polovině vzdálenosti mezi lopatou kosti kyčelní a posledními žebry, obvod boků pak nad velkým trochanterem nebo v místě největšího vyklenutí hýždí.

Tendence k androidnímu typu obezity je rizikovější z pohledu incidence metabolických komplikací. Elevace pravděpodobnosti lze dělit podle indexu na zvýšenou a vysokou (viz Tab. 2), (SVAČINA a kol., 2007).

**Tab. 1 Klasifikace tělesné hmotnosti a stanovení relativního rizika poškození zdraví**

Stupeň BMI	BMI (kg/m <sup>2</sup> )	Riziko komplikací
Podváha	<18,5	Vysoké
Normální váha	18,5-24,9	Průměrné
Nadváha	25,0-29,9	Mírně zvýšené
Obezita I. stupně	30,0-34,9	Střední
Obezita II. stupně	35,0-39,9	Vysoké
Obezita III. stupně	>40	Velmi vysoké

Zdroj: Doležalová a kol., 2012, s. 12

**Tab. 2 Riziko poškození zdraví ve vztahu k rozložení tělesného tuku**

Obvod pasu (cm)	Norma	Zvýšené riziko	Vysoké riziko
Muži	< 94	94-102	> 102
Ženy	< 80	80-88	> 88

Zdroj: Doležalová a kol., 2012, s. 12

## 1.2 ETIOLOGIE OBEZITY V ČR

Ve stravovacích zvyklostech obyvatel ČR došlo za posledních 25 let k velkým změnám. Konzumace hovězího a vepřového masa poklesla. Konzumace drůbežího masa se oproti tomu zdvojnásobila. Ve spotřebě ryb došlo také k mírné elevaci. Významné navýšení je nyní oproti minulým rokům i v oblasti konzumace mléčných výrobků. Ovšem poptávka po ovoci a zelenině stoupla jen o pětinu, z řad ovoce se těší oblibě dnes již dobře dostupné tropické ovoce. Velkým trendem se stala i náhrada brambor rýží, především jako příloha k hlavním jídlům (MATOULEK a kol., 2014).

Významným rizikovým faktorem ve vztahu k obezitě bylo nahrazení vody sladkými limonádami do pitného režimu. Současně je v ČR velkým problémem konzumace alkoholu piva, vína a destilátů, jejichž spotřeba je alarmující. Ročně připadá na jedince bez rozdílu pohlaví nad 15 let 80 litrů čistého alkoholu. Alkoholické nápoje patří mezi vysoce energetické. (MATOULEK a kol., 2014)

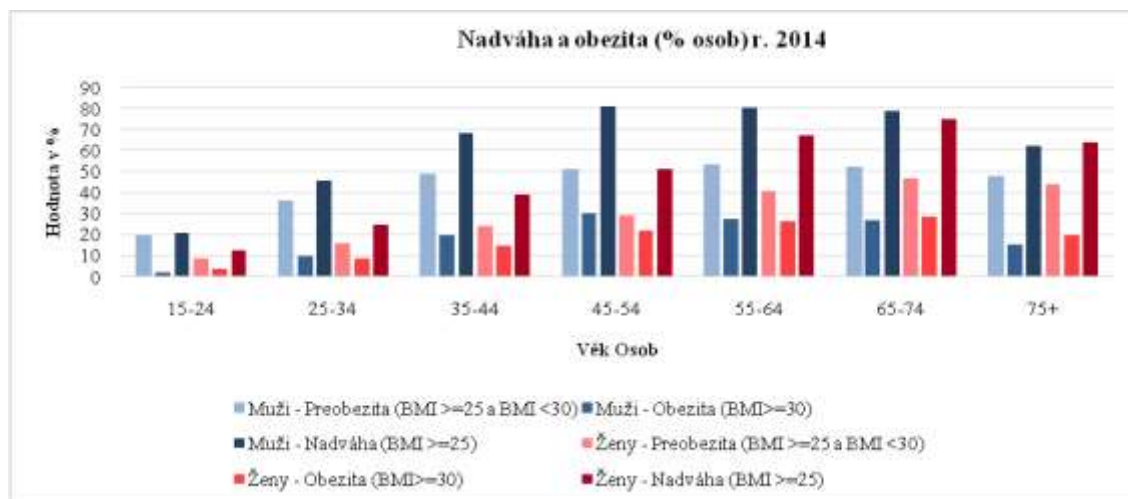
*Nakupování potravin před rokem 1989 znamenalo několik cest denně. Zásobování v jednotlivých sortimentech (maso, mléčné výrobky, ovoce a zelenina) probíhalo v určitých termínech, pokud občané chtěli mít vše potřebné, museli pravidelně docházet do řady obchodů. v rodinách byl jeden nebo žádný automobil a jednotlivé jízdy do vzdálenějších měst byly tudíž obtížné, takže si museli lidé vystačit často jen s obchody v jejich okolí, které byly z dnešního pohledu dosti chudé na pestrost nabízených potravin (<http://www.ordinace.cz>, 2006).*

V současné době obchody nabízejí široký výběr surovin na vaření a především však pochutin, nakupování velkého množství potravin je tedy běžnou praxí. Lidé jsou zvyklí jíst často ve spěchu, využívají hojně rychlých občerstvení, ty však nabízejí především smažená jídla s vysokým energetickým indexem (FRIED a kol., 2011).

Dále je procentuální nárůst obezity způsoben sedavým životním stylem. Obecně lidé nemusejí vyvíjet fyzickou aktivitu povětšinu své pracovní doby díky strojům, přepravu zajišťuje dobře propracovaná infrastruktura MHD (MATOULEK a kol., 2014).

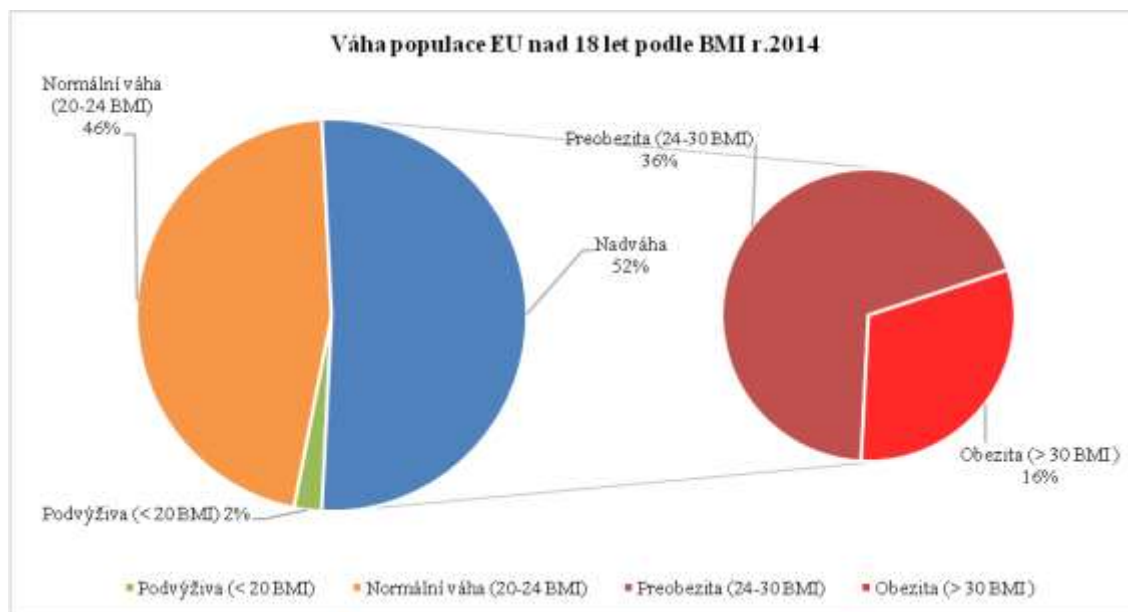
O některých lécích dnes již víme, že mohou mít na hmotnostní vzestup vliv. u většiny lidí trpících obezitou je příčinnou vzniku tohoto onemocnění energetický nepoměr mezi příjmem a výdejem, respektive omezení fyzické aktivity. Patologické přejídání ve stresových situacích hraje také důležitou roli pro rozvoj nadváhy a obezity (<http://www.obezita.cz> 2016).

**Graf 1 Prevalence obezity v ČR 2014**



Zdroj: ÚZIS 2016 [www.uzis.cz/node/7495](http://www.uzis.cz/node/7495)

**Graf 2 Váha populace EU nad 18 let podle BMI r. 2014**



Zdroj: PELTRÁM, 2016, [www.elogistika.cz](http://www.elogistika.cz)

### 1.3 VLIV GENETICKÉ PREDISPOZICE K OBEZITĚ

*Až 50 % dispozic k obezitě závisí na vrozených faktorech. u lidí a laboratorních zvířat bylo nalezeno více než 200 genů, nebo větších chromozomálních úseků, které mají vztah k obezitě (KOPEČEK a kol., s.12).*

Je však prokázáno, že je možné překonat i genetickou predispozici projevující se prvotně jako pouhý sklon k ukládání energie v podobě tukových zásob. Jedná se však o proces dlouhodobí vyžadující silnou pozitivní vnitřní motivaci (SVAČINA a kol., 2007).

## 2 DOPAD OBEZITY NA SOMATICKÉ ZDRAVÍ

*Podle WHO se obezita dělí s kouřením cigaret o 5. až 6. místo na žebříčku globálních zdravotních problémů. Kvůli negativnímu vlivu na lidský metabolismu byla nadváha uznána jako nejrozšířenější metabolické onemocnění (DOLEŽALOVÁ a kol., 2012, s. 21).*

Dělení komplikací obezity lze rozdělit do dvou základních skupin, a to na mechanické a metabolické. Tyto dvě základní skupiny vycházejí z metabolismu lidského těla nebo z mechanického.

### 2.1 KOMPLIKACE MECHANICKÉ

#### **Onemocnění kloubní.**

*Artróza je degenerativní onemocnění, vznikající na základe přetěžování velkých nosných kloubů KASALICKÝ a kol., 2011.).*

#### **Onemocnění dýchacího ústrojí.**

*Klidová dušnost, způsobená zvýšeným odporem vlastní váhy těla. Syndrom spánkové apnoe, v pokročilých případech může docházet k progredující hypoxémii a hyperkapnií (DOLEŽALOVÁ a kol., 2012, s. 22).*

#### **Chirurgické výkony.**

Obezita III stupně spolu s morbidní obezitou jsou důvodem k zařazení do ASA 3 (závažná onemocnění omezující výkonnost).

### 2.2 KOMPLIKACE METABOLICKÉ

#### **Diabetes.**

Za vznik diabetu II. typu je přímo zodpovědný tuk ukládající se v játrech a pankreatu, tento tuk způsobuje nižší citlivost na inzulin a zároveň dochází ke snížení jeho sekrece (KASALICKÝ a kol., 2011).

#### **Hypertenze.**

Velmi dlouho víme, že na vzniku hypertenze se průkazně podílí nadváha, u jedinců ve věku do 45 let života zvyšuje obezita riziko vzniku hypertenze pětinasobně (DOLEŽALOVÁ a kol., 2012).

#### **Ateroskleróza.**

Komplikace aterosklerózy a vyšší riziko jejího vzniku je jedním ze závažných dopadů obezity na lidské zdraví. Nadprodukce protizánětlivých faktorů a inzulínová rezistence urychluje rozvoj aterosklerózy (KASALICKÝ a kol., 2011).

### **Ikty.**

Zvýšená prevalence CMP u populace s nadváhou, průkazně dokázána u studie, které se zúčastnilo 200 000 čínských mužů ve věku mezi 40 až 79 let života, že BMI > 25 zvyšuje riziko CMP (DOLEŽALOVÁ a kol., 2012).

### **Nádory.**

Studie, která měla za úkol sledování více než 900 000 Američanů starších 18 let po dobu 16 let (American Cancer Prevention Study 2) zjistila, že je obezita významným rizikovým faktorem pro širokou škálu jak nádorového bujení založeného na hormonálním podkladě tak i pro velký počet jiných typů tohoto onemocnění (www.onlinelibrary.wiley.com, 2002).

