

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA PO
BARIATRICKÉM VÝKONU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

KATEŘINA SROKOVÁ, DiS.

Praha 2019

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA PO
BARIATRICKÉM VÝKONU**

Bakalářská práce

KATEŘINA SROKOVÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Miroslava Kubicová, PhD.

Praha 2019



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

SROKOVÁ Kateřina
3VSV

Schválení tématu bakalářské práce

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

Ošetrovatelský proces u pacienta po bariatrickém výkonu

Nursing Process in a Patient after Bariatric Performance

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Miroslava Kubicová, PhD.

V Praze dne 15. listopadu 2018

doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

rektorka

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne: 31. 5. 2019

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce PhDr. Miroslavě Kubicové, PhD., za pedagogické vedení, rady a podporu, kterou mi po celou dobu vypracování bakalářské práce věnovala.

ABSTRAKT

SROKOVÁ, Kateřina DiS. *Ošetrovatelský proces u pacienta po bariatrickém výkonu*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář. Vedoucí práce: PhDr. Miroslava Kubicová PhD. Praha 2019. 101 s.

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta po bariatrickém výkonu. Práce se zaměřuje na obezitu, její definici, formy, příčiny, komplikace, diagnostiku, prevenci a léčbu. Dále je věnována bariatrické chirurgii a bariatrickým výkonům. Práce obsahuje jak konzervativní tak chirurgickou léčbu obezity zaměřenou především na ošetrovatelský proces u pacienta po vybraném bariatrickém výkonu.

Nosnou část bakalářské práce tvoří specifika ošetrovatelské péče a ošetrovatelský proces. V této části jsou uvedeny informace o vybraném pacientovi, jeho aktuálním stavu a potřebách, na jejichž podkladě jsou rozpracovány ošetrovatelské diagnózy a řazeny dle priority.

Klíčová slova

Bariatrická chirurgie. Léčba. Obezita. Ošetrovatelský proces. Pacient.

ABSTRACT

SROKOVÁ, Kateřina DiS. *Nursing Process in a Patient after Bariatric Performance*. The College of Nursing (Vysoká škola zdravotnická), o.p.s. – bachelor studies. Supervisor PhDr. Miroslava Kubicová PhD. Praha 2019. 101 pages.

The main theme of the bachelor thesis is the nursing process in a patient after bariatric performance. The work focuses on obesity, its definition, forms, causes, complications, diagnostics, prevention and treatment. It is also devoted to bariatric surgery and bariatric performances. The work contains conservative and surgical treatment of obesity focused mainly on the nursing process in the patient after selected bariatric performance.

The main parts of the bachelor thesis are the specifics of nursing care and the nursing process. This section contains information about the selected patient, his / her current state and needs, based on nursing diagnosis and prioritization.

Keywords

Bariatric surgery. Nursing process. Obesity. Patient. Therapy.

PŘEDMLUVA

Obezita se stala velkým problémem této doby a zároveň velmi závažnou chorobou lidstva. Obezita obecně vzniká jednak podmíněně, v rámci genetických faktorů tak nezdravým životním stylem, kdy příjem je vyšší než výdej. Obezita ovlivňuje nejen kvalitu života nemocného, ale vede i k řadě přidružených onemocnění s obezitou přímo spojených. Bariatrická chirurgie přispívá k menšímu výskytu těchto onemocnění, příznivě ovlivňuje obezitu a má také velký vliv na kvalitu života pacientů.

Bakalářská práce vznikla s cílem poukázat na obezitu a bariatrickou chirurgii a zaměřit se na ošetrovatelský proces u pacienta po vybraném bariatrickém výkonu.

Výběr tématu práce byl ovlivněn především mým osobním zájmem o téma a nárůstem obézních pacientů a populace celkově, což sledávám jako problém civilizovaného světa.

Ráda bych poděkovala vedoucí práce PhDr. Miroslavě Kubicové PhD., za pedagogické usměrnění, podnětné rady a podporu, kterou mi poskytla při vypracování bakalářské práce.

OBSAH

SEZNAM TABULEK	10
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	11
SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ	13
ÚVOD.....	15
1 OBEZITA	18
1.1 MORBIDNÍ OBEZITA	19
1.2 PREVALENCE OBEZITY.....	19
1.3 INCIDENCE OBEZITY	20
1.4 KLASIFIKACE OBEZITY	20
1.5 FORMY A PŘÍČINY OBEZITY	20
1.6 RIZIKOVÉ FAKTORY.....	23
1.7 ZDRAVOTNÍ KOMPLIKACE OBEZITY	24
1.8 DIAGNOSTIKA OBEZITY	24
1.9 PREVENCE OBEZITY	26
1.10 LÉČBA OBEZITY	27
1.11 KONZERVATIVNÍ LÉČBA OBEZITY.....	27
1.12 BARIATRICKÁ CHIRURGIE V LÉČBĚ OBEZITY	29
1.13 INDIKACE K BARIATRICKÝM VÝKONŮM.....	29
1.14 KONTRAINDIKACE K BARIATRICKÝCH VÝKONŮ.....	30
1.15 DRUHY BARIATRICKÝCH VÝKONŮ	31
1.16 KOMPLIKACE OPERAČNÍ LÉČBY OBEZITY	33
1.17 DŮSLEDKY BARIATRICKÝCH ZÁKROKŮ.....	34
2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA PŘED A PO BARIATRICKÉ OPERACI.....	35
2.1 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA.....	35
2.2 PŘEDOPERAČNÍ EDUKACE NEMOCNÉHO	39
2.3 PERIOPERAČNÍ PÉČE	39
2.4 POOPERAČNÍ PÉČE.....	40
2.5 ŽIVOTOSPRÁVA PO BARIATRICKÉM VÝKONU	42
3 TEORETICKÁ VÝCHODISKA OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU.....	43
4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA PO BARIATRICKÉM VÝKONU. 46	
4.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	90
ZÁVĚR.....	94
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	96
PŘÍLOHY	102

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Výsledky biochemického vyšetření krve ze dne 22. 1. 2019	69
Tabulka 2 Výsledky hematologického vyšetření krve ze dne 22. 1. 2019	70
Tabulka 3 Výsledky hemokoagulačního vyšetření ze dne 22. 1. 2019.....	71
Tabulka 4 Výsledky vyšetření moče + sedimentu ze dne 22. 1. 2019.....	71
Tabulka 5 Výsledky odběrů ordinovaných lékařem z 31. 1. 2019	72

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ALP	alkalická fosfatáza
ALT	alaninaminotransferáza
amp.	ampule
aPTT	aktivovaný parciální tromboplastinový čas
ARDS	syndrom dechové tísně dospělých
ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
ASA	klasifikace rizika v souvislosti s operací podle Americké anesteziologické společnosti
AST	aspartátaminotransferáza
B_MCV	střední objem erytrocytů
B_MCH	průměrné množství hemoglobinu v buňce
B_MCHC	střední koncentrace hemoglobinu v erytrocytech
B_MPV	průměrný objem trombocytů
B_NRBC	normoblasty
B_RDW	distribuční šíře erytrocytů
BMI	index tělesné hmotnosti (body mass index)
CRP	C-reaktivní protein
CT	počítačová výpočetní tomografie
D	dech
EKG	elektrokardiograf
FLACC	škála k hodnocení bolesti (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)
g	gramy
GGT	gama-glutamyltransferáza
i.m.	intramuskulárně
i.v.	intravenózně
INR	protrombinový čas
JIP	jednotka intenzivní péče
kg	kilogramy
LCD	dieta s nízkým energetickým příjmem (low calorie diet)
m²	metr čtvereční
mg	miligramy

mmHg	milimetr rtuťového sloupce
NAFLD	nealkoholická steatóza jater
P	pulz
P_PT	protrombinový čas
RTG	rentgen, rentgenové vyšetření
s.c.	subkutánně
SAT	střední arteriální tlak
SpO₂	saturace
TBC	tuberkulóza
TK	krevní tlak
TT	tělesná teplota
VAS	vizuální analogová škála
VLCD	dieta s velmi nízkým energetickým příjmem (very low calorie diet)
VZP	všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO	světová zdravotnická organizace

(HUGO a kol., 2016), (MATOULEK, SADÍLKOVÁ, 2016)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Afektivní poruchy	stavy charakterizované poruchou nálady ve smyslu snížení (deprese) či zvýšení (mánie)
Anabolismus	součást metabolismu spočívající ve vytváření složitějších a větších molekul a ukládání energie do zásoby
Anomálie	odchylka od normy
Anorektizující	způsobující nechutenství
Autozom	chromozom v tělesných buňkách jedince, vyskytuje se v páru (22 párů)
Autozomální dědičnost	dědičnost znaků, jejichž geny jsou umístěny na autozomech a jejichž dědičnost není ovlivněna pohlavím
Bazální metabolismus	látková přeměna zabezpečující život organismu za zcela základních podmínek
Cytokiny	látky bílkovinné povahy produkované buňkami a sloužící k jejich vzájemnému ovlivňování a předávání informací
Deformity	trvalá chorobná změna tvaru orgánu, části těla
Diferenciace	proces rozlišování
Dumping syndrom	komplikace po operaci žaludku pro peptický vřed
Dysmorfní	tvarově změněný, poškozený
Dystrofie	porucha výživy či látkové výměny buňky, tkáně nebo orgánu
Ektopický	uložený mimo své obvyklé místo
Gynekomastie	zvětšení prsních žláz u mužů
Hirtusismus	nadměrné ochlupení mužského typu u žen
Hydrofobní	špatně rozpustný nebo nerozpustný ve vodě, nesmíselný s vodou
Hyperfagie	přejídání se
Hypogonadismus	porucha funkce pohlavních žláz vedoucí k nedostatečné tvorbě hormonů a neplodnosti
Hypogonadotropní	charakterizovaný nízkou koncentrací a vylučováním gonadotropinů

Leptin	cytokin hrající roli v řízení příjmu potravy a energetickém metabolismu
Lipogeneze	tvorba tuků
Mezenterium	okruží, zdvojená vrstva pobřišnice připevňující střevo k zadní stěně dutiny břišní
Mikroflóra	souhrn osídlení určité oblasti mikroorganismy
Mikronutrient	součást výživy, je nezbytný pro správnou funkci organismu, potřebné množství jsou malá
Muskulární hypotonie	snížené svalové napětí
Mutace	změna genetické informace na úrovni DNA
Mykózy	onemocnění způsobené houbami
Neurosenzitivní poruchy	senzorické poruchy podmíněné neurologickými změnami, často v důsledku sníženého prokrvení
Obezitogenní	způsobující vznik obezity
Per primam	hojení bez komplikací
Per secundam	hojení rány po zkomplikování původního hojení
Polydaktylie	vrozený nadměrný počet prstů (na ruce i na noze)
Polygenní	způsob dědičnosti, který není podmíněn jedním genem
Polysomnografie	přístrojové vyšetření spánku
Recesivní	týkající se způsobu dědičnosti, při níž se účinek určitého genu projeví tehdy, je-li v příslušném genovém páru stejná varianta tohoto genu
Subklinická	označuje průběh nemoci, jejíž příznaky nejsou zcela a v typické formě vyvinuty
Syndaktylie	vrozený srůst prstů nebo jejich neúplné oddělení

(KAŠÁKOVÁ, VOKURKA, HUGO, 2015), (VOKURKA a kol., 2015), (VOKURKA a kol., 2015)

ÚVOD

Obezita je velmi rozšířené onemocnění a stává se jednou ze závažných chorob lidstva. Obezita je nejen celosvětový problém, ale představuje problém také z hlediska lékařství, ekonomie a psychologie. Ekonomickým problémem se stává z důvodu, že léčba obezity je velice nákladná. Obezita postihuje všechny věkové kategorie a nyní postihuje ve velké míře děti a dospívající, souvisí s řadou onemocnění, což sebou přináší horší výsledky léčby a řadu léčebných postupů. Konzervativní léčba obezity není příliš úspěšná a to z důvodu že úbytek hmotnosti je pro většinu velmi těžké udržet. Chirurgická léčba je volena po selhání léčby konzervativní. Bariatrické výkony jsou nástrojem, které nám pomáhají snížit hmotnost, ale nejdůležitějším článkem je vždy pacient.

V praxi je složité přesvědčit pacienty dělat něco pro sebe, dělat něco pro své zdraví a začít o sebe komplexně pečovat. Pro člověka to znamená zátěž, změnu každodenního rytmu a stereotypů. Je důležité si uvědomit, že základním principem je začít sám u sebe. S nadměrným příjmem potravy a nedostatečnou fyzickou aktivitou se dnes můžeme setkat běžně, z toho důvodu že obyvatelstvo žije jak v pracovním tak sociálním stresu, který se jaksí snaží kompenzovat a zahánět převážně jídlem a pohodlným způsobem života. Obézní pacienti se často setkávají s opovržením společnosti, a proto se také uzavírají více do sebe a jsou samotářští. Z pohledu sestry je důležité nezapomínat na základní pravidlo a to takové že člověka musíme brát jako bio-psycho-sociální bytost, nesmíme opovrhovat žádnou složkou člověka, pracujeme s ním jako s celkem. Pacienty podporujeme a pečujeme o jejich psychickou stránku, protože ta je často a nejvíc narušena. Myslíme na to, že motivace je důležitá pro každého z nás.

Bakalářská práce je rozdělena do čtyř kapitol. První kapitola se zabývá obezitou, bariatrickou chirurgií a bariatrickými výkony. V další kapitole jsou popsána specifika ošetrovatelské péče před a po bariatrické operaci. V třetí kapitole jsou přiblížena teoretická východiska ošetrovatelského procesu. Čtvrtá kapitola je zaměřena na ošetrovatelský proces, ve kterém je provedena anamnéza, zhodnocení aktuálního stavu pacienta a stanovení ošetrovatelských diagnóz podle HERDMAN, T. H. a S. KAMITSURU, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015 – 2017*. 10.

vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3. Je zde vytvořen plán, realizace a hodnocení ošetrovatelské péče. Poslední kapitola zahrnuje doporučení pro praxi.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Popsat problematiku obezity a bariatrické chirurgie na základě odborné literatury z provedené rešerše.

Cíl 2: Uvést specifika ošetrovatelské péče u pacienta před a po bariatrické operaci na základě odborné literatury z provedené rešerše.

Cíl 3: Zpracovat teoretická východiska ošetrovatelského procesu na základě odborné literatury z provedené rešerše.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Zpracovat ošetrovatelský proces u daného pacienta po bariatrickém výkonu, který se podrobuje nemocniční péči.

Cíl 2: Vypracovat doporučení pro praxi.

Cíl 3: Vypracovat edukační materiál pro pacienty po bariatrické operaci.

Tato práce je určena všeobecným sestřám.

Vstupní literatura

HAINER, V. a kol., 2011. *Základy klinické obezitologie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3252-7.

HERDMAN, T. H. a S. KAMITSURU, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015 – 2017*. 10. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

KASALICKÝ, M. a kol., 2011. *Chirurgická léčba obezity*. Prague: Ottova tiskárna. ISBN 978-80-254-9356-4.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2017. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. [online]. 4. doplněné vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. [cit. 2018-12-09]. ISBN 978-80-905728-1-2. Dostupné z: <https://sharepoint.vszdrav.cz/Poklady%20k%20vuce/Studijn%c3%ad%20materi%c3%a1ly%20k%20p%c5%99edm%c4%9btu%20Semin%c3%a1%c5%99%20k%20bakal%c3%a1%c5%99sk%c3%a9%20pr%c3%a1ci.aspx>

SYSEL, D. a kol., 2011. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. V Tribun EU vyd. 2. Brno: Tribun EU. Librix.eu. ISBN 978-80-263-0001-4.

Popis rešeršní strategie

Odborné publikace byly vyhledány a využity pro zpracování bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacienta po bariatrickém výkonu v časovém rozmezí od října 2018 až do ledna roku 2019. Pro jejich vyhledávání bylo využito katalogu Moravskoslezské vědecké knihovny a elektronické databáze PubMed.

Rešerše byla vypracována k datu 10. listopadu 2018 v oddělení bibliografie v Moravskoslezské vědecké knihovně Ostrava. Rešerše je uvedena pod číslem 8594 na téma „Ošetrovatelský proces u pacienta po bariatrickém výkonu“. Jako klíčová slova byla zvolena v jazyce českém a anglickém bariatrie, bariatrická chirurgie, obezita, obézní, morbidní obezita, kvalita života, ošetrovatelství, všeobecné sestry od roku 2010. V rešerši bylo vyhledáno 58 záznamů: 14 knih, 34 článků a 10 plných textů z databáze EBSCO.

Celkem pro bakalářskou práci bylo využito 32 zdrojů, z toho 26 českých knižních zdrojů, 3 články, 1 skripta k tvorbě bakalářské práce, 2 anglické internetové zdroje.

1 OBEZITA

Obezita je charakterizována jako přebytečné zmnožení tuku v organismu dopadem současných životních podmínek, životního prostředí a stylu. Obezita se vyskytuje častěji u geneticky predisponovaných osob s přílišným přísunem živin. Současně je spojena s poklesem pohybové aktivity. Přítomnost tuku v organismu je určována pohlavím, věkem nebo etnickou skupinou. Obezitu můžeme dělit podle uložení tuku na útrobní (vyskytuje se v oblasti hrudníku a břicha), viscerální (obezita androidní), obezita v oblasti hýždí stehen a podkoží - gynoidní (HALUZÍK, 2011).

Při zmnožení se stává pro držitele nevýhodnou. Mechanicky zatěžuje svou hmotností celkový statický a dynamický aparát člověka, brání plnému dechu, zhoršuje své vlastní fyziologické funkce a neplní pro organismus metabolické a endokrinní role. Vytváří látky, které poškozují stabilitu organismu (MÜLLEROVÁ, 2009).

