

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY PO
BARIATRICKÉ OPERACI**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

PETRA BAŠTOVÁ

Praha 2017

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY PO
BARIATRICKÉ OPERACI**

Bakalářská práce

PETRA BAŠTOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

Praha 2017



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

Baštová Petra
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 21. 10. 2016 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacientky po bariatrické operaci

Bariatric Surgery Nursing Care Plan

Vedoucí bakalářské práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

V Praze dne: 1. 11. 2016


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat lidem, kteří mi svým přístupem, znalostmi a zkušenostmi pomohli při tvorbě bakalářské práce, zejména vedoucí bakalářské práce doc. PhDr. Jitce Němcové, PhD.

ABSTRAKT

BAŠTOVÁ, Petra. Ošetrovatelský proces u pacienta po bariatrické operaci. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Praha. 2017. 71 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacientky po bariatrické operaci. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zabývá obezitou její léčbou, přes kterou se dostáváme k samotné bariatrii a druhým bariatrickým operacím, které jsou v práci uvedeny. Bakalářská práce dále popisuje specifika ošetrovatelské péče po tubulizaci žaludku, změnu stravování, která hraje důležitou roli po operaci pacienta. Obsah praktické části je vypracován na základě lékařské a ošetrovatelské dokumentace a rozhovoru s pacientkou. Získané informace o pacientce jsou utříděny do třinácti domén NANDA I taxonomie II dle modelu fungujícího zdraví Marjory Gordonové. Výstupem z bakalářské práce je, na základě stanovených ošetrovatelských diagnóz uspořádaných dle priorit, sestavení plánu ošetrovatelské péče, jeho realizace, zhodnocení péče a vytvoření informační brožury.

Klíčová slova

Bariatrie. BMI. Obezita. Tubulizace žaludku.

ABSTRACT

Bařtová, Petra. Bariatric Surgery Nursing Care Plan. College of Nursing, o. P. S. Level Qualification: Bachelor (Bc.). Doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Prague. 2017. 71 pages.

The theme of the thesis is nursing process for patients after bariatric surgery. The work is divided into theoretical and practical parts. The theoretical part deals with the treatment of obesity, through which we move on to bariatric surgery and bariatric operations that are listed in this work. Bachelor thesis further describes the specifics of nursing care after sleeve gastrectomy, dietary changes, which play an important role in the patient's after surgery care. The practical part is based on the basis of medical and nursing documentation and an interview with the patient. The information obtained about the patient is categorized into thirteen domains of NANDA I Taxonomy II, according to Marjory Gordon's model of functioning health. The outcome of the thesis is based on the determination of nursing diagnoses arranged according to priorities, formulating a plan of care, its implementation, evaluation and creating informational leaflet.

Keywords

Bariatric surgery. BMI. Obesity. Sleeve gastrectomy

OBSAH

SEZNAM TABULEK

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ÚVOD	14
1 OBEZITA.....	17
1.1 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ VZNIK OBEZITY	17
1.2 KOMPLIKACE ZPŮSOBENÉ OBEZITOU	19
1.3 HODNOCENÍ OBEZITY	19
1.4 LÉČBA OBEZITY	21
1.4.1DIETOTERAPIE	21
1.4.2FYZICKÁ AKTIVITA	23
1.4.3PSYCHOTERAPIE	23
1.4.4FARMAKOTERAPIE	24
1.5 CHIRURGICKÁ LÉČBA OBEZITY	24
1.5.1HISTORIE CHIRURGICKÝCH METOD	25
1.6 BARIATRIE	26
1.6.1STŘEDISKA BARIATRICKÉ CHIRURGIE V ČR.....	26
1.7 INDIKACE A KONTRAINDIKACE BARIATRICKÝCH OPERACÍ.....	26
1.8 DRUHY BARIATRICKÝCH OPERACÍ.....	27
1.9 PŘÍPRAVA PACIENTA NA BARIATRICKOU OPERACI	30

1.9.1PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA PACIENTA	32
1.9.2INTRAOPERAČNÍ PÉČE O PACENTA.....	33
1.9.3POOPERAČNÍ PÉČE O PACIENTA	34
1.10 KOMPLIKACE PO TUBULIZACI ŽALUDKU	34
1.11 SPECIFIKA V DLOUHODOBÉ PÉČI.....	35
1.11.1 ŽIVOTOSPRAVA PO TUBULIZACI ŽALUDKU	36
2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY PO	
BARIATRICKÉ OPERACI	37
2.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTCE.....	37
2.2 ANAMNÉZA.....	39
2.3 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT.....	42
2.4 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU PROVEDENÉ PO OPERACI 11. 1. 2017	48
2.5 UTRŘIDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II.....	50
2.6 SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 11. 1. 2017.....	57
2.7 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA I TAXONOMIE II A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT PACIENTKY DNE 11. 1. 2017	58
2.7.1ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	66
2.8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	66
ZÁVĚR	68
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	69
PŘÍLOHY	

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Klasifikace BMI.....	20
Tabulka 2 Index WHR.....	20
Tabulka 3 Základní identifikační údaje o pacientce.....	37
Tabulka 4 Vitální funkce při příjmu 10. 1. 2017	38
Tabulka 5 Chronická farmakologická medikace	40
Tabulka 6 Výsledky biochemického vyšetření krve ze dne 2. 1. 2017	44
Tabulka 7 Výsledky hematologického vyšetření krve ze dne 2. 1. 2017	45
Tabulka 8 Výsledky hemokoagulačního vyšetření krve ze dne 2. 1. 2017	45
Tabulka 9 Výsledky vyšetření moči na M + S ze dne 2. 1. 2017	45
Tabulka 10 Medikamentózní léčba po operačním výkonu.....	47
Tabulka 11 Fyzikální vyšetření sestrou provedené po operaci 11. 1. 2017.....	48
Tabulka 12 Posouzení současného stavu ze dne 11. 1. 2017 dle modelu fungujícího zdraví Marjory Gordonové.....	50
Tabulka 13 Aktivity denního života.....	55

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

amp.	ampule
ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
BMI	Body Mass Index
D	dech
DEXA	duální rentgenová absorpciometrie
EKG	elektrokardiograf
GCS	Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí
i. v.	intravenózní
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NPO	nic per os
P	pulz
PŽK	periferní žilní katétr
s. c.	subkutánní
SpO2	saturace krve kyslíkem
tbl	tableta
TK	tlak krve
TT	tělesná teplota
VAS	vizuální analogová škála (pro hodnocení bolesti)
WHR	poměr pas boky (waist-to-hip)

(VOKURKA a kol., 2010)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Anamnéza - soubor informací, které souvisejí s vyšetřovaným pacientem

Analgetika - léky tlumící bolest

Antihypertenzíva - léky snižující krevní tlak

Bariatrie - chirurgická léčba těžké obezity (nad 35, spíše však 40 bodů BMI)

Dimise - propuštění z nemocnice

Grasper - speciální nástroj v miniinvazivní chirurgii, angl. kleště

Hypertenze - vysoký krevní tlak

Intravenózní - způsob aplikace do krevního oběhu

Somatotyp - tělesný typ (pyknický, astenický)

Veressova jehla - používá se k nabodnutí břišní dutiny a k jejímu naplnění

(VOKURKA a kol., 2010)

ÚVOD

V dnešní moderní době je trendem být úspěšný, sebejistý a ve společnosti hlavně oblíbený. Dosažení těchto lidských potřeb není vždy jednoduché, mohou se objevovat různé překážky. Za jednu z takovýchto překážek můžeme považovat i obezitu. Ta je vnímána nejenom jako zdravotní a tělesný handicap, ale i jako handicap společenský. Léčba obezity není pouze bojem s kilogramy. Je to boj se zdravotními chorobami a psychickými problémy, které obezitu ruku v ruce doprovází. Není tedy jen nemocí těla, ale také duše.

V této práci na téma „Ošetrovatelský proces u pacientky po bariatrické operaci“ se zabýváme obezitou v širším slova smyslu a zdravotními a psychickými komplikacemi, které s sebou obezita přináší. Především se však zaměřujeme na léčbu obezity, detailněji se věnujeme laparoskopické tubulizaci žaludku jako jedné z možných léčebných metod. Popisujeme způsoby předoperační, perioperační a pooperační péče, a zároveň upozorňujeme na specifika ošetrovatelské péče po tubulizaci žaludku u obézního pacienta.

Ve druhé praktické části práce se věnujeme pacientce, která byla hospitalizována na chirurgickém oddělení Krajské nemocnice Liberec v Turnově. Zkoumanou pacientkou byla devětačtyřicetiletá žena, které podstoupila bariatrickou operaci - tubulizace žaludku. V rámci zpracování ošetrovatelské práce uvádíme popis fyzikálního vyšetření, odebrání kompletní anamnézy dle modelu fungujícího zdraví Marjory Gordonové a stanovením ošetrovatelských diagnóz podle NANDA I taxonomie II. Na základě anamnézy byly vypracovány tři nejaktuálnější ošetrovatelské diagnózy, které se vyskytly u pacientky v průběhu hospitalizace. Na závěr uvádíme doporučení jak pro pacienta a jeho rodinu, tak pro zdravotnický personál.

Součástí této práce je i autorkou vytvořená brožura s názvem „Jídelníček pro pacienty po tubulizaci žaludku“. Obsahem brožury je seznámení se změnou dietního režimu, který by měl pacient po operaci dodržovat. Dále jsou v brožuře uvedeny zásady

stravování po operaci. Jádrem tohoto textu je pak sestavení jídelníčku na prvních 14 dní po provedeném zákroku.

Pro tvorbu přehledové bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1. Shrnout dosavadní informace a poznatky týkající se obezity a její léčby.

Cíl 2. Představit specifika v ošetrovatelské péči u pacienta po bariatrické operaci.

Cíl 3. Vypracování ošetrovatelského procesu u pacienta po bariatrické operaci.

Vstupní literatura:

1. FRIED, M., 2005. *Moderní chirurgické metody léčby obezity*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-0958-9.
2. KRASALICKÝ, M., 2007. *Tubulizace žaludku chirurgická léčba obezity*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7254-957-3.
3. STŘEDA, L., 2009. *Univerzita hubnutí*. [online]. 2. vyd. [cit. 2016-25-12]. ISBN 978-80-87372-00-5. Dostupné z: <https://books.google.cz/books?isbn=808737200X>.

Popis rešeršní strategie

Vyhledávání odborných publikací, které byly následně použity pro tvorbu bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacientky po bariatrické operaci, proběhlo v období říjen 2016 až leden 2017.

Rešerše byla zpracována v knihovně na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s. v Praze. Zde byly použity k vyhledávání zdrojů elektronické databáze katalog Národní lékařské knihovně medvik.cz, jednotná informační brána jib.cz, Souborný katalog ČR sigma.nkp.cz, Databáze vysokoškolských prací theses.cz, Online katalog NCO NZO, volný internet. Klíčová slova v českém jazyce byla zvolena: bariatrie, bariatrické operace, bandáž žaludku, tubulizace, bypass žaludku, obezita, léčba obezity, dietologie,

edukace, ošetrovatelská péče, ošetrovatelský proces. Klíčová slova v anglickém jazyce byla zvolena: bariatric surgery, bariatric surgery, gastric banding, sleeve gastrectomy, gastric bypass, obesity, obesity treatment, dietetics, education, nursing care, nursing process. Časové vymezení v českém a anglickém jazyce bylo zvoleno od roku 2007 až po současnost. V rešerši bylo vyhledáno 42 záznamů: 19 knih, 5 vysokoškolských prací, 18 článků a sborníků.

Celkem bylo pro bakalářskou práci využito 29 zdrojů, z toho 19 českých knižních zdrojů, 1 český sborník, 3 anglické knižní zdroje. Dále byl využíván web Google.com pro vyhledávání obrázků a dalších informací. Z něho bylo do bakalářské práce využito: 4 články, 5 obrázků a 1 skripta pro vytvoření bakalářské práce. Jsme si vědomí, že jeden zdroj přesáhl doporučenou hranici stáří deseti let. I přes to jsme zdroj využily, neboť informace z něj obsažené jsou stále platné.

1 OBEZITA

Obezita má mnoho definicí. Středa (2009) uvádí, že obezita není jen zmnožení tuku v těle, ale spíše je považována za chronické onemocnění spojené s řadou jiných chorob. Jde o významný rizikový faktor, který se podílí na vzniku a rozvoji závažných onemocnění. Dále definuje obezitu čili otylost jako patologické zvýšení tělesné hmotnosti způsobené nadměrným hromaděním tělesného tuku.

Dle Lukáše a kol. (2014, s. 444) je *Obezita (obesitas, atis.f. – obezita, otylost; obesus, a, um – obézni, naběhlý, oteklý, tučný) je chronická nemoc, jejímž podkladem je zmnožení tukové tkáně v organizmu v důsledku dlouhodobé pozitivní energetické bilance se současným vzestupem tělesné hmotnosti nad normální rozmezí.*

Doležalová a kol. (2012) popisuje obezitu obdobně. Definuje jí jako velice závažné, chronické onemocnění, které je charakterizováno zvýšením zásob tělesného tuku. Obezita je považována za jeden z nejzávažnějších zdravotních problémů současnosti. Světová zdravotnická organizace dokonce prohlásila obezitu za globální epidemii. Péči o tyto pacienty není stále věnována dostatečná pozornost, i proto dochází k vysokému vzestupu počtu osob trpících nadváhou a obezitou. Je nezbytné věnovat pozornost prevenci a terapii tohoto závažného onemocnění.

1.1 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ VZNIK OBEZITY

Lukáš a kol. (2014) uvádí, že za primárním faktorem vzniku obezity je nepoměr mezi energetickým příjmem a energetickým výdejem s vychýlením ke straně energetického příjmu. Obě dvě složky jsou ovlivňovány řadou exogenních i endogenních faktorů. Mechanizmy regulující tělesnou hmotnost účinněji chrání organismus před energetickým deficitem a poklesem hmotnosti, což je důsledkem fylogenetického vývoje.

Energetický příjem závisí na skladbě diety. Na podílu jednotlivých základních živin, obsahu vláknin, mikronutrientů a alkoholu. Energetický výdej je dán klidovým energetickým výdejem, postprandiálním energetickým výdejem, efektem potravy, který je dán procesem trávení, vstřebávání a metabolismem jednotlivých složek diety

a zároveň nervovým systémem a pohybovou aktivitou, která snižuje v důsledku změny životního stylu.

Svačina (2008) se věnuje dalším faktorům, které ovlivňují obezitu.

Věk

Obézních lidí přibývá se stoupajícím věkem. Výskyt obezity kulminuje ve věku kolem 50 až 60 let. Obezita zkracuje život. Obézní lidé umírají dřív. Proto je ve vyšším věku počet obézních lidí nižší.

Pohlaví

Ženy jsou ve všech populacích více obézní než muži.

Vzdělání a příjem

Vyšší vzdělání a příjem snižují výskyt obezity. Naopak nižší vzdělání a nižší příjem jsou provázeny obezitou, i když výjimky jsou samozřejmě možné.

Vstup do manželství a mateřství

Vstup do manželství vede k vzestupu hmotnosti jak u mužů, tak i u žen. Mateřství u žen také zvyšuje tělesnou hmotnost, tento vliv však není, podle studií, velký.

Genetické vlivy

Výskyt obezity v rodině obvykle ovlivňují i další rodinné zvyky (např. nezdravý způsob vaření a nezdravý životní styl, který přechází z generace na generaci).

Kouření a alkohol

Kouření a alkohol jsou další vlivy ovlivňující obezitu. Kouření zvyšuje výdej energie a mírně snižuje výskyt obezity. Příjem alkoholu vede ke vzestupu hmotnosti, zejména díváme-li se na celou populaci. Těžší alkoholici mají obvykle naopak nižší hmotnost. Jejich sociálně složitá situace vede k nedostatku kvalitních potravin a k podvýživě.

Fyzická aktivita

S omezením fyzické aktivity stoupá výskyt obezity.

1.2 KOMPLIKACE ZPŮSOBENÉ OBEZITOU

Svačina (2008) se věnuje i komplikacím, které jsou způsobené obezitou. Mluvíme-li o komplikacích nějaké nemoci, obvykle máme na mysli, že tato nemoc komplikace působí. U obezity je to složitější. Obezita má dva typy komplikací – mechanické a metabolické. Mechanické komplikace jsou skutečnými problémy obezity vázané na velkou tělesnou hmotnost. Metabolické komplikace, jako je například hypertenze či cukrovka, nejsou pravými komplikacemi obezity – obvykle mají s obezitou společný původ a vznikají souběžně společně ze společné příčiny (genetika, přejídání a nedostatek pohybu).