### **Sterilita.**

Nadváha je jedním z činitelů, které snižují plodnost u žen, snižuje také úspěšnost metod asistované reprodukce. u žen trpících obezitou je nižší šance na vyšší počet těhotenství, dochází k elevaci počtu potratů a novorozenci se častěji rodí s některou z vývojových vad či anomálií. Popisovány jsou i frekventovanější těhotenské komplikace (www.zdravi.euro.cz, 2013).

### **Metabolický syndrom**

Současný výskyt více než 3 kritérií uvedených v Tab. 3 nazýváme metabolickým syndromem. Korelaci obezity a více orgánového postižení si jako první uvědomil Raven. Ten jako první určil kritéria, po jejichž splnění můžeme současný výskyt několika fyziologických hodnot nazvat metabolickým syndromem (KASALICKÝ a kol., 2011).

**Tab. 3 Definice metabolického syndromu 2009**

<b>Sdružení 3 a více z následujících kritérií definují metabolický syndrom</b>
zvětšený obvod pasu muži $\geq 102$ ženy $\geq 88$ (specifické pro populace a země)
zvýšené triacylglyceroly ( $\geq 1,7$ mmol/l) nebo zvýšených triacylglycerolů
snížený HDL-cholesterol $< 1,0/1,3$ mmol/l* nebo medikamentózní léčba sníženého HDL-cholesterolu
zvýšený krevní tlak (TK syst. $\geq 130$ mm Hg a/nebo TK diastol. $\geq 80$ mm Hg) nebo medikamentózní léčba již diagnostikované hypertenze
zvýšená glykemie nalačno ( $\geq 5,6$ mmol/l), nebo medikamentózní léčba hyperglykemie

Zdroj: www.zdravi.euro.cz 2010

### 3 DOPAD OBEZITY NA PSYCHICKÉ ZDRAVÍ

Společnost v České republice je tolerantní ke všem minoritám, ovšem překvapivě tomu tak není ve vztahu k lidem trpících nadváhou. Tato diskriminace je potencována faktem na první pohled zjevné odlišnosti obézních jedinců od jedinců s MBI 25 a nižším. Ve společnosti převládá názor, že lidem s nadváhou chybí dostatek sebekázně. Mnoho průzkumů dokazuje, že si děti s normální váhou vytvářejí o svých vrstevnících majících korpulentní postavu mnoho iracionálních předsudků, pokládají je za hloupé, líné, ošklivé či líné (www.cls.cz).

Srovnatelné představy panují i mezi zdravotníky přibližně 2/3 přičítá nadváhu slabé vůli a 1/3 zdravotnického personálu interpretuje obézní jedince jako líné (KASALICKÝ a kol., 2011).

Počátkem patologie v psychice obézních jedinců může být tlak vytvářený společností s dobrým úmyslem, nicméně špatně zvoleným postupem pro jedince trpících nadváhou. Proto můžeme označit toto jednání jako rizikové, z čehož vyplývá, že jedinci trpící tímto onemocněním nejsou ohroženi pro vznik onemocnění z důvodu vnitřní predispozice (DOLEŽALOVÁ a kol., 2012).

Nemocní jedinci se proto dostávají do smyčky a jsou tak utvrzeni v narušeném vnímání vlastního těla. v takovém psychickém stavu se jídlo mění v kompenzační pomůcku tzv. „emoční jídlo“.

*Emočním jídlem rozumíme kompenzační techniku, BED, u pacientů s poruchami příjmu potravy.*

- *nepříjemné emoce – stres, depresivní nálada, úzkost*
- *příjemné emoce – odměna, zvýšení míry potěšení, zklidňující rituál*
- *nuda – jídlo jako příjemný aktivní zážitek*
- *únava – energetická hodnota je vyšší, než je nutné pro obnovu energie*

(DOLEŽALOVÁ a kol., 2012, s. 85).

**Tab. 4 Průběh BED**

<b>Negativní impuls</b>	<b>Iracionální sebe-kritika</b>	<b>Zklidnění jídlem</b>	<b>Intenzivní pocit viny</b>
-neúspěch v práci -rodinné problémy -kritika okolí	-„Jsi nemožný/á“! -„Nejsem dost dobrý/á“		-sebenenávist -sebekritika -stud

Zdroj: DOLEŽALOVÁ a kol., 2012, s.84

Psychiatrické onemocnění jsou jedním z velmi závažných psychických dopadů nadváhy na lidské duševní zdraví. Mezi zástupce těchto onemocnění patří: suicidní tendence, maniodepresivní psychózy, deprese, úzkostné poruchy a sebepoškozování. Z výsledků klinické péče u pacientů, kteří podstoupili bariatrický chirurgický výkon, vyplynulo, že psychiatrickým onemocněním trpěla celá polovina pacientů. Inklinace k psychickým poruchám je ve vztahu nejen pro obezitu, ale i výše popsaný metabolický syndrom (<https://www.sportvital.cz>, 2010).



## 4 HISTORIE OBEZITY

Obezita je jedním z problémů současné doby, ale vyskytovala se v lidské populaci již od pradávna. Toto tvrzení dokazuje nález mnoha sošek po celém světě, ale i na území České republiky. Tato forma umění zobrazuje především ženy, velmi často jsou ztvárněny s obézní postavou. Odborníci v této oblasti tvrdí, že autor takového typu umění vyráběl sošky výhradně na reálném podkladě. Již Hiopokrates i Galén písemně zaznamenali výskyt nadváhy ve svých spisech. Tito vědci žili v období starověku, jejich snahou bylo porozumění nadváhy jako onemocnění a jeho léčby.

Je neuvěřitelné, že ve starověku bylo pochopení některých aspektů léčby obezity takřka totožné s dnešními principy konzervativní léčby. Léčba se tehdy skládala z omezení příjmu potravy a zvýšení fyzické aktivity.

Výzkumy ukazují na problematiku zvýšeného energetického příjmu i v období největšího rozvoje Egypta. u mumií nalezených v hrobkách chrámů bylo zjištěno, že jejich kožní řasy jednoznačně svědčí o tom, že trpěli obezitou. Tento důkaz se opírá o fakt jejich sociálního postavení jako důležitého faktoru pro vznik obezity v této době.

V období baroka je názor na obezitu obecně naprosto opačný. Korpulentní postavy žen jsou považovány za ukazatel vysokého společenského postavení a znak krásy. Proti tomuto názoru v téže době vystupují osobní lékaři Karla IV. a Václava IV., tito vzdělání lidé položili jako první skutečně vědecké základy pro nauku o prevenci nadváhy (SVAČINA, 2008).

Body Mass Index – BMI byl definován matematikem Quetelem v 19 století, který jej definoval na základě svých výzkumů, tato snaha byla iniciována nárůstem prevalence obezity v populaci. BMI se tak stal uznávaným měřítkem pro klasifikaci a posuzování obezity. Hodnoty BMI byly několikrát přehodnoceny. i po stanovení BMI jako vhodného ukazatele ideální váhy vůči výšce, zůstává váha stále hlavně záležitostí trendů vedených známými či uznávanými osobnostmi. Na základě těchto tendencí ve společnosti, dosažení vzoru krásy stanovených jedincem uznávanou osobností, podleho mnoho lidí nezdravému kultu těla v extrémních protipólech, obezity či podvýživy (KASALICKÝ a kol., 2011).

## **5 PREVENCE OBEZITY V ČR**

### **5.1 ÚVOD DO PREVENCE**

Jedním z odbornou veřejností uznávaným pojmem je prevence onemocnění. Tento typ ozdravení populace je založen na předem stanovených metodách pozitivního působení na cílovou skupinu či populaci. Většinou se jedná o programy zaměřující se na osvětu široké neodborné veřejnosti. Programy pracují s přesvědčením, že se neodborná veřejnost dopouští chyb ve stravovacích návycích z nedostatečné znalosti rizik nezdravého stravování či nezdravého životního stylu života ([www.prevence-praha.cz](http://www.prevence-praha.cz), 2010).

### **5.2 DRUHY PREVENCE**

#### **5.2.1 PRIMÁRNÍ PREVENCE**

Populace pro niž je tento druh prevence určen musí splňovat kritériu absence daného onemocnění na něž je program cílen. Základním principem primární prevence je změna postoje k problematice onemocnění nebo nežádoucího chování, rozbor mechanismu onemocnění, objasnění následků nežádoucího chování a identifikace rizikových faktorů ([www.prevence-praha.cz](http://www.prevence-praha.cz), 2010).

#### **5.2.2 SEKUNDÁRNÍ PREVENCE**

Sekundární prevence má za úkol zmírnit následky způsobené onemocněním na lidský organismus. Vybranou skupinu tvoří jedinci ve stadiu nejlehčí klinické manifestace onemocnění. Mimo body uvedené v prevenci primární do této prevence spadají preventivní prohlídky u specialistů na daný druh onemocnění a screeningová vyšetření ([www.med.muni.cz](http://www.med.muni.cz), 2017).

#### **5.2.3 TERCIÁLNÍ PREVENCE**

Cílem terciární prevence je omezení progrese onemocnění, v jehož důsledku by mohlo dojít ke ztrátě plné soběstačnosti a značnému snížení kvality života. Tato prevence se soustřeďuje na pacienty v klinicky závažném stádiu onemocnění. Snahou této prevence je rehabilitace zdraví postiženého do stavu před vypuknutím nemoci ([www.wikiskripta.eu](http://www.wikiskripta.eu), 2016).

## **5.3 AKTUÁLNÍ PROGRAMY PŮSOBÍCÍ V ČR PROTI OBEZITĚ**

### **5.3.1 SPRÁVNÁ VÝŽIVA A STRAVOVACÍ NÁVYKY POPULACE NA OBDOBÍ 2015–2020**

Správná výživa a stravovací návyky populace na období 2015–2020 je sofistikovaný program zabývající se možnostmi snížení prevalence obézních jedinců v naší společnosti. Řešení alarmujícího počtu nemocných trpících nadváhou či obezitou je dlouhodobý proces vyžadující úsilí na mnoha úrovních a v mnoha sférách společnosti.

Program se zaměřuje: na dozor nad stravováním žáků základních škol a skladbu této stravy, zvýšení dostupnosti odborné péče v problematice obezity, zvyšování kvalifikace specialistů zabývajících se problematikou nadváhy, nesystematického proplácení bariatrických výkonů u pacientů k nim indikovaných, prodloužení střední délky života bez onemocnění, umožnění chování chránící populaci před váhovým nárůstem, vládní regulaci a prosazování potravin žádoucích na český trh ([www.mzcr.cz](http://www.mzcr.cz), 2017).

### **5.3.2 NÁRODNÍHO PROGRAMU ZDRAVÍ 2020 – NÁRODNÍ STRATEGIE OCHRANY A PODPORY ZDRAVÍ A PREVENCE NEMOCÍ**

Je rovněž nástrojem pro implementaci programu WHO Zdraví 2020, který byl schválen 62. zasedáním Regionálního výboru Světové zdravotnické organizace pro Evropu v září 2012.

Byl schválen výborem WHO pro Evropu roku 2012, metodou řešení epidemie obezity je rozvoj veřejného zdraví v ČR souhrnem opatření, která by měla mít za důsledek podporu systému prevence a vytvoření dlouhodobě udržitelných programů na podporu zdraví projevující se prodloužení délky života obyvatelstva ČR ve zdraví ([www.mzcr.cz](http://www.mzcr.cz), 2017)

### **5.3.3 EVROPSKÝ DEN OBEZITY**

Dne 22. 5. 2009 byl 22. Květen vyhlášen jako Evropský den proti obezitě, jako nezávislá evropská iniciativa zabývající se podporou společnosti v boji s nadváhou a obezitou. Jejich stěžejní bod je uvědomění si, že obezita patří mezi celospolečenský závažný problém ([www.onko.cz](http://www.onko.cz)).

