



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Obezita a náhrada kyčelního kloubu

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Monika Schránílová

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Šedová Ph.D.

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Obezita a náhrada kyčelního kloubu*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 8. 6. 2020

.....

Bc. Monika Schránílová

Poděkování

Zde bych chtěla poděkovat své vedoucí práce Mgr. Lence Šedové Ph.D., za odborné vedení, cenné rady, trpělivost, ochotu a čas, který mi věnovala při realizaci diplomové práce. Chtěla bych poděkovat pacientům a všeobecným sestřám za poskytnutí rozhovorů, protože bez jejich souhlasu by tato diplomová práce nemohla vzniknout.

Zároveň bych chtěla poděkovat své rodině a přátelům za podporu a trpělivost během celého mého studia na vysoké škole.

Obezita a náhrada kyčelního kloubu

Abstrakt

Tato diplomová práce se zabývá tématem obezita a náhrada kyčelního kloubu. Obezita je onemocnění, které je rozšířené po světě a zvětšuje se počet lidí, kteří obezitou trpí. Je známo, že obezita zvyšuje riziko několika chorob a je také příčinou vzniku artrózy velkých kloubu, která se v mnoha případech řeší náhradou postiženého kloubu. Aloplastika kyčelního kloubu patří dnes k nejčastějším ortopedickým operacím, kdy poškozená kloubní jamka i hlavice jsou nahrazeny umělou endoprotézou. Náhrada kyčle je pro nemocného vždy závažnou a zatěžující operací. Cílem práce bylo popsat přístup pacientů a ošetřujícího personálu k redukci tělesné váhy před totální endoprotézou kyčelního kloubu. V empirické části diplomové práce bylo použito kvalitativní šetření. Pro zjištění výsledků byl technikou výzkumu zvolen polostrukturovaný rozhovor s pacienty, kteří podstoupili operační výkon implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu a současně trpí obezitou a polostrukturovaný rozhovor s všeobecnými sestrami, které provozují ošetrovatelskou péči o tyto pacienty. Pro kvalitativní šetření byly stanoveny šest výzkumných otázek, díky kterým vyšlo najevo, že postoj pacientů k redukci váhy je zcela individuální a je ovlivněn mnoha faktory. Také se ukázalo, že v ambulantním provozu jsou pacientům doporučeny diety a vhodný sport, kde se na těchto doporučeních podílejí všeobecné sestry ujasněním informací, které poskytne lékař. Mezi nejčastější bariéry při péči o pacienty, shledává jak personál, tak pacienti, vysokou hmotnost a s ní spojené problémy s pohyblivostí, omezenou soběstačností a s psychickou nepohodou. Důležitá v péči je motivace pacientů, která je ovlivněna osobností, věkem a psychickým rozpoložením dotyčného pacienta a ošetřujícího personálu. V edukačních postupech se nejčastěji propojuje spolupráce všeobecné sestry a lékaře. Edukace se vmísí do celého ošetrovatelského procesu, kde hraje jednu z hlavních rolí sestra. Důležitá je včasná edukace nejčastěji pomocí rozhovoru, uzpůsobená konkrétně pro každého pacienta. Výstupem diplomové práce je popsat možnosti působení sester v edukačních postupech při redukci váhy u obézních pacientů před výkonem totální endoprotézy kyčelního kloubu.

Klíčová slova: obezita- náhrada kyčelního kloubu- redukce váhy- ošetrovatelská péče- pacient

Obesity and hip joint replacement

Abstract

The diploma thesis focuses on obesity and hip replacement. Obesity is a disease spread all around the world and the number of people suffering from it has been increasing. It is generally known that obesity increases the risk of several diseases and it causes osteoarthritis of large joints that is often treated by replacing the affected joint. Nowadays, hip alloplasty is one of the most common orthopedic surgeries when the damaged joint socket and head are replaced with an artificial endoprosthesis. Hip replacement is always a serious and burdensome surgery. The aim of the thesis was to describe the approach of patients and nursing staff towards weight reduction before total hip replacement. In the empirical part of the thesis, a qualitative survey was used. The results were obtained through semi-structured interviews of patients who underwent the surgery of total hip replacement and at the same time suffer from obesity. Next, semi-structured interviews with general nurses who take care of these patients were also carried out. The qualitative survey consisted of six survey questions that revealed that patients' approach towards weight reduction is highly individual and influenced by many factors. It also turned out that at clinics, patients are recommended diets and appropriate exercise and general nurses take part in the recommending process by explaining information provided by doctors. One of the barriers considered to be the most common in the care of patients by both staff and patients is high weight and related mobility problems, reduced autonomy and mental stress. An important factor is patients' motivation that is influenced by personality, age and state of mind of both patients and nursing staff. In educational processes, cooperation of a general nurse and a doctor is mostly interconnected. Education is implemented in the whole treatment process where a nurse plays one of the key roles. Early education is essential and it most often takes place in the form of a dialogue adapted to the specific patient. Output of the diploma thesis is a description of possible involvement of nurses in education processes on weight reduction of obese patients before performing total hip replacement.

Keywords: obesity- hip replacement- weight reduction- nursing care- patient

Obsah

Úvod	8
1 Současný stav	10
1.1 Koxartróza.....	10
1.1.1 Charakteristika onemocnění	10
1.1.2 Etiologie koxartrózy.....	11
1.1.3 Klinický obraz koxartrózy.....	11
1.1.4 Rizikové faktory koxartrózy.....	12
1.1.5 Diagnostika koxartrózy	12
1.1.6 Terapie koxartrózy	13
1.2 Alopastika kyčelního kloubu.....	15
1.2.1 Předoperační vyšetření k implantaci endoprotézy	15
1.2.2 Indikace k implantaci endoprotézy	16
1.2.3 Kontraindikace.....	16
1.2.4 Typy endoprotéz	17
1.2.5 Operační technika a operační sály	17
1.2.6 Komplikace spojené s implantací endoprotézy	18
1.2.7 Zásady ošetrovatelské péče o pacienta po endoprotéze kyčelního kloubu ..	19
1.2.8 Rehabilitace	20
1.3 Obezita	22
1.3.1 Charakteristika onemocnění	22
1.3.2 Etiologie obezity	22
1.3.3 Rizikové faktory obezity	23
1.3.4 Diagnostika obezity.....	23
1.3.5 Typy obezity	26

1.3.6	Terapie obezity.....	26
1.3.7	Zásady ošetrovatelské péče o obézního pacienta.....	30
1.3.8	Prevence obezity	31
1.4	Obezit a náhrada kyčelního kloubu	33
2	Cíle a výzkumné otázky	35
2.1	Cíl práce	35
2.2	Výzkumné otázky	35
2.3	Operacionalizace pojmů	35
3	Metodika	37
3.1	Použité metody	37
3.2	Etika výzkumu.....	37
3.3	Charakteristika výzkumného souboru.....	38
3.4	Proces sběru dat	38
3.5	Zpracování výzkumu.....	38
3.5.1	Popis kódování a způsob kategorizace dat	39
4	Výsledky výzkumného šetření	40
4.1	Kategorizace dat – soubor pacientů	41
4.2	Kategorizace dat- soubor všeobecných sester	57
5	Diskuze	66
6	Závěr	79
7	Seznam použitých zdrojů	81
8	Seznam příloh	88
9	Seznam zkratk.....	99

Úvod

Tématem mé diplomové práce je zpracování výzkumné studie na téma obezita a náhrada kyčelního kloubu. Toto téma jsem si vybrala z důvodu, že aloplastika kyčelního kloubu patří dnes k nejčastějším ortopedickým operacím, kdy poškozená kloubní jamka i hlavice jsou nahrazeny umělou endoprotézou. Tato operace je osvědčena a dlouhodobě slouží k chirurgickému léčení nemocí a vad na kyčelním kloubu. Tím, že se zvyšuje průměrná délka života, endoprotéza kyčelního kloubu má větší a větší význam. Jedna z indikací k této operaci je větší opotřebenosti nosných kloubů. Jedním z důvodů právě tohoto opotřebenosti kloubů je zvýšená hmotnost pacienta. Obezita je onemocnění, které se stále častěji a častěji objevuje mezi lidmi a její výskyt roste jak u mladé, tak starší populace. Může to být jak nezdravým životním stylem, sníženou pohyblivostí nebo hraje roli genetická predispozice. Nelze si však nevšimnout, že obezita je v dnešní době jedno z nejčastějších onemocnění.

Práce se skládá z teoretické, výzkumné části a diskuze, kde se budou probírat jednotlivě výzkumné otázky. Teoretická část se dělí podle onemocnění na dvě části. První část se věnuje onemocnění jménem koxartróza, která má za příčinu implantaci endoprotézy kyčelního kloubu. Do této části se řadí charakteristika onemocnění, etiologii, rizikové faktory koxartrózy, dále klinický obraz onemocnění, diagnostiku a terapii. Poté se práce věnuje endoprotéze kyčelního kloubu a samotné operaci. V první části práce stručně popisuje charakteristiku a historii endoprotézy. Dále potřebná vyšetření před operačním výkonem, indikace a kontraindikace k implantaci, samotný operační výkon. Také se věnuje komplikacím, které se k tomuto výkonu pojí. V neposlední řadě se v práci popisují zásady ošetrovatelské péče o pacienta po operaci a rehabilitaci. V další části se v práci popisuje obezita jako onemocnění, které zužuje celý svět. Jako u koxartrózy je zde charakteristika onemocnění, rizikové faktory, etiologii, diagnostiku a léčbu obezity. Práce se věnuje i rozlišení typu obezity a popisu ošetrovatelské péče o obézního pacienta. Do teoretické části se zařadila i prevence obezity, která je podle mého názoru velmi důležitá. Posledním tématem teoretické části je, jak se obezita a náhrada kyčelního kloubu navzájem ovlivňují.

Ke zpracování tématu bylo využito kvalitativní výzkumné strategie s využitím polostrukturovaných rozhovorů s pacienty, kteří trpí obezitou (obezita byla stanovena podle BMI) a se všeobecnými sestrami, které zajišťují péči o pacienty připravující se na chirurgický výkon totální endoprotézy kyčelního kloubu. Cílem práce je popsat přístup

pacientů a ošetřujícího personálu k redukci tělesné váhy před totální endoprotézou kyčelního kloubu.

Východiskem této práce je popsat možnosti působení sester v edukačních postupech při redukci váhy u obézních pacientů před výkonem totální endoprotézy kyčelního kloubu.

1 Současný stav

1.1 Koxartróza

1.1.1 Charakteristika onemocnění

Koxartrózou nazýváme onemocnění kyčelního kloubu a to konkrétně artrózu kyčelního kloubu. Toto postižení kyčelního kloubu, které nově vznikne, bývá často mezi padesátým až šedesátým rokem života. Koxartrózou neboli artrózou kyčelního kloubu častěji trpí jedinci, kteří jsou vystaveni větší fyzické zátěži než jedinci, kteří mají klidný pracovní a soukromý život (Koudelka et al., 2004).

Koxartrózu můžeme rozdělit na primární koxartrózu a sekundární koxartrózu. Zatímco u primární koxartrózy není známá jasná příčina vzniku onemocnění, u sekundární koxartrózy je tomu právě naopak (Sosna et al., 2001). Sekundární koxartróza se vyvíjí z preartrotického stavu postiženého kyčelního kloubu a to z důvodu předchozího poškození kloubu. Sekundární koxartróza vzniká z důvodu atrofických změn na kloubu, které můžeme pozorovat na rentgenovém snímku (Dungl et al., 2015).

Dle závažnosti rozdělujeme koxartrózu do čtyř stádií, kde pozorujeme již zmíněné atrofické změny. První stádium se vyznačuje zúžením postižené kloubní štěrbiny a nastává počátek tvorby osteofytů okolo hlavice femuru. Ve druhém stádiu dochází k prohlubování zužování štěrbiny z prvního stádia a jsou již viditelné osteofyty a subchondrální skleróza. Ve třetím stádiu můžeme pozorovat vzniklou štěrbinu již výrazně zúženou. Jsou přítomny osteofyty a další sklerotické změny, cysty a je pozorovatelná deformace hlavice i acetabula. Pro páté a poslední stádium je charakteristické naprosté vymizení kloubní štěrbiny, dále skleróza, viditelné cysty a těžké deformity hlavice a acetabula (Dungl et al., 2005).

Koxartrózu můžeme tedy popsat jako degenerativní progresivní a multifaktoriální onemocnění a to nejen kyčelního kloubu, ale i okolních tkání přilehlých ke kloubu, které jsou poškozeny zánětlivými a degenerativními procesy (Dungl et al., 2015).

1.1.2 Etiologie koxartrózy

Artrózu kyčelního kloubu rozdělujeme na primární a sekundární. U primární koxartrózy příčina není známá. Nejvíce se zde uplatňují genetická zátěž jedince a chronické přetěžování jednoho nebo obou kyčelních kloubů (Sosna et al., 2001).

U sekundární koxartrózy jsou příčiny známe. Vzniká nejčastěji po vývojové dysplazii kyčelního kloubu, jako další příčiny tohoto onemocnění můžeme zařadit úrazy v oblasti pánevního pletence například dislokované zlomeniny acetabula. Další příčinou sekundární koxartrózy je idiopatická nekróza hlavice, zánětlivé a metabolické změny v kyčelním kloubu nebo Perthesova choroba (Koudelka et al., 2004).

1.1.3 Klinický obraz koxartrózy

Výše popsané onemocnění se projevuje bolestí postiženého kloubu, která často vystřeluje na vnitřní stranu stehna a někdy až do kolenního kloubu nebo k velkému trochanteru. Dále mezi prvotní příznaky koxartrózy patří únavnost kloubu a funkční omezení kloubu. Potíže, spojené s onemocněním, jsou nejprve námahové, tedy nastávají až po určité námaze nebo pohybu, který trvá určitý čas, a poté přechází v potíže klidové a později i noční. K objektivním příznakům artrózy kyčelního kloubu patří kulhavá chůze, s tím, že pacient šetří postiženou končetinu. Bývá celkově omezená chůze, postiženého jedince provází startovací bolesti a bolestivá vnitřní rotace v kloubu. V pozdější fázi se objevují addukční, semiflekční a zevně rotační kontraktury a postupně dochází k omezení pohyblivosti kloubu. U tohoto onemocnění je také patrna hypertrofie stehenního svalstva. Vznikají i sekundární problémy, se kterými se dotýčný může potýkat. Mezi tyto problémy řadíme například hyperlordózu bederní páteře. Často se také můžeme setkat s relativním zkratem končetiny, který nastává následkem kontraktur. Na rentgenovém snímku nalezneme takzvané „plus a minus“ změny v různých kvadrantech kyčelního kloubu (Koudelka et al., 2004). Zmíněné plus a minus změny na rentgenovém snímku znamenají, že mezi „plus změny“ řadíme osteofyty, subchondrální sklerózu a ossicula. Dále mezi „minus změny“ spadají zúžení kloubní štěrbiny, pseudocysty a osteoporóza (Čeledová et al., 2017).

1.1.4 Rizikové faktory koxartrózy

Mezi rizikové faktory, které mohou přispět ke vzniku koxartrózy, řadíme nejčastěji genetické vlivy, pohlaví jedince (ženy ve vyšším věku okolo padesáti až šedesáti léty života jsou postiženy více než muži stejného věku). Tyto rizikové faktory bohužel nemůžeme ovlivnit. Dalšími rizikovými faktory, které ale můžeme, ovlivnit jsou neúměrně velká fyzická zátěž a namáhání kyčelního kloubu a nadváha jedince. Obezita je totiž jedním z rizik, které působí artroskopické změny nosných kloubu jako je kyčelní kloub (Koudelka et al., 2004).

V dnešní době je znám postupný nárůst hmotnosti u odoperovaných jedinců v rámci koxartrózy. Je jasné, že pokud se hmotnost jedinců, kteří podstoupí operaci na poškozeném kyčelním kloubu, bude zvyšovat, budou se zdravotníci setkávat mnohem více s hledáním nových postupů a budou muset zajišťovat bezpečné ošetřování takovýchto pacientů (Hodovníková, 2018).

1.1.5 Diagnostika koxartrózy

Diagnostické šetření artrózy kyčelního kloubu se provádí nejprve pomocí klinického vyšetření, v dalších fázích pomocí zobrazovacích metod a v neposlední řadě díky laboratornímu vyšetření (Koudelka et al., 2004).

Jako první přichází na řadu klinické vyšetření, které zahrnuje osobní anamnézu, ve které se soustředíme na bolest, únavnost a omezení funkce kyčelního kloubu. Dále zjišťujeme rodinnou anamnézu z důvodu genetické zátěže jedince, pracovní anamnézu z důvodu možné velké fyzické zátěže na kyčelní kloub. Pomocí pohmatu, pohledu a poklepu pozorujeme palpační bolest postiženého kloubu, omezenou hybnost kloubu a svalový spasmus na těžce končetině. Během klinického vyšetření kontrolujeme chůzi, při které si všímáme klaudikace a délky končetin (Koudelka et al., 2004).

Po klinickém vyšetření lékařem, jedinec podstupuje vyšetření pomocí zobrazovacích metod. Z těchto metod se k diagnostice koxartrózy, všeobecně artrózy pohybového aparátu, používá nejčastěji rentgenové vyšetření kyčelního kloubu, kde pozorujeme již zmíněné plus a minus změny v kvadrantech kloubu. (viz Příloha č. 1) Dále k diagnostice lze použít CT vyšetření a magnetickou rezonanci. Tyto metody se nepoužívají standardně u každého pacienta, pouze při jakékoliv nejasnosti rentgenového vyšetření. CT vyšetření a magnetická rezonance jsou vhodné například u těžké postdysplastické koxartrózy při předoperačním plánování,

ale také ke stanovení výběru typu a velikosti jednotlivých komponent, které se později použijí k implantaci endoprotézy. Dalším typem zobrazovací metody je sonografické vyšetření, které také není standardním vyšetřením při diagnostice koxartrózy. Nejčastěji se toto vyšetření používá u preartrotického stavu a detekci výpotku na kyčelním kloubu. U laboratorního vyšetření krve sledujeme výsledky biochemického a hematologického vyšetření (Koudelka et al., 2004).

1.1.6 Terapie koxartrózy

Léčba koxartrózy se rozděluje na konzervativní a operační. Nejprve pacient podstupuje konzervativní léčbu a při její neúčinnosti se postupuje na léčbu operativní. Komplexní léčba vyžaduje edukaci lékařského i ošetrovatelského týmu, ale také určitou úroveň edukace pacienta. Je potřeba, aby pacient dodržoval doporučení od svého lékaře. Kromě rozhovorů se ke vzdělávání pacientů o problematice artrózy používají ještě tištěné letáky a v dnešní době také hrají velkou roli média. Pacientovi je pomocí těchto vzdělávacích doplňků vysvětleno samotné onemocnění, další vývoj stavu, režimová opatření a rehabilitace (Jakubík a Fousek, 2019).

Konzervativní léčba spočívá v edukaci pacienta. Edukace se zaměřuje nejvíce na charakteristiku onemocnění a všeho, co se k tomu váže, jako je omezení ovlivnitelných rizikových faktorů. Dalším úkolem „prvotní“ léčby je zmírnit bolest postiženého kloubu a zlepšit jeho pohyblivost. Bolest konzervativním způsobem můžeme zmírnit úlevovou polohou, nepřetěžováním postižené končetiny a studenými obklady téže končetiny. K nepřetěžování končetiny se používají kompenzační pomůcky pro odlehčení končetiny, vyrovnání chůze při klaudikaci a při chůzi po schodech k zlepšení mobility a udržení rovnováhy. Postiženému jedinci se nedoporučuje nosit obuv se zvýšeným podpatkem. Takové omezení pociťují nejvíce ženy. Dalším důležitým krokem v konzervativní léčbě je v případě nadváhy až obezity pacienta snížit hmotnost. Doporučuje se pohybová rehabilitace (např. plavání, jízda na rotopedu) a redukční dieta. Nezanedbatelnou částí v konzervativní léčbě je také pozitivní mysl a udržení si dobrý psychický stav. Do konzervativní léčby se také řadí fyzikální terapie, která používá magnetoterapii, vodoléčbu, elektroléčbu, laser, masáže, léčbu teplem a chladem, ultrazvuk nebo rentgenovou terapii. Tyto metody onemocnění nevyléčí, pouze tlumí vedlejší reakce, které onemocnění provázejí (Koudelka et al., 2004). Do konzervativní léčby můžeme zařadit také léčbu medikamentózní, čili lékovou.

V medikamentózní léčbě se využívá několik základních skupin léků, jako jsou analgetika, nesteroidní antiflogistika (NSA) a kortikosteroidy. Nejméně vhodná léčiva pro koxartrózu jsou analgetika, protože při dlouhodobém užívání může nastat analgezie, která vede k přetěžování již postiženého kloubu a prohlubování již vzniklých defektů na kyčelním kloubu. Doporučuje se tedy používat jen při zhoršení stavu. Nesteroidní antiflogistika jsou rychle působící léky a mají účinky jak analgetické, tak protizánětlivé a antipyretické. Jsou tedy vhodnější než samotná analgetika. Tyto přípravky můžeme podávat ve formě tablet, injekcí, mastí či gelů. Poslední zmíněné kortikosteroidy se nejčastěji používají pro nitrokloubní aplikaci nebo obstríky šlach a ligament. U artrózy kyčelního kloubu se nedoporučují nitrokloubní aplikace depotních kortikosteroidů a to z důvodu častých komplikací, jako jsou nekrózy hlavice a zánět kloubu a jeho okolí. Při vyčerpání všech možností konzervativní léčby, při její neúčinnosti nebo zhoršení stavu a funkce kloubu, nastává čas přejít na poslední možnost léčby a to na operativní řešení koxartrózy (Koudelka et al., 2004).

Operativní řešení je vhodné u jedince, který není z interního hlediska kontraindikován k operaci, a tam, kde je předpokládána spolupráce jedince. Operační řešení může mít také konzervativní charakter a to tak, že při této operaci se co možná nejméně resekuje kostní tkáň a minimálně poškodí měkké tkáně. Toto je primární cíl operace. Důležitým faktorem pro operaci je věk pacienta a také jakým typem koxartrózy dotčený trpí. U mladších jedinců se nejčastěji používá korekční osteotomie a v pozdějším věku a více rozvitém stádiu onemocnění je nejúčinnější operací totální náhrada kyčelního kloubu (Dungl et al., 2015).

V současné době se objevují na trhu nová farmakoterapeutika, která napomáhají v léčbě artrózy. Ke konkrétním analgetikům, ke kterým patří například Paracetamol, se podávají ještě chondroprotektiva, která vyživují chrupavku. K lékům, které kladně ovlivňují artrózu, patří podávání vitamínu C, který působí protizánětlivě a podle některých studií působí i analgeticky. Léčiva se novou podávat i intraartikulárně a to hlavně kortikosteroidy, které mají silný protizánětlivý účinek ale současně destruktivní na chrupavku. Dalším intraartikulárním lékem je kyselina hyaluronová, která má pozitivní účinky na synoviální tekutinu v kloubu. Do kloubu se mohou aplikovat i plasmy bohaté na trombocyty, bohaté na růstové faktory nebo bohaté na kmenové buňky. V neposlední řadě se v dnešní terapii artrózy uplatňuje kolagen intraartikulárně. Účinky působí jak na kloub samotný tak na jeho okolní tkáň. Z výzkumu je známo, že při využití výše zmíněných nových metod léčby, pacientům

ustoupily bolesti, zlepšil se funkční stav kyčelního kloubu a léčba nebyla doprovázena nežádoucími účinky (Kostiuk a Slíva, 2018).

1.2 Alopastika kyčelního kloubu

Alopastika kyčelního kloubu neboli endoprotéza kyčelního kloubu je dnes jedna z nejčastějších ortopedických operací. Podle údajů Národního registru kloubních náhrad je v České republice implantováno každý rok přes dvanáct tisíc primárních náhrad kyčelního kloubu (Šponer et al., 2015). Tato operace spočívá v tom, že poškozená kloubní jamka i hlavice kyčelního kloubu jsou nahrazeny umělou endoprotézou. Nejčastěji se na endoprotézu používají kovy a jejich slitiny, plasty, nebo keramika. Živostnost jednotlivých komponent endoprotézy se pohybuje okolo patnácti let (Sosna et al., 2001).

Při pohledu do historie se pokusy s transplantací kovů a umělých hmot prováděli již roku 1900 profesorem Chlumským, a díky těmto pokusům se zapsal do historie alopastiky v českých zemích. Avšak o skutečný rozvoj alopastiky kyčelního kloubu se zasloužil profesor Čech, který v roce 1970 vyvinul cementovanou totální endoprotézu kyčelního kloubu včetně instrumentária (viz Příloha č. 2) a nejen to, také stanovil indikace k operaci alopastiky kyčelního kloubu a k tomu vypracoval operační postup. Profesor Čech také upozornil na komplikace, které přímo souvisejí s implantací (Koudelka et al., 2004). Mezi první úspěšně implantované endoprotézy kyčelního kloubu řadíme cervikokapitální endoprotézy podle Austina a Moora a podle Thomsona. Tyto endoprotézy se dnes používají jen u zlomenin krčku stehenní kosti u starších pacientů, protože nahrazují jen horní konec femuru. V roce 1960 nastal průlom v tomto odvětví v zahraničí, kdy Angličan John Charley poprvé popsal zkušenosti s náhradou kyčelního kloubu s nízkým třením. Jednalo se o již nám známý cementový typ protézy, kdy jamka a dřík jsou fixovány pomocí kostního cementu, který se připravuje smícháním prášku a tekuté složky cementu, do opracovaného acetabula a dřene femuru (Koudelka et al., 2004).

1.2.1 Předoperační vyšetření k implantaci endoprotézy

Pacient musí před samotnou implantací endoprotézy podstoupit jednotlivá předoperační vyšetření. Toto celé patří do dlouhodobé předoperační péče. Z obecného předoperačního vyšetření lékař nejprve odebere anamnézu, zhodnotí vitální funkce

pomocí fyzikálního vyšetření a dále požaduje odběr krve na biochemické vyšetření, vyšetření krevní srážlivosti a krevního obrazu. Dále se vyšetřuje moč pomocí standartního vyšetření moče. Do předoperačního vyšetření řadíme RTG srdce a plic a elektrokardiografii. Mezi speciální vyšetření patří vyšetření chrupu u zubního lékaře a ORL vyšetření. Ženy podstupují gynekologické a muži urologické vyšetření (Janíková a Zeleníková, 2013).

1.2.2 Indikace k implantaci endoprotézy

Než dojde k samotné implantaci je nezbytné předoperační plánování operace a pooperačního období. Toto vše usnadňuje celkový zákrok. V poslední době se lékaři v zahraničí z oboru ortopedie více spoléhají na takzvaný digitální templing, neboli digitální snímkem (Holzer et al., 2018).

K operačnímu řešení koxartrózy se přistupuje pro neúčinnost konzervativní léčby a dále z několika důvodů, které nejdou vyřešit jinou cestou než operací poškozeného kyčelního kloubu. Jedním z noha důvodů jsou zánětlivá onemocnění jako je revmatoidní artritida, artritida, juvenilní idiopatická artritida, ankylozující spondylitida a osteoartritida, vývojová dysplazie kyčle, Perthesova a Pagetova nemoc (Canale and Beaty, 2013). Další důvodem k operačnímu řešení artrózy kyčelního kloubu jsou zlomeniny v této oblasti, deformity kyčelního kloubu, kostní nádory v popisované oblasti a nekróza kosti. Důvodem k operaci na kyčelním kloubu může být i reimplantace již implantované protézy, pokud došlo k luxaci nebo při jakýkoliv komplikaci. Před samotnou operací a rozhodnutí k endoprotéze kyčelního kloubu je nutné vyloučit jinou příčinu obtíží v kyčelním kloubu (Koudelka et al., 2004).

1.2.3 Kontraindikace

K nemožnosti podstoupit operační řešení artrózy na kyčelním kloubu můžeme rozdělit kontraindikace na relativní a absolutní. Mezi relativní kontraindikace můžeme zařadit celkový zdravotní stav pacienta. Celkovým stavem máme na mysli věk pacienta, váha pacienta a ostatní onemocnění, která by mohla omezit jeho spolupráci při celém procesu léčby (Svačina, 2013). Pacient je také kontraindikován k této operaci, pokud trpí infekcí dýchacích cest, urogenitálního traktu nebo infekcí v dutině ústní. Mezi absolutní kontraindikace se řadí ischemická choroba dolních končetin, bércové vředy na

dolních končetinách, záněty žil na dolních končetinách, infekce v postiženém kyčelním kloubu a závažné kardiopulmonální onemocnění (Dungl et al., 2005).