Mechanické komplikace obezity

Mezi mechanické komplikace obezity patří nemoci, které jsou vázány na velkou tělesnou hmotnost. Patří sem zejména bolesti zad, nemoci kloubů, dušnost a poruchy dýchání ve spánku. Toto onemocnění skutečně vzniká jako důsledek velké tělesné hmotnosti. Patří sem také komplikace chirurgické a porodnické. Pokud mladý člověk utrpí úraz nebo má nějaké komplikace po chirurgickém zákroku, případně mladá žena komplikace porodnické, je vždycky prognóza štíhlého člověka lepší než toho obézního.

Metabolické komplikace obezity

Metabolické komplikace neboli metabolický syndrom je jedno z nejčastějších onemocnění na světě. Za typické složky metabolického syndromu jsou považovány - necitlivost tkání, zejména svalů, cukrovka, vysoká hladina inzulinu v krvi, zvýšený obsah některých tuků v krvi, snížení tzv. ochranného HDL cholesterolu a zvýšení krevního tlaku.

1.3 HODNOCENÍ OBEZITY

Vítek (2008) popisuje jeden nejznámější vzorec, který využíváme k hodnocení tělesné hmotnosti - Body Mass Index. Vypočítáme jej podílem hmotnosti v kilogramech k druhé mocnině výšky v metrech. Fyziologické rozmezí BMI považujeme 20-25 kg/m². Tento způsob považujeme za nejrozšířenější.

Příklad: BMI = 70 (kg)/1,75 (m) = 22,9 kg/m

Tabulka 1 Klasifikace BMI

Stupeň BMI	BMI	Riziko komplikací
Podváha	18,5	Vysoké
Normální váha	18,5 – 24,9	Průměrné
Nadváha	25 – 29,9	Mírné zvýšení
Obezita	30 – 34,99	Střední
Obezita	35 – 39,9	Vysoké
Obezita	40	Velmi vysoké

Zdroj: (DOLEŽALOVÁ a kol., 2012, s. 11).

Další možností je WHR index, díky kterému můžeme vyhodnotit vztah mezi pasem a boky. Tento výpočet nám ukáže, zda poměr pasu a boku je zdravý či nevyvážený. Čím větší je obvod pasu proti bokům, tím horší je výsledek.

Je známo, že břišní, centrální, androidní, nebo též mužský typ obezity je rizikovější než gynoidní, periferní, nebo též ženský typ obezity s maximálním ukládáním tuku v oblasti boků.

Výpočet je snadný. $\text{WHR index} = \text{obvod pasu} / \text{obvod boků}$

Tabulka 2 Index WHR

	WHR
Muži	< 0,95
Ženy	< 0,85

Zdroj: vlastní

Studie tvrdí, že k hodnocení obezity stačí pouze měření obvodu pasu krejčovským metrem. Tento parametr používáme nejčastěji. Obvod u mužů nad 98 cm je brán jako rizikový a u žen je brán jako problematický obvod již nad 88 cm.

Z dalších metod je antropometrické měření, které nám může změřit tloušťku podkožní tukové vrstvy. K tomu využíváme kalibrační kleště. Kaliperační pero nám dokáže změřit procento tělesného tuku. Sonotyp stanovuje další specifické parametry.

Rozlišujeme tři základní somatotypy:

endomorfní - obézní či pyknik

izomorfní - svalnatý či atletický

ektomorfní - hubený či astenický.

Vítek (2008) z pohledu rizika obezity je rizikovým somatotypem endomorfní. Pyknik má velký sklon k nadváze a obtížně se zbavuje tuku. Dále můžeme měřit množství tělesného tuku bioimpedančními přístroji. V praxi nejsou tak běžné, protože jsou velmi nákladné. Máme k dispozici i další způsoby jako je ultrasonografie, počítačová tomografie, nukleární magnetická rezonance, měření abdominálního sagitálního průměru nebo DEXA. Tato vyšetření nejsou dostupná pro každého, jsou vyhrazená pro určité skupiny pacientů nebo pro výzkumné účely.

1.4 LÉČBA OBEZITY

Svačina (2008) uvádí pět způsobů, jak léčit obezitu: dietoterapií, fyzickou aktivitou, psychoterapií, farmakologicky a chirurgicky. Všechno tyto metody používají lékaři. Pacienti mohou i bez pomoci lékaře změnit svůj životní styl, zvýšit fyzickou aktivitu a upravit si stravování. Jak je známo, není toto jednoduché, pacient musí mít silný motiv. K motivaci je většinou vedou obtíže jako je dušnost či bolesti kloubů.

1.4.1 DIETOTERAPIE

Dieta v léčbě obezity je nejdůležitější opatření. Jejím základem je navození negativní energetické bilance. Lidé trpící obezitou musí být příznivě motivováni k dodržování dietních opatření.

Měli bychom být obezřetní, pokud jde o nejrůznější „zaručené“ diety. Drastickými dietami, trápením se hlady si více uškodíme, než pomůžeme. Nejen, že nás přísné odříkání a zákazy vyburcují k nezřízené chuti a následnému přejídání, ale ani nedocílíme váhového úbytku (www.redukcni-dieta.cz).

Svačina (2008) uvádí, několik zásad při dodržování redukčních diet:

Pravidelnost v jídle

Jídelníček bývá rozdělen do 3 až 6 jídel za den. Měli bychom jíst v intervalech po 3 až 4 hodinách, aby přestávky mezi jídlly byly dostatečné. Pravidelnost v jídle

nemusíme dodržovat za každou cenu. Pokud nechcete jíst, nenutíte se k jídlu. Poslední jídlo by mělo proběhnout minimálně 2 hodiny předtím, než půjdeme spát.

Rovnoměrné rozdělení energie

Během celého dne by nemělo docházet k hladovění. Denní příjem energie dělíme do tří třetin. Každá třetina zastupuje jedno jídlo hlavní a jedno vedlejší. Toto pravidlo hlídáme pomocí výměnných jednotek potravin nebo rozděleného talíře.

Strava splňuje zásady racionální výživy

Dbáme na dostatek vlákniny, vitamínů a minerálních látek. Snažíme se o co největší pestrost stravy. Zapojujeme do stravy každý den ovoce, zeleninu, luštěniny a celozrnné výrobky.

Důležité je snížení obsahu tuku:

- Vyloučíme a omezíme volné tuky - olej, tuk.
- Vyřadím tučné potraviny – tučné sýry, uzeniny, paštiky, tučná masa, moučníky, sušenky, majonézu.
- Do jídelníčku zařazujeme ryby, drůbež.
- Naopak uzeninu z jídelníčku vynecháváme.
- Mléčné výrobky pouze nízkotučné – mléko, jogurty.

Omezení kuchyňské soli – doporučujeme solit co nejméně.

Změna stravovacích návyků

Ve stravování musíme být striktní a dietu dodržovat. Měli bychom zvýšit fyzickou aktivitu, ale samozřejmě úměrnou ke zdravotnímu stavu. Pouhá změna stravy nestačí. Pokud je výdej energie je větší než její příjem, snadněji redukuje hmotnost.

Porušení diety je nutno korigovat a vytrvat v dietě

Dost často se stává, že dietu porušíme a poté máme výčitky. Domníváme se, že při porušení diety je všechno ztraceno, ale to je omyl.

Důležitý je dostatečný příjem tekutin

Denně bychom měli vypít 1,5 až 2 litry. Měli bychom pít hlavně čistou vodu. Doporučujeme vyvarovat se slazeným limonádám a pozor dávat na alkoholické nápoje, které jsou velmi energické.

1.4.2 FYZICKÁ AKTIVITA

Hainer (2011) tvrdí, že pohybová aktivita je brána za jednu z klíčových složek léčby obezity. Pravidelná pohybová aktivita zabraňuje vytvářet nové tukové tkáně a přispívá k redukci. Ovlivňuje příznivě řadu metabolických komplikací, které jsou spojeny s obezitou.

Doležalová a kol. (2012) vychází z Hlubíka (2009) a oba píší, že cílem fyzické aktivity je redukce hmotnosti, což znamená změnit sedavý způsob života a zvýšit denní aktivitu, například procházky, jízdu na kole nebo jít pěšky, než-li se svést 4 patra výtahem. Důležité je zvyšovat fyzickou zátěž. Doporučuje se aerobní fyzická aktivita dynamického charakteru, kterou bychom měli provádět alespoň 4 až 5krát týdně po dobu 30–45 minut. Mezi vhodné fyzické aktivity považujeme chůzi, plavání, jízdu na kole nebo na rotopedu.

1.4.3 PSYCHOTERAPIE

Dle Svačiny (2008) je psychoterapie vhodná téměř pro každého. Přesto si to mnozí neuvědomují. Bez radikální změny životního stylu nemůže být léčba úspěšná. Měli bychom se zamyslet nad stresem v životě - v čem jsme nespokojení a jaké pozitivní faktory v životě nás vedou k uspokojení, zamýšlení se nad rodinnými i pracovními vztahy. Bez posouzení psychologických a životních problémů nelze rozumnou léčbu zahájit. Důležité je i posouzení motivace k léčbě. Přístup k pacientovi je z hlediska lékaře individuální. Léčba obezity psychologickými postupy se snaží odnaučit nemocného nevhodnému životnímu stylu. Je třeba odstranit nevhodné zevní podněty a nahradit je novým jednáním pozitivním.

Americké metody Stunkardovy postupy:

- **Sebepozorování** (složení jídla, frekvence jídla, okolnosti cvičení)
- **Aktivní kontrola vnějších podnětů** (nevhodný příjem jídla, nevhodné nákupy, zvládání stresové situace)
- **Techniky sebeposilování** (stanovování si odměn, chválení, podpora rodiny)
- **Takzvané kognitivní techniky**

1.4.4 FARMAKOTERAPIE

Svačina (2008) uvádí že, lékaři často opomíjejí léky proti obezitě. Dnes přitom existují velmi účinná antiobezitika. Léčiva můžeme rozdělit na léčiva, která snižují chuť k jídlu, anorektika neboli anorexika, a na léky, které ovlivňují vstřebávání tuků z trávicího traktu. Sibutramin je lék, který nám navozuje pocit sytosti, snižuje chuť k jídlu. Orlistat i Sibutramin jsou léky pouze na předpis lékaře.

Doležalová a kol. (2012) popisují ve své knize farmakoterapii jako cílenou a nedílnou součástí terapeutického postupu u praktického lékaře či ambulancí. Dále jí můžeme použít k prohloubení efektu redukční diety, zajištění dlouhodobého poklesu tělesné hmotnosti. V praxi nejčastěji používáme Orlistat a Obesimed Forte. Orlistat tlumí střevní lipázy, přičemž dochází k omezení vstřebávání tuku přijatých ve stravě asi 30 %. Užívá se 3x denně. Obesimed Forte je určen osobám starších 18 let a lidem, kteří trpí častým pocitem hladu a jsou závislí na sladkostech. Užívá se 1 až 2 kapsle 3x denně. Tento lék můžeme užívat 30 dní. Ovšem pak musíme alespoň na 4 dny užívání přerušit, a poté může opět pokračovat v cyklu. Lék umožňuje navození a udržení pocitu sytosti po dobu 4 hodin. Lék obsahuje polysacharidy, které při dostatečném zapití zvětší svůj objem a vytvoří viskózní gelovou matici, která se smíchá a jídlem. Tím dosáhneme sytosti při daleko menší porci jídla než obvykle. Nesmíme ho užívat, pokud jsme po operaci trávicího traktu a ženy těhotné.

1.5 CHIRURGICKÁ LÉČBA OBEZITY

Hlubík (2009) uvádí chirurgickou léčbu jako nejúčinnější způsoby léčby u pacientů s 3. stupněm obezity. Současné studie ukazují, že po bariatrické operaci dochází k snížení úmrtnosti i k poklesu nových chorob související s obezitou.

Hrubý (2015, s. 24) říká že: *Chirurgická léčba obezity není mladou chirurgickou specializací a je používána již několik desítek let. V průběhu doby se ale měnily typy chirurgických zákroků a zejména velký význam má změna operační techniky na minimálně invazivní laparoskopické výkony. Laparoskopicky provedené výkony představují pro obézní pacienty menší zátěž a v pooperačním období přináší menší riziko raných komplikací jako rané infekce či kýla v jizvě.*

1.5.1 HISTORIE CHIRURGICKÝCH METOD

Kořenov (2012) a Fried (2011) se shodují s Krasalickým (2007). První chirurgická léčba obezity sahá do 50. let 20. století. V roce 1952 Henriksson¹ částečně resekval tenké střevo, čímž byla u pacientů omezená absorpce potravy. Payne² a Scott³ o pět let později, tedy v roce 1957, zavedli do chirurgické léčby obezity jejunoileální bypass, kterým uskutečnili resekci tenkého střeva na délku 45 cm. Tento výkon se pro závažné metabolické komplikace již neprovádí. V následujících letech se chirurgové začali věnovat spíše pozornost žaludku. V roce 1966 Mason⁴ poprvé provedl gastrický bypass. Tato metoda se stala velmi populární, z důvodu výrazné redukce váhy. Tato operace však nesla časté pooperační komplikace. Až v roce 1973 byla Printenen⁵ a Masonem provedena horizontální gastroplastika, kterou pro časté ruptury v místě sešití roku 1980 nahradili vertikální. Nejradiálnějším výkonem v bariatrii je biliopankreatická diverze, provedl jí Scopinaro⁶ roku 1975. Tato operace se provádí výjimečně.

Willkinson⁷ přinesl základy gastrické bandáže. Použil metodu zabalení a stažení celého žaludku marlexovou sítí, která byla 1978 nahrazena neadjustabilní gastrickou bandáží. Po trápení s nastavením vhodné kalibrace gastrické bandáže představil Willkinson o rok později metodu intragastrického balónu. Na začátku se používaly různé typy balónků, od nafukovacích dětských po implantáty pro modelaci prsu. Tato metoda měla různé komplikace, především zvracení, gastritidy i částečné nekrózy žaludku. Plně adjustabilní silikonovou žaludeční bandáž použili ve Švédsku roku 1985 lékaři Forsell⁸ a Hallberg⁹. Gastrická bandáž se tak stala nejpoužívanějším výkonem v bariatrické chirurgii. Nelze zapomenout na Frieda¹⁰, který v roce 1992 provedl jako první na světě laparoskopickou gastrickou bandáž.

Brychta (2014) uvádí, že na začátku 21. století se na trhu rozšířila sleeve gastrektomie. V podstatě se jedná o první část složité komplexní operace duodenal

¹ Henriksson - švédský lékař

² Payne - americký lékař

³ Scott - americký lékař

⁴ Mason - americký lékař

⁵ Printenen - americký lékař

⁶ Scopinaro - italský lékař

⁷ Willkinson - americký lékař

⁸ Forsell - švédský lékař

⁹ Hallberg - švédský lékař

¹⁰ Frieda - český chirurg

swich, kterou zavedl Garner¹¹ v roce 2001. V posledních letech se rozmohla i gastroplikace. První gastroplikace byla zavedena v Teheránu Talebpourem a u nás, v České republice, profesorem Friedem.

1.6 BARIATRIE

Brychta (2014, s. 201) tvrdí, že pojem bariatrie (z řečtiny baros - těžký, iatros – léčit) se označuje chirurgická léčba obezity, která patří od přelomu tisíciletí mezi nejrychleji množící se skupinu laparoskopických operací. Fried a kol. (2011) uvádějí podle údajů Internation Federation for the Surgery of obesity vzrostl počet bariatrických operací v 31 dotazovaných státech. V roce 1998 bylo provedeno 40 000 bariatrických operací a roce 2008 pak 344 000. U nás v České republice se provádí kolem 1 600 bariatrických operací ročně. S tím úzce souvisí poptávka po následných kosmetických operacích.

Bariatrická chirurgie se zabývá chirurgickou léčbou obezity. Cílem je za pomoci operačního výkonu, který probíhá na trávicím traktu pacienta, dosáhnout zlepšení nebo vyléčení obezity spolu s přidruženými chorobami. Úkolem bariatrie není, co nejvíce zredukovat váhu pacienta, ale vyléčit přidružená onemocnění tak, aby se nemocný mohl dožít stejného věku jako zdravý jedinec a navrátit ho zpět do plnohodnotného života.

1.6.1 STŘEDISKA BARIATRICKÉ CHIRURGIE V ČR

V České republice poskytují bariatrickou chirurgii tato pracoviště a centra: Chirurgické oddělení nemocnice Prostějov, Bariatrická a metabolická chirurgie Břeclav, Ústřední vojenská nemocnice v Praze, 1. chirurgická klinika 1. LF UK a VFN v Praze, Panochova nemocnice Turnov, s.r.o., Centrum péče o obezitu ve Vítkovické nemocnici, a. s., OB klinika, a.s. v Praze (<http://www.obesitas.cz>).

1.7 INDIKACE A KONTRAINDIKACE BARIATRICKÝCH OPERACÍ

Fried a kol. (2011) s Hlubíkem (2009) se shodují v tom, že jeden z nejdůležitějších aspektů k indikaci nemocného k bariatrické operaci je úzká spolupráce všech odborníků od internisty (obezitologa), bariatrického chirurga,

¹¹ Garner - americký lékař

anesteziologa, gastroenterologa, nutričního terapeuta, psychologa či psychiatra, dokonce i samotného pacienta. Důležité a nezbytné je vysvětlit pacientovi různé možnosti léčby obezity, stejně jako rizika a dlouhodobé důsledky bariatrické operace.