## 6 KONZERVATIVNÍ LÉČBA OBEZITY

Pro úbytek váhy a tím i snížení pravděpodobnosti komplikací s nadváhou je zapotřebí dlouhodobé úsilí, obzvláště při konzervativní léčbě. Před zahájením neinvazivní léčby obezity je vždy zapotřebí stanovit reálný cíl váhového úbytku. Výchozí informací pro adekvátní léčbu jsou výsledky všech vyšetření a individuální potřeby pacienta. Na stanovení terapie se podílí celý tým specialistů. K předcházení opětovného váhového přírůstku slouží pravidelné kontroly a úprava terapie (www.iscare.cz, 2017).

### 6.1 FARMAKOLOGICKÁ TERAPIE

Indikace antiobezitik je závislá na striktní dodržování redukční dieta mající BMI > 30. Jedná se o terapii kombinovanou s dalšími léčebnými metodami vedoucími k redukci hmotnosti (MATOULEK a kol., 2014).

*Antiobezitika můžeme dělit podle mechanismu působení:*

- *centrálně působící látky (noradrenergní, serotoninergní)*

Léčiva spadající do této skupiny mají více mechanismů účinku. Tlumí zvýšenou chuť k jídlu a současně, díky dráždění centrálního vegetativního systému zvyšují klidový energetický výdej. Nevýhodou léčby těmito léčivy je, že pro adrenergní účinek zvyšují srdeční frekvenci a krevní tlak (MATOULEK a kol., 2014).

- *Látky omezující vstřebávání živin (blokátory střevních lipáz).*

*Blokace vstřebávání živin pracuje na principu omezení fungování žaludeční a pankreatické lipázy, což jsou enzymy nezbytné pro degradaci tuků na glycerol a volné mastné kyseliny. Proto je cca 30 % tuku v potravě nestráveno a vyloučeno spolu se stolicí.*

- *Látky zvyšující výdej energie (termogenní farmaka).*

*Farmaka zvyšující klidový energetický výdej. S nástupem novodobých antiobezitik se od užívání termogenních farmak pro nežádoucí vedlejší účinky upustilo.*

- *Látky podobné hormonům trávicího traktu (inkretiny).*

*Tato poměrně nová skupina léčiv, se odlišuje jak způsobem podání, tak cílovou skupinou nemocných. Jedná se o podkožně podávaný lék navozující pocit plnosti. Tyto léky jsou prozatím v preskripčním omezení hrazené pouze pro diabetiky. Přesto i studie u pacientů bez diabetu prokazují pokles hmotnosti v horizontu tří měsíců a déle (MATOULEK a kol., 2014, s. 66 – 68, www.obesitynews.cz, 2017).*

## 6.2 FYZICKÁ AKTIVITA

*Pohybová aktivita hraje významnou roli v léčbě mnoha onemocnění. Není pochyb o tom, že pomáhá v léčbě a prevenci obezity, cukrovky, vysokého krevního tlaku, dyslipidémie, ischemické choroby srdeční, osteoporózy, ale i například i depresí. (www.obezita.cz, 2016)*

*Bez pohybové aktivity se organismus redukční dietě přizpůsobí, za což většinou mohou geny. Pohybová aktivita však má více efektů než jenom udržení redukčního režimu (www.obezita.cz, 2016).*

*Doporučuje se aerobní fyzická aktivita dynamického charakteru, kterou osoba provádí 4 – 5 x týdně po dobu 30 – 45 minut, navíc ke své původní fyzické aktivitě s intenzitou 60 – 70 % maximální tepové frekvence (orientačně 180 – věk) (www.stob.cz, 2014).*

## 6.3 PSYCHO – SOCIÁLNÍ TERAPIE

*Tento druh terapie se stává z kognitivně behaviorální léčby psychologem a pozitivní psychické podpory okolí.*

*Cílem kognitivně behaviorální terapie je jednak identifikovat faktory vedoucí ke vzniku obezity a dále napomoci dlouhodobému udržení poklesu hmotnosti (KASALICKÝ a kol., 2011, s. 29).*

*Základním postupem při terapii je označení krizových situací, kdy je jídlo konzumováno jako kompenzace nepříjemného prožitku a dále pak změna vztahu k jídlu spolu s vytvořením žádoucích stravovacích návyků (DOLEŽALOVÁ a kol., 2012).*

*Pacient si po určitou dobu zapisuje vše, co sní, viz. Tab. 5, spolu se stěžejními prožitky a aktivitami toho dne. Tyto záznamy pak konzultuje s psychologem, který jej vede, k rozpoznání patologických vnitřních procesů v krizových momentech života (MÜLLEROVÁ a kol., 2013).*

*Dále je pro správnou psychickou podporu ideální součinnost rodiny, přátel i kolegů. Lidé v okolí pacienta by měli být seznámeni se záměrem nemocného zhubnout a konstantně ho/ji v tomto záměru podporovat (KASALICKÝ a kol., 2011).*

*Zvláštní nároky nese změna stravovacích návyků na domácnost a všechny její účastníky, kteří by se měli přizpůsobit nastalé situaci, míněno především ve výběru připravovaných jídel, ale i potravin k tomu určených (FRIED a kol., 2011).*

**Tab. 5 Jídelní záznam**

Čas	Záznam v jakou hodinu, jak dlouho a v jakých intervalech pacient stavu konzumuje.
Skladba potravy	Příchutě, dochucovadla.
Množství	Co nejpřesnější zápis, ideálně zvážit jednotlivé složky stavy.
Místo, kde pacient/ka obvykle jí	Doma, v práci, v restauraci. (Zde můžeme vypožorovat, že některá místa vyvolávají větší potřebu konzumace jídla.)
Činnosti prováděné během jídla	Činnost vykonávanou při jídle.
Hlad	(Pacient sám označuje zda jedl s pocitem hladu nebo chuti – často se ukazuje jako prvotní impulz jiná potřeba.)
Nálada	(Pocity před a v průběhu konzumace jídla nám pomohou pochopit závislost na psychickém stavu pacienta.)

Zdroj: Martin Matoulek a kol., 2014, s. 50

## 6.4 DIETNÍ TERAPIE

Nedílnou součástí léčby je správná edukace o redukční dietě, která musí odpovídat individuálním potřebám: adekvátní energetická hodnota, omezení tuků a cukrů, úpravu poměru ovoce a zeleniny v jídelníčku a také nahrazení bílého pečiva celozrnným.

## 6.5 DEVĚT ZÁKLADNÍCH PRAVIDEL DIETNÍHO OPAŘENÍ

### 1. Pravidelnost v jídle

Několik menších porcí jídel denně ideálně 5–6 jídel denně, vždy s odstupem 3 – 4 hodin. Mezi 18 a 20 hodinnou je možné sníst poslední pokrm toho dne.

### 2. Rovnoměrné rozdělení energie

V žádném případě by se při dietním opatření stávat, že pacient pociťuje hlad. Tomuto negativnímu smyslovému prožitku by mělo předcházet racionální rozložení sacharidů tak, aby měl pacient vždy dostatek tzv. “rychlé energie“ pro své činnosti a nebyl tak dietou limitován.

### **3. Zásady racionální stravy**

Pestrost je nezbytná pro co největší motivaci pacientů k dodržování redukčních diet.

### **4. Snížení obsahu tuku**

Často se stává, že jednou z opomenutých složek stravy při stanovení redukční diety jsou živočišné tuky. Při metabolických komplikacích musíme obzvlášť trvat na radikálním snížení příjmu živočišných tuků.

### **5. Omezení, kuchyňské soli**

Přesolování jídla jeden z velmi nezdravých a hlavně zdraví škodlivých návyků které způsobují: otoky dolních končetin, poškozují ledviny, stimulují chuť k jídlu a podílí se na vzniku hypertenze.

### **6. Změna stravovacích návyků**

musí být zásadní a vázaná na komplexní psychoterapeutický přístup včetně změny způsobu života, změny trávení volného času a zvýšené fyzické aktivity.

### **7. Porušení diety**

je běžným jevem, že pacient po prvním selhání dietu přeruší, často trpí výčitkami. Má-li pacient tyto pocity, znamená to, že není ještě stabilizován ve změně svých životních návyků.

### **8. Dostatečný příjem nízkoenergetických tekutin**

2–2,5 litů tekutin denně, v tomto bodě je třeba jasně definovat druh tekutin, které by měl pacient pít.

### **9. Individuální přístup**

Tento bod musíme mít vždy na paměti, pro získání důvěry pacienta musíme vždy prokázat pochopení individuálních podmínek pro stanovení ideálního jídelníčku.

(SVAČINA a kol.).

## 7 CHIRURGICKÁ LÉČBA OBEZITY

Indikace tohoto terapeutického postupu je závislá na posouzení celého týmu (-chirurga, internisty, diabetologa, psychologa, nutričního terapeuta atd.) a v neposlední řadě na přání pacienta.

Pacientovi jsou jasně a srozumitelně vysvětleny různé možnosti léčby spolu s riziky a důsledky na jeho budoucí zdraví a životní styl (KASALICKÝ a kol., 2011)

### 7.1 INDIKACE

- *Pacient ve věku 18-60 let (indikace po 60. roce věku pacienta je nutné zvažovat individuálně, vždy musí být prokazatelně příznivý poměr rizika prospěchu operačního řešení).*
- *BMI  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup>.*
- *BMI 35-40 kg/m<sup>2</sup> s komplikacemi, u nichž je předpoklad zlepšení či vymizení zdravotních obtíží vázaných na obezitu.*
- *Elevace hmotnosti v průběhu úspěšné konzervativní léčby.*

(FRIED a kol., 2011, s. 74)

### 7.2 KONTRAINDIKACE

- *Pacient se doposud nepodrobil žádnému druhu léčby obezity pod odborným dohledem, nemá být operován dříve než po uplynutí 3-6měsíců konzervativní léčby.*
- *Nespolupráce pacienta.*
- *Dekompenzované psychické onemocnění.*
- *Abúzus alkoholu a/nebo drogové závislosti.*
- *Nemoci v dohledné době ohrožující život.*
- *Neschopnost adekvátní péče o sebe samého nebo absence rodinného či sociálního zázemí, které by takovou péči zajistilo.*

(FRIED a kol., 2011, s. 75,76)

### 7.3 TYPY BARIATRICKÝCH OPERACÍ

Malabsorpční výkony

Tento typ operačního výkonu vychází z předpokladu, že potrava, která není natrávena enzymy, nemůže být vstřebána, chirurg provede zákrok, při němž dojde ke zkrácení



části tenkého střeva, v němž se setkávají trávicí enzymy s potravou, tímto způsobem se sníží absorbování živin. (FRIED a kol., 2011).

#### Restrikční výkony

Podstatou zástupců tohoto druhu chirurgické léčby jsou zákroky, při nichž se zmenší objem žaludku tak, aby se pocit sytosti dostavoval při nižším příjmu potravy (MÜLLEROVÁ a kol., 2009).

#### Kombinované, hybridní zákroky

Jedná se o kombinaci výše zmiňovaných způsobů účinku chirurgické léčby, zmenšení objemu žaludku a zkrácení pasáže ilea ve které dochází k vstřebávání živin z potravy (DOLEŽALOVÁ a kol., 2012).

**Tab. 6 Algoritmus výběru vhodné operační intervence podle Buchwalda**

<b>Postup pro navržení optimálního bariatrického výkonu</b>	
<b>BMI:</b>	<b>Body</b>
< 40	1
40-50	2
> 50	3
<b>Věk:</b>	
< 40	-0,5
> 40	0,5
<b>Komorbidity:</b>	
nepřítomné či nezávažné	1
Přítomné - závažné	2
<b>Typ obezity</b>	
periferní	-0,5
centrální	0,5
<b>Celkem bodů:</b>	
<b>Navržený typ bariatrického výkonu podle dosažených bodů:</b>	
<b>Celkem body</b>	<b>Typ výkonu</b>
1-3	Adjustabilní gastrická bandáž/LGCP
3-5	LGCP/sleeve gastrektomie/gastrický bypass
6	BPD

Zdroj: FRIED a kol., 2011, s. 76

## 7.4 MOŽNOSTI PŘÍSTUPU DO DUTINY BŘIŠNÍ

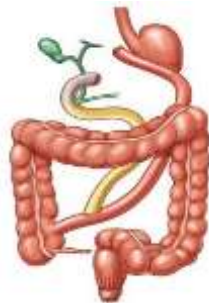
V dnešní bariatrické chirurgii je trend provádět operace na gastrointersticiálním traktu tzv. miniinvazivně, pokud není podstata chirurgického výkonu v rozporu s touto metodou (www.casopisendoskopie.cz, 2009).