Za horní hranici zastoupení tělesného tuku v organismu se považuje u muže hranice 20 % celkové hmotnosti, zatímco u dospělé ženy 25 %. Muž je oproti zátěži tukem křehčí, jelikož žena ho potřebuje více z důvodu plnění biologických rolí, za které považujeme těhotenství, kojení, kdy hromadí do zásoby tukové tkáně energii na takzvané náročnější období (MÜLLEROVÁ, 2009).

Obezita je celoživotní onemocnění související s velkým množstvím faktorů. Je považována za epidemii velkého rozsahu a narůstá s výskytem onemocnění (FRIED, 2011).

Dospělí pacienti s těžkou obezitou ($BMI \geq 35 \text{ kg/m}^2$) mají zvýšené riziko výskytu více nemocí souběžně a zároveň se potýkají více s psychickými, sociálními a ekonomickými důsledky (AVENELL et al., 2018).

Mezi nejčastější zdravotní obtíže, které s sebou mohou přinášet i životu nebezpečné stavy řadíme onemocnění srdce a cév, zasažení pohybového aparátu, dýchací potíže a zvýšený výskyt nádorového onemocnění (ADÁMKOVÁ a kol., 2009).

Léčba obezity představuje problém v rámci ekonomiky, jelikož v České Republice činí výdaje na jednoho pacienta okolo 115 000 Kč za rok. Finanční částka roste s přidruženými komplikacemi a výdaji na léčbu např. hypertenze, diabetu, lázeňské a rehabilitační léčby (FRIED, 2011).

1.1 MORBIDNÍ OBEZITA

Morbidní (těžkou) obezitu označujeme u pacientů s BMI vyšším než 40. V této situaci není dostačující konzervativní postup a své pevné místo zastupuje bariatrická chirurgie (KASALICKÝ, 2011).

Morbidní obezita představuje po kouření druhou nejčastější příčinu úmrtí, kterému jde předcházet náležitou edukací a odborným vedením (KASALICKÝ, 2011).

1.2 PREVALENCE OBEZITY

Obezita se pokládá za celosvětově nejrozšířenější metabolické onemocnění a dosahuje velkých rozměrů. Toto onemocnění se týká nejen dospělých pacientů ale i dospívajících a dětí. Prevalenci obezity ovlivňuje výše vzdělání a příjmů v rozvinutých oproti rozvojovým zemím – v rozvinutých zemích počítaje Českou Republiku je obezita typická u obyvatel s nižším vzděláním a příjmy, zatímco v rozvojových zemích se obezita vyskytuje u obyvatel vzdělaných s vyššími příjmy. Světová zdravotnická organizace obezitu označila za globální epidemii a jako jeden z největších zdravotních problémů této doby (HALUZÍK, 2011).

PREVALENCE OBEZITY V ČESKÉ REPUBLICCE

V České republice je prevalence obezity u dospělých i dětí zvyšována. Jde spíše o přesun z nadváhy do kategorie obezity a zvyšování prevalence vážnějších stupňů obezity než o celkové navýšení prevalence nadváhy a obezity. Zvýšení prevalence obezity se týká zejména mužů nežli žen, kde je vzestup mírný, prevalence nadváhy se spíše snížila (KUNEŠOVÁ, MÜLLEROVÁ, HAINER, 2011).

V České republice trpí větší půlka dospělých obyvatel nadváhou a každý pátý dospělý Čech je obézní. Podle výzkumu VZP z roku 2011 trpí 55 % lidí nadváhou a obezitou, postižení jsou nejvíce lidé žijící na venkově, jejich podíl dosahuje 26 %. Počet lidí trpících nadváhou a obezitou se v poslední době ustálil. Nadváhou trpí 34 % populace, zatímco obezitou 21 % (HALUZÍK, 2011).

PREVALENCE OBEZITY V EVROPĚ

Dosahuje v průměru 10-20 % u mužů a 15-25 % u žen. Když vezmeme v úvahu, že v Evropě žije přibližně 700 miliónů obyvatel, vyplyne z toho, že více jak 140 miliónů Evropanů trpí různým stupněm obezity (KASALICKÝ, 2011).

1.3 INCIDENCE OBEZITY

Nadváha a obezita je zodpovědná u dospělých obyvatel Evropy za 80 % diabetu II. typu, 35 % onemocnění ischemickou chorobou srdeční a 55 % arteriální hypertenze. Vyjmenovaná onemocnění jsou důsledkem více než 1 milionu úmrtí a 12 milionu let poškozeného zdraví. Dle předpokladu je každé 13. úmrtí v Evropské unii zapříčiněno nadměrnou tělesnou hmotností (HALUZÍK, 2011).

Úspěšná terapie, která zahrnuje trvalý nebo částečný váhový úbytek kvalitu života i jeho délku prodlužuje a zamezuje či oddaluje rozvoj komplikací (OWEN, 2012).

1.4 KLASIFIKACE OBEZITY

V praxi hodnotíme stupeň obezity pomocí indexu tělesné hmotnosti (BMI). BMI vypočítáme jako podíl tělesné hmotnosti v kilogramech a druhé mocniny tělesné výšky v metrech (HALUZÍK, 2011).

Klasifikace BMI nebere v úvahu řadu hledisek. Tělesná konstituce (například množství svalové hmoty) může BMI velmi ovlivnit a to hlavně u mužů s vyšším podílem svalstva, kdy se mohou lehce dostat do pásma nadváhy či obezity ačkoliv obsah tuku může být normální nebo mírně abnormální (HALUZÍK, 2011). Může tedy vést k falešně pozitivní diagnóze, kdy jedinec má vysoce vyvinutou svalovou hmotu, nebo naopak k falešně negativní diagnóze u jedinců s velkým zastoupením tukové tkáně, odborně jde o frustní obezitu (KUNEŠOVÁ, 2011).

Kromě obsahu tuku v těle je důležité jeho rozložení a umístění. Můžeme rozlišit dva druhy tukové tkáně a to tukovou tkáň podkožní, která tvoří 70 – 80 % tukové tkáně v těle a tukovou tkáň nitrobřišní, která tvoří 20 – 30 % celkového tuku, je metabolicky produktivnější, jelikož se portální žilou její produkty dostávají do jater, kde ovlivňují řadu metabolických dějů. Z tohoto důvodu hromadění této tkáně nese větší riziko k metabolickým a kardiovaskulárním komplikacím (HALUZÍK, 2011).

1.5 FORMY A PŘÍČINY OBEZITY

Na podkladě převahy tukové tkáně podkožní nebo nitrobřišní rozeznáváme dva typy obezity. U žen je častější obezita gynoidní, kdy se tuk hromadí v oblasti stehen a hýždí. Je méně nebezpečný, co se týče metabolických komplikací. U mužů se setkáváme častěji s obezitou androidní, nazývanou také centrální, je typická

hromaděním se nitrobřišního tuku a nese vyšší riziko metabolických a kardiovaskulárních onemocnění (HALUZÍK, 2011).

Na vzniku obezity se podílí několik faktorů. Dle příčin můžeme dělit obezitu na běžnou, farmakologicky navozenou, s endokrinologických příčin a geneticky podmíněnou, mezi kterou řadíme zejména obezitu monogenní a s obezitou spojené Mendelovské syndromy (HAINER, BENDLOVÁ, 2011).

BĚŽNÁ OBEZITA

Tvoří největší část z celkového počtu jedinců trpících nadváhou a obezitou. Vzniká na základě pozitivní energetické bilance, která je důsledkem nesprávného životního stylu, sociálního zázemí a polygenně podmíněných predispozic. V současné době se setkáváme se změnou životního stylu. Mízí tradiční rodina, kdy žena zajišťovala chod domácnosti, připravovala pokrmy pro svou rodinu, vybírala suroviny a zajišťovala pravidelnost stravy. Nyní po zrovnoprávnění žen, nastal obrat, ženy nemají tolik času a tak stravování končí v rychlých občerstveních či na umělých polotovarech. V dětském věku si člověk utváří chuťové preference, a proto, je to období klíčové, co se stravování týká. V případě že proces stravování je narušen, jsou utvářeny zvyky a návyky, které později vyústí v nadváhu a obezitu. Stravovací návyky rodičů jsou přenášeny na děti (HAINEROVÁ, 2009), (MÜLLEROVÁ, 2009).

Fyzická aktivita je v dnešní době nedostatečná a převažují sedavá zaměstnání. Cestování probíhá za pomoci aut či jiných dopravních prostředků.

Stresový faktor se také podílí na vzniku nadváhy a obezity. Odpovědí na stres je nekontrolovatelný příjem potravy, kdy jídlo se stává jakýmsi kompenzátozem a vyvolává libé pocity. Jedná se však o krátkodobý děj (MÜLLEROVÁ, 2009). Přejídání bývá odpovědí na stresové události, mezi které řadíme například ztrátu nejbližších, znásilnění, narušení pracovní pozice a další (RABOCH, 2012).

Polygenně děděná obezita znamená genetickou predispozici podmíněnou okolními faktory. Predispozice v tomto případě znamená schopnost hromadit energetické zásoby, snížení bazálního metabolismu a šetření energie podpořené obezigenním prostředím. V současné době je jídlo dostupné a je ho dostatek, než v dobách dřívějších kdy člověk musel vynaložit úsilí a jídla bylo méně (HAINEROVÁ, 2009).

Pozitivní energetická bilance je vyústění všech faktorů. Vzniká nesprávným životním stylem, nesprávnými stravovacími návyky, stresem, nedostatkem pohybové aktivity a rodinnou anamnézou, kde je přítomna nadváha a obezita. Jedinec převyšuje svůj energetický příjem nad výdejem a vzniká tak pozitivní energetická bilance. Přebytná energie se ukládá ve formě zásobních látek a nastává zvyšování hmotnosti (HAINER, BENDLOVÁ, 2011).

Kouření má anorektizující účinek a proto snižuje pocit hladu. Kouřením se energetický výdej zvyšuje a to až o 10 % u silných kuřáků. Po zanechání kouření se hmotnost zvyšuje, jídlo může sloužit jako kompenzátor, kdy člověk potřebuje zaměstnat ruce a ústa (HAINER, BENDLOVÁ, 2011). Kuřáci mají delší dobu sytosti a méně často hlad, což způsobuje zpomalené vyprazdňování žaludku, zejména u pevné fáze žaludečního obsahu. Vlivem kouření se naopak zrychluje práce střev čímž je sníženo vstřebávání živin (MATOULEK, 2014).

Alkohol přispívá k rozvoji abdominální obezity, tuk se ukládá do okolních orgánů a vede k dalším komplikacím (HAINER, BENDLOVÁ 2011).

OBEZITA FARMAKOLOGICKY NAVOZENÁ

Léky mohou způsobit nárůst hmotnosti a to několika mechanismy. Vzestup hmotnosti způsobuje aktivaci lipogeneze, která probíhá nejčastěji pomocí léků s anabolickými účinky. Jedná se zejména o antidiabetika, inzulíny a deriváty sulfonylurey. Antiepileptika, antihistaminika, glukokortikoidy, estrogeny, tricyklická antridepresiva a lithium způsobují zvýšenou chuť k jídlu. Glukortikoidy a thiazolidiny (antidiabetika) podporují diferenciaci tukových buněk. B-blokátory a některá antipsychotika způsobují snížení energetického výdeje (HAINER, BENDLOVÁ, 2011).

OBEZITA NA ENDOKRINNÍM PODKLADĚ

Vzácný typ obezity, může být známkou endokrinního onemocnění, například obezita u Cushingova syndromu, nebo často endokrinní onemocnění provází, ale není jeho typickým symptomem, například obezita u hypothyreózy (HAINER, BENDLOVÁ, 2011).

GENETICKY PODMÍNĚNÁ OBEZITA – MONOGENNÍ

Vzniká důsledkem mutace genů kódující hormony zapojených do regulace příjmu potravy a jídelního chování centrální nervové soustavy a jejich receptory.

Velmi významná je mutace genu pro leptin. Postižení jedinci touto mutací trpí od prvních měsíců života těžkou obezitou centrální hypothyreozou, hyperfagií a hypogonadotropním hypogonadismem. Hladina leptinu v séru je velmi nízká (HAINEROVÁ, 2009).

GENETICKY PODMÍNĚNÁ OBEZITA – MENDELOVSKY DĚDĚNÉ SYNDROMY SPOJENÉ S OBEZITOU

Mendelovsky děděné syndromy projevující se obezitou jsou vzácné. U těchto syndromů je obezita jedním z příznaků onemocnění. Řadíme zde:

Prader-Willi syndrom – autosomálně dominantní onemocnění, vyznačující se neprospíváním v prvních měsících života, muskulární hypotonií, prudkým nárůstem tělesné hmotnosti hlavně mezi 1. a 6. rokem, je propojený s hyperfagií, dysmorfii obličeje, mentální a růstovou retardací a hypogonadotropním hypogonadismem. Pacienti s tímto syndromem mohou být určeni ke gastickému bypassu (HAINEROVÁ, 2009).

Bardet-Biedelův syndrom – autosomálně recesivní onemocnění, je typické brzkým vznikem centrální obezity, pigmentovou retinopatií nebo dystrofií sítnice, strukturálními anomáliemi projevujícími se nejčastěji na končetinách – polydaktylie, syndaktylie, abnormalitami či deformitami na ledvinách, poruchou učení a mentální retardací. Projevy onemocnění se mohou u jedinců lišit, jelikož vzniká mutací osmi různých chromozomů (HAINEROVÁ, 2009).

Alströmuův syndrom – autosomálně recesivní onemocnění, nejčastějším příznakem je obezita, dilatační kardiomyopatie, hyperinzulinémie s chronickou hyperglykemií a diabetes II. typu. Může být spojený s hypothyreozou, jaterní dysfunkcí, mentální a vzrůstovou retardací, neurosenzitivní poruchou a u chlapců hypogonadismem (HAINEROVÁ, 2011).

1.6 RIZIKOVÉ FAKTORY

Výskyt obezity spočívá v několika faktorech. Mezi tyto faktory řadíme věk, pohlaví, vzdělání a vyšší příjem, vstup do manželství, mateřství, genetické vlivy, dietní zvyklosti, kouření, alkohol a fyzickou aktivitu (SVAČINA, BRETŠNAJDROVÁ, 2008).

1.7 ZDRAVOTNÍ KOMPLIKACE OBEZITY

Obecně komplikace obezity rozdělujeme na mechanické, zde zahrnujeme kloubní onemocnění, dušnost, spánkovou apnoe, hypertrofii srdce, anesteziologické, chirurgické, porodnické a komplikace metabolické kde patří diabetes, hypertenze, hyperlipoproteinemie, ischemická choroba srdeční, cévní mozkové příhody, nádory, neplodnost a deprese (HALUZÍK, 2011).

Za podmínky stálé pozitivní energetické bilance nastává při obezitě k vyčerpání kapacity tukové tkáně, což vede k shromažďování energie ve formě lipidů, zejména triglyceridů a jejich metabolitů, které se ukládají ve svalové, jaterní tkáni a pankreatu. Zvýšené ektopické ukládání lipidů vede k inzulínové rezistenci, jelikož mají nepříznivý vliv na inzulínovou signální kaskádu. Ektopické ukládání lipidů v pankreatu pak může být příčinou poruchy inzulínové sekrece. Seskupení inzulínové rezistence a porušené inzulínové sekrece vede k diabetu II. typu (HALUZÍK, 2011).

Obezita je také příčinou endokrinní dysfunkce tukové tkáně, která se projeví zvýšenou tvorbou metabolických negativních faktorů, které vyvolávají inzulínovou rezistenci a subklinickou zánětlivou reakci. Klinicky pak vede k diabetu II. typu a tvorbě protizánětlivých faktorů. Široké spektrum protizánětlivých cytokinů stimuluje buněčné signální kaskády řídící nádorový růst (HALUZÍK, 2011).

Rozvoj aterosklerózy taktéž souvisí s inzulínovou rezistencí a tvorbou protizánětlivých faktorů. Pokud vznikne diabetes II. typu u obézního pacienta, je vývoj aterosklerózy zrychlený z důvodu přítomnosti hyperglykémie (viz. Příloha B), (HALUZÍK, 2011).

Obezita těžšího stupně je spojena se syndromem spánkového apnoe, kdy nemocný ve spánku trpí sériemi zástavy dechu následkem ochabnutí horních cest dýchacích (MÜLLEROVÁ, HAINER, 2011).

1.8 DIAGNOSTIKA OBEZITY

Pro správnou diagnostiku obezity je důležitá anamnéza, kde zjišťujeme zejména výskyt obezity v rodině, přítomná onemocnění a nynější problémy, užívání léků, zejména těch které mají souvislost v příbytku hmotnosti, stravovací návyky, pohybovou aktivitu a životní podmínky. U žen se zaměřujeme na gynekologickou anamnézu a u mužů odebíráme anamnézu andrologickou (MÜLLEROVÁ, 2009).

BODY MASS INDEX (BMI)

Body mass index, také nazývaný Quertelův index je velmi využívaná metoda k určení nadváhy či obezity. Můžeme ji vypočítat pomocí vzorce $BMI = \text{hmotnost (kg)}/\text{výška (m)}^2$. Výsledek se zhodnotí dle tabulky WHO (viz. Příloha A), (KUNEŠOVÁ, 2011).