1.2.4 Typy endoprotéz

K implantaci endoprotézy kyčelního kloubu se používá několik typů endoprotéz, a to cementové, necementové a hybridní. Cementové endoprotézy jsou fixovány do kosti pomocí cementu, který se vytvoří smícháním prášku a tekuté složky. Vše se provádí podle přiloženého návodu. Dalším typem jsou necementové endoprotézy a ty jsou přímo mechanicky upevněny v kosti bez použití cementu. Tyto necementové endoprotézy se dále dělí podle stability na primární, sekundární a terciální. U primární stability necementové endoprotézy je velmi důležitá jedna věc a to je zaražení dráku endoprotézy do přesně určeného místa. K sekundární stabilitě endoprotézy dochází díky prorůstání kostních trámčů do materiálu endoprotézy, a proto se dosahuje velké pevnosti. Poslední terciální stabilita nastává během několika let, okolo pěti až deseti lety, kdy dochází ke kostní přestavbě neboli osteointegraci. Posledním zmíněným typem endoprotézy je hybridní typ. Tento typ je specifický v tom, že jedna komponenta je připevněna jiným způsobem než druhá komponenta, čili se můžou prolínat jak cementové tak necementové typy endoprotéz (Dungl et al., 2005). Někteří výrobci endoprotéz uvádějí určité kontraindikace pro použití konkrétního implantátu. Jednou z kontraindikací může být obezita pacienta, a proto se ještě uvádí do jaké hmotnosti pacienta, může být konkrétní endoprotéza použita (Craik et al., 2015).

1.2.5 Operační technika a operační sály

Všechny operace na kyčelním kloubu jsou prováděny v aseptickém režimu, tak ani implantace endoprotézy kyčelního kloub nemůže být výjimkou. Před každou operací je potřeba zlikvidovat možné zdroje infekce, nejvíce se zaměřujeme na kožní, urogenitální, otolaryngologické, stomatologické infekce a infekce v dutině ústní. Vlastní operace implantace endoprotézy kyčelního kloubu se provádí v nejčastěji v poloze na zádech v celkové anestezii. Ve výjimečných situacích v poloze na boku (Koudelka et al., 2004). Pro operaci je důležité zvolit správné místo řezu. Redukuje se tím pooperační jizva, a tím se zlepší kosmetický účinek a psychika jedince po operaci (Jakubík a Fousek, 2019).

Operace většinou trvá kolem jedné až dvou hodin. Po ukončení operace se zavádí pacientovi drenáž s aktivním sáním nejčastěji Redonova drenáž. Dle zvyklosti oddělení se operovaná končetina dává do antirotační botičky, která brání luxaci, přikládá se elastické obinadlo a provádí se vysoká bandáž dolní končetiny (Koudelka et al. 2004). V zahraničí se v dnešní době objevují operace, kdy je operátérovi nápomocný počítač, přesněji robotická navigace pomocí počítače, která má za úkol přesnější průběh operace, například u obézního pacienta (Gupta et al., 2015).

1.2.6 Komplikace spojené s implantací endoprotézy

Komplikace spojené s implantací endoprotézy kyčelního kloubu rozdělujeme z hlediska času na perioperační, časné, středně pozdní a pozdní (Koudelka et al., 2004).

Perioperační komplikace nastávají během samotné operace. Perioperační komplikací je například zlomenina v oblasti Adamsova oblouku a zlomeniny diafýzy femuru. Tyto komplikace se nejčastěji řeší osteosyntézou, buď to cerkláží, nebo dlahou. Další možnost řešení této komplikace je aplikace spongiózních štepů do místa vzniklé komplikace. Další komplikace, která může vzniknout během operace je poranění velkých cév jako je artérie femoralis a jejich větví. V takovémto případě je vždy nutná revize operační rány a sutura tepny. Při poranění menších větví tepny postačí podvázat postiženou větev. Během samotné operace, může dojít i k poranění nervů, a to nervus femoralis a nervus ischiadicus. Toto vzniklá komplikace zvyšuje riziko kontraktury kyčelního kloubu. Při takovémto postižení nervu většinu dochází ke spontánní úpravě, ale pokud k tomu nedojde, je potřeba speciálního vyšetření zvané elektromyografie (Koudelka et al., 2004).

Do časných komplikací, ke kterým dochází při implantaci endoprotézy kyčelního kloubu, řadíme nejčastěji krvácení. Kvůli této komplikaci a také kvůli očekávané větší krvácivosti z důvodu rozsáhlého výkonu se pacientům podávají krevní konzervy nebo transfuze. To sebou nese další možné komplikace, které mohou zapříčinit delší rekonvalescenci pacienta (Rondon et al., 2018). Další časnou komplikací u implantace endoprotézy je tuková embolie při cementování, anebo luxace endoprotézy. Ta se projeví bolestí kloubu a patologickým postavením dolní končetiny. V časných komplikacích se také může objevit tromboembolická nemoc, u které je velmi

důležitá prevence, jako je pohybová aktivita, elastické bandáže dolních končetin nebo tromboembolické punčochy a podání nízkomolekulárních heparinů (Dungl et al., 2015).

Mezi středně pozdní komplikace při této operaci řadíme dehiscenci operační rány, hematom v operované oblasti, infekce místní nebo celková. Infekce se projeví do 14 dnů silnou bolestí operovaného místa a místními i celkovými známkami infekce, ke kterým patří zarudnutí, teplota a otok operačního místa, otok a zvýšená tělesná teplota nad 38°C. Infekci lze předejít podáním různých antibiotik vhodně zvolených podle konkrétního pacienta a také podle hmotnosti, na co se bohužel často zapomíná. Hrozí proto předávkování a vznik dalších na to vázaných komplikací. Druh antibiotik také záleží na zvyklosti oddělení (Frisch et al., 2016).

Mezi pozdní komplikace nejčastěji řadíme hematogenně se šířící infekce, která vzniká většinou do dvou let od operace. Patří sem i paraartikulární osifikace, což znamená, že došlo k zhmoždění měkkých tkání okolo kyčelního kloubu, uvolnění implantované endoprotézy a migrace endoprotézy (Koudelka et al., 2004).

1.2.7 Zásady ošetrovatelské péče o pacienta po endoprotéze kyčelního kloubu

Pacient, který je po totální endoprotéze kyčelního kloubu, je přijat na jednotku intenzivní péče, kde jsou monitorovány fyziologické funkce. Je kontrolována operační rána, její vzhled, krytí operační rány, ztráty do Redonova drénu a celkový stav pacienta. Během druhého až třetího dne, je pacient podle svého stavu, přeložen na standartní oddělení. Pacient je po celou dobu hospitalizace edukován o pooperačním režimu, který se týká polohy, zakázaných pohybů, které jsou pokrčení končetiny nad 90°, poloha na operovaném boku, křížit dolní končetiny přes sebe a posazovat se do pravého úhlu, a také pohybů, které vykonávat smí, jako jsou nadzvedávání hýždí pomocí hrazdičky, posazování se do polosedu na lůžku, pokrčování a posilování neoperované dolní končetiny a přitahování špiček obou končetin. Pacient by měl operovanou končetinu držet v extenzi, mírné abdukci, mezi kolena by měl být umístěn abdukční trojúhelník. Dále by špička operované dolní končetiny měla být ve vnitřní rotaci. O pohybovém režimu je pacient důkladně informován fyzioterapeutem (Kolář, 2009).

Pacient má v prvních dnech po operaci omezenou pohyblivost a udržuje jen jednu polohu, proto je důležitá antidekubitární prevence. Většinou pacientů se proto pod hýždě vkládá antidekubitní podložka. Antidekubitní pomůckami, které se v pooperačním období používají, jsou také podložky pod kolena a paty.

K prevenci proleženin patří i dostatečná hygiena pacienta a předilekčních míst. U pacienta po takovéto operaci dbáme na prevenci pádu tak, že zajistíme k lůžku pomůcky a signalizační zařízení (Repko et al., 2012). Velmi důležitá je v pooperačním období antitrombotická léčba. Prevencí jsou vysoké bandáže dolních končetin. Mimo jiné bandáže slouží také ke zmírnění otoku. Pacientovi je pravidelně podávána antikoagulační léčba ve formě injekcí nebo perorálních tablet (Slezáková, 2010). Pacient je edukován o své farmakoterapii a analgetické terapii. V prvních dne jsou pacientovi naordinovány infuzní roztoky, které zajistí hydrataci. Antibiotika po operaci se podávají intravenózně tak jako analgetika. Bolest je pravidelně monitorována pomocí stupnice VAS (Málek, 2014).

Pacient po implantaci endoprotézy kyčelního kloubu má zavedený nejčastěji periferní žilní katetr. Ten se pravidelně kontroluje, jak okolí místa vpichu, jeho funkčnost a doba zavedení katetru. Pokud již není potřeba, katetr se odstraňuje v co nejkratší době, protože tím předcházíme možnému vzniku infekce. Pacient dále může mít zavedený permanentní močový katetr, který se ponechává do doby, kdy pacient bude dostatečně soběstačný (Vytejková et al., 2011). Důležitá je péče operační rány ve všech dnech hospitalizace. Převaz rány je prováděný za aseptických podmínek pomocí dezinfekce a sterilního krytí. Redonův drén se odstraňuje druhý pooperační den, pokud je vše v pořádku. Hygiena operační rány se většinou šestý pooperační den může provádět pouze pomocí tekoucí vody bez mýdla. Stehy se odstraňují desátý až patnáctý den po operaci (Mikšová, 2006). V pooperačním období se nesmí zapomínat na dostatečnou výživu a hydrataci. Pacient druhý pooperační den může přijímat stravu bez omezení. Pít by měl neperlivou vodu nebo čaj. Nedoporučují se ovocné džusy ani perlivé vody, které dráždí žaludek a způsobují plynatost (Taliánová, 2009).

1.2.8 Rehabilitace

Rehabilitace, která je nedílnou součástí jak v předoperačním tak pooperačním období v rámci implantace endoprotézy je velmi důležitá (Dungl et al., 2015).

V předoperačním období se jedinec zaměřujeme hlavně na protahování zkrácených svalů, relaxaci a posilování svalových skupin na dolních končetinách a také svalů zádočných a břišních. Důležitá je reedukace stereotypu extenze a abdukce kyčelního kloubu. Nácvik správné chůze je velmi důležitý pro pooperační rehabilitaci

ale jedinec se o tomto informuje již v předoperačním období (Janíková a Zeleníková, 2013).

Pooperační rehabilitace v nemocničním nebo jiným zdravotnickém zařízení spočívá ve vertikalizace pacienta a nácviku samostatné a hlavně správné chůze o berlích a nácviku nášlapu na operovanou dolní končetinu. Pacient je edukován o tzv. zakázaných pohybech, mezi které patří zevní rotace kyčelního kloubu, addukce a flexe v kyčelním kloubu větší než 90°. Při nedodržení těchto opatření se zvyšuje riziko luxace implantované endoprotézy (Dungl et al., 2005). V pooperační rehabilitaci je potřeba zmírnit riziko pádu a riziko vzniku dekubitů hlavně u pacienta, trpící neuropatii z důvodu pokročilého stádia onemocnění diabetes mellitus (Šponer et al., 2014). V prvních pooperačních dnech jsou pacientovi ordinována dechová cvičení na lůžku, cvičení neoperované končetiny z důvodu zvýšení svalové síly. Na operované končetině je aktivně zapojováno hlezno. Druhý až třetí den po implantaci endoprotézy se přidává aktivní cvičení v kyčelním kloubu s dopomocí fyzioterapeuta. Toto aktivní cvičení zahrnuje flexi do 90°, abdukci a vnitřní rotaci v kyčelním kloubu. Na lůžku pacient provádí správné přetáčení se z boku na bok s molitanovým čtvercem mezi dolními končetinami v úrovni kolen. Rehabilitace spočívá i v sedu na lůžku se svěšenými nohama z lůžka a poté samotná vertikalizace pacienta. Chůze je nejprve okolo lůžka, poté delší vzdálenost po pokoji a postupně se vzdálenost, kterou pacient ujde, zvětšuje. Nacvičuje se trojbodová chůze o francouzských nebo podpažních holích, která začíná simulací nášlapu. Pokud pacient zvládá vše bez větších problémů, přidává se chůze do schodů. Dále fyzioterapeut pacienta naučí správné posazování na židli a WC (Malcherová, 2007).

Propuštěním pacienta ze zdravotnického zařízení do domácího prostředí rehabilitace nekončí. Pacient musí dbát na vše, co se naučil a dodržovat vše, co mu bylo řečeno. Rehabilitace v domácím prostředí je velmi důležitá. Pacient by neměl po dobu šesti týdnů od operace řídit automobil, dále nesmí nosit předměty těžší než pět kilogramů, nepřetěžovat operovanou dolní končetinu, nosit obuv s pevnou podrážkou bez vysokého podpatku, křížit nohu přes nohu, nepředklánět se, neprovádět rotaci v kyčelním kloubu. Musí dbát na to, že nesmí sedat do nízkých křesel, kdy by flexe byla větší než 90°, musí si pořídit speciální nástavec na WC nebo do vany, protože běžné sezení ve vaně patří mezi zakázané pohyby. Pacient si také musí dávat pozor na pády, při kterých hrozí luxace implantované endoprotézy a další úrazy, které mohou přispět ke

komplikacím. Pacient dále může navštěvovat ambulantní rehabilitační ošetřování, má nárok na lázeňskou léčbu nebo ústavní rehabilitační léčbu (Matouš et al., 2005).

1.3 Obezita

1.3.1 Charakteristika onemocnění

Obezita neboli otylost je velice závažné onemocnění. Projevuje se tím, že se v těle nahromadí nadměrné množství tukové tkáně. Toto chronické onemocnění, které je rozšířené po celém světě a trpí jím více a více lidí, zvyšuje riziko několika chorob, jako jsou kardiovaskulární choroby, syndrom spánkové apnoe, choroby žlučníku a také je důsledkem mnoha psychických poruch. Obézní pacienty častěji postihuje ischemická choroba srdeční, diabetes mellitus 2. typu, zvýšený krevní tlak, infarkt myokardu a cévní mozková příhoda (Trnková, 2015).

Obezitou stále častěji trpí děti a mladší dospělí a v současné době se stává velkým zdravotním problémem lidstva, což je epidemický charakter. Poslední statistiky nám mohou ukázat, že s obezitou se potýká přes dvě miliardy lidí na světě. V České republice obezitou trpí zhruba jeden a půl milionu obyvatel (Fried et al., 2011).

Obezita a nadváha snižují kvalitu lidského života a také zvyšují náklady zdravotních pojišťoven na léčbu právě obézních pacientů nebo na léčbu přidružených onemocnění spjatých s obezitou a nadváhou (Doležalová et al., 2012).

Velkou úlohu na vznik obezity sebou nesou různé stresové situace, deprese a úzkosti, kdy jedinec reaguje přejídáním. Tuto poruchu můžeme označit jako tzv. dietní disinhibici a zjišťujeme ji pomocí vyplněného dotazníku jídelních zvyklostí. Dále lze rozlišit poruchu, kdy jedinec vykazuje touhu po zvýšeném příjmu potravy před ostatními lidmi, kteří se také stravují, zejména jedná-li se o jejich přátele. Tento druh přejídání označujeme jako sociální facilitaci (Hainer et al., 2003).

1.3.2 Etiologie obezity

Obezita vzniká zejména z důvodu tzv. pozitivní energetické bilance, vznikající při nerovnováze energetického příjmu a výdeje. Dalšími faktory, které zapříčiňují nadváhu až obezitu, můžeme rozdělit na ty, které ovlivnit nemůžeme a na ty, které jsou námi ovlivnitelné (Müllerová et al., 2009).

Genetická dispozice a familiární výskyt ovlivňují vznik obezity až z 40%. Obezita je polygenní onemocnění, což znamená, že je způsobena více geny a ne jen jedním. Rozlišit můžeme geny leptogenní a obezitogenní. Souhrnně se tyto geny nazývají kandidátní geny. Kandidátní geny mají velký vliv na pocity sytosti a hladu, jídelní chování, na potraviny, které jedinec preferuje, na spalování živin, ukládání živin a další. Leptogenní geny, jsou geny, které snižují sklony k obezitě. Obezitogenní geny, už podle názvu, mají za příčinu sklony k obezitě. Působení těchto genů a dalších zbylých 60 %, které připadají celkovému životnímu stylu, životnímu prostředí, určuje, jestli jedinec bude obézní nebo naopak (Hainer, 2011).

Mezi již zmíněných 60 % patří i léky například tyreostatika, glukokortikoidy, antipsychotika, které jedinec bere, mohou vyvolat zvýšené ukládání tukových zásob a také mít vliv na energetický výdej organismu. Na vzniku tohoto onemocnění se podílí též stresové situace, ve kterých se jedinec pohybuje, deprese, psychická nepohoda a úzkosti, kdy jedinec reaguje na přejídání. V neposlední řadě obezitu provázejí i některé endokrinní onemocnění jako je například Cushingova choroba (Fried et al., 2011).

1.3.3 Rizikové faktory obezity

Onemocněním obezita je velmi vážný a významný rizikový faktor, který dále zapříčiňuje další somatická onemocnění, kam řadíme například diabetes mellitus 2. typu, zvýšenou koncentraci cholesterolu v krvi neboli hypercholesterolémii, vysoký krevní tlak, srdeční cévní onemocnění a další (Martiník, 2008).

1.3.4 Diagnostika obezity

Nadváha až obezita je onemocnění s poměrně jednoduchou diagnostikou. Jedince, který trpí obezitou, pozná pomocí vzhledu i obyčejný laik bez zdravotnického vzdělání. Jako první diagnostickou metodou při onemocnění obezitou je sběr anamnézy, kdy se zaměříme na anamnézu osobní, rodinnou, pracovní a u žen i gynekologickou. Kladené otázky směřují na výskyt obezity u rodičů, sourozenců a dalších příbuzných, dále se dotazuje na výšku porodní hmotnosti, možné hmotnostní výkyvy během života, a pokud nějaké výkyvy byly, tak jaké situace jim předcházely. Zjišťujeme jiná přidružená onemocnění, která mohou napomoci vzniku nadváhy nebo obezity.

Dále se tážeme na zvyky, jako je kouření, přítomnost poruch spánku, depresivních stavů anebo konzumaci léků, které přispívají nárůstu hmotnosti (Lukáš et al., 2015).

Po podrobné anamnéze je podle světové zdravotnické organizace (WHO) nutné použít tzv. body mass index, často používaná zkratkou BMI. Výsledek BMI dostaneme váhou jedince v kilogramech vydělenou výškou jedince v metrech na druhou neboli $BMI = \text{kg} / \text{m}^2$ (Kunešová et al., 2016). Podle výsledku rovnice BMI se dále rozděluje do kategorií a s nimi spojená zdravotní rizika.

Tabulka číslo 1: Kategorie BMI a zdravotní riziko		
BMI	Kategorie	Zdravotní riziko
<18,5	Podváha	Zvýšené
18,5-24,9	Normální rozmezí	Minimální
25,0-29,9	Nadváhy	Zvýšené
30,0-34,9	Obezita 1. stupně	Vysoké
35,0-39,9	Obezita 2. stupně	Vysoké
>40	Obezita 3. stupně	Velmi vysoké

Zdroj: Kunešová et al., 2016

Po změření BMI dále zjišťujeme obvod pasu. Podle výše obvodu můžeme určit, o jaký typ obezity se jedná a dále míru rizika vzniku kardiovaskulárních a metabolických onemocnění.

Tabulka číslo 2: Rizikový obvod pasu		
Riziko	Muži	Ženy
Zvýšené	94 cm	80 cm
Vysoké	102 cm	88 cm

Zdroj: Hainer, 2011

Dalším způsobem, který se používá k diagnostice obezity, je měření kožních řas přístrojem, zvaným kaliperační kleště. Nejčastěji se měří čtyři kožní řasy a to subskapulární, čili pod lopatkou, superailiakální, čili podél hřebene kosti kyčelní, dále nad bicipsem a nad tricipsem. Toto měření nám ukazuje procento tělesného tuku v těle jedince (Hainer, 2011).

Nezbytnou metodou v diagnostice obezity je provedení laboratorních vyšetření a to se zaměřením na cholesterol celkový, vysokodenzitní lipoprotein (HDL), nízkodenzitní lipoprotein (LDL), triglyceridy (TGL), na množství kyseliny močové, dále kontrolu jaterních testů, lipidového souboru, urey, kreatinu a tyreostimulačního hormonu (TSH). Jedinec také podstoupí kontrolní odběr glykémie nebo glykovaného hemoglobinu, protože s obezitou je úzce spojeno riziko vzniku diabetu mellitu 2. stupně. Všechny tyto diagnostické metody jedinec podstoupí u svého praktického lékaře, který pak jedince doporučí ke specialistovi zabývající se obezitou k dalšímu řešení tímto onemocněním (Svačina, 2013).

Pomocí dotazníkového šetření dietolog nebo nutriční terapeut zjišťuje stravovací návyky obézního jedince. Dotazuje se na počet jídel a jejich pravidelnost během dne. Jaké potraviny jedinec preferuje, jestli sladké, slané, kyselé, hořké, jaké má stravování během večera. Dále se dotazujeme na noční stravování, velikosti porcí, pocity před, během a po stravování, místo stravování a mnoho dalších otázek. Některé mohou být pro jedince nepříjemné, nicméně nezbytné pro správnou diagnostiku obezity. Jídelníček, který je pomocí těchto údajů sestavený, dodržuje jedinec po dobu jednoho týdne takzvaně „na zkoušku“. Pro každého jedince je sestaven konkrétní jídelníček (Pichlerová, 2016).

Ve specializovaných ambulancích nebo specializovaných klinikách, které se zabývají obezitou, se provádí měření množství tuku v těle u obézních jedinců. V běžných zdravotnických zařízeních se tyto metody nepoužívají z důvodu zbytečnosti a velké finanční nákladnosti. Nejvyužívanější technikou je impedance neboli vodivosti těla. Tato technika využívá průchodu proudu tělem. Principem je měření impedance nebo rezistence proudu, který je slabší a nízkofrekvenční. Ten prochází tělesnými tekutinami tukové a netukové hmoty. Přístroj, který se na toto měření používá, se drží bimanuálně (v obou rukách) nebo můžeme postavit jedince na elektrody čili bipedálně. Měření se může provádět i zároveň s měřením tělesné hmotnosti jedince. Takovéto měření na speciální váze například In body je krátké, během několika minut, ale bohužel nepřesné. Můžeme zjistit i další tělesné oddíly jako je množství vody v těle, množství beztukové tělesné hmoty a množství svalové hmoty. Toto měření je v současné době nejvíce používanou metodou na zjištění složení těla (Svačina, 2013). Další speciální vyšetření se používá sonografické vyšetření k měření podkožního tuku, které je také nepřesné. Na druhé straně při použití výpočetní tomografie dokážeme posoudit množství intraabdominálního a subkutánního tuku ve velmi přesných

hodnotách. Další metodou, která se nepoužívá kvůli jejich nedostupnosti nebo vysoké ceně je stanovení beztukové tělesné hmotnosti izotopem kalia nebo neutronová aktivační analýza (Trnková, 2015).

1.3.5 Typy obezity

Pomocí diagnostiky a změřením obvodu pasu, můžeme zjistit, zda se jedná o obezitu gynoidního typu neboli ženského typu anebo androidního typu neboli mužského typu (viz Příloha č. 3). V prvním případě, gynoidního typu obezity, se tuk ukládá zejména do hýždí, boků a také stehen. Tuk se uvolňuje pomaleji a jde hůře zhubnout. Tento typ obezity s sebou nese poměrně malá kardiovaskulární a metabolická rizika. Je dán většinou genetickou dispozicí. U druhého typu obezity se tuk ukládá zejména v oblasti břicha a hrudníku. Tento tuk se rychle uvolňuje. Uvnitř břicha se uložený tuk nazývá útrobní neboli viscerální tuk, který s sebou nese naopak velká kardiovaskulární a metabolická rizika. Jedinci s tímto typem obezity často trpí vysokým krevním tlakem, hypercholesterolémií a diabetem mellitus 2. typu (Hainer, 2011).

1.3.6 Terapie obezity

Obezita je nejčastější onemocnění, které se řeší laickými způsoby. Problémem také je, že jedince trpící obezitou nenavštíví lékaře pro obezitu ale pro problémy, které mu obezita způsobila. Komplexní léčba obezity spočívá v radikální změně dosavadního životního stylu. Změna se dotýká stavování, změny pohybových aktivit v běžném životě, dále o vhodné farmakoterapii a v poslední řadě lze zvolit způsob chirurgické léčby obezity (Fried, 2011).

Nejdůležitější v počátku léčby je stanovit reálný váhový úbytek, kterého chce jedinec dosáhnout. Toto je důležité proto, že přeceněný váhový úbytek může posléze jedince demotivovat, pokud se tak nestane. Tento předem zvolený váhový úbytek zajistí snížení rizikových faktorů obezity a to již zmíněného diabetu mellitu, nádorů spojených s obezitou, výskytu kardiovaskulárních onemocnění. Stanovený cíl váhy musí být dlouhodobý, protože nejde jen o jednorázové snížení váhy, ale zejména o udržení stálosti váhy a prevenci zpětného vzestupu. Doporučený úbytek se pohybuje zhruba 5% až 10% z počáteční váhy za období šest měsíců. Pokud má jedinec index tělesné hmotnosti větší než 35, doporučuje se váhový úbytek z počáteční váhy 20% a více.

Pro dosažení cíle je nutné dosáhnout negativní energetické bilance, což je snížení energetického příjmu a zvýšením energetického výdeje (Svačina, 2013).

Základem úspěšné léčby je motivace jedince, stanovení reálných cílů a pravidelné kontroly u specialistů, kteří se zaměřují na léčbu obezity a nadváhy. Tito specialisté jsou důležití k zhodnocení efektivnosti daného postupu. Dietní léčba a změna jídelníčku je důležitý start k úspěšnému dosažení cíle. Každý jedinec je jiný a potřebuje určité množství energie, aby mohlo jeho tělo fungovat. Pokud dává tělu více energie, než je jeho tělo schopno zpracovat, ukládá si tuto energii ve formě tukových zásob na časy, kdy je tělo bude potřebovat. Pokud toto ukládání trvá delší čas, způsobuje to tloustnutí. Proto je důležité nastavení správného a vyváženého jídelníčku a to dlouhodobě (Vránová, 2013).

Obecně je známo, že k hubnutí a udržení zdravé váhy, je důležité dodržovat pravidelnost jídel během dne. Porce jídel by měly být menší a častěji, ideálně šestkrát denně. Strava se doporučuje pestrá s dostatek vitamínů a minerálů v podobě ovoce a zeleniny. Zpočátku vyřadit tučné potraviny a vyhledávat potraviny s nízkým obsahem tuku. Do jídelníčku zařadit čerstvé ryby, bílé maso, luštěniny. V neposlední řadě musí jedinec také myslet na pitný režim, který by se měl skládat z čisté vody, ochucené citrónem, bylinkové čaje. Omezit by se mělo pití alkoholických nápojů, kávy a slazených nápojů (Málková, 2014).

Problémem u jedince, který trpí obezitou je minulost, ve které dotyčný zkusil několik radikálních diet s myšlenkou rychlého zhubnutí. Tyto diety sice sníží energetický příjem, ale jsou často nevyvážené a někdy se podobají spíše hladovění než dietnímu omezení potravy. Váhový úbytek, který se dostaví během této diety je možný, ale jen dočasný. Tělo reaguje na snížený příjem energie snížením bazálního metabolismu (energie, kterou použijeme k základním životním funkcím). Tělo sice začíná hubnout, ale pokud jedinec přestane dodržovat dietního opatření zvolené radikální diety, tělo si začne ukládat přijatou energii do tukových zásob pro případ dalšího hladovění. Jedinec tedy spíše tloustne, než aby hubnul. Během těchto radikální diet a hladovění může docházet k psychickým poruchám, psychickému strádání, výkyvům nálad a podráždění. Po prvních váhových úbytcích přichází pocity uspokojení, ale po čase se váha zastaví a přichází opačné pocity podráždění, nejistoty a úzkosti. Chutě na „zakázané“ potraviny se stupňují s jedinec se začíná přejídat a sklouzne opět k předchozímu nezdravému stylu života. Proto jsou nejlepší diety (viz Příloha č. 4) pro obézní pacienty, diety redukční. (Müllerová, 2009).