INDIKACE

Pacient musí spadat do věkové kategorie 18 až 60 let. Jeho BMI musí být větší než 40kg/m^2 . Pacient s BMI 35-40 kg/m^2 pak za předpokladu zlepšení po snížení hmotnosti po chirurgickém výkonu. Požadovaná hodnota BMI může být aktuální nebo dokumentovaná dříve. Pokles hmotnosti, který je výsledkem intenzivní léčby před samotným chirurgickým výkonem. Respektive jde o pacienty, kteří dosáhli hmotnosti pod hodnotu BMI pro chirurgickou léčbu. Výkon je indikován pro pacienty, kteří podstatně zhubli při konzervativní léčbě, ale začali znovu přibírat. Chirurgický výkon zvažujeme. Pokud pacient přes odpovídající nechirurgickou péči nehubne nebo není schopen dlouhodobě udržet nižší hmotnost. Musíme si být očividně jistí, že pacient dodržuje lékařská doporučení.

KONTRAINDIKACE

Herron (2016) vychází z Frieda a kol. (2011) a zároveň se shoduje Hlubíkem (2009). Pokud pacient nedoloží žádnou dosavadní obezitologickou léčbu, není schopen dlouhodobého medicínského sledování, trpí vážnými depresemi, poruchami osobnosti, dále nemocí, která ho ohrožuje na životě či jeho léčba není doporučena psychologem, nelze operaci provést. Dalšími hrozbami je užívání velkého množství alkoholu a drog, ale také neschopnost sebepéče bez dlouhodobého rodinného či sociálního zázemí.

1.8 DRUHY BARIATRICKÝCH OPERACÍ

Fried a kol. (2011) píší, že bariatrické operace se dnes provádějí prakticky miniinvazivním laparoskopickým přístupem, z důvodu toho, že nejméně zatěžují obézní pacienty. Operace dělíme na restriční, malabsorbční a hybridní neboli kombinované.

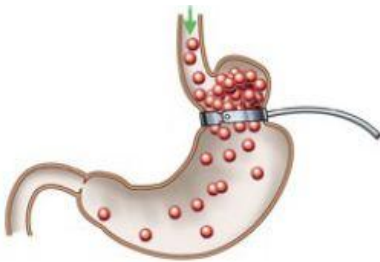
RESTRIČNÍ VÝKONY

Podstatou těchto operací je zmenšit objem žaludku, tím pádem se sníží jeho celková kapacita. Zmenšený žaludek vyvolá pocit sytosti i při velmi malém množství potravy. Pacient tedy netrpí pocitem hladu jako při běžných dietách.

Adjustivní gastrická bandáž žaludku

Dle Doležalové a kol. (2012) ke snížení kapacity žaludku u této metody docílíme tak, že zaškrtneme žaludek bandáží. Žaludek nám připomíná tvar přesýpacích hodin. Když pozřeme potravu, naplní se nám horní část žaludku a my máme pocit sytosti. Jednou z výhod adjustivní bandáže je, že nám nikterak neovlivní vstřebání základních živin, minerálů a vitamínů z potravy. Tím, že pacient sní jen malé množství potravy, vede k redukci váhy.

Adjustivní gastrická bandáž žaludku



Zdroj: www.vstj.cz/obezicentrum

Sleeve gastrektomie

Doležalová a kol. (2012) se shodují s Vlachaki (2008), že rukávová resekce neboli tubulizace žaludku, je další z metod restričních výkonů. Posledních 10 letech se tubulizace dostala do popředí zájmu pacientů, tak i samotných chirurgů. Princip samotné tubulizace spočívá v tom, že resekujeme nezvratně podstatnou část těla a fundu žaludku asi 80 %. Na konci výkonu nám žaludek připomíná tvar rukávu u košile, z toho vyplývá samotný název (sleeve). Zmenšený žaludek pojme menší množství potravy. Mechanicky tubulizace funguje jako adjustivní gastrická bandáž. Jedinou nevýhodou, která je u sleeve gastrektomie, je ta, že se jedná o nevratný děj. Po tomto výkonu je nutno také dodržovat dietní opatření, jinak dojde k opětovnému roztažení žaludku.

Sleeve gastrektomie



Zdroj: www.vstj.cz/obezicentrum

Plikace žaludku

Plikace žaludku funguje na obdobném principu jako sleeve resekce žaludku. Při komplikaci nic neodstraňujeme ani nic neresekujeme. Stěnu, kterou nejdříve uvolníme od omenta, zarolujeme do lumen žaludku, poté přešijeme nevstřebatelnými stehy. Toto zanoření a sešití opakujeme 1 až 3 krát podle potřeby v délce 20-30 cm. Sešívání začínáme pod bránicí 2-3 cm od přechodu jícnu v žaludek, a končíme tak 7 až 9 cm před pylorem. Zanořená tkáň pak zužuje lumen a zmenšuje prostor uvnitř žaludku pro potravu (www.bandingklub.cz).

Plikace žaludku



Zdroj: www.vstj.cz/obezicentrum

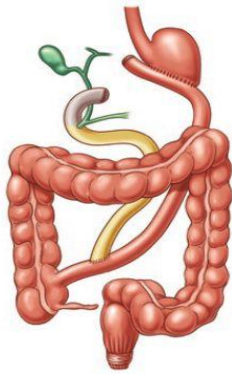
MALABSOBČNÍ VÝKONY

Mezi nejvýznamnější patří biliopankretická diverze. Tato metoda patří mezi nejsložitější. Technicky připomíná resekci žaludku druhého typu s anastomózou podle Roux-Y-kličkou. Velká část žaludku je ponechána, asi tak kolem 200 ml (z důvodu pooperačního stavu), aby měl pacient dostatečné množství potravy a nedocházelo k malnutrici. Stupeň malabsorpce i hmotnostních úbytků určuje:

- Délka alimentární kličky (délka kličky tenkého střeva od gastroenteroanastomozy k enteroenteroanastomoze). Optimální délka je 200 cm.
- Délka společné kličky tenkého střeva (od napojení kličky přivádějící pankreatické enzymy a žluč k Bauhinově chlopni). Minimální délka je 50 cm.

Doležalová a kol. (2012) doplňuje Frieda a kol. (2011) malabsorpční operace jsou spojeny s rizikem výskytu nutričních poruch. Biliopankretická diverze je výkon s největšími a trvalými úbytky hmotnosti.

Biliopankretrická diverze



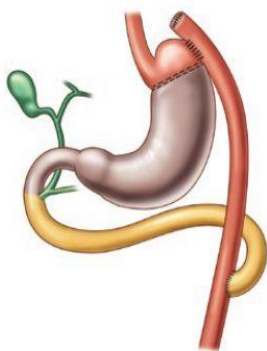
Zdroj: www.vstj.cz/obezicentrum

HYBRIDNÍ VÝKONY

Gastrický bypass

Jde o chirurgické rozdělení žaludku na horní část a dolní část, přičemž horní část je menší než dolní. Dolní část zůstává vyřazena z pasáže, i části tenkého střeva. Gastrický bypass patří k nejúčinnějším metodám. U této metody kombinujeme restrikcí s mírnou malabsorpcí. Podle typu rekonstrukce napojení střeva existuje více druhů gastrických bypassů. (www.bandingklub.cz).

Gastrický bypass



Zdroj: www.vstj.cz/obezicentrum

1.9 PŘÍPRAVA PACIENTA NA BARIATRICKOU OPERACI

Fried a kol. (2011) upozorňují, abychom se v přípravě na bariatrický výkon snažili pacienta motivovat k zahájení redukce hmotnosti, k osvojení a dodržování pravidelného

dietního režimu. Z toho důvodu, aby pacient nepřicházel na operaci v době, kdy má své životní váhové maximum. Předoperační redukce významně přispívá k urychlení operační doby. Před operací by pacient měl minimálně 2 týdny, nejlépe však by bylo 6 týdnů, dodržovat redukční dietu. Pacient pak lépe snáší pooperační režim.

Janíková (2013), Krasalický (2007) i Fried (2005) se shodují, že pacient musí samozřejmě absolvovat všechna rutinní vyšetření, jako před každou běžnou operaci v celkové anestezii. Je velmi důležité, aby pacient rozuměl principu operace, rizikům, a souhlasil s dlouhodobou péčí bariatrického lékaře, obezitologa či psychologa. Indikace k operaci by měla vycházet z dlouhodobého sledování pacienta, samostatného rozhodnutí a samozřejmě spolupráci výše uvedených odborníků. U pacienta odebereme anamnézu, laboratorní testy, EKG, RTG snímek hrudníku, spirometrii. Dále pacient podstupuje specifická vyšetření k bariatrické operaci jako je vyšetření obezitologa, endoskopické vyšetření (gastroskopii) zažívacího traktu, abychom vyloučili vředové choroby a hiátovou kýlu. V neposlední řadě také psychologické vyšetření, na které je poslední dobou kladen čím dál větší důraz. Krátce před výkonem provedeme sonografii břicha, při které vyloučíme cholecystolitiázu, abychom mohli posoudit velikost jaterního laloku.

Fried a kol. (2011) dále uvádí, že důležitou součástí přípravy pacienta na operaci je dostatečná edukace. Edukace musí být srozumitelná pro pacienta. Pacient by měl být seznámen, jak s operačním postupem, tak se změnou stravování a i s možnými komplikacemi, které mohou nastat během operace či po ní. Edukace se může provádět skupinově nebo jednotlivě, je to individuální. Může jí podávat sám lékař nebo perioperační sestra. Dobré je používat pomůcky jako jsou audiovizuální pomůcky (model žaludku, obrázkovou publikaci), aby pacient tomu co nejlépe porozuměl.

Dle Wichsové a kol. (2013) většinou k prvnímu kontaktu perioperační sestry a pacienta zpravidla dochází až v den samotného výkonu na operačním sále, ale nemusí tomu tak vždy být. V některých zdravotnických zařízeních se perioperační sestry s pacientem setkávají dříve kvůli edukaci, obvykle se tak děje v předvečer operačního výkonu, sestry docházejí na oddělení za pacientem.

1.9.1 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA PACIENTA

Slezáková (2010) píše, že předoperační příprava, která je s pacientem důkladně provedená, může vést k zabránění vzniku pooperačních komplikací. Operační výkony dělíme na plánované, urgentní a neodkladné výkony.

Dlouhodobá příprava

Na základě rozhodnutí chirurga je pacient odeslán k internímu předoperačnímu vyšetření. Výsledky nesmí být starší 14 dnů před plánovaným operačním výkonem. Vyšetření, jak jsme již zmínili, zahrnují EKG, RTG srdce a plic, laboratorní a klinické vyšetření.

Krátkodobá příprava

Předoperační příprava krátkodobá se provádí 24 hodin před samotným operačním výkonem.

Pacient musí před operačním výkonem lačnit minimálně 6 až 8 hodin. Pokud pacient trpí poruchami výživy a hydratace, zajišťuje se přívod energie a tekutin parenterální cestou. Snižují se tím rizika pooperačních komplikací. Je třeba, abychom upozornili pacienta těsně před operací to to, aby se vyprázdnil. U náročnějších operací provádíme katetrizaci močového měchýře, buď na oddělení nebo poté na operačním sále. Vyprázdnění se provádí pomocí opakovatelní klyzmatu nebo podáme vyprazdňující roztok. Pokud je pacient soběstačný, provádí hygienu sám. Pacient provede celkovou hygienu, pozornost klademe na nehty, pokud jsou nalakované, odlakujeme, odlíčíme obličej a očistíme pupek. Dle zvyklostí na oddělení připravíme, oholíme operační pole. Večer před operací dostává pacient hypnotika a sedativa dle ordinace anesteziologa. Spánek a dostatečný odpočinek je důležitý pro zvládnutí stresu před operací. Cennosti, šperky, větší obnos peněz ukládáme pacientovi do trezoru. Pacient si může sám nasadit antiembolické punčochy nebo uděláme bandáž dolních končetin. Bandáž přikládáme z důvodu prevence tromboembolické nemoci. Začínáme přiložením elastického obinadla ke špičce prstu a klasovými otáčkami přes nárt, patu postupujeme až pod tříslu. Den před operací přichází za pacientem na oddělení anesteziolog. Anesteziolog seznámí pacienta s anestezií, s možnými komplikacemi, které mohou nastat během operace. Dále rozhodne o premedikaci pacienta. Sestra

i doktoři se podílejí na psychické přípravě pacienta. Snaží se minimalizovat stres pacienta před operací.

1.9.2 INTRAOPERAČNÍ PÉČE O PACENTA

Dle Burdy (2016) tato péče o pacienta probíhá přímo během dané operace. Cílem intraoperační péče je zajistit takový průběh operace, při kterém minimalizujeme pooperační komplikace. Do intraoperační péče lze zahrnout bezpečnost v péči o pacienta i celého týmu. Z toho můžeme usuzovat, že perioperační péče zajišťuje maximální bezpečnost péči pacientovi, tak i celému týmu.

Dle Wichsové (2013) je pacient v den operace přivezen sanitářem s doprovodem sestry z oddělení na operační sál. Ve vstupním filtru je pacient předán anesteziologické nebo perioperační sestře a sálovému sanitáři. Převlečený a přikrytý prostěradlem je pacient přeložen na sálový vozík nebo rovnou na desku operačního stolu. Sestra provádí kontrolu identifikačních údajů pacienta a přebírá od sestry z oddělení dokumentaci. Pacienta uložíme do polohy na záda s lehce připoutanými dolními končetinami. Poté se pacientovi nasadí pokrývka hlavy a pacient je odvezen na příslušný operační sál. Zde pacienta uvedeme do polohy, kterou daný operační výkon vyžaduje. U delších operací je uložen na vyhřívací podložku, která zabraňuje jeho podchlazení.

Kala (2010) uvádí, že při sleeve gastrektomii pacient zaujímá nejčastěji polohu v polosedě s roztaženými dolními končetinami, jedna horní končetina je odpažena od těla a připravena pro žilní vstup a druhá horní končetina je připažena k tělu.

Schneiderová (2014) popisuje, že všichni členové operačního týmu provádějí dezinfekci operačního pole. Počínaje od chirurgické dezinfekce rukou přes oblečení sterilního pláště, až po navlečení rukavic. Dezinfekci natíráme v dostatečném rozsahu, z důvodu, kdyby se operační rána měla zvětšit. Dáváme pozor, aby dezinfekce nezatékala pod pacienta, mohlo by tak dojít k vznícení při použití elektrokoagulace během operace. Natíráme dezinfekci od místa operační rány do stran v jednom směru, po zaschnutí opakujeme s dalším tamponem kolmo na předcházející tahy. Rouškování začíná po zaschnutí dezinfekce. Lékaři se za pomoci instrumentační sestry zarouškují a může začít samotný výkon.

1.9.3 POOPERAČNÍ PÉČE O PACIENTA

Slezáková (2010) zdůrazňuje, že po ukončení operace zůstává pacient pod intenzivním dohledem, a to do té doby, dokud nemá stabilizovaný oběh, dostatečně nedýchá a nemá obranné reflexi jako je kašláni. Častým pooperačním komplikacím je zabráněno anesteziologickou péčí ihned po operaci. Po obtížných chirurgických výkonech jsou pacienti předáni z operačního sálu na jednotku intenzivní péče nebo na ARO, pokud je po operaci nutné pokračovat v umělé plicní ventilaci.

Po bezprostředním pooperačním období jsou určeny dospávající pokoje. Pacient je převezen z operačního sálu při vědomí. Důležité je sledovat fyziologické funkce, především dýchání. Pacient zaujímá polohu na zádech. Musíme sledovat vědomí, tep, dech, tělesnou teplotu a krevní tlak v pravidelných intervalech. První hodinu měříme každých 15 minut, další hodinu po 30 minutách a poté každou hodinu do 24 hodin. Malé výkyvy fyziologických funkcí jsou u pacientů v prvních dnech po operaci častým jevem. Nejčastější příčinou je zatížení organismu anestezii nebo ztrátou krve při operaci.

Janíková (2013) uvádí, že po přeložení pacienta na standardní oddělení pokračujeme v měření fyziologických funkcí dle ordinovaných intervalů. Sledujeme celkový stav pacienta, včetně bolesti, dále sledujeme možné příznaky komplikací. V případě jakýkoli potíží pacienta ihned informujeme ošetřujícího lékaře. Kontrolujeme sterilní krytí rány. Pokud rány nějak výrazně neprosakují, převazujeme až druhý den. Pokud pacient má zavedený Redonův drén, kontrolujeme jeho funkčnost, místo zavedení a odcházející sekret. Drén vytahujeme většinou první den pooperační, pokud není výrazná sekrece. Stehy je možno odstranit 7. až 10. pooperační den.

