

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S BARIATRICKOU LÉČBOU OBEZITY**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MARKÉTA RIEGEROVÁ

Praha 2018

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S BARIATRICKOU LÉČBOU OBEZITY**

Bakalářská práce

MARKÉTA RIEGEROVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D.

Praha 2018



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

RIEGEROVÁ Markéta

3AVS

Schválení tématu bakalářské práce

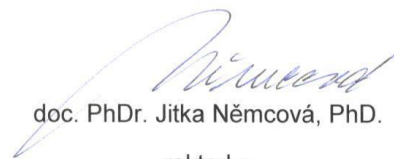
Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s bariatrickou léčbou obezity

Nursing Process in Patients with Bariatric Obesity Treatment

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D.

V Praze dne 1. listopadu 2017



doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

rektorka

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce Mgr. Evě Markové, Ph.D., která mě směřovala v utváření bakalářské práce, vždy byla ochotná, vstřícná a trpělivá. Velké poděkování patří také celému týmu OB kliniky, který mě plně podpořil a umožnil mi nahlédnout do problematiky bariatrické chirurgie. Dále bych chtěla poděkovat své rodině, především Milanu Turkovi.

ABSTRAKT

RIEGEROVÁ, Markéta. *Ošetrovatelský proces u pacienta s bariatrickou léčbou obezity*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D. Praha. 2018. 61 s.

Tématem bakalářská práce je ošetrovatelský proces u pacienta s chirurgickou léčbou obezity se zaměřením na předoperační a pooperační péči. Nejprve charakterizujeme obecný problém obezity, bariatrickou chirurgii, kde je zmíněna její historie, indikace, kontraindikace, psychická stránka problému, její výhody, nevýhody, bariatrie u dětí a seniorů, konkrétní bariatrické výkony, předoperační a pooperační péče. Cílem bakalářské práce je detailní popis a vysvětlení předoperační a pooperační péče u třicetileté pacientky před a po bariatrické operaci. Ošetrovatelská anamnéza vychází z posouzení zdravotního stavu pacientky dle modelu Marjory Gordon. Na základě zjištěných ošetrovatelských problémů jsme stanovili ošetrovatelské diagnózy dle NANDA I Taxonomie II (HERDMAN, KAMITSURU, 2015). Dále uvádíme ošetrovatelské plány předoperační a pooperační péče, realizaci ošetrovatelských intervencí a hodnocení ošetrovatelské péče. V předoperační péči jsme řešili ošetrovatelské problémy: nestabilní glykémie, edukaci v souvislosti s plánovaným operačním výkonem a prevenci TEN. V pooperační péči jsme se zaměřili z hlediska priorit na management bolesti a prevenci rizika infekce.

Klíčová slova

Bariatrie. Bariatrická operace. Ošetrovatelský proces. Ošetrovatelská péče. Obezita.

ABSTRACT

RIEGEROVÁ, Markéta. *Nursing Process in Patients with Bariatric Obesity Treatment*. College of nursing, o. p. s. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Eva Marková, Ph.D. Prague. 2018. 61 pages.

The subject of the bachelor thesis is the nursing process for a patient with the surgical treatment of obesity with a focus on preoperative and postoperative care. First, the general problem of obesity and bariatric surgery are characterized, mentioning its history, indications, contraindications, the psychological aspect of the problem, its advantages, disadvantages, bariatrics for children and seniors, specific bariatric performances, preoperative and postoperative care. The aim of the bachelor thesis is a detailed description and an explanation of preoperative and postoperative care for a thirty-year-old patient before and after bariatric surgery. The nursing history is based on the assessment of the patient's health condition according to the Marjory Gordon's model. Based on the identified nursing problems, nursing diagnoses were established according to NANDA I Taxonomy II (HERDMAN, KAMITSUR, 2015). Furthermore, nursing plans for preoperative and postoperative care, nursing intervention implementation, and nursing care assessment are provided. In preoperative care, nursing problems were addressed: unstable glycaemia, education in connection with a planned surgery, and TEN prevention. In postoperative care, pain management and infection risk prevention were focused on in terms of priorities.

Keywords

Bariatrics. Bariatric surgery. Nursing process. Nursing care. Obesity.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	IX
SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ.....	X
SEZNAM TABULEK	XII
ÚVOD.....	13
1 OBEZITA	15
1.1 DIAGNOSTICKÉ METODY SOUVISEJÍCÍ S OBEZITOU .	16
1.2 KOMPLIKACE SOUVISEJÍCÍ S OBEZITOU.....	17
1.3 LÉČBA OBEZITY	18
2 BARIATRIE	20
2.1 HISTORIE BARIATRICKÉ CHIRURGIE.....	21
2.2 INDIKACE.....	22
2.3 KONTRAINDIKACE	23
2.4 BARIATRIE A PSYCHOLOGIE.....	24
2.5 VÝHODY A NEVÝHODY BARIATRIE	25
2.6 BARIATRIE U DĚTÍ A SENIORŮ.....	25
3 VLASTNÍ BARIATRICKÉ VÝKONY	27
3.1 LAPAROSKOPICKÁ PLIKACE ŽALUDKU	27
3.2 LAGB - LAPAROSKOPICKY ADJUSTABILNÍ GASTRICKÁ BANDÁŽ	28
3.3 BPD – BILIOPANKREATICKÁ DIVERZE	29
3.4 SLEEVE GASTRECTOMY – TUBULIZACE ŽALUDKU....	30
4 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA	31
5 POOPERAČNÍ PÉČE	32

5.1	MOŽNÉ KOMPLIKACE.....	33
5.2	ŽIVOT PO BARIATRICKÉ OPERACI	33
6	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY PŘED A PO LAPAROSKOPICKÉ ADJUSTABILNÍ GASTRICKÉ BANDÁŽI (LAGB).....	36
6.1	MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT – dlouhodobá předoperační příprava.....	38
6.2	HODNOTY A ÚDAJE ZJIŠŤOVANÉ PŘI PŘÍJMU 1. hospitalizační den.....	39
6.3	ANAMNÉZA.....	39
6.4	MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT V DEN PŘÍJMU	42
6.5	FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ VŠEOBECNOU SESTROU	43
6.6	UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I., TAXONOMIE II	44
6.7	SITUAČNÍ ANALÝZA 2. hospitalizační den do odjezdu na operační sál	51
6.8	CHIRURGICKÁ LÉČBA (výkon, kdy):	52
6.9	POOPERAČNÍ REŽIM, ORDINACE LÉKAŘE + AKTUÁLNÍ MEDIKACE.....	53
6.10	DOPLNĚNÁ OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA – po výkonu	55
6.11	SITUAČNÍ ANALÝZA 2. hospitalizační den, 0. pooperační den, po zákroku	56
6.12	STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT 2. hospitalizační den, 0. pooperační den, po zákroku.....	58

6.13 ROZPRACOVÁNÍ VYBRANÝCH OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ.....	59
6.14 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE....	68
DOPORUČENÍ PRO PRAXI	71
ZÁVĚR	72
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	73
PŘÍLOHY	76

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

A – abortus (potrat)

BMI – Body Mass Index

BPD – Biliopankreatická diverze

D – dechová frekvence

DM – Diabetes Mellitus

EKG - elektrokardiogram

F1/1 – fyziologický roztok

GIT – gastrointestinální trakt

IM – infarkt myokardu

JIP – jednotka intenzivní péče

LAGB (AGB) – Laparoskopická adjustabilní gastrická bandáž

NANDA - North American Nursing Diagnosis Association - Severoamerická asociace pro sesterské diagnózy

oGTT – orálně-glukózový toleranční test

P – pulz, tepová frekvence

P. O. – Per os

PAD – perorální antidiabetikum

PM – první menarché

PŽK – periferní žilní katétr

RTG – rentgen

SpO₂ – saturace krve kyslíkem

TEN – tromboembolická nemoc

TK – krevní tlak

TT – tělesná teplota

UPT – umělé přerušení těhotenství

UZ – ultrazvuk

(VOKURKA a kol., 2007)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Adipozita – lokální či globální nadváha, nadměrná tělesná hmotnost

Antalgický – působící proti bolesti

Antiemetika – léky tlumící zvracení

Antihistaminika – léky kompetitivně blokující účinek histaminu na jeho receptorech, význam při alergických reakcích

Antikoagulancia – léky tlumící krevní srážlivost

Antipsychotika – skupina léků užívaných k léčbě psychóz

Antiulceróza – léky užívané k léčbě peptického vředu

Antiverginóza – léky potlačující závrať

Bolus – užívá se pro jednorázovou dávku léku podanou během krátké doby do žíly

Bronchodilatancia – léky rozšiřující průdušky

Dehiscence – rozestup, obvykle rány (např. operační)

Dilatace – roztažení, rozšíření či rozšiřování dutého orgánu

Dispenzarizace – sledování osob s určitou chorobou nebo rizikovým znakem

Distální – vzdálený, umístěný na opačné straně, než je počátek

Expektorancia – léky usnadňující vykašlávání hlenu z dýchacích cest

Extracelulární – mimobuněčný, vně buňky

Hemangiom – benigní nádor vzniklý z krevních cév

Hematokrit – rel. objem erytr. v krvi vyjádřených jako zlomek celkového objemu krve

Hypertrofie – zvětšení, zbytnění orgánu v důsledku zvětšení jeho buněk

Impedance – odpor v oběhovém či respiračním systému, který při pulzacích není pouze viskozitní povahy, nýbrž závisí na stlačitelnosti, poddajnosti a frekvenci oscilací

Infundabilia – léky určené k nitrožilní – infuzi, např. k parenterální výživě, zavodnění, jako nosiče léků

Inhibitory protonové pumpy – látky tlumící aktivní transport vodíkového kationtu do žaludeční šťávy, při léčbě peptického vředu

Intracelulární – uvnitř buňky

Intramuskulární – nitrosvalový, způsob aplikace do svalu

Intravenózní – způsob aplikace do krevního oběhu

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

Izokorie – normální stav, kdy zornice obou očí mají stejnou velikost

Komorbidity – současný výskyt několika nemocí

Konverze – přeměna

Kreatinin – látka vznikající ve svalech z kreatinu, její koncentrace v krvi odráží funkci ledvin

Lumen – vnitřek trubcovitého orgánu

Magistraliter – lék, který je připravován v lékárně podle rozpisu stanoveného lékařem na receptu

Morbidity – nemocnost

Mortality – úmrtnost

Mukolytika – léky usnadňující vykašlávání tím, že zředí hlen nebo podporují tvorbu řídkého hlenu

Per primam – hojení rány napoprvé, přímo, bez komplikací a hladkou jizvou

Perigastrický – v okolí žaludku

Peritoneální dráždění – znaky svědčící při vyšetření pacienta o zánětu pobřišnice

Port – označení vstupu laparoskopické techniky při laparoskopických operacích

Pouch – vak, výchlípka

Recidiva – návrat nemoci, která již byla vyléčena nebo u které již vymizely příznaky

Remise – vymizení příznaků a projevů onemocnění

Resekce – chirurgické odstranění části orgánu

Restrikce – omezení

Reverzibilní - zvrátý

Rezistance – činný odpor, reálná složka komplexní impedance

Spasmolytika – léky odstraňující spasmus vnitřních dutých orgánů, např. střev, žlučových a močových cest, ženských pohlavních orgánů

Steatóza – ztukovění, nahromadění tuku v tkáních a v buňkách

Stomacho – týkající se žaludku

Subkutánní – podkožní, pod kůží

Subscapulární – pod lopatkou

Suprailiální - nad hřebenem kosti kyčelní v přední axilární čáře

Turgor – napětí kůže dané jejím „naplněním“ tekutinou

(VOKURKA a kol., 2007)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Kategorie BMI a zdravotní riziko.....	16
Tabulka 2 Rizikový obvod pasu	17
Tabulka 3 Identifikační údaje pacientky.....	37
Tabulka 4 Fyziologické funkce a hodnoty při příjmu.....	39
Tabulka 5 Chronická medikace pacientky.....	40
Tabulka 6 Gynekologická anamnéza.....	41
Tabulka 7 Fyzikální vyšetření sestrou	43
Tabulka 8 Utrídění informací o pacientce pomocí NANDA domén	44
Tabulka 9 Premedikace.....	52
Tabulka 10 Aktuální medikamentózní léčba	54
Tabulka 11 Rozpracovaná ošetrovatelská diagnóza č. 1	59
Tabulka 12 Rozpracovaná ošetrovatelská diagnóza č. 2	63
Tabulka 13 Rozpracovaná ošetrovatelská diagnóza č. 3	66

ÚVOD

Obezita patří mezi současná civilizační onemocnění. Její komplikace trápí nejen dospělé, ale i děti. Ženy, muže bez výjimky. Konzervativní léčba nemusí být pro každého to pravé řešení. Vyžaduje komplexní přístup, pevnou vůli, vytrvalost a vždy se jedná o běh na dlouhou trať. Bariatrická chirurgie otevírá další možnosti řešení obezity a jejích přidružených onemocnění. Jedná se o relativně mladý obor, ale již dnes můžeme vidět konkrétní výsledky. Toto téma jsme pro bakalářskou práci zvolili záměrně z toho důvodu, protože má svoji specifickou ošetrovatelskou péči, která není mezi zdravotnickými pracovníky tak rozšířená.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části. Nejprve se věnujeme teoretické části, v níž zmiňujeme problém obezity a následně pokračujeme bariatrií, konkrétně vymezením oboru, historií, bariatrií u dětí a seniorů, metodami bariatrické chirurgie a následně poté specifickou ošetrovatelskou péčí.

V praktické části se zaměřujeme na konkrétní pacientku, která byla kandidátkou bariatrické operace a následně ji podstoupila. Praktická část je složena z předoperační a pooperační ošetrovatelské péče. Kazuistika vychází z ošetrovatelské anamnézy dle Marjory Gordon, utřídění informací dle domén NANDA a z ošetrovatelských diagnóz.

Hlavním cílem bakalářské práce je detailní popis a vysvětlení předoperační a pooperační péče u třicetileté pacientky před a po bariatrické operaci. Na závěr jsme se rozhodli uvést doporučení pro praxi, která čtenáře upozorní na odlišnosti v ošetrovatelské péči u těchto pacientů.

Také obsahuje:

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Poukázat na současný problém obezity.

Cíl 2: Poukázat na chirurgickou léčbu obezity a přiblížit ji čtenáři bakalářské práce.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byl stanoven následující cíl:

Cíl 1: Detailní popis a vysvětlení předoperační a pooperační péče u třicetileté pacientky před a po bariatrické operaci.

Vstupní literatura

FRIED, M. a kol., 2011. *Bariatrická a metabolická chirurgie: nové postupy v léčbě obezity a metabolických poruch*. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2424-2.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2017. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Páté doplněné vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-88249-00-9.

SVAČINA, Š., 2013. *Obezitologie a teorie metabolického syndromu*. Praha: Triton. Lékařské repetitorium. ISBN: 978-80-7387-678-4.

Popis rešeršní strategie

Rešerše byla zpracována v Národní lékařské knihovně v Praze. Na vyhledávání odborných publikací a článků byly použity databáze: katalogy knihoven systému Medvik, Bibliographia medica Čechoslovaca a Medline. Časové rozmezí pro vyhledávání činilo 10 let, tedy 2007-2016. Jako klíčová slova byla v českém jazyce použita: bariatrie, bariatrická chirurgie, obezita a ošetrovatelská péče. V anglickém jazyce: bariatrics, bariatric surgery, obesity and nursing care.

Rešerše obsahuje celkem 117 záznamů – 18 knih, české články hledány v BMČ: 95, cizojazyčné články hledané v Medline: 4. Z rešeršní strategie bylo pro bakalářskou práci využito 6 knih a 5 článků. Ostatní zdroje jsme vyhledávali samostatně pomocí systému Medvik.

1 OBEZITA

Obezita nebo též zvaná otylost se řadí mezi civilizační onemocnění, které je charakteristické množením tukové tkáně v organismu jedince nad hodnotu fyziologickou. Počet obézních lidí neustále kolísá, ale přesto lze v dnešní době hovořit o globální epidemii obezity. (MÜLLEROVÁ a kol., 2009) Nejvíce je zastoupena ve Spojených státech amerických a Rusku. Výskyt obezity se ve většině zemí EU pohybuje mezi 10 až 20 % populace. Tuto pomyslnou hranici přesahují Česká republika, Litva, některé kraje ve Francii, Belgie, Německo, část jižní Itálie a samozřejmě již zmíněné Rusko. Svačina (SVAČINA, 2013, s. 16) se v knize, která pojednává o obezitě, zmiňuje, že „Česká republika je podle posledních průzkumů u mužů i žen na 13. místě, tedy v polovině 27 zemí Evropské unie.“ Opakem jsou státy, které hranici snižují např. oblast jižního Švédska, Katalánsko a zbylé oblasti Francie. (SVAČINA, 2013)

Müllerová (MÜLLEROVÁ a kol., 2009, s. 17) uvádí, že „Za horní mez optimálního zastoupení tělesného tuku v organismu se pro dospělého muže považuje hranice 20 % celkové hmotnosti a pro dospělou ženu pak o něco více – 25 % tělesné hmotnosti.“

Problém nastává pozvolna, často vychází ze životního stylu člověka, ale může být i odrazem psychického stavu jednotlivce. Každý z nás se potýká s problémy, které jsou ať už slabší nebo silnější povahy, ale ne vždy je lze vyřešit dokonale. Následkem toho většinou dochází ke změnám životního stylu, jako např. změny ve stravovacích návycích, omezování pohybu a vytváření si špatných návyků neboli zlovyků. Na vzniku a vývoji obezity se podílí několik faktorů:

- demografické (věk populace, pohlaví, velikost sídla, etnické vlivy, nižší vzdělání a příjmy, které často bývají provázeny obezitou, ale i např. vstup do manželství),
- biologické (během mateřství, genetika až 50 %),
- behaviorální (dietní zvyklosti, nové návyky kuřáků po zanechání kouření, alkohol, omezení fyzické aktivity). (SVAČINA, 2013)

1.1 DIAGNOSTICKÉ METODY SOUVISEJÍCÍ S OBEZITOU

Každé vyšetření u pacienta začíná téměř vždy anamnézou. Anamnéza se skládá ze subjektivního a objektivního hodnocení. Dle Kunešové by lékař u obézního pacienta mělo hlavně zajímat následující: „Výskyt obezity a metabolických a oběhových komplikací v rodině; nemoci komplikující obezitu; porodní hmotnost; hmotnost v dětství; změny hmotnosti v průběhu života, změny v posledním období, události související s rychlými změnami hmotnosti; věk prvního objevení se obezity, maximální hmotnost; faktory vedoucí k vzestupu hmotnosti (puberta, gravidita, klimakterium, studium, nástup do zaměstnání, léky apod.); anamnéza pohybové aktivity od dětství, charakteristiky chování při jídle (rychlost jedení, pravidelnost, přítomnost nočního jedení, velikost porcí apod.); jídelní preference; kouření, ukončení kouření; poruchy spánku, chrápání; dosavadní léčba obezity.“ (KUNEŠOVÁ a kol., 2016, s. 14) Anamnéza poté bývá doplněna fyzikálním vyšetřením. Jako nejčastější a nejjednodušší zhodnocení stavu tělesné hmotnosti se užívá BMI. Jedná se o rovnici, kdy je váha dělena výškou (m^2). V tabulce č. 1 jsou uvedena rozmezí a vyhodnocení BMI. (KUNEŠOVÁ, 2016)

Z laboratorního vyšetření se provádí základní hematologické a biochemické vyšetření. Glykémie a lipidové spektrum by mělo být provedeno alespoň jednou ročně. Pokud je hodnota glykémie nebo glykovaného hemoglobinu zvýšená, bývá vyšetření rozšířeno ještě o oGTT. Pokud je pacient inzulinorezistentní využívá se výpočet indexu inzulinové senzitivity. (KUNEŠOVÁ, 2016)

Tabulka 1. Kategorie BMI a zdravotní riziko

BMI	Kategorie	Zdravotní riziko
< 18,5	podváha	zvýšené
18,5-24,9	normální rozmezí	minimální
25,0-29,9	nadváha	zvýšené
30,0-34,9	obezita 1. stupně	vysoké
35,0-39,9	obezita 2. stupně	vysoké
>40	obezita 3. stupně	velmi vysoké

Zdroj: KUNEŠOVÁ a kol., 2016, s. 9

V případě obézního dítěte nelze využít index BMI. Tento výsledek by byl falešně negativní a neodpovídal by pravdě. Při vyhodnocování hmotnosti se využívají percentilové grafy, v nichž je přihlíženo k věku dítěte.