Po správném určení jídelníčku a vysvětlení chybných dietních opatření je velmi důležité, aby jedinec zařadil do svého života určitou fyzickou aktivitu. Fyzická aktivita je již po několik desetiletí považována za skvělý prostředek nejen ke zvýšení funkční kapacity a tělesných dovedností, tak velký nástroj používaný k redukci hmotnosti, snížení rizika vzniku kardiovaskulárních onemocnění, a dalších rizikových onemocnění spojených s obezitou. U jedinců trpících obezitou se doporučuje postupné zatěžování pohybového aparátu, nikoliv se snažit dohnat nedostatky nadměrnou fyzickou aktivitou. Stejně jako jídelníček, který je sestavený jedinci na míru, tak je sestavený i tréninkový plán pro konkrétního jedince (Vlčková, 2009)

Tento tréninkový program se zaměřuje na posílení svalových skupin a přihlíží k dosavadnímu stylu života jedince a jeho pohybové aktivitě, zdravotnímu stavu, jeho věku, předchozích zkušenostech s fyzickou aktivitou, dostupností zařízení a časovým možnostem dotyčného jedince. Tréninková aktivita by se měla pohybovat v rozmezí 20 až 60 minut 3-5krát týdně. Doba jednoho tréninku by měla být upravena podle již zmíněných bodů a podle prováděné činnosti a její intenzitě. Jako vhodný pohyb pro jedince, který začíná s fyzickou aktivitou, je chůze, jízda na kole, bruslení, plavání a podobně. Postupně se poté zatěžování zvětšuje a prodlužuje se doba jednoho tréninku (Vítek, 2008)

K dodržování jídelníčku a tréninkového plánu můžeme jedinci napomoci tím, že léčbu obezity podpoříme farmakoterapií. Léčba obezity pomocí léků je již dlouhodobě součástí komplexní léčby a je vyhledávaným způsobem redukce váhy. Je to pro to, že na trhu s léky proti nadváze a obezitě je spousta těch, které jsou volně prodejné. Je třeba podotknout, že léky neléčí obezitu jako takovou, ale pouze snižují příjem energie nebo zvyšují výdej energie. Tyto léky sebou nesou velké množství nežádoucích účinků, jedním z nich je právě ten, že po vysazení se váha vrací do původní hodnoty, která byla měřena před léčbou. Váhový pokles u farmak bývá okolo 10%, což patří mezi nižší váhové úbytky. Farmaka neboli antiobezitika můžeme rozdělit na léky, které působí centrálně na příjem potravy, na léky, které omezují vstřebávání živin a na léky, které zvyšují energetický výdej. Tyto tři skupiny léků předepisuje specialista na výživu a to podle zdravotního stavu jedince, přidružených onemocnění a celkovým stavem jedince (Veisová, 2011).

Do komplexní léčby obezity patří také psychologická léčba obezity. Tato část léčby je velmi důležitá, protože obezita ovlivňuje nejen vznik závažných somatických onemocnění, ale také celkovou kvalitu života. Redukce hmotnosti zajistí jedinci zdravé

sebevědomí, spokojenost se sebou samým a dalších libivých pocitů. Většina jedinců trpící obezitou nabírá svou hmotnost během stresových situací jako je rozvod, ztráta zaměstnání, ztráta blízké osoby, životní změna a podobně. Tyto stresové situace a změny jimi způsobené jedinec řeší příjmem většího množství jídla, aby zaplnily určitou prázdnotu uvnitř jejich těla (Vrainová, 2012).

Mezi nejvyužívanější způsoby psychologické léčby obezity v dnešní době patří kognitivně- behaviorální terapie. Tato terapie vychází z teorie, že původem psychických potíží jsou mylné způsoby chování a myšlení jedince. Je považována za nejúčinnější. Během její aplikace s používají techniky jako je sebezpozorování, kdy jedinec identifikuje vlastní chyby, kontrola vnějších podnětů, kdy jedinec a jeho okolí odstraňují rizikové situace, kdy by mohlo dojít k porušení léčby, dále sebesilování, kam můžeme zahrnout odměny za dobře odvedenou práci a pochvaly jak jedincem samotným tak jeho okolím a kognitivní techniky, kam patří nácvik pozitivního myšlení, které patří mezi nejtěžší techniky této terapie (Wagenknecht, 2011).

Zkušený tým zdravotníků musí vnímat k jedince jako celek a jeho biologickými, psychologickými, sociálními a duchovními potřebami. Na cestě k léčbě obezity je nutné koukat i na emoce jedince, na jeho myšlenky a chování, které je důležité pro úspěšnou léčbu. U hodně jedinců, kteří nemají pevnou vůli a dostatečnou motivaci, se léčba neseťká s úspěchem (Owen, 2013).

Pokud tyto jednotlivé terapie jako je správné stravování, dostatečná fyzická aktivita, farmakoterapie a psychoterapie nepomáhají tak, jak by si jedinec přál, může podstoupit pod odmluvě s ošetřujícím lékařem chirurgickou léčbu obezity. Tato léčba je prokazatelně nejúčinnějším způsobem léčby se třetím stupněm obezity. Existuje několik typů operací a těmi jsou bandáž žaludku, sleeve resekce tzv. tubulizace žaludku a žaludeční bypass (Telička et al., 2012).

Všechny tyto operace se většinou provádí laparoskopicky a provádí se na principu zmenšení žaludku. K chirurgickému řešení obezity přistupují jedinci od věku 18-60 let, kteří jsou schopni účastnit se dlouhodobého medicínského sledování, jejichž body mass index je 35- 40, u jedinců, kteří si váhový úbytek nedokáží při konzervativní léčbě udržet a u jedinců, kteří netrpí žádným psychickým onemocněním jako určité poruchy osobnosti. Kontraindikace k operaci na žaludku patří abúzus alkoholu, drogová závislost a určité závažné onemocnění, která v dohledné době ohrožují život (Owen, 2012).

Novinky ve farmakologii v léčbě obezity jsou dnes velmi vhodný způsob při dietním a režimovém opatření. Vyžaduje to také velké personální nasazení v rámci všech oborů. Moderní farmakoterapie může překonat i bariatrickou operaci. Zatím však tyto farmakoterapeutika nehradí pojišťovna a jsou velmi finančně nákladné. Nové centrálně působící farmaka proti obezitě je kombinace naltrexon a bupropion ER. Je to kombinace antiobezika a antidepresiva. Dalším nově využívaným lékem je liraglutid, který je vhodný nejen jako antiobezikum, ale i k prevenci rizikových faktorů. Toto jsou nejznámější nová farmaka, stále se ale nejčastěji používá známý Orlistat. Dnes mají pacienti s obezitou široký výběr různých léků, a proto se využívají co nejvíce (Šrámková, 2018).

1.3.7 Zásady ošetrovatelské péče o obézního pacienta

Pacient, který je obézní, potřebuje stejnou péči jako pacient s normálním body mass indexem. Rozdíl můžeme vnímat v tom, že většina obézních se za svou váhu stydí a proto požadují větší dodržování soukromí a intimity. V tomto ohledu musí být ošetrující personál citlivější a mít více trpělivosti (Fraňková, 2009).

Důležitá je komunikace s obézním pacientem. Během komunikace s pacientem se často dozvídáme, že nebere obezitu jako nemoc a že pacient již rezignoval ohledně dalších pokusů o změnu. Během několika fází komunikace probereme s pacientem možnosti léčby a redukce váhy, probereme pro a proti, které se vztahují k problematice, a připomeneme možná rizika onemocnění. Pacienti jsou velmi citliví, co se týče hovorů o jejich váze, proto k nim přistupujeme s laskavým tónem (Herlesová, 2019).

U obézního pacienta se zaměřujeme především na hodnocení soběstačnosti a sebepéče pacienta. Obézní pacienti mají častěji než pacienti s normální BMI problémy s hybností. To vede k nesoběstačnosti pacienta a zvýšení zátěže pro ošetrující personál při provádění úkonů. V rámci nesoběstačnosti a snížené pohyblivosti pacienta je zde velmi nutné polohování pacienta a podpora v pohybu (Pokorná, 2013). V rámci snížené mobility pacienta je snížena i úroveň hygienické péče. Je nutné provádět hygienu ve všech kožních záhybech, kde se často vyskytují ekzémy, opruzeniny. Hlavně tam, kam si pacient sám nedosáhne, aby si dané místo ošetřil. Po hygieně se kožní záhyby ošetří zásypem nebo mastmi proti opruzeninám. Místa se kontrolují při každé hygieně nebo podle potřeby. U obézních pacientů výrazně stoupá riziko pádu a to při provádění hygienické péče, oblékání a obouvání, z důvodu již zmíněné snížené pohyblivosti a

soběstačnosti (Vlčková, 2003). Dalším důležitým ošetrovatelským úkonem je kontrola nehtů na dolních končetinách. Obézní pacienti nejsou často schopni se o nehty starat. U obézních pacientů, kteří často trpí onemocněním diabetes mellitus, hrozí zvýšené riziko infekce (Vytejková et al., 2011). Péče o ránu u obézního pacienta je někdy komplikovaná důsledkem kožních valů, nesprávné výživy, omezení krevního průtoku, které je způsobené velkou tukovou vrstvou a dalších faktorů. Při péči se nejprve provede hygiena rány, zhodnotí se okolí rány a poté se ošetří podle ordinace lékaře (Mikšová, 2006).

U obézních pacientů, kteří jsou hospitalizováni je velké riziko vzniku dekubitů v souvislosti s omezenou pohyblivostí. U preventivních postupů se nejvíce dbát na polohování pacienta, úpravu lůžka, hygienickou péči a v neposlední řadě na výživu obézního pacienta. Polohování je často pro pacienta nepříjemné a pro sestru fyzicky obtížné, ale je nezbytné. Při polohování obézního je vhodné, aby měl pacient antidekubitární matrací a antidekubitní pomůcky, zabraňující vzniku dekubitů. Pacient by měl být podporován k aktivitě na lůžku i mimo něj podle celkového stavu (Mikula, 2008). V období hospitalizace se obézní pacient dodržuje naordinovanou redukční dietou, která je sestavena nutričním terapeutem a obsahuje všechny potřebné složky potřeby ve správném poměru. Dieta pro obézního pacienta by měla obsahovat sacharidy, vlákninu, minerály a vitamíny, bílkoviny, a to rostlinného původu. Je potřeba zvýšit příjem ovoce, zeleniny a luštěnin a také snížit množství soli v potravinách nebo oblíbené přísolování (Frej, 2006).

1.3.8 *Prevence obezity*

Obezita se počítá mezi onemocnění, u kterého je prevence vícekrát účinnější než jeho léčba. Prevence obezity nebo jen nadváhy u dospělých jedinců, ale i u adolescentů a dětí, spočívá hlavně v pravidelné fyzické aktivitě, udržování vhodných stravovacích návyků a v neposlední řadě také v dobré psychické náladě. Základem k zdravě vypadajícímu tělu člověka je potřeba, aby jedinec dodržoval vhodná výživová doporučení. Vhodná je vyvážená, pestrá a hlavně pravidelná strava. Důležitý je také dostatečný pitný režim. Vhodnost a nevhodnost stravy se znázorňuje v takzvané potravinové pyramidě, ve které můžeme vidět, jaké potraviny lze jíst bez výčitek (ovoce, zelenina) a kterým by se jedinci měli jíst zřídka nebo se jim zcela vyhýbat (sladkosti). Ve stravě, kterou jedinec požije, by měli být obsaženy tři základní živiny,

kteřé jsou zdrojem energie pro lidské tělo. Pakliže se jedna složka potravy převyšuje nad ostatní, může to způsobit zvyšování tělesné hmotnosti (Hainer, 2011).

První základní složkou jsou sacharidy, které by měly obsahovat okolo 60% celkového denního energetického příjmu. V rámci redukce by se sacharidy měly pohybovat okolo 40% celkového příjmu. Jednoduché sacharidy neboli monosacharidy jsou záludné v tom, že zvyšují produkci inzulínu a tím přispívají ke snadnějšímu ukládání tuků a následkem toho může být důvodem obezity. Mezi tyto jednoduché sacharidy patří sladkosti, nebo pečivo. Opakem jednoduchých cukrů jsou složité cukry, čili polysacharidy, při jejichž konzumaci se prudce nezvyšuje sekrece inzulínu a neukládá se snadno přebytný tuk. Těmito potravinami jsou ovoce nebo mléko (Kunová, 2009).

Další nezbytnou složkou potravy, které v jídelníčku jedince, který se udržuje zdravý životní styl, patří tuky. Pro mnohé je slovo „tuk“ odstrašující, ale bez tuku by to v životě nešlo. Tuk by měl být v přijímané potravě zastoupený okolo 20- 30% denního energetického příjmu. Tuky se rozdělují do dvou skupin a to na pevné živočišné tuky jako je máslo a sádlo, které jsou méně vhodné, protože obsahují nasycené mastné kyseliny, které mají za příčinu zvyšování tělesné hmotnosti a vedou k ukládání tukových látek na stěně v cévách a tím vznik aterosklerózy. Do další skupiny patří tuky v nepevném skupenství například olivový olej a to nejčastěji rostlinného původu. Tyto tuky obsahují naopak nenasycené mastné kyseliny, které jsou tělu prospěšné tím, že snižují hladinu cholesterolu v krvi a tím pádem chrání lidský organismus (Heinrich, 2015).

Poslední složkou potravy, která by neměla chybět ve vyváženém jídelníčku, jsou bílkoviny. Ty by měly být zastoupené v 10% v celkovém příjmu během dne. Jediné bílkoviny by se během redukce hmotnosti měly zvýšit na příjem okolo 20%. Jejich příjem se zvyšuje, protože právě bílkovinou jsou součástí živé hmoty, svalů, enzymů a hormonů a v neposlední řadě jsou stavebním materiálem pro lidské buňky. Bílkoviny se rozdělují na živočišné jako je mléko a rostlinné bílkoviny, které jsou zastoupeny v luštěninách. Rostlinné bílkoviny mají vyšší biologickou hodnotu a vyšší obsah nasycených mastných kyselin (Svačina, 2013).

Nedílnou součástí zdravého stravování a tím i preventivnímu chování v rámci obezity je správný pitný režim. Optimální příjem tekutin je dva až tři litry čisté vody, nebo neslazeného nápoje. Dobrou volnou jsou i přírodní čaje a ochucené perlivé vody bylinkami nebo citrónem (Svačina, 2008).

Nezanedbatelný podíl na prevenci obezity je dostatečná pohybová aktivita. Každý jedinec, který si chce zachovat zdraví, by měl vykazovat nějaký druh pohybu. Měl by si najít aktivitu, která ho bude bavit a naplňovat, a bude ji dělat, protože chce a ne protože musí. Pokud každodenní pohyb nestačí na redukci váhy, měl by si jedinec najít vhodnou fyzickou aktivitu, kterou bude provozovat pravidelně nejméně třikrát v týdnu a to minimálně třicet minut. Samozřejmě záleží na věku, zdravotním stavu a celkovém stavu jedince. Po určitém času se opakování a délka pohybové aktivity může zvětšovat. Poroste fyzická zdatnost a jedinec se bude cítit lépe. Pohybová aktivita a zdravý vyvážená strava jsou nejlepší prevencí obezity (Trnková, 2015). Součástí prevence proti obezitě je i potřeba být pozitivně naladěný a smýšlet v dobrém smyslu o svém životě. Snažit se vyvarovat se stresovým situacím, shonu v každodenním životě a najít si čas na příjemný čas strávený s jídlem a námi zvolenou příjemnou pohybovou aktivitou (Papežová, 2010).

1.4 Obezita a náhrada kyčelního kloubu

Obezita a náhrada kyčelního kloubu spolu úzce souvisí, protože se navzájem ovlivňují. Obezita je rizikový faktor u koxartrózy, která vede k totální náhradě kyčelního kloubu. Důležité je si uvědomit, že pokud jedinci nezmění životní styl, bude docházet k postupnému zvyšování hmotnosti a přibývat jedinců, kteří budou muset podstoupit totální endoprotézu nosných kloubů, mezi které patří i kyčelní kloub. Jsou známy případy, které ukazují, že pokud jedinci zredukuje svoji váhu a to výrazně, postupně se zbaví bolesti kyčelního kloubu a operační výkon je u nich odložen. Redukce hmotnosti totiž ovlivní biomechaniku chůze a to tak, že se změní délka kroků, rychlost chůze a rozsah pohybu končetin (Hodovníková, 2018).

Samotná implantace totální endoprotézy vede sice ke zmírnění bolesti a funkce kloubu, ale nevede k ztrátě váhy jedince. Pokud je již obézní pacient indikován k operaci, měl by svou hmotnost snížit na tolik, aby jeho index tělesné hmotnosti byl pod 29,99. Tímto se sníží riziko operačních a pooperačních komplikací, což potvrzuje i výzkum, který byl prováděn odborníky na obezitu a endoprotézu kyčelního kloubu v Austrálii. Podle tohoto výzkumu je u pacientů s nižší hmotností mnohonásobně nižší riziko pooperačních komplikací (Dowsey et al., 2018). Zajímavé ale je, že podle dalšího amerického výzkumu jsou pacienti s nadváhou méně ohroženi

úmrtností po implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu než pacienti, kteří trpí podváhou. Tomuto jevu se přezdívá „paradox obezity“ (Zhang et al., 2018).

Jestliže se již obézní pacient dostane k operačnímu řešení koxartrózy, operační a ošetřující tým se snaží o individuální přístup, který také vede ke snížení rizik v rámci operace. Samotná operace je více složitá u obézního pacienta, ať už při vybavení operačního sálu a také správná volba implantátů. Operační přístup pak bývá rozsáhlý pro lepší dostupnost ke kyčelnímu kloubu. Po operaci se předpokládá, že u obézního pacienta bude rekonvalescence trvat déle a rehabilitace bude náročnější (Gurunathan et al., 2018).

Často se stává, že nejprve pacient podstoupí bariatrickou operaci za účelem snížení hmotnosti a posléze ortopedickou operaci implantaci endoprotézy kyčelního kloubu. Pokud i tak obézní pacient, který podstoupí implantaci kyčelního kloubu, je pro něj kritický každý výkon s operací spojený (Sucharda, 2008). Jak pro jedince, tak pro ošetřující personál, představuje obezita v souvislosti s operací několik problémů a to při zabezpečení dýchacích cest pro zvětšený obvod krku, tváře a hrudníku, problém při zajištění žilního vstupu, problém uložení a transportu jedince na operační lůžko, na vyšetření v rámci operačního výkonu a také v polohování a rehabilitaci jedince, protože u takovýchto vznikají dekubity častěji než u jedinců s normálním indexem tělesné hmotnosti. Problémem je také zvýšené riziko pádu a vznik imobility (Liu et al., 2018).

2 Cíle a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cílem této diplomové práce je popsat přístup pacientů a ošetřujícího personálu k redukci tělesné váhy před totální endoprotézou kyčelního kloubu.

2.2 Výzkumné otázky

V souvislosti s uvedenými cíli diplomové práce byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

1. Jaký postoj mají pacienti k redukci váhy v souvislosti s náhradou kyčelního kloubu?
2. Jaké možnosti redukce váhy jsou pacientům nabízeny v ambulantní péči?
3. Podílí se na redukčních postupech váhy u pacientů podstupující TEP sestry a v jaké míře?
4. Jaké se objevují nejčastější bariéry na straně pacientů a ošetřujícího personálu?
5. Jaké způsoby motivace pacienta jsou využité? Jak se v nich podílejí sestry?
6. Jaké edukační metody se v redukci váhy pacienta před TEP využívají?

2.3 Operacionalizace pojmů

Tato část poslouží k vyjmenování a definování pojmů, které byly použity v cíli a výzkumných otázkách v diplomové práci.

Pacient

„Pacientem se rozumí fyzická osoba, které jsou poskytovány zdravotní služby“
(zákon č. 372/2011 sb., 2011)

Ošetřující personál

„Ošetřujícím zdravotnickým pracovníkem se rozumí zdravotnický pracovník, který navrhuje, koordinuje, poskytuje a vyhodnocuje individuální léčebný postup u konkrétního pacienta a koordinuje poskytování dalších potřebných zdravotních služeb.“ (zákon č. 372/2011 sb., 2011)

Redukce váhy

„hmotnostní úbytek“ (Svačina, 2008, s. 131)

Totální endoprotéza kyčelního kloubu

„operace, spočívající v tom, že poškozená kloubní jamka i hlavice kyčelního kloubu jsou nahrazeny umělou endoprotézou“ (Sosna et al., 2001, s. 102)

Ambulantní péče

„Ambulantní péče je zdravotní péčí, při níž není nutná hospitalizace nebo přijetí pacienta na lůžko do zdravotnického zařízení, které poskytuje jednodenní péči, a je poskytována lékaři primární péče nebo odbornými specialisty“ (zákon č. 372/2011 sb., 2011)

Motivace

„Motivace je vnitřním procesem, který vyjadřuje touhu a vůli (ochotu) člověka vyvinout určité úsilí vedoucí k dosažení subjektivně významného cíle nebo výsledku.“ (Tureckiová, 2004, s. 55)

Edukační metoda

„Edukační metodu tedy můžeme chápat jako cílevědomé a promyšlené působení edukátora, který aktivizuje edukanta v jeho učení tak, aby byly efektivně naplněny cíle učení“ (Juřeníková, 2010, s. 37)

3 Metodika

3.1 Použité metody

Vzhledem k tématu práce a zvolenému cíli jsme si vybrali kvalitativní přístup, pomocí dotazování, technikou polostrukturovaných rozhovorů.

Zvolený kvalitativní výzkum, je popisován tak, že se provádí na malé skupině informantů a provádí se tak hlubší porozumění dané problematiky. V kvalitativním výzkumu si výzkumník vybere téma a dále si určí základní výzkumné otázky. Tyto výzkumné otázky je možno doplňovat nebo upravovat v průběhu výzkumu nebo během sběru a analýzy dat. V dalším kroku kvalitativního výzkumu si výzkumník vyhledává a analyzuje informace, takové, které přispívají k zodpovězení stanovených výzkumných otázek. Při sběru dat se seznamuje s informanty a pracuje přímo v terénu. Sběr dat a jejich další analýza probíhají v delším časovém intervalu. (Hendl, 2016).

Pro sběr dat byla zvolena metoda dotazování, kdy se vytváří vztah, mezi výzkumníkem informantem tak, že výzkumník se přizpůsobuje informantovi. Dotazovaným se nepředkládají předem určené formulace odpovědí a je určitá volnost v odpovědi (Hendl, 2016). Při zvoleném hloubkovém polostrukturovaném rozhovoru si výzkumník vytvoří určité okruhy otázek, na které se informantů ptát. Během pokládání otázek je možné zaměňovat pořadí okruhů dle potřeby a možností. Při tomto typu rozhovoru je možné dosáhnout vyšší přesnosti a výtěžnosti než při strukturovaném rozhovoru. Cílem tohoto rozhovoru je zjistit detailní a komplexní informace o zvoleném jevu (Švaříček a Šedřová et al., 2007).

3.2 Etika výzkumu

Při realizaci kvalitativního výzkumu pomocí rozhovorů je potřeba dodržovat etická pravidla. Je zde velmi důležitá anonymita, kterou jsme zabezpečili tím, že v nahraném rozhovoru ani při přepsání do papírové formy jsme nepoužili jevy, které by dotyčného informanta mohly identifikovat. Dalším důležitým etickým pravidlem je získání informovaného souhlasu od informanta před uskutečněním rozhovoru a dobrovolnost v podání informací k danému výzkumu (Walker, 2013).

Před rozhovorem prostřednictvím ústního rozhovoru a informovaného souhlasu jsme podali informantovi informace o anonymitě a účelu daného výzkumu; k čemu budou data použita. (viz Příloha č. 5)

3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Pro výzkumného soubor byla použita metoda záměrného výběru. Záměrný výběr je takový postup, kdy jsou do výzkumu cíleně vyhledáváni účastníci dle určitých vlastností a mají zájem a ochotu účastnit se výzkumu (Švaříček, Šedřová et al., 2007). Výzkumným souborem pro tuto práci, byli pacienti, kteří trpí obezitou, kdy stanovený stupeň obezity bylo naměřené BMI 30-35, a současně podstupují implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu. Dalším kritériem byly ošetřující sestry, které pracují na ortopedickém oddělení. Také byla důležitá ochota poskytnout rozhovor. Celkem byl poskytnut rozhovor s deseti pacienty a se sedmi ošetřujícími sestrami.

3.4 Proces sběru dat

Rozhovory s pacienty a ošetřujícími sestrami probíhaly při osobním setkání v únoru a březnu 2020. Všechny jsme seznámili s důvodem a cílem diplomové práce, a také přibližnou délkou rozhovoru. Rozhovory se souhlasem informantů se nahrávaly na diktafon nebo přepsaly pomocí záznamového archu- tužka a papír a uloženo do osobního archivu. Před rozhovorem byl pacienty i ošetřujícími sestrami podepsán informovaný souhlas s poskytnutím informací k diplomové práci. K rozhovoru byly připravené otázky, které jsme dle potřeby během rozhovoru upravovali doplňujícími otázkami. Připravené otázky se vztahovaly ke stanoveným výzkumným otázkám. Z důvodu zachování anonymity byly pacienti označeni pacient č. 1- pacient č. 10 a sestra č. 1- sestra č. 7. Rozhovor trval v rozmezí 15- 20 minut.

3.5 Zpracování výzkumu

Poté co jsme s informanty uskutečnili rozhovory, a poté se zvukové záznamy přepsaly do písemné podoby. Rozhovory jsme přečetli, barevně zvýraznili a hledali podobnosti mezi jednotlivými rozhovory. Poté jsme dle podobností vytvořili kategorie a k jednotlivým kategoriím vytvořili podkategorie dle otázek v rozhovoru s informantem. Následně jsme získaná data zanalyzovali a zpracovali pomocí otevřeného kódování.

3.5.1 Popis kódování a způsob kategorizace dat

Kódování se popisuje jako stálé srovnávání případů, fenoménů, pojmů a podobně a formulaci několika otázek co se týče daného textu. Je to proces nepřetržitého srovnávání. Během srovnávání se k částem výzkumného materiálu přiřazuje příslušná označení, které se nazývají kódy. Kódy jsou nejprve velmi blízké textu, co se týče pojmu a později se stále a stále stávají atraktivnější (Hendl, 2016).

Otevřené kódování, které jsme použili při zpracování dat výzkumu, se popisuje jako část analýzy, konkrétním označováním a kategorizací pojmů. Toto označování se provádí pomocí pečlivého studia získaných údajů. Během otevřeného kódování se údaje rozeberou na jednotlivé samostatné části a pečlivě se prostudují, dále porovnají a posléze se zjišťují podobnosti, anebo naopak rozdíly. Dále jsou kladeny otázky o konkrétních jevech (Kutnohorská, 2009). V rámci zvoleného otevřeného kódování jsme si označili v přepsaných rozhovorech se sestrami a pacienty opakující se jevy, dále jsme kolem těchto opakujících se jevů seskupili pojmy, které se zvoleným jevem souvisely a tímto vznikly konkrétní kategorie. (viz Příloha č. 6)

Toto je již zmíněná kategorizace, která se popisuje jako proces seskupování pojmů, které přísluší stejnému jevu (Plevová, 2018).

4 Výsledky výzkumného šetření

Výsledky zjištěné pomocí kvalitativního výzkumu pomocí polostrukturovaného rozhovoru jsou rozděleny do příslušných kapitol podle zvolených kategorií a pojmů, které do dané kategorie spadají. Kategorie jsou rozděleny podle dotazovaných informantů.

U informantů/ pacientů jsme výsledky rozdělili do šesti kategorií. Kategorie první se spojuje s odpověďmi, které se zabývají zdravým životním stylem. Do další kategorie se řadí edukace očima pacienta. Třetí kategorie se věnuje pracovní náplní personálu z pohledu pacientů. Ve čtvrté kategorii se pracuje pojmem rehabilitace a vše co se k tomu pojí. Další, pátá kategorie se zabývá pohledem a vlivem okolí na pacienta. Šestá, a poslední kategorie, se zabývá sebepojetím pacienta.