## 7.5 MINIINVAZIVNÍ LAPAROSKOPICKÁ BŘIŠNÍ CHIRURGIE

Obezita byla v dřívější době uváděna jako kontraindikace pro laparoskopický typ operace. U pacientů s BMI>35 je třeba počítat se zhoršenou přehledností terénu dutiny břišní a obtížnějším operačním výkonem. Avšak pro obézní pacienty je laparoskopická operace tím nejoptimálnějším postupem z hlediska jak pooperačních komplikací, tak hojení ve srovnání s klasickým typem operací (www.projekt-endoskopie.cz, 2010).

## 7.6 BILIOPANKREATICKÁ DIVERZE

Malabsorpční výkon ovlivňují především trávení v oblasti tenkého střeva. Operací se částečně zmenší i celkový objem žaludku (a tím se omezí možnost konzumace nadměrného množství potravy najednou). Při operaci se přemostí (vynechá z procesu trávení) velká část délky tenkého střeva, takže k trávení potravy dochází až ve středních nebo ještě častěji v konečných úsecích tenkého střeva. (DOLEŽALOVÁ a kol., 2012).



Obr. 1 Biliopankreatická diverze

Zdroj: www.vstj.cz

## 7.7 GASTRICKÝ BYPPAS

Gastrický bypass patří mezi kombinované výkony. Spojuje prvky restriktce a prvky malabsorpce. Žaludek se při tomto výkonu zmenší na poměrně malý objem a dále je napojen na kličku tenkého střeva, která vede potravu. Ze zbývajících částí žaludku (která zůstává na svém místě a neodstraňuje se) pak vede druhá klička, kterou putují trávicí šťávy ze žlučníku a slinivky. Zhruba po 1,5 m délky se kličky spojí, potravu se promísí s trávicími šťávami a poté dochází k procesu vstřebávání látek. (MÜLLEROVÁ a kol., 2009).



Obr. 2 Gastrický bypass

Zdroj: [www.vstj.cz](http://www.vstj.cz)

## 7.8 ADJUSTABILNÍ GATRICKÁ BANDÁŽ

Principem je zmenšení žaludku manžetou, která rozdělí žaludek na dvě části spojené kanálem. Do první (menší) části je potrava přijímána a po jejím naplnění se pacient cítí sytý. v současné době se využívá především bandáž adjustabilní – „utažitelná“, u které je možno pooperačně utažení manžety regulovat. Utažení závisí na naplnění manžety portem uloženým podkožně v oblasti levého žebří.

Tento výkon vyžaduje maximální spolupráci pacienta, co se týče výběru potravin a dodržování velikosti porcí. Je tedy vhodný pro pacienty, kteří mají spíše hlad než chuť, mají dostatek sebekontroly pro dodržení jídelního režimu a nekonzumují velké množství ovoce a zeleniny (MÜLLEROVÁ a kol., 2009).



Obr. 3 Adjustabilní gastrická bandáž

Zdroj: [www.vstj.cz](http://www.vstj.cz)

## 7.9 TUBULARIZACE ŽALUDKU

Tento výkon omezuje množství přijímané stravy díky tomu, že je žaludek zmenšen do tvaru rukávu. Toho je docíleno odstraněním velkého zakřivení žaludku a sešitím a vytvarováním zbývající části.

Tento výkon omezuje pocit hladu také tím, že je odstraněna ta část žaludku, kde je buňkami produkován hormon ghrelin. Tento hormon mimo jiné zvyšuje chuť k jídlu, a podílí se tak na regulaci tělesné hmotnosti.

Tento typ zákroku je vhodný pro pacienty, kteří mají spíše hlad než chuť a kteří mají rádi ovoce a zeleninu, jelikož dietní režim není tak striktní jako u žaludeční bandáže (KASALICKÝ a kol., 2011).



Obr. 4 Tubularizace žaludku

Zdroj: [www.vstj.cz](http://www.vstj.cz)

### 7.10 PLIKACE ŽALUDKU

Plikace je restriktivní zákrok podobný tubulizaci, rozdílný je pouze ve způsobu provedení, velké zakřivení žaludku se neodstraní, pouze se složí a prošíje. Velké zakřivení časem atrofuje, čímž opět dochází k omezení produkce hormonu ghrelinu, a tím ke snížení pocitu hladu. Zároveň se zmenší objem žaludku a tedy i množství přijímané stravy. Požadavky na stravovací režim jsou stejné jako u tubularizace (DOLEŽAOLVÁ a kol., 2012).



Obr. 5 Plikace žaludku

Zdroj: [www.vstj.cz](http://www.vstj.cz)

### 7.11 VÝHODY PLIKACE ŽALUDKU

- miniinvazivní laparoskopická operace
- reverzibilní výkon
- možnost re-plikace
- rychlá rekonvalescence po výkonu
- nízké riziko pooperačních komplikací
- dlouhodobě stabilní snížení váhy

### 7.12 NEVÝHODY PLIKACE ŽALUDKU

- doživotní přísný dietní režim

- výkon v celkové anestézii
- silná nauzea v perioperačním období
- riziko krvácení
- možnost spontánního tzv. „rozpletení plikace“

(KASALICKÝ a kol., 2011)

## 8 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S PLIKACÍ ŽALUDKU

Pacient, který byl dne 27. 2. 2017 přijat na OB kliniku (Pod Krejčárkem 975, Praha 3 130 00) k plánovanému výkonu byl muž ve věku 46 let. Pacient byl přijat přes interní ambulanci v 6:45, zde mu sestra odebrala kontrolní vzorek krve, změřila fyziologické funkce a byl vyšetřen interním lékařem, chirurgem a anesteziologem se kterým podepsal souhlas s celkovou anestézií a typem chirurgického výkonu. Poté byl sestrou sloužící na ambulanci předán spolu se zdravotní dokumentací na lůžkové oddělení, kde byl sloužící sestrou dle ordinace lékaře připraven k výkonu. Ošetřovatelská péče byla zpracována od přeložení pacienta na lůžkové oddělení kliniky z jednotky intenzivní péče po operaci až doby jeho propuštění z kliniky. K hodnocení zdravotního stavu byly použity informace z ošetřovatelské a lékařské dokumentace, fyzikálního vyšetření, rozhovoru a pozorování pacienta. Informace z výše uvedených zdrojů byly dále zpracovány podle modelu Marjory Gordon a použity v ošetřovatelském procesu ke stanovení ošetřovatelských diagnóz dle NANDA INTERNATIONAL, 2015. Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2015-2017.

### 8.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

**Tab. 7** Identifikační údaje

Jméno a příjmení: F. L.	Pohlaví: muž
Datum narození:	Věk: 46
RČ: 71XXXXXXXX	Číslo pojišťovny: 111
Vzdělání: Střední odborná škola (údržbář)	Zaměstnání: řidič autobusu
Stav: ženatý	Státní příslušnost: ČR
Datum přijetí:	Typ přijetí: plánovaný

Zdroj: lékařská dokumentace

Údaje v Tab. 7 byly odebrány v rámci anamnézy v ambulanci. Identifikační údaje v této práci byly pozměněny tak aby nebyla možná identifikace pacienta a nedošlo tím k porušení zákona o nakládání s citlivými údaji. Tato změna identifikačních údajů neměla žádný vliv na zpracování praktické části bakalářské práce.

Důvod přijetí udávaný pacientem

„Půjdu na zmenšení žaludku. Snažil jsem se zhubnout sám. Dokonce jsem byl v Motele kde mě říkali jak zhubnout, zhubl jsem asi 8 kilo a pak jsem to zase nabral.“

Medicínská hlavní diagnóza

- Obezita mužského typu, pacient přijat k plikaci žaludku.

Medicínské diagnózy vedlejší

- Arteriální hypertenze
- Dyslipidémie na statinech
- Porucha glukózové tolerance
- Nealkoholická steatohepatitida
- Nikotinismus

## 8.2 NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ

Pacient přichází se zájmem o redukci hmotnosti, o operaci již uvažoval hlavně z důvodu bolesti zad dle škály bolesti VAS < 2, operace doporučena po redukci váhy, doporučeno z fakultní nemocnice Motol.

**Tab. 8 Hodnoty fyziologických funkcí**

<b>TK:</b> 136/82 mmHg	<b>Výška:</b> 178 cm
<b>P:</b> 80/min	<b>Váha:</b> 145 kg
<b>D:</b> 19/min	<b>BMI:</b> 45,92
<b>TT:</b> 36,5°C	<b>Pohyblivost:</b> plně soběstačný
<b>Stav vědomí:</b> plně při vědomí, orientován všemi směry.	<b>Krevní skupina:</b> o Rh pozitivní

Zdroj: lékařská dokumentace

Hodnoty fyziologických funkcí uvedené v Tab. 8 byly změřeny v interní ambulanci. Tyto hodnoty jsou ve fyziologickém rozmezí vyjma BMI, které je 45,92 (vysoký stupeň obezity).

## 8.3 ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza

- Matka – nadváha, zemřela, neví na co
- Otec – nadváha, hypertenze, zemřel na karcinom plic,

- Bratr – obézní

## Farmakologická anamnéza

**Tab. 9 Chronická medikace**

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Indikační skupina
Triplixam	tbl.	2,5 mg/0,625 mg/5 mg	1 - 0 - 1	Antihypertenzivum
Amedo 20	tbl.	20 mg	1 - 0 - 1	Hypolipidemikum

Zdroj: lékařská dokumentace

## Alergologická anamnéza

- Léčiva: neguje
- Potraviny: neguje
- Chemické látky: neguje

## Abúzus:

- Alkohol: výjimečně
- Kouření: 20 cigaret denně
- Káva: 1 denně
- Léky a jiné návykové látky: neudává

## Urologická anamnéza:

- Překonaná urologická onemocnění: žádná neuvádí
- Samovyšetření varlat: neprovádí
- Poslední návštěva u urologa: prozatím nikdy nebyl

## Sociální anamnéza:

- Stav: ženatý
- Bytové podmínky: žije s manželkou na ubytovně
- Vztahy, role, interakce: pacient udává, že rodinné vztahy jsou v pořádku, bez hádek. Ze strany manželky má velkou podporu. Na pracovišti s kolegy vychází dobře. Sebe označuje za společenského a v kolektivu oblíbeného.
- Záliby: z důvodu bolestí zad udává, že se nerad vystavuje aktivitám s nutností větší fyzické aktivity, to znamená sledování televize.
- Volnočasové aktivity: s manželkou rádi sledují své oblíbené televizní seriály.

## Pracovní anamnéza:

- Vzdělání: středoškolské, bez maturity, obor údržbář.
- Pracovní zařazení: v současnosti pracuje jako řidič autobusu.

## Spirit anamnéza:

- Nikdy se hlouběji nezabýval přemýšlením o bohu. Označuje sám sebe za ateistu.



## 9 MEDICÍNSKÝ MANAGMENT DNE 27. 2. 2017

Pacientovi je rozepsána medikace při překladu na jednotku intenzivní a dále se tímto rozpisem řídí sestra sloužící jak na jednotce intenzivní péče tak sestra na standardním oddělení, pokud lékař nerozhodne o změně.

Dieta:

- Cucat ledy nejdříve 12 hodin po operaci.

Kategorie léčby:

- 1 plná léčba

Rehabilitace:

- Za 2–4 hodiny sed, vertikalizme poté dle celkového stavu chůze, dechová gymnastika.

Invazivní vstupy:

- PŽK G22, cubita PHK, převaz á 24 hodin, dezinfekce Cutasept F, sterilní krytí Curapor.