V rámci pooperačního vyšetření je třeba kontrola žaludku a sutur resekcční linie. Provádíme kontrolní rentgen s kontrastní látkou.

1.10 KOMPLIKACE PO TUBULIZACI ŽALUDKU

Fried (2005) poukazuje na to, že komplikace po bariatrické operaci mohou vzniknout jako při jakémkoliv jiném mini invazivním břišním výkonu. Mohou vzniknout i obecné komplikace, ke kterým řadíme pneumonii, paralytický ileus, ale především tromboembolickou nemoc. Za zcela nutnou považujeme profylaxi, kterou zahajujeme již

předoperační přípravě dávkou nízkomolekulárního heparinu. V podávání miniheparinizace pokračujeme až do úplné pohyblivosti pacienta. Samozřejmostí je i předoperační a pooperační elastická bandáž dolních končetin.

Krasalický (2007) řadí mezi časně komplikace bolesti zad či ramen, nauzeu a zvracení, které se vyskytují v menší nebo větší míře. U tubulizace žaludku je další časnou komplikací krvácení z resekční linie. Jedná se o komplikaci život ohrožující a velmi závažnou. Tato komplikace vyžaduje urgentní operační revizi. Insuficience resekční linie je další závažnou komplikací. Pacient je ohrožen vznikem akutní peritonitidy. I v tomto případě je také nutná operační revize.

Díky tomu, že tubulizace žaludku je relativně nová metoda, máme málo zkušeností s dlouhodobými komplikacemi. Mezi nejzávažnější komplikace řadíme dilataci žaludeční trubice a relaps nadváhy. V tomto případě konvertujeme tubulizaci žaludku na gastrický bypass nebo duodenální switch.

1.11 SPECIFIKA V DLOUHODOBÉ PÉČI

Janíková (2013) vychází z Krasalického (2007) a na základě toho píše, že je péče závislá na zvoleném bariatrickém výkonu. Pokud je průběh bez komplikací, pacient je propuštěn do domácí péče 1. až 5. pooperační den. Po propuštění do domácí péče je doporučována pracovní neschopnost na dobu 10- 14 dní od operace. Důvodem je možnost zhoršení hojení ran. Pacient si také musí zvykat na velmi malý obsah žaludku. První měsíc po operaci je dobré ponechat pacienta na tekuté až řídké kašovitě stravě a postupně přecházet na redukční stravu. V případě přejídání si pacient může způsobit komplikace - tím máme na mysli dilataci neboli roztažení žaludku. Každý pacient po bariatrické operaci by měl být s týmem specialistů v kontaktu. Po dvou týdnech je dobré zapojit do redukčního procesu i fyzickou aktivitu. V případě, že obezita pacientovi ztěžuje pohyblivost, počkáme s cvičením po mírné redukci hmotnosti. Existují bariatrická nebo obezitologická centra, kde cvičení provádíme skupinově pod odborným dohledem. Kontroly v bariatrických ambulancích jsou obvykle doporučeny týden až měsíc po operaci, dále pak každé 3 měsíce do 1 roku. Druhý rok navštívíme ambulanci jednou za 6 měsíců a poté jednou ročně. Samozřejmě v případě potíží navštívíme bariatrickou ambulanci okamžitě.

1.11.1 ŽIVOTOSPRÁVA PO TUBULIZACI ŽALUDKU

Krasalický (2007) uvádí, že po operaci je správná životospráva jednou z nejdůležitějších podmínek. První měsíc pacient smí jíst pouze tekutou stravu, a to z toho důvodu, aby nepřepĺňoval žaludek, mohlo by totiž dojít k porušení linie sešité stěny žaludku. Další dva týdny zapojíme do jídelníčku stravu mixovanou a postupně přecházíme na stravu normální, pestrou, ale dietní a racionální. Omezení kalorického příjmu si řídí pacient sám za spolupráce obezitologa nebo dietologa, jinak by nemuselo dojít k efektivnímu poklesu hmotnosti. Pacientům klademe na srdce, že je velice důležité, aby před polknutím bylo každé sousto řádně rozkousáno – především pak v pooperačním období, kdy je průměr žaludeční trubce velice malý, a předcházíme tím obstrukci špatně rozmělněné stravy. Ze zkušeností doporučujeme dodržovat klasické schéma: snídaně, svačina, oběd, svačina, večeře, jak již bylo řečeno. Množství potravy, které lze jednorázově sníst, je výrazně menší, než bylo před operací. Stravu nadále dodržujeme redukční s nízkým obsahem tuků, dostatečný přísun bílkovin a vitamínů. Pokud užíváme, chronickou medikaci, doporučujeme velké tablety či kapsle drtit.

2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY PO BARIATRICKÉ OPERACI

V praktické části je popisován průběh ošetrovatelského procesu u pacientky po bariatrické operaci. Ošetrovatelský proces byl realizován během jednoho dne na chirurgickém oddělení Krajské nemocnice Liberec v Turnově. V práci je zaznamenán první až třetí den hospitalizace pacientky. Sběr anamnestických údajů byl realizován dle modelu fungujícího zdraví Marjory Gordonové. Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA I taxonomie II. Zdrojem informací byla metoda pozorování, anamnestický rozhovor s pacientkou a práce s lékařskou a ošetrovatelskou dokumentací. Patientka byla ochotná spolupracovat a souhlasila s uvedením jejího případu do bakalářské práce.

2.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTCE

Tabulka 3 Základní identifikační údaje o pacientce

Jméno a příjmení: X. Y.	Datum narození: 1967
Rodné číslo: XXXXXX/XXXX	Věk: 49 let
Pohlaví: ženské	Bydliště: X
Národnost: česká	Státní občanství: ČR
Stav: vdaná	Zaměstnání:
Jméno příbuzného: X. Y.	Bydliště příbuzného: X. Y.
Bydliště: X	Vzdělání: výuční list
Datum příjmu: 10. 1. 2017	Čas příjmu: 10:22 hodin
Typ přijetí: plánovaný	Účel příjmu: terapeutický - léčebný
Oddělení: chirurgie	Přijal: X. Y.
Ošetřující lékař: X. Y.	Obvodní lékař: X. Y.

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacientky, 2017

Důvod příjmu udávaný pacientem: „Zítra jdu na operaci, uříznou mi víc jak půl žaludku.“

Medicínská diagnóza hlavní:

- Obezita E660

Vedlejší medicínské diagnózy:

- Arteriální hypertenze I10
- Nedoslychavost, ztráta sluchu NS H919
- Jiné depresivní fáze F328

Vitální funkce při příjmu dne 10. 1. 2017

Tabulka 4 Vitální funkce při příjmu 10. 1. 2017

TK: 138/104	výška: 165 cm
P: 80/ min., pravidelný	hmotnost: 132 kg
TT: 36,2 °C	BMI: 48,5
D: 17/min., pravidelný	pohyblivost: bez omezení
stav vědomí: orientovaná, při vědomí	orientace místem, časem, osobou: plně orientována
řeč, jazyk: řeč srozumitelná	krevní skupina: A+

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacientky, 2017

Nynější onemocnění: Pacientka byla přijata 10. 1. 2017 k plánované operaci na chirurgické oddělení Turnovské nemocnice. Pacientce bude 11. 1. 2017 provedena tubulizace žaludku.

Zdroj informací: Lékař, ošetřující personál, pacientka, vlastní pozorování pacientky, lékařská a ošetřovatelská dokumentace.

2.2 ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka: žije, prodělala 2 cévní mozkové příhody, pacientka má matku ve své péči již 5 let.

Otec: zemřel před 10 lety, příčinu úmrtí nevíme, pacientka nebyla s otcem v žádném kontaktu

Sourozenci: 2 sestry

1. *setra* je starší o 9 let mají spolu špatné vztahy, nestýkají se.

2. *sestra* starší o 8 let, mají velmi dobré vztahy, často se navštěvují, pracuje jako sanitářka.

Děti: 2 (dcera, syn)

syn – starší, bydlí sám, pracuje ve fabrice

dcera- mladší, vyučená kosmetička, žije s matkou, pracuje jako číšnice v jedné malé kavárně.

Osobní anamnéza:

Překonaná a chronická onemocnění: V dětství prodělané běžné dětské nemoci.

Hospitalizace a operace: 1985 – appendektomie, 2005, 2007 – artroskopie kolen, 2001, 2005 - uši – úprava třmínku

Úrazy: 0

Transfúze: 0

Očkování: Běžná očkování dle očkovacího kalendáře. Očkování proti chřipce naposledy v roce 2016.

Léková anamnéza

Tabulka 5 Chronická farmakologická medikace

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Indikační skupina
Carzap	tbl.	32 mg	1-0-0	Antihypetenzívum
Stugeron	tbl.	25 mg	1-0-0	Vazodilatans
Magnesii lactici	tbl.	0,5 mg	1-0-0	Soli a ionty, magnezium
Cipralex	tbl.	10 mg	0-0-1	Antidepressivum

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacientky 2017

Alergologická anamnéza:

Léky: penicilin

Potraviny: neguje

Chemické látky: neguje

Jiné: pylly

Abúzy:

Alkohol: příležitostně, jen na oslavách

Kouření: neguje, dříve kouřila, 20 cigaret denně, 5 let nekouří

Káva: 2 krát denně, rozpustná s mlékem

Léky: neguje

Jiné návykové látky: neguje

Gynekologická anamnéza:

Menarche: ve 14 letech

Menstruace: byla pravidelná, antikoncepci užívala, teď neužívá

Menopauza: neudává

Potíže klimakteria: neudává

Porody: 2

Kojení: 6 měsíců, 4měsíce

Potraty: 2

UPT: 0

Poslední gynekologická prohlídka: prosinec 2016

Samovyšetřování prsou: neprovádí

Sociální anamnéza:

Stav: vdaná

Bytové podmínky: Pacientka žije se svým mužem, dcerou, matkou a psem v panelovém domě v přízemí s balkonem. Byt mají v osobním vlastnictví. Dále vlastní zahrádku nedaleko svého bydliště, kde tráví nejvíce času od jara do podzimu.

Vztahy, role a interakce: Celá rodina se pravidelně navštěvuje. Starší šestadvacetiletý syn bydlí v Pardubicích se svojí přítelkyní a i oni se snaží navštěvovat rodinu 1krát do měsíce.

Záliby: Největší záliba pacientky je její zahrádka, kde si pěstuje zeleninu, ovoce, ráda si maluje, preferuje krajinu a teď si zkouší malovat portréty, které se jí údajně zatím moc nedaří, ráda ve volném čase se svojí matkou poslouchá gramofonové desky, čte knížky převážně romány, vaření také patří mezi její koníčky a dává přednost české kuchyni.

Volnočasové aktivity: procházky se svým psem, jízda na kole, plavání, čtení.

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: výuční list, obor krejčí

Pracovní zařazení: Pacientka se stará již 5 let o svojí matku – péče o osobu blízkou.

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: neudává

Ekonomické podmínky: vyhovující, dostačující

Psychologická anamnéza:

Vývojové období: Střední dospělý věk, premorbidní osobnost – sangvinik, emoční oblast.

Spirituální anamnéza:

Religiózní praktiky: Pacientka je ateista. Výjimkou je každoroční návštěva kostela v době vánočních svátků. Doprovází ji manžel.

2.3 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

ORDINOVANÁ VYŠETŘENÍ:

Před operací:

7. 4. 2016 GASTROENTEROLOGICKÁ PORADNA

Pacientka přichází ze strany konzultace eventuelně bariatrického zákroku. V minulosti pokusy o redukci váhy pod kontrolou lékaře. Pacientka splňuje indikační kritéria pro bariatrický zákrok.

Pacientce bylo vysvětleno, že žádná bariatrická operace nemění nic na základním principu, který ovlivňuje tělesnou váhu, tedy na poměru mezi příjmem a výdejem energie. Operace pouze pomáhá pacientovi omezit příjem. Dostatečný výdej, tedy tělesnou aktivitu, však musí pacient i nadále udržovat!!!!

Pacientka byla seznámena s principy bariatrických metod, zejména s důrazem na princip účinku, očekávané výsledky, nutnost spolupráce pacientky po všech typech výkonů s důrazem na nutnost změny životního stylu a zejména stravovacích návyků, vysvětlen operační postup, vysvětleny specifické komplikace metod s důrazem na nejzávažnější rizika (reoperace, dlouhodobá nemocnost, trvalé následky i smrt). Pacientka byla nadále seznámena s alternativními bariatrickými metodami- intragastrický balon, žaludeční bandáž, plikace, sleeve žaludeční resekce, gastrický bypass a biliopankreatická diverse. Zdůrazněny rozdíly mezi obstrukčními a malabsorpčními výkony.

Vysvětlen režim pooperačních diet s důrazem na rozdíl mezi jednotlivými operacemi. Nutnost velmi přísného režimu v prvních týdnech po operaci, kde je nutné

přísně dodržovat konzistenci diety, strava má být tekutá a přijímaná po jednotlivých doušcích. Zdůrazněna také nutnost i trvalé dietní změny dietního režimu po celý zbytek života, kdy je nezbytné denní příjem rozdělit do 5-6 denních jídel o velikosti maximálně 100 g jedna porce. Následně jsem pacientce zodpověděla všechny otázky. Pacientka hodlá podstoupit žaludeční tubulizaci, s výkonem souhlasí.

Pro stanovení definitivního termínu jsou nezbytná tato vyšetření: Gastroskopie, spirometrie, a vyšetření psychologem. S výsledky stanovíme termín zákroku. Pro hladký průběh operace je nezbytné dosáhnout zmenšení jater, která mohou být výrazně ztučnělá a zvětšená. Proto požadujeme, aby pacient před operací v průběhu posledních 4-5 týdnů výrazně zredukoval svoji hmotnost. Ideálně o 5 kilo. Toho je nejlépe dosáhnout s pomocí vysokoproteinové-nízkokalorické diety. Pacient, který této redukce hmotnosti nedosáhne, nemůže být připuštěn k operaci.

12. 4. 2016 SPIROMETRIE

Normální křivka

28. 8. 2016 PSYCHOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ PŘED BARIATRICKOU OPERACÍ

Osobnost a psychický stav: Osobnost bez patologie. Aktuálně bez výraznější anxiousně-depresivní symptomatologie, přestože je dlouhodobě vystavena stresu. Psychotické fenomény nejsou přítomné. V pozadí matrimoniální konflikt a vztah s matkou – obojí se podílí na vysoké váze a vztahu k jídlu. Stresové situace řeší jídlem.

Psychoterapie, která byla indikována, probíhá a bude probíhat i po bariatrické operaci. Závěr psychologického vyšetření: doporučuji k bariatrické operaci léčby obezity.

16. 11. 2016 GASTRODUODENOSKOPIE – INDIKACE PŘED BARIATRICKOU OPERACÍ

Jícen s klidnou bledě růžovou sliznicí až výrazně orálněji vytaženou z linií. Přejech sliznicí intaktní. Je patrný prolaps žaludeční sliznice do jícnu s reflexem, stav při zvýšení nitrobřišního tlaku. Žaludek dobře přehledný přes horší toleranci insuflace, jezírko s hlenem. Sliznice v žaludku překotná. Pro horší toleranci vyšetření inverze

na kardií neprovedena. Pylorus volně průchodný, bulbus bez deformace s norm. nálezem na sliznici. Jiná patologie horním GIT nezjištěna. Hiatová hernie v. s. skluzná bez makroskopických refl. změn. Jiná patologie horním GIT nezjištěna.

2. 1. 2017 INTERNÍ VYŠETŘENÍ

EKG - akcia prav. rytmus sinus TF = 88. Intervaly ms RR = 806, QRS = 86, QT = 496, QTc = 554 osy a QRS = 16 převod. časy v norme, ST iso, bez ložiskového nálezu, bez ectopii

ECHO – Vidíme obraze nález srdce přiměřený velikosti a funkci, bez separací perikardu, bez známek plicní hypertenze, hemodynamický lehká insuff. na MCH a TCH bez vývoje, hypertrofie stěn LK, normokineze stěn LK v celém rozsahu

RTG S+P,

Předoperační laboratorní vyšetření krve: biochemie - v normě, biochemické vyšetření moče – v normě, KO a koagulační testy v normě.