BIOELEKTRICKÁ IMPEDANCE BIA

Tato metoda určuje složení lidského těla. Je založena na schopnosti tkání vést elektrický proud o nízké intenzitě ale vysoké frekvenci. Metoda vychází z domněnky, že svalová tkáň je tvořena z 3/4 vodou a tak se stává vodičem. Tuková tkáň má hydrofobní charakter a tvoří průchozímu proudu odpor. Vypočítá se podle změřeného odporu. Rozlišujeme dvě metody a to bipolární a tetrapolární způsob. U bipolárního způsobu dále rozeznáváme další dvě metody - bimanuální kdy proud prochází z levé ruky do pravé, měříme tak horní polovinu těla a bipedální při čemž proud prochází přes levou nohu do pravé, měříme tak dolní polovinu těla.

Tetrapolární bioelektrická impedance je nejpřesnější. Elektrody jsou umístěny na obě ruce a nohy. Nejčastěji využíváme přístroj Bodystat nebo In Body.

Výsledky mohou zastínit otoky, ascites, hyperhydratace, dehydratace, krémy a opocená pokožka. Metoda není vhodná pro těhotné ženy (KUNEŠOVÁ, 2011).

DUÁLNÍ RENTGENOVÁ ABSORPCIOMETRIE DEXA

Málo využívaná metoda, díky časové náročnosti a rentgenové zátěži na organismus. Je však nepřesnější díky vstřebávání energií různými tkáněmi. Pomocí této metody se stanovuje kostní hustota, složení těla (KUNEŠOVÁ, 2011).

ANTROPOMETRICKÉ METODY

Metody, při nichž měříme tělesné proporce a porovnáváme je se standardy. Slouží k určení tukové tkáně v těle a jejím umístěním (KUNEŠOVÁ, 2011).

KALIPERACE

Pomocí této metody měříme velikost kožní řasy, provádí se pomocí kaliperu. Výsledek dosazujeme do vzorců nebo porovnáváme se standarty, čímž určíme obsah tuku v těle (KUNEŠOVÁ, 2011).

MĚŘENÍ OBVODŮ

Mezi nejvíce používané řadíme měření pasu a boků. Provádí se v polovině vzdálenosti mezi žebním obloukem a hřebenem kosti kyčelní. U pacientů s vyšším BMI je často obtížné tyto body vyhmatat, proto používáme měření v okolí pupku (KUNEŠOVÁ, 2011).

KLINICKÉ VYŠETŘENÍ

Pomocí pohledu můžeme stanovit nadváhu či obezitu, typ obezity, díváme se na nafialovělé trhlíčky v kůži. Měsícovitý obličej a byčí šíje je typická pro Cushingův syndrom. U mužů sledujeme gynekomastii, u žen hirtusismus. Důrazně sledujeme kožní záhyby, které jsou zapařovány a častokrát postiženy mykózami. Sledujeme oblast břicha, výskyt ascitu či pupeční kýly (MÜLLEROVÁ, 2009).

LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

Vyšetřujeme základní biochemické prvky – glykemii, jaterní testy, lipidy, ureu, kreatinin, CRP, mikroalbuminurii prokazatelnou ze sběru moči. Dále z důsledku diet odebíráme železo, celkovou bílkovinu a další. Vyšetřujeme možné thyreopatie pomocí TSH – thyreostimulačního hormonu (MÜLLEROVÁ, 2009).

Při podezření na výskyt kardiovaskulárního onemocnění provedeme kardiovaskulární vyšetření. Endokrinní vyšetření provádíme při podezření na Cushingův syndrom nebo hypotalamické onemocnění. Ultrazvuk či biopsii jater provádíme při abnormálních funkčních testech ukazující na NAFLD nebo jinou jaterní patologii (HALUZÍK, 2011).

1.9 PREVENCE OBEZITY

Obezita vzniká z různých příčin, které je nutno řešit různými způsoby. Prevence spočívá na individuálních faktorech jedince a na faktorech společenských a politických, kdy jsou nutné potřebné činnosti k usnadnění změn individuálních. Mezi individuální úroveň řadíme změnu potravin, snížení celkového příjmu energie tak aby odpovídal jejímu výdeji, což spočívá v menších porcích, úpravě svačin – výběr zdravějších svačin a nápojů, zvýšení fyzické aktivity, omezení sedavých aktivit, včasné rozpoznání potřebné úpravy hmotnosti, znalost informací o zdravotních rizicích při hmotnosti nadměrné a o potřebě změn (SHARMA a kol., 2018).

Na společenské a politické úrovni je závislé označování potravin, lehčí přístup k zdravějším potravinám, možností menších porcí ovlivněné potravinovým průmyslem, zmenšení počtu reklam na méně zdravé svačiny určené zejména dětem, podporování chůze, jízdy na kole a sportu s ohledem na životní prostředí, dopravní politiku a bezpečnostní opatření na silnicích a v městských oblastech. Dále zahrnuje správu hmotnosti u dětí, dostupnost zdravotních prohlídek, rady o kontrole hmotnosti a omezení rad chybných (SHARMA a kol., 2018).

1.10 LÉČBA OBEZITY

Postupy, které jsou v terapii obezity voleny, zahrnují více cílů než je pouhá redukce váhy. Mezi další významné cíle můžeme řadit snížení rizik, které s sebou obezita přináší či zlepšení celkového zdraví (HALUZÍK, 2011). Pacient má možnost zvolit si a být informován o způsobu léčby obezity. Léčebné strategie zahrnují konzervativní a chirurgický způsob léčby (MÜLLEROVÁ, 2009).

1.11 KONZERVATIVNÍ LÉČBA OBEZITY

V léčbě obezity usilujeme nejen o úbytek hmotnosti, ale zejména o snížení souvisejících rizik a zlepšení zdraví. Těchto cílů lze dosáhnout za předpokladu snížení tělesné hmotnosti o 5-10 %, zlepšením výživy a zvýšením fyzické aktivity (HALUZÍK, 2011).

V léčbě obezity využíváme multidisciplinární přístup. Léčba s sebou nese změnu životního stylu pacienta, ten nastává dietoterapií, terapií fyzickou aktivitou, psychologickou podporou, farmakoterapií a chirurgickou léčbou (MÜLLEROVÁ, 2009).

PREVENCE OPĚTOVNÉHO VÁHOVÉHO PŘÍRŮSTKU

Je všeobecně známo, že jednodušší je váhový úbytek na začátku léčby než jeho dlouhodobé udržení. Charakteristickým problémem je jojo efekt. Jedná se o snižování a zvyšování hmotnosti, přičemž dochází k stoupání hmotnosti průměrné. Zvyšuje se riziko kardiovaskulárních chorob (HALUZÍK, 2011).

SPECIFICKÉ SOUČÁSTI LÉČBY PACIENTA S OBEZITOU

Základem léčby obezity je, aby byl pacient seznámen s podstatou redukční diety a jídelníčku. Pacientovi doporučíme zdravou stravu zahrnující celozrnné bílkoviny, cereálie, vlákninu, zeleninu, ovoce a preferenci mléčných a masných výrobků s nízkým

obsahem tuku. Všeobecně doporučujeme menší porce jídla a častější konzumaci, alespoň 5x denně, mezi jídly se nedojídat, nevynechávat snídane, nejíst v noci, vynechat slazené nápoje a vysokoenergetické potraviny, omezit nárazové přejídání (HALUZÍK, 2011).

KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ PŘÍSTUPY

Jsou užitečné metody, které by měli být v léčbě obezity zahrnuty, přispívají k rozeznání a ovlivnění psychologických faktorů, které jsou příčinou obezity, napomáhají k udržení poklesu hmotnosti. Důležité je rozeznání psychiatrických anomálií. Zde je vhodný zákrok psychologa či psychiatra k diagnostice a terapii onemocnění (HALUZÍK, 2011).

Kognitivně-behaviorální terapie si klade za cíl odstranění či zmírnění návyků, které zahrnují například obezitu, kouření, drogy a další. V tomto případě je tato terapie nejefektivnější (MÁLKOVÁ, 2011).

Obezita samotná se neřadí mezi duševní poruchy, ačkoliv nadměrný přísun potravy jí může způsobit (RABOCH, 2012).

FYZICKÁ AKTIVITA

Tvoří důležitou složku terapie, snižuje obsah tuku v organismu, zvyšuje svalovou hmotu, ovlivňuje bazální energetický výdej, snižuje hodnoty krevního tlaku, zlepšuje inzulínovou citlivost a lipidový profil, zlepšuje psychický stav pacienta (HALUZÍK, 2011).

Nejprve doporučujeme běžnou fyzickou aktivitu, jako je chůze, omezení dopravních prostředků. Nedoporučujeme aktivity, které vedou k přetěžování nosných kloubů např. běh, aerobic, ale aktivity které vedou k odlehčení jako je plavání apod. U pacientů, kteří nejsou na fyzickou aktivitu zvyklí, začínáme pozvolně, četnost trvání a intenzitu zvyšujeme postupně (HALUZÍK, 2011).

FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA OBEZITY

Před nasazením farmakoterapie pacient podstupuje několikaměsíční sledování, které zahrnuje dietu, fyzickou aktivitu a další režimová opatření (HALUZÍK, 2011). Před zahájením léčby je nutné s pacientem promluvit o jeho jídelních zvyklostech a ubezpečit se že pacient zná zásady redukční a diabetické diety. Pacienta upozorňujeme

že antiobezitika pomáhají v redukci hmotnosti, ale bez jeho samotného úsilí obezitu nevyřeší (MATOULEK, 2014).

Antiobezitika volíme u pacientů kde BMI přesahuje 30 kg/m² a tam kde režimová opatření nebyla dostačující. Užívání je vhodné u pacientů, kde BMI je v kategorii nadváhy a tam kde jsou přítomné kardiometabolické choroby např. hypertenze, diabetes mellitus, dyslipidemie, spánkové apnoe, kardiovaskulární onemocnění, steatóza jater a další (MÜLLEROVÁ, 2009).

Dle mechanismu účinku antiobezitika snižují pocit hladu a navozují pocit sytosti působením na centrální nervovou soustavu, ovládají pocit hladu a nasycení, reakce organismu na jídlo jako je slast, návyky v centrální nervové soustavě, zvyšují energetický výdej, ovlivňují metabolismus v periferních tkáních a zamezují vstřebávání tuků v přijímané potravě (HAINER, 2011).

1.12 BARIATRICKÁ CHIRURGIE V LÉČBĚ OBEZITY

V dnešní době je bariatrická chirurgie považována za nejefektivnější možnost léčby morbidní obezity (ALAMRI et al., 2018).

Je všeobecně známo že hmotnostní úbytek při konzervativní léčbě je těžce udržitelný, nadváhu se daří redukovat zhruba u 10-15 % nemocných. Bariatrická chirurgie se dnes uplatňuje nejen v léčbě obezity ale i u metabolických onemocnění jako je zejména diabetes II. typu. Bariatrická chirurgie využívá laparoskopické miniinvazivní techniky (KASALICKÝ, 2011).

1.13 INDIKACE K BARIATRICKÝM VÝKONŮM

Bariatrická chirurgie přispívá k redukci hmotnosti, čímž přináší kosmetický efekt a přispívá k léčbě zdravotních komplikací obezity. Vysoce obézní pacient představuje vysoké riziko a proto rozhodnutí o bariatrické operaci je věcí multidisciplinárního konsenzu, což jsou odborníci vysoce vzdělaní ve svém oboru. Nemocný musí být před operací tímto konsenzem vyšetřen a musí být zhodnocen jeho zdravotní stav (KASALICKÝ, 2011).

Vyšetření bariatrickým chirurgem by mělo proběhnout minimálně 2 krát a to s odstupem několika týdnů. Bariatrickou operací dojde ke změně zažívání, proto je nutné důkladné poučení nemocného. Rozhodnutí, zda podstoupit operaci je zcela na pacientovi, musí vše důkladně zvážit a také souhlasit s dlouhodobou

spoluprací s obezitologem, bariatrem či psychologem. Na základě psychologického vyšetření posuzujeme, zda je pacient schopen zvládnout novou životní situaci a následnou spolupráci. Je důležité pro kontraindikaci k operaci z důvodu možnosti poruch příjmu stavy a to nekontrolovaného přejídání, anorexii či posttraumatickému stresovému syndromu (KASALICKÝ, 2011).

Za indikaci k bariatrickému výkonu pokládáme obezitu s BMI větším než 40 nebo větším než 35 s komplikacemi, pokud bylo pacientovo BMI někdy větší než 35 provádí se i při BMI nižším, selhání konzervativní léčby, spolupracujícího pacienta, z psychologického hlediska netrpícího bulimií, schopného dlouhodobého sledování (SVAČINA, MÜLLEROVÁ, BRETŠNAJDROVÁ 2013).

Dle Kasalického (2011) jsou k bariatrickému výkonu určeni dospělí s BMI > 40, nebo s BMI > 35 a přidruženými chorobami. Na základě vážných zdravotních komplikací, selhávání konzervativní léčby a konsenzu specialistů jsou indikováni jedinci s hodnotami BMI 30-35. U obézních jedinců mezi 15-18 rokem bývá indikace zcela výjimečná, stav posuzuje dětský obezitolog, dětský psycholog a zkušený bariatr. U dětí je bariatrický výkon vyloučen. U morbidně obézních ve věku 55-65 let je nutné posoudit rizika oproti přínosu operace s úvahou na přidružená onemocnění. Komplikace obezity u nemocných nad 60 let mají těžší povahu, jsou nezvratné nebo znemožňují aplikaci anestezie.

1.14 KONTRAIKAKACE K BARIATRICKÝCH VÝKONŮ

Nemocní by měli být o operační metodě a následných opatřeních důkladně poučeni, měli by ji realisticky pochopit a neočekávat nereálné cíle v redukci hmotnosti. Musí dodržovat režim, souhlasit s dietním omezením a spolupracovat s obezitologem, chirurgem či psychologem. Bez spolupráce pacienta nemůžeme zákrok provést, jelikož ohrožuje jeho zdraví. Dále zde řadíme psychické onemocnění – psychózy, afektivní poruchy, alkoholismus či drogovou závislost, mentální retardace, poruchy dietního a jídelního chování. Pokud pacientův organismus není schopen unést zátěž anesteziologie, je taktéž pro výkon nevhodný (KASALICKÝ, 2011).

Výkon je vyloučen u těhotných žen nebo u obezity, která je způsobená hormonálně takzvaně sekundární obezita (KASALICKÝ, 2011).

Bariatrické výkony nemůžeme provádět u pacientů s přidruženými onemocněními, které nemocného ohrožují přímo na životě. Řadíme zde srdeční, jaterní

či ledvinové selhání, které nereagují na terapii, neovlivnitelnou hypertenzi, systémové poruchy, poruchy imunity a malignity (KASALICKÝ, 2011).

1.15 DRUHY BARIATRICKÝCH VÝKONŮ

Léčba obezity chirurgickou cestou se dělí na výkony restriční zaměřující se na omezení objemu přijímané stravy, výkony malabsorpční, kde je základem vyřazení části trávicího traktu z činnosti a výkony kombinované (OWEN, 2012), (HOCH, 2011).

ADJUSTABILNÍ BANDÁŽ ŽALUDKU

Výkon spočívá v zavedení silikonové nastavitelné (adjustabilní) bandáže (HOLÉCZY, 2013). Hlavní částí bandáže je silikonový kroužek se zámkem, který na vnitřní straně obsahuje podlouhlý balónek. Balónek je spojen s hadičkou, která se při operaci propojuje s podkožím a následně je možné bandáž nastavovat (utahovat) pomocí fyziologického roztoku dle pacientových potřeb (KASALICKÝ, 2011). Principem působení této bandáže je snížení objemu žaludku jeho zaškrcením. Zaškrcením žaludku vzniká tvar přesýpacích hodin o nestejně souměrnosti, horní část žaludku je malá, zaškrcená bandáží a spojená s úzkým kanálkem se zbývající dolní částí žaludku (FRIED, 2011). Horní část žaludku má objem okolo 25 mililitrů což odpovídá 2 polévkovým lžicím (KASALICKÝ, 2011). Účinek spočívá v tom, že malé množství potravy naplní horní část žaludku a tím pacient pocítuje nasycení rychle. Nastavitelná bandáž neovlivňuje vstřebávání živin, vitamínů a minerálů z potravy neboť neomezuje trávení v tenkém a tlustém střevě (FRIED, 2011).

Výhodou výkonu je nastavení zaškrcení žaludku mezi horní a dolní částí žaludku, což znamená, že pacient si průběžně po operaci zvyká na omezování jídla a následné důsledky. Nastavování bandáže prováděné na míru pacienta umožňuje lepší přizpůsobení organismu (DOLEŽALOVÁ, 2012).

SLEEVE GASTRECTOMY (TUBULIZACE ŽALUDKU)

Jedná se o nevratný výkon, kdy je objem žaludku zmenšen zhruba o 80 %, čehož je dosaženo odstraněním částí žaludku, jeho těla a klenby (DOLEŽALOVÁ, 2012). Odstraněním tak vzniká zmenšený žaludek, který se podobá rukávu u košile (FRIED, 2011). Poté dosahuje objemu 80–180 mililitrů (KASALICKÝ, 2011). Po operaci je objem žaludku zmenšený, je snížený obsah pro potravu a pacient pocítuje nasycení rychleji. Odstranění klenby žaludku a jeho velkého zakřivení vyvolává snížení

hormonů, které jsou s obezitou spojeny, jelikož v těchto částech je jejich produkce nejvyšší (FRIED, 2011). Operace nemocnému pomáhá redukční dietu udržet bez toho, aby trpěl pocitem hladu, chutě nemocného však neovlivňuje (KASALICKÝ, 2011).

PLIKACE ŽALUDKU

Restrikční výkon spočívá v zarolování žaludku do jeho klenby. Objem žaludku je následně zmenšen shlukem hmoty zanořené v žaludku (DOLEŽALOVÁ, 2012).