Vitální funkce:

- TK a P á 3 hodiny, saturace nad 95 % SpO<sub>2</sub>, v případě hodnot pod 95 % SpO<sub>2</sub> informujte lékaře.

Bilance:

- Nesledováno, pouze zápis první spontánní mikce nejpozději 8 hodin po přeložení pacienta na jednotku intenzivní péče.

Medikace:

Per os:

- Nic per os.

I. V.:

- Ondasetron 4 mg ve 100 ml F1/1, aplikovat po dobu 30 minut, á 6 hodin.
- Torecan 10 mg ve 20 ml F1/1, aplikovat bolusem při nevolnosti, maximálně á 8 hodin.
- Analgin, 5 ml = 1 ampule ve 100 ml F1/1, aplikovat po dobu 30 minut, á 6 hodin.
- Helicid 40 mg ve 100 ml F1/1, aplikovat po dobu 20 minut, á 12 hodin.
- Ambrobene 1 ampule ve 20 ml F1/1, aplikovat bolusem, zítra 1-1-0.

➤ R1/1 500 ml + 10ml 10% MgSO<sub>4</sub> + 1 ampule Syntophylin, aplikovat po dobu 60 minut zítra 6:00.

➤ R1/1 500 ml, aplikovat po dobu 60 minut, zítra 7:00.

I. M.:

➤ Dipidolor 1 ampule aplikovat pravidelně, á 6-8 hodin.

S. C.:

➤ Fraxiparine multi 0,3 ml á 24 hodin.

Inhalace:

➤ Berodual 2ml + F1/1 2ml

Ordinovaná laboratorní vyšetření krve

➤ Krevní obraz, koagulace, biochemie

**Tab. 10 Výsledek krevního vyšetření**

<b>Vyšetřované parametry</b>	<b>Zkratka</b>	<b>Hodnoty pacienta</b>	<b>Fyziologické rozmezí</b>
Sodík	Na	141 mmol/l	137-146 mmol/l
Kalcium	K	4,3 mmol/l	3,8-5,0 mmol/l
Chlór	Cl	104 mmol/l	97-108 mmol/l
Močovina	UREA	5,0 mmol/l	2,8-8,0 mmol/l
Kreatinin	Krea	91 µmol/l	44,0-110,0 µmol/l
Kyselina močová	KM	388 µmol/l	220-420 µmol/l
Bilirubin celkový	BILT	16,3 µmol/l	2,0-17,0 µmol/l
Alaninaminotransferáza	ALT	0,57 µkat/l	0,10-0,78 µkat/l
Aspartátaminotransferáza	AST	0,38 µkat/l	0,10-0,72 µkat/l
Alkalická fosfatáza celková	ALP	0,97 µkat/l	0,66-2,2 µkat/l
Gama-glutamyltransferáza	GGT	0,54 µkat/l	0,14-0,84 µkat/l
Cholesterol celkový	CHOL	3,29 mmol/l	2,90-5,20 mmol/l
Cholesterol-HDL	HDL	1,75 mmol/l	1,0-2,1 mmol/l
Cholesterol-LDL	LDL	1,49 mmol/l	1,20-3,00 mmol/l

Triacylglyceroly	TAG	2,33 mmol/l	0,45-1,70 mmol/l
Index aterogenity	IA	3,4	0-4,2
Tyroxin volný	FT4	13,8 pmol/l	11,5-22,7 pmol/l
Tyreotropin	TSH	0,88 mIU/l	0,5-4,9 mIU/l
Glukóza	Glu	6,9 mmol/l	3,9-5,6 mmol/l
Quickův test (protrombinový čas)	PT	1,72 INR	0,8-1,2 INR
Aktivovaný parciální tromboplastinový čas	Aptt	32,6 sec.	25,9-40 sec.
Erytrocyty	RBC	4,8 x 10 <sup>12</sup> /l	4,0-5,3 x 10 <sup>12</sup> /l
Hemoglobin	HGB	145 g/l	135-175 g/l
Hematokrit	HCT	0,47	0,40-0,54
Střední objem erytrocytu	MCV	30 pg	27-32 pg
Střední koncentrace hemoglobinu v erytrocytu	MCH	350 g/l	320-370 g/l
Střední koncentrace hemoglobinu v erytrocytu	MCHC	0,008	0,005-0,015
Trombocyty	PLT	290 x 10 <sup>9</sup> /l	150-350 x 10 <sup>9</sup> /l
Leukocyty	WBC	6 x 10 <sup>9</sup> /l	3,8-10 x 10 <sup>9</sup> /l

Zdroj: <http://laboratore.vfn.cz>

Hodnoty uvedené v Tab. 10 jsou ve fyziologickém rozmezí, pacient byl schopen výkonu v celkové anestézii. Tyto výsledky byly vyhotoveny z krevního vzorku odebraného sestrou sloužící na interní ambulance. Nebyly nijak ovlivněny, pacient byl na lačno.

## 10 POSOUZENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU PACIENTA ZE DNE 27. 2. 2017

Informace uvedené v posouzení zdravotního stavu pacienta jsou kombinací fyzikálního vyšetření sestrou, rozhovoru se sestrou a dat v lékařské dokumentaci. Toto posouzení proběhlo v odpoledních hodinách po přeložení pacienta z jednotky intenzivní péče.

### HLAVA a KRK

- **Subjektivně:** „V krku mě bolí jen při angíně. Hlava mě bolí, jen když málo piju, občas na to zapomínám.“
- **Objektivně:** Lebka bez fenoménů, poklepově nebolestivá, průšňí žlázy nezvětšeny, spojivky růžové, bulby ve středním postavení, skléry anikterické, zornice izokorické fotosenzitivní, oči, nos i uši bez výtoku, jazyk růžový plazící se středem, chrup s četnými defekty nebo chybějící, nebolestivý, štítná žláza a krční uzliny nehmatné, náplň krčních žil v pořádku.

### HRUDNÍK a DÝCHACÍ CESTY

- **Subjektivně:** „Při větší námaze se zadýchám, myslel jsem si, že je to kvůli kouření, ale prý je to, protože mám nadváhu.“
- **Objektivně:** Hrudník symetrický. Poklep na plíce plný, dýchání s drobnými vrzoty, pískoty. Počet dechů 21/minuta.

### SRDCE a CÉVNÍ SYSTÉM

- **Subjektivně:** „Beru prášky na tlak, až zhubnu, možná se to srovná a brát je už nebudu muset.“
- **Objektivně:** Akce srdeční je pravidelná 78/minuta, dobře hmatná na obou horních končetinách, periferie teplé, dobře prokrvené, dolní končetiny bez zjevného městnání.

### BŘICHO a GASTROINTERSTINÁLNÍ TRAKT

- **Subjektivně:** „Pan doktor říkal, že mám hodně toho tuku v břiše, břicho mi hodně překáží při řízení. Jím nepravidelně, můžu jíst, jen když mám někde prodlevu v točně.“
- **Objektivně:** Břicho pro vysoký stupeň obezity prakticky nelze vyšetřit pohmatem, nebolestivé, poslechově dobře slyšitelná peristaltika, plyny odcházejí. Defekace naposledy dnes ráno doma.

### VYLUČOVACÍ SYSTÉM

- **Subjektivně:** „S močením nemám problém, na urologii jsem nikdy nebyl, ale občas nestíhám nebo zapomenu pít.“
- **Objektivně:** Tapotement negativní, hydratace nepravidelná, moč nyní světle žlutá bez příměsí.

#### POHYBOVÝ APARÁT

- **Subjektivně:** „Hodně mě bolí záda ale to jen když dlouho chodím v práci skoro vůbec.“
- **Objektivně:** Končetiny bez omezení pohybu, otoků, při zvýšené námaze bolest zad, dle numerické škály VAS 2.

#### NERVOVÝ SYSTÉM

- **Subjektivně:** „Vím, kde jsem, vždyť jsem sem přijel, jsem na OB klinice a dneska je 27. 2. 2017.“
- **Objektivně:** Orientován všemi směry, spolupracující, klidný, cítí, zrak, sluch v pořádku.

#### IMUNOLOGICKÝ SYSTÉM

- **Subjektivně:** „Žádné alergie nemám a nemocný jsem nikdy moc nebýval.“
- **Objektivně:** Dle laboratorních výsledků je pacient bez zjevné imunodeficiency.

#### KŮŽE a JEJÍ ADNEXA

- **Subjektivně:** „Na břicho mám trochu strije a taky mám tvrdé paty, musím si je škrábat, jednou mi ta pata praskla a dost to bolelo.“
- **Objektivně:** Kožní turgor přiměřený

## **11 UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE MARGORY GORDON**

Toto posouzení proběhlo v odpoledních hodinách po přeložení pacienta z jednotky intenzivní péče.

### **PODPORA ZDRAVÍ**

Pacient uvádí, že za posledních několik let se jeho kvalita života zhoršila, z důvodu bolesti zad se nemůže věnovat manželce, procházky či jiné aktivity vyžadující zvýšenou tělesnou aktivitu jsou pro něj příliš vyčerpávající, proto se na základě doporučení své praktické lékařky obrátil na obezitologii ve fakultní nemocnici Motol. Doporučení lékařů dodržuje v rámci možností s přihlédnutím na pracovní režim. Stravovací návyky jsou pravidelné, ale energeticky nevyvážené. Se zaměstnavatelem je již dohodnut na změně pracovního režimu tak aby mohl dodržovat dietní opatření po operaci. Výjimečně vypije asi 2dcl vína. Denně vykouří 20 cigaret, prozatím přestat nechce kvůli zvládnutí stresu. v dětství prodělal běžná dětská onemocnění a podstoupil povinná očkování. Pro dislipidémii a hypertenzi je dispenzarizován jednou za 6 měsíců u svého praktického lékaře.

### **POUŽITÁ TECHNIKA**

Rozhovor.

### **OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM**

Nevyvážený energetický příjem, nikotinismus, chronická bolest, nedostatek vhodné pohybové aktivity.

### **VÝŽIVA a METABOLISMUS**

Stav výživy pacienta je nadměrný typický pro těžkou obezitu. Nadváhou trpěl již v dětství, ale zdravotní obtíže s ní spojené pociťuje až v posledních dvou letech. Nevyšší hmotnosti dosáhnul v květnu 2006, 152kg, kdy mu bylo doporučeno vyšetření na obezitologii ve fakultní nemocnici Motol. Zde byla váha redukována na 145kg a dále byla doporučena chirurgická léčba na OB klinice.

Pacient uvádí, že největší porce jídla konzumuje až ve večerních hodinách z důvodu hladu. v anamnéze je toto jídelní stravování hodnoceno noční přejídání.

Denní příjem potravy rozděluje do 4 porcí, snídaně, odpolední svačina, první večeře a druhá večeře. v posledních 3 měsících se snažil na základě doporučení nutričních terapeutů vybírat zdravější potraviny, jako rostlinný olej, kuřecí a rybí maso, zařadil i více zeleniny a ovoce. Pacient denně vypije jednu kávu a 1-2 litry tekutin převážně džusy nebo ovocné šťávy.

#### POUŽITÁ TECHNIKA

BMI: 45,92 – obezita III. stupně, sliznice hydratované, kožní turgor přiměřený, hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové: 30 bodů.

#### OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM

Obezita, nepravidelný příjem stravy, chybný pitný režim

#### VYLUČOVÁNÍ a VÝMĚNA

Pacient uvedl, že nemá obtíže s defekací, defekace je pravidelná většinou jednou denně, ráno. Močení je nebolestivé, bez fenoménů, četnost v závislosti na aktuálním příjmu tekutin. Aktuálně sledování bilance neordinováno, pouze zápis první spontánní mikce.

#### POUŽITÁ TECHNIKA

Rozhovor.

#### OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM

Monitoring případné retence moče.

#### AKTIVITA / ODPOČINEK

Jakákoli aktivita obnášející delší chůzi je tázaným pro bolest zad negována. Pacient plně soběstačný ve všech běžných denních úkonech, nespavostí netrpí či jinou poruchou spánku, denně spí přibližně 8 hodin, budí se však často unavený. Spánková apnoe diagnostikována nebyla.