U informantů/ všeobecných sester jsme výsledky rozdělili do pěti kategorií. Do první kategorie jsme zařadili odpovědi, které se zabývají BMI pacientů. Druhá kategorie se jako u informantů/pacientů zabývá edukací, ale z pohledu všeobecné sestry. Třetí kategorie má za úkol popsat práci zdravotnického personálu. Čtvrtá kategorie se věnuje plánu péče o pacienta. Pátá kategorie rozebírá pohled a vliv zdravotnického personálu na pacienta.

U každé jednotlivé oblasti je uveden popis informací, které byly zjištěny a vztahují se k dané kategorii. Poté následuje jednoduchá tabulka se stručným přehledem odpovědí informantů. Na začátku rozhovorů byly informanti dotázáni na identifikační údaje jako je věk a body mass index. Pro lepší přehlednost jsem vytvořila Tabulku číslo 3 „Identifikační údaje informantů/pacientů“.

Informant/pacient	Pohlaví	BMI	Věk
P 1	Muž	32	43 let
P 2	Muž	33,4	65 let
P 3	Muž	32,6	72 let
P 4	Muž	34,1	50 let
P 5	Muž	30,2	58 let
P 6	Žena	32,3	52 let
P 7	Žena	30,7	75 let
P 8	Žena	31,3	49 let
P 9	Žena	30,8	56 let
P 10	Žena	33,7	48 let

Zdroj: vlastní výzkum, 2020

Z důvodu zachování anonymity jsme vybrané pacienty označili P 1- P 10 a vybrané všeobecné sestry jsme označili S 1- S 7. Tabulku informantů/všeobecných sester jsme nevytvářeli, jelikož jejich identifikační údaje nejsou pro výzkum důležité. Informanty/pacienty tvořilo pět mužů a pět žen. Jejich věkové rozmezí se pohybuje od 43 let do 75 let. Rozmezí body mass indexu dotazovaných informantů se pohybuje od 30,7 do 34,1. Získaná data byla zpracována prostřednictvím otevřeného kódování, kdy jednotlivé odpovědi informantů byly detailně rozebrány a rozděleny dle podobnosti do kategorií.

4.1 Kategorizace dat – soubor pacientů

V kategorizaci dat jsme si rozdělili konkrétní zvolené kategorie na několik podkategorií, které jsme jednotlivě popsali pomocí parafráze informantů a jejich přímé řeči.

Kategorie- Zdravý životní styl

V souboru pacientů jsme se v první kategorii dotazovali na zdravý životní styl a na všechno, co se do tohoto tématu pojí. Zdravý životní styl je něco, co nás v dnešním světě obklopuje čím dál tím více.

Podkategorie- Povědomí o zdravém životním stylu

První podkategorií je povědomí o zdravé životním stylu a hubnutí. Sedm z dotazovaných deseti informantů/ pacientů odpověděli, že o tom mají nějaké povědomí, avšak každý z nich to chápal poněkud jinak. U čtyřech informantů se odpovědi opakovaly, a to takové, že zdravý životní styl a hubnutí je o snížení, omezení jakéhokoliv jídla a zvýšení výdeje neboli pohybu. Informant číslo 9 uvedl „Vím, že by člověk měl omezit příjem a zvýšit výdej“. Informant číslo 10 uvedl tuto formulaci „Takže dobře sestavený jídelníček a pohyb je to nejlepší.“. Informant číslo 1 stroze odpověděl, že „O hubnutí vím jen to, že míň jíst a víc se hejbat a pak to jde samo.“. Další názor informanta číslo 8, byl takový že, „Nejvíce přijatelná správně nastavená strava a vhodně zvolený pohyb bez drastických diet a operací na žaludku.“ Další dva informanti jsou za to, že hubnutí a s tím i zdravý životní styl spočívá hlavně v omezení příjmu potravy, avšak v tomto případě nebyl zodpovězen žádný názor na pohyb. Informant číslo 2 dokonce uvedl, že „Zásady neznám žádné, snad jen

s prominutím nežrat.“ Informant číslo 6 se vyjádřil podobně a to tak, že *„Jen mě napadá, že prostě moc nejíst“*. Informant číslo 3 měl názor, že *„Neměl by tolik jíst a taky posilovat svaly“*. Naopak pouze jeden z dotazovaných informantů, číslo 7, odpověděl, že nemá přesné ponětí o zdravém životním stylu. Uvedl, že *„Zdravý životní styl neprovozuju, protože ani přesně nevím, co všechno do toho patří.“* Zbylí dva informanti číslo 4 a číslo 5 nepodaly odpovědi, které by zahrnovaly povědomí, nebo nevědomost o zdravém životním stylu.

Podkategorie- Dodržování zásad redukce váhy

Ve druhé podkapitole se zabýváme dodržováním pravidel redukce a zdravého životního stylu. Pouze tři z deseti dotazovaných informantů uvedli, že dodržují zásady zdravého životního stylu a to nejčastěji s pomocí rodinných příslušníků. Informant číslo 5 dokonce prozradil, že *„zdravý životní styl se do mě snaží nahustit manželka“*. Informant číslo 10 uvedl, že *„Zdravý styl života jedu poslední půl rok a musím říct, že se cítím dobře tak snad mi to i tak zůstane.“* Poslední informant, který měl podobnou odpověď, byl informant číslo 8, který prozradil, že *„Zdravý životní styl se snažím dodržovat, vedu k tomu i celou moji rodinu.“*

Podkategorie- Nedodržování zásad redukce váhy

Následující čtvrtá podkategorie se zabývala naopak nedodržováním zásad zdravého životního stylu a určitým nezájmem o toto téma. Zbývajících sedm informantů uvedlo, že nedodržují zásady. Informant číslo 1 uvedl, že *„zdravej životní styl mi nic neříká“*, informant číslo 2 poukázal na to, že *„Postoj k dietám nemam žádnéj, protože jsem za celej život žádnou dietu nadržel. Zdravej životní styl není nic pro mě.“* Informant číslo 9 v souvislosti s touto podkapitolou dodal, že *„ Zdravej životní styl si myslím, že nedodržuju, protože pokud ano, nevypadala bych takhle“* další informant číslo 3 ještě popsal, že *„zdravý životní styl neprovozuju, piju pivo, kouřím a jím buček“*. Poslední, informant číslo 7, doplnil, že *„Za mého mládí nic takového jak diety moc neexistovali, takže vím, že bych to nedodržovala.“* Tři z nich dokonce neprojevíli zájem o zdraví životní styl a redukce hmotnosti. Nezájem popsal informant číslo 2 jako *„o dietě se s nikým bavit nebudu“* nebo jako informant číslo 6 *„mě kila navíc netrápí“*.

Podkategorie- Pohyb

Mezi další podkategorii zdravého životního stylu patří pohyb. Všichni dotazovaní informanti ve svých odpovědích použili svoje názory, vyhlídky a zkušenosti s pohybem. Dva z deseti informantů odpovídala záporně a to například informant číslo 6 „*mě kila navíc netrápí, zdraví slouží ještě dobře a běhat maratony taky nepotřebuju*“. Informant číslo 1 odpověděl takto „*Moc nejsem na to, abych cvičil nebo se mordoval v posilovně*“. Zbylí informanti odpovídali kladně ohledně pohybu. Informant číslo 5 „*sport mě baví a mám ho rád*“, další informant číslo 3 uvedl, že „*Sport mám rád, takže k pohybu mám vztah dobrej*“, k tomu informant číslo 8 doplnil, že „*pohybu jsem vždy měla hodně*“. Dva informanti uvedli, že nejlepší pohyb jsou pro procházky, jako informant číslo 7 „*chodit na procházku a třeba mi konečně to pomůže shodit*“ jako informant číslo 9 „*Jinak se sportem mám kladnej vztah mám hlavně ráda procházky*“. Informant číslo 2 spojil pohyb a trávení volného času a to tak, že „*Práce jsem měl kolem baráku dost, takže pohyb jsem měl*“, podobně jako informant číslo 4 „*Já furt lítám kolem domečku*“. Protichůdný názor na pohyb měl informant číslo 10, a to takový, že „*Pohyb moc ráda nemám, ale musím se vždycky donutit a pak mám z toho dobrý pocit*“.

Podkategorie- Dieta

Dieta je podkategorií ve zdravém životním stylu velmi rozsáhlou. Do této podkategorie jsme zahrnuli i předchozí zkušenosti z předchozích let. Půlka z dotazovaných informantů uvedla, že dieta není pro ně moc atraktivní. Informant číslo 1 prozradil, že „*vyzkoušel nějakou dietu asi jen jednou, když jsem hubnul do kvádra na svatbu*“, informant číslo 2 doplnil, že „*nemám totiž silnou vůli dodržovat dietu*“, informant číslo 7 ještě prozradil, že „*za mého mládí nic takového jak diety moc neexistovali, takže vím, že bych to nedodržovala*“. Více než polovina informantů se svěřila, že má zkušenosti s dietami s předchozích let, ať už pouze jednou nebo vícekrát. Například informant číslo 8 uvedl, že „*váha celoživotní boj, vyzkoušela jsem mnoho diet, i nějaký pilulky na hubnutí. Je pravda, že před operací jsem shodila asi deset kilo*“ informant číslo 6 tvrdil, že „*když jsem byla mladá, tak jsem něco držela ale teď už ne*“. Zbylá půlka z vybraných informantů uvedli, že mají o dietách a dietních opatřeních určité povědomí. Informant číslo 8 doplnil, že „*No samozřejmě jsem nějaký diety držela*“ nebo „*Já mam za sebou hodně diet, dokonce jsem si jednou kvůli reklamě*

v televizi koupila zázračný prášky na hubnutí. Diety, no, nějaký byly účinnější nějaký miň, ale furt jsem se potkávala s jeho efektem“ tvrdil informant číslo 10.

Podkategorie- Trávení volného času

Do zdravého životního stylu také patří trávení volného času. Čtyři z dotazovaných informantů tvrdí, že tráví velký kus volného času venkovními pracemi. Informant číslo 4 uvedl, že „já furt lítám kolem baráku“ nebo „práce jsem měl kolem baráku dost“ uvedl informant číslo 2. Informant číslo 6 dodal, že „ale pracuju hodně na zahrádce. To je taky pohyb“. „Mám pohybu dost v práci protože jsem stavař.“ prozradil informant číslo 1. Více než polovina dotazovaných, šest informantů, prozradili, že tráví velké množství svého volného času s rodinou, s kterou také často řeší zdravý životní styl, redukci hmotnosti a jídelníček. Informant číslo 8 řekl, že „spolu s mým manželem a dětmi, plánujeme společné aktivity, a že změníme jídelníček“, další informant číslo 10 tvrdil, že „s rodinou tak, že jim taky podsouvám tu zdravou stravu a jsem ráda, že jsou v tom se mnou. Jsou hodný, že přede mnou nejí moje oblíbený jídla.“. Informant číslo 7 ještě dodal, že „Mám vnoučata tak se těším, že až budu doma tak si s nimi budu hrát.“

Podkategorie- Pohled muže na obezitu

V poslední části kategorie zdraví životní styl rozeberu pohled muže na obezitu a pohled ženy na obezitu. Čtyřem z pěti dotazovaných informantů mužů nevádí jejich současná váha, pouze jeden z nich se snaží o zlepšení celkového stavu a redukci váhy. Informant číslo 4 uvedl, že „Já k tomu nemám žádnéj postoj. To jde mimo mě. Diety a cvičení jsou spíš pro ženský.“ Dále informant číslo 2 řekl, že „Kdybych chtěl zhubnout, tak by mi někdo musel zašít pusu, jinak by mi asi nic nepomohlo. Nemam totiž silnou vůli dodržovat dietu. Postoj k dietám nemam žádnéj, protože jsem za celej život žádnou dietu nedržel. Informant číslo 1 tvrdil, že „chci se líbit a bejt zdravěj a ne takovej jako jsem teď.“ „Váha šla nahoru, ale nikdy jsem si z toho nic nedělal“ přiznal se informant číslo 4. Zatímco informant číslo 5 tvrdil, že „Já jsem se snažil, ale asi marně, neshodil jsem nic.“

Podkategorie- Pohled ženy na obezitu

Pohled ženy na obezitu je jiný než muže. Dvě z pěti žen odpověděly, že jim nevadí jejich hmotnost a obezita. Informant číslo 6 uvedl, že „*mám manžela, kterému se líbím, děti, barák, takže mě kila navíc netrápí*“, „*miluju sladký a ikdyž mam vyšší cukr, dort si nedokážu odepřít*“ doplnil informant číslo 9. Ostatní názory žen z informantů se liší, informant číslo 7 uvedl, „*měla jsem hezkou postavu, ale pak přišly situace, kdy nastoupil stres a já nabrala hrozně kilo, uvědomuju si svoji váhu, ale asi mám moc slabou vůli na to s tím něco dělat*“. Informant číslo 10 zase popsal, že „*byla jsem z toho nešťastná, ale musím říct, že hodně dělá hlava, být v pohodě a tak*“. Informant číslo 7 uvedl, že „*Nepřipadám si dost atraktivně. Doufám, že se to po operaci změní a já začnu aktivněji žít.*“.

Kategorie- Edukace očima pacientů

V druhé kategorii jsme se zaměřili na téma edukace očima pacientů a vše co do edukace spadá. Edukace je pro pacienty v předoperačním i pooperačním období důležitá a mnohdy na ni závisí úspěch operace a rekonvalescence. K této kategorii jsme zařadili třech podkategorie, které postupně rozeberu.

Podkategorie- Edukace od lékaře

V první podkategorii jsme se věnovali edukaci od lékaře. Osm z dotazovaných informantů uvedlo, že byli edukováni od svého lékaře. Pět z nich byla doporučena redukce váhy před operačním výkonem, jeden z informantů číslo 1 uvedl, že „*tak před operací mi doktor doporučil se více hejbat, ale to jde taky těžko, když vás ta noha bolí. Víím, že mi povídal, abych zmenšil porce jídla a přidal více zeleniny a ovoce*“ další, informant číslo 9 dodal „*Doktor mi říkal, že bych měla zhubnout hned na začátku, jak jsme spolu mluvili o operaci. Říkal, že by se mi i bolesti tý kyčle zmenšili*“. Informant číslo 3 uvedl, že „*Před operací mi doktor řekl, ať se trochu snažím zhubnout, ale ať hlavně nedělám to, že přestanu jíst.*“ Další odpověď, informanta číslo 6, byla taková, že „*Před operací mi doktor řekl, že bych měla zhubnout, ale už mi neporadil jak, což je škoda*“. „*Pan doktor mi říkal, že by bylo lepší, kdybych před operací zhubla pár kilo, ale že to zase nemá být třeba 50 kilo. Hlavně abych, prej měla všechny živiny, který jsou důležitý pro operaci.*“ dodal informant číslo 7. Dva z těchto informantů prozradili, že jim byl dán leták ohledně redukce váhy, vhodného pohybu, možných rizikách onemocnění a vše o zdravém životním stylu. Informant číslo 5 řekl, že „*před*

operaci mi pan doktor dal letáček na hubnutí s nějakýma vhodnýma jídlama a pohybem, to jsem doma pročet“, informant číslo 4 také dodal že, „před operací mi pan doktor řekl, že bych mohl něco málo shodit, že to pak bude lepší. Dával mi i nějaký letáček na zdravý stravování“.

Podkategorie- Edukace od všeobecné sestry

V další podkapitole jsme rozebrali edukaci od všeobecné sestry a vše okolo ní. Méně než polovina a to dva z dotazovaných informantů poskytlo odpověď, která zahrnovala edukaci od sestry. Informant číslo 4 odpověděl, že *„sestřičky mě furt vyhánějí z postele. Furt mi říkají, že mam cvičit aspoň teda v tý posteli, v ambulanci před operací mi říkali, že bych měl zhubnout“, informant číslo 1 dodal „Ty (sestřičky) mi furt říkají, že bych měl pak zhubnout, pokud nechci jít na druhou kyčel a to nechci.“. Ostatní informanti neuvedli v rozhovorech nic o všeobecných sestřích v rámci edukace.*

Podkategorie- Nulová edukace

V rámci edukace jsme jako poslední podkategorii nazvali nulová edukace, čili že u informantů/pacientů neproběhla žádná edukace ani od lékaře, sestry ani rodiny. Pouze dva informanti odpověděli, že je nikdo needukoval o redukci hmotnosti, zdravém stravování, pohybu a zdravém životním stylu před operačním výkonem. Jeden z těchto informantů, a to číslo 2 uvedl, že *„před operací mi nikdo neporadil jak zhubnout. Myslim, že jim to bylo jedno, kdybych byl moc tlustej tak mě snad neodoperujou. Takže jsem na tom asi furt dobře.“. Další informant číslo 8 odpověděl následovně „Před zákrokem mi nebyla nabídnuta žádná alternativa hubnutí, ale já jsem vše měla nastudováno z domova, takže mi to ani nevadilo.“.*

Kategorie- Práce personálu očima pacientů

Ve třetí kategorii jsme rozebrali práci personálu (lékaře, všeobecných sester a dalšího ošetřujícího personálu), jak ji vidí samotní pacienti. Ve většina případech se odpovědi stáčely k práci všeobecných sester než k práci lékaře.

Podkategorie- Stejná náročnost pro personál

V první podkategorii jsme se věnovali tomu, že informanti/pacienti jsou za to, že zdravotní péče o obézního pacienta je stejná jako u pacienta s normálním BMI. Méně než polovina informantů odpověděli takto. Informant 1 řekl, že *„Já osobně jsem žádnou*

těžkost ze strany sestřiček nezaznamenal. Před operací v ambulanci sestřičky byly milý, takže taky žádný problém“, informant číslo 6 odpověděl takto *„Těžkosti od personálu nejsou. Sestry vždy rády pomůžou a myslím, že zrovna můžou být rádi, že nemusí ošetřovat nějaký ležáky. Je přece úplně stejný ošetřovat hubenýho a tlustýho člověka.“*. Informant 9 ještě dodal, že *„Personál si myslím, že neprožívá žádný těžkosti, jednou si vybrali tohle povolání tak musí počítat s tím, že se čas od času někdo tlustej objeví.“*. Informant číslo 4 doplnil, že *„Od personálu jsem si žádných těžkostí nevšiml, který by konkrétně byly pro obezní po operaci kyčle. Spíš je vidět, že toho všichni mají hodně. Jsou tady od nevidim do nevidim a podle mě jim je jedno jestli se starají o tlustýho nebo hubenýho člověka.“*

Podkategorie- Větší náročnost pro personál

Naopak šest z dotazovaných informantů se domnívají, že personál má s obezním pacientem více práce než s ostatními pacienty a většinou je práce ztížená. Informanti častěji odpovídali, že personál zažívá různé těžkosti spíše na lůžkovém oddělení než v odborné ambulanci. Pouze dva informanti uvedli, že na ambulanci se setkali s nějakým problémem ze strany personálu. Informant číslo 2 tvrdil, že *„Tak těžkosti od personálu vidím, jen že se s námi nechtějí tahat a když vidím sestru, která má padesát kilo i s postelí a má zvedat pacienty, který váží i třikrát tolik. To víte, že nejsou nadšený. Někdy to dávají hodně znát. V ambulanci před operací to bylo v pohodě, jen sestra měla problém mi nabrat krev, jak nemam vidět žíly.“*. Informant číslo 7 dodal, že *„Od personálu si myslím, že jsou bariéry hlavně při transportu velkých lidí, protože sestřičky někdy nemají sílu polohovat a pomáhat těžkým pacientům. Vidím to na nich tak se sama snažím, abych je moc nezatěžovala. V ambulanci mi sestra nemohla nabrat krev, jak mám tlustý ruce, ale byla šikovná a povedlo se to.“*. Informant 5 ještě doplnil, že *„Tak je jasný že sestřičky se nechtějí tahat s těžkýma pacientama takže největší bariéra je ta váha a to nezáleží, jestli mam operovaný koleno nebo kyčel. Je mi jich někdy líto jak se tahají s těma těžkýma lidma, který jim ani nepomůžou, já se aspoň snažim si dělat vše sám. Mají to horší na lůžkách než na ambulanci, tam pacient přijde a odejde a je to.“* *„Co se týče personálu, myslím, že bojují s těžkým pacientem hlavně při transportu, na oddělení při pomoci s umytím, tohle je asi jediná bariéra která mě napadá. Jinak taky lékařům se určitě operuje hubený člověk než tlustý.“* doplnil informant číslo 8.

Podkategorie- Zájem zdravotnického personálu

V tomto odstavci jsme rozebrali projevovaný zájem zdravotnického personálu o obézní pacienty, kteří podstupují implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu, očima informantů/ pacientů. Skoro polovina z dotazovaných informantů, čtyři, uvedla, že zdravotnický personál projevoval zájem o jejich osobu. Informant číslo 3 uvedl, že *„Ty (sestřičky) jsou usměvavý a vždycky, když už nemůžu tak mě povzbudí. Musím říct, že mi teda nikdy neřekly, že jsem tlustej, že bych měl míň jíst.“*, informant číslo 7 dodal, že *Sestřičky i pan doktor mě každý den chválí, že se snažím více cvičit a jde mi to. O jídlo se moc nezajímají, hlavně o ten operovaný kloub“*. Informant číslo 5 prozradil, že *„Doktoři i sestřičky mě povzbuzují, když vidí, že poctivě cvičím a nejím žádný sladkosti, který mi žena přinese.“*. Informant číslo 6 prozradil, že *„Sestry vždy rády pomůžou a myslím, že zrovna můžou být rádi, že nemusí ošetřovat nějaký ležáky. Je přece úplně stejný ošetřovat hubenýho a tlustýho člověka.“*. Pouze jeden z informantů/ pacientů uvedl, že pocítil určitý nezájem o péči ze strany zdravotnického personálu, spíše ze strany lékaře. Informant číslo 6 uvedl, že *„je přece úplně stejný ošetřovat hubenýho a tlustýho člověka. A doktorovi je to určitě jedno.“*

Podkategorie- Edukace od zdravotnického personálu

Další podkategorií je edukační činnost zdravotnického personálu, kterou jsme již rozebrali v předešlé kategorii Edukace očima pacientů.

Podkategorie- Motivace od zdravotnického personálu

Předposlední podkategorie je motivace k redukci hmotnosti od zdravotnického personálu. Motivace je pro pacienty v předoperačním i pooperačním období velmi důležitá, a proto by se na ni nemělo zapomínat. Více než polovina z informantů prozradila, že motivace od personálu, všeobecných sester a lékařů, přicházela. *„Motivace je hodně. Doktoři i sestřičky mě povzbuzují, když vidí, že poctivě cvičím a nejím žádný sladkosti, který mi žena přinese. Za tuhle motivaci jsem moc rád.“* uvedl informant číslo 5, k němu se připojil informant číslo 7 *„Sestřičky i pan doktor mě každý den chválí, že se snažím více cvičit a jde mi to. O jídlo se moc nezajímají, hlavně o ten operovaný kloub.“*, dále i informant číslo 8 uvedl *„Sestřičky i pan doktor vidí, že se snažím a je od nich hezký že oni mě motivují víc a víc, až někdy mi říkají, abych zpomalila a rehabilitovala hlavně s rozvahou a pamatovala naučené pohyby. Vidí, že se snažím méně jíst, ale s tím jsem opatrná a nedržím žádné hladovky, to zase ne.“*

informant číslo 2 dodal, že „Sestřičky mě motivují hlavně proto, abych se cítil líp a šel buď domu, nebo na jiný oddělení.“. K tomuto názoru se přiklonil i informant číslo 1 „Ze strany sestřiček a doktorů jsem motivovanéj hodně.“. Názor informanta číslo 3 zněl takto „Tak doktoři mě nijak zvlášť nemotivují, ale sestřičky ty jo.“. Informant číslo 10 se svěřil s touto odpovědí „Motivace od sestřiček je protože vidí, jak se snažím a za to jsem velmi ráda. I pan doktor je se mnou velmi spokojenej a dává mě za příklad.“. Pouze dva informanti se vyjádřili záporně na téma motivace. Informant číslo 6 uvedl, že „Motivace od sestřiček moc nepřichází. Ty jsou rády, že si udělají svoje a ještě mě tady poučovat o dietě nebo hubnutí. Na to bych se jim vykašlala. Doktor mi říkal, že bych měla něco zhubnout, ale myslím, že to se mnou není tak hrozný.“, k tomu se připojil i informant číslo 9 a to tak, že „Sestřičky ani pan doktor mě moc nemotivují, asi vidí, že to nemá cenu pro tvrdohlavou ženskou. Já se za to na ně nezlobím, já bych to taky nedělala, kdybych věděla, že to nemá cenu.“.

Kategorie- Rehabilitace

V další kategorii jsme popsali na rehabilitaci pacienta v pooperačním období v nemocničním zařízení a v domácí péči. Rehabilitační ošetřování je pro pacienty, kteří podstoupili implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu stěžejní. Tuto kategorii jsme rozdělili do pěti podkategorií, které jsou na následujících stranách podrobně popsány a přidány odpovědi informantů/ pacientů.

Podkategorie- Omezení v běžném životě

V první podkategorii jsme se zaměřili na to, jak onemocnění obezita a současně operace totální endoprotéza kyčelního kloubu, omezují jedince v běžném životě. Pouze jeden informant neodpověděl, že by ho onemocnění nijak neomezovala při každodenních činnostech. Informant číslo 6 odpověděl, že „Z mé strany taky nepociťuju žádný těžkosti. Všechnu práci si zastanu sama.“. Naopak sedm z deseti dotazovaných informantů uvedli, že je obezita a operační výkon na kyčelním kloubu omezují při běžných činnostech. Informant číslo 2 uvedl, že „Těžkosti z toho že jsem velkej a ještě se moc nemůžu hejbat.“, k tomu informant číslo 5 prozradil, že „Sport mě baví a mám ho rád, ale teď kvůli tý noze a váze nemůžu dělat tak moc jak bych chtěl. Pak se taky dost zadýchávám, jsem unaveněj, všechno mě bolí, když ty kosti musí nosit takovej náklad.“. Informant číslo 7 ještě dodal, že „samozřejmě se moc hýbat lidi nemůžou, když je bolí noha.“, toto potvrdil i informant číslo 10 „S tím že jsem teď po

operaci a ještě takhle velká tak nejsem moc pohyblivá, jak bych chtěla, takže mi všechno dýl trvá.“, za jedno s tímto názorem je i informant číslo 3 „No vadí mi, že nejsem tak ohebná a svižná jako za mlada, když jsem byl zdravější a hubenější“. Informant číslo 8 nakonec dodal, že „taky že už nemůžu tolik sportovat, protože mě hodně bolela ta kýčel a taky jsem se zadýchávala a byla jsem často hned unavená.“. Informant číslo 1 se přiznal, že „protože jsem se pochvilu unavil a nedošel si pak ani pro pití. A to tedy proto, že mě bolela ta kýčel a protože mam taky pořádných pár kilo navíc.“. Informant číslo 9 odpověděl, tak že jeho odpověď sice udávala nějaké omezení v každodenním životě, ale nepřisuzoval je obezitě. Jeho tvrzení znělo, že „Já se svojí váhou těžkosti nemám, teda zatím. Nohy a záda mě bolí, ale na to už jsem si zvykla a doufám, že mi od toho taky pomůže ta operace.“.

Podkategorie- Omezení při hospitalizaci

V následující podkategorii jsme se zaměřili na omezení při hospitalizaci, které pociťují pacienti kvůli operačnímu výkonu a obezitě. Je samozřejmé, že každý operační výkon je spojený s určitým omezením v pooperačním období. Ale méně než polovina vybraných informantů se ve svých odpovědích zmínila právě o omezení v době hospitalizace. Informant číslo 1 řekl, že „Když se nad tím zamyslím, tak jediná bariéra by mohla být ta moje váha a když se po operaci člověk moc nemůže hejbat tak musí pomoci ostatní, který někdy nemají tak velkou sílu.“, „Kvůli té operaci nemůžu dělat hodně pohybů“ dodal informant číslo 3. Podle informanta číslo 4 je to tak, že „Ted' (pooperaci) už budu moci zase chodit normálně, takže se těším, že nebudu muset ležet v posteli.“, dále se informant číslo 7 ztotožňuje s názorem, že „je těžší se hýbat, když jsem silná a ještě po tak velké operaci, ale snažím se.“.