Při vyhodnocování BMI se přihlíží k podílu svalové hmoty. Sportovci mohou být výsledkem BMI označeni za obézní, i když množství tělesného tuku je v normě. Proto se v praxi využívá měření obvodu pasu. Rizikové hodnoty pro člověka uvádí tab. č. 2. Z dalšího měření lze využít měření čtyř podkožních řas a to: subskapulární, nad tricepsem, nad bicipsem a suprailiální. (OWEN, 2012)

K anamnestickému vyšetření lze zařadit metody stanovení složení těla a rozložení tukové tkáně. Jedná se o náročnější metodu, jak pro pacienta, tak i pro zdravotnického pracovníka. Nejčastěji je využívána bioelektrická impedance. Jedná se o výpočet odporu těla neboli resistance, jež se mění podle obsahu tuku a vody v těle. Výpočet je stanoven na základě stanovení resistance, změřené váhy, výšky a pohlaví. Existují různé přístroje podle umístění elektrod na těle. Pro podrobnější výsledky některých složek (celková tělesná voda, extracelulární a intracelulární tekutina) je vhodný přístroj Bodystat, který není tak zatěžující pro pacienta svým umístěním elektrod na nášlapných plochách váhy a madel pro ruce. Mezi další vyšetření, která umožňují stanovení obsahu tuku, a která se využívají méně, se nazývají hydrodenzitometrie a DEXA. Ke komplexnímu zhodnocení obézního pacienta patří také EKG a vyšetření fyzické zdatnosti. (MÜLLEROVÁ a kol., 2009)

Tabulka 2 Rizikový obvod pasu

Riziko	Muži	Ženy
zvýšené	94 cm	80 cm
vysoké	102 cm	88 cm

Zdroj: OWEN, 2012, s. 20

1.2 KOMPLIKACE SOUVISEJÍCÍ S OBEZITOU

Problém obezity nezahrnuje pouze estetický aspekt. Člověk strádá po stránce zdravotní, sociální i ekonomické. Otylost nezahrnuje pouze zmnožení tukové tkáně,

většinou bývá provázána celou řadou onemocnění, která mají za následek některá životní omezení a často mohou nemocného ohrožovat na životě. U starších obézních lidí mohou právě tato doprovodná onemocnění mít za následek smrt. Jedná se hlavně nemoci kardiovaskulárního systému. Nejčastěji obézního pacienta doprovázejí nemoci, které lze léčit, jako např. DM 2. typu, arteriální hypertenze, syndrom spánkové apnoe, dyslipidemie a další.

Komplikace v souvislosti s bariatrickým výkonem bychom mohli rozdělit na mechanické a ostatní. Mezi mechanické komplikace patří nemoci z přetížení kloubů a páteře, dyspnoe, částečně i hypertrofie srdce, která je vyvolána hypertenzí a syndrom spánkové apnoe. Ostatní komplikace lze také nazvat jako metabolické, vázající se k metabolickému syndromu. Pokud nedojde k redukci hmotnosti, komplikace se hromadí do té míry, až limitují život obézního člověka. (MÜLLEROVÁ a kol., 2009)

1.3 LÉČBA OBEZITY

Jako každý jiný zdravotní problém léčbu obezity rozdělujeme na konzervativní a operační. Konzervativní léčba plně spadá do ordinací lékařů „obezitologů“. Jejich hlavními nástroji jsou hlavně dietní a režimová opatření, kdy je nezbytné hlídat příjem a výdej energie dotyčného pacienta. Z tohoto důvodu obezitologové často spolupracují s dietology a nutričními terapeuty. V současné době neexistují léky, které by zásadně ovlivnily redukci hmotnosti. Na trhu můžeme nalézt několik magistraliter a připravovaných směsí (např. Orlistat), avšak jejich výsledky nejsou optimální. Naopak často jsou ještě doprovázeny řadou nežádoucích účinků. Dále mohou pacienti najít oporu v různých organizacích, jež nabízejí preventivní programy podporující hubnutí, jako je organizace STOB, kde je základem skupinový přístup k problému. Dlouhodobé výsledky konzervativní léčby bohužel nejsou uspokojivé, u pacientů často dochází k recidivě s následným jo-jo efektem. (HRUBÝ, 2015)

Režimová a dietní opatření mohou být u některých pacientů základem úspěchu. Daný režim by se měl skládat ze tří částí: úpravy jídelníčku, úpravy fyzické aktivity a psychologické podpory. Úprava jídelníčku by neměla znamenat hladovění a úprava fyzické aktivity celodenní návštěvy posiloven. Psychologická podpora je nesmírně

důležitá, protože nepříznivý stav psychiky je často příčinou vzniku obezity. Pro pacienta může být oporou blízké okolí, které tvoří zejména rodina a blízcí přátelé. Pokud tato opora chybí, často nedochází k požadované redukci váhy. Pokud se tak stane, přicházejí na řadu odborníci. (OWEN, 2013)

Příprava jídelníčku obvykle začíná analýzou stávajících stravovacích návyků. Dominantní část analýzy je výpočet energetické hodnoty a skladba přijímané potravy. Pacienti si mohou snadno nechat svoji stravu zhodnotit i na webových stránkách, jakými jsou například www.flora.cz a www.kaloricketabulky.cz, kde konkrétní kalorické tabulky ukáží zastoupení proteinů, sacharidů, tuků, množství cholesterolu a celkovou energetickou hodnotu, při zadání sněžené potravy. Owen (OWEN, 2013, s. 302) v odborném článku udává: „Rozhodující je dosáhnout malého, ale trvalého mírného nedostatku přijaté energie v porovnání s energií vydanou, a skladba jídla se stane druhořadou.“ Výhodou pro pacienta je bezesporu přítomnost zkušeného nutričního terapeuta. Důležitá je fyzická aktivita, a to někdy i více než stravovací návyky. Pohybová aktivita by měla být zrcadlem k aktuálnímu zdravotnímu stavu – mluvíme o tzv. aktivním a neaktivním jedinci. Pro neaktivního jedince je nejlepší začít pravidelnou chůzí obden, a poté když si tělo zvykne na pohyb, postupně přidávat zátěž. Pro dnešní dobu je výhodou existující množství různých sportovních stylů a programů, takže si každý jednotlivec většinou nalezne to „své“. Základem pro obézního pacienta je individualizace a příprava plánu na míru – chůze, nordic walking, plavání, zumba, běh a kruhový trénink. Správné je cvičit dostatečně dlouho a pravidelně obden, aby mělo tělo čas na regeneraci. Pohybová aktivita slouží také jako prevence kardiovaskulárních onemocnění. (OWEN, 2013)

Operační léčba zahrnuje obor bariatric. Operací se neléčí pouze obezita, ale také přidružená onemocnění, které s obezitou souvisejí. Proto se většinou uvádí termín bariatricko-metabolická chirurgie, zkráceně tedy bariatric. Více k bariatricii v kapitole č. 2. (FRIED, 2011)

2 BARIATRIE

Bariatrická, celým názvem bariatricko-metabolická, chirurgie je relativně mladý obor. Jeho historie sahá až do poloviny minulého století. Pojem bariatrie v sobě ukrývá více než jen možnost shodit nějaká ta kila, zároveň řeší i přidružená onemocnění, která často obezitu doprovázejí. Cílem je navrácení člověka zpět do aktivního života ve společnosti a tím dát nemocnému šanci dožít se stejného věku jako neobézní lidé. Chirurgická léčba obezity přináší značné váhové úbytky, zlepšení celkového zdravotního stavu, zlepšení nebo úplné vyléčení přidružených nemocí a zároveň zlepšuje kvalitu života člověka ve všech jeho stránkách.

Název pro chirurgickou léčbu obezity je odvozen z řeckého slova „bari“, což v českém překladu znamená těžký, konkrétněji ve smyslu život zachraňujícího zákroku u pacientů s nejvyšším stupněm obezity. (HLADNÁ, 2011)

V současnosti jsou bariatrické metody bez výjimky prováděny miniinvazivně, tzn. laparoskopicky. Pro obézního člověka nejsou tak zatěžující a riziková. Bariatrické výkony jsou dvojího typu – malabsorpční a restriční. (FRIED a kol., 2011)

V současné době jsou nejpoužívanějšími bariatrickými výkony u morbidně obézních ty metody, které u pacienta vedou k:

- omezení energetického příjmu v limitaci objemu přijímané potravy (např. žaludeční bandáž, sleeve gastrektomie, gastroplikace)
- navození malabsorpčního stavu (BPD)
- kombinované (Roux-Y žaludeční bypass) (KASALICKÝ a kol., 2011)

Následně po operaci je nezbytná dispenzarizace. Pacienti dochází do specializovaných center, kde jsou dlouhodobě monitorováni. Poměrně často se pacienti ptají na liposukci, ale neuvědomují si, že tímto výkonem nevyřeší obezitu a DM. Jedná se pouze o kosmetickou záležitost. (SVAČINA, 2013)

Chirurgická léčba obezity je pro pacienta téměř zdarma, ten uhradí pouze standartní regulační poplatky. V ČR je bariatrie plně hrazena z veřejného zdravotního

pojištění. Pokud má pacient zájem, může si doplatit nadstandardní služby, které konkrétní zdravotnické zařízení nabízí. (DOLEŽALOVÁ a kol., 2012)

2.1 HISTORIE BARIATRICKÉ CHIRURGIE

Vznik bariatrické chirurgie sahá až do padesátých let minulého století, kdy v roce 1952 provedl Henrikson poprvé částečnou resekci tenkého střeva, aby omezil vstřebávání potravy, která by následně vedla ke snížení hmotnosti. Dále následoval rok 1957, kdy lékaři Payne a Scott uvedli do chirurgické léčby obezity jejunoileální bypass. Bypassem zmenšili délku tenkého střeva a následně došlo ke zmenšení plochy pro vstřebávání potravy. Pro následný vznik funkčních a metabolických komplikací se od tohoto zákroku upustilo. (KASALICKÝ, 2007)

Postupem času se od výkonu na tenkém střevě zcela upustilo. Chirurgové se začali soustředit na žaludek. Ze začátku se jednalo spíše o restriktivní výkony za účelem omezení přijímané potravy a rychlejšího pocitu sytosti. „V roce 1966 Mason začal používat metodu gastrických bypassů (GBP). Tato metoda se stala populární pro svoji efektivitu při redukci hmotnosti.“ (KASALICKÝ, 2007, s. 37) Bohužel i u tohoto výkonu se vyskytly časně a pozdní komplikace. Další postup následoval v roce 1973, kdy Printen a Mason propagují první zkušenosti s horizontální gastroplastikou, která je následně pro komplikace nahrazena gastroplastikou vertikální. Významný mezník je rok 1975, kdy Scopinaro provedl jeden z nejradikálnějších výkonů – BPD, který operuje na principu čtvrtinové resekce žaludku a extenzivního jejunoileálního bypassu. Tento výkon se používá dodnes. (KASALICKÝ, 2007)

Od roku 1976 se chirurgové zaměřili na méně radikální výkony. Například Wilkinson usiloval o zmenšení objemu žaludku pomocí metody zabalení a stažení celého žaludku za využití sítě. Časem byl i tento výkon pro výčet komplikací nahrazen zjednodušenou verzí gastroplastiky konkrétněji gastrickou bandáží. „Tuto operaci Wilkinson provedl v roce 1978 a nastartoval tím rozvoj bariatrické metody, která je plně reverzibilní, reprodukovatelná nebo s možností konverze na jinou bariatrickou metodu.“ (KASALICKÝ, 2007, s. 40) V roce 1979 Wilkinson využil poprvé metodu intragastrického balónku, která také vedla ke zmenšení objemu žaludku. Za zmínku stojí

i metoda tzv. gastroklipu, která se prováděla pouze ve stádiu klinických zkoušek. Zkoušky probíhaly kolem roku 1983, ale pro mnoho vážných komplikací bylo od tohoto výkonu upuštěno. Postupem času se rozvíjela metoda bypassu, následně tubulizace a nakonec přibyla plikace žaludku. (KASALICKÝ, 2007)

Na vývoji bariatrické chirurgie se podíleli i lékaři z České republiky, konkrétně v metodě laparoskopické žaludeční bandáže. Tehdy kolektiv 1. chirurgické kliniky VFN a 1. LF UK v Praze pod vedením Frieda, kterému se povedlo jako úplně prvnímu lékaři na světě v roce 1992 provést gastrickou bandáž laparoskopickým přístupem. Nyní Prof. MUDr. Fried, CSc. se svým týmem působí na pražské OB klinice, kde se nachází jedno z nejhlavnějších bariatrických center v ČR. Téměř každý den se tam provádějí bariatrické výkony, zejména plikace žaludku, LAGB a méně zastoupené BPD. (KASALICKÝ, 2007)

2.2 INDIKACE

„Indikácie k operačnej liečbe morbidnej obezity v r. 1991 stanovila panelová diskusia National Institutes of Health Consensus Development Conference

→ BMI > 40 kg/m²

→ BMI > 35 kg/m² a pridružená závažná komorbidita

→ 5-ročná neúspešná snaha o trvalú redukciu hmotnosti konzervatívnymi prostriedkami

→ Vylúčenie alkoholizmu, alebo drogovej závislosti, súčasný mentálny stav je doležitejší ako anamnéza miernej depresie, alebo ľahšej psychózy.“ (HOLÉCZY a kol., 2016, s. 36)

Výše uvedená kritéria doplňují ještě další doporučení pro bariatricko-metabolickou chirurgii.

→ BMI 35-40 kg/m² s komplikacemi, při kterých se předpokládá zlepšení, jakmile dojde ke snížení hmotnosti na základě bariatrického výkonu (onemocnění

metabolická, kardiální a nemoci dýchací soustavy, problémy s klouby, závažné psychologické problémy souvisící s obezitou)

- Pacienti, kteří zhubli za pomoci konzervativní léčby, ale došlo k následnému jo-jo efektu
- Musí být zřejmé, že pacienti zvládnou dodržovat veškerá lékařská doporučení (HOLÉCZY a kol., 2016)

Z výše uvedeného vyplývá, že zájemce o bariatrickou operaci, který je k léčbě doporučován, musí nejprve podstoupit konzervativní terapii. Konzervativní léčba by měla být prokazatelná a činit nejméně tři měsíce. Pacient by měl být ve věku 18 až 60 let, ale evropská závazná doporučení zvažují i bariatrii u obézních adolescentů a pacientů starších 60 let. (FRIED a kol., 2013)

2.3 KONTRAINDIKACE

Kontraindikace mají stejnou váhu jako indikace. Od výkonu by se mělo upustit, pokud pacient nespĺňuje výše zmíněné nebo se u něho vyskytuje nějaký z osmi níže uvedených bodů.

- Pokud pacient nedoloží dosavadní obezitologickou léčbu, konzervativní léčba by měla činit minimálně tři měsíce
- Pokud pacient odmítne dlouhodobé sledování zdravotního stavu a léčby
- Pokud pacient trpí nestabilním psychotickým onemocněním, má závažné deprese nebo poruchu osobnosti
- Pokud je pacient závislý na drogách či alkoholu
- Pokud se pacient léčí s onemocněním, které ho ohrožuje na životě
- Pokud se pacient není schopný postarat sám o sebe a nemá dlouhodobé rodinné či sociální zázemí

- V případě pacientky je kontraindikací těhotenství, v takovém případě se k operaci může přistoupit až po ukončení kojení
- Pokud se pacient léčí s onkologickým onemocněním, může k operaci přistoupit až v období remise v trvání, alespoň 5let (FRIED a kol., 2013)

2.4 BARIATRIE A PSYCHOLOGIE

Psychologické vyšetření je součástí dlouhodobé předoperační přípravy u bariatrického výkonu. Zkušený psycholog posuzuje duševní stabilitu kandidáta bariatrické operace, posuzuje osobnost a zohledňuje akutní zátěžové situace či dlouhodobou chronickou zátěž, které na daného pacienta v posledním roce působily nebo i nadále působí. Dále se psycholog zaměřuje na psychosociální stránku pacienta, s důrazem na vztahy v rodině, partnerské vztahy, zaměstnání, zájmy a přátelé. Během vyšetření se postupně směřuje k tomu, zda je pacient schopen zvládnout pooperační režim a následný systém stravování, aby nebyl výkon „zbytečný“. Součástí je i edukační část o samotném výkonu a režimu po něm. (HERLESOVÁ a kol., 2013)

Důležitou součástí práce psychologa je také odhalování jídelních psychopatií. Do této skupiny se řadí mentální bulimie, záchvatovité přejídání, syndrom nočního jedení, grazing (neustálé pojídání malých porcí v průběhu delšího časového období) a emoční přejídání. Poměrně často je u těchto onemocnění spouštěčem dlouhodobý stres. Komplikací se rozumí to, že pacient ztrácí subjektivní pocit kontroly nad jídlem. (HERLESOVÁ a kol., 2013)

Všeobecné sestry pracující na specializovaných pracovištích vědí, jak pacienta motivuje osobní zkušenost, o které nejvíce ví pouze ten, kdo léčbu podstoupil a úspěšně zhubl. Vhodné je pacienty informovat o Banding klubech, které většinou operují při konkrétním pracovišti. V těchto klubech mohou potkat další bariatrické pacienty, kteří mají úspěšně léčbu za sebou a mohou si být tak vzájemně nápomocni např. v motivaci a podpoře. (FRIED a kol., 2011)

2.5 VÝHODY A NEVÝHODY BARIATRIE

Za hlavní výhodu lze určitě považovat laparoskopický způsob výkonu. Pacient má po výkonu pouze pět operačních vstupů, kdy riziko infekce hrozí, ale není tak vysoké jako v případě laparotomického přístupu. Laparoskopie umožňuje pacientovi časnější mobilizaci, i proto, že pacienti mají menší pooperační bolestivost. Propuštění není limitováno hojením operační rány, ale stavem pacienta. To znamená zkrácení doby hospitalizace, pokud se pacient cítí dobře a snáší stravu. U morbidně obézního pacienta lékaři řeší bariatrickou metodou nejen obezitu ale i přidružená onemocnění, která mohou být nebezpečná (syndrom spánkové apnoe, DM, arteriální hypertenze, ...). Dalším a rozhodně velkým plusem je dlouhodobá redukce hmotnosti, která inspirovala člověka k podstoupení léčby (pacient objeví své nové já). Pokud se zrovna nejedná o sleeve gastrektomii nebo BPD, kdy je část žaludku odstraněna, tak lze považovat některé metody za „vratné“.

Za nevýhodu považujeme celkovou anestezii, která představuje zátěž pro organismus, protože u každého jedince může mít různé vedlejší účinky. Výše jsme chválili laparoskopický přístup, ale i ten má nevýhodu pro člověka v tom, že se po operaci pacient cítí „nafouknutý“. Mezi „nevratné“ metody bychom určitě zařadili BPD a sleeve gastrektomii, během které je pacientovi část žaludku odstraněna. Velkou nevýhodou je zpočátku pro pacienta riziko aspirace. Podrážděný žaludek a následné pocity na zvracení se mohou dostavit téměř kdykoliv, proto je nezbytné, aby pacient spal v polosedě.

2.6 BARIATRIE U DĚTÍ A SENIORŮ

Zatímco v minulém století byla obezita u dospívajících opomíjena, v současné době tomu již tak není. Za poslední desetiletí dochází k dramatickému nárůstu obézních dětí a adolescentů, při čemž si většina z nich přenáší otylost do dospělosti. Musíme si uvědomit, že definovat obezitu a nadváhu u dětí nelze tak jako u dospělého. Proto je těžké rozlišit, jestli jde o fyziologickou adipozitu nebo obezitu. Ze všeho nejdřív by se

mělo dítě pokusit o konzervativní léčbu, která by měla trvat alespoň šest měsíců. Pro dítě je hubnout mnohem snadnější než pro dospělého. Pokud dojde k chirurgické léčbě, lze určit indikace u dospívajících. Věk – měl by být ukončený či téměř ukončený vývoj a kosterní zralost a ukončení kostního růstu. Váha – BMI není u dětí na posouzení nejlepší řešení, ale většina odborných doporučení s výsledky BMI pracuje. Indikace v BMI je tedy stejná jako u dospělého – BMI > 35kg/m². (DOLEŽALOVÁ a kol., 2012)

V mezinárodních, evropských i českých doporučeních jsou přesně stanovená věková kritéria v rozmezí od 18 do 60 let. S postupem stárnutí populace a prodloužení průměrného věku obyvatelstva se tato věková hranice trochu mění. Indikaci u pacienta staršího 60 let je tedy nutné individuálně zvážit, porovnat zdravotní rizika s prospěchem vykonané operace. U takového pacienta si lékaři dávají za jeden z hlavních cílů zvýšení kvality života. (DOLEŽALOVÁ a kol., 2012)

3 VLASTNÍ BARIATRICKÉ VÝKONY

V kapitole č. 3 se věnujeme nejčastěji prováděným bariatrickým výkonům. K jednotlivým výkonům uvádíme v příloze obrázky změn na žaludku. Každý lékař projde s pacientem konkrétní možnosti léčby, při výběru může využít i algoritmus podle Buchwalda, který uvádíme v příloze A. Nejméně náročný výkon pro pacienta bývá LAGB. Naopak po plikaci žaludku jsou poměrně časté stavy nauzey a zvracení po výkonu. Nejnáročnější většinou pro pacienta je metoda BPD, která se ale moc často neprovází. Více ke každému bariatrickému výkonu uvádíme v následujících podkapitolách.