Tabulka 6 Výsledky biochemického vyšetření krve ze dne 2. 1. 2017

Biochemické vyšetření	Hodnota pacientky	Jednotka	Referenční hodnota
Glukóza	6,1	mmol/l	4,1–5,9
Bilirubin	10	μmol/l	<17
Sodík	140	mmol/l	136–145
Draslík	4,5	mmol/l	3,5–5,1
Chloridy	97	mmol/l	98–107
Osmolalita-výpočet	291	mmol/kg	275-300
Osmol. Efekt- výpočet	286	mmol/kg	272-290
Buffer base výp.	47,5	mmol/l	38,4–46,2
Urea	4,5	mmol/l	2,0–17,0
Kreatinin	53	μmol/l	49-90
Odhad glom. Filtrace	1,880	ml/s	1,250-2,200
ALT	0,33	μkat/l	<0,55
AST	0,21	μkat/l	< 0,53
GGT	0,52	μkat/l	< 0,70

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacientky, 2017

Tabulka 7 Výsledky hematologického vyšetření krve ze dne 2. 1. 2017

Hematologické vyšetření	Hodnota pacientky	Jednotka	Referenční hodnota
Leukocyty	6,5	10 ⁹ /l	4,00–10,0
Erytrocyty	4,62	10 ¹² /l	3,8–5,20
Hemoglobin	136	g/l	120–160
Hematokrit	0,41		0,35–0,47
Střední objem erytr.	87,7	fl	82,0-98,0
Barvivo erár	29,4	Pg	28,0-34,0
Stř. barev. kon.	336	g/l	320-360
Erytr. Křivka	12,7		10,0-15,2
Trombocyty	243	10 ⁹ /l	150-400
Střední objem trombo	10,4	fl	7,8-11,0

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacientky, 2017

Tabulka 8 Výsledky hemokoagulačního vyšetření krve ze dne 2. 1. 2017

Hemokoagulační vyšetření	Hodnota pacientky	Jednotka	Referenční hodnota
Protrombinový test	12,3	S	10,0-15,0
Protromb. Test kontr.	11,6	S	10,0-15,0
Ratio PT	1,06	1	0,80-1,20
INR	1,06	1	
APTT	27,7	S	23,0-35,0
APTT kontr. Hodnota	28,6	S	23,0-35,0
Ratio APTT	0,97	1	0,80-1,20

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacientky, 2017

Tabulka 9 Výsledky vyšetření moči na M + S ze dne 2. 1. 2017

Moč + sediment	Hodnota pacientky	Jednotka	Referenční hodnota
Ph	5,5	jedn.	4,5–6,0
Bílkovina	0	jedn.	<0
Hnis	0	jedn.	<0

Krev	0	jedn.	<0
Glukoza	0	jedn.	< 0
Aceton	0	jedn.	<0
Bilirubin	0	jedn.	<0
Urobilinogen	0	jedn.	<0
Specifická hustota	1018	kg/m ³	1015–1025
Leukocyty	11	elem/μl	0-20
Erytrocyty	2	elem/μl	0-10

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacientky, 2017

Po operaci:

12. 1. 2017 EDUKACE NUTRIČNÍM TERAPEUTEM OHLEDNĚ POOPERAČNÍ DIETY – na oddělení lůžkové chirurgie

Pacientka seznámena s režimem a se změnou stravovacích návyků. Informace podány ústně, ale podány k dispozici i v písemné formě. S možností se na cokoliv doptat popřípadě v budoucnu kontaktovat.

12. 1. 2017 RTG S VODIVÝM KONTRASTEM

Prokazuje uspokojivou pasáž žaludkem bez známky úniku kontrastu mimo GIT.

Konzervativní léčba:

Dieta:

Před operací: dieta č. 3 – racionální, 6 hodin před operací NPO.

Po operaci: NPO, 1. den OS – čajová, 2. den – 1B tekutá strava

Výživa: infuzní terapie.

Pohybový režim: klid na lůžku

Před operací: 1 - bez omezení

Po operaci: 4 - klid na lůžku, druhý den ráno vstávání z lůžka za pomoci sestry

Monitoring: TK, P, TT

Medikamentózní léčba:

Tabulka 10 Medikamentózní léčba po operačním výkonu

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Indikační skupina
Carzap	tbl.	32 mg	1 – 0 – 0	Antihypertenzivum
Stugeron	tbl.	Mg	1 – 0 – 0	Vazodilatans
Cipralex	tbl.	10 mg	0 – 0 – 1	Antidepressivum
Clexane 0,4 ml	Před plněná injekční stříkačka	0,4 ml	v 18 hodin	nízkomolekulární heparin
Omeprazol galmed	Tobolka	20	0 – 0 – 1	Inhibitory protonové pumpy
Novalgin	tbl.	500 mg		Analgetikum, Antipyretikum
Zaldiar	tbl.			Analgetikum

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacientky, 2017

Infuze, parenterální výživa:

12- 18 hodin - Ringerfudin 1000 + Analgin 1 amp.+ Ondasetron 1 amp..

18 - 24 hodin - Ringerfundin + Analgin 1 amp. + Buscopan 1 amp.

24 – 08 hodin - Ringerfundin + Analgin 1 amp. + Buscopan 1 amp.

Almiral 1 amp. i. m. v 13 hodin.

Dolsin 50 mg i. m. v 21 hodin.

Chirurgická léčba: 11. 1. 2017 byla provedena tubulizace žaludku.

2.4 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU PROVEDENÉ PO OPERACI 11. 1. 2017

Tabulka 11 Fyzikální vyšetření sestrou provedené po operaci 11. 1. 2017

<i>Vyšetření systému</i>	<i>Subjektivní údaje</i>	<i>Objektivní údaje</i>
Hlava a krk	<i>Bolestmi hlavy netrpím.</i>	<p>Hlava: normocefalicka, pokleповě nebolestivá.</p> <p>Oči: zornice izokorické, reagují, spojivky růžové, skléry bez ikteru, brýle používá pouze na čtení.</p> <p>Uši: bez sekrece.</p> <p>Nos: fyziologické postavení.</p> <p>Rty: prokrvené, fyziologické barvy.</p> <p>Jazyk: plazí se ve střední čáře.</p> <p>Kůže: prokrvená, fyziologická.</p> <p>Chrup: vlastní, čistý.</p> <p>Krk: pohyblivý, nebolestivý, štítná žláza nezvětšená pulzace karotid dobře hmatatelná, krční žíly bez náplně.</p>
Hrudník a dýchací systém	<i>Zadýchávám se při zvýšené námaze.</i>	<p>Hrudník: souměrný, bez deformit.</p> <p>Dýchání: čisté, sklípkovité.</p> <p>Počet dechů: 18/ min, pravidelný rytmus.</p> <p>Saturace: 97 %</p>
Srdeční a cévní systém	<i>Problémy se srdíčkem se nikterak neléčím.</i>	<p>Srdeční akce: pravidelná.</p> <p>TK: 132/100 torrů.</p> <p>P: 80, dobře hmatatelný.</p> <p>Periferní žilní kanyla zavedená 11. 1. 2017 na periferii levé horní končetiny, bez patologií.</p>
Břicho a gastrointestinální trakt	<i>Bolest břicha nemívám, teď mě bolí operační rány, které</i>	<p>Břicho: měkké, souměrné, dobře hmatatelné, palpačně bolestivost v okolí</p>

	<i>mám na břicho. Stolicí mívám pravidelnou. Zažívacími problémy nemívám.</i>	operačních rán, peristaltika nepřítomná. Poslední defekace 11. 1. 2017.
Močový a pohlavní systém	<i>S močením potíže nemám</i>	Vylučování moče bez obtíží. Moč je čirá, bez známek infekce.
Kosterní a svalový systém	<i>Bez potíží neužívám žádné pomůcky k chůzi.</i>	Kosterní aparát bez deformit. Dolní končetiny bez otoku, varixy se známkou flebitidy. Pohyblivost: bez omezení.
Nervový a smyslový systém	<i>Jsem si vědomá co je dnes za den jak se jmenuji a kde se nacházíme.</i>	Orientace: místem, časem, osobou a prostředím. Reflexy: v normě. Smysly: v normě, sluch zhoršený, pacientka nosí naslouchátko. GSC: 15 – plně při vědomí.
Endokrinní systém	<i>Nikdy jsme se neléčila na endokrinologii.</i>	Štítná žláza bez zvětšení, nebolestivá. Problémy s endokrinním systémem pacientka nemá.
Imunologický systém	<i>V dětství jsem prodělala běžné dětské nemoci. Alergická jsem na penicilin a na pyl. Nemocná bývám zřídka.</i>	Lymfatické uzliny nezvětšené, bez zánětu. TT: 36,5 °C. Alergie: penicilin, pyl.
Kůže a její adnexa	<i>Vlasy a nehty mám zdravé a pevné. Na kůži žádné změny nepociťuji.</i>	Kůže: prokrvená, fyziologická, bez defektu. Vlasy: krátké, čisté, upravené. Nehty: čisté, upravené a krátké.

Zdroj: fyzikální vyšetření provedeno všeobecnou sestrou, 2017

2.5 UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II

Tabulka 12 Posouzení současného stavu ze dne 11. 1. 2017 dle modelu fungujícího zdraví Marjory Gordonové

<p>1. Podpora zdraví</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uvědomování si zdraví • Management zdraví 	<p>Subjektivně: <i>Snažím se dodržovat vškerá doporučení lékaře. Léky užívám pravidelně. Na prohlídky chodím také pravidelně.</i></p> <p>Objektivně: Pacientka dochází pravidelně na preventivní prohlídky 2krát ročně navštěvuje gynekologa i zubního lékaře. Praktického lékaře navštěvuje 1krát ročně pokud nemá obtíže, jinak ho navštíví samozřejmě dříve. Dále pacientka navštěvuje psychologa dle domluvených schůzek. Farmaka užívá pravidelně. Během hospitalizace pacientka spolupracuje aktivně. Dodržuje léčebný režim dle ordinace lékaře.</p> <p>Ošetrovatelský problém: 0</p> <p>Použitá měřící technika : 0</p>
<p>2. Výživa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Příjem potravy • Trávení • Vstřebávání • Metabolizmus • Hydratace 	<p>Subjektivně: <i>Dříve jsem jedla nezdravě, nepravidelně a nejspíš velké množství. Stravovala jsem se 1krát až 2krát denně. Teď po operaci musím stravu změnit, abych rychleji snížila svojí váhu a pomohla léčbě po operaci. Dneska po operaci jsem nic nejedla a prý ani nic nedostanu. Popravdě ani nemám hlad. Budu mít teď tekutou stravu po čase kašovitou stravu, až na konec budu moct jíst normálně ale samozřejmě zdravěji. Pitný režim je u mě horší, denně vypiji tak 1 litr. Pokusím se pít více, alespoň 2 litry denně. Převážně piji ovocné šťávy, vodu, občas černý čaj s citronem. Kávu piju rozpustnou s mlékem a to 2krát denně. Alkohol jen příležitostně na oslavách a jediné bílé víno, tvrdý alkohol nepiji vůbec.</i></p>

	<p>Objektivně: Po operačním výkonu v nemocnici je pacientka vyživována parenterálně - Ringerfudin 1000 + Analgin 1 amp.+ Ondasetron 1 amp. 12- 18 hodin. Ringerfundin + Analgin 1 amp. + Buscopan 1 amp. 18-24 hodin. Zatím má pacientka dietu NPO z důvodu dnešní operace. Zítra by měla přejít na dietu čajovou OS. Čaje by měla maximálně vypít 3 skleničky a to po douškách. S parenterální výživou budeme pokračovat. Pacientka má 3. stupeň obezity. Její váha je 132 kg a měří 165 cm. Její BMI je 48,5. Pacientka je teď dostatečně hydratovaná, kožní tumor má v normě, sliznice jsou bez známek dehydratace. Chrup má vlastní, bez známek poškození. Pacientka nemá žádné jiné defekty na kůži kromě operačních ran.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Dietní režim po operaci.</p> <p>Použitá měřicí technika :0</p>
<p>3. Vylučování a výměna</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funkce močového systému • Funkce gastrointestinálního systému • Funkce kožního systému • Funkce dýchacího systému 	<p>Subjektivně: <i>S močením ani s vylučováním stolice nemám problémy doma, ale v jiném prostředí mám problémy se stolicí. Žádná laxativa na vyprázdnění stolice neužívám. Stolicí mám pravidelně každé ráno. S dýcháním mám obtíže při zvýšené námaze, například při chůzi do schodů se zadýchávám. Jinak žádným onemocněním dýchacích cest netrpím. S kůží žádné problémy nemám, netrpím na žádný ekzém či jiné kožní onemocnění.</i></p> <p>Objektivně: Pacientka neudává žádné obtíže při močení. Pacientka měla poslední stolicí dnes ráno. Pacientka má zavedený PŽK – 11. 1. 2017. Kromě operačních ran pacientka nemá žádné poruchy kožního systému.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Narušená tkáň, operační rána.</p>

	Použitá měřicí technika: 0
<p>4. Aktivita – odpočinek</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spánek – odpočinek • Aktivita, cvičení • Rovnováha energie • Kardiovaskulární – pulmonální reakce • Sebepéče 	<p>Subjektivně: <i>Doma spím velice dobře a kvalitním spánkem. Spím tak 8 až 9 hodin denně. V nemocnici mám se spánkem problém, špatně se mi usíná, často se probouzím ze spánku. Ve volném čase jezdím se svojí kamarádkou na kole nebo chodíme plavat do místního bazenu. Dále ráda chodím na procházky se psem. Větší pohybovou aktivitu nedávám, ale doufám, že po operaci se vše změní a půjde mi rychleji snížit hmotnost a budu moct zapojit i běhání a fitness centrum.</i></p> <p>Objektivně: Pacientka v nemocnici špatně spí často se budí a hůře se jí usíná. Léky na spaní odmítla. Kvalitu spánku má zhoršenou zdůvodu jiného prostředí. Pacientka má klid na lůžku z důvodu dnešní operace, s denními činnostmi potřebuje pomoc od zdravotního personálu. Pacientka se léčí s primární hypertenzí. Srdeční akce pravidelná, P 80</p> <p>Ošetřovatelský problém: Narušený spánek,, riziko pádů.</p> <p>Použitá měřicí technika : ADL: 85 bodů, lehká závislost.</p>
<p>5. Vnímání – poznávání</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pozornost • Orientace • Kognice • Komunikace 	<p>Subjektivně: <i>Se sluchem mám dlouhodobé obtíže. Nosím naslouchátko. Potíže se zrakem mám také, nosím brýle, ale jenom na čtení. Díky dnešní době počítačů a internetu více sleduji dění kolem sebe. Jmenuji se XY, dnes je 11.1.2017 a nacházím se v nemocnici. Myslím si, že nemám problém komunikovat s lidmi, jen občas něco přeslechnu, protože hůře slyším.</i></p> <p>Objektivně: Pacientka má zhoršený sluch, je po operaci obou uší, nosí naslouchátko na pravém uchu. Zrak má také zhoršený, ale brýle užívá jen na čtení. Pacientka je plně orientovaná osobou, časem i místem.</p>

	<p>Řeč je srozumitelná, paměť velmi dobrá. S komunikací nemá žádný problém.</p> <p>Ošetrovatelský problém: 0</p> <p>Použitá měřicí technika : 0</p>
<p>6. Vnímání sebe sama</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sebepojetí • Sebepercepce • Obraz těla 	<p>Subjektivně: <i>Doufám, že už brzy budu doma. Těším se i na nový stravovací režim, který mi teď nastane. Doufám, že to dobře všechno zvládnou a nenaskytne se žádné pooperační komplikace.</i></p> <p>Objektivně: Pacientka je pozitivně naladěná, těší se domů za rodinou. Má trochu obavy, aby vše dobře dopadlo a za 3 dny jí pustili domů. Svoji situaci bere teď už optimisticky.</p> <p>Ošetrovatelský problém: 0</p> <p>Použitá měřicí technika : 0</p>
<p>7. Vztahy</p> <ul style="list-style-type: none"> • Role pečovateli • Rodinné vztahy • Plnění rolí 	<p>Subjektivně: <i>Se všemi se snažím vycházet za dobře. Ačkoliv máme v rodině problémy a nestýkáme se s mojí starší sestrou, s druhou sestrou máme zas naopak výborné vztahy. Bohužel někdy to tak dopadne. Jinak si myslím, že nemám s nikým problém. S personálem v nemocnici mám dobré vztahy. Největší mojí podporou je manžel a mé děti. Jsem velice vděčná, že je mám kolem sebe, tolik mě podporují, milují a dodávají sílu.</i></p> <p>Objektivně: Pacientka dodržuje nemocniční řád. Během hospitalizace byl manžel několikrát navštívit pacientku.</p> <p>Ošetrovatelský problém: 0</p> <p>Použitá měřicí technika : 0</p>
<p>8. Sexualita</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexuální funkce • Reprodukce 	<p>Subjektivně: <i>Mám dvě zdravé děti, tak je asi vše v pořádku.</i></p> <p>Objektivně: Pacientce bylo nepříjemné mluvit o svém intimním životě.</p> <p>Ošetrovatelský problém: 0</p>