INTRAGASTRICKÝ BALON

Metoda využívaná u nadměrně obézních, u rizikově nemocných nebo jako příprava k operaci u neúnosně nemocných. Jedná se o formu léčby, kdy nedochází k použití léků a operační metody (HOCH, 2011).

ŽALUDEČNÍ BYPASS (ROUX-EN-Y GASTRICKÝ BYPASS)

Výkon spočívá v prošíání a protrhnutí žaludku v oblasti těla a ohbí (FRIED, 2011). Zbylý žaludek zůstává, ale je vyřazen ze své funkce (KASALICKÝ, 2011). Na malou slepě vzniklou horní část žaludku se našije odvodná klička tenkého střeva. Pacienti po výkonu snižují svou váhu díky omezenému objemu žaludku, čímž jedí malé množství potravy a v důsledku toho že je vyřazena z trávení část tenkého střeva je sníženo vstřebávání přijatelných živin. Je také sníženo vstřebávání vitamínů a minerálů (FRIED, 2011). Z hlediska využitých metod se výkon řadí mezi restriktivní a malabsorpční (KASALICKÝ, 2011).

BILIOPANKREATICKÁ DIVERZE

Biliopankreatická diverze je zákrok čistě malabsorpční a je brána za nejradikálnější bariatrickou metodu. Při biliopankreatické diverzi dle Scopinara morbidně obéznímu odebíráme 2/3 žaludku s ponecháním objemu horní části žaludku o objemu 200-250 mililitrů. Jako další provedeme přestavbu zažívacího traktu napojením žaludku na střevní kličku typem Roux-Y. Klička vedoucí potravu je 250 centimetrů dlouhá a je na ní 50 centimetrů od céka koncem do strany napojena klička biliopankreatická, čímž dochází k sníženému vstřebávání živin a tuků s menší ztrátou vitamínů a minerálů (KASALICKÝ, 2011).

Při operaci pomocí duodenálního switchu je provedeno odstranění žaludku typem sleeve gastrectomy. Žaludek je přerušeno 5 centimetrů za vrátníkem žaludku, na tomto místě je našita klička vedoucí potravu, která dosahuje délky 250 centimetrů.

Distální dvanácterník je slepě uzavřen a pokračování je obdobné jako u biliopankreatické diverze dle Scopinara (KASALICKÝ, 2011).

Jedná se o bariatrický výkon s největšími a trvalými hmotnostními úbytky (FRIED, 2011).

1.16 KOMPLIKACE OPERAČNÍ LÉČBY OBEZITY

Vyskytuje se mnoho obav týkajících se krátkodobých a dlouhodobých komplikací ve snižování hmotnosti chirurgickou operací. Doposud nebylo objasněno, zda si populace zcela uvědomuje tato rizika (ALAMRI et al., 2018).

Mezi nejčastější pooperační komplikace řadíme všeobecně krvácení, infekci, pooperační bolest, nevolnost a zvracení. Mezi další řadíme všeobecně komplikace po operačních výkonech např. hlubokou žilní trombózu, plicní embolii, zápal plic, paralytický ileus, ARDS atd. V průběhu operace může dojít k poranění sleziny, jater, abdominální části jícnu, střevních kliček, žlučových cest nebo pankreatu (KASALICKÝ, 2011).

Po adjustabilní bandáži žaludku se můžeme setkat s rozšířením jícnu nebo zánětem jícnové sliznice, rozšířením části žaludku nad gastrickou bandáží nebo podklouznutím přední stěny pod bandáží nahoru. Mezi nejzávažnější komplikaci řadíme prořezání bandáže žaludku do jeho ohbí (KASALICKÝ, 2011).

Tubulizace žaludku je nebezpečná pro vznik insuficientní resekční linie, v případě, kdy je únik žaludečního obsahu časný, podstupuje pacient opakovanou operaci a ošetření resekční linie. Pokud stav trvá delší časové období, provádí se drenáž pod CT kontrolou. Nejzávažnější pozdní komplikací je rozšíření žaludeční trubice a opětovná nadváha (KASALICKÝ, 2011).

Za nejzávažnější komplikaci po biliopankreatické diverzi je považována insuficience anastomóz a prosakování žaludečního nebo střevního obsahu do dutiny břišní. První pooperační den se provádí RTG s vodnatou kontrastní látkou. V případě úniku je prováděna revize a ošetření anastomóz. V pozdních komplikacích je možné zúžení v místě anastomóz a vznik vředů v místě mezi žaludkem a tenkým střevem. Vnitřní kýla se může vyskytnout za předpokladu výrazného snížení hmotnosti a neuzavření defektu v mezenteriu. Možné je taky její následné uskřínutí (KASALICKÝ, 2011).

1.17 DŮSLEDKY BARIATRICKÝCH ZÁKROKŮ

Bariatrická chirurgie kromě výhod a přínosů přináší také komplikace, mezi které řadíme nutriční ztráty, potravinovou nesnášenlivost, obtíže s trávením, změnu řízení pocitu sytosti, poruchy příjmu potravy a nedodržování dietního režimu (MÜLLEROVÁ, 2012). Při restriktivních zákrocích dochází k snížené sekreci kyseliny chlorovodíkové, žaludečních šťáv a vnitřního faktoru, který je důležitý pro absorpci vitamínu B₁₂, což může následně vést k poruše vstřebávání železa, vitamínu B₁₂ a špatné toleranci bílkovin (FUJÁKOVÁ, MOTTLOVÁ, MATĚJOVÁ, 2013). Postižena je i střevní mikroflóra, kdy nastává zvýšení bakterie E. Coli a úbytku probiotik mezi které řadíme laktobacily a bifidobakterie (HAINER, 2016).

Dle Müllerové (2012) k vyloučení nutriční nedostatečnosti vede podrobná předoperační edukace pacienta, náhrada rizikových živin, pravidelné odborné kontroly s vyšetřením na hladiny rizikových látek v krvi.

Dle Kasalického (2011) v upraveném traktu po Roux-Y gastrickém bypassu má snížení hmotnosti svá negativa vzhledem k tomu že dochází k zhoršené absorpci vitamínů, zejména železa, vápníku, zinku a dalších prvků. Velký pokles železa může vést k anémii. Nedostatek vitamínu B₁₂ může vést k příznakům chronické anémie. Snížený příjem vápníku vede v organismu k redukci vápníku uloženého v kostech, což je příznakem bolesti v kostech a může vést až ke zlomeninám. Nezbytná je kontrola v bariatrických či obezitologických ambulancích, při průkazu nedostatečnosti vitamínů či minerálů zahajujeme jejich náhradu.

2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA PŘED A PO BARIATRICKÉ OPERACI

Časový úsek, kdy pečujeme o pacienta, který má podstoupit jistý chirurgický zákrok v období před operací, během operace či po provedené operaci nazýváme perioperační péčí. Jednotlivá období jsou specifická, a proto dbáme na správnou péči o chirurgického pacienta. Sestra vykonávající perioperační péči u pacienta zajišťuje péči o pacienta před výkonem, v průběhu a bezprostředně po operačním výkonu, počínaje intervenčních, invazivních a diagnostických výkonů (ZELENÍKOVÁ, 2013).

2.1 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

Cílem předoperačního vyšetření je ulehčit práci těm, kteří se na operaci budou podílet. Předoperační vyšetření má za úkol určit operační riziko, které dále vyhodnocuje chirurg společně s anesteziologem. Nedílnou součástí lékařů je vyhledávání informací, které by mohli mít v pooperačním období na pacienta vliv, na co se více zaměřit s cílem snížení rizik (KOTÍK, 2016). Předoperační péči můžeme rozdělit na všeobecnou, která obsahuje společné znaky pro všechny operační výkony, dále na fyzickou, kdy pečujeme o tělesnou stránku pacienta, psychickou, která zahrnuje edukaci a psychickou podporu pacienta v rámci zmírnění obav a strachu. V posledním kroku upravujeme farmakologickou léčbu. Z hlediska časového intervalu dělíme předoperační přípravu na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední (JANÍKOVÁ, 2013).

DLOUHODOBÁ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

Časový úsek, jak dlouho bude tato příprava trvat, závisí na celkovém stavu pacienta a typu prováděného výkonu. Lékař objasňuje a podporuje spoluúčast pacienta na léčbě, jelikož tyto komponenty tvoří nezbytnou část pro léčbu a zároveň budují důvěru, aktivní přístup a vhodnou metodu terapie pro pacienta. Tento proces by měl vyústit v podepsání informovaného souhlasu, který zahrnuje informace o daném výkonu, možnosti zvoleného výkonu, benefity pro pacienta z daného zákroku, rizika a nevýhody pro pacienta, možnost pro otázky (JANÍKOVÁ, 2013).

Informace musí být podávány srozumitelně, dbáme na případné smyslové deficity, kterými může pacient trpět, a zajistíme vhodné pomůcky, které pacientovu vadu kompenzují. Pacient má právo na volbu (JANÍKOVÁ, 2013).

Pro přípravu k bariatrickému výkonu je nedílnou součástí zhodnocení zdravotního stavu a výživy. Dbáme na léčbu chronických onemocnění a její úpravu, čímž předcházíme vzniku komplikací. Nemocného opětovně poučujeme o změně životního stylu, stravování, výkonu, jeho důsledcích, rizicích a výhodách v mnohých případech vede poučení k uklidnění pacienta. Provádíme sonografické vyšetření se zaměřením na průkaz či vyloučení cholecystolitiázy a zhodnocení velikosti levého jaterního laloku. Polysomnografií provádíme u nemocných trpících spánkovým apnoe. Před všemi bariatrickými výkony je doporučováno endoskopické vyšetření a u gastrického bypassu je nezbytnou součástí, vyšetřujeme tak stav žaludku, malignity, vředovou chorobu gastroduodena, nedomykavost jícnu a vylučujeme jím brániční kýlu. Nezbytné je obezitologické vyšetření s důrazem na metabolické a endokrinologické vyšetření. Součástí vyšetření může být i určení kostní hustoty a vyšetření nepřímou kalometrií (KASALICKÝ, 2011).

Mezi běžné předoperační vyšetření řadíme anamnézu, fyzikální vyšetření, vyšetření fyziologických funkcí které se skládá z vyšetření tlaku, pulzu, tělesné teploty, dechu a saturace kyslíku krví, vyšetření krve na krevní obraz + diferenciál, biochemii (ionty, urea, kreatinin, jaterní testy, bílkovina, glukóza a další), koagulační vyšetření krve (Quickův test, aPTT) a krevní skupinu a Rh faktor, EKG, není zapotřebí u pacientů s rizikem ASA I a u pacientů do 40 let věku, RTG srdce a plic které je povinné u pacientů starších 60 let, kuřáků nad 40 let, s pozitivním kardiopulmonálním onemocněním v anamnéze, u cizinců, kde v zemi je pozitivní TBC, interní vyšetření, anesteziologické vyšetření – stanovuje se riziko dle ASA, u žen se provádí gynekologické vyšetření, dále dle specifik zde řadíme lékovou přípravu a další vyšetření potřebné dle stavu pacienta (JANÍKOVÁ, 2013).

Výsledky interního vyšetření nesmí být starší čtrnácti dnů, řadíme mezi ně EKG, RTG vyšetření srdce a plic, klinické a laboratorní vyšetření (SLEZÁKOVÁ a kol., 2012).

PSYCHOLOGICKÁ PÉČE PŘED BARIATRICKOU OPERACÍ

Psycholog, psychiatr nebo odborník po absolvování psychoterapeutického výcviku poskytuje pacientovi psychoterapii. Práce psychologa se zakládá na diagnostice, při níž odhalujeme psychické obtíže, psychickou a sociální situaci obézního pacienta a navrhuje další možný postup, poradenství a psychoterapii

kdy odborník pracuje s pacientem na dosažení určitého cíle, je delší, vytváří vztah mezi pacientem a psychoterapeutem, zasahuje do dlouhodobých vzorců chování, myšlení a rysů osobnosti (HERLESOVÁ, 2011).

Psychoterapie může probíhat individuálně (pacient a terapeut) nebo skupinově (jeden až dva terapeuti a několik pacientů). Může probíhat i za přítomnosti pacientovi rodiny, což je vhodné zejména zasahuje-li problém celou rodinu. Cíl si pacient volí sám a formuluje ho do podoby ve spolupráci s odborníkem. Nejvíce osvědčenou metodou je kognitivní behaviorální terapie (HERLESOVÁ, 2011).

Lidé ucházející se o bariatrickou operaci mají za sebou časté pokusy o redukci váhy. Uchazeč o bariatrickou operaci musí dokázat, že je schopný změnit jídelní a pohybové návyky v souvislosti s redukčním režimem (HERLESOVÁ, 2011).

Cílem psychologického vyšetření je zjistit rizika ve zvládnání pooperačního režimu. Psycholog pak na základě vyšetření rozhodne, zda je operace pro pacienta vhodná či naopak rozhodne o jejím odložení nebo ji vyloučí z důvodu, že by mohla znamenat pro pacienta zhoršení stavu. V tomto případě, kdy psycholog operaci vyloučí, může pacient operaci podstoupit později, ze předpokladu že bude léčen psychologem a na daný výkon bude připravován (HERLESOVÁ, 2011).

DIETNÍ A REŽIMOVÁ OPATŘENÍ PŘED BARIATRICKOU OPERACÍ

Bariatrická operace je vnímána pacientem jako přínosné a konečné řešení problému, z toho důvodu je nutné požadovat změnu stravovacích návyků ještě před operací s cílem snížit budoucí rizika (ŠRÁMKOVÁ, 2012).

Velmi významná je preventivní péče nutričních terapeutů nejen po zákroku ale i před samostatným výkonem. Terapeut hraje zásadní roli v poučení a nácviku vhodného pooperačního režimu, což obsahuje seznámení pacienta s živinami a volbou potravin, které jsou pro něj vhodné, doporučení k vhodné úpravě stravy, seznámení s tabulkami nutričních hodnot a budoucími opatřeními, které vedou k změně pacientových stravovacích zvyklostí, ve kterém zahrnujeme pravidelnost stravy, zvýšení příjmu bílkovin, vlákniny a výběr potravin o nižším glykemickém indexu, omezení jednoduchých sacharidů a tuků, nácvik oddělování tekutin od pevné stravy, návyku popíjení mezi jídly a pravidelný zápis jídelníčku. Důležitá je porada s pacientem o jeho přáních, cílech a obavách po bariatrické operaci (HLAVATÁ, 2014).

LCD (low calory diet) a VLCD (very low calory diet) jsou časté diety v posledních dvou týdnech před bariatrickou operací. Pomocí těchto diet dochází k ústupu jaterní steatózy, která se vyskytuje u většiny pacientů s obezitou a diabetem. Vylepšuje metabolický stav, je účinná v zmenšení celkového objemu jater a zvýšení konzistence, což je důležité pro chirurgy vzhledem k tomu že v dutině břišní je více místa a pokud dojde ke střetnutí chirurgického nástroje s jaterní tkání, nedochází tak často ke krvácení (MATOULEK, SADÍLKOVÁ, 2016).

KRÁTKODOBÁ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

Období časově vymezené na 24 hodin před operací. Řadíme zde přípravu fyzickou, anesteziologickou a psychickou. Před samotným operačním výkonem musí být každý pacient lačný alespoň 6-8 hodin. U pacientů trpících poruchami výživy nebo dehydratací podáváme parenterální výživu, která slouží k náhradě energie a tekutin. Snižujeme tak možné pooperační komplikace. Těsně před zákrokem by se měl pacient spontánně vymočit. U obtížných operací se provádí cévkování močového měchýře buďto v den operace na oddělení nebo na operačním sále. Vyprázdnění stolice závisí na typu operace a instrukcích chirurga, možností je očistné klyzma nebo podání roztoku k vyprázdnění. Pacient před operací provádí celkovou hygienu, důklad se klade na nehty (odstraníme lak), vlasy, kosmetické přípravky (odlícený obličej) a dezinfekci pupku. Dále připravujeme operační pole dle instrukcí operátora a v závislosti na druhu prováděného zákroku. Anesteziolog den před operací předepisuje sedativa a hypnotika s cílem lepšího zvládnutí stresu pro pacienta před výkonem. Obnosy, které pacient vlastní, uložíme do trezoru, protetické pomůcky označíme a uchováme. Zubní náhrady vyjme a umístíme je do sklenice s vodou (SLEZÁKOVÁ a kol., 2012). Preventivně podáváme antibiotika v jedné až třech dávkách pokud průběh operace je bez komplikací. Důraz se klade na prevenci tromboembolické nemoci, podáváme nízkomolekulární hepariny a používáme elastické kompresivní punčochy (KASALICKÝ, 2011). Z hlediska anesteziologické přípravy anesteziolog posuzuje zdravotní stav pacienta, poučuje o anestezii a rizicích, které mohou nastat při operaci. Určuje premedikaci pacienta a doplňuje anesteziologické ordinace. Na psychické přípravě se účastní sestry i lékaři, cílem je zmírnění strachu a stresu z výkonu (SLEZÁKOVÁ a kol., 2012). Sestra provádí kontrolu dokumentace s důrazem na informované souhlasy pacienta, upozorňuje na patologické výsledky testů a dle konzultace s lékařem a aktuálního stavu pacienta případně vykoná další vyšetření.