3.1 LAPAROSKOPICKÁ PLIKACE ŽALUDKU

Pod pojmem plikace žaludku (obrázek v příloze B) se rozumí metoda (restrikční výkon), která operuje na principu jeho zmenšení, a to tím způsobem, že se obvyklá resekovaná část (velké zakřivení) zaroluje do lumen žaludku. Už jen to je výhodou, protože se žádná část žaludku neodstraňuje a tím je nízké riziko pooperačních komplikací. Jedná se o jednu z mladších bariatrických metod. Vzhledem k „mládí“ této metody neexistuje dostatek závěrů, ale podle dosud zveřejněných výsledků se jedná o slibnou možnost léčby obezity, při níž pacient dosahuje značných váhových úbytků a zároveň dochází k ovlivnění některých metabolických onemocnění. (DOLEŽALOVÁ a kol., 2012)

Pokud pacient spolupracuje a respektuje veškerá dietní omezení, hlavně v pooperačním období, může se těšit na nastávající váhové úbytky. Zpočátku se jedná převážně o tekutou stravu, pacient si musí hlídat odměřené hodnoty, např. 150 ml mléka, vývaru či tekutého jogurtu. Pitný režim by měl zahrnovat nekalorické, nesyčené a nealkoholické nápoje, maximálně opět 150 ml v celkovém množství najednou. Při edukaci si musíme dát pozor, abychom pacienta upozornili, že „před jídlem“ musí dodržet půl hodinovou pauzu, aby byl vždy příjem tekutin maximálně 150 ml (za celý

den max. 2,5 litru). Pokud pacient užívá chronickou medikaci, a je zrovna ve fázi tekuté diety, pak jej musíme upozornit o nutnosti rozdrcení veškerých medikamentů. Tekutá dieta po výkonu obvykle trvá dva týdny a poté pacient postupně přechází na kašovitou stravu po dobu tří týdnů. Opět přichází do popředí množství 150 ml a je nutné rozdělovat čas mezi jídlem a pitím. Pokud pacient překonal dietní režim po operaci, může po plikaci žaludku dle doporučení lékařů přidat každý den jednu novou potravinu (novou od operace). Jestliže potravina nezpůsobuje zdravotní problémy (např. nevolnost, pyróza, pocity těžkosti, ...), a to ani do druhého dne, je vhodné pokračovat další potravinou. Pacient již může přijmout téměř vše, co jedl před operací, ale musí dbát při konzumaci potravin na dostatečné rozmělnění potravy. Při přípravě jídla by se měl vyvarovat dráždivému koření a v případě citrusů pouze odšťavňovat (alespoň po dobu 2 měsíců) a následně poté zkusit celý plod. Dále sem patří zásady redukčního stravování, jako je např. omezení sladkého, vhodné tekutiny a rozestupy mezi jídly tak, aby poslední jídlo bylo podáno dvě až tři hodiny před spaním. (DOLEŽALOVÁ a kol., 2012)

3.2 LAGB - LAPAROSKOPICKY ADJUSTABILNÍ GASTRICKÁ BANDÁŽ

Tato metoda (obrázek v příloze C) bariatrického výkonu je v současnosti velmi oblíbená, jak u pacientů tak i bariatrických chirurgů. Jedná se o hlavního představitele restričních výkonů, kam se řadí již zmíněná plikace a sleeve gastrektomie. Dle analýzy dlouhodobých ukazatelů zjišťujeme, že pacienti s AGB mají nejen dobré pooperační váhové úbytky, ale také nízkou pooperační krátkodobou i dlouhodobou morbiditu a mortalitu. AGB charakterizuje silikonový pásek, který je z vnitřní strany vybaven silikonovým balónkem. Jako další důležitá součást AGB je port neboli komůrka, která je s balónkem spojena pomocí tenké hadičky. Před výkonem se lékař rozhoduje, jestli využije bandáž vysokotlakou s nízkými objemy, anebo nízkotlakou s vysokými objemy. Při zavádění je využita technika tzv. „pars flaccida (přes blanitou část pars flaccida hepatogastrického ligamenta).“ (DOLEŽALOVÁ a kol., 2012, s. 40) Dále Doležalová udává, že umístění AGB musí splňovat dvě základní podmínky: „1. Protaháním bandáže kolem žaludku se musí vytvořit proximální pouch, který má objem asi 10-20 ml, zároveň se mezi bandáží a stěnou žaludku ponechává perigastrická tuková tkáň.

2. Bandáž se tedy neumísťuje přímo na stěnu žaludku (v minulosti byla často používána tzv. perigastrická technika, která byla ale pro řadu komplikací před několika lety zcela opuštěna).“ (DOLEŽALOVÁ a kol., 2012, s. 40)

Ještě na operačním sále se po zavedení bandáž stáhne a následně je žaludek přemostěn na dvě části – proximální a distální. Výhodou právě tohoto výkonu je rozdělení žaludku upravitelným stomatem, takže pokud pacient nehubne, upraví se průměr stažením bandáže. Mezi další klady patří úprava zaškrvení bandáže na žaludku i to, že probíhá ambulantně. Pro pacienta po výkonu to znamená, že si zvyká na restrikcii jídla, která je ovlivňována postupným utahováním bandáže, nejčastěji v průběhu prvního roku po operaci. Zaškrcování bandáže probíhá zcela individuálně u každého pacienta, tzn., že ovlivňovat pocity hladu a nasycení lze i po prvním roce po operaci. Pokud ale pacient nedodrží režim a obchází veškerá doporučení, např. příjmem tekuté a kalorické stravy, nedochází k požadované redukci. Mezi významné komplikace u AGB se řadí dilatace pouche, neboli přejedení se a přeplnění proximální částí žaludku nad bandáží, podklouznutí bandáže před přední stěnou žaludku a zvýšené nafouknutí balonku, což může mít za následek prořezání bandáže do lumen žaludku. Tyto komplikace se často objeví u pacientů, kteří nedodrží režim a stravování související s tímto výkonem. Lékař dbá i na správnou adjustaci bandáže, protože i ta může být neúspěchem v redukci hmotnosti. Většinou je však výskyt nežádoucích projevů minimální. (DOLEŽALOVÁ a kol., 2012)

Vývoj postupuje kupředu a to i u AGB, kdy je zaměřen hlavně na materiály, z kterých je bandáž vyrobena. Snahou výrobců je vytvořit bandáž co z nejměkčího materiálu, aby nedocházelo k dráždění stěny žaludku, snížení tlaku bandáže a zároveň přizpůsobení se fyziologickým peristaltickým pohybům. (DOLEŽALOVÁ a kol., 2012)

3.3 BPD – BILIOPANKREATICKÁ DIVERZE

Poprvé tuto operaci provedl prof. Scopinaro již v roce 1976. Tato metoda (obrázek v příloze D) má nejčastější zastoupení mezi malabsorbčními výkony. Celý tento výkon operuje na principu, kdy se odstraní ta část GIT, která je zodpovědná za trávení pomocí enzymů (žlučové kyseliny, pankreatické enzymy). Ty následně

nemohou být vstřebány ve střevě. „Takového stavu Scopinaro dosahuje odvedením (diverzí) zejména žluči a pankreatických enzymů tak, aby působily na potravu jen velmi omezeně v úseku distálního ilea. V důsledku toho prochází tenkým střevem většina karbohydrátů, tuků a proteinů v neresorbovatelném stavu.“ (FRIED a kol., 2011, s. 67)

Každý malabsorbční výkon je zatížený rizikem vzniku nutričních poruch na základě sníženého trávení a vstřebávání proteinů. Pooperačně se může objevit hypoproteinemie. Nízký výskyt tuků se objevuje často v prvních šesti měsících po operaci a tento stav lze řešit podáním aminokyselin intravenózně. Dále se může objevit i pokles hladiny vápníku a přítomnost chudokrevnosti. Vzhledem k náročnosti výkonu se doporučuje dlouhodobé užívání vitamínů skupiny B, C, A, K a fumurátu. (FRIED a kol., 2011)

3.4 SLEEVE GASTRECTOMY – TUBULIZACE ŽALUDKU

Principem tubulizace (obrázek v příloze E) je odstranění velkého zakřivení žaludku, kde se nachází tzv. zóna, která je zodpovědná za produkci gastrointestinálních, laicky hladových, hormonů. Tím, že je objem žaludku zmenšený, dochází k dřívějšímu pocitu sytosti a z toho důvodu je příjem stravy značně menší. Bohužel chuť na sladké výkonem ovlivnit nelze, tudíž musí pacient dodržovat doporučení a pravidla redukční diety. Tento výkon je prováděn laparoskopicky a řadí se mezi restriktivní metody. (KASALICKÝ, 2007)

Mezi komplikace u sleeve gastrektomie patří krvácení z resekční linie či z incizí po zavedení nástrojů pro laparoskopický přístup, proto pacienti mají poměrně často po výkonu vyveden drén z operační rány. Nejzávažnějším problémem je dilatace rozšíření žaludeční trubice a následný relaps váhy. (KASALICKÝ, 2007)

4 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

Příprava pacienta k výkonu je řízena pravidly, která jsou uvedena v Interdisciplinárních evropských závazných doporučeních pro chirurgickou léčbu závažné obezity, publikované prof. Friedem. Vše se začíná odehrávat v ambulanci internisty „obezitologa“, kde probíhá kompletní odběr krve v rámci předoperační přípravy. V rámci klinického vyšetření se zjišťují hladiny hormonů, konkrétně lékaře zajímá kortizol v séru. Pokud jsou jeho hladiny zvýšené, musí pacient absolvovat ještě návštěvu u endokrinologa. Mezi další stěžejní diagnostické metody patří UZ břicha a gastrokopie s odběrem na helicobacter pylori, který slouží k vyloučení případné patologie na GIT traktu. Následně pacient musí absolvovat kardiologické vyšetření, echo srdce, dle potřeby i plicní vyšetření. (KRAHULEC a kol., 2013)

„Pacient absolvuje konzultáciu u nutričnej terapeutky, ktorá analyzuje jeho stravovacie návyky a pripravuje pacienta na novú situáciu po operácii. Anestéziologické riziko i potrebnú prípravu definuje anestéziológ. Integrovanou a esenciálnou súčasťou predoperačného diagnostického a prípravného algoritmu je psychologické vyšetrenie.“ (KRAHULEC a kol., 2013, s. 151)

Psycholog se po sezení s pacientem vyjádří, zda pacient zvládne náročnost pooperačního režimu a život po operaci. Může se také stát, že pacient je nevyhovující a psycholog ho nedoporučí. (KRAHULEC a kol., 2013)

V rámci krátkodobé předoperační přípravy je pacient od půlnoci lačný. Den před výkonem v poledne může sníst lehčí oběd, k večeri pouze bujón (cca 150 ml), do půlnoci tekutiny a od půlnoci nic p. o. V den výkonu všeobecná sestra zavede PŽK, oholí operačního pole na sucho (pod prsy až k pubickému ochlupení) a odezinfikuje pupeční jizvu, na kterou přiloží tampón s betadine roztokem. Dle rozhodnutí a ordinace anesteziologa podává premedikaci. Před odjezdem na operační sál zkontroluje, zda má pacient sundané všechny cennosti, zubní protézu, kontaktní čočky či další kovové materiály a nasazené elastické punčochy (bandáže) jako prevenci TEN.

5 POOPERAČNÍ PÉČE

Pooperační období začíná ukončením výkonu, probuzením pacienta na operačním sále a končí po několika denní hospitalizaci propuštěním z oddělení do domácího prostředí. Po příjezdu na JIP, dospávací pokoj či standartní oddělení, monitorujeme TK, srdeční frekvenci, dech, saturaci kyslíku a eventuálně tělesnou teplotu. Měření fyziologických funkcí by mělo probíhat standardně po dobu dvou hodin v časových intervalech (např. 15 minut). Pacient by měl zaujímat polohu na zádech se zvednutou horní částí trupu, aby se mu lépe dýchalo a omezilo se tak riziko aspirace. Dále sledujeme operační ránu (známky zánětu, infekce), eventuálně odpad do drenážního systému (drén je přítomen u tubulizace žaludku), nauzeu, zvracení a bolest, která se postupně objeví po odeznění anestetik a léků podaných na operačním sále. Po celou dobu probíhá prevence TEN – kompresní punčochy, aplikace antikoagulancií. (POKRIVČÁK a kol., 2014)

Jakmile je u pacienta ukončená monitorace a je stabilní, lze přejít k aktivizaci. První vstávání probíhá za asistence všeobecné sestry, která pomáhá a zároveň hlídá pacienta, aby nedošlo k ortostatickému kolapsu. Vstávání by mělo probíhat přes bok s pokrčenými dolními končetinami, aby nebyla napnuta břišní stěna. Jakmile pacient zvládl první vstávání bez komplikací, je již možné, aby vstával samostatně. Dále všeobecná sestra měří fyziologické funkce alespoň třikrát denně. I po aktivizaci dodržuje pacient prevenci TEN. Po operačním výkonu je vždy nezbytné hlídat, zda se pacient vymočí (6-8 hodin), odchod plynů (48 hodin) a stolice (72 hodin). U pacientů po laparoskopických operacích se doporučuje včasný pohyb, aby došlo k lepšímu vstřebání vzduchu z dutiny břišní. Ošetrovatelské intervence jsou velice individuální, záleží na stavu pacienta a náročnosti operace. Dle povahy výkonu je pacient dovoleno přijímat tekutiny. U bandáže se začíná tzv. „lžičkováním“, kdy pacient pomalu přijímá tekutiny ještě v den operace. Pacient s plikací žaludku začíná s tekutinami většinou 1. pooperační den. Nejprve musí zvládnout „vycucat“ kostky ledu, a pokud se cítí dobře, může přejít na „lžičkování“ a následně na doušky. Výše uvedené se odvíjí od celkového zdravotního stavu.

5.1 MOŽNÉ KOMPLIKACE

Všeobecně lze komplikace rozdělit na obecné a specifické. Vzhledem k obsáhlosti dané problematiky, uvádíme v podkapitole pouze obecné komplikace, protože specifické jsou uvedené přímo u jednotlivých bariatrických výkonů.

Komplikací, která by mohla ohrozit pacienta po bariatrické operaci, je jednoznačně infekce. Jakýkoliv operační vstup vyžaduje určitý přístup. Perioperačně může být komplikací poranění jícnu, žaludku, jater, sleziny, omenta či výjimečně cév. U těchto komplikací je nezbytné včasné rozpoznání a jejich bezprostřední ošetření. (HOLÉCZY, 2013)

Osobním problémem pro pacienta po výkonu jsou pocity nauzey, zvracení, bolesti či přítomnost vzduchu v dutině břišní. Všechny tyto pocity zhoršují komfort, a proto by měly být medikamentózně ošetřeny analgetiky a antiemetiky. Podstatné riziko platí u aspirace, proto by měl pacient spát v polosedě.

Komplikace po bariatrických operacích nejsou výjimkou. Nejčastěji se komplikace objevují u LAGB, kdy dojde ke sklouznutí bandáže (výskyt až u 15-20 % operovaných). Méně často dochází k dilataci jícnu, migraci a erozi bandáže. U gastrického bypassu bývá nejčastější komplikací vnitřní kýla, srůsty, jež následně ovlivní i střevní pasáž. Tyto komplikace je nutné řešit operativně nebo jinou intervencí. Mimo komplikací vyžadujících operativní řešení, existují ještě nežádoucí vedlejší účinky. Nejčastěji se jedná o problémy funkčního typu např. reflux, průjem, dumping syndrom, deficity nutriční a vitamínů, postihující skoro 1/3 pacientů. Většinou jde o takovou skupinu pacientů, kteří nedodržují pooperační režim, stravovací a nutriční doporučení. (ČIERNY, 2012)

5.2 ŽIVOT PO BARIATRICKÉ OPERACI

S životním stylem po operaci by měl být každý pacient předem seznámen. Proto je důležitý i hlas psychologa, zda podle něho pacient zvládne změnu životních návyků.

Základní podmínkou pro úspěšnou redukci hmotnosti je dodržení dietního režimu, ale také zapojení fyzické aktivity. Po operaci se s dietou začíná postupně – nejdříve pacient nepřijímá nic, poté začíná pomalu pít po lžičkách a poté po doušcích. Příjem tekutin a následné zatěžování GIT se liší od výkonu (u plikace žaludku se většinou začíná 1. pooperační den). Pro žaludek je to velká zátěž, z tohoto důvodu bývá lepší ze začátku mezi jednotlivými doušky dělat minutové pauzy. Jakmile má pacient za sebou úspěšně příjem určitého množství tekutin, může přejít na tekutou dietu, kterou by měl dodržovat druhý až šestý den po operaci. Hlavní jídlo může obsahovat např. 100-150 ml vývaru nebo šťávy (ty by měly projít přes sítko). Před „hlavním“ jídlem je důležité udělat půlhodinovou pauzu, aby nedošlo k přeplnění žaludku. Od sedmého do desátého dne od operace na tekutou stravu navazuje kašovitá. V jídelníčku se může již objevit rozmixovaná zelenina, bramborová kaše a maso (též rozmixované). Po dvou týdnech od operace přichází lehká dieta s nízkým obsahem vlákniny. Po bariatrikách operací platí pravidlo příjmu 150 ml a půlhodinová pauza před jídlem. Měsíc od výkonu lze přejít na racionální stravu. Ta by měla být vyvážená, nízkokalorická, ale zároveň pestrá a s obsahem všech důležitých základních živin. Důležité zastoupení má příjem tekutin, každý den alespoň 2-3 litry nejlépe nesycených, nízkenergetických nápojů. (VRANAIOVÁ, 2012)

Dieta se neskládá pouze z jídla, ale také z jídelních zvyklostí. Proto je nezbytné, aby si pacient uvědomil, že každé sousto potravy musí pořádně rozžvýkat a při jídle nikam nespěchat. „Pro úspěšné hubnutí není rozhodující pouze změna složení potravy, ale i změna stravovacích zvyklostí: Všimát si způsobu konzumace (rychlost konzumace, vychutnávání si jídla...), vyvarovat se nevědomého automatického jedení stravy, rozlišovat pocit hladu od „chuti na dobroty“, nejíst v rychlosti, jíst vždy u jídelního stolu, nesnažit se za každou cenu dojíst, potraviny nenakupovat s prázdným žaludkem, nenechávat lákavá jídla volně dosažitelná, po dojení odejít od jídelního stolu, servírovat na stůl najednou pouze jeden chod, připravit si plán, jak se chovat při oslavách a jak odolávat „rizikovým“ situacím, a jíst vícekrát denně, nejlépe 5krát, přičemž poslední denní porci konzumovat ještě před 18. hodinou.“ (VRANAIOVÁ, 2012, s. 41)

Shrnutí dietních zásad pro obézního pacienta:

- Jíst pravidelně – 3-6 jídel za den (dle druhu diety), kdy je pauza mezi jídly alespoň 3-4 hodiny
- Rovnoměrné rozdělení energie, tak aby člověk nehladověl
- Dostatek vlákniny, vitamínů a minerálních látek, každý den by se ve skladbě jídla měla objevit zelenina a ovoce
- Snížení obsahu tuků
 - Omezení při přípravě pokrmů, mazání a maštění
 - Tučné potraviny (NE) – tučné sýry, uzeniny, tučná masa, paštiky, šlehačku, tučné moučníky, sušenky, majonéza
- Co se týká masa, je lepší do jídelníčku zařadit drůbež a ryby
- Mléčné výrobky pokud možno nízkotučné
- Méně solit (sůl vzbuzuje chuť k jídlu)
- Změna stravovacích návyků společně se změnou životního stylu
- Při porušení pravidel nepřerušovat dietu, ale vytrvat a netrápit se výčitkami
- Dostatečný příjem vhodných tekutin (1,5 - 2 litry za den) (SVAČINA a kol., 2013)

6 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY PŘED A PO LAPAROSKOPICKÉ ADJUSTABILNÍ GASTRICKÉ BANDÁŽI (LAGB)

Ošetrovatelský proces je jednou ze základních metod ošetrovatelství. Jeho vznik a vývoj se datuje až do poloviny minulého století. (PLEVOVÁ a kol., 2011) Dále tito autoři uvádějí, že „Ošetrovatelství v ČR před rokem 1989 (v tomto období ještě jako součást ČSSR) bylo charakteristické zaměřením péče na nemocného člověka (na jeho nemoc), na realizaci výkonů a na plnění ordinací lékaře, s redukcí kompetencí a autonomie sestry v rozhodování při poskytování ošetrovatelské péče.“ (PLEVOVÁ a kol., 2011, s. 106). S postupným politickým vývojem, rozvojem mezinárodních vztahů a ekonomickými změnami, které ovlivnily zdravotnictví, došlo k transformaci celkového oboru. V současnosti se na nemocného člověka pohlíží jako na holistickou bytost, která má své bio-psycho-sociální potřeby ve zdraví i v nemoci. (PLEVOVÁ a kol., 2011)

Ošetrovatelský proces je racionální, systematická, neustále se opakující metoda, která umožňuje poskytovat celkovou ošetrovatelskou péči jednotlivci, rodině či komunitě. Cílem je uspokojení potřeb pomocí ošetrovatelských intervencí, které byly definovány na základě stanovení ošetrovatelského problému. Ošetrovatelský proces zahrnuje pět kroků: posuzování (anamnéza), diagnostika (stanovení ošetrovatelského problému), plánování (ošetrovatelské intervence), realizace (převedení do praxe) a hodnocení (zda bylo dosaženo stanoveného cíle). Jednotlivé kroky na sebe navazují a umožňují zpětný náhled. (PLEVOVÁ a kol., 2011)

Praktická část je zaměřena na ošetrovatelskou péči u pacientky, která se rozhodla pro bariatrický výkon z důvodu neklesající hmotnosti a výskytu vedlejších zdravotních problémů spojených s obezitou. Cílem bakalářské práce je detailní popis a vysvětlení předoperační a pooperační péče u třicetileté pacientky před a po bariatrické operaci. Sběr informací a realizace ošetrovatelského procesu byl autorce bakalářské práce umožněn během letní individuální praxe na pražské OB klinice a. s., která se v České republice řadí mezi přední bariatrická centra. Dále je popsána ošetrovatelská péče, která

byla realizována metodou ošetrovatelského procesu, před a bezprostředně po bariatrickém výkonu – celkem tři dny hospitalizace. Sběr údajů a posouzení zdravotního stavu pacientky probíhalo pomocí koncepčního modelu funkčního zdraví dle Marjory Gordon (školní rozšířená verze), který nám následně umožnil utřídění informací pomocí třinácti funkčních vzorců zdraví na základě NANDA domén. Ošetrovatelské diagnózy byly strukturovány pomocí NANDA I., taxonomie II. (HERDMAN, KAMITSURU, 2015) Na základě ošetrovatelských problémů byly stanoveny diagnózy, které byly seřazeny podle priorit. V bakalářské práci se zaměřujeme na ošetrovatelské diagnózy po výkonu - dvě aktuální ošetrovatelské a jednu potenciaální. Dále jsou rozpracovány zbývající kroky procesu. Informační zdroje pro ošetrovatelský proces byly získány metodou rozhovoru s pacientkou, vlastním pozorováním při realizaci ošetrovatelské péče o pacientku, od další pacientky na pokoji, dále z lékařské a ošetrovatelské dokumentace.