#### POUŽITÁ TECHNIKA

Bartelové test základních všedních činností: 100 bodů plně nezávislý.

#### OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM

Neefektivní spánkové zvyklosti.

#### PERCEPCE/KOGNICE

Pacient je při vědomí, orientován všem směry, odpovědi na otázky jsou přiléhavé. Smyslové vnímání bez nutnosti korekce kompenzačními pomůckami, reakční doba v normě. Paměť nenarušena.

#### POUŽITÁ TECHNIKA

Rozhovor.

#### OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM

Percepce nenarušena ani kognice.

#### SEBEPERCEPCE

Pacient se nazývá realistou, ví, že pokud se bude snažit, může zhubnout. v nynější situaci jej nejvíce trápí bolesti zad. Není se sebou nespokojený, ale rád by se cítil lépe

## POUŽITÁ TECHNIKA

Rozhovor.

## OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM

Sebepercepce nenarušena.

## VZTAHY MEZI ROLEMI

Pacient žije s manželkou, v harmonickém vztahu, která jej podporuje ve snaze zhubnout. v kolektivu na pracovišti jsou vztahy přátelské. S rodinou se pacient příliš často nestýká, ale nevnímá narušení rodinných vztahů.

## POUŽITÁ TECHNIKA

Rozhovor

## OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM

Pacient nemá v této oblasti problémy.

## SEXUALITA

Pacient nikdy neprodělal žádnou pohlavně přenosnou nemoc ani netrpí poruchami erekce či ztrátou chuti k sexu. Samovyšetření varlat nikdy neprováděl ani neví, jak by to měl dělat, ale zmínil se, že jeho praktická lékařka mu varlata při pravidelných preventivních prohlídkách vyšetřuje.

## POUŽITÁ TECHNIKA

Rozhovor.

## OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM

Sexualita pacienta není obezitou narušena.

## ZVLÁDÁNÍ/TOLERANCE ZÁTĚŽE

Pacient se vyrovnává se zátěží díky cigaretám: „Když jsem ve stresu tak víc kouřím“. Obavami trpí stran pooperačního režimu, bojí se, že když nebude správně dodržovat léčebný režim, nezhubne nebo by si mohl ublížit.

## POUŽITÁ TECHNIKA

Rozhovor.

## OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM

Obavy, patologická technika zvládání stresu.

## ŽIVOTNÍ PRINCIPY

O vyšších hodnotách ve smyslu Boha pacient příliš nepřemýšlel. Momentálně by chtěl zlepšit svůj zdravotní stav.

## POUŽITÁ TECHNIKA

Rozhovor.



## OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM

Tato oblast je již plně zapracována v pacientově změně životního stylu.

### **BEZPEČNOST a OCHRANA**

Pacient se nachází v cizím prostředí krátce po celkové anestezii, bodové ohodnocení rizika pádu 3 body, proto je vyhodnocen jako rizikový pro možný pád z lůžka a podobně. Vzhledem k náročnosti operačního výkonu a krátké době po extubaci, může být pacient ohrožen, nestabilním TK a hyposaturací. u všech invazivních vstupů se musí kontrolovat jejich poloha funkčnost a okolí pro možnou infekci, ošetřeny jsou dle potřeby či zvyklostí oddělení. Operační rána se musí v pravidelných intervalech převazovat a kontrolovat, podle zvyklostí oddělení a dle potřeby, pro možné krvácení nebo infekci.

#### POUŽITÁ TECHNIKA

Měření fyziologických funkcí, hodnocení rizika pádu, kontrola místa vpichu PŽK, kontrola operační rány

## OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM

Riziko pádů, riziko infekce, riziko krvácení, riziko hyposaturace

### **KOMFORT**

Pacient trpí chronickou bolestí zad zjevné etiologie obezity. Tato bolest se pohybuje v rozmezí VAS 1 – 4 v závislosti na činnosti, bolest pacient odmítá léčit, jako důvod uvádí: „Nechci brát další prášky, nejvíc to bolí, když dlouho chodím nebo stojím, když moc nechodím tak se to dá vydržet.“

#### POUŽITÁ TECHNIKA

Vizuální analogová stupnice VAS (0 – 10)

## OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM

Chronická bolest zad.

### **RŮST a VÝVOJ**

Z pozorování nejsou zjevné vývojové anomálie. Lékařská dokumentace neobsahuje záznam o fyziognomických či psychosociálních vadách.

#### POUŽITÁ TECHNIKA

Pozorování, lékařská dokumentace, psychologická dokumentace.

## OŠETŘOVATELSKÝ PROBLÉM

Růst v dětství a dospívání proběhl fyziologicky a vývoj postupuje v normách dle vývojové psychologie.

Díky utřídění informací dle Margory Gordon byly zjištěny tyto více či méně závažné ošetrovatelské problémy: kouření, neznalost léčebného režimu, narušený spánek, špatný stav dentice, bolest, nedostatek fyzických aktivit, riziko infekce, riziko pádů, riziko aspirace, riziko nauzei či zvracení.

Tyto ošetrovatelské problémy budou dále klasifikovány a zapracovány do stanovených ošetrovatelských diagnóz.

## 12 SITUAČNÍ ANALÝZA 27. 2. 2017

Pacient ve věku 46 let, přichází dne 27. 2. 2017 v 6:45 na OB kliniku (Pod Krejčárkem 975, Praha 3 130 00) k plánovanému výkonu, plikace žaludku.

Na standartní lůžkové oddělení je pacient přeložen v 13:05. Předávající sestra udělá zápis do dokumentace a tyto informace zopakuje ústně přebírající sestře: „Pacient je tlakově i oběhově stabilní, při vědomí, analgezie dostačující, bez nevolnosti či zvracení. První ordinace podána v 12:00, další ordinace dle vizity pokud lékař neurčí jinak.“

Pacientovi jsou bezprostředně po přeložení přeměřeny fyziologické funkce: TK: 140/92, P: 90, D: 24, saturace: SpO<sub>2</sub>: 96 %, zhodnocen stav vědomí GCS: 15, kontrola operačního pole: operační rány jsou nekrvácející, okolí bez hematomů, kontrola elastic- kých punčoch: punčochy překrývají všechny prsty a sahají až do třísel, nohy jsou nebo- lestivé a dobře prokrvené, bolest, její intenzita, charakter a směr, VAS 3 v oblasti celého břicha. Pacient je při vědomí orientován všemi směry.

Další kontrola fyziologických funkcí, operační rány, bolesti a stavu vědomí á 3 ho- diny. Ordinace kontinuálně podávány dle vizity.

Pacient je poučen o signalizačních znameních, která jsou v jeho dosahu. Ošetřující sestra pacienta edukuje o riziku pádů a důrazně jej upozorní, že musí první vertikalizaci provádět za její dopomoci, pokud neurčí jinak. Ošetřující sestra si ověří, že pacient ro- zumí léčebnému režimu.

## 13 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ

Ošetřovatelské diagnózy jsou stanoveny z pohledu aktuálních a potenciálních dle NANDA INTERNATIONAL, 2015. Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2015-2017.

Pro správné stanovení ošetřovatelských diagnóz byl použit vstupní test (Tab. 11) skládající se z otázek zaměřených na znalost léčebného režimu a případných pooperačních komplikací. Při hodnocení tohoto testu byla zjištěna neznalost pooperačního léčebného režimu.

**Tab. 11 Vstupní test znalostí**

Otázky	Ano/Ne
Víte jak postupovat při zhoršení vašeho zdravotního stavu po plikaci žaludku.	Ne
Znáte zásady redukční diety?	Ne
Myslíte si, že znáte fáze jídelníčku, které po propuštění z kliniky musíte dodržovat?	Ne
Víte jaké množství potravy a konzistence můžete v jednotlivých fázích najednou skonzumovat?	Ne
Víte jaké množství tekutin a druhy můžete v jednotlivých fázích najednou vypít?	Ne
Jste schopen se bez obtíží orientovat v edukačních materiálech vydaných týmem OB kliniky?	Ne

Zdroj: Rozhovor s pacientem

### **Aktuální ošetřovatelské diagnózy**

#### **Snaha zlepšit spánek (00165)**

Doména 4: Aktivita/odpočinek.

Třída 1: Spánek/odpočinek.

*Definice: Vzorec přirozeného, periodického narušení relativního vědomí za účelem odpočinku a zachování požadovaného životního stylu, který lze posílit.*

#### **Sedavý způsob života (00168)**

Doména 1: Podpora zdraví.

Třída 2: Uvědomování si zdraví.

*Definice: Uvádí životní návyk charakterizovaný nízkou úrovní fyzické aktivity.*

### **Nedostatečné znalosti (00126)**

Doména 5: Percepce/kognice.

Třída 4: Kognice.

*Definice: Absence nebo nedostatek kognitivních informací souvisejících s konkrétním tématem.*

### **Poškozená dentice (00048)**

Doména 11: Bezpečnost /ochrana.

Třída 2: Tělesné poškození.

*Definice: Porucha vývoje zubů/vzorců prořezávání nebo pevnosti jednotlivých zubů.*

### **Akutní bolest (00132)**

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

*Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z akutního nebo potenciálního poškození tkáně nebo popsany pomocí termínů pro taková poškození (Mezinárodní asociace pro stadium bolesti), náhlý nebo postupný nástup libovolné intensity od mírné po silnou, s očekávaným nebo předvídatelným koncem.*

## **Potenciální ošetřovatelské diagnózy**

### **Riziko sníženého objemu tekutin v organismu (00028)**

Doména 2: Výživa.

Třída 5: Hydratace.

*Definice: Náhlynost ke snížení objemu intravaskulární, intersticiální nebo intracelulárních tekutin, která může vést k oslabení zdraví.*

### **Neefektivní zvládnání zátěže (00069)**

Doména 9: Zvládnání/tolerance zátěže.

Třída 2: Reakce na zvládnání zátěže.

*Definice: Neschopnost souvisle formulovat stresory, zvolit adekvátní reakce a/nebo využívat dostupné zdroje.*

### **Riziko infekce (00004)**

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

*Definice: Náhylnost k napadení a množení se patogenních organismů, což může vést k oslabení zdraví.*

**Nauzea (00134)**

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

*Definice: Subjektivní nepříjemný a vlnovitý pocit v zadní části hrdla, který může nebo nemusí mít za následek zvracení.*

**Riziko pádů (00155)**

Doména 11: Bezpečnost /ochrana.

Třída 2: Tělesné poškození.

*Definice: Náhylnost k pádům, které mohou způsobit fyzickou újmu, což může ohrozit zdraví.*

**Riziko aspirace (00039)**

Doména 11: Bezpečnost/ochrana.

Třída 2: Tělesné poškození.

*Definice: Riziko proniknutí gastrointestinálních sekretů, orofaryngeálních sekretů, pevných látek nebo tekutin do tracheobronchiálních cest.*

## 14 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNOZY A PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

### **Snaha zlepšit spánek (00165)**

Doména 4: Aktivita/odpočinek.

Třída 1: Spánek/odpočinek.

Určující znaky: Vyjadřuje ochotu zlepšit spánek.

Související faktory: Pacient má zájem o možnosti zkvalitnění spánku.

Cíl krátkodobý: Pacient je po spánku lépe odpočatý – do 24 hodin.

Priorita: Střední.

Očekávané výsledky: Pocit vyšší regenerace.

Plán intervencí:

- 1) Zajistit, aby měl pacient všechny informace týkající se možnosti polohování lůžka.
- 2) Otázkami zjistit, jestli pacient správně informacím rozumím.
- 3) Edukace pacienta o manipulaci s lůžkem.
- 4) Praktický nácvik používání ovládacího panelu lůžka.
- 5) Edukace pacienta o významu spánku pro lidské zdraví.

Realizace: 27. 2. 2017

Pacient byl edukován o možnosti polohování lůžka, poté mu tato možnost byla prakticky demonstrována, dále byl pacient obeznámen o významu spánku pro lidské zdraví.