Dle ordinace lékaře a potřeby sestra zajišťuje invazivní vstupy jako je permanentní močový katetr, nasogastrická sonda a periferní žilní kanyla. Úkolem sestry je asistence u obezitologického vyšetření, sonografie břicha, gastroscopie, psychologického vyšetření a u vyšetření na přítomnost spánkového apnoe. Sestra poučuje pacienta o pooperačním režimu, který zahrnuje dietní opatření, pravidelné kontroly a sledování pacienta, změnu životního stylu (JANÍKOVÁ, 2013).

BEZPROSTŘEDNÍ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

Hlavní náplní všeobecné sestry v tomto období je kontrola fyziologických funkcí, sundání šperků a vyjmutí zubní náhrady, dle standardu oddělení sepsání a sbalení věcí, přiložení bandáží či elastických punčoch, zavedení invazivních vstupů dle rozhodnutí lékaře, podávání infuzní terapie, zajištění vyprázdnění močového měchýře, kontrola operačního pole a lačnění, podání premedikace, kontrola dokumentace, komunikace s pacientem a jeho dopravení na operační sál s následným předáním do péče personálu operačního sálu (JANÍKOVÁ, 2013). Období bezprostřední péče je omezeno na 2 hodiny před samotným zákrokem (SLEZÁKOVÁ a kol., 2012).

2.2 PŘEDOPERAČNÍ EDUKACE NEMOCNÉHO

Poučení pacienta o operaci je velmi důležitou částí. Je důležité, aby pacient rozuměl principu operace, rizikům, souhlasil s dlouhodobou péčí bariatra, obezitologa a případně i psychologa. Aby pacient byl určen k operativnímu výkonu, musí být dlouhodobě sledován (čímž odhadneme jeho následnou pooperační spolupráci), k výkonu se musí samostatně rozhodnout a zdravotníci z mnoha oborů spolu musí spolupracovat (JANÍKOVÁ, 2013). Pacientovi vysvětlujeme změny ve stravování a životním stylu, opakovaně pacienta poučujeme o výhodách, důsledcích a rizicích zvoleného operačního výkonu a klademe důraz na dlouhodobé pooperační sledování (KASALICKÝ, 2011).

2.3 PERIOPERAČNÍ PÉČE

Péče začíná po sterilním překrytí operačního pole, kdy všichni členové účastníci se operace jsou přítomni. Druhý krok se skládá z perioperační bezpečnostní procedury, kdy všichni členové operačního týmu uvedou své jméno a úkol, identifikují pacienta, stvrdí místo a typ výkonu a je potvrzeno preventivní podání antibiotik v poslední hodině (WICHSOVÁ, 2013).

Instrumentující sestra má za úkol sledovat průběh operačního výkonu, podávat nástroje, předvídat kroky operátora a být na ně připravena, v průběhu výkonu pečuje o nástroje a ostatní materiály, kontroluje pomůcky, které jsou jí navraceny, sterilitu operačního pole a dodržování sterilních technik, asistuje, pokud to situace vyžaduje (WICHSOVÁ, 2013).

Kontroluje počet nástrojů a materiálu před výkonem, v průběhu a po jeho skončení, stav následně hlásí operátorovi (souhlas – nesouhlas). Pokud materiál chybí a není nalezen je indikací k provedení perioperačního RTG. Chybění materiálu označujeme jako nežádoucí událost, pacienta důkladně sledujeme a při zhoršení jeho stavu myslíme na možné perioperační poškození (WICHSOVÁ, 2013).

Operační rána je na konci výkonu uzavřená, omytá, osušená, ošetřena antiseptikem a sterilně překrytá (WICHSOVÁ, 2013).

2.4 POOPERAČNÍ PÉČE

Pacient zůstává pod nepřetržitým dohledem, dokud nemá stabilizovaný oběh, dostatečně spontánně nedýchá a nejsou patrné obranné reflexy, mezi které řadíme kašel a polykání. Anesteziologická péče brání časným komplikacím např. zapadnutí jazyka, laryngospazmu, aspiraci a dlouhodobému uvolnění dýchacích svalů. Pacienti jsou po náročném výkonu převezeni na JIP nebo ARO v případě že je nutná nadále umělá plicní ventilace. Pokoje můžeme dělit na reanimační, zaměřují se na udržení a obnovu základních životních funkcí pacienta a dospávací, které jsou součástí operačního traktu. Operátor provede zápis do chorobopisu, ordinuje následnou medikaci, polohu pacienta, ošetření operační rány a vytažení drénů (SLEZÁKOVÁ a kol., 2012).

Základní pooperační péče se skládá ze sledování fyziologických funkcí, operační rány, krvácení, bolesti, barvy kůže a sliznic, diurézy, invazivních vstupů, nevolnosti a zvracení, odchodu moči, plynů, stolice a bilance tekutin při čemž ztráty tělesných tekutin nahrazujeme parenterálně podáním infuzních roztoků. Dbáme na péči o dutinu ústní, prevenci proleženin a tromboembolické nemoci pomocí elastické bandáže dolních končetin, u rizikových pacientů aplikujeme antikoagulantia. Po operaci dbáme na časnou mobilizaci pacienta (SLEZÁKOVÁ a kol., 2012).

První pooperační den je provedena za pomoci rentgenu pasáž žaludku s vodnou kontrastní látkou s cílem vyloučení úniku v oblasti sešití resekcční linie. Pokud je únik prokázán, je nutná operace. Odstranění drénů probíhá v prvním dni, pokud je sekrece

minimální. Následně je pacient předán na chirurgické oddělení. V prvních dnech po operaci je vhodná chůze u lůžka z důvodu rizika pádu u pacienta a zatížení sester vzhledem k fyzické náročnosti. Pacienti jsou hospitalizováni 5 dnů od operace. Domů by měli být propouštěni po obnovení zažívacího traktu a toleranci tekuté stravy (FRIED, 2011).

„Pacient musí být vybaven písemnou informací o provedeném výkonu (i např. přesném typu implantátu, byl-li mu zaveden) obsahující popis možných závažných vedlejších projevů“ (FRIED, 2011, s. 78).

DIETNÍ A REŽIMOVÁ OPATŘENÍ PO BARIATRICKÉ OPERACI

Vzhledem k bariatrické chirurgii musíme na výživu klást velký důraz, dle typu operací se doporučení o výživě mírně odlišují. Všeobecně začínáme s malými doušky čaje za 6 hodin po operaci, což však neplatí u tubulizace žaludku a Roux-Y gastrického bypassu, kdy čaj začínáme podávat až první pooperační den. Nultý pooperační den je u těchto výkonů ordinována dieta nic per os a parenterální výživa. Množství přijímaných tekutin je omezeno na 30-100 ml tekutin na jeden okamžik. Čajovou dietu pacient přijímá i následující první pooperační den, dále je převeden 2-14 den na stravu tekutou, ke konci již mírně zahuštěnou, kašovitou a mixovanou, která se začíná podávat od dvacátého dne po operaci. U adjustabilní gastrické bandáže je přechod stravy rychlejší. První až sedmý pooperační den podáváme stravu tekutou a od osmého dne přestupujeme na mletou. Obnovení výživy u pacienta je ovlivněno standardem oddělení a zkušenostmi lékaře. U pacienta sledujeme nevolnost, zvracení, pocity plnosti, tlaku a další – souhrnně nazýváme tyto příznaky dyspeptickými obtížemi. V době propuštění pacienta se témata týkají poučení o výživě a životosprávě (JANÍKOVÁ, 2013).

Výživová doporučení spočívají v dodržování dietního režimu s omezením vysokokalorických nápojů a potravin, v dobré konzumaci stravy zejména pokousání, menších soust s vynecháním konzumace dužiny pomerančů kvůli prevenci uvíznutí v zúženém prostoru, což také platí při užívání léků, které je nutné púlit či drtit před jejich užitím. Nepřejídat se a jíst v menších dávkách, doplňování minerálů a vitamínů, nepřijímat stravu do pocitu tlaku či nevolnosti, dodržovat pitný režim a jeho zásady, například po tubulizaci žaludku je vhodný příjem tekutin mezi jídly a před jídlem, tekutiny nepřijímat současně s jídlem (JANÍKOVÁ, 2013).

Dieta po bariatrické operaci představuje kombinaci šetřící a redukční diety. Ze stravy je nutné vyloučit nadýmavé potraviny (slupky, zrníčka, kynuté pečivo, nadýmavou zeleninu), potraviny s vysokou energetickou denzitou (tučné sýry, tučná masa, uzeniny, smetanu, zmrzlinu, krémy, cukrovinky, čokoládu, alkoholické a slazené nápoje, smažené pokrmy, ořechy atd.). Důležité je udržet pasáž žaludku a nezpomalovat ji, proto volíme stravu bohatou na nebobtnavé ovoce a zeleninu, zejména ve formě pyré či nastrouhané formě (mrkev, špenát, jablka, meruňky), netučná masa, tvaroh, sýry, jogurty, odtučněné mléko, nízk energetické nápoje, lisované brambory, rýži a těstoviny (SVAČINA MÜLLEROVÁ, BRETŠNAJDROVÁ 2013).

S nejvíce chybami a komplikacemi se u pacientů setkáváme díky nevhodné volbě potravin a předčasnému zahušťování, kdy se zdá, že je vše zhojeno a pacient netrpí žádnými obtížemi. Pravidelné kontroly u nutričního terapeuta jsou nezbytné a je třeba jejich vysoká četnost (MATOULEK, SADÍLKOVÁ, 2016).

2.5 ŽIVOTOSPRAVA PO BARIATRICKÉM VÝKONU

Všichni pacienti po bariatrickém výkonu jsou určeni k celoživotnímu odbornému dohledu. Po dobu čtyřiaadvaceti hodin musí mít zpřístupněnou péči, kterou poskytuje chirurgické centrum v době naléhavosti (FRIED, 2011).

Kontroly se provádějí za měsíc od prodělané operace, dále každé tři měsíce v prvním roce, v roce druhém jsou pravidelné kontroly prováděny po šesti měsících a dále pak jednou ročně. Sledujeme metabolický a výživový stav pacienta pro možnou náhradu potřebných mikronutrientů a vitamínů. Vitamíny a mikronutrienty jsou ordinovány v běžné praxi k náhradě jejich možného sníženého příjmu a vstřebávání. Upravujeme medikaci vzhledem k poklesu hmotnosti a chirurgickému výkonu (FRIED, 2011).

Při časném dumping syndromu je vhodné podávání tekutin před jídlem a zvažení doplňování kukuřičným škrobem. Při pozdním syndromu neopomíjíme hypoglykemie a dle toho dále poučujeme pacienta (FRIED, 2011).

První pooperační rok po biliopankreatické diverzi se podávají inhibitory protonové pumpy nebo blokátory H₂ receptorů. Pokud pacient trpí nadměrným nadýmáním, odchodem plynů nebo zápachající stolicí, doporučuje se podávání neomycinu, metronidazolu či pankreatických enzymů ústně (FRIED, 2011).

3 TEORETICKÁ VÝCHODISKA OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU

„Ošetřovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče. Jeho cílem je zhodnotit zdravotní stav pacienta, reálné a potencionální problémy péče o zdraví, stanovit plány pro splnění stanovených cílů, poskytnout specifické ošetřovatelské intervence a zhodnotit jejich účinnost“ (SYSEL a kol., 2011, s. 34).

Je cyklický, což znamená, že jednotlivé složky na sebe logicky navazují. Složky ošetřovatelského procesu se překrývají a ovlivňují se. Kroky neustále přizpůsobujeme situaci, jelikož zdraví se neustále mění a od toho se odvíjí také ošetřovatelský proces. Pacientovi ošetřovatelským procesem zajišťujeme kvalitní a plánovanou péči, dostupnost plánu ostatním členům, kteří o pacienta pečují, čímž zabraňujeme opakovanému vyptávání se na informace a zároveň zapojujeme pacienta do péče a rozvíjíme jeho dovednosti v péči o sebe (SYSEL a kol., 2011).

Poskytováním ošetřovatelského procesu sestra uplatňuje své vzdělání, uspokojuje svou pracovní činnost dobře odvedenou prací za správné hodnocení pacienta a splnění stanovených cílů, šetří svůj čas a energii z důvodu že proces zlepšuje komunikaci mezi sestrami a členy ošetřovatelského a zdravotnického týmu, pracuje v souladu se zákonem (SYSEL a kol., 2011).

První fází ošetřovatelského procesu nazýváme posuzování. V této fázi provádíme sběr dat a informací o pacientovi. Využíváme několik metod k získání informací a to rozhovor, při němž si všímáme tónu, rychlosti a hlasitosti řeči, které svědčí o psychickém stavu pacienta. Další metodou je pozorování, pomocí kterého sledujeme jak tělesný tak psychický stav pacienta, jeho prožívání v době nemoci, pobytu v nemocnici a uzdravování se. Nedílnou součástí je fyzikální vyšetření sestrou, kdy se pacient vyšetřuje za pomoci pohledu, pohmatu, poklepu a poslechu (SYSEL a kol., 2011). Sestra musí mít dostatek informací k tomu, aby správně vyhodnotila stav zdraví nebo nemoci pacienta. Je důležité se náležitě přesvědčit, zda získané údaje jsou úplné. Získané údaje o pacientovi následně uspořádáme a zkontrolujeme spojitosti informací, které vedou k zjištění určitého problému. Zjištěné údaje zapisujeme do dokumentace a hlásíme je lékaři (TÓTHOVÁ, 2014).

Druhým krokem je stanovení ošetrovatelské diagnózy. Diagnóza představuje závěr, který je možno provést po pečlivém sběru informací (SYSEL a kol., 2011). Na základě reakce pacienta na nemoc vznikají různé problémy, které mají vliv na uspokojování potřeb. Potřeby se v průběhu nemoci mění a jsou ovlivňovány reakcí pacienta na nemoc (TÓTHOVÁ, 2014). Pro potencionální problémy je typická dvousložková diagnóza, která zahrnuje problém a příčinu zatímco pro aktuální ošetrovatelskou diagnózu je typická trojsložková diagnóza, která se skládá z problémů, příčin a příznaků (SYSEL a kol., 2011).

V této fázi zpracováváme nasbírané údaje, vykládáme a objasňujeme sesbíraná data, hodnotíme zdravotní problémy, rizika a pozitivní stránky pacienta. V konečné fázi stanovujeme diagnózu (SYSEL a kol., 2011). Ošetrovatelské diagnózy ulehčují komunikaci v interakci sestry a pacient / sestry a ostatní členové týmu. Ošetrovatelské diagnózy souvisí se zásahy sestry, které jsou dány v rámci standardů (TÓTHOVÁ, 2014).

Plánování tvoří třetí krok ošetrovatelského procesu a souvisí s dosažením cíle či výsledku. Stanovujeme zde ošetrovatelské zásahy, které mají za cíl vyloučit bio – psycho – sociálně – duševní problémy pacienta nalezené v druhé fázi ošetrovatelského procesu. V této fázi stanovujeme důležitost problémů, které je u pacienta nutné vyřešit, stanovujeme cíle, které můžeme dělit na krátkodobé a dlouhodobé, dále určujeme očekávané výsledky, které jsou časově ohraničeny a ukazují tedy, kdy bude daný problém vyřešen. Plánujeme ošetrovatelské zásahy, které následně sepisujeme, což zajišťuje nepřetržitou péči o pacienta. Posledním krokem je porada s ostatním zdravotnickým personálem (SYSEL a kol., 2011). Během celého procesu sestry pracuje nejen s pacientem ale i s ostatními členy zdravotnického týmu a rodinou (TÓTHOVÁ, 2014).

Čtvrtý krok tvoří realizace, kdy vykonáváme ošetrovatelské zásahy, činnosti a dosahujeme vytyčeného cíle. Všeobecná sestry musí využívat rozumové dovednosti zahrnující řešení problémů, výběr nejlepšího způsobu k dosažení cíle, kritické myšlení a tvořivost (SYSEL a kol., 2011). Kritické myšlení sestry je podstatné v řešení určitého problému. Sestry za pomocí kritického myšlení předvídá a zároveň je schopná předcházet možným problémům. Kritické myšlení je založeno na důkazech a informacích, vylučuje tedy ukvapené závěry, sestry neustále nad daným problémem přemýšlí, zvažuje možná rizika a výhody svých rozhodnutí (TÓTHOVÁ, 2014).

Sestra dále využívá dovednosti sloužící k přímé komunikaci, které jsou nezbytné v ošetrovatelských činnostech a také ty, které jsou důležité pro práci s technickým vybavením. Činnosti, které všeobecná sestra vykonává, jsou buďto nezávislé, což znamená, že jsou vykonávány z vlastních dovedností a vědomostí, závislé, kdy sestra vykoná zásahy na pokyn lékaře nebo součinné, které jsou vykonávány společně s jiným členem ošetrovatelského týmu. Ošetrovatelské zásahy slouží k pomoci pacientovi, k čemuž dochází při plnění cílů. V praxi existují čtyři základní oblasti, které vyžadují ošetrovatelský zásah, zahrnujeme do nich podporu zdraví, ochranu zdraví, navrácení zdraví a péči o umírající (SYSEL a kol., 2011).

Poslední krok ošetrovatelského procesu zahrnuje hodnocení. „Hodnocení je posouzení změn ve zdravotním stavu pacienta, změn v jeho chování, chování se a reakcích, způsobených činnostmi sestry“ (SYSEL a kol., 2011, s. 108).

V rámci vyhodnocení ošetrovatelského procesu můžeme hodnotit kvalitu ošetrovatelské péče. Kvalitu můžeme měřit za předpokladu přesně stanovených a definovaných standardů. Posuzování kvality záleží také na osobě, která zhodnocení provádí, sestra provádí sebehodnocení dle koncepce ošetrovatelství, lékař hodnotí sestru dle odvedené práce, která se promítá na diagnostických a terapeutických výkonech. Pacient zhodnocuje kvalitu pomocí toho, jak jsou uspokojovány jeho potřeby, jaká je profesionalita sester, jaká je péče o jeho vlastní problémy a s jakou aktivitou k nim sestra přistupuje. Nedílnou součástí tohoto hodnocení je zevnější úprava sestry, její projev a jednání (HUDÁČKOVÁ, 2014).