	Priorita: 0
<p>9. Zvládání/tolerance zátěže</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posttraumatická reakce • Reakce na zvládání zátěže • Neurobehaviorální stres 	<p>Subjektivně: <i>Když mám nějaký problém nebo jsem pod stresem, řeším to jídlem. Možná proto vypadám, jak vypadám. Chodím pravidelně k psychologovi. Poslední stres, co jsem měla, byl strach z operace. Hrozně jsem se bála, že se už neprobudím. Samozřejmě mám strach z pooperačních komplikací.</i></p> <p>Objektivně: Pacientka se na první pohled zdá velmi klidná a vyrovnaná. Pacientka navštěvuje pravidelně psychologa a užívá antidepressíva. Pacientka má strach, že se její rekonvalescence prodlouží. Nejvíce se bojí mnohých komplikací, které mohou po operaci nastat.</p> <p>Ošetřovatelský problém: Strach</p> <p>Použitá měřicí technika : 0</p>
<p>10. Životní principy</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hodnoty • Přesvědčení • Soulad hodnot /presvědčení/jednání 	<p>Subjektivně: <i>Bohužel já nevěřím v boha. Kdyby bůh existoval, nebylo by tolik zla, co kolem nás je.</i></p> <p>Objektivně: Pacientka i celá její rodina jsou ateisté, tedy nevěřící. Pacientka chodí se svým mužem do kostela pouze na Vánoce, a to berou jako vánoční tradici.</p> <p>Ošetřovatelský problém: 0</p> <p>Priorita: 0</p>
<p>11. Bezpečnost – ochrana</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infekce • Fyzické poškození • Násilí • Environmentální rizika • Obranné procesy • Termoregulace 	<p>Subjektivně: <i>V nemocnici se cítím bezpečně, a doufám v to, že tu pracuje dobrý zdravotnický personál. Hlava se mi nikdy netočila, ale po operaci když jsem měla vstávat, tak se mi hlava točila, ale já počkala vsedě na posteli, až se mi udělá lépe a poté jsem si došla na toaletu. Oblékání řeším podle počasí.</i></p> <p>Objektivně: U pacientky zaveden PŽK a drenážní systém, vše je bez známek infekce. Pacientka má operační rány, které se zatím hojí per</p>

	<p>primam. Dnešní TT byla 36,7 °C. Pacientka byla řádně poučena, jak poznat známky počínající se infekce. Dále pacientka byla edukovaná o všech možných rizicích, které mohou nastat po operačním výkonu.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Riziko infekce. Použitá měřící technika :0</p>
<p>12. Komfort</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tělesný komfort • Komfort prostředí • Sociální komfort 	<p>Subjektivně: <i>Mám mírnou bolest v místech, kde jsou operační vstupy. Na pokoji je se mnou starší pacientka, už jsem se s ní seznámila, je velmi přátelská. Máme tu velkou televizi, už se těšíme, až večer budeme koukat na film. Byla jsem informována, že si mohu kdykoliv říct o injekci na bolest.</i></p> <p>Objektivně: Bolest je u pacientky podle VAS 6 stupeň tlumena analgetiky, která jsou podávána dle ordinace lékaře.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Akutní bolest Priorita: VAS</p>
<p>13. Růst, vývoj</p>	<p>Subjektivně: <i>Celý život jsem měla problémy s nadváhou.</i></p> <p>Objektivně: Pacientka má obezitu 3. stupně, její BMI je 48,5.</p> <p>Ošetrovatelský problém: obezita Použitá měřící technika : BMI</p>

Zdroj: Vysoká škola zdravotnická, 2017.

Aktivity denního života

Tabulka 13 Aktivity denního života

	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Stravování a pitný režim	<i>Snažím se dodržovat redukční dietu. Snažím se jíst pravidelně 5</i>	Doma dieta redukční. Pacientka udává mírný úbytek na váze v posledním

	<i>krát denně v malých porcích. Za den vypiji kolem 1 litru vody nebo čaje.</i>	týdnu. BMI 48,5 vysoká obezita. Výživa NPO. Kožní turgor v normě.
Vylučování moče a stolice	<i>Zácpou trpím pouze při změně prostředí. S močením žádné obtíže nemám.</i>	Poslední defekace 11. 1. 2017.
Spánek a bdění	<i>Problémy se spánkem doma nemám. Při změně prostředí mám skoro vždycky.</i>	Pacientka má problém s usínáním, probouzením. Její spánek je lehce narušený pohybem personálu po oddělení nebo spolupacienty.
Aktivita a odpočinek	<i>Ráda chodím na procházky se svým pejskem nebo si čtu knížku.</i>	Pacientka má absolutní klid na lůžku.
Hygiena	<i>Hyginu zvládám s dopomocí personálu.</i>	Pacientka si zajišťuje hygienickou péči s dopomocí zdravotnického personálu.
Samostatnost	<i>Nemám ráda, když jsem na někom závislá.</i>	Bartel test základních všedních činností ADL: 85 bodů – lehká závislost.

Zdroj: rozhovor s pacientkou, 2017

Posouzení psychického stavu

Vědomí: lucidní

Orientace: pacientka je správně orientovaná v čase, prostoru, osobě a situaci

Nálada: velmi dobrá, pacientka se těší domů

Paměť: je vybavná bez poruch

Myšlení: logické

Temperament: optimista

Sebehodnocení: *Těším se, až snížím svoji hmotnost a budu na sebe moct být pyšná.*

Vnímání vlastního zdraví: *Bojím se nových stravovacích návyků, opravdu bych svoji hmotnost chtěla snížit.*

Popis sociálního stavu: byt v panelovém domě, v osobním vlastnictví

Komunikace: pacientka využívá verbální i neverbální komunikaci

Sociální role:

- *Primární:* 49 letá žena
- *Sekundární:* matka

Sociální interakce: pacientka je komunikativní, její rodina je pro ní velmi důležitá, ráda se svojí rodinou tráví veškerý čas.

Jak hospitalizace ovlivní ekonomickou situaci: Hospitalizace neovlivní její ekonomickou situaci.

Popis spirituálního stavu: Pacientka je ateista.

2.6 SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 11. 1. 2017

Devětačtyřicetiletá pacientka byla plánovaně hospitalizovaná 10. 1. 2017 na chirurgickém oddělení Krajské nemocnice Liberec v Turnově, v 10:22 hod. Při příjmu byly zapsány fyziologické funkce, ošetřovatelská anamnéza, zaveden PŽK, zkontrolovány výsledky předoperačních vyšetření z 2. 1. 2017 a podepsán souhlas se zákrokem a hospitalizací. Na oddělení pacientka byla seznámena s uspořádáním oddělení, signalizací, léčebným řádem, s právy pacientů a s ošetřujícím lékařem. Večer jí byla podána premedikace dle ordinace lékaře.

Dne 11. 1. 2017 si pacientka sama provedla ranní hygienu. Pacientka byla plně při vědomí (GCS 15 bodů), spolupracovala. Byla provedena příprava operačního pole, oholení a očištění pupku lihobenzínem a jódem. V 7:30 – 8:00 byla provedena lékařská vizita. Pacientka byla informována o standardní délce výkonu a o průběhu operace. Provedli jsme nasazení elastických punčoch, pacientka se sama vysvlekla a byla podána premedikace dle ordinace lékaře. Pacientka se nám svěřila, že má strach z operace. *Bojím se, že se neprobudím.* Pacientku jsme poučili o nutnosti zůstat už na lůžku a uklidnili ji, v 8:30 byla pacientka odvezena na operační sál. Na sále během operace byla pacientce podána antibiotika Azepo 1 g i. v.

Po příjmu z dospívajícího pokoje byly v pravidelných intervalech sledovány fyziologické funkce, kontrola množství a charakter sekretu z jednoho Redonova drénu, monitoring bolesti a stavu pooperační rány, funkčnost periferní žilní kanyly. Pacientka byla poučena o probíhající analgoterapii a možnosti si kdykoliv říci o léky na bolest. Dle ordinace se podávají analgetické a infuzní terapie. Od 12:00 hodin podána pacientce první infuze Ringerfudin 1000 +, Analgin 1 amp. +, Ondasetron 1 amp.,

kteřou má pacientka do 18:00 hodin. Pacientka udává problémy se spánkem, špatně se jí usíná a často se probouzí z důvodu rušivých elementů oddělení. Pacientka pocituje bolest dle numerické škály bolesti na stupnici č. 6. Byla podána pacientce 1. amp. Admiralu. Pacientka je informovaná o klidovém režimu na lůžku, abychom předešli hrozícímu se pádu a zákazu přijímání tekutin. Pacientka má stále dietu NPO + parenterální výživu. Dle Barthelové testu základních všedních činností ADL: 85 bodů - lehká závislost.

2.7 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA I TAXONOMIE II A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT PACIENTKY DNE 11. 1. 2017

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

- Akutní bolest (00132)
- Narušená integrita tkáně (00044)
- Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)
- Narušený vzorec spánku (00198)
- Strach (00148)
- Obezita (00232)

Potencionální ošetřovatelské diagnózy:

- Riziko infekce (00004), (pooperační rána, PŽK, 1 Redonův drén)
- Riziko pádů (00155)
- Prodloužení pooperačního zotavení (00100)

AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

V rámci zpracování praktické části bakalářské práce byly rozpracovány 3 aktuální ošetřovatelské diagnózy, které byly stanovené podle priorit pacientky pomocí NANDA I taxonomie II.

Akutní bolest (00132)

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Definice: *Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potencionálního poškození tkáně či popsany pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným či předvídatelným koncem (NANDA, 2017, s. 404).*

Určující znaky:

- ochranné chování
- vyhledávání úlevové polohy
- výraz bolesti v obličeji
- expresivní chování
- vlastní hlášení o intenzitě bolesti pomocí standardizovaných škál bolesti VAS (slovní hodnocení pacientky intenzity bolesti je 6, (desetistupňové stupnici bolesti, žádná bolest signalizuje 0 a maximální bolest 10)
- obranná gesta
- narušený vzorec spánku

Související faktory:

- fyzikální původci zranění (operace)

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Při dimisi nebude pacientka pociťovat žádnou bolest (intenzita bolesti 0).

Cíl krátkodobý: Pacientce se po zahájení analgetické terapie zmírní bolest (intenzita bolesti klesne z hodnoty 6 na hodnotu 3) do 3 hodin.

Očekávané výsledky:

- Pacientka umí používat signalizační zařízení u lůžka, do půl hodiny od příjmu na oddělení.
- Pacientka umí hodnotit svou bolest dle numerické škály VAS do 2 hodin.
- Pacientka umí včas požádat o medikaci na tlumení bolesti do 1 hodiny.
- Pacientka zná a využívá úlevové polohy zmírňující bolest do 1. dne hospitalizace.
- Pacientka dodržuje pohybový a farmakologický režim, od 3. dne hospitalizace.
- Pacientka pociťuje zmírnění bolesti do 2. dne hospitalizace.
- Pacientka má lepší kvalitu spánku do 3. dne hospitalizace.

Plán intervencí:

1. Edukuj pacientku používat signalizační zařízení u lůžka - všeobecná sestra, při příjmu na oddělení po prodělaném zákroku.
2. Edukuj pacientku o možnosti sledování její bolesti pomocí VAS numerické škály bolesti -všeobecná sestra, do dvou hodin.
3. Monitoruj verbální a neverbální projevy bolesti - všeobecná sestra, během celé směny.
4. Zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace neverbální projevy bolesti - všeobecná sestra, průběžně.
5. Aplikuj analgetickou terapii dle ordinace lékaře, zaznamenej její efekt do lékařské dokumentace - všeobecná sestra, do jedné hodiny.
6. Monitoruj účinky podávaných léků - všeobecná sestra, průběžně.
7. Nepodceňuj vnímání bolesti pacientky - všeobecná sestra, vždy.
8. Nauč pacientku zaujmout úlevovou polohu - všeobecná sestra, vždy.
9. Sleduj fyziologické funkce a zapisuj je do ošetrovatelské dokumentace - všeobecná sestra, dle ordinace lékaře.
10. Zajisti, co nejlepší podmínky pro kvalitní spánek - všeobecná sestra, do 1 dne.
11. Dbej o komfort pacientky - všeobecná sestra, zdravotnický asistent, sanitářka, průběžně.

Realizace 11. 1. 2017

- 11:00 - pacientka převezena z dospávajícího pokoje na chirurgické oddělení, byla edukována o využívání numerické škály bolesti a znovu jsme ji informovali o používání signalizačního zařízení, bolest pacientka neudává, změřeny fyziologické funkce (TK 124/68, P 90, TT 36,7 °C).
- 11:30 - jsou změřeny fyziologické funkce (TK 121/71, P 85, TT 36,6 °C), pacientka udává bolest č. 6 dle numerické škály bolesti.
- 12:00 - pacientce podána infuze Ringerfudin 1000 +, Analgin 1 amp., + 1 amp. Ondasetron.
- 12:30 - pacientka je informována o úlevových polohách.
- 13:00 - aplikována 1 amp. Almirálu intramuskulárně, dle ordinace lékaře.
- 13:30 - jsou změřeny fyziologické funkce (TK140/75, P78, TT 36,7 °C).
- 14:00 - pacientka udává bolest č. 4 dle numerické škály bolesti, pacientka cítí úlevu od bolesti.
- 15:00 - pacientka pospává, udává bolest č. 2 dle numerické škály bolesti.
- 15:30 - jsou změřeny fyziologické funkce (TK 146/88, P 81, TT 36,6 °C).
- 16:00 - pacientka udává zvýšení bolesti č. 3 dle numerické škály bolesti, pacientce je doporučena úlevová poloha.
- 17:30 - jsou změřeny fyziologické funkce (TK 132/76, P 85, TT 36,6 °C).
- 18:00 odpojení infuzní terapie, kontrola intenzity bolesti, pacientka udává bolest č. 3 dle numerické škály bolesti.

Hodnocení 11. 1. 2017

Krátkodobý cíl: byl splněn.

Pacientka umí ovládat signalizační zařízení u lůžka a ví, kdy je vhodné ho využít. Pacientka je schopna hodnotit bolest dle numerické škály bolesti VAS. Po aplikaci analgoterapie se její bolest snížila na č. 3 (mírná bolest). Když pacientka pociťuje bolest, nebojí se požádat o analgetika. Pacientka umí zaujmout sama úlevovou polohu. Pacientka dodržuje pohybový, farmakologický a dietní režim, dle ordinace lékaře.

Dlouhodobý cíl: byl částečně splněn.

Přetrvávající intervence: 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11.

Narušená integrita tkáně (00044)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Tělesné poškození

Definice: *Poškození sliznic, rohovky, kůže, svalů, fascií, šlach, kostí, chrupavek, kloubů a/nebo vazů* (NANDA, 2017, s. 370).

Určující znaky:

- poškozená tkáň.

Související faktory:

- nevyvážená výživa - obezita
- chirurgický zákrok

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientce se pooperační rána zhojí per primam do 1týdne.

Cíl krátkodobý: Pacientka je informovaná a ví, jak pečovat o ránu do 3 hodin.

Očekávané výsledky:

- Pooperační rána se bude hojit per primam během hospitalizace.
- Pacientka je poučena o zásadách převazu pooperační rány - při převazu rány.
- Pacientka nebude cítit bolest při převazu pooperační rány během hospitalizace.
- Pacientka je informovaná o možných komplikacích hojení ran, je schopna zaregistrovat a informovat o změnách zdravotnický personál - do 2. dne hospitalizace.

Plán intervencí:

1. Dodržuj vždy zásady asepse při převazu - všeobecná sestra, vždy.
2. Podávej antibiotika - všeobecná sestra, dle ordinace lékaře.
3. Monitoruj proces hojení rány - všeobecná sestra, při převazu.
4. Prováděj zápis do dokumentace ran - všeobecná sestra, při převazu.

5. Sleduj prosakování a stav okolí pooperační rány, o komplikacích informuj lékaře, - všeobecná sestra, průběžně.
6. Proved' převaz dle potřeby rány - všeobecná sestra, dle ordinace lékaře a potřeby.
7. Sleduj známky infekce - všeobecná sestra, průběžně.
8. Sleduj funkčnost Redonova drénu - všeobecná sestra, průběžně.
9. Edukuj pacientku o možných komplikacích hojení ran - všeobecná sestra, vždy.
10. Informuj pacientku o důležitosti čistoty v okolí rány - všeobecná sestra, do 1 hodiny.

Realizace 11. 1. 2017

- 12:00 - kontrola operační rány a Redonova drénu.
- 14:00 - pacientce byla zkontrolována funkčnost Redonova drénu, sekrece z drénu v normě, bez známek infekce.
- 15:00 - informovali jsme pacientku o možných komplikacích při hojení ran a domluvili jsme se na zítřejší edukaci na téma jak pečovat o ránu a o její okolí.
- 16:00 - prosakování pooperační rány, proveden aseptický převaz rány, rána je bez známek infekce a zarudnutí.
- 17:00 - pacientce byla zkontrolována funkčnost Redonova drénu, sekrece z drénu v normě, bez známek infekce.
- 18:00 - zkontrolování rány a funkčnosti drénu, zápis do ošetrovatelské dokumentace.
- 19:00 - kontrola rány, rána neprosakuje, převaz rány není zapotřebí.