Podkategorie- Dodržování pooperačního režimu

V další podkategorii zůstaneme v době hospitalizace, ale také i v domácím prostředí. Zde jsme rozebírali dodržování pooperačního režimu, který je každému pacientovi dobře známý. Až na jednoho informanta, který se nijak nevyjádřil ohledně dodržování pooperačního režimu, všichni odpověděli kladně na toto téma. Informant číslo 4 odpověděl, že „snažím se dodržovat určité nastavené režim, co se týče toho cvičení, ale moc mi to nejde. Furt mi říkají, že mam cvičit aspoň teda v té posteli.“. K této podkategorii dodal informant číslo 6, že „spolupracuju, co se týče rehabilitace a režimu v nemocnici, hlavně aby mě ta kýčel už nebolela“, další odpověď informanta

číslo 9 byla strohá „*takže poctivě rehabilituju.*“. Informant číslo 5 potvrdil, že „*poctivě cvičím a nejím žádný sladkosti, který mi žena přinese.*“. „*Já se snažím plnit všechny rozkazy, který mi tady řeknou. Ale fakt se snažím a doufám, že sestřičkám ani doktorům nedělám žádný obtíže.*“, informant číslo 3 se podělil o takovouto odpověď. „*Snažím se hejbat, ale jen co mi dovolí bolest a operace.*“ odpověděl informant číslo 1. „*Dodržuju, co mi říkají o rehabilitaci, všechny ty pohyby*“ dodal informant číslo 2. Informant/ pacient číslo 7 uvedl, že „*hlavně k poctivý rehabilitaci a abych už byla doma. Jsem ráda, že jsem se konečně zbavila tý bolesti.*“. Na toto téma se ještě vyjádřil informant číslo 8, který podotkl, že „*abych rehabilitovala hlavně s rozvahou a pamatovala naučené pohyby.*“.

Podkategorie- Prvky rehabilitace

V poslední podkategorii u informantů/ pacientů jsem podrobně popsala prvky rehabilitace, co vše obnáší a povědomí o nich. Do této podkategorie jsem zařadila zakázané pohyby po operaci, chůzi o berlích, kompenzační pomůcky a ostatní. Čtyři z deseti dotazovaných pacientů se zmínili o něčem, co spadá do této podkategorie. Informant číslo 2 uvedl, že „*Dodržuju, co mi říkají o rehabilitaci, všechny ty pohyby*“, dále se informant číslo 3 přiznal, že „*a taky jsem si musel podle toho zařídit byt, koupit nějaký ty pomůcky a tak, jo přiznám se, že jsem někdy neukázněnej, co se týče chůze o berlích. To furt zapomínám pořadí berle a nohou.*“, „*Určitě vím, a budu dodržovat ty zakázaný pohyby po operaci.*“ slíbil informant číslo 4. Informant číslo 8 se vyjádřil tak, že „*rehabilitovala hlavně s rozvahou a pamatovala naučené pohyby.*“ dále dodal, že „*před operací shodit nadbytečná kila pro usnadnění rehabilitace a celkově pro lepší rekonvalescenci a taky by měl posilovat svaly na nohou a zádech.*“

Kategorie- Pohled a vliv okolí na pacienta

Do předposlední kategorie jsem zařadila jaký pohled a vliv má okolí na pacienta, který je obézní. Pohled a vliv okolí má na redukci hmotnosti velký podíl, protože může ovlivnit průběh redukce. Hodně lidí, kteří trpí nadváhou, až obezitou, dávají velký důraz na to, jak na ně pohlíží okolí. V této kategorii jsme postupně popisovali tři zvolené podkategorie z odpovědí informantů/ pacientů.

Podkategorie- Vliv a pohled rodiny

V první podkategorii jsme se zaměřili na pohled a vliv rodiny na pacienta. Větší polovina dotazovaných informantů, a to šest z nich, odpovědělo, že rodina má na ně kladný vliv. Informant/ pacient číslo 1 uvedl, že „*manželka přislíbila, že mi bude vyvařovat zdravější jídla, prej taky potřebuje zhubnout. Manželka se hodně snaží a jsem rád, že má takový postoj a že se o mě postará.*“, další informant číslo 5 odpověděl, že „*Manželka a děti jsou mi velkou oporou a pomáhají mi, aspoň to slíbili, že budou.*“. „*Syn mi hodně pomáhá doma a jsem rád, že ho mám.*“ dodal informant číslo 3. Podobný názor měl i informant číslo 10 a to takový, že „*od rodiny také mam ale manžel mě ujišťuje, že mě bude mít rád hubenou i tlustou*“. Názor informanta číslo 6 zněl takto „*Od rodiny jsem motivovaná ne k hubnutí nebo většímu pohybu, ale hlavně abych už byla doma, protože se jim stýská.*“, další informant, a to číslo 8, který pociťuje vliv okolí, řekl, že „*Od rodiny jsem hodně motivována shodit kila, protože i s manželem jsme se rozhodli, že půjdeme do sebe, za což jsem hrozně ráda, že v tom nejsem sama.*“.

Podkategorie- Vliv a pohled blízkého okolí

V této podkategorii jsme se rozhodli zaměřit na pohled a vliv blízkého okolí a ostatních lidí na pacienta. Pouze jeden informant odpověděl, že určitý vliv na něho mají ostatní pacienti. Informant číslo 5 řekl, že „*Taky mě hodně motivovali spoluležící pacienti.*“ Tentýž informant podotkl, že i širší okolí ho nějak ovlivňuje a to tak, že „*Pro mě je největší těžkost to, že už se i lidi na mě koukají, jak jsem tlustej. To se pak špatně nese, myslim, že nejsem jedinej, ale málo kdo to přizná*“.

Podkategorie- Žádný vliv okolí

Ve třetí podkategorii jsme rozebrali odpovědi informantů/pacientů, kteří nepociťují žádný vliv okolí. Někteří informanti uvedli, že pociťují určitou destruktivitu od okolí. Do této podkategorie jsme zařadili i odpovědi, kdy informanti nebrali pohled a vliv okolí vážně, nechtěli brát onen pohled nebo vliv v potaz, anebo si mysleli, že jej okolí neovlivňuje. Informant číslo 2 odpověděl, že „*Od rodiny taky motivaci na zhubnutí nemam, možná od dcery, ale já si do toho moc mluvit nenechám.*“. Názor informanta číslo 4 byl takový, že „*Do jídla mi nepovídají nic, vždycky co mi přinesou to sním a je to. Návštěvy mi taky něco nosí, jinak bych možná umřel hlady. Dávají tady malý porce v jídelně. Rodina je celá taková zakulacená, takže u nás nehrozí diety.*“. Informant číslo 7 se svěřil, že „*Od rodiny motivaci zhubnout nemam, protože*

můj manžel je taky takhle hezkej jako já a myslím, že by se mu nelíbilo, kdybych nastavila nějaký nový jídelníček.“ Poslední informant, jehož odpověď jsem zařadila do této podkategorie, byl informant číslo 9, který řekl, že *„Sestřičky ani pan doktor mě moc nemotivují, asi vidí, že to nemá cenu pro tvrdohlavou ženskou. Já se za to na ně nezlobím, já bych to taky nedělala, kdybych věděla, že to nemá cenu. Rodina mě sice motivuje, furt mi říkají, abych trochu zhubla, až mě to otravuje. Chápu, že mají strach, už taky nejsem nejmladší, ale já si ne a ne říct.“*

Kategorie- Sebepojetí pacienta

V poslední kategorii Sebepojetí pacienta jsme shromáždili odpovědi od informantů/ pacientů. V této kategorii jsme postupně rozebrali, jak na sebe pohlíží a jak se cítí pacienti, kteří trpí obezitou, mají omezenou pohyblivost z důvodu své váhy a jsou o operačním výkonu totální endoprotézy kyčelního kloubu, který také zapříčiňuje omezenou pohyblivost. Odpovědi jsme rozdělili na šest podkategorií, které jsou na následujících stránkách podrobněji popsány.

Podkategorie- Zájem o onemocnění

V první podkategorii jsme se zaměřili na ty pacienty, kteří projevují zájem o své onemocnění. Polovina, čili pět z dotazovaných informantů odpovědělo, že mají zájem o své onemocnění a chtějí se svojí hmotností něco dělat. Informant číslo 5 odpověděl, že *„Já jsem se snažil ale asi marně, neshodil jsem nic. Já už jsem po druhý kyčli, takže se mi teď bude líp hejbat a snad nějaký to kilo shodim. Nechci takhle vypadat, takže se fakt budu snažit. O podobnou odpověď se podělil i informant číslo 8, který řekl, že „si nepřipadám dost atraktivně, taky jsem se zadýchávala a byla jsem často hned unavená. Doufám, že se to po operaci změní a já začnu aktivněji žít. Snažím se méně jíst, ale s tím jsem opatrná a nedržím žádné hladovky, to zase ne. To by ani nešlo, byla bych pak hrozně protivná.“* Informant číslo 10 prozradil, že *„Já mam za sebou hodně diet, nějaký byly účinnější nějaký míň, ale furt jsem se potkávala s jojo efektem. Vidim jak se den ode dne zlepšuju a to mě žene vpřed. v nemocnice mi pomáhají nevědomky s hubnutím tím, že mi moc nechutná z nemocniční jídelny tak moc nejím ale zase ne tak, že bych tady trpěla hlady, to ne. Měla jsem zhubnout okolo deseti kilo, něco se mi podařilo ale málo.“* „Chci se líbit a bejt zdravěj a ne takovej jako jsem teď.“ prozradil informant číslo 1. Informant číslo 7 nakonec dodal, že *„Uvědomuju si svoji váhu, ale*

asi mám moc slabou vůli na to s tím něco dělat. Věřím, že teď jak mám nový kloub, že to půjde líp.“

Podkategorie- Nezájem o onemocnění

V další podkategorii jsme se zabývali odpověďmi informantů, které naopak prokazovaly nezájem o jejich onemocnění. Skoro polovina informantů/ pacientů skrze se jejich odpovědi svěřila, že neprojevují značný zájem o onemocnění. Informant číslo 3 uvedl, že *„V mých letech už je mi jedno jestli vážím sto nebo stopadesát.“*, na to informant číslo 4 řekl, že *„Popravdě ani nevím, proč jsem tlustej. Já se cejtim dobře. To, že mam břicho mě netrápí. Jinak jsem zdravěj a doufám, že to tak i dál zůstane. Já jsem zase na jednu stranu rád, že si odpočinu, takže je (sestřičky) moc neposlouchám. Já jsem spokojenej, odoperovanej a váha mě netrápí. Starýho psa novým kouskům nenaučíš. Chtěl jsem, ale ta čekací doba na operaci utekla a já jsem možná ještě přibrál. Ale asi to nebylo tak hrozný, když už mám tu novou kyčel.“*. Další informant, číslo 6, který měl podobný názor, prozradil, že *„Člověk sám nikdy neví, co a jak má jíst. Mám manžela, kterému se líbit, děti, barák, takže mě kila navíc netrápí. Nepociťuju žádný těžkosti. Všechnu práci si zastanu sama, a když ne tak někoho poprosim o pomoc. Dá se to nějak udělat, když se chce. Možná jen že si nemůžu vzít oblečení, jaký bych chtěla. To je tak jediná těžkost, se kterou se potýkám. Nevymýšlím tady nějaký svoje móresy. S rodinou spolupracuju tak, že jim vždycky poručim, ať mi sem přinesou nějakou dobrou svačinku.“*. Informant číslo 9 ještě podotkl, že *„Jsem i celkem zdravá na svůj věk tak proč si nedopřát nějaký ten dortík. Dieta nemá cenu pro tvrdohlavou ženskou. Já se za to na ně nezlobim, já bych to taky nedělala, kdybych věděla, že to nemá cenu. Spolupracuju spíš ohledně operace kyčle než hubnutí. A v tom si někdy prostě postavím hlavu a dělám si věci po svém. Miluju sladký a ikdyž mam vyšší cukr, dort si nedokážu odepřít. Nutí mi zdravou stravu a ta mi teda vůbec nechutná. Doktor mi říkal, že bych měla zhubnout, ale já jsem to nebrala moc vážně, protože to když shodim nějaký kila, přece nepomůže od bolesti. Takže jsem to odkývala a myslela si svý.“*. Nakonec doplnil informant číslo 2, že *„Dodržuju, co mi říkají o rehabilitaci, všechny ty pohyby, ale o dietě se s nikým bavit nebudu.“*

Podkategorie- Pocit nesoběstačnosti

Třetí podkategorie patří spojitosti s odpověďmi více než poloviny z dotazovaných informantů, ohledně jejich pocitu z využívání a otravování osob ve svém okolí a jejich snaha být soběstační. Informant číslo 1 se svěřil, že „*Tak nejvíc to že musím bejt odkázanej na pomoc ostatních po operaci ale i doma. Manželka byla jako moje služka, protože jsem se pochvíli unavil a nedošel si pak ani pro pití.*“, informant číslo 2 ještě dodal, že „*Jsem velkej a ještě se moc nemůžu hejbat. Jsem odkázanej na pomoc druhých lidí, když mi někdo nepodá, když mi něco spadne mam smůlu. To mi nejvíc vadí. Snažim se sestřičkám pomáhat, snažim se nebejt moc na obtíž.*“. Toto potvrdil i informant číslo 3, který řekl, že „*Vím, že sestry nemají čas a já je využívám, když chci něco podat, když mě bolela ta operovaná noha. Ze začátku to bylo víc, teď už se snažim být samostatnej, když žiju sám.*“. „*Taky teď často využívám pomoc druhých, což mě osobně vadí, takže se těším, až budu plně schopna obstarat vše sama.*“, doplnil informant číslo 8. Ke své odpovědi, informant číslo 10 ještě dodal, že „*Snažim se moc neobtěžovat okolí a udělat si všechno sama.*“. K tomu dodal informant číslo 7 „*sestřičky někdy nemají sílu polohovat a pomáhat těžkým pacientům. Vidím to na nich tak se sama snažim, abych je moc nezatěžovala.*“.

Podkategorie- Negativní emoce

V další podkategorii se pacienti shodli v několika odpovědích, že jim jejich onemocnění a hmotnost udává pocit smutku až deprese. Tři z dotazovaných pacientů se našla v tomto názoru. Informant číslo 5 uvedl, že „*Pro mě je největší těžkost to, že už se i lidi na mě koukají, jak jsem tlustej. To se pak špatně nese, myslim, že nejsem jedinej, ale málo kdo to přizná.*“ „*Byla jsem z toho nešťastná, ale musím říct, že hodně dělá hlava, být v pohodě a tak.*“ svěřil se informant číslo 10. „*Někdy si říkám, proč to rozhodnutí přišlo až teď, když už jsem musela pod kudlu.*“ Prozradil informant číslo 8. Informant číslo 7 ještě prozradil, že „*Měla jsem hezkou postavu, ale pak přišly situace, kdy nastoupil stres a já nabrala hrozně kilo. Snažila jsem se to dát dohromady tím, že jsem se více hýbala, ale to nebylo k ničemu. To myšlení bylo hrozný. Kvůli tomu mi to nešlo.*“.

Podkategorie- Neovlivňování nálady

V páté podkategorii jsme dali dohromady odpovědi třech informantů, ve kterých se neobjevily žádné spojitosti s ovlivňováním nálady skrze onemocnění. Informant číslo 4 odpověděl, že „*Já jsem spokojenej, odoperovanej a váha mě netrápí.*“, další informant, číslo 6, odpověděl, že „*Z mé strany taky nepociťuju žádný těžkosti*“, k tomu doplnil informant číslo 9, že „*Já se svojí váhou těžkosti nemám, jsem i celkem zdravá na svůj věk.*“.

Podkategorie- Motivace od sebe samého

V poslední podkategorii jsme rozebrali postupně motivaci k redukci hmotnosti u každého dotazovaného informanta/ pacienta. Informant číslo 1 uvedl, že „*Sám od sebe, no, to víte, že jo chci se líbit a být zdravěj a ne takovej jako jsem teď.*“ „*Od sebe jsem motivovanej hlavně proto, abych se tak nezadejchával, a nemusel třeba za rok na druhou nohu.*“ prozradil informant číslo 2. Další informant/ pacienta číslo 3 měl za to, že „*Ale mě to tak chutná. Sám od sebe chci, abych se trochu víc rozhejbal a mohl jít domu. To mě motivuje.*“. Informant číslo 4 zase uvedl, že „*Motivaci na to zhubnout nemám. Jak už jsem řekl, já jsem spokojenej, odoperovanej a váha mě netrápí. Rodina je celá taková zakulacená, takže u nás nehrozí diety. I když v ambulanci před operací mi říkali, že bych měl zhubnout.*“. Naopak informant číslo 5 tvrdil, že „*Poctivě cvičím a nejím žádný sladkosti, který mi žena přinese. Ale největší motivace je ode mě samotnýho. Nechci takhle vypadat, takže se fakt budu snažit.*“. Informant číslo 6 řekl, že „*Motivace od sebe mam kvůli tomu oblečení jak už jsem řekla. Jinak mě zdraví slouží ještě dobře a běhat maratony taky nepotřebuju. Hlavně aby mě ta kyčel už nebolela.*“ „*Sama od sebe se motivuju hlavně k poctivý rehabilitaci a abych už byla doma. Jsem ráda, že jsem se konečně zbavila tý bolesti.*“ pronesl informant číslo 7. Odpověď „*Sama sebe moc namotivovat nedokážu, ale učim se to.*“ poskytl informant číslo 8. Předposlední dotazovaný informant, číslo 9, se nechal slyšet, že „*Sama se nemotivuju, jen k tomu abych už byla doma, takže poctivě rehabilituju.*“. Poslední z dotazovaných informantů, číslo 10, odpověděl, že „*Sama od sebe má asi tu největší motivaci a ta je myslim si nejdůležitější. Vidim jak se den ode dne zlepšuju a to mě žene vpřed.*“ Pouze tři z dotazovaných deseti informantů/ pacientů tvrdili, že sami od sebe nepociťují žádnou motivaci na redukci jejich hmotnosti. Všichni se naopak motivují k poctivé rehabilitaci po operačním výkonu.

4.2 Kategorizace dat- soubor všeobecných sester

Kategorie- Body mass index

V první kategorii, která se týká body mass indexu se informanti/všeobecné sestry se často vyjadřovaly ohledně body mass indexu v souvislosti s operačním výkonem totální endoprotézy kyčelního kloubu. Čtyři informanti odpověděly, že obézní pacienti se nejvíce operují s BMI 30-35. Informant číslo 1 odpověděl „V rámci operace tepky kyčle se objevují pacienti nejčastěji okolo 30 až 32 BMI“, „Pacienti se u nás nejčastěji vyskytují v obezitě 30-33 BMI. Více máme odoperovaných pacientů s normální váhou“ dodal informant číslo 3. Nejvíce se odpovědi shodovaly v tom, že nejvíce odoperovaných pacientů má BMI v normě, což je 18,5–25. Informant číslo 4 odpověděl „Na oddělení máme pacienty většinou s normálním BMI, ale pokud se najdou takový, tak jsou většinou v rozmezí 30-35 BMI.“ Informant číslo 2 uvedl, že „Myslím si, že je to rozmezí 30 až 35 BMI. Ale častěji operujeme pacienty s normálním BMI.“ Stejného názoru byl i informant číslo 5, který odpověděl, že „Obézní pacienti se pohybují většinou s BMI 30 až 35 ale častěji operujeme pacienty s normálním BMI.“, stejně jako informant číslo 6 „Nejčastěji se operují pacienti s normální BMI, ale naši lékaři operují se i pacienti s BMI 30-35.“. Toto tvrzení potvrdil i informant číslo 7, a jeho odpověď zněla tak, že „Na našem oddělení se nejčastěji operují lidé, kteří obezitou netrpí, ale taky se tu najdou i takový, který mají BMI okolo 32.“

Kategorie- Edukace z pohledu personálu

Jako v kategorizaci dat u pacientů jsme i zde vytvořili kategorii edukace. V tomto případě jsme se zaměřili na edukaci z pohledu samotného zdravotnického personálu.

Podkategorie- Edukace od lékaře

Jako první podkapitola je také edukace od lékaře. Všichni dotazovaní informanti/sestry uvedly, že lékař edukuje všechny pacienty, kteří mají vysokou hmotnost o zdravé výživě, pohybu a zdravém životním stylu pomocí rozhovoru před samotným operačním výkonem. Dva informanti/sestry uvedly, že do edukace se ještě vztahuje zlepšení psychického stavu. Informant číslo 4 uvedl, že „Každému pacientovi je nabídnuta úprava stravy ať už je obézní nebo není, protože žádný pacient nedodržíje

správné stravování před operací.“, „Před operací je každému silnějšímu pacientovi doporučená redukce váhy pomocí správného jídelníčku a správného pohybového režimu.“ dodal informant číslo 2. Informant číslo 3 ještě přidal, že *„Dbá se na to, aby pacient před operací shodil pár kilo a pokud možno se dostal pod hranici obezity. Jsou dlouhé čekací doby, takže pacient má na to dost času, když je to plánovaná operace. Je mu nabídnuta úprava stravy a je informován o vhodném pohybu. Pacient je edukován o redukci před operací svým ošetřujícím lékařem a to tak, že by měl pacient upravit jídelníček, zařadit do svého života více sportu a být v dobré psychické pohodě.“*. K edukaci lékařem pomocí rozhovoru se podle dvou informantů přidává ještě leták se všemi informacemi, které pacienti potřebují, co se týče redukce váhy. Informant číslo 1 uvedl, že *„Každému pacientovi se před operací doporučuje zhubnout a posílit celé tělo. Doktoři by o tom měli každého informovat. Dostanou od nás letáček s vhodným stravováním a pohyby.“*, informant číslo 7 dodal, že *„Při plánovaném výkonu se pacientovi doporučí snížit svoji váhu a můžeme mu nabídnout jen to, že může upravit jídelníček a zvýšit pohyb. Každý pacient dostane při zájmu letáček, pacientovi se řeknou všechna možná rizika a možnosti jak zredukovat svoji váhu a je pak jen na něm jak s tou informací naloží. Často se stává, že pacienti tvrdí, že jim o redukci nikdo neříkal, ale to není pravda.“*.

Podkategorie- Edukace od všeobecných sester

Další podkapitole jsme popsali další možnost, kdo může edukovat pacienty. Je to edukace od sester. Tady jsme se z odpovědí informantů dozvěděli, že žádná z dotazovaných všeobecných sester neprovádí edukaci jako takovou, pouze dovysvětlí informace podané pacientovi lékařem. Informant číslo 2 odpověděl takto *„Sestry se podílí na redukci váhy tak, že vysvětlí určité nesrovnalosti s hubnutím a pohybem, pokud o to pacient stojí. Při zájmu mu pomůže s jídelníčkem, pohybem nebo odkáže na nutričního terapeuta“*. Další informant číslo 6 odpověděl, že *„Sestry se moc do edukace v rámci redukce hmotnosti nehrnou. Je to v rukou lékaře, ale pokud sestry chtějí, podílí se na tom, že jim dávají více informací o stravě a pohybu.“*, *Sestry se podílejí tak, že často dovysvětlují věci po lékaři, protože ten na pacienty nemá tolik času jako my. Když se najde pacient, kterej by chtěl zhubnout, určitě mu řekneme co a jak, a jak by na to měl jít v souvislosti s operací, na kterou jde.“* doplnil informant číslo 1. Informant číslo 7 se podělil o odpověď, že *„Sestry se na redukci moc nepodílí, když už by chtěli, můžou zvýšit informovanost, co se týče zdravého životního stylu.“*

Ale za mnou osobně nikdo nikdy nepřišel.“. Nakonec informant číslo 4 dodal, že „Sestry se na redukci moc nepodílejí, to spíše lékaři a nutriční terapeuti, kteří obézním pacientům udělají na míru jídelníčky.“.

Podkategorie- Ovlivnění edukace

Informanti/ sestry uváděly, že záleží na mnoha faktorech, podle kterých probíhá edukace. Většina z informantů odpověděla, že edukace probíhá podle zájmu pacienta o dané téma, další faktorem je věk, podle dvou informantů, také podle vyhlídek na splnění cíle, redukce hmotnosti, a roli hraje i pohlaví. Informant číslo 2 odpověděl, že *„Edukován je pacient v rámci toho co všechno je schopný pojmut. Taky záleží, jestli má vůbec zájem o to, aby mu někdo vyprávěl něco o hubnutí.“*, *„Je to podle toho, jestli vidíme zájem ze strany pacienta nebo ne. Pokud se zajímá o hubnutí, lékař mu rád vše zodpoví. Taky se to rozděluje podle věku.“* sdělil informant číslo 3. Názor informanta číslo 4 zněl takto *„Edukujeme každého podle vyhlídek na splnění redukce. Vždy, ale nejvíce jak můžeme. Ale ne každý se o tomto tématu chce bavit a vždy jsou spíše naštvaní.“*, *„Edukace je v souvislosti s věkem, nebo viditelným zájmem o téma výživa nebo sport. Také se jinak edukuje žena a jinak muž“* dodal informant číslo 5. Informant číslo 1 ještě dodal *„podle toho, o jakýho pacienta se jedná. Je rozdíl edukovat starou babičku, která už asi nezhubne a nebude držet dietu v 80- ti letech a je rozdíl edukovat 50- ti letého chlapa, kterej furt něco dělá na zahradě“.*

Kategorie- Práce personálu

V následujících odstavcích na téma práce personálu, jsme rozebrali odpovědi informantů/sester na stejná téma jako je kategorie u informantů/pacientů i se stejnými podkategoriemi, z důvodu podávání stejných otázek při rozhovoru na toto téma.

Podkategorie- Stejná náročnost práce

V první podkapitole, kdy si všeobecné sestry myslí, že práce o obézního pacienta je stejná jako o pacienta s normálním BMI, rozeberu pouze dvě odpovědi informantů. Informant číslo 6 odpověděl, že *„Od nás žádné bariéry neshledávám, je to jako péče o každého jiného pacienta.“*, informant číslo 7 řekl, že *„Z mé strany je to asi jedno, jestli se starám o toho nebo o toho.“*

Podkategorie- Větší náročnost práce

V následující podkapitole jsou rozebrány odpovědi pěti sester, které se ztotožňují s názorem, že péče o obézního pacienta je naopak těžší, než o pacienta, který má BMI v normě a to hlavně na lůžkovém oddělení. Informant číslo 1 uvedl, že „*Těžkosti je správně zvolený slovo. Pacient je těžkej takže jedna sestra s ním horko těžko něco udělá. Musí pacient chtít pomoc a to se moc často nestává. Většinou jen sedí nebo leží a čekají, co s nimi bude. Takže za mě je největší bariéra neochota spolupráce.*“. Informant číslo 2 prozradil, že „*U sestřiček na lůžkách je to hlavně, že nemáme často dost síly, zvednou pacienta nebo mu pomoci, ikdyž se snažíme sebe víc. Často také pacienti bývají nerudní, protože mají hlad a pak to odnáší to sestry.*“. Dále i informant číslo 3 poukázal na to, že „*Od nás, od ošetřujícího personálu jsou o bariéry spíše v tom, že u obézního pacienta, který je omezený v pohyblivosti, sestry na lůžkách stráví u pacienta víc času a také při rehabilitaci obézní pacient méně spolupracuje než hubený.*“. Tři z informantů/sester se shodly na tom, že v ambulantním provozu je péče stejná u všech pacientů bez ohledu na jejich hmotnost. „*Na ambulanci těžkosti ani z jedné strany nepociťuju.*“ Dodal informant číslo 2, a posléze i číslo 1 „*Těžkosti na ambulanci neshledávám.*“.

Podkategorie- Nezájem ze strany personálu

Naopak tři ze sedmi dotazovaných informantů se ve svých odpovědích zmínili o jakémsi nezájmu o ošetřování tohoto typu pacienta. Informant číslo 1 prozradil, že „*nikdo ze sester se nechce starat o obézního pacienta, je to vždy skoro za trest dostat někoho velkého. Ale ne vždycky to bych jim křivdila.*“, „*Popravdě mě je to osobně jedno, jestli pacient zhubne nebo ne.*“ dodal informant číslo 6.

Podkategorie- Edukace od personálu

Jako u informantů/ pacientů je další podkategorií edukační činnost, která je podrobně popsána v kategorii Edukace z pohledu zdravotnického personálu.