V praktické části jsme se rozhodli vynechat konkrétní časová data z důvodu ochrany osobních údajů, protože tato by byla příliš konkretizující.

V tabulce č. 3 jsou uvedeny identifikační údaje pacientky, které byly z důvodu ochrany osobních údajů dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, změněny, a klíč k nim je bezpečně uložen u autorky bakalářské práce.

Tabulka 3 Identifikační údaje pacientky

Jméno a příjmení: Y. Y.	Pohlaví: žena
Datum narození: xx. xx. 1987	Věk: 30
Adresa bydliště a telefon: Praha	
Adresa příbuzných: přítel - Praha	
RČ: 87xxxx/xxxx	Číslo pojišťovny: 333
Vzdělání: střední odborné učiliště	Zaměstnání: péče o osobu blízkou
Stav: rozvedená	Státní příslušnost: česká
Datum přijetí: červenec 2017	Typ přijetí: plánované
Oddělení: OB klinika	Ošetřující lékař: MUDr. X. D.

Zdroj: Pacientka, zdravotnická dokumentace, OB klinika, 2017

Důvod přijetí udávaný pacientkou: „Chtěla jsem už delší dobu zhubnout, ale dietou a léky, které jsem užívala, nenastal požadovaný efekt. Moje vysněná váha je 80kg.“

Medicínská diagnóza hlavní: Obezita III. stupně E669

Medicínské diagnózy vedlejší: Diabetes mellitus 2. typu E11

6.1 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT – dlouhodobá předoperační příprava

V kapitole č. 6.1 zmíníme standartní dlouhodobou předoperační přípravu, kterou musela pacientka před výkonem podstoupit. Jedná se o vyšetření a výsledky. Na základě výsledků z krevních odběrů a dalších diagnostických metod lékař povolil bariatrickou léčbu.

Ordinovaná vyšetření a výsledky:

Měsíc před operací – gastroenterologické vyšetření – gastrokopie → normální nález.

Měsíc před operací – UZ břicha → známky steatózy jaterního parenchymu, nadhraniční velikost jater. V hilu jaterním hemangiom, ostatní orgány jsou normálního vzhledu.

Dva týdny před operací – RTG hrudníku, spirometrie, EKG → RTG: bez nálezu; Spirometrie: bez ventilační poruchy, bez hypoxémie; EKG: bez nálezu, v normě – normokardiogram

Dva týdny před operací – krevní odběry: ionty, jaterní testy, CRP, INR, APTT, krevní obraz → Biochemie – Urea 4,44; Kreatinin 57,9; Bilirubin celkový 9,5; ALT 0,51; AST 0,34; GGT 0,40; ALP 0,93; Na 139; K 4,19; Cl 106; CRP 5,2

Hematologie – Leukocyty 5,74; Erytrocyty 4,58; Hemoglobin 137; Hematokrit 0,40; Stř. obj. erytr. 88,0; Barvivo erytr. 29,9; Stř. barev. kon. 340; Trombocyty 156; Erytr. křivka-SD 42,1; Erytr. křivka-CV 0,136; Tromb. stř. obj. 11,3; Tromb. křivka 14,0; Tromb. hematokrit 0,0018

Koagulace – Protrombinový test INR 1,02; Protrombinový poměr 1,02; APTT 28; APTT poměr 1,03

6.2 HODNOTY A ÚDAJE ZJIŠŤOVANÉ PŘI PŘÍJMU 1. hospitalizační den

V následující tabulce (viz tab. č. 4) jsou uvedeny fyziologické funkce a hodnoty, zjištěné při příjmu pacientky na oddělení.

Tabulka 4 Fyziologické funkce a hodnoty při příjmu

TK: 171/91	Výška: 168 cm
P: 83´	Hmotnost: 117,4 kg
D: 19´	BMI: 41,5
TT: 36,2 °C	Pohyblivost: chodící, plně soběstačná
Stav vědomí: při plném vědomí	Orientace místem, časem, osobou: plně orientovaná ve všech oblastech
Řeč, jazyk: srozumitelná	Krevní skupina: B Rh+

Zdroj: Pacientka, zdravotnická dokumentace, OB klinika, 2017

Naměřené hodnoty TK jsou vysoké. Jako hraniční hodnoty pro hypertenzi jsou povětšinou uváděny hodnoty 140/90 mmHg. Je nezbytné přihlídnout k okolnostem, že pacientka nastupuje k plánovanému výkonu, před kterým pociťuje úzkost a strach z operace. Po opakovaném měření byly hodnoty v normě. Hodnota BMI, na základě výpočtu kg/m^2 , odpovídá obezitě III. stupně. Všechny ostatní naměřené hodnoty jsou fyziologické.

Nynější onemocnění: Pacientka nastupuje do OB kliniky na lůžkovou část k plánovanému chirurgickému výkonu LAGB ve 14.30 hodin v 1. hospitalizační den. Pacientka byla přivezena svým partnerem ze svého místa bydliště.

6.3 ANAMNÉZA

V této podkapitole je uvedena celková anamnéza, která byla získána ze zdravotnické dokumentace a doplněna po rozhovoru s pacientkou. Dále je v příloze zpracována ošetrovatelská anamnéza do tabulek dle Marjory Gordon, která operuje

s 12 vzorci funkčního zdraví, přičemž každý vzorec představuje jednu součást zdravotního stavu člověka. (Příloha F, G, H)

RODINNÁ ANAMNÉZA

Matka: Obezita, + IM 24

Otec: Nadváha

Sourozenci: 2 sestry – starší - epilepsie, obezita, DM na PAD; mladší – obezita s jojo efekty

Děti: 3 – nejstarší – hemofilie, Dandy-Walker syndrom, vývojová vada mozku; mladší – hemofilie; mrtvý plod

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Překonaná a chronická onemocnění: běžná dětská onemocnění, od 18 let nárůst hmotnosti. Nyní se pacientka rozhodla pro chirurgickou léčbu obezity, dále se léčí s DM 2. typu na PADu. Je sledována v onkologické ambulanci pro jaterní hemangiom v hylu.

Hospitalizace a operace: pacientka v dětství a dospívání prodělala běžná onemocnění.

1998 st. p. appendektomii

2006 sectio cesarea, 2011 sectio cesarea, 2015 sectio cesarea – mrtvý plod

Úrazy: 0

Transfúze: 0

Očkování: dle očkovacího kalendáře

V tabulce č. 5 uvádíme v přehledu lékovou anamnézu, konkrétně chronickou medikaci, kterou pacientka užívá několik let z důvodu chronické nemoci, a dále antikoncepci.

Tabulka 5 Chronická medikace pacientky

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Metformin	Tableta	850 mg	0 – 0 – 1	PAD, derivát biguanidu
Minerva	Tableta	2 mg/0,035 mg	0 – 0 – 1	Hormonální kontraceptivum

Zdroj: Zdravotnická dokumentace pacientky, 2017

ALERGOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Léky: Duomox (reakce exantém)

Potraviny: 0

Chemické látky: 0

Jiné: 0

ABÚZY

Alkohol: 0,5 l vína/měsíc; 1 l piva/měsíc

Kouření: 10 cigaret/den

Káva: 2 turecká káva/den

Léky: 0

Jiné návykové látky: 0

V tabulce č. 6 uvádíme přehledně gynekologickou anamnézu pacientky.

Tabulka 6 Gynekologická anamnéza

Gynekologická anamnéza
Menarché: v 11 letech
Cyklus: pravidelný
Trvání: 6 dní
Intenzita, bolesti: běžné premenstruační obtíže
PM: 11. 7. 2017
A: 0
UPT: 0
Antikoncepce: Minerva 2 mg/0,035 mg
Menopauza: 0
Potíže klimakteria: 0
Samovyšetřování prsou: provádí pravidelně
Poslední gynekologická prohlídka: říjen 2016

Zdroj: Rozhovor s pacientkou, zdravotnická dokumentace, 2017

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Stav: rozvedená, žije s partnerem

Bytové podmínky: žije v bytě ve 2. patře, s partnerem a dětmi

Vztahy, role a interakce: vztahy v rodině a domácnosti jsou pozitivně laděné

Záliby: děti, filmy pro pamětníky, poslouchání hudby

Volnočasové aktivity: procházky, plavání

PRACOVNÍ ANAMNÉZA

Vzdělání: Střední odborné učiliště – potravinářské

Pracovní zařazení: aktuálně péče o osobu blízkou

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: 0

Vztahy na pracovišti: 0

Ekonomické podmínky: dle pacientky dobré

SPIRITUÁLNÍ ANAMNÉZA

Religiózní praktiky: pacientka je ateistka

6.4 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT V DEN PŘÍJMU

V této podkapitole zmiňujeme vyšetření, konkrétněji krevní odběry, které se provádějí standardně při příjmu na oddělení k bariatrickému výkonu (1. hospitalizační den). Je to taková poslední kontrola, zda je pacientka schopna výkonu.

CRP, krevní obraz

Biochemie – CRP: 10,4

Hematologie – Leukocyty: 7,5; Erytrocyty: 4,84; Hemoglobin 147; Hematokrit 0,421;

Střední objem erytr. 86,8; Barvivo erytr. 30,3; Koncentrace hem. v erytr. 349; Erytr.

křivka 13,5; Trombocyty 176; Tromb. stř. objem 9,9; Tromb. křivka 18,3; Diferenciální

rozpočet: Neutrofily 0,63; Lymfocyty 0,27; Monocyty 0,06; Eozinofily 0,03; Bazofily

0,01; Neutr. absolutní počet 4,700; Lymfocyty abs. počet 2,000; Monocyty abs. počet

0,400; Eozinofily abs. počet 0,200; Bazofily abs. počet 0,100

Konzervativní léčba:

Dieta: č. 9 (diabetická)

Výživa: den před operací lehká strava, večer bujón 150 ml, tekutiny do 24 hodin;

od 24 h nic p. o.

6.5 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ VŠEOBECNOU SESTROU

V den příjmu (1. hospitalizační den) bylo provedeno fyzikální vyšetření všeobecnou sestrou, které uvádí tab. č. 7.

Tabulka 7 Fyzikální vyšetření sestrou

Hlava	Pohmatem nebolestivá, bez viditelných deformit.
Oči	Bulby pohyblivé, symetrické; spojivky růžové, skléry bílé, zornice izokorické.
Uši, nos	Nebolestivé, bez sekrece.
Rty	Souměrné, bez známek cyanózy, bez viditelných defektů, sliznice růžové.
Dásně, sliznice dutiny ústní	Sliznice jsou růžové, vlhké, bez povlaků a bez viditelných defektů.
Jazyk	Plazí středem, růžový, vlhký a bez povlaku.
Tonzily	Růžové, nezvětšené a bez povlaků.
Chrup	Vlastní.
Krk	Šije volná, pohyb krku volný. Pohmatem nebolestivý. Oboustranná pulzace karotid, mízní uzliny nehmatné. Štítná žláza nezvětšena.
Hrudník	Pohledem souměrný, bez viditelných deformit. Pohmatem nebolestivý.
Plíce	Dýchání čisté sklípkové a pravidelné, bez zvukových a patologických fenoménů. Počet dechů 18/min.
Srdce	Srdeční frekvence pravidelná. Poslechově bez přítomnosti šelestů. Krevní tlak při vyšetření 135/80 mmHg, srdeční frekvence 78/min.
Břicho	Souměrné, pokleповě nebolestivé, peristaltika slyšitelná, bez známek peritoneálního dráždění.
Játra	Pohmatem nebolestivé.
Slezina	Nezvětšena.
Genitál	Bez výtoku a zápachu, bez viditelných deformit.
Uzliny	Nezvětšeny, nehmatné.
Páteř	Pohledem mírná skolióza, pohyb bez omezení, bez bolesti.
Klouby	Pohyblivé, bez omezení, bez bolesti.
Reflexy	V normě.
Čítí	V normě.
Periferní pulzace	Oboustranně hmatná.
Varixy	Bez přítomnosti varixů.
Kůže	Kožní turgor v normě, přítomnost celulitidy, jinak beze změn na kůži.
Otoky	Bez otoků.

Zdroj: Zdravotnická dokumentace a vyšetření pacientky, 2017

Výsledek fyzikálního vyšetření odpovídá věku a zdravotnímu stavu pacientky. Nebyly nalezeny žádné patologie – kromě mírné skoliózy páteře.

6.6 UTRŽIDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I., TAXONOMIE II

Posouzení zdravotního stavu pacientky (viz tab. 8) bylo provedeno 2. hospitalizační den, dopoledne před operačním zákrokem.

Tabulka 8 Utržidění informací o pacientce pomocí NANDA domén

<p>1. Podpora zdraví</p> <ul style="list-style-type: none">• Uvědomování si zdraví• Management zdraví	<p>Subjektivně, doma: „Většinou se snažím dodržovat veškerá doporučení lékařů a dodržuji pravidelné preventivní prohlídky. Předepsané léky užívám, tak jak mám. Myslím si, že bez problému. Ještě docházím na onkologii, při vyšetření mi zjistili menší útvar, říkají tomu hemangiom, na játrech. Jen mám problém s jídlem. Než jsem objevila možnosti OB kliniky, tak jsem jedla nepravidelně, nezdravě a hlavně ve večerních hodinách. Co se týká pohybu, tak asi pouze jen ten nezbytný. I když si občas ráda zajdu do bazénu. Také kouřím, kolem 10 cigaret za den.“</p> <p>Objektivně, při hospitalizaci: Pacientka ke svému praktickému lékaři dochází pravidelně jednou za dva roky nebo dle přítomnosti zdravotních obtíží. Do gynekologické ambulance dochází jednou za rok. Samovyšetření prsů se snaží provádět pravidelně vždy po menstruaci. Dále je sledovaná v onkologické ambulanci, kam dochází na pravidelné prohlídky. Předepsanou farmakologickou léčbu užívá v pravidelných intervalech.</p> <p>V roce 1998 stav po appendektomii, bez komplikací. Pacientka byla třikrát gravidní, vždy rodila cestou sectio cesarea, 2006, 2011, 2015 - porod mrtvého plodu. Doma má dvě děti. Nejstaršímu synovi je 11 let a mladšímu 6 let. Starší syn se narodil s vývojovou vadou mozku, trpí hemofilií a Dandy-Walker syndromem. Mladší je hemofilik. Pacientka zůstává v domácím prostředí a pečuje o děti.</p> <p>V rámci oddělení dodržuje ochranně-léčebný režim a dietu související s výkonem, nekouří.</p> <p>Je plně aktivní a spolupracuje.</p> <p>Ošetřovatelský problém: Snaha zlepšit management zdraví</p> <p>Priorita: Nízká</p>
--	--

<p>2. Výživa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Příjem potravy • Trávení • Vstřebávání • Metabolismus • Hydratace 	<p>Subjektivně, doma: „Dříve jsem jedla téměř vše. Převažovala u mě velká chuť k jídlu, hlavně ve večerních a nočních hodinách. Intervaly mezi jídly jsem vůbec nedodržovala. Provozovala jsem to, co si myslím, že je dnes běžné. Vyhledávala jsem potraviny, co byly v akci a tím jsem se snažila ušetřit. Poté jsem si uvědomila, že to takhle dál nejde a udělala jsem rozhodnutí, že váha musí jít dolů. Od první návštěvy OB kliniky se snažím dodržovat nějaký režim – přiměřené pauzy a předepsaný jídelníček toho, co bych měla a neměla jíst. Takže na lepších potravinách nešetřím. V současnosti sním 4-5 porcí jídla za den. Také se snažím vylepšit příjem tekutin. V minulosti jsem měla ráda slazené sycené minerálky a nápoje typu coca-cola a džusy. Nyní to omezují a piji více vody. Myslím se, že za den vypiji 1,5 až 2 litry, hlavně tedy vodu a neslazený čaj. Přes den si ráda dopřeji a vypiju cca 2 šálky turecké kávy. Alkoholu moc nedám, ale za měsíc to dělá asi půl litru vína a půl litru piva. Před operací jsem nervózní a nemám vůbec chuť k jídlu. Víím, co mě po operaci čeká za dietu a režim. Myslím si, že jsem na to dostatečně připravená. Než jsem nastoupila, dodržovala jsem lehkou stravu a k večeři pouze bujón.“</p> <p>Objektivně, při hospitalizaci: Pacientka je diabetička na PADu, užívá dlouhodobě Metformin 850 mg. Dietní režim vzhledem k diagnóze DM nedodržovala. Nyní se snaží celkově změnit své stravovací návyky. Dřívější nezdravý styl života postupně nahrazuje dietními doporučeními. Dodržuje pravidelnost mezi jídly a vyhledává především zdravou stravu. Pitný režim se převážně skládá z vody a neslazených ovocných čajů. Za 24 hodin vypije cca 2 až 2,5 litru. Při přípravě jídla se snaží vyvarovat smažení, preferuje vaření v páře a dušení. Na klinice dodržuje režim, včera měla pouze bujón (150 ml) a do 24 hodin tekutiny. Od půlnoci lační. Je srozuměna s výživou po operačním výkonu – tekutiny budou doplněny infuzemi a postupně bude přecházet na příjem tekutin po lžičkách. Postupně se bude trávicí trakt zatěžovat dle aktuálního stavu, pokud nebude přítomna nauzea.</p> <p>Pacientka trpí obezitou III. stupně při váze 117,4 kg a výškou 168 cm, BMI: 41,5. Před operací dodržovala dietní omezení s ohledem na DM. K současnému datu je dostatečně hydratována, kožní turgor je v normě, sliznice jsou růžové</p>
--	--

	<p>a vlhké. Chrup je vlastní a bez viditelných deformit.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Obezita Riziko nestabilní glykémie</p> <p>Priorita: Nízká Nízká</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, doma: „S močením ani vyprazdňováním stolice problém nemám. Pouze na velkou stranu se mi jde hůře v cizím prostředí. Většinou chodím na stolicí každý den, někdy i obden. Občas mám souvislost při pití kávy nebo po vykouření ranní cigarety. Naposledy jsem šla na velkou včera.</p> <p>Dýchá se mi dobře. Většinou se zadýchám při námaze a chůzi do schodů. Onemocněním dýchacích cest trpím zhruba dvakrát do roka. Za den vykouřím asi tak 15 cigaret. S kůží většinou nemívám problémy. Akorát v letních měsících mě trápí opruzeniny v kožních záhybech.“</p> <p>Objektivně, při hospitalizaci: Pacientka si na toaletu dochází bez dohledu. Ve vyprazdňování moče a stolice je plně samostatná. Jako datum poslední stolice udává 1. hospitalizační den. Žádná laxativa neužívá. Vše probíhá bez výrazných obtíží. Peristaltika je slyšitelná. Problémy s dýcháním nemá, pouze při zvýšené zátěži. Dále neužívá žádné léky ovlivňující dýchací systém. Kožní změny nejsou patrné, na dolních končetinách má elastické punčochy jako prevenci TEN, bez otoků.</p> <p>Ošetrovatelský problém: -</p> <p>Priorita: -</p>
<p>4. Aktivita – odpočinek</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spánek, odpočinek • Aktivita, cvičení • Rovnováha energie • Kardiovaskulární- 	<p>Subjektivně, doma: „Doma spím celkem dobře, myslím, že tak za noc naspím v průměru 8 hodin. V noci se budím, mám doma nemocného syna, který mě občas vzbudí, když něco potřebuje. Žádné léky na spaní neužívám. Přes den se většinou věnuji synům. Přítel se mi snaží pomoci, co to jen jde. Když mám více volna, ráda si vyrazím zaplavat a také na procházky do přírody.“</p> <p>Objektivně, při hospitalizaci: Pacientka netrpí nespavostí. Spí v noci, občas se vzbudí. Žádná hypnotika ani léky na</p>