Hodnocení 11. 1. 2017

Krátkodobý cíl: byl splněn.

Pacientka ví, jak pečovat o rány, aby se při převazu chovala asepticky. Pacientka je schopná s dopomocí si ránu převázat sama.

Dlouhodobý cíl: byl částečně splněn.

Pooperační rána je klidná, nebolestivá, bez známek zánětu, má tendenci dobrého zhojení. Předpokládá se, že se rána bude hojit per primam. Zdravotnický personál se při převazu pracoval asepticky.

Přetrvávající intervence: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10.

Narušený vzorec spánku (00198)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 1: Aktivita/odpočinek

Definice: *Časově omezená narušení množství a kvality spánku vlivem vnějších faktorů* (NANDA, 2017, s. 186).

Určující znaky:

- změna normálního vzorce spánku
- potíže s usínáním
- nespokojenost se spánkem
- pocit nedostatečného odpočinku
- nechtěné probouzení

Související faktory:

- fyzikální původci zranění (operace)
- narušení způsobené spolunocležníkem
- nedostatek soukromí při spánku

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka bude spát minimálně 8 hodin do 2 dnů.

Cíl krátkodobý: Pacientka zná úlevové polohy, ve kterých se jí lépe usíná do 2 hodin.

Očekávané výsledky:

- Pacientka chápe příčiny poruch spánku do 2 hodin.
- Pacientka zná a využívá úlevové polohy, ve kterých se jí lépe usíná do 1 hodiny.
- Pacientka má lepší kvalitu spánku do 3. dne hospitalizace.

Plán intervencí:

1. Edukuj pacientku o potížích spánku - všeobecná sestra, do 1 hodiny.
2. Najdi s pacientkou polohu, při které se jí bude lépe usínat – všeobecná sestra, vždy.
3. Sleduj délku spánku pacientky během své služby - všeobecná sestra.
4. Dbej na klidné a tiché prostředí, omez množství rušivých podnětů - všeobecná sestra, zdravotnický personál, průběžně.
5. Neruš spánek pacientky - všeobecná sestra, zdravotnický personál, vždy.
6. Vyvětrej v pokoji - všeobecná sestra, zdravotnický personál, před spánkem, denně.

Realizace 11. 1. 2017

- 12:00 - informovali jsme pacientku o poruchách spánku i o jejich příčinách.
- 13:00 - pomohli jsme pacientce zaujmout úlevovou polohu, při které se jí bude lépe usínat.
- 14:00 - kontrola spánku pacientky, pacientka pospávala.
- 15:00 - vyvětrali jsme v pokoji pacientce, pacientka se probudila.
- 17:00 - kontrola spánku pacientky, pacientka vzhůru.
- 18:00 - pacientka spí a zaujímá úlevovou polohu při spánku.

Hodnocení 11. 1. 2017

Krátkodobý cíl: byl splněn. Pacientka zná a zaujímá úlevovou polohu při spánku.

Dlouhodobý cíl: byl částečně splněn. Pacientka je stále hospitalizovaná. Pacientka zná a zaujímá úlevové polohy při spánku a využívá je. Personál se snažil přes noc chodit minimálně na pokoj pacientky z důvodu rušení.

Přetrvávající intervence: 3, 4, 5, 6.

2.7.1 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Pacientka X. Y. byla přijata na chirurgické oddělení Krajské nemocnice Liberec, která se nachází v Turnově. Dne 10. 1. 2017 z důvodu plánované operace - tubulizace žaludku.

U pacientky jsme ve sledovaném období určili 6 aktuálních a 3 potencionální ošetřovatelské diagnózy. Tři diagnózy jsme detailně vypracovali, určili jsme u nich cíle, očekávané výsledky a ošetřovatelské intervence, podle kterých jsme realizovali individuální ošetřovatelskou péči. Pacientka byla dostatečně informovaná o postupu operace a doživotní změně životního stylu, který bude muset díky operaci podstoupit.

Nadále je nutné pokračovat v intervencích, které stále přetrvávají. U akutní bolesti to jsou intervence: 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11. U narušení integrity tkáně přetrvávající intervence: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10. U narušeného vzorce spánku přetrvávají intervence 3, 4, 5, 6. V intervencích budeme pokračovat, dokud budou u pacientky přetrvávat obtíže, nebo nedojde k novému posouzení ošetřovatelských problémů pacientky.

Pooperační stav pacientky se rychle zlepšuje. Dnes navštívil pacientku manžel. Tato návštěva pacientku velmi potěšila.

2.8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Díky zkušenostem během působení v turnovské nemocnici a čerpáním poznatků z odborné literatury na téma obezita a bariatrie, uvádíme následná doporučení pro pacienty, rodinu pacientů a zdravotnický personál.

Doporučení pro pacienty:

- Aktivně se zapojovat do léčebného režimu.
- Dodržovat doporučení lékařů, nutriční terapeutky, chirurga, internisty či psychologa.
- Pravidelně navštěvovat psychologa a chirurga (bariatrického) lékaře.
- Navštěvovat obezitologická centra.
- Jíst pravidelně nejméně 5–6krát denně.
- Konzumovat malé porce o objemu max. 150 g (ml).

- Oddělovat konzumaci tekutin a jídla.
- Pít po malých doušcích.
- Dodržovat pitný režim 1,5–2 litry.
- Stravu před polknutím důkladně rozkousat a rozmělnit.
- Jíst pomalu, po malých soustech.
- Zelenina a ovoce se slupkou nebo zrníčky jako jsou rajčata, hroznové víno, citrusy nejsou vhodné (slupku je však možno odstranit).
- Změnit životní styl do konce svého života.
- Správně pečovat o pooperační jizvy.

Doporučení pro rodinu:

- Snažit se být pro pacientovi oporou.
- Získat dostatek informací o dané operaci a pooperační léčbě, která je po operaci doživotní.
- Pozitivně motivovat pacienta.
- Po čase zapojovat pacienta do fyzické aktivity.

Doporučení pro zdravotnický personál:

- Celoživotně se vzdělávat a nové poznatky uplatňovat v praxi.
- V péči o pacienty uplatňovat empatický přístup.
- Edukace pacienta a rodiny o obezitě, o léčbě a o skupinách jako jsou bariatrická centra.
- Dbát na intimitu a soukromí.
- Monitoring psychického stavu.
- Snaha o navázání partnerského vztahu mezi zdravotníkem a pacientem.

Součástí těchto doporučení je zpracování jídelníčku na prvních 14 dnů. Pacienti na oddělení dostávají informace pouze k formě podávané výživy. Z toho důvodu jsme po konzultaci s nutriční terapeutkou přistoupili k nácvičku zpracování jídelníčku (Příloha D). Rádi bychom, aby tento produkt sloužil jako informační brožura v bariatrických ambulancích a na chirurgická oddělení, kde se provádějí bariatrické operace.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se věnovali tématu obezity a ošetrovatelské péči o pacientku po bariatrické operaci. Cílem bylo obeznámit čtenáře s pojmem obezity, její léčbou a samozřejmě se specifiky péče u pacientky po bariatrické operaci. Tyto cíle práce se podařily splnit.

Práce je rozdělena na dvě části. První teoretická část se věnuje, jak jsme již zmiňovali, obezitě, jejímu vzniku léčbě, bariatrii a specifiky ošetřování u pacientů po bariatrické operaci.

Cílem praktické části práce bylo vypracování ošetrovatelského procesu u pacientky po tubulizaci žaludku z chirurgického oddělení Krajské nemocnice Liberec, která se nachází v Turnově. V práci byla sepsána medicínská anamnéza konkrétní pacientky, zpracováno fyzikální vyšetření sestrou a zhodnocena ošetrovatelská anamnéza dle modelu fungujícího zdraví Marjory Gordonové. Tři nejaktuálnější ošetrovatelské diagnózy byly zpracovány pomocí NANDA I taxonomie II. se sestavením ošetrovatelských cílů, intervencí a jejich zhodnocení. Součástí nosné části je i doporučení pro praxi. Toto doporučení je určeno pacientům, rodinným příslušníkům a samozřejmě zdravotníkům, kteří pečují o pacienty po tubulizaci žaludku. Data pro ošetrovatelský proces byla sesbírána během odborné praxe v rámci studia na VŠZ, o. p. s. v turnovské nemocnici.

Výstupem práce je brožura, která bude nabídnuta bariatrickým ambulancím či chirurgickému oddělení. Tato brožura by měla být využitelná především pacienty po tubulizaci žaludku tak, aby si takovíto pacienti dokázali představit (ve spolupráci s ošetřujícím lékařem), jaká dietní omezení budou muset podstoupit po tomto operačním zákroku. Cíl praktické části bakalářské práce byl splněn.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ANON, 2008. *Redukční dieta*. [online]. [cit. 2017-01-11]. Dostupné z: <http://www.redukni-dieta.cz/obecne-zasady-redukni-diety>
- ANON, 2016, *Banding klub*: [online]. [cit. 2017-01-19]. Dostupné z: <http://www.bandingklub.cz/plikace-zaludku.phtml>
- BRYCHTA, P. a J. STANEK, 2014. *Estetická plastická chirurgie a korektivní dermatologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 987-80-2247-0795-2.
- BURDA, P. a L. ŠOLCOVÁ, 2016. *Ošetrovatelská péče 2. díl. Pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada Publishing. ISBN 987-80-247-5334-8.
- DOLEŽALOVÁ, K. a kol., 2012. *Bariatrická chirurgie a primární péče*. Praha: Axonite CZ. ISBN 978-80-90489-9-2-9.
- FRIED, M., 2005. *Moderní chirurgické metody léčby obezity*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-0958-9.
- FRIED, M. a kol., 2011. *Bariatrická a metabolická chirurgie: nové postupy v léčbě obezity a metabolických poruch*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2424-2.
- HAINER, V., 2011. *Základy klinické obezitologie*. 2. přeprac. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3252-7.
- HERRON, D.M., 2016. *Bariatric Surgery Complications and Emergencies*. Switzerland: Springer International Publishing. ISBN 978-3-319-27112-5.
- HLUBÍK, P. a kol., 2009. *Obezita Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-31-2.
- HRUBÝ, M., 2015. *Obezita a bariatrické výkony*. web. Pracicus.eu. [online]. [cit. 2017-01-25]. Dostupné z: <http://web.pracicus.eu/sites/cz/Documents/Pracicus-2015-09/24-Obezita-a-bariatricke-vykony.pdf>

JANÍKOVÁ, E. a R. ZELENKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4412-4.

KALA, Z. a V. PROCHÁZKA, 2010. *Perioperační péče o pacienta v digestivní chirurgii*. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů, MIKADAPRESS s.r.o. ISBN 978-80-7013-519-8.

KASALICKÝ, M., 2007. *Tubulizace žaludku: chirurgická léčba obezity*. Praha: Triton. ISBN 978-80-725-4957-3.

KOLEKTIV AUTORŮ, 2017. *Ošetrovatelské dokumentace*. [online]. [cit. 2017-01-10] Dostupné z:
<https://sharepoint.vszdrav.cz/Poklady%20k%20vuce/1%20O%C5%A1et%C5%99ovate%20l%20sk%C3%A9%20dokumentace%20podle%20vybran%C3%BDch%20koncept%C4%8Dn%C3%ADch%20model%C5%AF.aspx>

KORENKOV, M., 2012. *Bariatric Surgery Technical Variations and Complications*. Heidelberg: Springer Verlag. ISBN 978-3-642-16244-2.

KRUPÍČKA, A., 2017. *Obezitologické centrum*. [online]. [cit. 2017-01-08]. Dostupné z:
<http://www.vstj.cz/obezicentrum/?pg=chirurgicka-lecba>

LUKÁŠ, K. a kol., 2014. *Chorobné znaky a příznaky diferenciální diagnostika*. Praha: Grada. ISBN 987-80-247-5067-5.

NANDA INTERNATIONAL, 2017. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015–2017*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5412-3.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2016. *Vysokoškolská skripta – text k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Čtvrté vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-904955-9-3.

SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4414-8.

SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada. ISBN 987-80-247-3129-2.

STŘEDA, L., 2009. *Univerzita hubnutí*. [online]. 2. vyd. [cit. 2016-12-15]. ISBN 978-80-87372-00-5. Dostupné z: <https://books.google.cz/books?isbn=808737200X>

SUCHARDA, P., 2016. *Obezitologická pracoviště*. [online]. [cit. 2016-12-25]. Dostupné z: http://www.obesitas.cz/?pg=obezitologicka_pracoviste#op3

SVAČINA, Š. a A. BRETŠNAJDROVÁ, 2008. *Jak na obezitu a její komplikace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2395-2.

VLACHAKI, CH., 2008. *Nutritional Management After Bariatric Surgery*. Athents: Chrisanthy Vlachaki. ISBN 987-0-615-24857-8.

VÍTEK, L., 2008. *Jak ovlivnit nadváhu a obezitu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2247-4.

VOKURKA, M. a J. HUGO a kol., 2010. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-202-5.

WICHISOVÁ, J., 2013. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3754-6.

PŘÍLOHY

Příloha A - Operační postup - Tubulizace žaludku	I
Příloha B - Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce	III
Příloha C - Rešeršní protokol.....	IV
Příloha D - Brožura	V

Příloha A - Operační postup - Tubulizace žaludku

Kala (2010) se shoduje s Krasalickým (2007), že po uvedení do anestezie je ústy zavedena do žaludku kalibrační sonda tak, aby se s ní dalo během operace lehce manipulovat. Jak již bylo řečeno, poloha pacienta je polosedě s roztaženými dolními končetinami. Pacient musí být pečlivě upevněn na operačním stole. Operatér stojí mezi dolními končetinami pacienta, první asistence stojí po jeho pravé ruce, druhá zleva a instrumentářka se stolkem se také nachází vpravo.

K operaci se přistupuje po zarouškování pacienta, přípravě laparoskopické věže a nástrojů. Samotná operace začíná incizí kůže nad pupkem. Pomocí Veressovy jehly se do dutiny břišní napouští kysličník uhličitý, zakládá se kapnoperitoneum. Po zavedení kapnoperitonea se přes stěnu břišní zavedeme bezpečně první trokar o průměru 10 mm. Používá se 4-5 trokarů, které nám slouží jako vstup pro nástroje. Standardně první trokar slouží pro optiku s videokamerou, kterou drží asistent, a sledujeme tím operační pole. Druhý trokar slouží k zavedení retraktoru pro elevaci jater. Další 2-3 trokary slouží pro pracovní nástroje. Rozmístění a počet portů se liší podle zvyklostí operátéra. V turnovské nemocnici používáme 4 porty. Dva trokary o průměru 10mm, 5 mm a poslední 13mm.

Po zvednutí levého jaterního laloku se nejprve ověří poloha zavedené sondy, kterou zatím ponecháme v oblasti žaludečního fundu. Další nástroj, který použije operatér, je harmonický skalpel. Harmonické kleště či skalpel slouží ke skeletizaci. Skeletizovat začneme asi 6 cm nad pylorem, díky skalpelu přerušíme cévy jdoucí k žaludku a srůsty k pankreatu. Po ukončení skeletizace anesteziolog zavede sondu až k pyloru na žádost operátéra. Operatér musí zkontrolovat, zda je místo připraveno k přiložení resekcčního stapleru. Například Echelon máme dva typy těchto staplerů, klasický nebo flexibilní, tedy ohebný, a dále se dělí na krátký a dlouhý tedy long. Operatér si zvolí dle okolností daný typ stapleru. Instrumentářka vloží do stapleru náboj, který obsahuje šest řad titanových svorek a podává operátérovi. Operatér přiloží stapler na žaludek tak, aby se tam volně vešla sonda. Při uzavírání stapleru kontroluje, zda okraj žaludeční stěny nepřesahuje distanční rysku, pokud ano, musí se přiložení a uzavření stapleru opakovat. Pokud je stapler správně přiložen, uzavře se a čekáme asi 1 minutu, aby došlo vytlačení tkáňové tekutiny a kvůli procesu hemostázy. Poté může

operatér stapler ve třech krocích odpálit, opět vyčká alespoň 1 minutu, otevře a opatrně vyjme stapler. Pokud linie nekrvácí, pokračuje dalšími náboji po celém zakřivení žaludku až k Hissově úhlu. Na celou resekci potřebuje standardně 4-5 nábojů. Počet nábojů samozřejmě závisí na velikosti a délce žaludku. Volná část žaludku se stáhne ke straně, aby se mohla zkontrolovat resekční linie. Pokud linie krvácí, řeší se to opichovým stehem. Poté anesteziolog vytáhne sondu a chirurg resekovanou část žaludku. Žaludek operatér zachytí do graspru a rozšíří řez u trokaru a kývavým pohybem vytáhne žaludek ven.

Samotný výkon končí po opakovaném výplachu a odsátí operovaného pole, kontrolou krvácení a zavedením Redonova drénu. Po kontrole krvácení z míst umístěných trokarů se zruší kapnoperitoneum a výkon se ukončí tím, že zašijeme všechny incize po trokarech a ošetříme sterilním krytím. Okolí operačního pole je omyjeme sterilním fyziologickým roztokem a natřeme dezinfekcí.