Hodnocení: 28. 2. 2017

Cíl byl splněn. Pacient umí polohovat lůžko tak aby si zvýšil komfort při usínání a spánku. Subjektivně se cítí více odpočatý, preferuje zvýšenou polohu horní poloviny těla. Tuto zkušenost považuje za pozitivní, chtěl by si tento zvyk přenést i do své domácnosti.

### **Sedavý způsob života (00168)**

Doména 1: Podpora zdraví.

Třída 2: Uvědomování si zdraví.

Určující znaky: Volí denní režim bez fyzické námahy.

Související faktory: Bolesti zad při delší chůzi.

Cíl krátkodobý: Vysvětlit význam fyzické aktivity při redukci hmotnosti. Vybrat cvičení vhodné při dorzalgi. Motivovat pacienta. – do 24 hodin.

Priorita: Nízká.

Očekávané výsledky: Pacient je motivován, vybral si alespoň jedno cvičení, které může po propuštění do domácí péče dělat.

Plán intervencí:

- 1) Edukace pacienta o významu fyzické aktivity při redukci hmotnosti.
- 2) Zjistit kolik peněz může pacient do cvičení investovat.
- 3) Nabídnout pacientovi jak aerobní tak anaerobní cvičení.
- 4) Motivovat rodinu pacienta aby se do cvičení zapojila spolu s pacientem.

Realizace: 28. 2. 2017

Pacient souhlasil, aby při edukaci byla i jeho manželka, pacient byl edukován o vhodném cvičení při bolestech zad a významu fyzické aktivity při redukci hmotnosti. Manželům z nabízených možností sportovního vyžití nejvíce vyhovovalo plavání. Rodinný rozpočet nedovoluje více než jednou týdně navštěvovat plavecký bazén. Motivace při realizaci intervencí vyplynula spontánně, na společné plavání se oba manželé těší.

Hodnocení: 28. 2. 2017

Cíl byl splněn. Pacient plně chápe, že je při redukci hmotnosti vhodné kombinovat dietu spolu s fyzickou aktivitou. Motivaci pacient má spolu s podporou manželky s výběrem cvičení je spokojen.

### **Nedostatečné znalosti (00126)**

Doména 5: Percepce/kognice.

Třída 4: Kognice.

Určující znaky: Nepřesná interpretace znalostí v testu, viz. (Tab. 11).

Související faktory: Misinterpretace informací. Neobeznámenost se zdroji informací.

Cíl krátkodobý: Pacient kladně a správně odpoví na otázky v testu znalostí, viz (Tab. 11) – do 24 hodin.

Priorita: Vysoká.

Očekávané výsledky: Pacient se orientuje v edukační brožuře OB kliniky, zná fáze dietního opatření po operaci. Ví jak se zachovat při zdravotních komplikacích po operaci. Umí vyhledávat informace o svém onemocnění a ví jak je realizovat v každodenním životě.

Plán intervencí:



- 1) Vstupní test znalostí.
- 2) Edukace pacienta na téma dietní fáze po operaci.
- 3) Edukace pacienta o pohotovostním čísle na OB kliniku.

Realizace: 27. - 28. 2. 2017

Pacient vyplnil test znalostí, tento test odhalil velké nedostatky ve znalostech pacienta, byl edukován o dietních fázích po operaci a pohotovostním čísle na OB kliniku

Hodnocení: 28. 2. 2017

Cíl byl splněn. Při edukaci pacient plně spolupracoval, informacím rozumí, umí je zařadit do každodenního života a ví jak se orientovat v brožuře o pooperačním režimu orientovat.

### **Poškozená dentice (00048)**

Doména 11: Bezpečnost /ochrana.

Třída 2: Tělesné poškození.

Určující znaky: Absence zubů. Eroze zubní skloviny.

Související faktory: Chronické užívání tabáku. Nedostatek znalostí v péči zdraví zubů.

Cíl krátkodobý: Pochopení významu péče o dentici a její náhradu. – do 24 hodin.

Cíl dlouhodobý: Vyhledání odborné péče. – do 1 měsíce.

Priorita: nízká

Očekávané výsledky: Pacient chápe základní pravidla péče o dentici.

Plán intervencí:

- 1) Edukace pacienta o výhodách zubních náhrad.
- 2) Pacient si sjedná návštěvu u zubního lékaře.

Realizace: 28. 2. 2017

Pacient byl edukován o základních pravidlech péče o dentici a byla mu nabídnuta rada kde hledat kontakty na zubního lékaře.

Hodnocení: 28. 2. 2017

Cíl byl splněn částečně. Pacient byl edukován o základních pravidlech péče o dentici, tyto pravidla chápe, přislíbil, kontaktovat na zubního lékaře, ale zatím ta neučinil.

### **Akutní bolest (00132)**

Doména 12: Komfort.

Třída 1: Tělesný komfort.

Určující znaky: Slovní vyjádření bolesti. Pozorované známky bolesti.

Související faktory: Operační rána.

Cíl krátkodobý: Snížení bolesti na pacientovi snesitelnou úroveň nebo její úplné vymizení. – do 3 hodin.

Priorita: Vysoká.

Očekávané výsledky: Subjektivní snížení negativního prožitku.

Plán intervencí:

- 1) Edukace pacienta o úlevové poloze a možnosti navýšení analgezie.
- 2) Podávání analgetik dle ordinace lékaře.
- 3) Zaznamenávání bolesti.

Realizace: 27. – 28. 2. 2017

Pacient byl edukován o možnosti úlevové polohy a možnosti navýšení analgezie. Podávání analgetik a zaznamenávání VAS proběhlo dle ordinace lékaře.

Hodnocení: 28. 2. 2017

Analgezie je dostačující, pacient pociťuje úlevu, při pohybu je VAS < 2, nevyžaduje navýšení analgezie, edukace pacienta proběhla pořádku, pacient neměl doplňující otázky, výkladu rozuměl. Zápis VAS dle ordinace lékaře.

### **Riziko sníženého objemu tekutin v organismu (00028)**

Doména 2: Výživa.

Třída 5: Hydratace.

Určující znaky: Léčebný režim, vylučují fyziologický příjem tekutin per os.

Související faktory: Pooperační režim.

Cíl krátkodobý: Dostateční hydratace organismu. – do 12 hodin.

Priorita: Vysoká.

Očekávané výsledky: Intravenózní substituce tekutin organismu.

Plán intervencí:

- 1) Sledování barvy a zápachu moče pacientem.
- 2) Podání ordinovaných infuzí.
- 3) Kontrola kožního turgoru a hydratace sliznic.

Realizace: 27. – 28. 2. 2017

Pacientovi byly podány infuzní roztoky dle ordinace lékařem. Proběhla kontrola kožního turgoru a hydratace sliznic. Byla zapsána barva a zápach moče udávané pacientem do ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení: 28. 2. 2017

Cíl byl splněn. Kožní turgor je u pacienta v pořádku, infuzní roztoky byly podány dle ordinace. Moč je světle žluté barvy bez zápachu.

### **Neefektivní zvládnání zátěže (00069)**

Doména 9: Zvládnání/tolerance zátěže.

Třída 2: Reakce na zvládnání zátěže.

Určující znaky: Nikotinismus.

Související faktory: Neschopnost uchovat adaptivní energie.

Cíl krátkodobý: Identifikace stresových situací. – do 24 hodin.

Cíl dlouhodobý: Snížení počtu denně vykouřených cigaret. – do 3 měsíců.

Priorita: Nízká.

Očekávané výsledky: Změna postoje ke kouření.

Plán intervencí:

- 1) Edukace na téma škodlivost kouření cigaret a protikuřácké ambulance.
- 2) Motivovat pacienta finanční úsporou, když přestane kouřit.
- 3) Identifikace stresových situací.

Realizace: 27. 2. 2017

Pacient byl edukován o možnosti odborné pomoci ve snaze přestat kouřit. Pacient vypočetl měsíční náklady za cigarety. Proběhla identifikace a analýza stresových situací.

Hodnocení: 28. 2. 2017

Cíle byly splněny. Pacient si je plně vědom škodlivosti kouření, ví kde je v jeho okolí nejbližší protikuřácká ambulance. Finanční úspora (cca 2000 českých korun) je pro pacienta velkou motivací. Umí identifikovat stresové situace a vidí reálnou možnost jak je ze svého života odstranit. Po celou dobu hospitalizace zvládl zátěž bez kouření.

### **Riziko infekce (00004)**

Doména 11: Bezpečnost/ochrana.

Třída 1: Infekce.

Určující znaky: Narušená integrita tkání.

Související faktory: Invazivní vstup, PŽK. Operační rána.

Cíl krátkodobý: Kontrola a převaz PŽK a operační rány. – 3 hodin.

Priorita: Vysoká

Očekávané výsledky: Zabránění proniknutí patogenních agens do organismu pacienta.

Plán intervencí:

- 1) Informovat pacienta o významu a postupu při převazu operační rány a PŽK.
- 2) Kontrola polohy a okolí PŽK.
- 3) Kontrola operační rány.
- 4) Aseptický postup při převazu operační rány a PŽK.

Realizace: 27. – 28. 2. 2017

Pacient byl informován o významu kontroly a převazu operační rány a PŽK. Kontrola operační rány a PŽK. Aseptický převaz operační rány a PŽK.

Hodnocení: 28. 2. 2017

PŽK je funkční bez známek infekce. Operační rána bez sekrece hojící se per primam.

### **Nauzea (00134)**

Doména 12: Komfort.

Třída 1: Tělesný komfort.

Určující znaky: Uvádí pocit na zvracení.

Související faktory: Podráždění žaludku.

Cíl krátkodobý: Podávání antiemetik preventivně a při nauzei. – do 10 minut.

Priorita: Vysoká.

Očekávané výsledky: Pacient nemá dávivý pocit a nezvrací.

Plán intervencí:

- 1) Vyzvat pacienta, aby nauzeu či zvracení vždy neprodleně hlásil.
- 2) Zajistit aby měl pacient vždy v dosahu nádobu na zvracení.
- 3) Plnění ordinací.

Realizace: 27. – 28. 2. 2017

Pacientovi byla vysvětlena nutnost hlásit nauzeu či zvracení a dále byl vybaven emitní miskou pro případ zvracení. Ordinance byly splněny.

Hodnocení: 28. 2. 2017

Cíl byl splněn. Pacient pochopil, proč musí dávivé pocity či zvracení hlásit. Emitní misku má vždy v dosahu. 0. operační den v noci (cca v 22:30) pociťoval silnou nauzeu, proto mu byla navíc dle ordinace podána 1 ampule Torecanu ve 20 ml F1/1 a byl vyzván, aby se 5 minut procházel po chodbě, tato fyzická aktivita napomáhá motilitě gastrointestinálnímu traktu. Přibližně ve 22:45 již nauzeu necítil a vrátil se zpět do lůžka.

### **Riziko pádů (00155)**

Doména 11: Bezpečnost /ochrana.

Třída 2: Tělesné poškození.

Určující znaky: Bodové ohodnocení v testu rizika pádu > 2.

Související faktory: Užívání antihypertenziv, 24 hodin po výkonu.

Cíl krátkodobý: Zajistit dostatečné opatření v prevenci pádů.

Priorita: Vysoká.

Očekávané výsledky: Pacient po dobu hospitalizace neupadl.

Plán intervencí:

- 1) Edukovat pacient o riziku pádu.
- 2) Zajistit pacientovy signalizační znamení v jeho dosahu.
- 3) Kvalitativní kontrola vědomí.

Realizace: 27. 2. 2017

Pacient byl edukován o riziku pádů, ví kde je signalizační znamení a umí jej použít.

Bylo mu zakázáno, aby sám opouštěl lůžko, pokud sestra či lékař nerozhodne jinak.

Pravidelně bylo kontrolováno pacientovo kvalitativní vědomí řadou otázek.

Hodnocení: 27. 2. 2017

Cíl byl splněn. Bylo dosaženo maximální prevence proti pádům. Pacient rozumí edukaci i zákazu opouštěl lůžko, pokud sestra či lékař nerozhodne jinak. Pacientovo vědomí bylo po celou dobu hospitalizace na standartním oddělení v pořádku.