<p>pulmonální reakce</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sebepečce 	<p>uklidnění neužívá. Má doma nemocného syna, o kterého se stará. S přítelem si vypomáhají.</p> <p>Pokud má volno, ráda relaxuje a věnuje se svým volnočasovým aktivitám, mezi které patří: plavání, procházky do přírody a sledování filmů pro pamětníky.</p> <p>Pacientka je aktivní a plně soběstačná ve všech denních činnostech. Dýchání udává bez obtíží, srdeční akce je pravidelná 68', bez obtíží.</p> <p>Ošetřovatelský problém: -</p> <p>Priorita: -</p>
<p>5. Percepce/kognice</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pozornost • Orientace • Kognice • Komunikace 	<p>Subjektivně, doma: „Zatím problémy nemám. Když jsem doma delší dobu, tak si úplně nevzpomenu kolikátého je. Ale to si myslím, že zažil asi každý. Doma mám nemocného syna, který vyžaduje nějaký režim.</p> <p>Ráda sleduji dění v televizních zprávách nebo také na internetu.</p> <p>Jmenuji se Y. Y., dnes jsem hospitalizovaná druhý den, ležím na pražské OB klinice na 1. patře.“</p> <p>Objektivně, při hospitalizaci: Pacientka je plně při vědomí, orientovaná místem, časem a osobou. Verbální projev je čistý a srozumitelný. Pacientka nemá problémy se sluchem a zrakem, nevyužívá žádné kompenzační pomůcky. Zpětná vazba je pozitivní.</p> <p>Pacientka naslouchá a rozumí všemu, co jí je sděleno.</p> <p>Ošetřovatelský problém: -</p> <p>Priorita: -</p>
<p>6. Sebepercepce</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sebepojetí • Sebeúcta • Obraz těla 	<p>Subjektivně, doma: „Chtěla bych se jednou dostat na svoji vysněnou váhu, cítit se krásnější zevnitř i na venek. Přeji si být více atraktivní pro svého partnera.“</p> <p>Objektivně, při hospitalizaci: Pacientka nahlíží na výkon pozitivně. Je plně srozuměna s režimem po operaci a přistupuje k němu s očekáváním a optimismem. Plánuje se dostat na svoji cílenou váhu, která činí 80 kg.</p> <p>Ošetřovatelský problém: -</p> <p>Priorita: -</p>
<p>7. Vztahy mezi rolami</p>	<p>Subjektivně, doma: „Většinou máme doma dobré vztahy, jsem v kontaktu i se svým bývalým manželem. Mám doma</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Role pečovatелů • Rodinné vztahy • Plnění rolí 	<p>nemocného syna, ale i ten mi je velkou oporou. Myslím si, že společně s partnerem svoji životní situaci zvládáme dobře. Jsem ráda, že jsme spolu. Je mi velkou oporou.“</p> <p>Objektivně, při hospitalizaci: Pacientka i přesto, že má nemocného syna, žije spokojeným životem. Vztahy v rodině hodnotí kladně. Se všemi příbuznými je v kontaktu. Při nástupu na oddělení byla doprovázena partnerem. Během pobytu na klinice je se všemi blízkými ve spojení.</p> <p>Ošetřovatelský problém: -</p> <p>Priorita: -</p>
<p>8. Sexualita</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexuální funkce • Reprodukce 	<p>Subjektivně, doma: „Bohužel máme v rodině hemofilii, kterou trpí oba moji synové. Se třetím to bohužel nevyšlo a nerada o tom mluvím. Až kluci odrostou, možná bych si ještě jedno dítě přála.“</p> <p>Objektivně, při hospitalizaci: Pacientka nerada mluví o své minulosti. Snaží se pravidelně docházet na preventivní prohlídky ke svému gynekologovi. Poslední návštěva proběhla v říjnu 2016. První menarché se objevilo zhruba v 11 letech. Pacientka trpí běžnými premenstruačními obtížemi. Průměrná doba trvání menarché činí 6 dní. Užívá hormonální antikoncepci Minerva 2 mg/0,035 mg od roku 2016, bez zjištěných vedlejších účinků. Samovyšetřování prsů provádí pravidelně vždy k osmému dni od začátku menstruačního krvácení.</p> <p>Ošetřovatelský problém: -</p> <p>Priorita: -</p>
<p>9. Zvládání/tolerance zátěže</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posttraumatické reakce • Reakce na zvládání zátěže • Neurobehaviorální stres 	<p>Subjektivně, doma: „Pokud nastane nějaký problém, snažíme se ho s partnerem vyřešit společně. Hodně mi pomohl v minulosti a vím, že mi bude vždy oporou. Operačního zákroku se bojím jen trochu, spíše myslím na to, jaké to bude, až se vrátím domů.“</p> <p>Objektivně, při hospitalizaci: Pacientka je relativně klidná a aktivně spolupracuje. Má pevnou podporu v kritických situacích hlavně od rodiny. Strach pocítuje pouze při představě budoucího režimu z hlediska stravování.</p> <p>Ošetřovatelský problém: Úzkost</p>

	<p>Priorita: Nízká</p>
<p>10. Životní principy</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hodnoty • Přesvědčení • Soulad hodnot/ přesvědčení/jednání 	<p>Subjektivně, doma: „Věřím pouze tomu, na co si mohu sáhnout. Nejdůležitější jsou pro mne moje rodina. Ale každý se chce přeci líbit.“</p> <p>Objektivně, při hospitalizaci: Pacientka je ateistka. Věří spíše na materiální hodnotu. Kostel navštěvuje v rámci svátečních dnů. Rodina je pro ni na prvním místě.</p> <p>Ošetřovatelský problém: -</p> <p>Priorita: -</p>
<p>11. Bezpečnost – ochrana</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infekce • Fyzické poškození • Násilí • Environmentální rizika • Obranné procesy • Termoregulace 	<p>Subjektivně, doma: „Žádné významné infekční nemoci jsem neprodělala. Pouze běžná dětská onemocnění. S násilím jsem si u nás v rodině nikdy nesešla a věřím, že to tak bude i nadále. Máme doma velmi dobré vztahy.</p> <p>Vždy se snažím obléknout podle aktuálního počasí, protože se v dnešní době na předpovědi vůbec nedá spoléhat.“</p> <p>Objektivně, při hospitalizaci: Pacientka má ze vstupů zavedený PŽK - růžový (20 G/65 min) na pravé horní končetině v kubitě. Je bez známek infekce, škála dle Madonna 0. Dezinfekce pupeční jizvy pomocí Cutaseptu F, dále přiložen tampón s Betadine roztokem. Pacientka je poučena o PŽK, zná a dokáže popsat známky infekce.</p> <p>Ošetřovatelský problém: Riziko infekce</p> <p>Priorita: Střední</p>
<p>12. Komfort</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tělesný komfort • Komfort prostředí • Sociální komfort 	<p>Subjektivně, doma: „Nic mě nebolí. Jen začínám být trochu nervózní, jak se to blíží. Na pokoji se mi velice líbí, příjemné prostředí, které je ještě ke všemu barevně vyladěné. Jsem ráda, že jsem na pokoji sama. Alespoň se v klidu vyspím. Také jsem se tu včera setkala s další pacientkou, která mi padla oka. Alespoň jsem potkala někoho, kdo bude mít to samé, co já. Můžeme se navzájem podporovat.“</p> <p>Objektivně, při hospitalizaci: Pacientka je aktuálně bez bolestí. Na lůžkovém oddělení je velmi spokojená.</p>

	<p>Z hlediska sociální stránky hodnotí ekonomickou situaci kladně. Bydlí společně s partnerem a dětmi v panelovém domě ve 2. patře. V současné době nepracuje, je doma a pečuje o osobu blízkou. Se všemi příbuznými má pozitivní vztahy.</p> <p>Ošetřovatelský problém: -</p> <p>Priorita: -</p>
<p>13. Růst/vývoj</p> <ul style="list-style-type: none"> • Růst • Vývoj 	<p>Subjektivně, doma: „V dětství jsem prodělala běžné nemoci. K nárůstu mé hmotnosti došlo asi v 19-ti letech. Myslím, že to bylo způsobené hlavně zvýšenou chutí k jídlu ve večerních hodinách. Také jsem se málo hýbala. Moje nejvyšší váha byla 131 kg. Po prvních návštěvách na OB klinice jsem měla nastavený nějaký režim a podařilo se mi dostat na 117 kg. Chtěla bych se dostat na váhu 80 kg.“</p> <p>Objektivně, při hospitalizaci: Pacientka udává postupný nárůst hmotnosti během dětství, hlavně po 19-ti letech. Nyní při váze 117,4 kg a výšce 168 cm, BMI činí 41,5, což se rovná obezitě III. stupně. Po operaci doufá v postupný váhový úbytek.</p> <p>Ošetřovatelský problém: -</p> <p>Priorita: -</p>

Zdroj: Rozhovor s pacientkou, 2017

6.7 SITUAČNÍ ANALÝZA 2. hospitalizační den do odjezdu na operační sál

Na pokoji č. 12 u dveří leží paní Y. Y. k plánovanému výkonu LAGB. Pacientka je plně soběstačná, obézní (BMI – 41,5). Diabetička na PADu, užívá jednu tabletu Metforminu 850 mg večer. Všeobecná sestra na základě anamnézy a fyzikálního vyšetření stanovila ošetrovatelské diagnózy, které trvaly do odjezdu na operační sál - *Snaha zlepšit management zdraví, obezita, riziko nestabilní glykémie, úzkost a riziko infekce.* (HERDMAN, KAMITSURU, 2015) Na základě ošetrovatelských diagnóz se všeobecná sestra věnovala důkladné edukaci, kontrole glykémie a prevenci TEN. Ráno provedena kontrola glykémie pro riziko její nestabilní hodnoty – 5,2 mmol/l. Alergologická anamnéza pozitivní na Duomox, na který má reakci v podobě exantému. Pacientka pociťovala ráno před výkonem úzkosti, byla edukována všeobecnou sestrou a pro větší klid pacientky byl k lůžku přivolán lékař, aby s ní promluvil a vše jí vysvětlil.

Pacientka lačnila od půlnoci. Na pravé horní končetině je v kubitě zavedena růžová kanyla, která je funkční, dnes první den. Jako prevenci TEN má elastické punčochy. Ranní fyziologické funkce: TK: 122/78; P: 64'; TT: 36,6 °C. Pacientka je připravena, všechny souhlasy s výkonem a anestezií jsou podepsány a uloženy ve zdravotnické dokumentaci.

Dle ordinace anesteziologa je jako premedikace podáno – Haloperidol-richter 5 gtt p. o., Helicid 40 mg a Dithiaden 1 ampule intravenózně. Pacientka byla poučena o nutnosti sundání kompenzačních pomůcek, kontaktních čoček a šperků. Všechny stanovené ošetrovatelské diagnózy přetrvávají. Pacientka byla předána na operační sál ve 12.30.

Premedikace:

Pro větší přehlednost uvádíme v tab. č. 9 premedikaci, kterou naordinoval anesteziolog po nahlédnutí do zdravotnické dokumentace, po kontrole naměřených fyzikálních hodnot a po rozhovoru s pacientkou.

Tabulka 9 Premedikace 2. hospitalizační den

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Helicid	Prášek pro koncentrát pro přípravu infuzního roztoku/intravenózně ve 100 ml F1/1	40 mg 1 lahvička	Před výkonem	Antiulcerózum, inhibitor protonové pumpy
Dithiaden	Injekční roztok/intravenózně s 8 ml F1/1	1,2 mg 1 ampule	Před výkonem	Antihistaminikum
Haloperidol – richter	Roztok/p. o.	2 mg/1 ml	Před výkonem 5 gtt.	Antipsychotikum

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacientky, 2017

6.8 CHIRURGICKÁ LÉČBA (výkon, kdy):

Název výkonu: Laparoskopicky adjustabilní gastrická bandáž

Začátek operace: 12.45

Konec operace: 13.55

Anestezie: celková

Intravenózně: Dexamed 8 mg (12.50), Analgin 1 ampule (13.30), Ondasetron 4 mg (13.45), krystaloidy 1000 ml Plasmalyte

Ošetření očí: Lacrysin gtt. + krytí

Výkon proběhl v klidné narkóze. Dutina břišní byla bez zjevné patologie. Do oblasti žaludku byla umístěna gastrická bandáž, která těsnila. Zámek bandáže byl následně uzavřen na 1. stupeň. Dále byla připravena komůrka pro port nad levým žeberním obloukem a pomocí 3 stehů proběhlo ukotvení portu k fascii žeberních svalů. (Operační protokol, OB klinika, 2017)

6.9 POOPERAČNÍ REŽIM, ORDINACE LÉKAŘE + AKTUÁLNÍ MEDIKACE

Výživa: 0. pooperační den – tekutiny od 18 hodin, dieta č. 0s (čajová); na operačním sále infúze č. I. 1000 ml Plasmalyte čistý; na JIP č. II. 500 ml Plasmalyte čistý; na lůžkovém oddělení č. III 500 ml Plasmalyte + 20 ml KCl 7,45 %

Pohybový režim: A (volný), první vstávání na lůžkovém oddělení se všeobecnou sestrou.

RHB: dechová – močový sáček bez výpustě s ustřiženým rohem. Dýchání jednou za 30 minut, nádech nosem a výdech pusou do sáčku. Sed, stoj a chůze po oddělení.

Infuzní a medikamentózní léčba:

Infuze:

2. hospitalizační den, 0. pooperační den

I. 1000 ml Plasmalyte intravenózně – krystaloidy (z operačního sálu)

II. 500 ml Plasmalyte intravenózně – krystaloidy

III. 500 ml Plasmalyte intravenózně – krystaloidy + 20 ml 7,45 % KCl (infundabilium, roztok elektrolytů)

Tabulka č. 10 uvádí aktuální medikamentózní léčbu, kterou naordinoval ošetřující lékař bezprostředně po výkonu.

Tabulka 10 Aktuální medikamentózní léčba

Název léku	Forma/cesta podání	Síla	Dávkování	Skupina
Metformin	Tableta/p. o.	850 mg	0 – 0 – 1 – 0	PAD, derivát biguanidu
Minerva	Tableta/p. o.	2 mg/0,035 mg	0 – 0 – 1 – 0	Hormonální kontraceptivum
Fraxiparine	Injekční roztok/subkutánně	0,3 ml	0 – 0 – 0 – 1	Antikoagulans, nízkomolekulární heparin
Dipidolor	Injekční roztok/intramuskulárně	7,5 mg 1 ampule	Dle potřeby à 6-8 hodin	Analgetikum, anodynum
Novalgin	Injekční roztok/intravenózně ve 100 ml F1/1	500 mg/1 ml 1 ampule	Dle potřeby	Analgetikum, antipyretikum
Analgin	Injekční roztok/intravenózně ve 100 ml F1/1	1 ampule	13.30 – 24 - 06	Analgetikum, spazmolytikum
Paracetamol	Infuzní roztok	10 mg/1 ml 1 lahvička	Dle potřeby	Analgetikum, antipyretikum
Torecan	Injekční roztok/intravenózně s 9 ml F1/1	6,5 mg/1 ml 1 ampule	Dle potřeby	Antiemetikum, antivertiginózum
Ambrobene	Injekční roztok/intravenózně s 8 ml F1/1	15 mg 1 ampule	Po příjezdu ze sálu	Expektorans, mukolytikum
Berodual	Inhalační roztok/inhalace 2 ml + 2 ml aqua pro injectione – 6 l	2 ml roztoku	Po příjezdu ze sálu	Bronchodilatans

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacientky, 2017

3. hospitalizační den, 1. pooperační den (ordinováno již 0. pooperační den)

I. 500 ml Plasmalyte intravenózně – krystaloidy + MgSO₄ 10 % 10 ml + Syntophyllin 1 ampule (injekční roztok; 24 mg/1 ml; bronchodilatans)

(Zdroj: zdravotnická dokumentace pacientky, 2017)

6.10 DOPLNĚNÁ OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA – po výkonu

V této podkapitole uvádíme doplněné utřídění informací dle domén NANDA I., Taxonomie II. Posouzení zdravotního stavu pacientky po výkonu na oddělení JIP. Podrobněji jsou rozepsány ty části, u kterých došlo ke změně.

1. Podpora zdraví (uvědomování si zdraví, management zdraví):

Subjektivně: „Cítím se dobře po výkonu. Ničeho nelituji. Myslela jsem si, že to bude horší.“

Objektivně: Pacientka je usměvavá. Vše probíhá bez komplikací.

Ošetrovatelský problém: Snaha zlepšit management zdraví (přetrvává); **Priorita:** nízká.

2. Výživa (Příjem potravy, trávení, vstřebávání, metabolismus, hydratace):

Subjektivně: „Cítím se dobře po výkonu. Ničeho nelituji. Myslela jsem si, že to bude horší.“

Objektivně: Pacientka je po výkonu lačná, dle zdravotního stavu se postupně začne s „lžičkováním.“ Pacientka je diabetička na PADu. Dle ordinace lékaře měřen stav glykémie.

Ošetrovatelský problém: Obezita (přetrvává); **Priorita:** nízká.

Riziko nestabilní glykémie (přetrvává); **Priorita:** nízká

3. Vylučování a výměna (Funkce močového systému, funkce gastrointestinálního systému, funkce kožního systému, funkce dýchacího systému):

Subjektivně: „Zatím na WC nepotřebuji, sestřička mi říkala, že až budu potřebovat, že si mám zazvonit a půjdeme spolu.“

Objektivně: Pacientka je brzy po výkonu. S prvním vstáváním budeme hlídat močení do 8 hodin.

Ošetrovatelský problém; Priorita: -

4. **Aktivita** – odpočinek: beze změny.

5. **Percepce/kognice:** beze změny.

6. **Sebepercepce:** beze změny.

7. **Vztahy mezi rolemi:** beze změny.

8. **Sexualita:** beze změny.

9. Zvládání/tolerance zátěže: beze změny.

10. Životní principy: beze změny.

11. Bezpečnost – ochrana (Infekce, fyzické poškození, násilí, environmentální rizika, obranné procesy, termoregulace):

Subjektivně: „Sestřička mi říkala, že to vypadá dobře a že budu mít pět jizviček.“

Objektivně: Operační rány po laparoskopii jsou klidné. Pacientka má dle ordinace lékaře Fraxiparine 0,3 ml na 22.00.

Ošetrovatelský problém: Narušená integrita tkáně (nový); **Priorita:** střední
Riziko infekce (přetrvává); **Priorita:** střední.
Riziko krvácení (nový); **Priorita:** nízká.

12. Komfort (Tělesný komfort, komfort prostředí, sociální komfort):

Subjektivně: „Až na tu bolest je to fajn, ale zatím nic proti bolesti nechci. Akorát mě trochu tlačí záda z toho ležení. Cítím trochu podrážděný žaludek, tak snad to horší nebude.“

Objektivně: Pacientka zatím udává mírné bolesti, analgetika odmítá. Cítí mírnou nauzeu, která je korigována medikací dle ordinace lékaře.

Ošetrovatelský problém: Akutní bolest (nový); **Priorita:** střední.
Nauzea (nový); **Priorita:** střední
Zhoršený komfort (nový); **Priorita:** střední.

13. Růst/vývoj: beze změny.

6.11 SITUAČNÍ ANALÝZA 2. hospitalizační den, 0. pooperační den, po zákroku

Ve 14.00 byla pacientka převezena na JIP, při vědomí a plně orientovaná. Dle anesteziologického záznamu dostala ve 12.50 Dexamed 8 mg, ve 13.30 Analgin 1 ampule a ve 13.45 Ondasetron 4 mg. Ze sálu ještě kapala infuze 1000 ml čistého Plasmalyte, zbývala zhruba polovina. Po napojení na monitor všeobecná sestra podala 1 ampuli Ambrobene 15 mg/2 ml + 8 ml F1/1 bolusově. Pacientka byla uvedena do zvýšené polohy a dostala inhalaci Berodualu 2 ml + 2 ml F1/1 kyslíkovou maskou rychlostí 6 litrů. Z pooperační monitorace, dle ordinace lékaře každých 15 minut:

14.05	TK: 139/72	SpO ₂ : 98 %	P: 58' D: 20'	inh. 6 litrů/O ₂
14.20	TK: 129/66	SpO ₂ : 97 %	P: 57' D: 22'	inh. 6 litrů/O ₂
14.35	TK: 128/68	SpO ₂ : 96 %	P: 58' D: 22'	inh. 6 litrů/O ₂
14.50	TK: 126/70	SpO ₂ : 98 %	P: 61' D: 20'	inh. 4 litry/O ₂
15.05	TK: 125/68	SpO ₂ : 96 %	P: 58' D: 23'	inh. 4 litry/O ₂
15.20	TK: 128/69	SpO ₂ : 93 %	P: 56' D: 21'	inh. 2 litry/O ₂
15.35	TK: 126/69	SpO ₂ : 96 %	P: 61' D: 20'	inh. 2 litry/O ₂
15.50	TK: 130/68	SpO ₂ : 99 %	P: 58' D: 21'	bez inh.

K ošetrovatelským diagnózám, které stanovila všeobecná sestra před výkonem, přibyly nové ošetrovatelské problémy – *akutní bolest, narušená integrita tkáně, nauzea, zhoršený komfort a riziko krvácení* (HERDMAN, KAMITSURU, 2015). Většinu těchto ošetrovatelských problémů řešila všeobecná sestra podáním medikace dle ordinace lékaře, monitorací zdravotního stavu, aseptickým postupem a edukací pacientky.

Pacientka byla oběhově stabilní, nezvracela. V 15.00 si pacientka stěžovala na narůstající bolest v oblasti břišní krajiny, kterou ohodnotila dle ústní škály bolesti číslem 7. Byl aplikován Dipidolor 1 ampule intramuskulárně s efektem. Za půl hodiny klesla bolest na číslo 3. Po vykapání infuze ze sálu, byla napojena infuze č. II 500 ml čistý Plasmalyte, dle ordinace lékaře. Dále byla připravena infuze č. III 500 ml Plasmalyte + 20 ml 7,45 % KCl. Z dalších ordinací lékaře proti bolesti má Analgin 1 ampule à 6 hodin ve 100 ml F1/1 pravidelně ve 24 – 06 h. Kontrolní glykémie na JIP byla 6,0 mmol/l, nadále dle ordinace lékaře 3x denně. Operační rány po laparoskopii, celkem 5, mírná sekrece, sterilní krytí neměněno.

Pacientka odjíždí na standartní lůžkové oddělení v 16.00 při vědomí, orientovaná a poučená o dechové rehabilitaci – nafukování močového sáčku. Na oddělení byly fyziologické funkce v 16.05 TK: 116/86; P: 57'; TT: 36,3 °C; SpO₂: 96 %.

V 16.30 proběhlo první vstávání se všeobecnou sestrou, bez komplikací. Chůze na WC, pacientka se vymočila. Od 18.00 může tekutiny po doušcích/lžičkách. Nezvracela. V 18.00 měření fyziologických funkcí TK: 126/78; P: 56'; TT: 36,2 °C; SpO₂: 98 %. Kontrolní glykémie 6,4 mmol/l. Hodnota bolesti dle ústního projevu byla č. 6. Pacientka dostala Paracetamol 10 mg/ml intravenózně. Poté provedla všeobecná sestra převaz operačních ran, které byly odezinfikovány pomocí dezinfekce Cutasept F, osušeny

sterilními čtverci a poté byly opět přiloženy sterilní Curapory 7x5cm. Operační rána byla klidná, bez sekrece. V 18:45 škála bolesti snížena na 3, která už je snesitelnější.