**Příloha B - Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování
bakalářské práce**

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacientky po bariatrické operaci v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5 a se souhlasem dotyčné osoby.

V Praze dne

.....
Jméno a příjmení studenta



Ošetrovatelský proces u pacienta po bariatrické operaci

Klíčová slova: bariatrie, bariatrické operace, bandáž žaludku, tubulizace, bypass žaludku, obezita, léčba obezity, dietologie, edukace, ošetrovatelská péče, ošetrovatelský proces

Rešerše č. 58/2016

Bibliografický soupis

Počet záznamů: celkem 42 záznamů

(vysokoškolské práce – 5, knihy – 19, články a sborníky – 18)

Časové omezení: 2007-2016

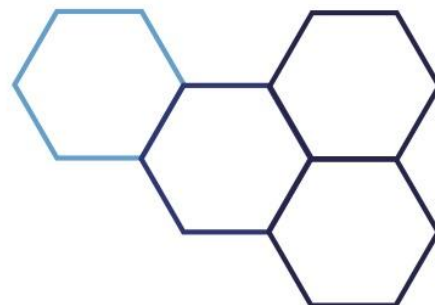
Jazykové vymezení: čeština, slovenština, angličtina

Druh literatury: vysokoškolské práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku

Datum: 10. 11. 2016

Základní prameny:

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



JÍDELNÍČEK PRO PACIENTY PO TUBULIZACI ŽALUDKU



Oddělená
část žaludku

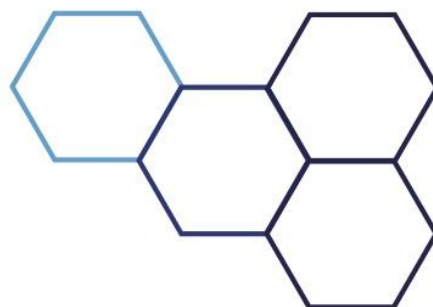
Na prvních 14 dní

ÚVOD

Dobrý den,

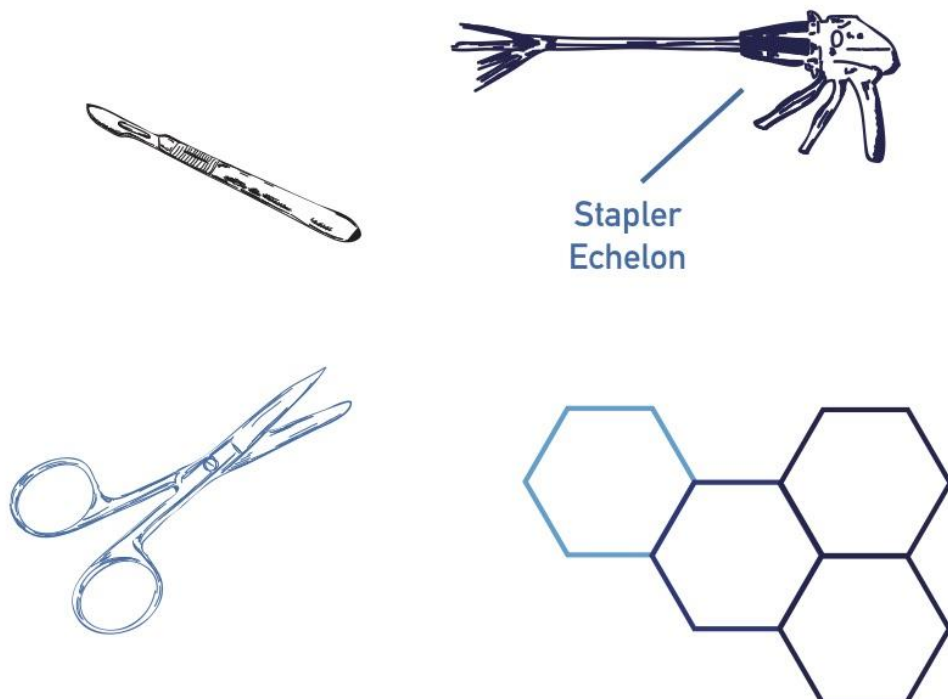
jmenuji se Petra Baštová a jsem studentkou Vysoké školy zdravotnické v Praze. Tato brožura byla vyrobena se snahou pomoci lidem, kteří se rozhodli podstoupit bariatrickou operaci-tubulizaci žaludku.

Začátek brožury Vás seznámí se změnou dietního režimu, který budete muset dodržovat po operaci. Dále obsahuje zásady stravování, hlavní součástí brožury je sestavení jídelníčku na prvních 14 dní po provedeném zákroku.



Bariatrické výkony se převážně provádějí laparoskopicky, nebo miniinvazivně, ale i tak to je zásah do organismu. Proto je nutné po operaci dodržovat klidový režim a speciální stravovací režim. Chůze je možná již druhý dne po operaci. Jiné pohybové aktivity nejsou prvních šest týdnů povoleny, stejně tak jako návrat do pracovního procesu. Ten probíhá nejdříve po 5-6 týdnech po operačním zákroku.

Všechny bariatrické výkony vyžadují speciální stravovací režim, který je nutno dodržovat celoživotně. Odlišné je stravování v prvních týdnech po operaci. Kdy si musí organismus na prodělaný zákrok zvyknout. Stravovací režim je v prvních týdnech velmi důležitý.



V prvních dvou týdnech je tekutá dieta kdy konzistence potravy musí odpovídat konzistenci jogurtového mléka. Potravu musíte polykat po jednotlivých doušcích s 5 minutovými přestávkami. Tento režim dodržujeme i pro pitný režim. Musíte se naučit potravu první 2-3 týdny pouze ucucávat. Jídlo se první dva týdny mixuje a ředí nízkotučným mlékem, vývarem nebo šťávou, aby strava byla opravdu tekutá.

Příklad tekuté stravy:

- čisté masové vývary
- neslazený čaj
- neperlivé neslazené nápoje
- ovocné a zeleninové šťávy
- jogurty ředěné nízkotučným mlékem

V průběhu dalších dvou týdnů se konzistence potravy zahušťuje a přechází se na stravu kašovitou.

Příklad kašovité stravy:

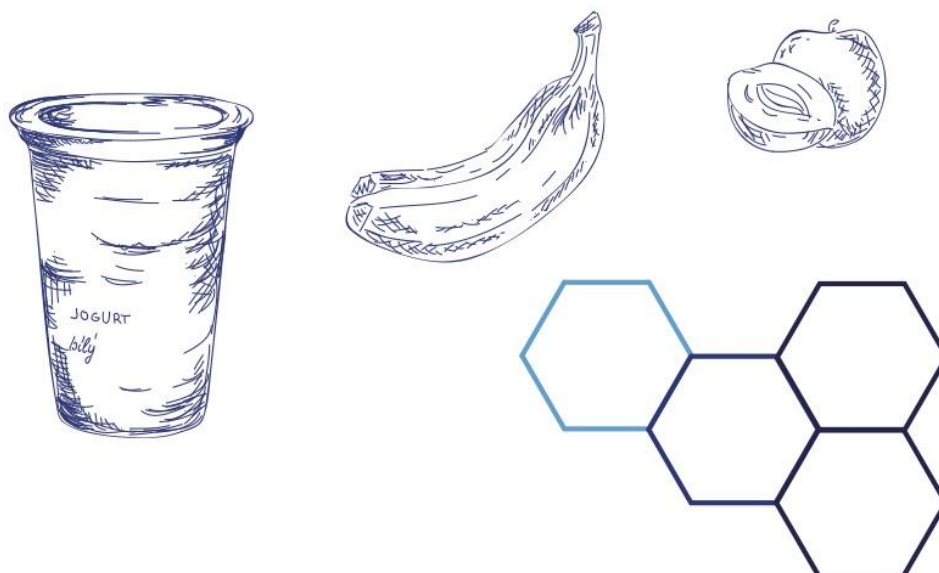
- jogurty
- přesnídávky
- krupicové kaše



Doporučují dále jíst:

- mixovaná masa (ryby, drůbež, vepřové maso)
- vejčička
- mléčné výrobky (nízkotučné mléko)
- neslazené nízkotučné jogurty
- nízkotučný sýr – cottage
- banány
- brambory
- ovoce a zelenina bez semínek a slupek
- želatina
- puding bez cukru

Postupně měníte stravu od nejjemnější konzistence po nejhrubší. Strava by měla být upravena tak, aby šla za pomoci vidličky rozmačkat.



Po měsíci můžete zkusit přejít na tuhou stravu, ale dáváme přednost jídlům, které lze dobře rozžvýkat. Strava by měla být rozdělena do 5-7 jídel za den. Jednotlivá jídla by neměla přesáhnout 100 ml/g.

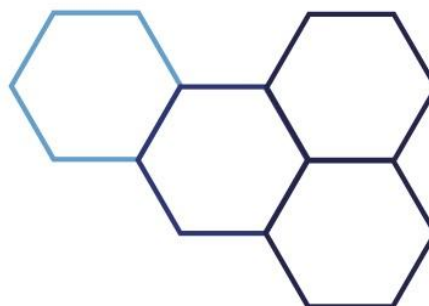
Vhodné potraviny:

- ryby
- libové maso
- vajíčka
- nízkotučné mléko
- tofu
- soja
- ovoce a zelenina
- z počátku světlé pečivo

První tři měsíce od operace se dodržuje dieta šetřící. Po třech měsících byste měli do jídelníčku zapojit luštěniny, světlé pečivo zaměnit za celozrnné a žitné.

Pitný režim je velmi důležitý. Měli byste pít průběžně celý den a to minimálně 1,5-2 litry, aby vaše tělo nebylo dehydratováno. Vhodné je pít vodu, čaje, ovocné a zeleninové šťávy nebo nesycené minerální vody.

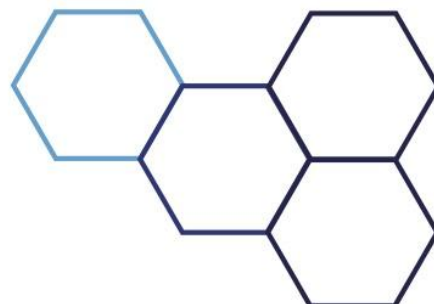
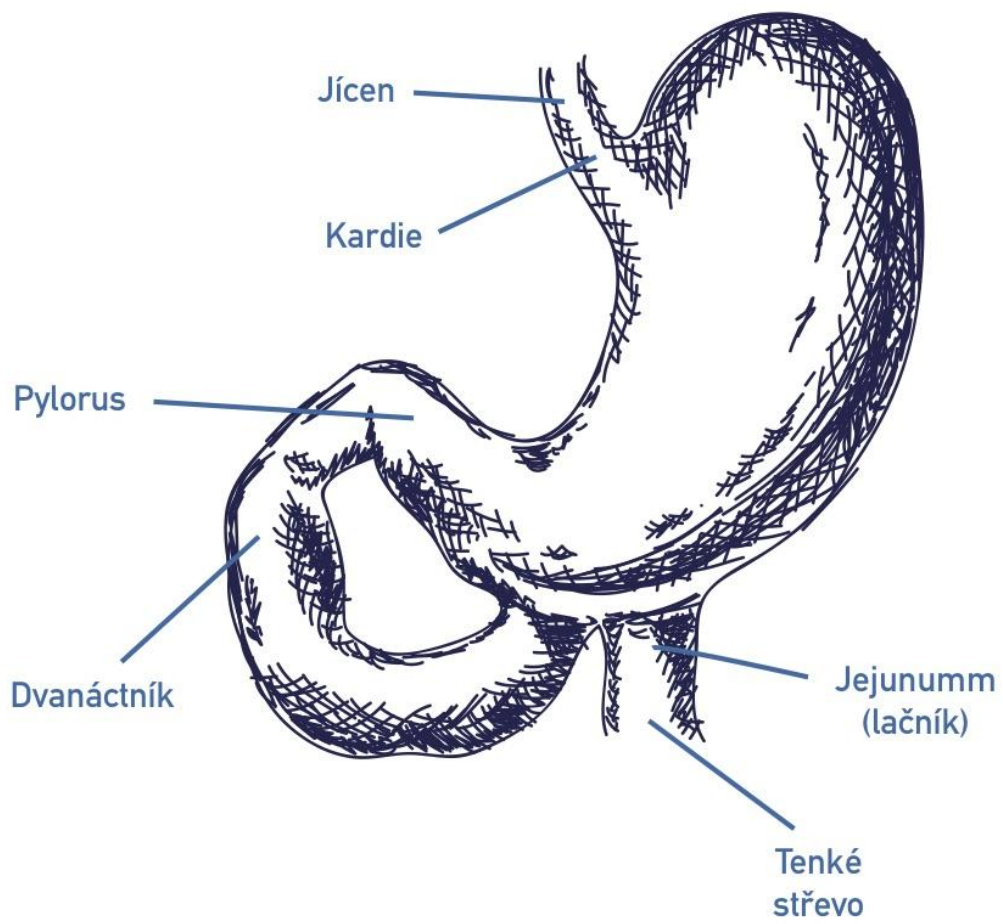
Vzhledem k tomu že Váš objem je minimální doporučuji doplňovat dietu multi-vitamínovými preparáty.



ZÁSADY STRAVOVÁNÍ PO TUBULIZACI ŽALUDKU

- Jíst pravidelně 5-7krát denně.
- Konzumovat malé porce maximálně o objemu 150 g/ml.
- Konzumaci tekutin oddělovat od jídla.
- Mezi jídlem a pitím by měla být pauza alespoň 30 minut.
- Později je možno ji snížit na 15 minut.
- Stravu před polknutím důkladně rozmělnit.
- Jíst pomalu, po malých soustech.
- Pít po malých doušcích.
- Vhodné upravovat stravu vařením či dušením.





JÍDELNÍČEK PO TUBULIZACI ŽALUDKU

1. DEN

Pouze tekutiny po doušcích (čaj, voda).

2. DEN

Snídaně: ovocná šťáva s vodou -100ml

Svačina: jogurtové mléko -100ml

Oběd: zeleninový vývar s masem, rozmixovaný -100ml

Svačina: koktejl banánový -100ml

Večeře: řídký puding, musí tekutý, rozmixovaný -100ml

+ tekutiny 1000-1500ml (voda, čaj)

3. DEN

Snídaně: mléko -100ml

Svačina: ředěná přesnídávka s vodou -100ml

Oběd: kuřecí vývar s vajíčkem a krupicí, rozmixovaný -100ml

Svačina: ředěný tvaroh s mlékem, tekutý -100ml

Večeře: bramborová kaše s omáčkou, rozmixovaná tekutá -100ml

+ tekutiny 1000-1500ml (voda, čaj)



4. DEN

Snídaně: bílá káva s piškoty, rozmixovaný, tekutý -100ml

Svačina: ovocné smoothie s vodou, tekuté -100ml

Oběd: bramborová polévka, rozmixovaná -100ml

Svačina: proteinový koktejl, tekutý -100ml

Večeře: rajská omáčka s masem, rozmixovaná tekutá -100ml

+ tekutiny 1000-1500ml (voda, čaj)

5. DEN

Snídaně: sipping- nutriční drink- protein - 100ml

Svačina: džus ovocný ředěný s vodou, tekutý - 100ml

Oběd: bramborová kaše, tekutá – 100ml

Svačina: jogurt bílý, ředěný, tekutý – 100ml

Večeře: okurkové pyré, ředěné, tekuté – 100ml

+ tekutiny 1000-1500ml (voda, čaj)

6. DEN

Snídaně: kefirové mléko -100ml

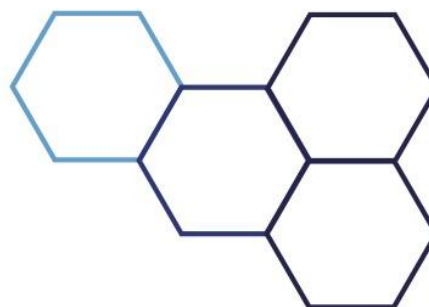
Svačina: ovocná přesnídávka ředěná s vodou, tekutá -100ml

Oběd: pyré z vařené řepy a masa, mixované, tekuté -100ml

Svačina: ředěný tvaroh s mlékem, tekutý -100ml

Večeře: zeleninový vývar s těstovinami, rozmixovaný -100ml

+ tekutiny 1000-1500 ml (voda, čaj)



7. DEN

Snídaně: proteinový koktejl jahoda, tekutý -100ml

Svačina: rajčatový džus ředěný s vodou, tekutý -100ml

Oběd: bujón z masa a zeleniny -100ml

Svačina: jablečné pyré, ředěné, tekuté -100ml

Večeře: vařené rozmixované maso, tekuté -100ml

+ tekutiny 1000-1500 ml (voda, čaj)

Další týden se opakuje podle prvního týdne.