Všeobecná sestra je zodpovědná za ošetrovatelskou péči, pokud zásahy nejsou účinné, volí jiné, účinnější s účelem dosáhnout požadovaného výsledku (SYSEL a kol., 2011).

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA PO BARIATRICKÉM VÝKONU

V praktické části je popsán ošetřovatelský proces u pacientky po bariatrickém výkonu. Ošetřovatelský proces byl prováděn ve Fakultní nemocnici Ostrava se souhlasem náměstkyně ředitele pro ošetřovatelskou péči. Ošetřovatelské diagnózy byly vytvořeny dle HERDMAN, T. H. a S. KAMITSURU, 2015. *Ošetřovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015 – 2017*. 10. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

Zdrojem informací pro vytvoření ošetřovatelského procesu bylo vlastní pozorování, anamnestický rozhovor s pacientkou, informace poskytnuté ošetřujícím personálem, práce s lékařskou a ošetřovatelskou dokumentací.

V praktické části jsou pozměněny identifikační údaje a časová data z důvodu dodržení dikce platné legislativy vztahující se k ochraně osobních údajů.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: X. Y.	Datum narození: 1987
Rodné číslo: XXXXXX/XXXX	Věk: 31 let
Pohlaví: ženské	Číslo pojišťovny: 211
Národnost: česká	Adresa příbuzných: X
Stav: vdaná	Státní občanství: ČR
Jméno příbuzného: X. Y.	Zaměstnání: pracuje v automobilovém průmyslu jako kontrolorka kvality
Bydliště: X	Vzdělání: vyučená jako kuchařka
Datum příjmu: 29. 1. 2019	Čas příjmu: 12:07
Ty přijetí: plánovaný	Účel příjmu: terapeutický - léčebný
Oddělení: Chirurgická klinika	Přijal: X:Y.
Ošetřující lékař: X. Y.	Obvodní lékař: X. Y.

Důvod přijetí udávaný pacientkou:

„Jsem přijatá kvůli své obezity. Snažila jsem se mnohokrát zhubnout dietami, ty však byly bez efektu. Pak jsem se dozvěděla o možnosti operační léčby a vyhledala jsem specialitu ve Fakultní nemocnici v Ostravě.“

Medicínská diagnóza hlavní:

E66.0 Obezita

Medicínské diagnózy vedlejší:

- Axilární hiátová hernie malá
- Refluxní ezofagitida I. stupně, kardie dovírá/ gastrokopie 11/2018
- VAS (bolesti) páteře
- Stav po hysterektomii pro hypermenoreu 2/2017
- Stav po aseptické meningitidě bez průkazu agens 10/2015
- Stav po ureterolitiáze 1. vlevo, calycolitiáze 1. vpravo 3/2010
- Stav po mozkové komoci 9/2005

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

Krevní tlak: 110/70 mmHg (normotenze)	Výška: 162 centimetrů
Pulz: 70'/minutu (normokardie)	Hmotnost: 125 kilogramů
Dech: 19/minutu (eupnoe)	BMI: 47,62
Tělesná teplota: 36,6°C (afebrilie)	Pohyblivost: neomezená
Stav vědomí: orientovaná, při vědomí	Krevní skupina: AB

Nynější onemocnění:

Pacientka byla přijata na chirurgické oddělení Fakultní nemocnice Ostrava, stanici B dne 29. 1. 2019 v 12:07 hodin k plánované operaci sleeve resekci žaludku. Pacientka přichází již podruhé, jelikož výkon měl proběhnout již 9. 1. 2019 ale z důvodu výsevu oparu na rtu byla operace kontraindikována a přesunuta.

Informační zdroje:

Informace byly získávány za pomoci vlastního pozorování, anamnestického rozhovoru s pacientkou, od lékaře a ošetřujícího personálu, z lékařské a ošetřovatelské dokumentace.

ANAMNÉZA**Rodinná anamnéza:**

Matka: žije, v anamnéze brániční kýla, tetanie. S matkou se pravidelně vídají, mají dobré vztahy. V současné době je nezaměstnaná na úřadu práce.

Otec: žije, v anamnéze stav po encefalitidě, borelióze, léčí se s trombózou a vysokým krevním tlakem. V anamnéze přítomná obezita. Vztahy s otcem má dobré, taktéž se pravidelně vídají. V současné době nezaměstnaný na úřadu práce.

Sourozenci (dva bratři a jedna sestra):

1. bratr je mladší o 2 roky, mají spolu dobré vztahy, pravidelně se vídají. V anamnéze pozitivní obezita. Je zaměstnán v automobilovém průmyslu.

2. bratr je mladší o 4 roky, vztahy dobré, vídají se. Na rozdíl od všech sourozenců je hubený. Pracuje jako řidič.

Sestra je mladší o 11 let, vztahy udržují, často se vídají. V anamnéze pozitivní obezita. Momentálně nepracuje a je na úřadu práce.

Děti (dva synové):

1. syn je mu 11 let, je zdravý, prodělal pouze běžná dětská onemocnění. Chodí na základní školu.

2. syn je mu 8 let, zdravý, v anamnéze přítomny pouze běžná dětská onemocnění. Chodí na základní školu.

Osobní anamnéza:

Překonané a chronické onemocnění: v dětství pacientka prodělala běžná onemocnění. V minulosti trpěla bolestmi zad, které přirovnává hlavně pracovnímu zatížení. V anamnéze stav po otřesu mozku v roce 2005, který byl způsoben napadením spolužačkou, stav léčen konzervativně v Bruntálské nemocnici. V roce 2010 byla pacientka hospitalizovaná v Bruntálské nemocnici pro ureterolitiázu a calycholitiázu, tento stav byl zaléčen konzervativně, od té doby je již pacienta bez obtíží. Dále v roce 2015 podstoupila v Opavské nemocnici konzervativní léčbu aseptické meningitidy, která byla bez průkazu činitele.

Hospitalizace a operace: v roce 2005 hospitalizace v Bruntálské nemocnici pro komoci mozku, 2010 – hospitalizace v Bruntálské nemocnici pro ureterolitiázu a calycholitiázu, 2015 – hospitalizace v Opavské nemocnici pro aseptickou meningitidu. Pacientka podstoupila v roce 2017 hysterektomii pro hypermenoreu ve Fakultní nemocnici v Ostravě.

Úrazy: v anamnéze komoče mozku z roku 2005 po napadení spolužačkou. Stav zaléčen konzervativně v Bruntálské nemocnici.

Transfúze: 0

Očkování: Podstoupila běžná očkování dle očkovacího kalendáře. Očkovaná proti chřipce naposledy v roce 2018.

Léková anamnéza: Pacientka neužívá dlouhodobě žádné léky.

Alergologická anamnéza:

Léky: neguje.

Potraviny: rozinky.

Chemické látky: pacientka udává problémy s pokožkou po použití sava či jaru.

Jiné: neguje.

Abúzy:

Alkohol: příležitostně na oslavách.

Kouření: pacientka nekouří již 3 měsíce. Dříve kouřila 3 - 4 cigarety za den. Nyní nekuřačka.

Káva: kávu nepije vůbec.

Léky: neguje.

Jiné návykové látky: neguje.

Gynekologická anamnéza:

Menarché: pacientka začala menstruuovat v 11 letech.

Cyklus: ukončen operací v roce 2017, před operací byl nepravidelný, po druhém porodu pacientka trpěla nepravidelným menstruačním cyklem, gynekoložkou léčeno po dobu pěti let hormonální léčbou, ze které pacientka zaznamenala velký váhový přírůstek.

Trvání: z počátku menstruace u pacientky trvala 6 – 7 dní. Po druhém porodu nastal u pacientky nepravidelný menstruační cyklus, který se neustále stupňoval. Pacientka byla svou gynekoložkou léčena za pomoci hormonální léčby. Udává, že krvácení se stupňovalo, dokonce někdy trvalo i celý měsíc. Poté již krvácela bez ustání tak silně, že musela být převezena do Fakultní nemocnice v Ostravě, kde podstoupila hysterektomii.

Intenzita bolesti: 0, před operačním výkonem pacientka trpěla silnými menstruačními bolestmi.

Porody: pacientka je po dvou císařských řezech.

Potraty: 0

Umělé přerušování těhotenství: 0

Antikoncepce: neužívá.

Menopauza: neguje.

Potíže klimakteria: neguje.

Samovyšetřování prsou: neprovádí.

Poslední gynekologická prohlídka: 15. 1. 2019, na prohlídky chodí pravidelně.

Sociální anamnéza:

Stav: vdaná

Bytové podmínky: žije v bytě s manželem a dvěma dětmi. Byt mají s manželem v pronájmu.

Vztahy, role a interakce mimo rodinu: S rodinou se pravidelně vídá. Bydlí necelých 7 kilometrů od sebe, takže pravidelné návštěvy jsou na denním pořádku.

Záliby: Největší záliba pacientky je zahradničení, které provádí doma formou péče o květiny. Mezi další zálibu pacientka řadí vaření pro rodinu.

Volnočasové aktivity: procházky, výšlapy po horách, jízda na kolečkových bruslích.

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: výuční list, obor kuchař.

Pracovní zařazení: kontrolorka kvality v automobilovém průmyslu.

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: pacientka udává s humorem: „Tak to vím zcela přesně v 69 letech a 7 měsících.“

Vztahy na pracovišti: pacientka udává, že vztahy na pracovišti má dobré. Vždycky se ale najde někdo, kdo kolektiv narušuje.

Ekonomické podmínky: vyhovující, dostačují.

Spirituální anamnéza:

Religiózní praktiky: pacientka je sice křesťanka, ale do kostela nechodí. Výjimkou je půlnoční, kterou nevynechává. Žádné jiné zvyky nedodrží.

FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU PROVEDENO DNE 31. 1. 2019

Popis fyzického stavu:		
SYSTÉM:	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:
Hlava a krk:	<i>Bolesti hlavy nemám, ani na to netrpím.</i>	<p><i>Hlava:</i> normocefalická, poklepově nebolestivá.</p> <p><i>Oči:</i> zornice izokorické, reagují na osvit, skléry anikterické, spojivky růžové.</p> <p><i>Uši:</i> bez sekrece.</p> <p><i>Nos:</i> bez sekrece, fyziologické postavení.</p> <p><i>Rty:</i> růžové, fyziologické barvy, bez známek dehydratace.</p> <p><i>Jazyk:</i> plazí středem, nepovleklý, přítomná zvýšená salivace.</p> <p><i>Kůže:</i> fyziologické barvy, růžová.</p> <p><i>Chrup:</i> vlastní, čistý.</p> <p><i>Krk:</i> nebolestivý, volně pohyblivý, štítná žláza nezvětšená, pulzace karotid symetrická, krční žíly bez náplně.</p>
Hrudník a dýchací systém:	<p><i>Pokud mám větší tělesnou námahu, zadýchávám se.</i></p> <p><i>Jinak nepocituji žádné dýchací potíže.</i></p>	<p><i>Hrudník:</i> fyziologicky klenutý, bez deformit.</p> <p><i>Dýchání:</i> plíce sklípkového dýchání, poslechově čisté.</p> <p><i>Počet dechů:</i> 24 za minutu, dýchání je pravidelné, spontánní. Pacientka je napojená na přístrojový monitoring dechu.</p> <p><i>Saturace:</i> 94%, lékařem ordinovaná oxygenoterapie rychlostí 1-4 litry za minutu. Pacientka má na pravém ukazováku umístěno saturační čidlo, pomocí kterého je saturace</p>

		sledována.
Srdečně cévní systém:	<i>Problémy se srdcem nemám, neléčím se s žádnou srdeční chorobou. Bušení srdce na sobě nepociťuji.</i>	<p><i>Srdeční akce:</i> srdce pravidelné akce. Srdeční aktivita je snímána nepřetržitě pomocí EKG elektrod, které má pacientka rozmístěné na hrudníku.</p> <p><i>TK:</i> 161/94 mmHg, pacientka mírně hypertenzní. Tlak je měřen pomocí manžety, kterou má pacientka umístěnou na pravém předloktí z důvodu obezity a nedostatečné velikosti manžety.</p> <p><i>P:</i> 96', dobře hmatatelný, zrychlený. Pulz je sledován pomocí saturačního čidla, které má pacientka umístěno na pravém ukazováku.</p> <p><i>Dolní končetiny:</i> nebolestivé, bez známek otoků, varixů, trombózy či zánětlivých změn, pohyblivé, lýtka volná. Pulzace hmatné do periferie. Periferní žilní kanyla zavedena 30. 1. 2019 na operačním sále na levé horní končetině v kubitě 2. den, funkční, bez známek infekce. Pacientka má lékařem naordinovanou infuzní terapii od 6:00 kape Ringerfundin B Braun 1500 mililitrů.</p>
Břicho a GIT:	<i>Bolí mě břicho v místě operačních ran a drénu. Mám trochu pocit na zvracení, dělá se mi hodně</i>	<i>Břicho:</i> měkké, pro obezitu hůře prohmatné, pooperačně palpačně bolestivé, peristaltika přítomná, játra a slezina nenahmatány.

	<p><i>slin v puse. Stolici mívám pravidelně, zažívací problémy nemívám, někdy mě pálí jenom žába.</i></p>	<p>Pacientka verbalizuje bolest dle škály VAS na úrovni č. 5.</p> <p><i>Operační rány:</i> klidné, krytí bez prosakování.</p> <p>Z dutiny břišní je vyveden spádový subhepatální drén, ze kterého odchází stopové množství serosangvinolentní sekrece.</p> <p>Stolice pravidelná, poslední 29. 1. 2019.</p> <p>U pacientky se vyskytuje mírná nauzea, která se projevuje zvýšenou salivací a pocitem na zvracení, pacientka nezvracela.</p>
<p>Močový a pohlavní systém:</p>	<p><i>S močením potíže nemám, teď mám zavedenou hadičku, která močí za mě, je to pro mě trošku nepříjemný pocit.</i></p>	<p>Na operačním sále byl pacientce zavedený permanentní močový katetr velikosti 16. Permanentní močový katetr má pacientka zavedený 2. den, je funkční, odvádí žlutou moč, bez příměsí či zápachu. Bez známek infekce. Pacientce je měřena bilance tekutin. Diuréza je zaznamenávaná dle ordinace lékaře každou hodinu. V 13:00 výdej moči činil 50 mililitrů.</p>
<p>Kosterní a svalový systém:</p>	<p><i>Po operaci ležím a snažím se odpočívat. Mám nařízený stále klidovější režim. Snažím se pootočit, jde to ztěžka, bojím se, že potáhnu za nějakou hadičku a hlavně bolesti.</i></p>	<p>Pacientka je první den po operaci, musí dodržovat klidový režim, vzhledem k bolestivosti operačních ran není schopna větší pohyblivosti, potřebuje dopomoc. Zaujímá úlevovou polohu na zádech.</p> <p>U pacientky prováděna dopomoc při změně polohy a je dbáno na</p>

		<p>prevenci vzniku dekubitů.</p> <p>Klouby a kosterní aparát je bez deformit.</p> <p>Na dolních končetinách má přiloženy elastické punčochy k prevenci tromboembolické nemoci.</p>
Nervový systém a smysly:	<i>Vím, kde se nacházím, jaký je dnes den, který máme rok i to jak se jmenuji.</i>	<p><i>Orientace:</i> pacientka je orientovaná místem, časem a osobou.</p> <p><i>Reflexy:</i> v normě.</p> <p><i>Smysly:</i> v normě.</p> <p><i>Glasgow coma scale:</i> 15 bodů – plné vědomí.</p> <p>TT: 36,3°C. Tělesná teplota je měřená podle teplotního čidla, které má pacientka umístěno v podpaží.</p>
Endokrinní systém:	<i>Nikdy jsem žádné takové problémy neměla, na endokrinologii jsem se nikdy neléčila.</i>	Štítná žláza nezvětšená, problémy s endokrinním systémem neguje.
Imunologický systém:	<i>Během dětství jsem prodělala běžná onemocnění. Nemocná moc nebývám. Alergická jsem na rozinky, obtíže pociťuji i po používání sava a jaru.</i>	<p>Infekce horních a dolních dýchacích cest nejsou přítomny, lymfatické uzliny jsou nezvětšené.</p> <p>TT: 36,3°C. Tělesná teplota je měřená podle teplotního čidla, které má pacientka umístěno v podpaží.</p> <p><i>Alergie:</i> rozinky, kožní obtíže po používání sava a jaru.</p>
Kůže a její adnexa:	<i>Vlasy mám řídké, ono se to sice nezdá a nevypadá to tak, ale mám jich málo. S nehty problémy nemám, ráda je nosím upravené.</i>	<p><i>Kůže:</i> prokrvená, fyziologické barvy. Bez otoků či defektů. Na břiše jsou přítomny operační rány a je zde vyveden břišní drén.</p> <p><i>Vlasy:</i> řídké, dlouhé, čisté.</p>

	<i>Momentálně mám rány na břiše po operaci.</i>	<i>Nehty: čisté, upravené, pacientka má gelové nehty.</i>
--	---	---

Poznámky z tělesné prohlídky:

Pacientka má zavedenou periferní žilní kanylu na levé ruce horní končetiny v kubitě. Je plně funkční a nejeví žádné známky infekce. Na sále byl pacientce zaveden permanentní močový katetr č. 16, který je funkční, odvádí žlutou moč bez příměsí, je tedy bez známek patologie či infekce. Na břiše má operační rány po laparoskopickém výkonu, krytí neprosakuje. Z dutiny břišní je vyveden subhepatální spádový drén, který odvádí minimální množství serosangvinolentní sekrece, sledujeme vzhled sekrece, množství, funkčnost a údaje zaznamenáváme do dokumentace. Pacientka je napojena na přístrojový monitoring srdeční aktivity, tlaku, pulzu, saturace, dechu a tělesné teploty. Fyziologické funkce jsou měřeny co 1 hodinu, srdeční aktivita je snímána nepřetržitě. Diuréza je zaznamenávána každou hodinu. Příjem a výdej tekutin, specifická hodnota moči je vedena co 6 hodin. V pravidelných intervalech monitorujeme bolest. Pacientka pociťuje bolest dle vizuální analogové škály na stupni číslo 5. U pacientky se vyskytuje mírná nauzea, která se projevuje zvýšenou salivací a pocitem na zvracení. Pacientka je první den po operaci, musí dodržovat klidový režim, je nutná dopomoc, jelikož není schopná větší pohyblivosti. Na dolních končetinách má přiloženy elastické punčochy k prevenci tromboembolické nemoci. Pacientka je spolupracující a komunikativní.