6.12 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT 2. hospitalizační den, 0. pooperační den, po zákroku

Stanovené ošetrovatelské diagnózy pomocí NANDA I, taxonomie II. (HERDMAN, KAMITSURU, 2015) jsou rozděleny na aktuální a rizikové.

AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Akutní bolest – 00132

Doména: 12. Komfort

Třída: 1. Tělesný komfort

Narušená integrita tkáně – 00044

Doména: 11. Bezpečnost/ochrana

Třída: 2. Tělesné poškození

Nauzea – 00134

Doména: 12. Komfort

Třída: 1. Tělesný komfort

Zhoršený komfort – 00214

Doména: 12. Komfort

Třída: 1. Tělesný komfort

Obezita – 00232

Doména: 2. Výživa

Třída: 1. Příjem potravy

Snaha zlepšit management zdraví – 00162

Doména: 1. Podpora zlepšit zdraví

Třída: 2. Management zdraví

POTENCIONÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Riziko infekce – 00004

Doména: 11. Bezpečnost/ochrana

Třída: 1. Infekce

Riziko nestabilní glykémie – 00179

Doména: 2. Výživa

Třída: 4. Metabolismus

Riziko krvácení – 00206

Doména: 11. Bezpečnost/ochrana

Třída: 2. Tělesné poškození

6.13 ROZPRACOVÁNÍ VYBRANÝCH OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

V následujících tabulkách (č. 11, 12, 13) jsou rozpracovány ošetrovatelské diagnózy dle NANDA I., taxonomie II. (HERDMAN, KAMITSURU, 2015). Konkrétněji *akutní bolest*, *narušená integrita tkáně* a *riziko infekce*. Tyto diagnózy byly vybrány proto, že jsou z hlediska priorit ošetrovatelské péče a potřeb pacientky na prvních příčkách.

Tabulka 11 Rozpracovaná ošetrovatelská diagnóza č. 1

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA č. 1
Název + kód: 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.“ (HERDMAN, KAMITSURU, 2015, s. 404)

Určující znaky:

- změny v chuti k jídlu
- výraz bolesti v obličeji (např. ztráta lesku v očích, zbitý pohled, fixní nebo roztroušený pohyb, grimasa)
- vyhledávání antalgické polohy
- vlastní hlášení o intenzitě bolesti pomocí standardizovaných škál bolesti (např. škála *Wong bacer faces*, vizuální analogová škála, numerická škála)

Související faktory:

- fyzikální původci zranění (např. absces, amputace, popálení, pořezání, zvedání těžkých předmětů, operace, trauma, přetrénování)

Rizikové faktory: -

Cíl (dlouhodobý, krátkodobý):

Dlouhodobý – Po propuštění do domácího prostředí a při kontrole na ambulanci (stehy ex) bude hodnota bolesti dle slovního numerického hodnocení menší než č. 2.

Krátkodobý – Snížení aktuální hodnoty bolesti dle slovního numerického hodnocení z č. 7 na méně než č. 4 (2 hodiny).

Priorita: Střední

Očekávané výsledky:

Pacientka je schopna ukázat a popsat místo bolesti, její charakter a intenzitu do 30 minut.

Pacientka je schopna bolest ohodnotit pomocí slovní numerické škály na stupnici 0-10 do 30 minut.

Pacientka je schopna zaujmout úlevovou polohu do 1 hodiny.

Pacientka dodržuje ochranně-léčebný režim do 24 hodin.

Pacientka je schopna popsat činnosti, které jí zvyšují intenzitu bolesti do 24 hodin.

Pacientka je schopna popsat nežádoucí účinky léků.

Pacientka při propuštění hodnotí bolest dle škály číslem méně než 4.

Plán intervencí (posuzovací, prováděcí, vedoucí ke zdraví, dokumentace):

1) Monitoruj bolest ve všech oblastech – lokalizace, charakter, trvání a intenzitu (stupnice 0-10) → všeobecná sestra, při kontaktu s pacientkou.

2) Sleduj verbální a neverbální projevy bolesti → všeobecná sestra, při kontaktu s pacientkou.

3) Edukuj pacientku o slovní numerické škále, kterou se hodnotí stupeň bolesti. Nauč pacientku ohodnotit bolest číslem → všeobecná sestra, do 15 minut při příjezdu z operačního

sálu.

4) Sleduj reakce pacientky na bolest, včetně toho, jak ovlivňuje její chování a změny ve fyziologických funkcích → všeobecná sestra, při kontaktu s pacientkou.

5) Pravidelně měř fyziologické funkce (TK, P, D, SpO₂) kontinuálně monitorem à 15 minut po dobu 2 hodin, poté 3x denně → všeobecná sestra.

6) Proveď záznam do ošetrovatelské dokumentace, při patologických hodnotách informuj lékaře → všeobecná sestra, do 48 hodin.

7) Podávej léky dle ordinace lékaře, proved' záznam o aplikaci (analgetika, opiáty) do ošetrovatelské dokumentace – opiátové knihy → všeobecná sestra, do 48 hodin.

8) Zajisti pro pacientku klidné prostředí pro lepší snášení bolesti a odpočinek → všeobecná sestra, do 2 hodin.

9) Respektuj výrazy a projevy, kterými pacientka vyjadřuje svoji bolest → všeobecná sestra, vždy při hospitalizaci.

10) Sleduj kolísání hodnoty bolesti → všeobecná sestra, v průběhu hospitalizace.

11) Monitoruj účinky léků včetně vedlejších účinků a proved' záznam do ošetrovatelské dokumentace → všeobecná sestra, v průběhu hospitalizace.

12) Vysvětli pacientce, aby se naučila předcházet svým bolestem jednoduchými opatřeními (komprese operačních ran rukama, vstávání přes bok) → všeobecná sestra, do 3 hodin.

13) Sleduj časový výskyt bolestí a dle toho podávej preventivně analgetika → všeobecná sestra, během hospitalizace.

14) Seznam pacientku se signalizačním zařízením → všeobecná sestra, při příjezdu na lůžkové oddělení.

15) Pomoz pacientce zaujmout úlevovou polohu → všeobecná sestra, do 30 minut.

16) V případě výskytu jakýchkoliv komplikací informuj lékaře → všeobecná sestra, v průběhu hospitalizace.

17) Proveď o všem pečlivý zápis do ošetrovatelské dokumentace → všeobecná sestra, denně.

Realizace: 2. hospitalizační den, 0. pooperační den od 14.00 do 19.00

- 14.00 – pacientka byla převezena z operačního sálu, při vědomí, orientovaná. Byla edukována o užití signalizačního zařízení a používání numerické ústní škály na hodnocení stupně bolesti.
- 14.05 – pacientka napojena na monitor pro měření fyziologických funkcí à 15 minut, kontrola TK: 139/72; SpO₂: 98 %; P: 58'; D: 20'. Kontrola operačních ran – mírná stopa.
- 14.08 – pacientka dostala inhalaci kyslíkovou maskou – O₂ s roztokem Berodualu 2 ml + 2 ml F1/1, rychlostí 6 litrů.
- 14.10 – byla intravenózně bolusově podána 1 ampule Ambrobene 15 mg/2 ml + 8 ml F1/1 dle ordinace lékaře.
- 14.15 – pacientka ohodnotila bolest č. 3, zatím léky proti bolesti nevyžadovala.
- 14.20 – kontrola fyziologických funkcí – TK: 129/66; SpO₂: 97 %; P: 57'; D: 22', inhalace rychlostí 6 litrů.
- 14.30 – pacientka spí, na oslovení ji lze probudit.
- 14.35 – kontrola fyziologických funkcí – TK: 128/68; SpO₂: 96 %; P: 58'; D: 22',

inhalace rychlostí 6 litrů.

- 14.40 – kontrola operačních ran, na krytí mírná stopa.
- 14.45 – hodnocení intenzity bolesti, kdy pacientka udává č. 4, zatím nechce nic proti bolesti.
- 14.48 – pacientce byla vysvětlena možnost zaujmout úlevovou polohu – na zádech s pokrčenými DK s mírně zvednutým podhlavním panelem.
- 14.50 – kontrola fyziologických funkcí – TK: 126/70; SpO₂: 98 %; P: 61'; D: 20', inhalace snížena na rychlost 4 litry.
- 15.00 – pacientka si stěžuje na narůstající bolesti, kterou posléze ohodnotila č. 7.
- 15.05 – kontrola fyziologických funkcí – TK: 125/68; SpO₂: 96 %; P: 58'; D: 23', inhalace rychlostí 4 litry nyní kyslíkovými brýlemi. Poté aplikace Dipidoloru 1 ampule intramuskulárně dle ordinace lékaře, podáno bez komplikací.
- 15.15 – pacientka je klidná, snaží se odpočívat.
- 15.20 – kontrola fyziologických funkcí – TK: 128/69; SpO₂: 93 %; P: 56'; D: 21', inhalace snížena na rychlost 2 litrů.
- 15.35 – kontrola fyziologických funkcí – TK: 126/69; SpO₂: 96 %; P: 61'; D: 20', inhalace rychlostí 2 litrů.
- 15.40 – pacientka udává ústup bolesti. Hodnota se snížila na č. 3, která už je snesitelnější. Aplikace léku s efektem.
- 15.50 – kontrola fyziologických funkcí – TK: 130/68; SpO₂: 99 %; P: 61'; D: 21, již bez inhalace.
- 15.55 – pacientka je při vědomí, klidná. Oběhově stabilní, nezvracela.
- 16.00 – pacientka je převezena z JIP na standartní lůžkové oddělení, při vědomí, orientovaná ve všech oblastech.
- 16.05 – kontrola fyziologických funkcí na oddělení – TK: 116/86; SpO₂: 96 %; P: 57'; TT: 36,3 °C. Kontrola operačních ran, pouze mírná stopa, bez průsaku.
- 16.20 – monitorace bolesti, stále je snesitelná při hodnotě č. 4.
- 16.30 – první vstávání se sestrou a chůze na WC.
- 16.45 – kontrola operačních ran – jsou klidné, s mírnou stopou. Funkčnost krytí zachována.
- 17.00 – pacientka je klidná, spí.
- 18.00 – pacientka již může přijímat tekutiny – „lžičkuje“. Kontrola fyziologických funkcí – TK: 126/78; SpO₂: 98 %; P: 56'; TT: 36,2 °C.
- 18.05 – hodnocení bolesti, pacientka dle ústní škály udává č. 6.
- 18.10 – aplikován Paracetamol 10 mg/ml intravenózně dle ordinace lékaře.
- 18.45 – pacientka ohodnotila bolest č. 3, kdy je opět snesitelná.
- 19.00 – pacientka je klidná, zaujímá úlevovou polohu.

Analgetika měla pacientka rozepsána dle potřeby:

Dipidolor 7,5 mg 1 ampule à 6-8 hodin

Novalgín 2 ml/1 ampule ve 100 ml F1/1

Analgin 1 ampule ve 100 ml F1/1 13.30 – 24.00 – 06.00

Paracetamol 10 mg/1 ml 1 lahvička dle potřeby

Kontrola bolesti byla u pacientky prováděna vždy při slovním kontaktu.

Hodnocení:

0. pooperační den – Pacientka je schopna popsat svoji bolest a zhodnotit ji pomocí ústní numerické škály bolesti. Zaujímá úlevovou se zvýšeným podhlavním panelem na zádech s pokrčenými DK, která jí plně vyhovuje. Se signalizací byla seznámena a dokáže ji v případě potřeby využít. Pacientka dodržovala léčebný režim. V případě silných a středně silných bolestí byly aplikovány analgetika dle ordinace lékaře. Účinek analgetik byl bez vedlejších účinků a vždy s efektem, hodnocen č. 3 a méně.

Krátkodobý cíl byl u pacientky splněn.

1. pooperační den – Pacientka při propuštění udávala bolest ohodnocenou č. 3.

Týden po propuštění – Kontrola v ambulanci, stehy ex. Pacientka udává občasnou tupou bolest, kterou ohodnotila č. 1.

Dlouhodobý cíl byl u pacientky splněn.

Zdroj: HERDMAN, KAMITSURU, 2015; autor

Tabulka 12 Rozpracovaná ošetřovatelská diagnóza č. 2

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA č. 2

Název + kód: 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.“ (HERDMAN, KAMITSURU, 2015, s. 370)

Určující znaky:

- Poškozená tkáň

Související faktory:

- Nevyvážená výživa (např. obezita, malnutrice)
- Chirurgický zákrok

Rizikové faktory: -

Cíl (dlouhodobý, krátkodobý):

Dlouhodobý – Pacientka nebude mít obtíže a operační rána se zhojí per primam. (Do 8-10 dní)

Krátkodobý – Pacientka ví, jak se má o operační rány starat, dokáže rozpoznat komplikace,

keré by se mohly případně objevit. (Do 24 hodin)

Priorita: střední

Očekávané výsledky:

Pacientka nemá bolesti při převazování operační rány do doby, než budou stehy ex.

Pacientka je edukována o péči o operační rány do 24 hodin.

Pacientka dokáže popsat komplikace související s operačními ranami do 24 hodin.

Pacientka je edukována o dalším režimu v souvislosti s operační ránou – převazování, stehy.

Pacientčina operační rána se bude hojit per primam do 8-10 dní.

Plán intervencí (posuzovací, prováděcí, vedoucí ke zdraví, dokumentace):

- 1) Převazuj operační rány každý den nebo v případě potřeby → všeobecná sestra.
- 2) Převazuj operační rány asepticky, zachovej sterilitu krytí → všeobecná sestra, vždy.
- 3) Monitoruj vzhled operační rány, sekreci, velikost, stehy a funkčnost krytí → všeobecná sestra, vždy při převazu.
- 4) Kontroluj známky zánětu či počínající infekce → všeobecná sestra, vždy při převazu.
- 5) Sleduj proces hojení operační rány a zaměř se na vznik možných komplikací (infekce, dehiscence) → všeobecná sestra, vždy při převazu.
- 6) Podávej analgetika dle potřeby, když bude mít pacientka bolesti → všeobecná sestra, během 3 dnů.
- 7) Informuj lékaře v případě komplikací – zvýšená sekrece, známky zánětu, patologické hodnoty → všeobecná sestra.
- 8) Proveď pečlivý zápis do ošetrovatelské dokumentace o převazu rány, jejím vzhledu, případné sekrece → všeobecná sestra, každý den.
- 9) Edukuj pacientku o péči, kterou operační rána vyžaduje → všeobecná sestra, do 24 hodin.
- 10) Nauč pacientku asepticky převazovat operační ránu → všeobecná sestra, do 24 hodin.
- 11) Monitoruj fyziologické funkce alespoň 2x denně a proveď zápis do dokumentace → všeobecná sestra, denně.
- 12) Edukuj pacientku o možných komplikacích, které mohou nastat → všeobecná sestra, do 24 hodin.

Realizace: 2. hospitalizační den, 0. pooperační den – 14.00-19.00

- 14.00 – pacientka byla převezena z operačního sálu na oddělení JIP, při vědomí, byla edukována o použití signalizačního zařízení a numerické škále na hodnocení stupně bolesti.
- 14.05 – pacientka byla napojena na monitor pro sledování fyziologických funkcí – TK: 139/72; SpO₂: 98 %; P: 58'; D: 20'.
- 14.06 – kontrola operačních ran (po laparoskopickém výkonu), sterilní krytí pomocí Curapor 7x5cm, s mírnou stopou. Okolí klidné.
- 14.30 – pacientka zaujímá úlevovou polohu, na zádech s pokrčenými DK se zvednutým podhlavním panelem.
- 14.40 – kontrola operačních ran, nadále klidné se stopou. Sterilní krytí ponecháno.

- 15.00 – pacientka pociťuje narůstající bolesti, které ohodnotila č. 7. Aplikace Dipidolor 1 ampule intramuskulárně dle ordinace lékaře.
- 15.40 – ústní zhodnocení bolesti pomocí škály nyní na hodnotě č. 3. Aplikace Dipidoloru s efektem.
- 16.00 – pacientka převezena na standartní lůžkové oddělení.
- 16.30 – první vstávání s ohledem k operačním ranám. Vstávání přes bok s pokrčenými DK.
- 16.45 – kontrola operačních ran, vzhled zůstává stejný, s mírnou stopou. Sterilní krytí ponecháno.
- 17.00 – edukace pacientky o operačních ranách a režimu – hygienická péče pouze sprchou bez mýdla. Dále byla pacientka edukována o možných komplikacích a známkách infekce.
- 18.00 – kontrola fyziologických funkcí - TK: 126/78; SpO₂: 98 %; P: 56'; TT: 36,2 °C.
- 18.05 – hodnocení bolesti, pacientka klasifikovala č. 6. Aplikace Paracetamolu 10 mg/ml intravenózně dle ordinace lékaře.
- 18.10 – příprava pomůcek k převazu, kdy bylo pacientce vysvětleno vše k převazu operačních ran včetně nezbytných pomůcek.
- 18.15 – převaz operačních ran. Dezinfekce pomocí Cutasept F, osušeno sterilními čtverci a opět byly přiloženy sterilní Curapory 7x5cm. Operační rány byly klidné, bez sekrece a bez známek infekce. Velikostí 2-3 stehy.
- 18.30 – byl proveden pečlivý zápis do ošetrovatelské dokumentace.

Realizace: 3. hospitalizační den, 1. pooperační den – 7.00-13.00

- 7.00 – pacientka byla vzhůru. Kontrola fyziologických funkcí – TK: 127/68; SpO₂: 99 %; P: 58'; TT: 36,6 °C; GLY: 7,1 mmol/l.
- 7.15 – pacientka byla ve sprše, krytí ponecháno.
- 7.30 – nácvik převazu operačních ran s pacientkou, dezinfekce pomocí Cutasept F, sterilními čtverci osušeno a poté byly přiloženy sterilní Curapory 7x5cm. Nácvik byl úspěšný. Operační rány jsou klidné, bez sekrece a bez známek zánětu.
- 8.00 – byl proveden pečlivý zápis do ošetrovatelské dokumentace.
- 8.10 – pacientka ohodnotila svou bolest dle ústní numerické škály č. 5, aplikace Novalgin 1 ampule ve 100 ml F1/1 intravenózně.
- 8.45 – pacientka odpočívá, bolesti se snížily na č. 2. Aplikace Novalginu s efektem.
- 11.30 – kontrola fyziologických funkcí – TK: 132/72; SpO₂: 98 %; P: 61'; TT: 36,2 °C; GLY: 7,4 mmol/l.
- 12.30 – kontrola operačních ran. Sterilní krytí funkční, bez viditelné sekrece, okolí klidné.
- 12.50 – byl proveden zápis do ošetrovatelské dokumentace.
- 13.00 – pacientka propuštěna do domácího prostředí.

Hodnocení:

Po operaci, během hospitalizace – Pacientka je schopna provést převaz samostatně v domácím prostředí. Je edukována o možných komplikacích a známkách vznikajícího zánětu. Pacientka ví, jak se má o operační rány starat.

Při propuštění je operační rána klidná, bez sekrece. Sterilní krytí ponecháno.

Krátkodobý cíl byl u pacientky splněn.

Týden po propuštění – Kontrola v ambulanci. Operační rány jsou téměř zhojeny, klidné a bez sekrece. Stehy ex.

Dlouhodobý cíl byl u pacientky splněn.

Zdroj: HERDMAN, KAMITSURU, 2015; autor

Tabulka 13 Rozpracovaná ošetřovatelská diagnóza č. 3

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA č. 3

Název + kód: Riziko infekce - 00004

Doména: 11. Bezpečnost/ochrana

Třída: 1. Infekce

Definice: „Náchylnost k napadení a množení se patogenních organismů, což může vést k oslabení zdraví.“ (HERDMAN, KAMITSURU, 2015, s. 345)

Určující znaky: -

Související faktory: -

Rizikové faktory:

- Chronické onemocnění (např. diabetes mellitus)
- Nedostatečné znalosti, jak se vyvarovat patogenům
- Invazivní vstupy
- Obezita
- Nedostatečná primární ochrana - kouření

Cíl (dlouhodobý, krátkodobý):

Dlouhodobý – Pacientka nemá žádné projevy počínajícího zánětu či infekce. Vstup po PŽK se zhojí, okolí operačních ran je klidné, zhojí se per primam. (Do 8-10 dní)

Krátkodobý – Pacientka je edukována o známkách počínajícího zánětu a infekce. Pacientka ví, jak se má o operační rány starat. (Do 24 hodin)

Priorita: střední

Očekávané výsledky:

Pacientka dodržuje ochranně-léčebný režim v souvislosti s léčbou do 20 minut.

Pacientka zná a dokáže vyjmenovat známky počínajícího zánětu a infekce do 24 hodin.

Pacientka ví, jak má pečovat o operační rány a jejich okolí do 24 hodin.

Pacientka chápe, jak má postupovat, aby se dosáhlo včasného zhojení operačních ran do 24 hodin.

Pacientka je edukována, že v případě potřeby nebo výskytu komplikací má navštívit kliniku do 24 hodin.

Plán intervencí (posuzovací, prováděcí, vedoucí ke zdraví, dokumentace):

- 1) Prováděj převaz operačních ran každý den, sleduj jejich okolí a případně kontroluj výskyt počínajících známek zánětu → všeobecná sestra.
- 2) Zachovej sterilitu pomůcek a operační rány očisti dezinfekčním prostředkem k tomu určeným → všeobecná sestra, vždy při převazu.
- 3) Věnuj pozornost projevům počínajícího zánětu či infekce a při výskytu těchto komplikací informuj lékaře → všeobecná sestra.
- 4) Kontroluj vstup PŽK a jeho okolí, ale potřeby vyměň krytí → všeobecná sestra.
- 5) Vysvětli pacientce a zdůrazňuj nutnost dodržování ochranně-léčebného režimu a hygienických požadavků (např. mytí rukou) → všeobecná sestra, do 24 hodin.
- 6) Informuj pacientku o zásadách péče o pokožku, o ošetřování kožných poranění i o prevenci šíření infekce → všeobecná sestra, do 24 hodin.
- 7) Edukuj pacientku o způsobu převazování, doporuč vhodné pomůcky k převazu → všeobecná sestra, do 24 hodin.
- 8) Sleduj vzhled operačních ran a místo vpichu PŽK a proved' pečlivý zápis do dokumentace → všeobecná sestra, každý den.
- 9) V případě výskytu jakýchkoliv komplikací informuj lékaře → všeobecná sestra.
- 10) Měř fyziologické funkce alespoň 3x denně a proved' záznam do dokumentace → všeobecná sestra.