Podkategorie- Motivace

V následující podkategorii jsme rozebrali motivaci k redukci hmotnosti pacienta očima všeobecných sester. Pouze tři z dotazovaných informantů uvedly, že z jejich strany přicházela pro pacienty určitá motivace v předoperačním nebo pooperačním období. Informant číslo 2 řekl, že „*Sestry a lékaři motivují pacienta k redukci hodně,*

protože obézní pacient znamená další přidružená onemocnění a další práce navíc když to řeknu blbě.“, informant číslo 4 odpověděl, že *„Motivován je od zdravotníků hodně, protože všichni víme, jaká rizika obezita přináší.“* *„Sestry a lékaři motivují pacienta k redukci hodně, protože obézní pacient znamená další přidružená onemocnění a další práce navíc když to řeknu blbě.“* uvedl informant číslo 3. Tři z informantů potvrdily, že od personálu motivace nepřichází z důvodu nezájmu pacienta. Informant číslo 5 řekl, že *„Od sester moc motivace nevidím, protože většinou se nesečkávají s úspěchem.“*, *„Sestry pacienta moc nemotivují“* uvedl stručně informant číslo 6. Informant číslo 7 ještě dodal, že *„Motivace v redukci váhy moc není to spíše v rehabilitaci a v pohybu.“*

Kategorie- Plán péče

V kategorii plánu péče byla věnována odpovědím, které nám poskytly informant/ všeobecné sestry ohledně plánu péče o pacienta. Odpovědi jsme, jako v předchozích částech kategorií rozebrali do příslušných podkategorií. V tomto případě jsou to dvě podkategorie, z nichž jedna se ještě dále dělí na další tři podkategorie.

Podkategorie- Dodržování plánu péče

První podkategorie nese název dodržování plánu péče ať už ohledně redukce hmotnosti pacienta nebo co se týče pohybového režimu. V této podkategorii odpovídaly všechny sestry poměrně stejným způsobem. Informanti/všeobecné sestry se ztotožňovaly s názorem, že většina pacientů nedodržují předepsaný jídelníček a setkávají se s nezájmem řešit svou obezitu. *„Podle mě moc pacienti hubnout nechtějí. Jsou to většinou starší pacienti a ti už na diety moc nedají. Ale najdou se ti tací, kteří tuto možnost změny jídelníčku uvítají.“* uvedl informant číslo 4. Informant číslo 1 ještě dodal *„Já jsem ještě neviděla pacienta, kterej by se nějak zvlášť snažil před operací zhubnout. Oni jsou rádi, že je odoperujeme a pak slibují, že zhubnout, ale moc tomu neverím.“* Pouze jeden informant, a to číslo 7, uvedl, že pacienti si často neuvědomují spojitost mezi obezitou a vzniklou artrózou kyčelního kloubu. *„V pooperačním období jde obezita stranou a jde o to rozchodit operovanou nohu. To je špatný přístup, protože často i obezita je příčinou vzniku artrózy.“* Uvedl již zmíněný informant číslo 7. Informant/ sestra číslo 1 ještě dodal, že *„Pak by měli dbát na všechno z rehabilitace, co se v nemocnici naučili, pořídit si pomůcky, které potřebují a dbát o celkový zdravotní stav.“*, informant číslo 3 jej doplnil, o *„Musí dodržovat vše, co se naučili v nemocnici od rehabilitace tak po nákup pomůcek a taky uspořádat byt nebo dům na to aby tam mohli*

bydlet bez obtíží. Taky často zapojují rodinu do toho, aby jejich domov vypadal tak, aby se jim tam žilo dobře. Myslím tím, třeba madla, křesla s vhodnou velikostí a tak. Taky nesmí řídit auto po určitou dobu a vyhýbat se sportům, kde se objevují ty zakázané pohyby.“ Dále informant číslo 5 se vyjádřil, že *„Pacienty musí dodržovat naučenou rehabilitaci a správné pohyby, který se naučil v nemocnici. Pak si musí uspořádat domov, tak aby mohl fungovat. A v rámci diety by měl dodržovat stanovený jídelníček a neměl by jen sedět doma a trochu se hýbat.“* „Musí dodržovat naučenou rehabilitaci, neprovádět zakázané pohyby, dámy nemůžou nosit podpatky, nesmí řídit auto, musí mít sedačky, křesla vyšší a by když si sedli, měli více než 90°. Obézní by měli dodržovat předepsanou dietu.“ dodal informant číslo 7. *„Musí dodržovat zakázané pohyby jako je flexe nad 90°, addukce a vnitřní rotace, nesmí sedat do nízkých křesel, otáčet se na posteli s polštářem mezi kolenama a musí si koupit pomůcky na WC, vany. Nesmí nosit podpatky a řídit auto několik týdnů.“* ještě doplnil informant číslo 4.

V další podkategorii jsme podrobně popsali plán péče o pacienty, kteří trpí obezitou a současně podstoupili operační zákrok implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu. Tuto podkategorii jsme ještě rozdělili do třech částí a to na denní plán péče, komplexní péče a následná péče.

Podkategorie- Denní plán péče

Všechny dotazované sestry se shodly na tom, že denní plán péče o obézního pacienta je stejný jako u pacienta s normálním BMI podstupující stejnou operaci. Shodly se na tom, že denní plán není závislý na váze, ale spíše na jiných parametrech. Informant/ sestra číslo 2 odpověděl, že *„Denní plán obézního pacienta se neliší s denním plánem pacienta s normální vahou. Záleží spíše na celkovém stavu než na váze.“* Dále informant číslo 4 odpověděl, že *„Denní plán pacienta s endoprotézou je stejný, jestli je obézní nebo není. Je to samozřejmě individuální ale s vahou to nemá nic moc společného. U obézního na to vše potřebujeme více času, na rehabilitaci, na hygienu.“* „Denní plán pacienta s obezitou se nějak zvlášť neliší od denního plánu pacienta, který obezitou netrpí. Denní plán se skládá v podání medikace, hygieny, podání stravy a podání léků dle ordinace lékaře a rehabilitace. Nic zvláštního obézního člověka v nemocnici nečeká.“ uvedl informant číslo 6. Informant číslo 1 udává, že *„denní plán péče obézního pacienta se neliší od denního plánu ostatních pacientů, který jsou na takový výkon. Snad jen, že se více dbá na hygienu a obéznímu člověku všechno déle trvá. Pokud bych měla popsat konkrétně denní plán tak je ranní hygiena,*

vizita, převazy, ranní medikace, snídaně, rehabilitace, oběd, rehabilitace, večeře, večerní medikace a během toho samozřejmě ordinace lékaře“.

Podkategorie- Komplexní péče

V následující části druhé podkategorie jsme se zaměřili na komplexní péči o obézního pacienta s totální endoprotézou kyčelního kloubu. Zde se opět všechny dotazované sestry shodly, jak má právě komplexní plán o takového pacienta vypadat, a sdílí názor, že se neliší od pacienta, který má BMI v normě. Informant číslo 2 odpověděl, že *„Komplexní péče se neliší u obézního pacienta a pacienta s normální váhou. Zahrnuje péči o celkový stav, psychický stav, rodinné zázemí, ránu, výživu, další onemocnění.“*, potvrdil to i informant číslo 3, jehož odpověď byla, že *„Komplexní plán zahrnuje péči o pacienta, jeho stav, psychika, rána, pohyblivost, vyprazdňování, výživa, bolest, jiné problémy a nemoci, které má.“*. Informant číslo 7 ještě doplnil, že *„Komplexní péče o pacienta jak u obézního tak o pacienta s normální váhou je péče o celkový stav, o operační ránu, výživu, zažívání, bolest, psychický stav, pohyblivost a rodina.“* Do komplexní péči o obézního pacienta s endoprotézou kyčelního kloubu patří také určitá dispenzarizace, která se samozřejmě provádí u každého pacienta podstupující tuto operaci. Odpovědi informantů/ sester se v tomto případě neshodovaly. Shodly se pouze v tom, že kontroly po operaci u lékaře se řeší podle stavu pacienta, možných obtíží a věku. Podle informanta číslo 1 se na kontroly u lékaře dochází takto *„Podle situace a stavu. Většinou se chodí po třech týdnech, po třech měsících, půl roku a pak jednou za rok.“*. Stejného názoru je i informant číslo 2. Dále jsem se setkala s názory, jako je názor informanta číslo 4 *„Pacienti dochází ke svému lékaři podle toho, jak on chce. Každý lékař to má jinak.“* nebo názor informanta číslo 5 *„Na ambulantní kontroly chodí podle jejich stavu a podle obtíží. Když je vše v pořádku, dochází jedenkrát za měsíc a pak za rok.“*

Podkategorie- Následná péče

Poslední část podkategorie plánu péče o pacienta je následná péče. V této části jsme rozebrali, jaká je následná péče o obézního pacienta s endoprotézou kyčelního kloubu. Více než polovina z dotazovaných informantů má za to, že následná péče u obézního pacienta je stejná jako u pacienta, který obezitou netrpí. Informant číslo 4 uvedl, že *„Komplexní péče o pacienta spočívá v péči o bio psycho sociální složku člověka a neliší se od pacienta s normálním BMI.“*. Stejný názor má i informant číslo 3,

který odpověděl, že „V následné péči o obézního a normálního pacienta žádný rozdíl není. Každý dodržuje stejný režim.“ Dále se odpovědi informantů lišily. Informant číslo 1 řekl, že „V následné péči se dává důraz na dodržování pohybů, rehabilitace a udržení celkového stavu na nejvyšší úrovni jaká jde. Ale u obézních se hlavně klade důraz taky na výživu a pohyb, aby nepřeceňovali síly a rapidně nehubnuli.“ „Rozdíl je asi jen v tom, že pacientovi, který trpí obezitou je nabídnuta lázeňská léčba, která zahrnuje i hubnoucí procedury. A dbá se to, aby opravdu pacient zhubnul alespoň nějaké to kilo“ přiznal informant číslo 2. „Následná péče o pacienta je taková, že jde buď na rehabilitaci po standartu, nebo rovnou domů. Jsou mu nabídnuty i lázně.“ dodal informant číslo 6.

Kategorie- Vliv a pohled zdravotnického personálu

V kategorii vliv a pohled zdravotnického personálu se odpovědi u informantů/ všeobecných sester lišily, proto v této části uvedu všechny z nich. Informant číslo 1 uvedl, že „Většinou jen sedí nebo leží a čekají, co s nimi bude. Takže za mě je největší bariéra neochota spolupráce. Oni jsou rádi, že je odoperujeme a pak slibují, že zhubnou, ale moc tomu nevěřím. Moc nepomáhají při hygieně nebo při rehabilitaci a nějaká dieta jim je jedno.“ Odpověď informanta číslo 2 byla taková, že „Myslím, že si moc neberou k srdci, že by měli zhubnout před operací. Moc si nevzpomínám, že by se nějaký pacient držel toho, co mu pan doktor poradil a řekl. Někteří nechtějí být na obtíž a je jim trapné, že nejsou soběstační. Často také pacienti bývají nerudní, protože mají hlad a pak to odnáší to sestry. Pacienti s námi moc nespolupracují, protože nedodržují dietu, kterou mají v nemocnici a dojídají se tím, co jim nosí návštěvy. Ne všichni, ale většina ano. Rodina jim nosí čokolády, a další oblíbené pochutiny a pak pacient nemá vypadat, tak jak vypadá.“ Informant číslo 3 dodal, že „Moc pacientů nechce pomáhat a čekají, že za ně všechno udělají sestry. Hodně si stěžují na to, jak vypadají, ale pak vidíte, jak se cpou svačinkama, který jim přinesla rodina. Tohle je asi jediná bariéra a to neukázněnost v dietě. Od sebe je motivovaný málo kdo, nebo já jsem si toho alespoň nevšimla, že by se někdo snažil. Pacienti moc v redukci nespolupracují, myslím si, že je jim to spíše jedno, jestli jsou tlustý nebo nejsou. Moc s námi o tom nemluví a nikdo nikdy za mou nepřišel a neřekl mi, že chce zhubnout. Možná se stydí.“ Další informant číslo 4 prozradil, že „Podle mě moc pacienti hubnout nechtějí. Jsou to většinou starší pacienti a ti už na diety moc nedají. Ale najdou se ti tací, kteří tuto možnost změny jídelníčku uvítají. O hubnutí jsem nikoho mluvit neslyšela, ne každý se

o tomto tématu chce bavit a vždy jsou spíše naštvaní.“. „Od pacienta se setkáváme s neochotou pomoci a s nedodržíváním diety, která je nastavená.“ doplnil stručně informant číslo 5. Předposlední informant/ sestra se svěřil, že *„Myslím si, že moc lidí si teda do jídla a do sportu povídat nenechají. Moc je to nezajímá, protože jim jde většinou o to, aby se jim odoperovala ta nemocná dolní končetina. Mají omezenou pohyblivost a často jsou i psychicky v ne moc dobré kondici. Na ambulanci žádný těžkosti nepociťujeme, jen bývají často protivní, ale to asi s váhou nesouvisí. Pacient se motivuje v duchu, než aby ses s tím svěřoval sestře.“* Poslední informant se podělil o odpověď, která zněla takto, *„Lidi si moc rady lékaře k srdci neberou, nehubnou a pak se diví, že nejsou po operaci tak pohyblivý jako jejich normálně vážící soused. Většinou se pacienti snaží dodržovat dietu i celkový pooperační režim. Často se stává, že pacienti tvrdí, že jim o redukci nikdo neříkal, ale to není pravda.“*

Může se říci, že většinový pohled na obézní pacienty, kteří podstupují tuto ortopedickou operaci je takový, že u nich přetrvává neochota pomoci ošetřujícímu personálu a nedodržívání nastoleného režimu ať už co se týče redukce váhy nebo rehabilitace.

5 Diskuze

Téma této diplomové práce se týkalo obezity a náhrady kyčelního kloubu pomocí totální endoprotézy. Cílem diplomové práce bylo popsat přístup jak pacientů, tak ošetřujícího personálu k redukci tělesné váhy před totální endoprotézou kyčelního kloubu, popsat zkušenosti s redukcí váhy a souvislosti s tím u pacientů trpící obezitou a zároveň podstupují implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu a dále zjistit přístup ošetřujícího personálu k takovýmto pacientům.

Pro splnění cíle bylo provedeno výzkumné šetření se všeobecnými sestrami, kteří pracují na standardním ortopedickém oddělení a s pacienty, kteří podstoupili tento operační výkon a zároveň mají 30-35 BMI. Výzkumné šetření probíhalo pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumného šetření se celkově se zúčastnilo sedm všeobecných sester a deset pacientů. Pro provedení výzkumného šetření bylo zprvu stanoveno šest výzkumných otázek:

1. Jaký postoj mají pacienti k redukci váhy v souvislosti s náhradou kyčelního kloubu?
2. Jaké možnosti redukce váhy jsou pacientům nabízeny v ambulantní péči?
3. Podílí se na redukčních postupech váhy u pacientů podstupující TEP sestry a v jaké míře?
4. Jaké se objevují nejčastější bariéry na straně pacientů a ošetřujícího personálu?
5. Jaké způsoby motivace pacienta jsou využité? Jak se v nich podílejí sestry?
6. Jaké edukační metody se v redukci váhy pacienta před TEP využívají?

Ke zjištění odpovědí, která byly potřebné na výzkumné šetření, bylo sestaveno šestnáct otázek pokládaných všeobecným sestrám a osm otázek pokládaných pacientům.

Svůj názor k jednotlivým výzkumným otázkám jsem hodnotila, porovnávala s dalšími bakalářskými, diplomovými a jinými pracemi a ostatními výzkumy jiných autorů na téma obezita a totální náhrada kyčelního kloubu.

V první výzkumné otázce jsme se zabývali postojem pacientů k redukci váhy v souvislosti s operačním výkonem totální endoprotézy kyčelního kloub, který podstoupili. Všichni dotazovaní již operaci absolvovali. Podle prodělaného kvalitativního výzkumu pouze jeden s informantů uposlechl rady a typy od lékaře, které se týkaly změny jídelníčku a pohybu, které mu byly sděleny před samotným operačním výkonem. Pět informantů v dotazování uvedlo, že nemají zájem o redukci váhy. Jeden z dotazovaných informantů/pacientů se domnívá, že redukce váhy není důležitá právě v souvislosti s operačním výkonem. Tři z dotazovaných informantů uvedli, že se snažili o redukci váhy již před samotnou operací. Jeden z informantů dokonce zlehčoval situaci v souvislosti s redukcí váhy a operačním výkonem, který podstoupil.

Článek Krbcové (2016) pojednává o tom, že je mnoho obézních pacientů, kteří se setkali s upozorněním na redukci váhy před operačním výkonem u nosných kloubu (kyčelních, kolenních). Lékař v článku zdůrazňuje, že po obézním pacientovi musí požadovat o snížení hmotnosti, pokud je jeho snahou pomoci mu a zároveň postupovat účelně a efektivně. Tvrdí, že redukce váhy je po obézních pacientech před totální endoprotézou prakticky vždy vyžadována. V článku také zdůrazňují, že pacientovo BMI, které je nad 30 omezí například možnost pacienta získat lázeňský pobyt. Tato informace se ale nelíbila pacientům, kteří se posléze k redukci nevyjádřili kladně, protože to brali jako určitou diskriminaci. Tvrdili, že pro ně nebylo příjemné si vybrat, jestli zhubnout nebo se zbaví bolestí kloubu.

Myslím si, že vysoká hmotnost trápí obézní jedince z důvodu neatraktivy pro okolí, negativního hodnocení od okolního světa a nedostatek sebevědomí. To celé vede k nespokojenosti se svým životem. Tento můj názor potvrdila jedna z dotazovaných informantů. Podle kvantitativního výzkumu Rychtové (2014), ve kterém se hodnotila problematika obezity ve vztahu k sebepojetí a kvalitě života obézních lidí, jsem si potvrdila svůj názor. Z výzkumu totiž vyplynulo, že obézní lidé jsou nespokojeni se svým tělem než lidé s BMI v normě. Dále z tohoto výzkumu bylo potvrzeno, že jedinci, kteří mají vysoké BMI, vykazují v otázce spokojenosti se životem celkově nižší skóre než jedinci s BMI, které je v normě.

Jsem toho názoru, že ženy přistupují k redukci hmotnosti lépe než muži. Toto tvrzení jsem si nepotvrdila. Ani jedno pohlaví z dotazovaných informantů neprojevalo jednoznačné názory na to, jaký mají postoj k redukci váhy. Dva dotazovaní informanti, muži, odpovídalo kladně, stejně tak, jako dvě dotazované informantky, ženy.

Jsem přesvědčena, že většina z dotazovaných informantů má zkušenosti se snižováním své hmotnosti již z minulosti. Zajímavostí je, že více než polovina z dotazovaných informantů má zkušenosti s dietami a všeobecně s redukcí váhy z předchozích let. Hodně z nich mluvilo o jejich neúspěchu a určitém vyhoření z neustálého zkoušení nových „osvědčených“ rad. Myslím si, že tato zkušenost z minulosti informanty/pacienty ovlivnila natolik, že už nemají chuť ani sílu zkoušet znovu redukcí své hmotnosti. Proto má také více než polovina informantů postoj k redukcí hmotnosti před operačním výkonem takový, že je jim to vlastně jedno a neprojevuji o redukcí zájem. V tématu zkušenosti z předchozích let ještě zůstanu. V tomto případě odpovídala kladně většina dotazovaných žen. Dvě z nich se zmínilo o komerčních přípravcích na hubnutí. Na toto téma se zaměřila Fedrová (2007) v bakalářské práci, z jejíž výsledků vyplývá, že mnoho dnešních žen má ponětí o komerčních přípravcích na hubnutí a redukčních kurzech na snižování hmotnosti. Dále z tohoto kvantitativního výzkumu vyplývá, že polovina žen se již setkala s redukcí hmotnosti v minulosti.

Mohu říci, že postoj pacientů k redukcí váhy v souvislosti o operačním výkonem je individuální, který je daný pohlavím, věkem, zkušenostmi, osobnostními rysy a troufám si říci i vlivem okolí jedince.

Druhá výzkumná otázka se soustředí na možnosti redukce váhy, které jsou pacientům, kteří trpí obezitou, nabízeny v ambulantní péči. Podle odpovědí od dotazovaných informantů, pacientů, vyšlo najevo, že osmi pacientům byly nabízeny možnosti redukce hmotnosti v ambulantní péči, ve smyslu doporučené úpravy jídelníčku a doporučeného vhodného pohybu. Pouze dva informanti uvedli, že před operačním výkonem zredukovali svou váhu v souvislosti s tím, co se dozvěděli v ambulantní péči.

Podle odpovědí všeobecných sester se ukázalo, že v ambulantní péči o ortopedické obézní pacienty, se všem takovýmto pacientů doporučuje zredukovat váhu vhodnou stravou a správným pohybem. Pouze jedna z informantů se zmínila o tom, při doporučované úpravě jídelníčku a zvolení vhodného pohybu se klade důraz i na kvalitu pacientovo psychického stavu. Všechny všeobecné sestry se ale shodly na tom, že v ambulantní péči se nezprostředkovávají konkrétní, již zhotovené, upravené jídelníčky pro obézní pacienty. Jedná jen o doporučení ze strany zdravotnického personálu, především ošetřujícího lékaře.

Problém obezity a s ní spojené náležitosti se rozhodlo řešit i ministerstvo zdravotnictví (2015), které zhotovilo akční plán, který spadá do programu Zdraví 2020 Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Tento akční plán se týká správné výživy a stravovacích návyků populace na období 2015–2020. Mimo jiné se zabývá i prevencí obezity. Poukazuje na to, že vhodným životním stylem je možné zabránit vzniku obezity u většiny lidí. Je třeba si uvědomit, že právě prevence je pro obezitu jeden z klíčových pojmů. Faktem je, že v současné době nejsou v plné míře využívány preventivní opatření se zaměřením na zdravé životní prostředí a zdraví protektivní chování lidí. Také nejsou v takové míře využívány nejnovější léčebné postupy u obézních lidí. Samozřejmě, že moderní lékařské postupy pro léčbu se provozují, ale ne tak, aby se to projevilo nějakými výraznými úsporami v prostředcích, které jsou potřeba pro poskytnutí adekvátní zdravotní péče a pro poskytnutí sociálního zabezpečení pacientů trpící obezitou společně s chronickými neinfekčními onemocněními.

Podle mého názoru se v ambulantní péči pacienti neseškávají s možností zredukovat svoji váhu. Jak již bylo zmíněno, je jim pouze doporučena správná strava, vhodná k redukci hmotnosti, doporučena pohybová aktivita, ale to je vše. Myslím si, že většina pacientů nebere tyto doporučení vážně. Pokud jsou pacienti přesvědčeni a motivováni ke snížení svojí hmotnosti, měli by navštívit specializované ambulantní poradny. V dnešní době, v souvislosti se zvyšujícím počtem pacientů trpící obezitou, se po celém světě a i v České republice rozmáhají právě specializovaná pracoviště na léčbu obezity. V Praze např. klinika OB, kde se v ambulanci specializují na diagnostiku a léčbu všech stupňů obezity u dospělých. Součástí ambulantní péče je diagnostika pomocí stanovení tělesného složení, množství a rozložení tukové tkáně. Dále pak zhodnocení záznamu příjmu potravy od konkrétního pacienta a doporučení vhodné skladby potravy. V ambulantní péči se probere s pacientem léčba obezity, kde se kombinuje dieta, kontrolovaná fyzická aktivita a změna jídelního chování. V mnoha případech je pacientům ordinována farmakoterapie a u vhodných pacientů bariatrická-metabolická operace.

Podle článku Červeného (2016) se ambulantní lékař denně setkává s pacienty s obezitou. K tomu, aby mohl každý ambulantní lékař obézního pacienta správně edukovat a tím mu pomoci ve snižování nadměrné váhy, měl by i on sám být poučen, jakým způsobem s obézním pacientem co nejlépe pracovat. Pro ambulantní péči, ať už praktického lékaře nebo v našem případě ortopedického lékaře se doporučuje využívat

komplexní terapeutické postupy v ambulantní praxi. Komplexní léčba má tři hlavní pilíře, kterými jsou oblasti dietních opatření, změna pohybové aktivity, při kterých se využívá kognitivně-behaviorální techniky a také použití správně cílené farmakoterapie. Dalším způsobem je chirurgická léčba obezity u pacientů, trpících 3. stupněm obezity. Tuto možnost může nabídnout svým pacientům ambulantní lékař ve spolupráci s odborníky bariatrické chirurgie. Jak uvádí Sucharda (2005) ve svém článku, je pro obézního pacienta lékař, kterého střetne v prvního kontaktu zdrojem informací o možných způsobech a možnostech redukce tělesné hmotnosti. Pro lékaře interních oborů to platí dvojnásob. Redukce nadměrné hmotnosti vyžaduje dlouhodobou podporu, která spočívá v odpočívání ve vhodných behaviorálních, dietních a pohybových přístupech. Ambulance pro obézní by se pak mohly zaměřit na komplexní péči o nemocné, kteří trpí všemi stupni obezity.

Ve většině případů, mají lékaři, ne však povinně, kurz v obezitologii, pořádaný pod záštitou České obezitologické společnosti. Bohužel v současné době není zavedena postgraduální specializace v obezitologii, která je jistě v mnoha ohledech potřebná.

Myslím si, že právě nedostatečné poučení lékaře se promítá do nedostatečného poučení pacienta o redukci váhy. S tím souvisí i fakt, že pouze dva informanti podotkli redukci váhy v souvislosti s doporučeními od svého lékaře před implantací totální endoprotézy kyčelního kloubu.

Další, třetí výzkumná otázka, se zaměřila na míru podílu všeobecné sestry na redukčních postupech u pacientů, kteří podstupují implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu. Podle výsledků z odpovědí informantů, všeobecných sester, se právě všeobecné sestry podílí na redukčních postupech dovysvětlením informací od ošetřujícího lékaře, kdy sestry poskytují potřebné doplňující informace. Dvě z dotazovaných sester také uvedly, že poskytují pacientovi informace o možnostech redukce váhy a také nabízejí pomoc u nutričního terapeuta. Dotazované sestry se shodly na tom, že na redukčních postupech se podílí spíše lékaři, popřípadě nutriční terapeuti.

Pouze u dvou informantů, pacientů, se všeobecná sestra podílela na redukčních postupech hmotnosti a to v rámci určité edukace o správném stravování a pohybu.

Článek od Raška (2019) se zmiňuje o tom, co vše potká pacienty, kteří mají podstoupit implantaci endoprotézy kyčelního kloubu. Je jasné, že obézní pacienti by měli zredukovat svou váhu. Čekací doba na operační výkon se liší od pracovišť, obvykle se pohybují mezi 6 měsíci až rokem, takže pacienti mají mnoho času

na zhubnutí. Tuto dobu by měli pacienti využít k předoperační rehabilitaci a již zmiňované redukci váhy. Ale podle dotazovaných všeobecných sester se bohužel pacienti spoléhají na dlouhou čekací dobu a nepodaří se jim redukce váhy.

Jsem přesvědčena, že v redukční postupech hmotnosti u obézních pacientů podstupující TEP je nejdůležitější právě poskytnout informace pro pacienty, jak ze strany lékaře tak i všeobecné sestry. V tomto případě je hlavním úkolem sestry právě informování pacienta a jeho rodinu ohledně zdravého životního stylu a přesvědčit je o vhodnosti dodržování správného stravování a pohybové aktivity. Myslím si, že důležitým aspektem pro úspěšnost redukce váhy je také empatie a citlivý přístup sestry a ostatního zdravotnického personálu k pacientovi, který trpí obezitou. Většina obézních pacientů bývá citlivější a vztahovačnější. Pacienti častěji mívají špatné nálady, které se projevují depresí až nerudností. Podle Matyášové (2014), která provedla výzkum, kde se řešila obezita, jako ošetrovatelský problém, vyplynulo, že by rádi změnilí způsob komunikace mezi pacienty a všeobecnými sestrami, kvůli nevhodným poznámkám všeobecných sester o pacientovo váze. Z této práce také vychází názor, že všeobecná sestra se podílí na redukční postupech v již zmíněné informovanosti pacienta a rodiny.

Podle mého názoru se všeobecné sestry se podílí na redukčních postupech spíše ve specializovaných klinikách, které se specializují na léčbu obezity. Hainer (2011) uvádí, že ve specializovaných klinikách se všeobecné sestry při vyšetření uplatňují tak, že standardně zjišťují anamnézu a odeberou venózní krev, která se posléze zašle na laboratorní vyšetření, zjistí ještě pacientovu váhu, výšku, BMI, energetický příjem a výdej, rozměr obvodu pasu v rovině ve středu, obvod boků, hodnotu krevního tlaku, procento tuku v těle a rozsah obezity u pacienta.