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování:	doma	<i>Když pozdě vstanu, to je rovnou oběd. Možná potom někdy svačina, večere no a pak nic. V práci nejím vůbec. Tam se mi smějí. Vzala jsem si jogurt a okomentovali to slovy: no abys náhodou nezhubla. Někdy nejím ani přes den. Když dojdu</i>	Nelze vyhodnotit.

		<i>domů rychle do sebe něco „nahážu.“</i>	
	v nemocnici	<i>Prozatím dostávám kapačky. Ještě se necítím zcela nejlépe, dnes mi lékařka na vizitě řekla, že můžu vypít více čaje než včera. Myslím, že to bylo do půl litru.</i>	Pacientka má dietu 0/S (čajovou) s omezením do 500 mililitrů za den. Výživa a hydratace je zajišťována formou infuzní terapie, dle ordinace lékaře pacientce kape od 6:00 hodin Ringerfundin B. Braun 1500 ml. U pacientky se vyskytuje mírná nauzea, která se projevuje zvýšenou salivací a pocitem na zvracení, pacientka nezvracela. Pacientka má 3. stupeň obezity. Její váha je 125 kilogramů a měří 162 centimetrů. Její BMI je 47,62.
Příjem tekutin:	doma	<i>Vypiju toho hodně málo. Nanejvýš 1 litr. Nepocítuji žízeň, někdy vypiju jen jeden hrnek za den. Výjimkou je práce, tam vypiju klidně i dva litry. Piju čistou vodu a zelený čaj. Nesladím.</i>	Nelze vyhodnotit.
	v nemocnici	<i>Nemám prozatím na nic chuť, necítím se zatím moc</i>	Hydratace pacientky je zajištěná pomocí infuzní

		<i>dobře, mám pocit, jakoby mi bylo na zvracení. Mám povolený čaj, snažím se ho po douškách popíjet.</i>	terapie, od 6:00 hodin kape Ringerfundin B. Braun 1500 ml. Pacientka má lékařem naordinovanou dietu 0/S (čajovou), maximální příjem čaje je omezen do 500 mililitrů za den.
Vylučování moče:	doma	<i>Žádné problémy nemám.</i>	Nelze vyhodnotit.
	v nemocnici	<i>Momentálně mám zavedenou hadičku, která močí za mě. Nyní bych sama asi na záchod ani nedošla.</i>	Pacientka má zavedený permanentní močový katetr č. 16, který byl zaveden již na sále, ten odvádí žlutou moč bez příměsí. Moč je bez známek infekce. Je měřena bilance tekutin. Diuréza je zaznamenávaná dle ordinace lékaře každou hodinu. V 13:00 výdej moči činil 50 mililitrů.
Vylučování stolice	doma	<i>Stolici mám pravidelnou, žádné potíže nepocítuji.</i>	Nelze vyhodnotit.
	v nemocnici	<i>Na stolici jsem byla naposledy předevcírem.</i>	Poslední stolice byla 29. 1. 2019. Dnes stolice nebyla.
Spánek a bdění:	doma	<i>Doma se mi spí dobře, spím celou noc, v noci se nebudím.</i>	Nelze vyhodnotit.
	v nemocnici	<i>Po operaci jsem unavenější. Několikrát přes den vytuhnu.</i>	Pacientka se cítí více unavená, spí i přes den. Spánek je kvalitní,

			nepřerušovaný.
Aktivita a odpočinek:	doma	<i>Doma jen uklízím po svých dětech. Hrajeme s dětma hry, chodíme ven. Dělam běžné domácí aktivity.</i>	Nelze vyhodnotit.
	v nemocnici	<i>Mám klidovější režim po operaci. Snažím se cvičit a pohybovat nohama, ty elastické punčochy mi už vadí, ale musím je mít, protože ještě stále ležím v lůžku, předchází se tím prý trombóze, takhle mi to bylo vysvětleno. Dnes při ranní hygieně jsem se se sestřičkou posadila a zkusily jsme se i postavit. Trošičku se mi motala hlava. Už se těším, až budu zase aktivnější, to ležení je pro mě náročné. Ptala jsem se sestry, jestli se můžu zkoušet točit na boky, bolel mě zadek, ta odpověděla: „ano to je správné mohla byste z toho ležení mít otlaky.“</i>	Pacientka leží na lůžku, byla poučena dostatečně o klidovém režimu. V lůžku se snaží pohybovat, snaží se otáčet na boky. Personálem dbáno na pomoc při polohování, předcházeno vzniku dekubitů. Riziko dekubitů ke dni 31. 1. 2019 dle Nortonové škály – 23 bodů (střední riziko).
Hygiena:	doma	<i>Bez obtíží, postarám se o sebe sama, nemám s ničím problém.</i>	Nelze vyhodnotit.
	v nemocnici	<i>S hygienou mi pomáhá sestřička. Provedla jsem ji na lůžku - sestra mi dala</i>	V oblasti hygieny potřebuje pacientka pomoc, dopomáháno

		<i>lavorek a podávala mi navlhčené žínky. Na pokoji bylo horko, požádala jsem ji, ať otevře okno, zpotila jsem se, takže sem byla ráda, že semnou hygienu provedla.</i>	dle potřeby. Provedena výměna ložního prádla.
Soběstačnost:	doma	<i>Zvládám všechno sama, chodím do práce, starám se o domácnost, o děti a manžela. Nemám žádný problém.</i>	Nelze vyhodnotit.
	v nemocnici	<i>Připadám si, že pomalu nejsem ničeho schopná. Snažím se pohybovat končetinami, co to jde, pootočit se a být aktivnější alespoň v lůžku. Vzhledem k bolesti je to pro mě obtížnější.</i>	Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové škály – 23 bodů (střední riziko) a riziko pádu – 8 bodů (střední riziko). Prováděna dopomoc při úkonech.

Posouzení psychického stavu		
	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Vědomí:	<i>Jsem při vědomí.</i>	Pacientka je lucidní, při vědomí.
Orientace:	<i>Jmenuji se X. Y., je rok 2019, nacházíme se na chirurgické jednotce intenzivní péče Fakultní nemocnice Ostrava.</i>	Pacientka je plně orientovaná. <i>Glasgow coma scale: 15 bodů – plné vědomí.</i>
Nálada:	<i>Jsem naladěna dobře, v práci se mi daří, děti jsou zdravé, jsem ráda a nemůžu se dočkat</i>	Pacientka je komunikativní, optimistická, pozitivně naladěna.

		<i>výsledků po výkonu. Těším se, až váha začne padat dolů, až budu sportovat s dětmi a věnovat se jim.</i>	
Paměť:	staropaměť	<i>Paměť mám dobrou, vše si pamatuji.</i>	Pamatuje si.
	novopaměť	<i>Občas člověk něco při vytížení zapomene, ale žádné obtíže s pamětí nemám.</i>	Pamatuje si.
Myšlení:		<i>Myslím mi to dobře, nemám žádné problémy, souvislosti mezi věcmi moc dobře chápu.</i>	Pacientka rozumí pokynům, ví, co se po ní žádá a očekává. Adekvátně vyhoví pokynům.
Temperament:		<i>Jsem velký optimista. Považuji se za komunikativní vstřícnou osobu, co nemá s ničím problém.</i>	Pacientka je klidná, duševně vyrovnaná, naladěna pozitivně. Je vstřícná, myslí optimisticky se zdravým nadhledem.
Sebehodnocení:		<i>Co na srdci, to na jazyku.</i>	Hodnotí se přiměřeně.
Vnímání zdraví:		<i>V poslední době vnímám svůj zdravotní stav překvapivě. S rozhodnutím o tom, že půjdu na operaci, jsem se dozvěděla plno nových informací.</i>	Pacientka byla řádně poučena lékařem o svém zdravotním stavu, dalších léčebných postupech, komplikacích a změně životního stylu, zejména dietního režimu, který nastane. Pacientka je plně srozuměna se svým

		zdravotním stavem.
Vnímání zdravotního stavu:	<i>Samozřejmě že doufám, že všechno dobře dopadne, všechno dobře dopadnout taky musí. Operace jsem se ale vůbec nebála.</i>	Pacientka je poučená o léčebných postupech a o režimu, který musí dodržovat.
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění:	<i>Když jsem zjistila jak je pro mě obezita jako nemoc nebezpečná, byla jsem v šoku. Zároveň jsem se také dozvěděla, že onemocnění může vlastně vznikat již od dětství. Se vším jsem smířená a vyrovnaná. Nejprve mě do stresu přivedli kamarádi, doporučovali mi, ať na operaci nejdu, říkali: „začnou ti padat vlasy, budeš nosit paruky, bude ti viset břicho.“ Lékař mi vše vysvětlil a opadly ze mě všechny obavy. Ze zákroku jsem strach neměla.</i>	Pacientka je se svým onemocněním smířená, myslí pozitivně, neměla obavy ze zákroku, naopak se na něj těšila. Je dostatečně poučena o svém zdravotním stavu a způsobu léčby lékařem.
Reakce na hospitalizaci:	<i>Jsem úplně v pohodě. Hospitalizace mi vůbec nevadí.</i>	Reakce je přiměřená, chápe nutnost hospitalizace.
Adaptace na onemocnění:	<i>Nepoddávám se tomu. Není nic, co by mě nějak extra skolilo, stav by musel být hodně vážný, aby to na mě mělo vliv. Dodržuju</i>	Adaptována na nemoc.

	<i>všechny pokyny personálu.</i>	
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres):	<i>Ze začátku drobné obavy byly ale teď už ne. Při cestě na sál si samozřejmě člověk říká: proberu se?, půjdu za dětma? Ale musí to dopadnout dobře.</i>	Pacientka má běžné obavy, je optimistická, pozitivní.
Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, sorrorigenie):	<i>V Opavě po porodu druhého dítěte jsem si připadala poškozená sestrou. Byla nepříjemná na pacientky, arogantní. Po císařském řezu jsem nemohla kojit, sestra mi násilím zmáčkla prso a pronesla: „co skučíte, když si umíte dělat děti, bolest vydržíte.“ S nevhodným chováním lékařky jsem se také setkala, byla to má gynekoložka, po dobu pěti let mě léčila hormonální léčbou, jelikož po druhém porodu jsem trpěla nepravidelným menstruačním cyklem a krvácela jsem. Říkala mi: „to je zbytečné Vás vyšetřovat, stejně tam nic neuvídím ani neucítím, když jste tak obézní.“</i>	Pacientka byla po porodu poškozená sestrou. S hospitalizací a přístupem personálu nebyla spokojená. Pacientka byla poškozená taktéž svou gynekoložkou, chování bylo nevhodné a nežádoucí.

Posouzení sociálního stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace	Verbální	<i>Jsem komunikativní a otevřená všemu. Nemám problém vyjít s lidmi.</i>	Pacientka spolupracuje, je klidná, komunikativní.
	Neverbální	<i>Člověk na mě vždycky pozná, jak na věci reaguji a jak se cítím.</i>	Gestikulace a mimika je přiměřená.
Informovanost:	o onemocnění	<i>O svém onemocnění jsem informovaná dostatečně. Začala jsem se o obezitu a její léčbu zajímat protože jsem chtěla zhubnout, což se mi přes různé diety nedařilo. Kamarádka podstoupila operaci žaludku a doporučovala mi ji taky. Přes ni jsem vlastně získala první informace. Poté jsem šla ke svému praktickému lékaři, ten mi ihned možnost operační léčby zamítl. Ale já si stála za svým, navštívila jsem tedy odborníka</i>	Pacientka má dostatečné informace o způsobu léčby obezity.

		<p><i>ve Fakultní nemocnici V Ostravě a ten mě označil za vhodnou adeptku k operaci. Dokonce řekl, že pro mě je to nejlepší řešení.</i></p> <p><i>Dozvěděla jsem se taky, že nejsem pouze obézní, ale že trpím morbidní obezitou.</i></p>	
	o diagnostických metodách	<p><i>Podstoupila jsem všechna vyšetření, která mi lékař v ambulanci nařídil.</i></p> <p><i>Nebyl to pro mě problém.</i></p> <p><i>Podstoupila jsem vyšetření u obezitologa, psychologické vyšetření, předoperační vyšetření, anesteziologické vyšetření, gastrokopii a spirometrii. Vše proběhlo rychle.</i></p>	Informovanost je dostačující.
	o specifikách ošetrovatelské péče	<p><i>Jsem si vědoma toho, co mě čeká, již jsem podstoupila</i></p>	Pacientka je řádně poučena lékařem o všech kritériích k léčbě

		<p><i>řadu vyšetření. Vím, jakou dietu budu muset dodržovat. Byla jsem seznámena s průběhem operace, co se bude dít před, během i po operaci. Lékař mě informoval, že v případě nutnosti můžu dostat transfúze. Podepsala jsem plno papírů.</i></p>	<p>obezity. Byla poučena o operačním zákroku. Edukace vyústila podepsáním informovaných souhlasů o výkonu, anestezii a podání transfúzních přípravků.</p>
	o léčbě a dietě	<p><i>Lékař mi poskytl dostatek informací a poučil mě, co mě po operaci čeká. Budu pravidelně navštěvovat jeho ambulanci a také ambulanci obezitologa. Na změnu se těším, bude to za začátku těžké, ale vím jak se stravovat.</i></p>	<p>Pacientka byla poučena o dietním a pitném režimu. Zná dietní doporučení. Podrobí se pravidelné kontrole u specialistů. Před propuštěním je naplánováno konzilium s nutričním terapeutem.</p>
	o délce hospitalizace	<p><i>Lékař mě informoval, že hospitalizovaná budu maximálně týden, pokud nenastanou žádné</i></p>	<p>Pacientka je plně informovaná o délce hospitalizace.</p>

		<i>komplikace.</i>	
Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace:	primární role (související s věkem a pohlavím):	<i>Doufám v to, že jako mladá žena všechno zvládnou a dopadne všechno dobře.</i>	Pacientka je pozitivní.
	sekundární role (související s rodinou a společenskými funkcemi):	<i>Svou práci mám ráda a kolektiv je taky dobrý. Problémy se najdou všude. Mám fungující rodinu, hodně se navštěvujeme a trávíme spolu čas. Přátel mám opravdu hodně.</i>	Pacientka je hodně společenská, udržuje dobré vztahy se svou rodinou a je ráda obklopená přáteli. Svou práci má ráda a reálně připouští skutečnosti.
	Terciální role (související s volným časem a zálibami):	<i>Ráda trávím čas s rodinou, chodíme na procházky a hraje si. Těším se, až zhubnu a najdu si se syny sportovní vyžití, jelikož synové sport milují.</i>	Pacientka ráda tráví čas se svou rodinou.

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Před hospitalizací ve Fakultní nemocnici Ostrava pacientka absolvovala vyšetření v gastroenterochirurgické ambulanci, psychologické vyšetření, obezitologické vyšetření, spirometrii, gastrokopii, interní vyšetření a anesteziologické vyšetření. Odběr biologického materiálu byl zajištěn u praktického lékaře pacientky, vzhledem k odkladu operace jsou přiloženy odběry aktuální z dne 22. 1. 2019.

24. 9. 2018 GASTROENTEROCHIRURGICKÁ AMBULANCE

Pacientka přichází do ambulance ze strany konzultace o bariatrickém výkonu. Zhruba 8 – 9 let bojuje s nadváhou, opakovaně se pokoušela zhubnout dietními postupy, ty však bez efektu. Pod odborným lékařským vedením nebyla. Medikamentózní léčba nebyla. S ničím se neléčí, operativně podstoupila hysterektomii pro krvácení, potíže aktuálně nemá. Pacientka si doplní gastroskopii, spirometrii, psychologické vyšetření k potvrzení spolupráce a vyloučení poruch příjmu potravy, kontrolně hormony štítné žlázy a kortisol. Absolvuje vyšetření na obezitologickém centru, kontakt byl pacientce vydán. Kontrola poté opět na gastroenterochirurgické ambulanci s výsledky.

1. 10. 2018 – PSYCHOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ PŘED BARIATRICKOU OPERACÍ

Pacientka je schopna z psychologického hlediska dlouhodobé spolupráce, po výkonu jsou vyloučeny poruchy příjmu potravy. Pacientka je bez kontraindikací k výkonu.