Realizace: 3. hospitalizační den, 1. pooperační den - 7.00-13.00

- 7.00 – kontrola fyziologických funkcí - TK: 127/68; SpO₂: 99 %; P: 58'; TT: 36,6 °C; GLY: 7,1 mmol/l.
- 7.15 – pacientka byla ve sprše, krytí bylo ponecháno.
- 7.30 - nácvik převazu operačních ran s pacientkou, dezinfekce pomocí Cutasept F, osušeno sterilními čtverci, poté byly přiloženy sterilní Curapory 7x5cm. Pacientka byla edukována o převazu, známkách zánětu a možných komplikacích.
- 7.45 – kontrola PŽK a jeho okolí. Vpich i okolí jsou klidné. Propláchnuto sterilním 10 ml F1/1. PŽK funkční, bez obtíží. Aplikace infúze 500 ml Plasmalyte + 1 ampule 10 ml MgSO₄ 10 % + Syntophyllin 1 ampule dle ordinace lékaře, kapat rychle.
- 8.00 – byl proveden pečlivý zápis do ošetřovatelské dokumentace.
- 8.10 – pacientka vyžaduje léky proti bolesti, škála bolesti č. 5, aplikace Novalgin 1 ampule ve 100 ml F1/1, kanyla funkční.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ 8.45 – pacientka odpočívá, bolesti se zmírnily. Aplikace Novalginu s efektem, PŽK propláchnuto sterilním 10 ml F1/1, funkční a okolí klidné. ▪ 11.30 – kontrola fyziologických funkcí - TK: 132/72; SpO₂: 98 %; P: 61'; TT: 36,2 °C; GLY: 7,4 mmol/l. ▪ 12.30 – kontrola operačních ran. Sterilní krytí funkční, bez viditelné sekrece, okolí klidné. PŽK ex, okolí vpichu klidné, bez sekrece a zarudnutí. ▪ 12.50 – proveden zápis do ošetrovatelské dokumentace. ▪ 13.00 – pacientka propuštěna do domácího prostředí.
<p>Hodnocení:</p> <p>Po operaci, během hospitalizace – Pacientka dokázala vyjmenovat známky počínajícího zánětu a infekce. Byl proveden nácvik převazu. Pacientka byla edukována z hlediska péče o operační rány.</p> <p>Krátkodobý cíl byl u pacientky splněn.</p> <p>Při kontrole na ambulanci byly stehy ex. Operační rány jsou téměř zhojeny, klidné, bez sekrece a hojí se per primam. Vstup po PŽK nebyl téměř znatelný.</p> <p>Dlouhodobý cíl byl u pacientky splněn.</p>

Zdroj: HERDMAN, KAMITSURU, 2015; autor

6.14 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Pacientka nastoupila k plánovanému výkonu, o kterém byla v průběhu dlouhodobé předoperační přípravy edukována. Příjem v 1. hospitalizační den proběhl v odpoledních hodinách, praktická sestra vyplnila ošetrovatelskou anamnézu dle Marjory Gordon, následně byly stanovené problémy – kouření, nezdravý životní styl, nedostatek pohybové aktivity a obezita. Výsledky měřících technik: BMI 41,5 (obezita III. stupně); hodnocení rizika stupně dekubitů dle Nortonové 31 bodů (bez rizika); Barthelové test všedních činností 100 bodů (nezávislost, soběstačnost). Pacientka dodržovala režim oddělení, večer měla pouze 150 ml bujónu, do půlnoci tekutiny a poté nic p. o. V 2. hospitalizační den byla zavedena růžová kanyla (G20). U pacientky byly stanovené následující ošetrovatelské diagnózy – *snaha zlepšit management zdraví, obezita, riziko nestabilní glykémie, úzkost a riziko infekce* (HERDMAN, KAMITSURU, 2015), které přetrvávaly do odjezdu na operační sál. V 0. operační den byla pacientka

znovu edukována jak všeobecnou sestrou, tak i anesteziologem. Na základě konzultace a zdravotnické dokumentace stanovil anesteziolog premedikaci. Pacientka byla poučena o možnosti WC, nasazení elastických punčoch jako prevence TEN, o nutnosti sundání šperků a kovu z těla. Následně byla premedikace podána. Pacientka odjížděla připravená na operační sál v pozdních dopoledních hodinách.

Po operačním výkonu byla pacientka přeložena na JIP, kde byla sledována po dobu 2 hodin. K již stanoveným ošetrovatelským problémům přibyly nové – *akutní bolest, narušená integrita tkáně, nauzea, zhoršený komfort a riziko krvácení* (HERDMAN, KAMITSURU, 2015), které všeobecná sestra řešila podáním medikace dle ordinace lékaře, edukací a aseptickými postupy. Pacientka byla plně při vědomí, udávala mírné bolesti v oblasti břišní krajiny, ale analgetika nevyžadovala. Monitorace probíhala à 15 minut, inhalace kyslíkovou maskou s Berodualem rozředěným ve F1/1. Krytí na operační ráně s mírnou stopou po příjezdu ze sálu. Poté sekrece ustala a rána byla klidná. Postupně došlo k nárůstu bolestí v oblasti břišní krajiny, dle ordinace lékaře byla podána 1 ampule Dipidoloru intramuskulárně. Další analgetika byly od ošetřujícího lékaře rozepsány na pevně a dle potřeby - Dipidolor 7,5 mg 1 ampule à 6-8 hodin; Novalgin 2 ml/1 ampule ve 100 ml F1/1; Analgin 1 ampule ve 100 ml F1/1 13.30 – 24.00 – 06.00; Paracetamol 10 mg/1 ml 1 lahvička dle potřeby. Dle odborné literatury a lékařů je tato kombinace analgetik vhodná z hlediska prodloužení účinku. Kontrola bolesti probíhala vždy při slovním kontaktu všeobecné sestry s pacientkou.

Během pobytu na oddělení JIP byla pacientka plně při vědomí, klidná a spolupracovala. Fyziologické funkce byly v normě. Při předávání na standartní lůžkovou jednotku byla pacientka edukována o dechové rehabilitaci.

Na standartním oddělení byla pacientka nadále klidná, komunikovala a spolupracovala. Po hodině od příjezdu na pokoj proběhlo u pacientky první vstávání, malá procházka a cesta na WC – pacientka se vymočila. Dále si již chodila sama. Od 18.00 mohla tekutiny po lžičkách/doušcích. Večerní hodnoty fyziologických funkcí a glykémie byly opět v normě, pacientka si vyžádala léky proti bolesti, byla aplikována 1 lahvička Paracetamolu intravenózně.

V 1. pooperační den (3. hospitalizační) ráno proběhla kontrola fyziologických funkcí + glykémie, které byly v normě. Hygienickou péči pacientka provedla samostatně, poté proběhla edukace a nácvik převazu operační rány pacientkou.

Operační rána byla klidná, bez sekrece a bez známek zánětu či infekce. Pacientka byla edukována o dalším průběhu ošetřujícím lékařem a všeobecnou sestrou. Odpolední kontrola fyziologických funkcí byla opět v normě. Pacientka odcházela s mírnými bolestmi, operační rány byly klidné. V 13.00 byla pacientka propuštěna do domácího prostředí. Pacientka se obávala o pooperační období, zda potřebnou dietu zvládne. Dále trpěla obavami, zda doma probíhá vše, jak má. Krátkodobá hospitalizace ji plně vyhovovala a uklidňovala ji v tom, že se bude moci brzo vrátit domů za synem.

Během hospitalizaci byla pacientce plně poskytnuta péče spojená s tímto druhem bariatrického zákroku. Při dimisi byly ukončeny veškeré ošetrovatelské diagnózy. Z praktického hlediska by přetrvávaly diagnózy – *narušená integrita tkáně, obezita, snaha zlepšit management zdraví, riziko infekce a riziko krvácení* až do kontroly na ambulanci. (HERDMAN, KAMITSURU, 2015) Diagnózy *snaha zlepšit management zdraví a obezita* by přetrvávaly. (HERDMAN, KAMITSURU, 2015) Pacientka odcházela spokojená s pozitivními pocity na nadcházející redukci hmotnosti. Dle standardu oddělení je u tohoto výkonu tří denní hospitalizace běžná, dále záleží na individuálním stavu pacienta/pacientky.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

„Morbidně obézní pacienti mají právo, aby s nimi bylo zacházeno se stejným komfortem, důstojností, respektem a v soukromí jako s ostatními pacienty. Vhodným postojem k míře nutné pomoci pacientovi a častou pochvalou i za malé pokroky lze docílit mnohem větší samostatnosti, soběstačnosti a celkové spokojenosti těchto pacientů. Specializovaným přístupem k ošetřování obézních pacientů lze zlepšit kvalitu ošetrovatelské péče o tyto, často polymorbidní nemocné.“ (FRIED a kol., 2011, s. 219)

S ohledem na praxi ve specializovaném zdravotnickém zařízení bychom rádi uvedli některé zvláštnosti v ošetrovatelské péči o bariatrické pacienty. Veškerá specifika, která níže uvádíme, jsou získaná z praxe nebo zjištěná z odborné literatury. Bariatričtí pacienti mohou být hospitalizováni kdekoliv, proto by bylo lepší, aby zdravotničtí pracovníci alespoň podvědomě věděli, že nějaké odlišnosti jsou.

Doporučení (specifika péče) pro nelékařské zdravotnické pracovníky:

- Pacient musí spát v polosedě – prevence aspirace
- Po výkonu se musí chronická medikace drtit
- Po výkonu mají pacienti inhalace Berodualu s F1/1, alespoň 3x denně
- Dechová rehabilitace (např. do ustřiženého močového sáčku)
- Hlídání příjmu a výdeje v čase (bilance tekutin)
- Monitorace dyspeptických obtíží
- Antikoagulancia se aplikují do paže (ne do břicha!)
- Dodržovat posloupnost příjmu ledy → lžičky → doušky
- Dva týdny po operaci má pacient pouze tekutou dietu, později přechází na kašovitou (kefir, actimel, ředěné džusy, které nejsou kyselé, ...)
- Dostatečná mobilizace a chůze po výkonu
- Pacienti dostávají kartičku, kde je uvedené pohotovostní číslo v případě nouze
- Pacienti s delším odstupem od operace mívají 1/3 porce jídla

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se zaměřili na bariatrii ve dvou částech - teoretické a praktické. V teoretické části je popsána obezita jako taková a následně pokračujeme bariatrií. Cíle pro teoretickou část: poukázat na současný problém obezity, na chirurgickou léčbu obezity a přiblížit ji čtenáři bakalářské práce. Cíle pro teoretickou část byly splněny.

Pro praktickou část byl stanoven cíl ve znění: detailní popis a vysvětlení předoperační a pooperační péče u třicetileté pacientky před a po bariatrické operaci. Přímo je popisována předoperační příprava od předoperačního vyšetření až po průběh hospitalizace s následnou pooperační péčí za využití metody ošetrovatelského procesu. V praktické části je využita ošetrovatelská anamnéza dle Marjory Gordon v 1. hospitalizačním dni, následuje utřídění informací dle NANDA domén, které se vztahovalo ke 2. hospitalizačnímu dni. V závěru případové studie jsou rozpracovány tři ošetrovatelské diagnózy dle NANDA I. taxonomie II. Cíl pro praktickou část bakalářské práce byl splněn. Výsledkem kazuistiky jsou doporučení pro praxi s uvedením specifík pro ošetrovatelskou péči, která jsme vyzorovali, zjistili a následně zkonzultovali se všeobecnými sestrami na daném pracovišti.

V rámci odborné praxe nám bylo umožněno sbírat podklady pro tvorbu bakalářské práce ve specifickém zdravotnickém zařízení, kde jsme měli možnost se s takovými pacienty setkat a starat se o ně formou ošetrovatelského procesu. Na klinice byli hospitalizováni pacienti, kteří teprve na operaci čekali, pacienti po operaci, ale také ti pacienti, vracející se na kliniku po uplynutí přibližně jednoho roku a zhubnutí několik desítek kilogramů. Tito pacienti se na klinice již nepodrobovali bariatrickým zákrokům či jiným výkonům související s obezitou, nýbrž zákrokům estetickým, např. abdominoplastice.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ČESKO, Zákon č. 101/2000 Sb. ze dne 4. dubna 2000 o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů. In: Sbíрка zákonů Česká republika. 2000, částka 32, s. 1521-1532. [cit. 2018-02-14]. Dostupné také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=3420>.

ČIERNY, M., 2012. Výhody, komplikace, nežádoucí účinky a kvalita života po operační léčbě obezity. *Banding klub* [online] [cit. 2018-02-07]. Dostupné z: <http://www.bandingklub.cz/bariatric/complications-cost-effective-bariatric-surgery/>

DOLEŽALOVÁ, K. a kol., 2012. *Bariatrická chirurgie a primární péče*. První vydání. Praha: Axonite CZ. Asclepius. ISBN 978-80-904899-2-9.

FRIED, M., 2011. Bariatrie je účinná, ne však bez operačního rizika. *Medical tribune* (Praha), roč. 7, č. 11 (Diabetologie), C8, s. ISSN: 1214-8911.

FRIED, M. a kol., 2011. *Bariatrická a metabolická chirurgie: nové postupy v léčbě obezity a metabolických poruch*. První vydání. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2424-2.

FRIED, M. a kol., 2013. Obecné indikace a kontraindikace k bariatrii. *Rozhledy v chirurgii*, roč. 92, č. 1, s. 41-44. ISSN: 0035-9351.

HALUZÍK, M., SVAČINA, Š., 2010. *Inkretinová léčba diabetu*. První vydání. Praha: Mladá fronta. ISBN: 978-80-204-2247-7.

HERDMAN, TH., KAMITSURU, S., 2015. *Ošetřovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015–2017*. Desáté vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

HERLESOVÁ, J. a kol., 2013. *Doporučení k psychologickému vyšetření před bariatrickou operací*. První vydání. Praha: Axonite CZ. ISBN 978-80-904899-6-7.

HLADNÁ, H., 2011. Možnosti terapie obezity. *Sestra*, roč. 21, č. 4, s. 26-28. ISSN: 1210-0404.

- HOLÉCZY, P., 2013. Adjustabilní gastrická bandáž. *Rozhledy v chirurgii*, roč. 92, č. 1, s. 51-54. ISSN: 0035-9351.
- HOLÉCZY, P. a kol., 2016. Metabolické zmeny po bariatrických/metabolických operáciách. *Forum diabetologicum*, roč. 5, č. 1, s. 35-40. ISSN: 1805-3807.
- HRUBÝ, M., 2015. Obezita a bariatrické výkony. *Practicus* (Praha), roč. 14, č. 9, s. 24-27. ISSN: 1213-8711.
- KASALICKÝ, M., 2007. *Tubulizace žaludku: [chirurgická léčba obezity]*. První vydání. Praha: TRITON. ISBN 978-80-7254-957-3.
- KASALICKÝ, M. a kol., 2011. *Chirurgická léčba obezity*. První vydání. Praha: Ottova tiskárna. ISBN 978-80-254-9356-4.
- KRAHULEC, B. a kol., 2013. *Klinická obezitologie*. První vydání. Brno: Facta Medica. ISBN 978-80-904731-7-1.
- KUNEŠOVÁ, M. a kol., 2016. *Základy obezitologie*. První vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-217-6.
- MÜLLEROVÁ, D. a kol., 2009. *Obezita - prevence a léčba*. První vydání. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2146-3.
- NĚMCOVÁ, J. a kol., 2017. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Páté doplněné vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-88249-00-9.
- OWEN, K., 2012. *Moderní terapie obezity: [průvodce pro každodenní praxi]*. První vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-301-5.
- OWEN, K., 2013. Farmakologické a nefarmakologické možnosti léčby obezity. *Interní medicína pro praxi* (Print), roč. 15, č. 10, s. 302-304. ISSN: 1212-7299.
- PLEVOVÁ, I. a kol., 2011. *Ošetrovatelství I*. První vydání. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3557-3.
- POKRIVČÁK, T. a kol., 2014. *Chirurgie*. První vydání. Praha: TRITON. ISBN 978-80-7387-702-6.
- SVAČINA, Š., 2013. *Obezitologie a teorie metabolického syndromu*. První vydání. Praha: Triton. Lékařské repertorium. ISBN: 978-80-7387-678-4.

SVAČINA, Š. a kol., 2013. *Dietologie pro lékaře, farmaceuty, zdravotní sestry a nutriční terapeutky*. Druhé upravené vydání. TRITON. ISBN: 978-80-7387-699-9.

VOKURKA, M., J. HUGO a kol., 2007. *Velký lékařský slovník*. Sedmé aktualizované vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-130-1.

VRANAIOVÁ, A., 2012. Edukace pacienta po chirurgické bandáži žaludku. *Sestra* (Praha), roč. 22, č. 5, s. 40-41. ISSN: 1210-0404.

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O. P. S. Ošetrovatelské dokumentace podle vybraných koncepčních modelů. *SharePoint* [online]. [cit. 2018-03-19]. Dostupné z: https://sharepoint.vszdrav.cz/stud_mat/OPPA%203/M_GORDON_2.docx

PŘÍLOHY

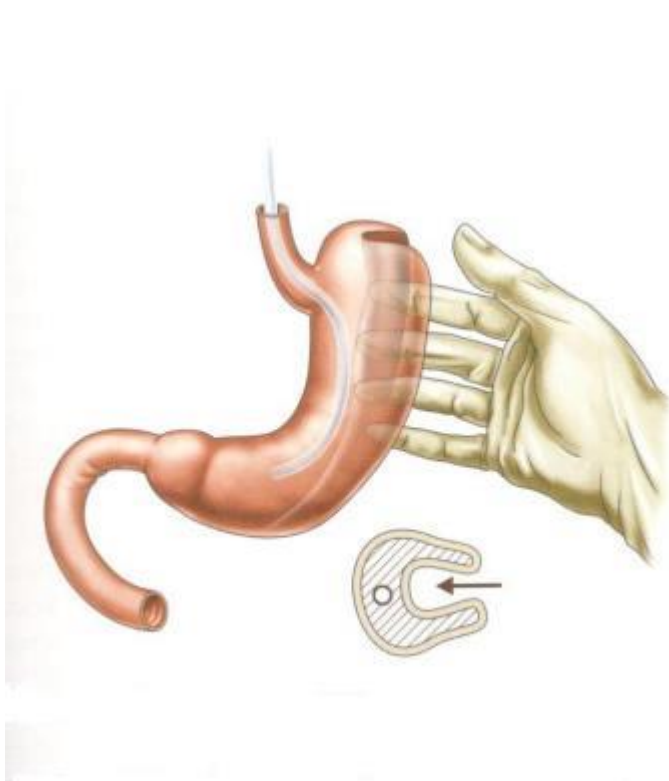
Příloha A – Algoritmus podle Buchwalda	I
Příloha B – Obrázek Plikace žaludku	II
Příloha C – Obrázek LAGB	III
Příloha D – Obrázek BPD	IV
Příloha E – Obrázek Tubulizace žaludku	V
Příloha F – Ošetřovatelská anamnéza dle Marjory Gordon č. 1	VI
Příloha G - Ošetřovatelská anamnéza dle Marjory Gordon č. 2	VII
Příloha H - Ošetřovatelská anamnéza dle Marjory Gordon č. 3	VIII
Příloha I – Rešeršní protokol	IX
Příloha J – Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce	X
Příloha K – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů	XI

Příloha A – Algoritmus podle Buchwalda

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

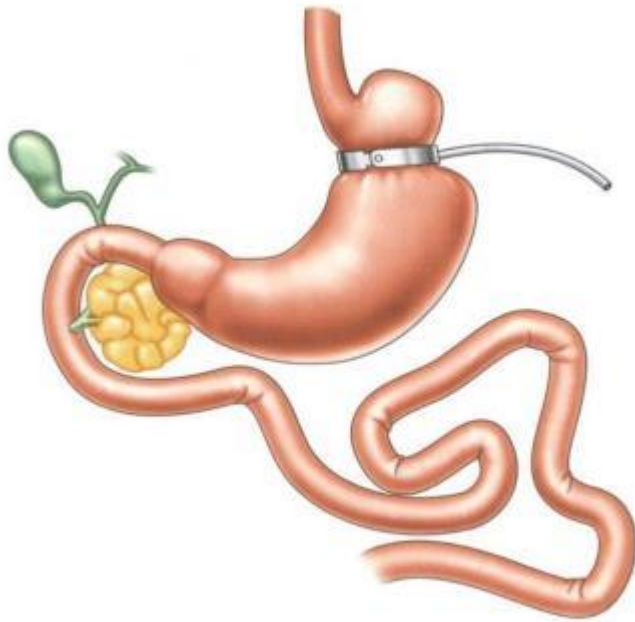
Zdroj: FRIED a kol., 2011, s. 76

Příloha B – Obrázek Plikace žaludku



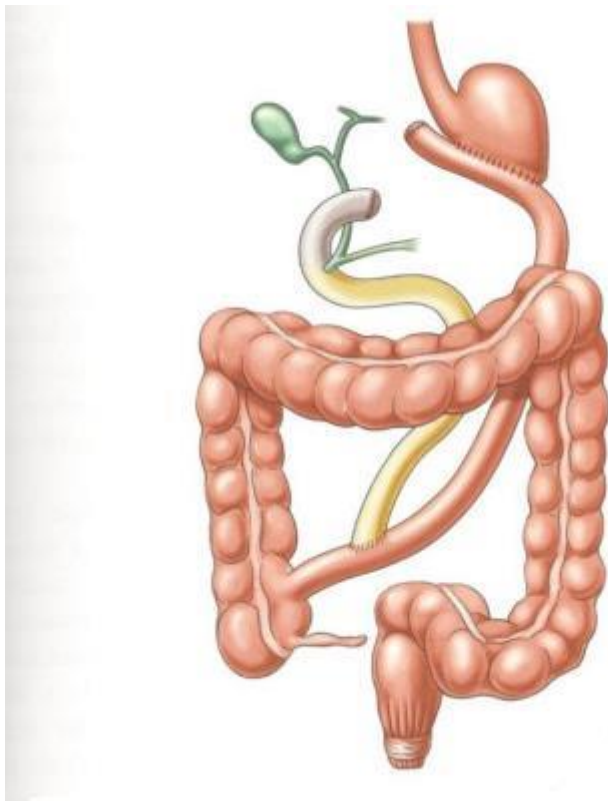
(FRIED a kol., 2011, s. 65)