### **Riziko aspirace (00039)**

Doména 11: Bezpečnost/ochrana.

Třída 2: Fyzické poškození.

Určující znaky: Podráždění žaludku.

Související faktory: Podávání antiemetik.

Cíl krátkodobý: Zabránit aspiraci při zvracení.

Priorita: Vysoká

Očekávané výsledky: Pacient neaspiruje žaludeční obsah.

Plán intervencí:

- 1) Podávání antiemetik.
- 2) Edukace pacienta pro případ zvracení.

Realizace: 27. – 28. 2. 2017

Pacient byl edukován o riziku aspirace. Ordinace lékaře splněna.

Hodnocení: 28. 2. 2017

Cíl byl splněn. Pacient chápe, že pro jeho bezpečí je nezbytné, aby každé zvracení buď osobně nahlásil nebo využil signalizačních znamení, pro přivolání sestry, které je vždy v jeho dosahu.

## 15 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Ošetrovatelská péče u pacienta proběhla bez komplikací. Je tlakově i ventilačně stabilní, vstával, chodil, močil, nezvrací, analgezie saturuje potřeby VAS < 2, orientován všemi směry, afebrilní, soběstačný, spolupracující operační rána klidná bez sekrece, větry odchází, PŽK funkční bez známek infekce.

Druhé vyplnění testu základních znalostí zvládl pacient bez chyb, léčebnému režimu rozumí a chápe jeho význam, ví, v jakých případech využít pohotovostního čísla.

Pacient nevyjadřuje obavy ze zvládnání léčebného režimu, největší podporou je manželka, která vyjádřila zájem o informace stran možností podpory léčby manžela.

Pacient pocítuje jistotu ve znalostech v pooperačním léčebném režimu, je dostatečně motivován ke změně stravovacích návyků a životního stylu. Zátěž zvládá dobře bez nutkání kouřit.

Postupně byl během prvního pooperačního dne schopen zvládnout vycucát tři ledové kostky, po lžičkách vypít jeden hrnek, další vypít po doušcích a k večeři snědl 150ml bujonu. Toto postupné zatěžování žaludku proběhlo bez zvracení.

Všechny stanovené krátkodobé cíle byly splněny úplně, částečně byly splněny cíle dlouhodobé. Dlouhodobé cíle nebyly naplněny důsledkem standardizované délky hospitalizace (48hodin) u pacientů s plikací žaludku bez komplikací.

Dne 29. 2. 2017 ráno pozřel pacient 2 cps Helicidu á 20 mg bez nauzei či zvracení, byl odstraněn PŽK vybaven: dvěma totožnými zprávami (obsahující: propouštěcí zprávu, termín kontroly na OB klinice, doporučení pro domácí ošetření pooperačních ran a dietní doporučení), léky na 3 dny (Helicid cps), recept na Helicid cps á 20 mg, edukační brožurou OB kliniky a pohotovostním číslem na OB kliniku.

### 15.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

#### 15.1.1 DOPORUČENÍ PRO MANAGMENT

Vytvořit odborný zaškolovací program pro ošetřující personál na odborné úrovni vzhledem k pracovní pozici v oblasti bariatrické chirurgie a problematiky obezity.

Pořadat odborné interní semináře pro personál pracující s obézními pacienty.

Motivovat finančním ohodnocením a dalšími benefity.

Zapojovat rodinu do léčby pacientů.

### **15.1.2 DOPORUČENÍ PRO ZDRAVOTNICKÝ PERSONÁL**

Vnímat pacienta vždy jako bio-psycho-sociální osobnost.

Získanou důvěru pacienta, nikdy nezneužívat.

V komunikaci využívat zásad asertivity a empatie.

Vždy nechat pacienta vyjádřit své obavy či strach.

Pacienta v léčbě podporovat, motivovat a jakýkoli jeho úspěch chválit.

Při vykonávání jakýchkoli činností souvisejících s pacientem jej řádně informovat o smyslu a významu dané činnosti.

Při poskytování ošetrovatelské péče na pacienta nikdy nespěchat.

Vždy chránit pacientovu důstojnost a posilovat ji.

Nebagatelizovat pacientovu bolest.

### **15.1.3 DOPORUČENÍ PRO PACIENTA**

Striktně dodržovat léčebný režim.

Zaznamenávat každý úspěch v léčbě obezity.

V případě nejasností se vždy obrátit na odborného či registrujícího lékaře.

Přijmout své tělo a pečovat o něj.

V případě potřeby přejít se vyhledat odbornou psychologickou pomoc.

Přestat kouřit.

Změnit pracovní zařazení tak, aby bylo možné dodržovat dietní opatření.

Zvýšit tělesnou aktivitu.

Vyhledat zubního lékaře a poradit se s ním o možnostech zubních náhrad.

### **15.1.4 DOPORUČENÍ PRO RODINU**

Aktivně se zajímat o problematiku obezity.

Prizpůsobit přípravu jídla pravidlům redukční diety.

Podporovat pacienta ve změně životního stylu.

Naslouchat problémům pacienta.

Iniciativně se zapojovat do řešení problémů spojených s pacientovým onemocněním,



## ZÁVĚR

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle: upozornit na problematiku nadváhy a obezity v populaci obyvatel Česka a identifikovat nejčastější somatické i psychogenní problémy spojené s obezitou, všechny stanovené cíle jsou v práci splněny.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle: zpracovat kazuistiku věnovanou ošetrovatelské péči o pacienta s plikací žaludku a prezentovat vhodné formy edukace pacienta po chirurgickém zákroku z důvodu morbidní obezity, všechny stanovené cíle jsou v práci splněny.

V teoretické části jsem se záměrně nedotkl několika tématům z důvodu rozsahu shromážděného textu.

Ze shromážděného množství a odbornosti textů vyplývá, že je zájem o toto téma ze strany odborníků velmi silný.

Vliv preventivních projektů proti obezitě v České republice není z hlediska zvyšující se prevalence obezity u dětí i dospělé populace dostatečně efektivní, nebo nejsou tyto programy v praxi dostatečně dlouhou dobu, aby byl jejich efekt patrný.

V praxi shledávám nedostatečné uvědomění veřejné společnosti. Tento fakt je dle mého názoru způsoben několika jevy. Nedostatečným uvědoměním problematiky poruch příjmu potravy.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

DOLEŽALOVÁ, Karin a kol. *Bariatrická chirurgie a primární péče*. 1. vyd. Praha: Axonite, 2012. 200 s. ISBN 978-80-904899-2-9.

FRIED, Martin. *Bariatrická a metabolická chirurgie: nové postupy v léčbě obezity a metabolických poruch*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011. 266 s. ISBN 978-80-204-2424-2.

KASALICKÝ, Mojmir a spol. *Chirurgická léčba obezity*. 1. vyd. Praha: Ottova tiskárna, 2011. 118 s. ISBN 978-80-254-9356-4.

MATOULEK, Martin a kol. *Manuál praktické obezitologie nejen pro praktické lékaře*. 1. vyd. Praha: NOL-nakladatelství odborné literatury, s.r.o., 2014. 160 s. ISBN 978-80-903929-4-6.

NANDA INTERNATIONAL, 2013. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012–2014*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 550 s. ISBN 978-80-247-4328-8.

SVAČINA, Štěpán a Alena BRETŠNAJDROVÁ, 2008. *Jak na obezitu a její komplikace*. 1. vyd. Praha: Grada. 139 s. ISBN 978-80-247-2395-2.

SVAČINA, Štěpán, MÜLLEROVÁ, Dana, BREŠNAJDROVÁ, Alena. *Dietologie pro lékaře, farmaceuty, zdravotní sestry a nutriční terapeuty*. 2. vyd. Praha: TRITON, 2013. 341 s. ISBN 978-80-7387-699-9.

SVAČINA, Štěpán. *Obezitologie a teorie metabolického syndromu*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2013. 286 s. ISBN 978-80-7387-678-4.

[http://www.mzcr.cz/Admin/\\_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2002b%20prevence%20obezity.pdf](http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2002b%20prevence%20obezity.pdf) 2002

<http://www.prevence-praha.cz/attachments/article/123/Methodicke%20doporuceni%20k%20primarni%20prevenci%20rizikoveho%20chovani.pdf> 2010

<http://www.med.muni.cz/centrumprevence/informace-pro-vas/jak-se-branit/8-druhy-a-moznosti-prevence.html> 2017

<http://www.wikiskripta.eu/index.php/Prevence> 2016

<http://onlinelibrary.wiley.com/>

<http://zdravi.euro.cz/archiv/postgradualni-medicina/> 2013)

[www.cls.cz/dokumenty2/os/t172.rtf](http://www.cls.cz/dokumenty2/os/t172.rtf) s. č.3

<https://www.sportvital.cz/zdravi/obezita-a-psychicke-problemy> 2010

<http://www.iscare.cz> 2017

<http://zdravi.euro.cz/archiv/postgradualni-medicina/> 2010

<http://www.obesitynews.cz/?pg=clanek&id=816> 2017).

<http://www.obezita.cz/?pg=clanek&nazev=i-nemocni-se-mohou-hybat> 2016

<http://www.obezita.cz/?pg=clanek&nazev=vyznam-pohybu-pri-hubnuti> 2016

<http://stob.cz/cs/jak-casto-jak-intenzivne-a-jak-dlouho-cvicit>. 2014

<http://www.casopisendoskopie.cz/pdfs/end/2009/01/06.pdf>

<http://www.projekt-endoskopie.cz> 2010

<http://www.vstj.cz/obezicentrum/?pg=chirurgicka-lecba>

<http://www.elogistika.info/temer-1-ze-6-dospelych-v-eu-je-povazovan-za-obezniho/>

<http://www.onko.cz/lekar-evropsky-den-obezity/>

[http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci\\_8690\\_3016\\_5.html](http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci_8690_3016_5.html)

# **PŘÍLOHY**

Příloha A - Čestné prohlášení

Příloha B - Protokol k provádění sběru podkladů pro bakalářskou práci

Příloha C – Rešerše

## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracoval údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Ošetřovatelský proces u pacienta s plikací žaludku  
v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 28. 2. 2017

.....  
Jméno a příjmení studenta

Příloha C – Žádost o umožnění sběru dat

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	MILAN WINKLER
Studijní obor	WEOBECNA JESTRA Ročník 3. AUK
Téma práce	NETROVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S PLIKACÍ ŽALUŽEV
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	OBKLINIKA POD KLETČÁŘECH 975 PRAHA 3 ASO 03
Jméno vedoucího práce	MUDr. LUDMILA HAHLOVA
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="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím Hlavina podpis
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím OB klinika Pod Kletčáři 975 Bc. Svatopluk Začek fakultní pro praktickou a zotavovací péči tel.: 255 725 157 Začek podpis

V PRAZE ..... dne 30.9.2017

Winkler  
podpis studenta



## **Ošetřovatelský proces u pacienta s plikací žaludku**

### **Klíčová slova:**

plikace žaludku, bariatric, bariatrické operace, obezita, chirurgie, ošetřovatelský proces  
stomach plication, bariatric, bariatric surgery, obesity, surgery, nursing process

### **Rešerše č. 5/2017**

### **Bibliografický soupis**

<b>Počet záznamů:</b>	<b>celkem 35 záznamů</b>
15)	(vysokoškolské práce – 5, knihy – 15, články a sborníky –
<b>Časové omezení:</b>	2007-2017
<b>Jazykové vymezení:</b>	čeština, slovenština, angličtina
<b>Druh literatury:</b>	vysokoškolské práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku
<b>Datum:</b>	31. 1. 2017

### **Základní prameny:**

- katalog Národní lékařské knihovny ([www.medvik.cz](http://www.medvik.cz))
- Jednotná informační brána ([www.jib.cz](http://www.jib.cz))
- Souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>)
- Databáze vysokoškolských prací ([www.theses.cz](http://www.theses.cz))
- Online katalog NCO NZO