Brychta a Brychtová (2011) ve své publikaci uvádí, že redukční postupy musí začínat od výchovy pacienta proti obezitě již od dětství. Obezita mnohdy není problém jednoho člena rodiny, ale problém celku. Je potřeba mít povědomí o zvýšení pohybové aktivity, nastolit vhodné stravovací návyky jak v rodině i ve škole. Důležité také je, nastolit pacientovi realistické cíle redukce a upozornit na to, že obezita je běh na dlouhou trať a mnohdy je nutnost celoživotního léčení obezity.

Jsem toho názoru, že všeobecné sestry se v redukčních postupech podílejí podle viditelného zájmu pacienta o snížení hmotnosti a celkově o téma redukce váhy. S tímto tvrzením souhlasily dvě z dotazovaných všeobecných sester.

V následující čtvrté výzkumné otázce se probírali nejčastější bariéry na straně pacientů a také na straně ošetřujícího personálu. Při dotazu na nejčastější bariéry na straně pacientů, většina z nich se shodla na tom, že největší bariéra na jejich straně je jejich velká hmotnost. Od té se odvíjeli i ostatní bariéry, jako je nedostatečná síla při pohybu jak v lůžku tak i mimo něj, snížená soběstačnost a omezení v běžném životě. Pacienti se také zmínili o nedostatečné atraktivitě pro okolí i pro sebe sama. Velká hmotnost je příčinou i pro změnu nálad. Ani ne polovina pacientů podle nich neshledává žádné bariéry v rámci jejich onemocnění. Při otázce na bariéry ošetřujícího personálu pacienti odpovídali rozdílně. Polovina pacientů jsou za to, že ošetřující personál nemá žádné bariéry při ošetrovatelské péči.

V tomto případě se názory všeobecných sester a pacientů rozcházejí. Všechny dotazované všeobecné sestry jsou za jedno s tím, že největší a nejčastější bariéry z jejich strany je nedostatečná síla při ošetrovatelské péči z důvodu pacientovi velké hmotnosti, neschopnost pohybu a často také neochotě pomoci při ošetrovatelských činnostech. V obou případech se projevilo, že velká hmotnost pacienta je největší bariérou, která má za příčinu mnoho dalších úskalí ošetrovatelské péče o obézní pacienty. V některých případech sami pacienti ještě zhoršují podmínky pro péči, z důvodu nedodržování nastoleného režimu stravování a pohybové aktivity.

Bezpalcová (2015) ve své bakalářské práci uvádí, že ze zjištěných poznatků mají obézní lidé různé problémy při hospitalizaci. Informace jsou shodné s výsledky s mým výzkumem, protože Bezpalcové výzkum zjistil stejné problémy u obézních, které se týkají pocitu studu a také závislosti na druhých. Ve většině případů prožívají velký stres. Vše negativního, co se člověku stane, zanechává na sebepojetí trvalou stopu. Je třeba si uvědomit, že při poskytování péče je každý člověk svébytná osobnost. Každý máme svou identitu, způsob prožívání a způsob vnímání.

Fried (2012) uvádí, že ještě není nutné, aby každá nemocnice pořizovala speciální operační stůl a další vybavení. V akutní péči si podle něj nemocnice poradí i improvizovaně. Podle jeho slov, jsou bariéry nejen ve vybavení, ale i o nedostatek personálu, jako je anesteziolog se zkušenostmi s extrémně obézními pacienty. Podotkl, že extrémní obezita je nemoc jako každá jiná a pacienti mají právo na to, aby byly naplněny jejich specifické potřeby a byli ošetrováni jako ostatní pacienti.

Podle Vepřovské (2019) ve článku, který se zaměřuje na obézní pacienty v nemocnicích, se potvrzuje, že v posledních letech přibývá obézních pacientů, kteří musí být hospitalizováni ve zdravotnickém zařízení. Připravit se na ně musí

jak záchranáři tak i personál v nemocnice. Jejich převoz a průběh hospitalizace je totiž kvůli jejich váze ve většině případů výrazně komplikovanější. Ohledně zvyšování počtu obézních pacientů by se nemocnice měli rozhodnout ohledně vybavení se lůžky, které jsou konstruovaná pro obézní pacienty. Při modernizaci zdravotnické techniky se dále vybírají vyšetřovací a operační stoly s parametry, které umožňují bez větších komplikací poskytnout požadovaný výkon i pacientům s morbidní obezitou.

Jsem přesvědčena, že většina sester při ošetrovatelské péči obézních pacientů, kteří jsou hospitalizováni nebo v domácím prostředí, pocítují největší bariéry ohledně hygienické péče a transportu v souvislosti s jejich váhou. Toto tvrzení jsem si potvrdila z výzkumu Matyášové (2014) v bakalářské práci, kde vyplynulo, že většina dotazovaných sester pocítuje problémy prováděním hygienické péče u obézního pacienta. Tento názor potvrdila i Vytejková et al. (2011), která v knize uvádí, že právě obézní pacienti si nedokáží dostatečně provést hygienickou péči sami. Důvodem je uložení tuku na břicho, bokách a nedosáhnou si ani na genitálie a ani dolní končetiny. Transport např. z jednoho lůžka na druhé lůžko, je jak pro ošetřující personál i pro samotné pacienty namáhavý z důvodu jejich tělesné hmotnosti a také s operačním výkonem.

Podle mého názoru, nastává často znemožnění určitých úkonů v rámci zdravotní péče o obézní pacienty. Dva z dotazovaných pacientů uvedli problém při odběru venózní krve. Matyášová (2014) ve své bakalářské práci pomocí výzkumného šetření potvrdila tento můj názor s tím, všechny dotazované sestry uváděly, že největší komplikací je vyhledání vhodné žíly u obézního pacienta. Nejednom odběr krve ale i ostatní úkony se mohou zkomplikovat z důvodu pacientovi obezity. Fojtíková (2011) ve své práci uvádí nejčastější bariéry, které nastávají během nemocniční péče, kterými jsou měření krevního tlaku z důvodu nevhodné velikosti manžety, zjišťování tělesné hmotnosti, při nutném fyzikálním vyšetření, kdy nelze provést pohmat břicha. Často se také objevují bariéry v souvislosti s pacientovou váhou při jiných vyšetřovacích metodách jako je CT, magnetická rezonance, rentgenové vyšetření nebo ultrasonografie. Častým výkonem při hospitalizaci je zavedení intravenózní kanyly nebo permanentního močového katetru nebo zajištění dýchacích cest, kdy také může dojít ke komplikacím.

Beníčková (2020) ve svém článku uvedla, že obézní lidé jsou často diskriminováni zdravotnickým personálem. Ukazuje na to, že předsudky a negativní postoje vůči lidem s vyšší hmotností jsou obrovským problémem jak v okolí, na pracovišti, ale i v lékařské péči. Podotýká, že za poslední desetiletí je evidence

o tom, jak hrozné dopady může mít necitlivý přístup lékařů a zdravotnického personálu k obézním pacientům. Myslím si, že pokud pacient cítí určitý nezáměr, negativní postoj od ošetřujícího personálu, může tím pádem záměrně neplnit léčebný plán a nesnažit se.

Necitlivé komentáře, hrubé zacházení či „strašení“ pacientů, kteří mají problémy s váhou. Namísto toho, aby daného člověka namotivovali ke změně, jeho motivaci ve většině případů výrazně snižují. A to není všechno. Ukazuje se, že pacienti, kteří jsou takovému zacházení vystavováni, se následně ve velké míře vyhýbají lékařské péči, což může mít fatální následky.

Mohu říci, že nejčastější bariéra, jak ze strany ošetřujícího personálu, tak ze strany pacienta, je vysoká hmotnost obézního pacienta, která v sobě skrývá další a další úskalí a problémy.

Pátá výzkumná otázka má za úkol zjistit způsoby motivace. Motivace je pro pacienty velmi důležitá a má za úkol pacienta určitým způsobem popostrčit k lepšímu výkonu a také proto, aby se jednoduše nevzdával. Většina dotazovaných pacientů se shodla na tom, že motivaci od ošetřujícího personálu dostávala během hospitalizace mnoho. Odpovídali kladně jak na motivaci všeobecných sester tak lékaře. Motivace, která přicházela od personálu, pomocí rozhovorů, byla hlavně ohledně rehabilitace, témat, které směřovali k operačnímu výkonu. Méně byla využita motivace ohledně redukce váhy a zdravého životního stylu.

Většina dotazovaných všeobecných sester se domnívá, že z jejich strany přichází hodně motivace k pacientům. Přiznávají, že motivace je spíše ohledně souvislosti s operačním výkonem, rehabilitací, pohybu než redukce hmotnosti. Pouze dvě z dotazovaných sester přiznaly, že pro pacienta neposkytují žádnou motivaci.

V již zmíněném akčním plánu Zdraví 2020 v boji proti obezitě se uvádí, že základním možným způsobem, jak obezitu léčit jsou vždy režimová opatření, jako jsou dietní opatření a fyzická aktivita. Je nutné říci, že z hlediska dlouhodobého efektu tento typ léčby obvykle selhává, pokud nejsou provázena velmi personálně náročnou psychologickou a hlavně motivační podporou. Je třeba si uvědomit, že pacient musí mít motivaci, v nejlepším případě mít podporu psychologa, osobního trenéra nebo motivaci od okolí.

Myslím si, že způsob motivace se přizpůsobuje osobnosti pacienta. Podle tohoto výzkumného šetření můžeme potvrdit, že na každého pacienta se použil jiný způsob motivace. U jednoho z pacientů to bylo až jakési zastrašení a hrozba další operace, u jiného pacienta zase motivace způsobem pochvaly. Podle Klevetová (2017)

je podkladem motivace úsilí lidského organismu dosáhnout rovnováhy mezi sebou a svým prostředím. Používá k tomu takové činnosti, které vedou k vlastnímu uspokojení a soběstačnosti. Právě omezená soběstačnost trápí obézní pacienty s endoprotézou kyčelního kloubu. Klevetová (2017) ještě udává, že jediný skutečný druh motivace je schopnost přesvědčit sám sebe o tom, co je pro člověka samého důležité, uvědomit si vlastní snahy k získání odpovědi na otázku proč dotyčný člověk chce usilovat o návrat schopnosti a uspokojovat své potřeby, které se v tomto případě týkají redukce hmotnosti.

I na stránce nakladatelství.portál.cz (2003) se objevilo téma motivace, kde jsem si potvrdila, že onemocnění skutečně mění potřeby a psychiku lidí, a tedy i jejich motivaci. V tomto portálu byl uveden názor, že lékaři a ostatní zdravotnický personál tuto problematiku často přehlížejí nebo se jí vyhýbají, neboť se jí osobně dotýká. Motivaci vnímají jako výzvu k pomoci, ale lékaři a ostatní zdravotní personál, i když by rádi, často nevědí jak, protože na pomoc tohoto druhu nebyli kvalifikovaně připraveni. Za co já shledávám velkou chybu.

Podle mého názoru, všeobecné sestry hrají velkou roli v nalezení pacientovi motivace k redukci hmotnosti. Pokud pacienty budou motivovat, může se stát, že právě pacient začne s redukcí hmotnosti. Podle Müllerové (2009) je důležité najít takový motiv pro pacienta, který jej bude oslovovat a bude dostatečně silný, aby redukcí hmotnosti dotáhl dokonce. Pokud však motiv pro pacienta k redukci váhy bude pouze obecně platný, předpokládá se, že pacientova snaha o snížení hmotnosti nebude tak úspěšná, a to zejména v dlouhodobém výhledu. Sestra by měla pomocí vhodně zvolené komunikace podrobně prozkoumat, jestli chce pacient zhubnout, jeho očekávání, jestli je ochoten změnit životní styl. Je také důležité, aby pacient měl podporu i blízké rodiny. Müllerová (2009) popsala důvody, které nejčastěji vedou k redukci váhy, kterými jsou zdravotní důvody, estetika, vztahový faktor, sebeúcta a vnější faktor, který obnáší názory ostatních, kteří chtějí po pacientovi, aby zhubl.

Myslím si, že motivace se odvíjí také od pohlaví pacienta. Domnívám se, že jinak se budou motivovat k redukci muži a jinak ženy. Tuto mou domněnku potvrdil Hainer (2003), který uvádí, že se odlišuje motivace žen a mužů. Ženy jsou motivovány k redukci hmotnosti zejména kvůli vzhledu a zdraví, naopak muži jsou motivováni, pokud trpí již závažnějšími zdravotními obtížemi.

Jsem toho názoru, že většina všeobecných sester, lékařů a ostatního zdravotnického personálu motivují pacienty k redukci jejich hmotnosti podle toho, jestli

vidí z pacientovi strany samotný zájem o redukci. Také si myslím, že některé sestry nemotivují pacienta, právě z důvodu, že pacienti neprokazují zájem o téma hubnutí. Tento názor mi potvrdily dotazované sestry z tohoto výzkumného šetření.

Poslední výzkumná otázka řeší edukační metody, které se využívají pro pacienty. Edukace je před, během i po hospitalizaci velice důležitá. V tomto případě jsme se zaměřili na edukační metody, které se používaly před operačním výkonem TEP. Pacienty podle odpovědí nejvíce edukoval lékař, pomocí rozhovoru před samotným operačním výkonem. Dva z těchto informantů se zmínili o edukačním materiálu v podobě letáku, kde byla vysvětlena vhodná strava, možnosti pohybové aktivity a vše co se týče redukce hmotnosti. Pouze jeden z pacientů se zmínil, že se nesetkal s žádnou edukací před operací.

Podle všech dotazovaných všeobecných sester je každý pacient před operačním výkonem edukován pomocí rozhovoru. Rozhovory lékaře a pacienta spočívali v tom, že lékař pacientovi vysvětlil, co patří do správné stravy a co obnáší vhodný pohyb v rámci onemocnění. Dále se pacientům vyjmenují možná rizika onemocnění obezity a s tím spojený operační výkon. Hudeček (2013) udává, že pokud pacient nebude mít požadovanou hmotnost na operační výkon, operace bude technicky mnohem náročnější a to může mít vliv na přesnost v uložení implantátů a tím i na stabilitu a životnost umělého kloubu. Během operace bývá u obézních pacientů větší krevní ztráta, hrozí problémy s hojením rány, možné infekce a mnoho dalších rizik, které jsou rizika i u ostatních velkých operací. Z hlediska samotného umělého kloubu je u pacientů s nadváhou větší množství luxací umělého kloubu a také předčasné opotřebení kloubu, které vyžaduje reoperaci. Také nutné pro pacienta je být v dobré psychické kondici.

Dvě z všeobecných sester uvedly, že pacientům je nabídnut již zmíněný edukační leták. Podle výsledků výzkumu bakalářské práce od Hanouskové (2015) se ukázalo, že všeobecné sestry v zprostředkovávají edukaci ohledně pomocí rozhovoru a ukázky. Je potřeba vyzdvihnout, že edukace ambulantní péči v nemocničním zařízení je až dvojnásobný oproti poliklinice. Myslím si, že je to z časového důvodu a počtem personálu. V práci jsou zmíněny také edukační letáky a tiskopisy, kde se edukační proces zapisuje. V nemocnicích tento tiskopis bývá součástí dokumentace.

Podle mého názoru se se nemůže edukovat každý pacient stejným způsobem. Je třeba si uvědomit, že každý člověk je individuální. V tomto výzkumném šetření se ukázalo, že je třeba brát v potaz, jaký pacient je člověk a podle toho, k němu přistupovat a edukovat ho. Stejného názoru je i Svačina (2008) ve své knize uvádí, že rozhovor

v rámci edukace by měl začínat zdravotnický pracovník a přistupovat ke každému individuálně s dostatečným časovým prostorem. Je potřeba zjistit u pacienta zkušenosti s redukováním hmotnosti a volit edukaci podle kvality porozumění pacienta. Svačina (2013) je za to, že čím kvalitnější je vysvětlení jednotlivých pojmů, které se týkají obezity, tím důslednější je léčba a spolupráce pacienta. S jehož názorem se také ztotožňuji. Dotazované sestry jsou s tímto názorem také za jedno, s tím, že prodělávaná edukace v z jejich pohledu a zkušeností souvisí se zájmem pacienta, věkem, s vyhlídkami na redukci hmotnosti. Také se objevovaly názory, že jinak probíhá edukace u žen a jinak u mužů.

V průzkumu Rakové (2012), který byl zaměřen na postoj všeobecných sester k edukaci pacientů jako potřebné součásti ošetrovatelského procesu, všechny dotazované všeobecné sestry vyjádřily kladný postoj k edukaci. Zde se potvrdil můj názor, že edukace závisí na mnoha faktorech. Podle výzkumu vyplynulo, že během edukace pacienta se všeobecné sestry snaží klást důraz na změnu jeho chování a jednání. Efekt probíhající edukace může být ovlivněn mnoha faktory jako je například místo, kde edukace probíhá. Zde se ukázalo, že nejčastější místo pro edukaci všeobecné sestry využívají pokoj pacienta. Menší počet sester se kladně vyjádřilo o místnosti, která slouží k edukaci pacientů nebo rodinných příslušníků. Vyjádření sester z našeho průzkumu nasvědčují tomu, že nejčastějším místem realizace edukace v klinickém prostředí je pokoj pacienta. Ohledně místa pro edukaci se ještě v menším počtu odpovědí vyskytla ambulance. Toto může vypadat tak, že edukace probíhá spíše před nebo během hospitalizace než v ambulantním provozu.

V rámci edukace je také důležité, jak přijaté informace dotyčný pacient pochopil. V publikaci Diagnostika a terapie duševních chorob od Duška a Večeřové- Procházkové (2010) se potvrdili, že nezbytnou částí péče o pacienty s obezitou je správně zvolená edukace o dietoterapii s omezením příjmem tuku a sacharidů, nácviku kalkulace kalorického příjmu, o potravinové pyramidě a také o správném pohybovém režimu. Z teorie o edukaci vyplývá, že edukace musí vycházet z předem připraveného edukačního plánu, kde na začátku je stanovení edukační diagnózy a končí to zhodnocením celého procesu edukace. Podle mého názoru se takto předem připravená edukace provádí jen u malého počtu pacientů. Nedostatečný důraz je podle mého názoru kladen na edukaci rodiny a blízkých osob.

Myslím si, že pro většinu edukovaných pacientů jsou často použité termíny nesrozumitelné a jsou často informacemi zahlceni. S mým názorem se neztotožňuje

výsledek bakalářské práce na téma vliv obezity na zdraví a efektivita edukace obézních klientů, kdy Řezníčková (2008) uvádí, že pro většinu edukovaných pacientů jsou informace srozumitelné a dostačující.

6 Závěr

V diplomové práci jsme se věnovali problematice obezity ve spojení s implantací totální endoprotézy kyčelního kloubu. Cílem této práce bylo poukázat a popsat přístup zdravotnického personál a pacientů ohledně redukce hmotnosti před samotným operačním výkonem a uvědomit si jak se obezita a náhrada kyčelního kloubu v mnoha ohledech ovlivňují.

V teoretická částí jsme práci rozdělili na dvě části podle onemocnění. V první části jsme se věnovali artróze kyčelního kloubu, charakteristice, poukázali jsme na faktory vzniku a komplikace, které sebou toto onemocnění přináší. Do této části jsme zařadili samotnou implantaci endoprotézy kyčelního kloubu a souvislosti spojené s operačním výkonem od historie endoprotézy až k zásadám ošetrovatelské péče. Ve druhé části jsme se věnovali obezitě. Jako u předešlého onemocnění jsme zde popsali hlavně charakteristiku onemocnění, diagnostiku a možnou léčbu obezity. V závěru současného stavu jsme se zabývali propojením obezity a náhradou kyčelního kloubu.

V empirické části diplomové práce jsme zvolili kvalitativní výzkumné šetření s využitím polostrukturovaných rozhovorů s pacienty, kteří trpí obezitou a již podstoupili implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu s tím, že obezita byla stanovena pomocí BMI. Polostrukturované rozhovory jsme prováděli také se všeobecnými sestrami pracujícími na ortopedických standartních odděleních, kde zajišťují péči o pacienty připravující se na chirurgický výkon totální endoprotézy kyčelního kloubu. Cílem této práce bylo popsat přístup pacientů a ošetrujícího personálu k redukci tělesné váhy před totální endoprotézou kyčelního kloubu. Na začátku výzkumného šetření bylo stanoveno šest výzkumných otázek. Podle výzkumného šetření, kde se popisoval postoj pacientů k redukci váhy, se podle výsledků ukázalo, že pacienti nemají kladný vztah k redukci své váhy. V ambulantní péči, podle výsledků z výzkumného šetření, se pacientům doporučují změny stravovacích a pohybových návyků. Z výzkumu také vyplynulo, že během těchto doporučení, všeobecné sestry pouze dovysvětlují informace podané lékařem a při pacientovi zájmu poskytnou potřebné informace o redukci. Díky tomuto šetření byly popsány nejčastější bariéry, které se objevují jak na straně personálu, tak na straně pacientů a popsány možnosti motivace pacienta k redukci hmotnosti.

V poslední části, na kterou se ve výzkumném šetření diplomová práce zaměřuje, je popsána edukace pacienta před operačním výkonem.

Edukační činnost je práce východiskem této práce, konkrétně, možnosti působení všeobecných sester v edukačních postupech při redukci váhy u obézních pacientů před výkonem totální endoprotézy kyčelního kloubu. Podle výsledků z výzkumného šetření se ukázalo, že všeobecné sestry v edukačních postupech působí v úzké spolupráci s ošetřujícím lékařem, nutričním terapeutem a ostatním zdravotnickým personálem. Všeobecné sestry by měly pomoci vhodně zvolené komunikace edukovat obézního pacienta ohledně dodržování zdravého životního stylu, vhodné stravy a pohybové aktivity. Neměly by zapomenout na objasnění rizik, které obezita přináší. Důležitá v edukačních postupech je také správně nastavená motivace pro pacienta k redukci hmotnosti. Sestry by měly znát obecné znaky úspěšné edukace, mezi které patří dobré teoretické a praktické dovednosti, empatie, dobré komunikační schopnosti jak verbální tak neverbální. Neopomíjet projevení zájmu o pacienta, získat si důvěru a podpořit pacienta ke spolupráci. V dnešní době existuje spousta odporných ambulancí pro léčbu obezity, do kterých pacienty sestra může doporučit. Edukační postupy probíhají ve většině případů formou rozhovoru, které jsou vytvořeny individuálně s ohledem na celkový stav pacienta.

Na závěr bych ráda podotkla, že téma obezity a endoprotéza kyčelního kloubu jsou mi blízké, protože jsem se v minulých letech zajímala o podobné téma v bakalářské práci. Jsem ráda, že mi poznatky z této diplomové práce a pročtená literatura, které na tuto práci byla použita, zvětšily rozhled ohledně obezity a náhrady kyčelního kloubu.

7 Seznam použitých zdrojů

1. BENÍČKOVÁ, T., 2020. *Diskriminace na základě váhy- vážný dopad na zdraví*. [online]. [cit. 13. 05. 2020]. Dostupné z: <https://www.vitalia.cz/clanky/diskriminace-na-zaklade-vahy-vazny-dopad-na-zdravi/>
2. BEZPALCOVÁ, L., 2015. *Obézní pacient očima všeobecné sestry*. Bakalářská práce. Plzeň. FZS.ZCU.
3. BRYCHTA T., BRYCHTOVÁ S., 2011. Obézní pacient v lékařské ordinaci. *Interní medicína pro praxi*. 13(1). 28–30 s. [online]. [cit. 13. 05. 2020]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2011/01/07.pdf>
4. CANALE S. T., BEATY J. H. & CAMPBELL W. C., 2013. *Campbell's Operative Orthopaedics*. Philadelphia. Elsevier/Mosby. 4776 p. ISBN 9780323091367.
5. CRAIK JD. et al., 2015. Hip and knee arthroplasty implants contraindicated in obesity. *Annals of the Royal college of Surgeons of Englan.* 98(5). 295-299 p. DOI: 10.1308/rcsann.2016.0103.
6. ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R. et al. 2017., *Člověk ve zdraví i v nemoci: Podpora zdraví a prevence nemocí ve stáří*. Praha: Karolinum. 512 s. ISBN: 978-80-246-3828-7.
7. ČERVENÝ, R., 2009. *Obezita*. ČLS JEP. [online]. [cit. 06. 05. 2020] Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/obezita-443562>
8. DOLEŽALOVÁ, K., 2012. *Bariatrická chirurgie a primární péče*. Praha: Axonite CZ. 200 s. ISBN 978-80-904899-2-9.
9. DOWSEY M. et al., 2018. Body mass index is associated with all-cause mortality after THA and TKA. *Clinical Orthopaedics and related research*. 476 (6). 1139-1148 p. DOI: 10.1007/s11999.0000000000000108.
10. DUNGL, P. et al., 2005. *Ortopedie*. 1. vydání. Praha: Grada. 1273 s. ISBN 8024705508.
11. DUNGL, P. et al., 2015. *Ortopedie*. 2. přepracované vydání. Praha: Grada. 1168 s. ISBN 978-80-247-4357-8.
12. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., 2010. *Diagnostika a terapie duševních chorob*. Praha: Grada. 632 s. ISBN: 987-80-247-1620-6.

13. FEDROVÁ, V., 2007. *Metody snižování nadváhy a léčba obezity – kurzy snižování nadváhy versus komerční výrobky na hubnutí*. Bakalářská práce. České Budějovice. ZSF.JCU.
14. FOJTÍKOVÁ, E., 2011. *Potřeby obézních pacientů*. Bakalářská práce. Olomouc. FZV.UPOL.
15. FRAŇKOVÁ, M., 2009. *Obézní vyžadují citlivější přístup*. Medical Tribune. [Online]. [cit. 8. 4. 2020]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/15692>.
16. FREJ, D., 2006. *Dietní sestra - Diety ve zdraví a nemoci*. Praha. Triton. 309 s. ISBN: 80-7254 537-X.
17. FRIED, M., 2011. *Bariatrická a metabolická chirurgie: nové postupy v léčbě obezity a metabolických poruch*. Praha: Mladá fronta. 268 s. ISBN 978-80-204-2424-2.
18. FRIED, M., 2012. © 2020. *Extrémně obézní si zaslouží péči na míru*. [online]. [cit. 13. 05. 2020]. Dostupné z: <https://www.sakcr.cz/page/news/208>
19. FRISCH, N. et al., 2016. Effect of body mass index on blood transfusion in total hip and knee arthroplasty. *Orthopedics*. 39(5). 844-849 p. DOI: 10.3928/01477447-20160509-04.
20. GUPTA, A. et al., 2015. Does robotic-assisted computer navigation affect acetabular cup positioning in total hip. *The journal of arthroplasty*. 30(12). 2204-2207 p. DOI: 10.1016/j.arth.2015.06.062.
21. GURUNATHAN, U. et al., 2018. Body mass index and in-hospital postoperative complications following primary total hip arthroplasty. *HIP International*. 28(6). 613-621 p. DOI: 10.1177/1120700017754058.
22. HAINER, V., 2011. *Základy klinické obezitologie*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 464 s. ISBN 978-80-247-3252-7.
23. HAINER, V. et al., 2003. *Obezita: [minimum pro praxi]*. 2. vydání. Praha: Triton. 119 s. ISBN 80-7254-384-9.
24. HANOUSKOVÁ, R., 2015. *Edukační činnost sestry v ambulanci*. Bakalářská práce. České Budějovice. ZSF.JCU.
25. HEINRICH, K., 2015. *Výživa v medicíně a dietetika*. Praha: Grada. 572 s. ISBN: 978-80-247-4533-6.
26. HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. 438 s. ISBN: 978-80-262-0982-9.