Příloha C – Obrázek LAGB



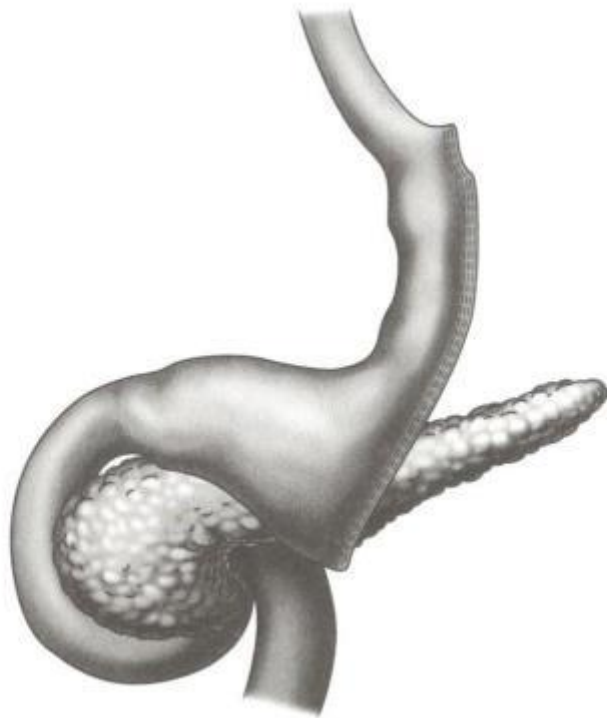
(FRIED a kol., 2011, s. 64)

Příloha D – Obrázek BPD



(HALUZÍK, SVAČINA, 2010, s. 43)

Příloha E – Obrázek Tubulizace žaludku



(KASALICKÝ, 2007, s. 44)

Příloha F – Ošetřovatelská anamnéza dle Marjory Gordon č. 1

Ošetřovatelská anamnéza podle M. Gordon		I. f. posouzení
1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví		
můj zdravotní stav	<input type="checkbox"/> dobrý <input checked="" type="checkbox"/> část. dobrý <input type="checkbox"/> narušený <input type="checkbox"/> špatný	Ošetřovatelský problém:
pro udržení zdraví	<input type="checkbox"/> sportuji <input checked="" type="checkbox"/> procházky <input type="checkbox"/> zahradničím	
	<input type="checkbox"/> dodržuji zdrav. výživu <input type="checkbox"/> nic	Kouření
nemoc za poslední rok	Běžná nachlazení	úraz -
lékařská doporučení dodržuji	<input checked="" type="checkbox"/> důsledně <input type="checkbox"/> občas <input type="checkbox"/> nedodržuji	Nezdravý živ. Styl
při objevení současných obtíží jsem	<input type="checkbox"/> navštívil lékaře <input checked="" type="checkbox"/> užil léky	Nedostatek poh. aktivity
	<input checked="" type="checkbox"/> poradil se	
2. Výživa, metabolismus		
stav výživy	<input checked="" type="checkbox"/> změna váhy v poslední době <input type="checkbox"/> ↑ o kg <input checked="" type="checkbox"/> ↓ o 3-5 kg	Využití techniky:
chut' k jídlu	<input checked="" type="checkbox"/> dobrá <input type="checkbox"/> nechutenství	BMI – 41,5 →
stav výživy	<input type="checkbox"/> přiměřený <input type="checkbox"/> podvýživa <input checked="" type="checkbox"/> obezita <input type="checkbox"/> mírná nadváha	Obezita III. stupně
způsob přijímání stravy	<input checked="" type="checkbox"/> per os <input type="checkbox"/> sonda <input type="checkbox"/> pumpa <input type="checkbox"/> stomie	Hodnocení nutričního stavu – 1 bod
forma stravy	<input checked="" type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> kašovitá <input type="checkbox"/> tekutá	Hodnocení rizika stupně dekubitů dle Nortonové – 31 bodů
porucha polykání	<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO stav chrupu <input checked="" type="checkbox"/> dobrý <input type="checkbox"/> protéza	
potíže	<input type="checkbox"/> nauzea <input type="checkbox"/> zvracení <input type="checkbox"/> pálení žáhy	
typický denní příjem jídla	<input checked="" type="checkbox"/> snídaně <input type="checkbox"/> svačina dopol. <input checked="" type="checkbox"/> oběd <input checked="" type="checkbox"/> večeře <input type="checkbox"/> svačina odpol. <input checked="" type="checkbox"/> druhá večeře	
přidavky	<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO jaké	Ošetřovatelský problém:
dietní omezení doma	<input type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO jaké DM	Obezita III. stupně
dieta	<input type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO číslo 9	
schonost sám se najíst	<input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> částečně <input type="checkbox"/> krmen	Riziko nestabilní glykémie
přijem tekutin za 24 hod	<input type="checkbox"/> < 0,5 <input type="checkbox"/> 0,5 - 1 <input type="checkbox"/> 1 - 1,5 <input checked="" type="checkbox"/> 1,5 - 2 <input type="checkbox"/> > 2 l	
k dispozici dostatek tekutin	<input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE důvod	
pocit sucha v ústech	<input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> defekty v ústech <input type="checkbox"/> ↓ pocit žízně	
kožní turgor	<input checked="" type="checkbox"/> dobrý <input type="checkbox"/> snížený stav sliznic <input checked="" type="checkbox"/> růžové <input type="checkbox"/> bledé <input type="checkbox"/> jiné	
stav vlasů	<input checked="" type="checkbox"/> dobrý <input type="checkbox"/> vypadávají stav nehtů <input checked="" type="checkbox"/> dobrý <input type="checkbox"/> narušený	
3. Vylučování - moče, stolice		
moče		0
mikce	<input checked="" type="checkbox"/> bez problémů <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> problematická	
změna v poslední době	<input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE	
vylučování moče	<input checked="" type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> s pomocí na WC <input type="checkbox"/> na lůžku	
obtíže	<input type="checkbox"/> pálení <input type="checkbox"/> řezání <input type="checkbox"/> v noci <input type="checkbox"/> v men. porcích <input type="checkbox"/> bolest	
močení	<input type="checkbox"/> retence <input type="checkbox"/> urostomie/den <input type="checkbox"/> moč. katétr / den	
příměsí v moči	<input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> jaké	
stolice		
vyprazdňování střeva	<input checked="" type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> s pomocí na WC <input type="checkbox"/> na lůžku <input type="checkbox"/> stomie	
stolice	<input checked="" type="checkbox"/> pravidelná <input type="checkbox"/> zácpa <input type="checkbox"/> průjem	
barva (hnědá)	inkontinence <input type="checkbox"/> částečná <input type="checkbox"/> úplná	
vyprazdňovací návyky	<input type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO jaké upřednostňuje vlastní prostředí	
změna v poslední době	<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO jaká	
užívání preparátů na vyprázdnění	<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO jaké	
obtíže během vyprazdňování	<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO jaké	
4. Aktivita, cvičení		
pocit dostatečné síly a životní energie	<input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE	Použití techniky:
cvičím	<input checked="" type="checkbox"/> necvičím <input type="checkbox"/> občas <input type="checkbox"/> pravidelně typ cvičení -	Barthelové test
faktory bránící těl. aktivitě	<input type="checkbox"/> dušnost <input type="checkbox"/> sval. křeče <input type="checkbox"/> parézy/plegie	všedních činností – 100 bodů (nezávislost, soběstačnost)
	<input type="checkbox"/> srdeční onem. <input type="checkbox"/> plic. onem. <input checked="" type="checkbox"/> onem. pohyb. aparátu	
doma	<input checked="" type="checkbox"/> bez problémů <input type="checkbox"/> s oporou <input type="checkbox"/> neschopen	
nyní	<input checked="" type="checkbox"/> bez problémů <input type="checkbox"/> s oporou <input type="checkbox"/> neschopen	
chybějící části těla	<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO jaké	

Zdroj: Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

(https://sharepoint.vszdrav.cz/stud_mat/OPPA%203/M_GORDON_2.docx), pacientka

Příloha G - Ošetřovatelská anamnéza dle Marjory Gordon č. 2

kompenzační pomůcky		<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO jaké		
úroveň soběstačnosti - funkční úroveň				
<input checked="" type="checkbox"/> 0 nezávislý		<input type="checkbox"/> 1 vyžaduje pom. prostředek		<input type="checkbox"/> 2 potř. min. pomoc, dohled
<input type="checkbox"/> 3 potřebuje pomoc, pomůcky		<input type="checkbox"/> 4 potřeb. úplný dohled		<input type="checkbox"/> 5 sám nic
<input type="checkbox"/> nájíst se		<input type="checkbox"/> umýt se	<input type="checkbox"/> vykoupat se	<input type="checkbox"/> obléci se
<input type="checkbox"/> pohybovat se		prevence imobilizačního. syndromu		
		<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO jaká		
pohyb režim v nemocnici		znalost <input type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO		
držení těla		<input checked="" type="checkbox"/> vzpřímené <input type="checkbox"/> změněné jak		
koordinace		<input checked="" type="checkbox"/> dobrá <input type="checkbox"/> narušená jak		
5. Spánek, odpočinek				
<input checked="" type="checkbox"/> kvalitní spánek celou noc		<input type="checkbox"/> problémy s usínáním		<input type="checkbox"/> budí se - jak často
<input type="checkbox"/> spí přes den, kolik hod.		<input type="checkbox"/> léky na spaní - <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO jaké		
cítí se		<input checked="" type="checkbox"/> odpočatý <input type="checkbox"/> nevyspalý		
rušivé faktory		<input type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO jaké syn <input type="checkbox"/> zvyky		
6. Vnímání, citlivost, poznání				
vědomí		<input checked="" type="checkbox"/> jasné		<input type="checkbox"/> zastřené <input type="checkbox"/> somnolence <input type="checkbox"/> bezvědomí
sluch		<input checked="" type="checkbox"/> dobrý <input type="checkbox"/> zhoršený P/L ucho <input type="checkbox"/> neslyší P/L ucho <input type="checkbox"/> neslyšící		
		<input checked="" type="checkbox"/> kompenzační pomůcky <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO P/L ucho jaké		
zrak		<input checked="" type="checkbox"/> normál <input type="checkbox"/> nevidomí		<input type="checkbox"/> zhoršený P/L oko <input type="checkbox"/> na blízko <input type="checkbox"/> na dálku
kompenzační pomůcky		<input checked="" type="checkbox"/> NEMA <input type="checkbox"/> MÁ jaké		
řeč		<input checked="" type="checkbox"/> plynulá <input type="checkbox"/> narušená <input type="checkbox"/> němý		
udržuje kontakt		<input checked="" type="checkbox"/> otevřený <input type="checkbox"/> spíše uzavřený <input type="checkbox"/> odmítá		
vědomí		<input checked="" type="checkbox"/> jasné <input type="checkbox"/> zastřené <input type="checkbox"/> somnolence <input type="checkbox"/> bezvědomí		
orientace		<input checked="" type="checkbox"/> plně orientován <input type="checkbox"/> částečně dezorientovaný <input type="checkbox"/> dezorientovaný		
		<input type="checkbox"/> osobou <input type="checkbox"/> časem <input type="checkbox"/> místem		
paměť		<input checked="" type="checkbox"/> neporušená <input type="checkbox"/> zapomíná <input type="checkbox"/> staropaměť <input type="checkbox"/> částečně zapomíná		
pozornost		<input checked="" type="checkbox"/> úmyslná <input type="checkbox"/> neúmyslná <input type="checkbox"/> stálá <input type="checkbox"/> roztržitý		
styl učení		<input checked="" type="checkbox"/> logický <input type="checkbox"/> mechanický <input type="checkbox"/> jiné		
bolest		<input checked="" type="checkbox"/> nemá <input type="checkbox"/> má <input type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronickou		
bolest vnímá		<input type="checkbox"/> přiměřeně <input type="checkbox"/> zvýšeně <input type="checkbox"/> škála		
bolest tiší		<input type="checkbox"/> analgetiky <input type="checkbox"/> úlev. polohou <input type="checkbox"/> obklady jakými		
intenzita bolesti		<input type="checkbox"/> 0 žádná <input type="checkbox"/> 1 nepatrná <input type="checkbox"/> 2 mírná <input type="checkbox"/> 3 střední <input type="checkbox"/> 4 strašná <input type="checkbox"/> 5 nesnesitelná		
životopis bolesti:				
7. Sebepojetí, sebeúcta, vnímání sebe sama				
jsem		<input checked="" type="checkbox"/> optimista <input type="checkbox"/> pesimista		<input type="checkbox"/> schopný <input type="checkbox"/> méně schopný
		<input type="checkbox"/> neschopný		<input type="checkbox"/> puntičkář
důvěra		<input type="checkbox"/> plně si důvěřuji		<input checked="" type="checkbox"/> důvěřuji se méně <input type="checkbox"/> nedůvěřuji si
talent		<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO...		zručnost <input type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO
pocity		strach <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO kdy z čeho		
		hněv <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO kdy na co		
		zlost <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO kdy na co		
		smutek <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO kdy z čeho		
		úzkost <input type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO kdy dnes z čeho z budoucího režimu		
spokojenost se svým vzhledem		<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> částečně <input checked="" type="checkbox"/> NE důvod: obezita		
nervózní		<input type="checkbox"/> nejsem <input checked="" type="checkbox"/> jsem <input type="checkbox"/> jiné		
co dělám, když jsem nervózní		Jsem hrozně komunikativní		
8. Plnění rolí, mezilidské vztahy				

Zdroj: Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

(https://sharepoint.vszdrav.cz/stud_mat/OPPA%203/M_GORDON_2.docx), pacientka

Příloha H - Ošetřovatelská anamnéza dle Marjory Gordon č. 3

bydlím	<input type="checkbox"/> sám	<input checked="" type="checkbox"/> s partnerem	<input type="checkbox"/> s partnerem a dětmi	<input type="checkbox"/> jiné	
struktura rodiny (počet členů)	4				
rodinné problémy	<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO jaké				
způsob jejich řešení					
reakce rodiny na onem.	<input checked="" type="checkbox"/> zájem	<input type="checkbox"/> nezájem	<input type="checkbox"/> ochota pomoci		
jste	<input type="checkbox"/> zaměstnaný	<input checked="" type="checkbox"/> nezaměstnaný	<input type="checkbox"/> důchodce	<input type="checkbox"/> student	
kontakty s lidmi	<input checked="" type="checkbox"/> časté	<input type="checkbox"/> zřídka	<input type="checkbox"/> jsem samotář		
druh kontaktů	Osobní s přáteli				
chování k lidem	<input checked="" type="checkbox"/> asertivní	<input type="checkbox"/> pasivní	<input type="checkbox"/> agresivní	<input type="checkbox"/> přátelské	
spokojenost se zaměstnáním/se školou	<input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> částečně <input type="checkbox"/> NE				
9. Sexualita, reprodukční schopnosti					
sexuální obtíže	<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO jaké				0
sexuální vztahy	<input checked="" type="checkbox"/> dobré <input type="checkbox"/> narušené				
♀ menstruace	pravidelná				
začátek v II letech	cyklus / 6 dnů	<input checked="" type="checkbox"/> pravidelná	<input type="checkbox"/> nepravidelná		
typ menstruace	<input checked="" type="checkbox"/> bolestivá	<input type="checkbox"/> nebolestivá	<input type="checkbox"/> silná	<input type="checkbox"/> slabá	
počet těhotenství 3	počet porodů 3	potratů			
komplikace v těhotenství	<input type="checkbox"/> jaké	operace	Sekce 3x		
antikoncepce	<input type="checkbox"/> NE <input checked="" type="checkbox"/> ANO jaká Minerva	problémy	<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO		
klimaktérium	kdy				
♂ diagnostické poruchy	<input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO jaké				
léčba poruch	operace				
10. Stres, tolerance, zátěžové situace, jejich zvládání					
napětí prožívám	<input type="checkbox"/> často (jak často)		<input checked="" type="checkbox"/> zřídka	<input type="checkbox"/> nikdy	0
co ho vyvolává	<input checked="" type="checkbox"/> rodina	<input type="checkbox"/> škola	<input type="checkbox"/> zaměstnání	<input type="checkbox"/> nemoc <input type="checkbox"/> jiné	
co ho snižuje	<input checked="" type="checkbox"/> relaxace	<input type="checkbox"/> drogy	<input type="checkbox"/> alkohol	<input type="checkbox"/> léky <input type="checkbox"/> jiné	
napětí snáším	<input type="checkbox"/> lehce	<input checked="" type="checkbox"/> jak kdy	<input type="checkbox"/> těžce jak		
vyrovnávám se	<input checked="" type="checkbox"/> rychle	<input type="checkbox"/> chvíli mi to trvá	<input type="checkbox"/> trvá mi to dlouho	<input type="checkbox"/> jiné	
stresové situace zvládám	<input type="checkbox"/> sám	<input checked="" type="checkbox"/> s podporou		<input type="checkbox"/> jiné	
důležité změny v posledních dvou letech	0				
11. Víra, životní hodnoty, přesvědčení					
náboženská víra je	<input type="checkbox"/> důležitá hodnota	<input type="checkbox"/> občasné potřeba			0
	<input checked="" type="checkbox"/> nepřemýšlel jsem o tom			<input type="checkbox"/> jiné	
důležitost víry při pobytu v zařízení	<input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE				
jsem	<input type="checkbox"/> katolík	<input type="checkbox"/> evangelík	<input type="checkbox"/> jiné		
osobní zájem	<input type="checkbox"/> návštěva duchovního <input type="checkbox"/> návštěva nem. kaple <input type="checkbox"/> jiné				
zavazuje víra k určitému omezení	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO k jakému				
omezení	<input type="checkbox"/> v jídle	<input type="checkbox"/> v oblékání	<input type="checkbox"/> v příjmu TRA	<input type="checkbox"/> jiné	
určete pořadí následujících hodnot	<input type="checkbox"/> zdraví	<input type="checkbox"/> rodina	<input type="checkbox"/> víra		
	<input type="checkbox"/> práce	<input type="checkbox"/> peníze	<input type="checkbox"/> záliby	<input type="checkbox"/> cestování	
12. Jiné	0				

Zdroj: Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

(https://sharepoint.vszdrav.cz/stud_mat/OPPA%203/M_GORDON_2.docx), pacientka

PRŮVODNÍ LIST K REŠERŠI

Jméno: Markéta Riegerová

Název práce: Ošetrovatelský proces u Pacienta s bariatrickou léčbou obezity

Jazykové vymezení:

čeština, angličtina

Rešeršní strategie

je kombinací různých způsobů hledání - neváže se pouze na klíčová slova, klíčová slova (= deskriptory MeSH) u jednotlivých citací naleznete v kolonce „DE“

Časové vymezení:

10 let, tzn. 2007-2016

Druhy dokumentů:

v záznamech viz pole „PT“, popř. „RT“)

KNIHY (=monografie), sborníky, ČLÁNKY, popř. kapitoly knih či články ze sborníků, abstrakta,

Počet záznamů:

číslo poslední citace je počet záznamů v souboru, každý soubor má vlastní číselnou řadu tuzemské zdroje - (KNIHY A ČLÁNKY jsou vždy ve vlastním souboru)

Zdroje: záznamů: 117 (knihy: 18; české články hledány v BMČ: 95; cizojazyčné články hledané v Medline: 4)

Základní prameny:

Katalogy knihoven systému Medvik – knihy (=monografie)

Bibliographia medica Českoslovaca (BMČ – články)

Medline

Zpracovala:

PhDr. Jana Zindulková

Národní lékařská knihovna, rešeršní služby

Sokolská 54

121 32 Praha 2

Email: zindulko@nlk.cz; reserse@nlk.cz

Tel.: 296 335 900

Příloha J – Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Duškova 7, 150 00 Praha 5



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

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

Příjmení a jméno studenta	Riegerová Markéta	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 2 AVS
Téma práce	Ošetrovatelský proces u Pacienta s bariatrickou léčbou obezity	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	OB KLINIKA a. s.	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Eva Marková, Ph.D., RS	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	

podpis *Marková*
 OB klinika a.s.
 Podpis náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
 Bc. Štěpánka Záček
 Podpis vedoucího ošetrovatelské péči
 tel: 255 725 157

v PRAZE dne 19.7. 2014

Riegerová M
 podpis studenta

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem: Ošetrovatelský proces u pacienta s bariatrickou léčbou obezity, v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne

.....

Jméno a příjmení studenta