27. HERLESOVÁ, J., 2019. Komunikace s pacienty s obezitou. *Practicus*. 18(1). 14-17 s. ISSN 1213–8711.
28. HODOVNÍKOVÁ, M., 2018. Obézní pacient s koxartrózou indikovaný k totální náhradě kyčelního kloubu. *Ortopedie*. 12(5). 203-209 s. ISSN: 1802-1727.
29. HOLZER, LA. et al., 2018. The accuracy of digital templating in uncemented total hip arthroplasty. *Archives of orthopaedic and trauma surgery*. 139(2). 263-268 p. DOI: 10.1007/s00402-018-3080-0.
30. HUDEČEK, F., 2013. © 2013. *Obezita a implantace umělého kloubu*. [online]. [cit. 13. 05. 2020]. Dostupné z: <http://nutrivia.cz/umely-kloub.php>
31. JAKUBÍK, J., FOUSEK, J., 2019. Konzervativní přístup v endoprotetice kyčelního kloubu. *Ortopedie*. 13(1). 15-21 s. ISSN: 1802-1727.
32. JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. 256 s. ISBN: 978-80-247-4412-4.
33. JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 80 s. ISBN: 978-80-247-2171-2.
34. KLEVETOVÁ, D., 2017. Motivace seniora. *Florenc*. [online]. [cit. 13. 05. 2020]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2017/9/motivace-seniora/>
35. KOLÁŘ, P., 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén. 713 s. ISBN: 978-80-7262-657-1.
36. KOSTIUK, P., SLÍVA, J., 2018. Současné možnosti farmakoterapie osteoartrózy. *Ortopedie*. 12(3), 132-134 s. ISSN: 1802-1727.
37. KOUDELKA, K. et al., 2004. *Ortopedie*. Praha: Karolinum. 281 s. ISBN 80-246-0654-2.
38. KRBCOVÁ, L., 2016. *Obézní člověk má nárok na léčbu. Ale nejprve musí zhubnout*. [online]. [cit. 13. 05. 2020]. Dostupné z: <https://www.vitalia.cz/clanky/obezni-clovek-ma-narok-na-lecbu-ale-nejprve-musi-zhubnout/>
39. KUNEŠOVÁ, M. et al., 2005. *Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. [online]. CDP-PL. Praha. [cit. 13. 05. 2020]. Dostupné z: <https://www.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy-2003-2007/Obezita.pdf>
40. KUNEŠOVÁ, M. et al., 2016. *Základy obezitologie*. Praha. Galén, 172 s. ISBN: 978 -80-7492-217-6.

41. KUNOVÁ, V., 2009. *Obezita- dieta pro zdravé hubnutí, Rady lékaře, průvodce dietou*. Praha: Forsapi. 100 s. ISBN: 978-80-87250-04-4.
42. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha. Grada. 176 s. ISBN: 978-80-247- 2713-4.
43. LIU, W. et al., 2015. The influence of obesity on primary total hip arthroplasty outcomes: A meta-analysis of prospective cohort studies. *Orthopaedics & Traumatology, Surgery & Research*. 101(3). 289-296 p. DOI:10.1016/j.otsr.2015.01.011.
44. LUKÁŠ, K., ŽÁK, A. et al., 2015. *Chorobné znaky a příznaky, diferenciální diagnostika*. Praha: Grada. 928 s. ISBN: 978-80-247-5067-5.
45. MÁLEK, J., P. ŠEVČÍK et al., 2014. *Léčba pooperační bolesti*. Praha: Mladá fronta a.s. 152 s. ISBN 978-80-204-3522-4.
46. MALCHEROVÁ, M., 2007. Klient po implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu. *Sestra*. 17(12). 51-52 s. ISSN: 1210-0404.
47. MÁLKOVÁ, I., MÁLKOVÁ, H., 2014. *Obezita: malými krůčky k velké změně- Rady lékaře, průvodce dietou*. Praha: Forsapi. 192 s. ISBN 978-80-87250-24-2.
48. MARTINÍK, K., 2008. *Obezita, nadváha: od teorie k praxi*. Hradec Králové: Garamon. 151 s. ISBN: 978-80-86472-37-9.
49. MATOUŠ, M., MATOUŠOVÁ, M. et al., 2005. *Život s endoprotézou kyčelního kloubu*. Praha. Grada. 96 s. ISBN 80- 247-0886-8.
50. MATYÁŠOVÁ J. 2014. *Obezita jako ošetrovatelský problém*. Bakalářská práce. České Budějovice. ZSF.JCU.
51. MIKŠOVÁ, Z., FRONKOVÁ, M. et al., 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. 176 s. ISBN: 978-80-247-1443-1.
52. MIKULA, J., MÜLLEROVÁ, N., 2008. *Prevence dekubitů*. Praha: Grada. 104 s. ISBN: 978-247-2043-2.
53. MÜLLEROVÁ, D. et al., 2009. *Obezita – prevence a léčba*. Praha: Mladá fronta. 262 s. ISBN 978-80-204-2146-3.
54. mzc.cz. 2015. *Akční plán č. 2: Správná výživa a stravovací návyky populace na období 2015–2020 b) Prevence obezity*. [online]. [cit. 13. 05. 2020]. Dostupné z: https://www.mzc.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20p%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2002b%20prevence%20obezity.pdf
55. *Nakladatelství.portál.cz*. 2003. © 2020. [online]. [cit. 13. 05. 2020]. Dostupné z: <https://nakladatelstvi.portal.cz/nakladatelstvi/aktuality/80056>

56. OB Klinika, © 2020. [online]. Praha. [cit. 06. 05. 2020]. Dostupné z: <https://www.obklinika.cz/obezitologie>
57. OWEN, K., 2012. *Moderní terapie obezity: [průvodce pro každodenní praxi]*. Praha: Maxdorf. 64 s. ISBN 978-80-7345-301-5.
58. OWEN, K., 2013. Farmakologické a nefarmakologické možnosti léčby obezity. *Interní medicína pro praxi*. 15(10) s. 302-303. ISSN: 1212-7299.
59. PAPEŽOVÁ, H. et al., 2010. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada. 432 s. ISBN: 978-80-247-2425-6.
60. PICHLEROVÁ, D., 2016. Obezita – diagnostika a léčba v ordinaci praktického lékaře. *Medicína pro praxi*. 13(4). 204-210 s. ISSN: 1214-8687.
61. PLEVOVÁ, I., 2018. *Ošetrovatelství I. 2. přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. 288 s. ISBN: 978-80-271-0888-6.
62. POKORNÁ, A., KOMÍNKOVÁ, A., 2013. *Ošetrovatelské postupy založené na důkazech*. Brno: Masarykova Univerzita. 124 s. ISBN 978-80-210-6331-0.
63. RAKOVÁ, J., 2012. *Postoj sester k edukaci v nemocničním prostředí*. [online]. [cit. 13. 05. 2020]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/postoj-sester-k-edukaci-v-nemocnicnim-prostredi-464365>.
64. RAŠKA, J., 2019. *Co je dobré vědět, když vám lékař doporučí výměnu kyčelního či kolenního kloubu*. [online]. [cit. 13. 05. 2020]. Dostupné z: <https://www.i60.cz/clanek/detail/24608/co-je-dobre-vedet-kdyz-vam-lekar-doporuci-vymenu-kycelniho-ci-kolenniho-kloubu>
65. REPKO, M. et al., 2012. *Perioperační péče o pacienta v ortopedii*. Brno: NCO NZO. 186 s. ISBN:978-80-7013-549-5.
66. RONDON, AJ. et al., 2018. Cefazolin prophylaxis for total joint arthroplasty: Obese patients are frequently underdosed and at increased risk for periprosthetic joint infection. *The journal of arthroplasty*. 33(11) 3551-3554 p. DOI: 10.1016/j.arth.2018.06.037.
67. RYCHTOVÁ, A., 2014. *Problematika obezity ve vztahu k sebepojetí a kvalitě života*. Bakalářská práce. České Budějovice. PF.JCU.
68. ŘEZNIČKOVÁ, J., 2008. *Vliv obezity na zdraví a efektivita edukace obézních klientů*. Zlín. Bakalářská práce. FHS.UTB.
69. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada. 268 s. ISBN: 978-80-247-3129-2.

70. SOSNA, A. et al., 2001. *Základy ortopedie*. Praha: Triton. 175 s. ISBN 80-7254-202-8.
71. SUCHARDA, D., 2005. Obézní pacient. *Medicína pro praxi*. 3(3) [online]. [cit. 13. 05. 2020]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2005/03/03.pdf>
72. SUCHARDA, P., 2008. Extrémní obezita. *Postgraduální medicína*. 10 (6). 688-691 s. ISSN: 1212-4184.
73. SVAČINA, Š., 2000. *Obezita a diabetes*. Praha: Maxdorf. 307 s. ISBN 80- 85800-43-8.
74. SVAČINA, Š., 2013. *Obezitologie a teorie metabolického syndromu*. Praha: Triton. 290 s. ISBN: 978-80-7387-678-4.
75. SVAČINA, Š. et al., 2008. *Klinická dietologie*. Praha: Grada. 381 s. ISBN: 978-80-247-2256-6.
76. SVAČINA, Š., 2008. *Dietologický slovník*. Praha: Triton. 272 s. ISBN 978-80-7387-062-1.
77. ŠPONER, P. KUČERA, T. et al., 2015. Komplikace endoprotéz u diabetiků. *Vnitřní lékařství*. 61(6). 567-570 s. ISSN: 0042-773X.
78. ŠRÁMKOVÁ, P., 2018. Novinky ve farmakologii obezity. *Gastroenterologie a hepatologie*. 72 (6), s 495–500. DOI: 10.14735/amgh2018495.
79. ŠVARČÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. et al., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vydání. Praha: Portál. 386 s. ISBN: 978-80-262-0644-6.
80. TALIÁNOVÁ, M., HOLUBOVÁ, M. et al., 2009. Péče o nemocného po totální endoprotéze kyčelního kloubu. [online]. [cit. 07. 04. 2020]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/pece-o-nemocneho-po-totalni-endoproteze-kycelniho-kloubu-417261/check-status/>
81. TELIČKA, Z., SVAČINA, Š. et al., 2012. Léčba obezity bariatrickou chirurgií a její některé farmakoekonomické aspekty. *European Journal for Biomedical Informatics*. 8(5). 38-41 s. DOI: 10.24105/ejbi.2012.08.5.7.
82. TRNKOVÁ, L., 2015. Obezita jako celosvětový problém. *Sestra*. 15(4). 23-25 s. ISSN: 1210-0404.
83. TURECKIOVÁ, M., 2004. *Řízení a rozvoj lidí ve firmách*. Praha: Grada. 168 s. ISBN: 987-80-2470-405-0.
84. VEISOVÁ, V., 2011. Obezita – onemocnění těla i duše. *Kontakt*. 13(4). 423-433 s. ISSN 1212-4117.

85. VEPŘOVSKÁ, J., 2019. *Obézní pacienti tíží nemocnice. Jsou potřeba silné paže i odolné vybavení.* [online]. [cit. 13. 05. 2020]. Dostupné z: https://litomericky.denik.cz/zpravy_region/obezni-pacienti-tizi-nemocnice-jsou-potreba-silne-paze-i-odolne-vybaveni-20190727.html
86. VÍTEK, L., 2008. *Jak ovlivnit nadváhu a obezitu.* Praha: Grada. 160 s. ISBN: 978-80-247-2247-4.
87. VLČKOVÁ, J., 2009. *Vliv pohybové aktivity a dietního režimu na obezitu.* Olomouc. Disertační práce. LF.UPOL.
88. VRANAIOVÁ, A., 2012. Edukace pacienta po chirurgické bandáži žaludku. *Sestra.* 22(5). 40-41 s. ISSN: 1210-0404.
89. VRÁNOVÁ, D., 2013. *Chronická onemocnění a doporučená výživová opatření.* Olomouc: Anag. 183 s. ISBN: 978-80-7263-788-1.
90. VYTEJČKOVÁ, R., SEDLÁŘOVÁ, P. et al., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I.- obecná část.* Praha: Grada. 228 s. ISBN: 978-80-247-3419-4.
91. WAGENKNECHT, M., 2011. Úloha psychologické péče při léčbě obezity. In: HAINER, V. et al., 2011. *Základy klinické obezitologie.* Praha: Grada, s. 241–258. ISBN: 978-80-247-3252-7
92. WALKER, I., 2013. *Výzkumné metody a statistika.* Praha: Grada. 224 s. ISBN: 978-80-247-3920-5.
93. Zákon č. 372/2011 sb. o Zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. 2011. In. *Sbírka zákonů České republiky.* Částka 131. 4730-4801 s. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
94. ZHANG, C. et al., 2018. Can patient selection explain the obesity paradox in orthopaedic hip surgery? An analysis of the ACS-NSQIP registry. *Clinical Orthopaedics and related research.* 476(5). 964-973 p. DOI:10.1007/s11999.00000000000000218.

8 Seznam příloh

Příloha č. 1 – Vývoj koxartrózy pravého kyčelního kloubu po dobu 15 let.

Příloha č. 2 – Původní model Čech-Beznoska

Příloha č. 3 – Typy obezity

Příloha č. 4 – Návrh redukční diety

Příloha č. 5 – Informovaný souhlas pro pacienty a všeobecné sestry

Příloha č. 6 – Ukázka otevřeného kódování

Příloha č. 1

Vývoj koxartrózy pravého kyčelního kloubu po dobu 15 let. Stupeň 1-4 (a-d) podle Kellgera-Lawrence



(Zdroj: Dungal et al., 2015)

Příloha č. 2

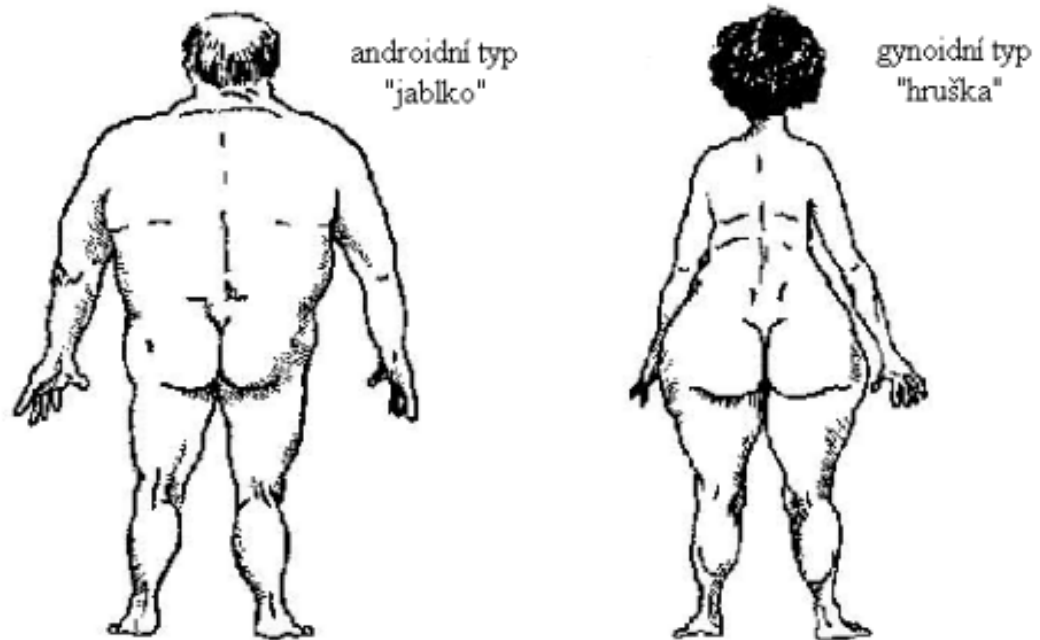
Původní model Čech-Beznoska, a-d: dřík a hlavice e-f: pouze dřík



(Zdroj: Dungal et al., 2015)

Příloha č. 3

Typy obezity



(Zdroj: Svačina, 2000)

Příloha č. 4

Návrh redukční diety



Tab. č. 5: Jídelníček pro redukční dietu

Vypracovala dietní sestra Věra Raisová

Energetická hodnota jídelníčku nepřesahuje 6 000 kJ na den. Použité potraviny jsou v nízkotučné úpravě a na přípravu jídel bylo použito minimální množství tuku. Zelenina a ovoce zařazené do sestaveného jídelníčku jsou dostupné na trhu po většinu roku. Masová jídla jsou připravena z bílých libových mas.

Některé použité potraviny:

- Tvaroh bílý nízkotučný
- Tvaroh ovocný nízkotučný
- Jogurt bílý nízkotučný
- Jogurt ovocný nízkotučný
- Sýr eidam 30% tuků v sušině
- Sýr tavený 30% tuků v sušině
- Mléko nízkotučné

E=energie, B=bílkoviny, T=tuky, S=sacharidy obsažené v potravinách

		E (kJ)	B (g)	T (g)	S (g)
PONDĚLÍ					
Snídaně	Piškotová omeleta s tvarohem a ovocem, káva 1/2 ks bílku-sníh, 20 g cukru, 1/2 ks žloutku, 20 g dětská krupice, 50 g meruněk, 150 g ovocného tvarohu, káva	1690	19,50	8,00	64
Přesnídávka	Rajče 200 g	206	2,20	0,60	9
Oběd	Kuře s jablky, brambory, salát 100 g kuřete, 150 g jablek, skořice, 200 g brambor, sól, 150 g mrkve	1741	27,59	4,46	66
Svačina	Okurka 200 g	108	2,00	0,40	4
Večeře	Houby s vejcem, tmavý chléb 100 g žampionů, 50 g drůbeží šunky, 5 g oleje, 20 g cibule, 1 vejce, sól, 100 g chleba, 50 g okurek	1931	27,00	12,50	60
Celkové hodnoty za den		5676	78,29	25,96	203

(Zdroj: Kunešová et al., 2015)

Příloha č. 5

Informovaný souhlas pro pacienty a všeobecné sestry

**Informovaný souhlas s poskytnutím údajů pro vypracování diplomové práce na téma:
Obezita a náhrada kyčelního kloubu**

Jméno a příjmení: _____

Rok narození: _____

Souhlasím s poskytnutím rozhovoru k účelu vypracování diplomové práce dle níže uvedených ustanovení:

Důraz je kladen:

- na anonymitu – v diplomové práci nebudou nikde použity identifikační údaje
- na mlčenlivost – s daty bude pracovat pouze Bc. Monika Schránílová, která se zavazuje k mlčenlivosti ve vztahu k osobním údajům
- výsledky rozhovoru budou určeny pouze k účelům vypracování diplomové práce

Před začátkem rozhovoru mi byly sděleny informace o smyslu a průběhu výzkumu.

Prohlašuji, že v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů souhlasím se zpracováním osobních údajů. Bc. Monika Schránílová se zavazuje nakládat s daty podle výše uvedeného zákona a s omezeními stanovenými klientem.

Datum _____

Podpis účastníka

Bc. Monika Schránílová

Zdroj: vlastní výzkum, 2020

Příloha č. 6

Ukázka otevřeného kódování

Kódy

Zdravý životní styl

Edukace

Práce personálu

Rehabilitace

Pohled a vliv okolí na pacienta

Sebepojetí pacienta

P1: muž 43 let BMI 32

Jaká metoda redukce váhy by pro Vás nejvíce přijatelná?

„Pro mě by bylo nejlepší, kdyby mi někdo naordinoval co mam jíst a jak často. Moc nejsem na to, abych cvičil nebo se mordoval v posilovně. To je pro ty mladší.“

Jaký postoj zaujímáte k dietám, pohybu a zdravému životnímu stylu?

„Tak já jsem za celej život vyzkoušel nějakou dietu asi jen jednou, když jsem hubnul do kvádru na svatbu, jinak ne. Mam pohybu dost v práci protože jsem stavař. Zdravej životní styl mi asi nic moc neříká. Manželka mi vaří samý český klasiky a to moc zdravý není.“

Jaké znáte zásady redukce váhy v souvislosti s operačním výkonem?

„O hubnutí vím jen to, že míň jíst a víc se hejbat a pak to jde samo.“

Jaké těžkosti (bariéry) od strany ošetřujícího personálu se objevují v rámci onemocnění obezity a endoprotézy kyčelního kloubu?

„Já osobně jsem žádnou těžkost ze strany sestřiček nezaznamenal. Je mi jich spíš líto, že se s takovým těžkým chlapem musí tahat. Když se nad tím zamyslím, tak jediná bariéra by mohla bejt ta moje váha a když se po operaci člověk moc nemůže hejbat tak musí pomoci ostatní, který někdy nemají tak velkou sílu. Před operací v ambulanci sestřičky byly milý, takže taky žádnej problém.“

Jaké těžkosti (bariéry) se pociťujete v rámci onemocnění obezity a endoprotézy kyčelního kloubu?

„Tak nejvíc to že musím být odkázanej na pomoc ostatních po operaci ale i doma. Manželka byla jako moje služka, protože jsem se pochvilu unavil a nedošel si pak ani pro pití. A to tedy proto, že mě bolela ta kyčel a protože mam taky pořádných pár kilo navíc.“

Do jaké míry jste motivován ze strany ošetřujícího personálu? Od rodiny? Sám od sebe?

„Ze strany sestřiček a doktorů jsem motivovanej hodně. Ty mi furt říkají, že bych měl pak zhubnout, pokud nechci jít na druhou kyčel a to nechci. Od rodiny taky manželka přislíbila, že mi bude vyvařovat zdravější jídla, prej taky potřebuje zhubnout. Sám od sebe, no, to víte, že jo chci se líbit a být zdravěj a ne takovej jako jsem teď.“

Do jaké míry spolupracujete v rámci redukce váhy s rodinou? S ostatním personálem?

„Tak spolupracuju tím, že nejím věci do mi přinesou z domova na svačinky, ale jen to co dostanu tady. Ale pivečko si neodepřu. Snažím se hejbat, ale jen co mi dovolí bolest a operace. Sestřičkám pomáhám, aby se se mnou nemuseli tahat, takže bych řekl, že jsem poslušnej pacient, co se týče spolupráce. S rodinou spolupracuju taky hodně. Manželka se hodně snaží a jsem rád, že má takový postoj a že se o mě postará.“

Jaké Vám nabídnuty nějaké metody na redukci váhy v souvislosti s operačním výkonem?

„Tak před operací mi doktor doporučil se více hejbat, ale to jde taky těžko, když vás ta noha bolí. Víam, že mi povídal, abych zmenšil porce jídla a přidal více zeleniny a ovoce. Jinak mi o hubnutí nic moc neříkal. A to jsem vše splnil a něco málo asi zhubnul, nevím.“

Kódy

BMI

Edukace

Práce zdravotnického personálu

Pohled a vliv zdravotnického personálu

Plán péče

S1 věk 32 let

V jakém rozpětí obezity se nejčastěji pacienti pohybují? Jaká váhová kategorie se nejčastěji objevuje na oddělení v rámci operačního výkonu?

„V rámci operace tepky kyčle se objevují pacienti nejčastěji okolo 30 až 32 BMI.“

Jaké možnosti v souvislosti s redukcí váhy jsou pacientům nabízeny ve Vašem zdravotnickém zařízení?

„Každému pacientovi se před operací doporučuje zhubnout a posílit celé tělo. Doktoři by o tom měli každého informovat. Ale jestli se ptáte na to, jestli pacientům zprostředkováváme nějaké konkrétní jídelníčky a cvičení tak to ne. Dostanou od nás letáček s vhodným stravováním a pohyby.“

Do jaké míry pacienti využívají možnosti redukce váhy v souvislosti s operací?

„Já jsem ještě neviděla pacienta, kterej by se nějak zvlášť snažil před operací zhubnout. Oni jsou rádi, že je odoperujeme a pak slibujou, že zhubnou, ale moc tomu neverím.“

Do jaké míry a jak se podílí sestry na redukci váhy u pacientů?

„Sestry se podílejí tak, že často dovysvětlují věci po lékaři, protože ten na pacienty nemá tolik času jako my. Když se najde pacient, kterej by chtěl zhubnout, určitě mu řekneme co a jak, a jak by na to měl jít v souvislosti s operací, na kterou jde.“

Jaké znáte zásady redukce váhy v souvislosti s operačním výkonem?

„Pacient by měl být v normě BMI, před operací by měl posilovat zádové, břišní svaly a taky svaly na neoperované dolní končetině. Neměl by rapidně zhubnout, aby měl dostatek svalové hmoty na zotavení po operaci.“

Jaký je denní plán péče pacienta v souvislosti s obezitou a operačním výkonem?
Jak se liší od pacienta, který netrpí obezitou?

„Denní plán péče obézního pacienta se neliší od denního plánu ostatních pacientů, který jsou na takový výkon. Snad jen, že se více dbá na hygienu a obéznímu člověku všechno déle trvá. Pokud bych měla popsat konkrétně denní plán tak je ranní hygiena, vizita, převazy, ranní medikace, snídaně, rehabilitace, oběd, rehabilitace, večere, večerní medikace a během toho samozřejmě ordinace lékaře.“

Jaké těžkosti (bariéry) od strany pacienta se objevují v rámci onemocnění obezity a endoprotézy kyčelního kloubu?

„Těžkosti je správně zvolené slovo. Pacient je těžkej takže jedna sestra s ním horko těžko něco udělá. Musí pacient chtít pomoc a to se moc často nestává. Většinou jen sedí nebo leží a čekají, co s nimi bude. Takže za mě je největší bariéra neochota spolupráce. Těžkosti na ambulanci neshledávám.“

Jaké těžkosti (bariéry) od strany ošetřujícího personálu se objevují v rámci onemocnění obezity a endoprotézy kyčelního kloubu?

„Jak už jsem řekla, ne vždy jsou síly a kapacita uzvednout jednoho obézního pacienta ve dvou osobách nebo v jedné. Takže nejsou síly personálu se tahat s obézníma pacientama. Někdy na to ani nejsou lidi, protože každá sestra má svoji práci dost a ještě abychom při každém jídle tahali pacienta do sedu. To se někdy fakt nedá. Takže asi nedostatek času, personálu a síly. Ale všechny tyhle věci se dějí na lůžkách a ne na ambulanci.“

Jak často dochází pacienti na ambulantní kontroly v rámci dispenzarizace při propuštění do domácího prostředí?

„Podle situace a stavu. Většinou se chodí po třech týdnech, po třech měsících, půl roku a pak jednou za rok.“

Jaká pravidla musí pacienti dodržovat v domácím prostředí v rámci onemocnění obezitou a v souvislosti s operačním výkonem TEP kyčle?

„Měli by zhubnout ale zdravě, doporučuje se dvě až tři kila za měsíc. Pak by měli dbát na všechno z rehabilitace, co se v nemocnici naučili, pořídit si pomůcky, které potřebují a dbát o celkový zdravotní stav.“

Do jaké míry je pacient motivován ze strany ošetřujícího personálu? Od rodiny? Sám od sebe?

„Od personálu je motivovaný pacient hodně, protože nikdo ze sester se nechce starat o obézního pacienta, je to vždy skoro za trest dostat někoho velkého. Ale ne vždycky to bych jim křivdila. Od rodiny to moc motivace nevidím, ty ses spíš těší, až dotyčný půjde domu a jestli ho nebolí ta noha. A sám od sebe, to záleží kdo to je, ale myslím, že je to tak půl na půl.“

Do jaké míry spolupracuje pacient v rámci redukce váhy s rodinou? S ostatním personálem?

„S rodinou si myslím, že vždycky bude pacient spolupracovat líp než s někým z nemocnice. S námi moc ty obézní spolupracovat nechtějí. Moc nepomáhají při hygieně nebo při rehabilitaci a nějaká dieta jim je jedno.“

Jaké se používají před operací metody k redukci váhy?

„Metody redukce jsou většinou pomocí rozhovoru a vysvětlení všech rizik s obezitou a endoprotézou kyčle. Lékař jim nabídne jídelníček a vysvětlí jim pohybový režim, který by měli dodržovat.“

Do jaké míry je pacient edukován v rámci redukce váhy před operací?

„Podle toho, o jakýho pacienta se jedná. Je rozdíl edukovat starou babičku, která už asi nezhubne a nebude držet dietu v 80-ti letech a je rozdíl edukovat 50-ti letého chlapa, kterej furt něco dělá na zahradě.“

Jaký je rozdíl v následné péči o pacienta po totální endoprotéze kyčelního kloubu, který trpí obezitou a který nikoliv?

„V následné péči se dává důraz na dodržování pohybů, rehabilitace a udržení celkového stavu na nejvyšší úrovni jaká jde. Ale u obézních se hlavně klade důraz taky na výživu a pohyb, aby nepřeceňovali síly a rapidně nehubnuli.“

Co vše obsahuje komplexní péče o obézního pacienta v souvislosti s totální endoprotézou kyčelního kloubu?

„Komplexní péče o pacienta zahrnuje péče o celkový stav, ránu, výživu, psychický stav, sociální zázemí, další přidružená onemocnění. Neliší se od pacienta s normální váhou.

I u něho se kontroluje vše jako u obézního pacienta.“

9 Seznam zkratek

BMI- body mass index

CM- centimetr

CT- výpočetní tomografie

Č. - číslo

HDL vysokodenzitní lipoprotein

LDL- nízkodenzitní lipoprotein

NSA- nesteroidní antiflogistika

ORL- otorinolaryngologie

RTG- rentgenové vyšetření

TEP- totální endoprotéza kyčelního kloubu

TGL- triglyceridy

TSH- tyreostimulační hormon

VAS- vizuální analogová škála na hodnocení bolesti

WHO- světová zdravotnická organizace