2. 10.2018 – OBEZITOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

Pacientka dne 2. 10. 2018 podstoupila obezitologické vyšetření ve výzkumném obezitologickém centru na Ostravské univerzitě v Ostravě, byla indikována k bariatrické operaci a zároveň jí byla doporučena. Svými slovy popisuje vyšetření: *nejprve mě změřili a zvážili, vážila jsem 122,2 kg a měřila 162 cm. Pak jsem byla uložena na lehátko a přístroj prováděl měření tuků, svalů a vody. Dělal jsem testy, kde se mě ptali co jím, kolikrát týdně jím zeleninu, ovoce, maso, jak snáším obezitu, kolik mám dětí a jaký je kolektiv v práci. Pak mi ukázali stavbu mého těla na základě vyšetření. Obezitoložka mi řekla, že se jedná o morbidní obezitu a operaci mi doporučila. Musím podstoupit v obezitologickém centru sledování po dobu dvou let.*

V rámci obezitologického vyšetření byla pacientka poučena o dietě po bariatrickém výkonu a byl jí zaslán informační materiál o pokynech ke stravování. Součástí byl také vypracovaný příklad jídelníčku, jaký by měla dodržovat u každé formy stravy.

3. 10. 2018 – SPIROMETRIE

Normální křivka.

12. 10. 2018 – GASTROSKOPIE

Na gastrokopii prokázána malá axilární hiátová hernie, refluxní ezofagitida I. stupně, kardie dovírá, jinak obvyklý nález na gastroduodenu.

5. 11. 2018 – GASTROENTEROCHIRURGICKÁ AMBULANCE

Pacientka přichází s výsledky vyšetření, hormony štítné žlázy a kortizol v normě, gastrokopické vyšetření podstoupila, prokázána malá axilární hiátová hernie, refluxní ezofagitida I. stupně, kardie dovírá, jinak obvyklý nález na gastroduodenu, spirometrie v normě, obezitologické centrum navštívila, z psychologického hlediska bez kontraindikace k operaci.

Pacientka indikovaná k sleeve resekci žaludku laparoskopicky s plastikou hiátu dle peroperačního nálezu, informované souhlasy vydány, edukace provedena. Praktický lékař zajistí interní předoperační vyšetření, rentgen plic ne starší měsíce, EKG, biochemické, hematologické a koagulační vyšetření krve ne straší týden.

7. 1. 2019 – INTERNÍ VYŠETŘENÍ

Pacientka je bez známek infekce, kardiopulmonálně kompenzovaná.

EKG – sinusový rytmus 70/ minutu, bez arytmií, fyziologická křivka.

RTG plic

Předoperační laboratorní vyšetření krve: biochemicky elevace kyseliny močové, mírně zánětlivých markerů, kalia a glomerulární filtrace dle MDRD (Modification of Diet in Renal Disease) a zároveň vysoký odhad glomerulární filtrace CKD-EPI (Chronic Kindey Disease–Epidemiology Collaboration), jinak v normě, krevní obraz a koagulační vyšetření v normě, biochemické vyšetření moče prokazuje mírně zvýšenou hustotu moče, jinak v normě, v sedimentu mírný nález epitelíí.

Tabulka 1 Výsledky biochemického vyšetření krve ze dne 22. 1. 2019

Biochemické vyšetření	Hodnota pacientky	Jednotky	Referenční interval Podhorské nemocnice a. s.
Urea	4,0	mmol/l	2,6 – 6,4
Kreatinin	65	umol/l	53 – 97
Kyselina močová	486	umol/l	155 – 350
Bilirubin	7	umol/l	5 – 20

ALT	0,69	ukat/l	0,13 – 0,77
AST	0,48	ukat/l	0,10 – 0,62
GGT	0,36	ukat/l	0,10 – 0,50
Glukóza	4,6	mmol/l	3,5 – 5,6
CRP	5,6	mg/l	0,0 – 5,0
Natrium	143	mmol/l	137 – 145
Kalium	5,0	mmol/l	3,6- 4,6
Chloridy	100	mmol/l	97 – 108
Glomerulární filtrace - MDRD	1,63	ml/s	1,00 – 1,50
Odhad glomerulární filtrace CKD-EPI	1,82	ml/s	1,00 – 1,50

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacientky 2019

Tabulka 2 Výsledky hematologického vyšetření krve ze dne 22. 1. 2019

Hematologické vyšetření	Hodnota pacientky	Jednotky	Referenční interval Podhorské nemocnice a. s.
Leukocyty	6,95	10 ⁹ /l	4,00 – 10,00
Erytrocyty	4,43	10 ¹² /l	3,80 – 5,20
Hemoglobin	131	g/l	120 – 160
Hematokrit	0,371	l/l	0,350 – 0,470
B_MCV	83,7	fl	82,0 – 98,0
B_MCH	29,6	pq	28,0 – 34,0
B_MCHC	353	g/l	310 – 360
Trombocyty	282	10 ⁹ /l	150 – 400
B_RDW	0,132	l/l	0,100 – 0,152
B_MPV	10,4	fl	7,8 – 11,0
B_NRBC	0,00	%	0,00 – 0,00
B_NRBC absolutní počet	0,00	10 ⁹ /l	0,00 – 0,00

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacientky 2019

Tabulka 3 Výsledky hemokoagulačního vyšetření ze dne 22. 1. 2019

Hemokoagulační vyšetření	Hodnota pacientky	Jednotky	Referenční interval Podhorské nemocnice a. s
P_PT (INR)	1,00	INR	0,80 – 1,20
P_aPTT	30,5	s	24,0 – 37,0
P_PT (ratio)	0,94	l	0,80 – 1,20
P_aPTT (ratio)	0,95	l	0,80 – 1,20

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacientky 2019

Tabulka 4 Výsledky vyšetření moče + sedimentu ze dne 22. 1. 2019

	Hodnota pacientky	Jednotky	Referenční interval Podhorské nemocnice a. s
MOČ CHEMICKY			
pH	5,0	-logmolc	5,0 – 7,0
Bílkovina	0	a.j.	0 – 0
Glukóza	0	a.j.	0 – 0
Ketolátky	0	a.j.	0 – 0
Urobilinogen	0	a.j.	0 – 0
Bilirubin	0	a.j.	0 – 0
Krev	0	a.j.	0 – 0
Dusitany	negativní		
Leukocyty	0	a.j.	0 - 0
Hustota	1,027		1,016 – 1,022
MOČOVÝ SEDIMENT			
Erytrocyty	7	počet/ul	0 – 10
Leukocyty	4	počet/ul	0 – 14
Válce	0	počet/ul	0 – 1
Epitelie ploché	41	počet/ul	0 – 20
Epitelie kulaté	0	počet/ul	0 – 1
Bakterie	0	počet/ul	0 – 7
Kvasinky	0	počet/ul	0 – 0
Krystaly	0	počet/ul	0 – 28
Oxaláty	0	počet/ul	0 – 5

Zdroj: zdravotnická dokumentace pacientky 2019

29. 1. 2019 – ANESTEZIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

Pacientka je schopna operačního výkonu s riziky ASA II. Doporučeno objednáni krve do zásoby operátora. Doporučuji lačnost, prevenci trombembolické nemoci a stresových vředů. Premedikace před operací: zpravidla 30 minut před odjezdem na operační sál, léky: Dipidolor 15 mg + Atropin 0,5 mg intramuskulárně.

VYŠETŘENÍ PO OPERACI:

4. 2. 2019 – EDUKACE NUTRIČNÍM TERAPEUTEM OHLEDNĚ DIETY PO BARIATRICKÉ OPERACI

Pacientka byla seznámena o dietním režimu po bariatrické operaci nutriční terapeutkou. Informace byly pacientce předány ústně a byla ji poskytnuta brožura doporučení jak se po bariatrickém výkonu stravovat.

KONZERVATIVNÍ LÉČBA:

Dieta: 0/S, čajová do 500 mililitrů / den.

Pohybový režim: 4 – klidový režim na lůžku.

Rehabilitace: neindikována.

Výživa: O/S do 500 mililitrů čaje za 24 hodin, hydratace a výživa zajištěná infuzní terapií.

MEDIKAMENTÓZNÍ LÉČBA:

Per os: 0/S – čajová dieta.

Intra venózní: Torecan 1 amp. i.v. při zvracení maximálně 2x denně

Nolpaza 40 mg/100_{F1/1} i.v. v 08:00 hodin

Paracetamol Kabi 1g i.v. co 6 hodin (cíl FLACC/VAS 2 a méně)

Intra muskulární: Dipidolor 15 mg i.m. 22:00 (cíl FLACC/VAS 2 a méně)

Dipidolor 15 mg i.m. 5:00 (cíl FLACC/VAS 2 a méně)

Subkutánní: Fraxiparin multi 0,4 ml s.c. v 20:00 hodin

Infuze: Ringerfundin B. Braun 1500 ml 06:00 – 06:00 hodin

Jiná: Oxygenoterapie 1 – 4 litry za minutu dle potřeby

V 06:00 odběry na krevní obraz a ionty.

Tabulka 5 Výsledky odběrů ordinovaných lékařem z 31. 1. 2019

	Hodnota pacientky	Jednotky	Referenční interval Fakultní nemocnice Ostrava
KO – KREVŇÍ OBRAZ			
Leukocyty	10,58	10 ⁹ /l	4,00 – 10,00
Erytrocyty	4,20	10 ¹² /l	3,8 – 5,2
Hemoglobin	125,00	g/l	120 – 160

Hematokrit	0,358	l/l	0,350 – 0,470
B_MCV	84,00	fl	82,0 – 98,0
B_MCH	29,00	pq	28,0 – 34,0
B_MCHC	349,00	g/l	320 – 360
B_RDW	13,20	%	10,0 – 15,2
Trombocyty	238,00	10 ⁹ /l	150 – 400
B_MPV	10,40	fl	8,0 – 12,0
SP – BIOCHEMIE SÉRUM/PLAZMA			
Natrium	140,00	mmol/l	136 – 145
Kalium	4,70	mmol/l	3,5 – 5,3
Chloridy	104,00	mmol/l	95 – 110

Zdroj: zdravotní dokumentace pacientky 2019

CHIRURGICKÁ LÉČBA:

Dne 30. 1. 2019 byla pacientce provedena sleeve resekce žaludku.

SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 31. 1. 2019

Pacientka je hospitalizovaná po plánovaném operačním výkonu první pooperační den na chirurgické jednotce intenzivní péče. Pacientka je plně při vědomí, komunikující a spolupracující. Pacientka má z operačního sálu zavedený permanentní močový katetr č. 16, 2. den, který je funkční, odvádí žlutou moč bez příměsí či zápachu. Dále má zavedenou 2. den periferní žilní kanylu, která byla taktéž zavedena na operačním sále a je zavedena v kubitě levé horní končetiny. Kanyla je funkční, bez známek infekce. Z břicha má pacientka vyvedený spádový subhepatální drén, který odvádí stopové množství serosangvinoletní sekrece Na břicho má pacientka po laparoskopickém operačním výkonu pooperační rány, ty jsou klidné, krytí je suché, bez známek krvácivých projevů. Pacientka leží na boxu č. 3, zde je napojena na přístrojový monitoring srdeční aktivity, tlaku, pulzu, saturace a dechu, pro měření tělesné teploty slouží teplotní čidlo, které pacientka měla umístěno v podpaží. Manžetu pro měření tlaku má umístěnou na pravém předloktí vzhledem k tomu, že pacientka je silně obézní a manžeta nedosahuje vhodné velikosti. Saturací čidlo pro měření saturace a pulzu má umístěné na pravém ukazováku. Srdeční aktivita je snímána nepřetržitě pomocí EKG elektrod, které má pacientka rozmístěné na hrudníku. Pacientka verbalizuje nauzeu, která se projevuje zvýšenou salivací a pocitem na zvracení, pacientka však nezvracela. Pacientka pociťuje bolest dle vizuální analogové škály na stupni číslo 5. Pacientka dále verbalizuje zvýšenou únavu, spánek je přítomný i přes den, je však kvalitní a nepřerušovaný. Vzhledem k pooperačnímu

stavu, bolestem a obezitě je pacientka mírně hypertenzní (TK: 161/94 mmHg), tachykardická (P: 96'/min., dobře hmatatelný, zrychlený), počet dechů za minutu je zvýšený (24'/min.), s mírným poklesem saturace (SpO₂: 94%), která je řešená dle ordinace lékaře oxygenoterapií průtokem 1 – 4 litry za minutu. Výživa a hydratace je u pacientky zajištěna formou infuzní terapie, od 06:00 pacientce kape infuze Ringerfundinu B Braun 1500 ml. Pacientka je poučená o klidovém režimu, riziku pádu a naordinované dietě. Dnes má lékařem naordinovanou dietu 0/S – čajovou, množství je lékařem omezeno do 500 mililitrů. Pacientka má 3. stupeň obezity. Její váha je 125 kilogramů a měří 162 centimetrů. Její BMI je 47,62.

Z důvodu pooperačního stavu má pacientka klidový režim v lůžku, její soběstačnost je omezená a je nutná pomoc personálu při úkonech, vzhledem k bolestivosti operačních ran pacientka není schopná plné pohyblivost, potřebuje pomoc. Zaujímá úlevovou polohu na zádech. U pacientky je prováděna pomoc při změně polohy, je dbáno na prevenci vzniku dekubitů. Na dolních končetinách má pacientka elastické punčochy k prevenci tromboembolické nemoci. Pacientka byla dle standardu přehodnocena v rizicích, dle Nortonové škály v riziku vzniku dekubitů bylo zjištěno střední riziko vzniku dekubitů (23 bodů), 8 bodů v rizicích pádů (střední riziko) a plné vědomí v rámci škály Glasgow Coma Scale (15 bodů). Pacientka je ochotná, spolupracuje a komunikuje s personálem.

STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ U PACIENTKY PO SLEEVE RESEKCI ŽALUDKU KE DNI 31. 1. 2019

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dle HERDMAN, T. H. a S. KAMITSURU, 2015. *Ošetřovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015 – 2017*. 10. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY:

1. Akutní bolest (00132)

[Akutní bolest z důvodu operačního zákroku, projevující se verbalizací a označením intenzity číslo 5 na vizuální analogové škále].

2. Narušená integrita tkáně (00044)

[Narušená integrita tkáně z důvodu operačního zákroku, projevující se operačními ranami a vyústěním drénu].

3. Nauzea (00134)

[Nauzea v souvislosti s operací žaludku projevující se verbalizací pacientky].

4. Porucha výměny plynů (00030)

[Porucha výměny plynů z důvodu pooperačního stavu projevující se pocením, tachykardií a sníženou saturací krve kyslíkem naměřenou pomocí pulzního oxymetru].

5. Neefektivní vzorec dýchání (00032)

[Neefektivní vzorec dýchání z důvodu pooperačního stavu, obezity a bolestí projevující se zvýšeným počtem dechů za minutu].

6. Únava (00093)

[Únava z důvodu operačního zákroku projevující se verbalizací pacientky].

7. Deficit sebekpěče při koupání (00108)

[Deficit sebekpěče při koupání z důvodu pooperačního stavu, projevující se závislostí na personálu v dopomoci při provádění hygienické péče].

8. Deficit sebekpěče při oblékání (00109)

[Deficit sebekpěče při oblékání z důvodu pooperačního stavu, projevující se závislostí na personálu v dopomoci při oblékání].

9. Deficit sebekpěče při vyprazdňování (00110)

[Deficit sebekpěče při vyprazdňování z důvodu pooperačního stavu projevující se závislostí na personálu v dopomoci při vyprazdňování].

10. Snaha zlepšit sebekpěči (00182)

[Snaha zlepšit sebekpěči pacientky v oblasti péče o sebe samotnou projevující se zlepšením nezávislosti z hlediska zdraví, zlepšením znalostí v oblasti sebekpěče a zlepšením provádění sebekpěče].

11. Zhoršená pohyblivost na lůžku (00091)

[Zhoršená pohyblivost na lůžku z důvodu pooperačního stavu, operačních ran, bolestí, obezity a nedostatečné svalové síly projevující se zhoršenou schopností změnit pozici na lůžku a otáčet se ze strany na stranu].

12. Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)

[Zhoršená tělesná pohyblivost z důvodu pooperačního stavu a operačních ran v důsledku snížení svalové síly, bolestí a naordinovaného omezení pohybu projevující se omezeným rozsahem pohybu a potížemi při otáčení se].

13. Obezita (00232)

[Obezita z důvodu nevhodných stravovacích návyků projevující se nadměrným množstvím tukové tkáně a vysokou hodnotou BMI].

POTENCIONÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY:

1. Riziko zhoršené kardiovaskulární funkce (00239)

[Riziko zhoršené kardiovaskulární funkce z důvodu obezity, hypertenze a tachykardie].

2. Riziko dekubitů (00249)

[Riziko vzniku dekubitů z důvodu imobilizace pacientky, zhoršené pohyblivosti a klidového režimu na lůžku].

3. Riziko pádu (00155)

[Riziko pádu z důvodu pooperačního stavu a vlivu podávaných léčiv].

4. Riziko krvácení (00206)

[Riziko krvácení z důvodu operačního zákroku a vlivu podávaných léčiv].

5. Riziko infekce (00004)

[Riziko vzniku infekce z důvodu narušení kožní integrity a zavedených invazivních vstupů (operační rány, drén, periferní žilní kanyla, permanentní močový katetr)].

6. Riziko zácpy (00015)

[Riziko zácpy z důvodu oslabených břišních svalů, nižší aktivity v důsledku operačního zákroku, obezity, podávaných farmak a změny ve stravovacích návycích].

7. Riziko dysfunkční gastrointestinální motility (00197)

[Riziko dysfunkční gastrointestinální motility z důvodu změny stravovacích návyků, omezení hybnosti a podávaných farmak].

8. Riziko akutní zmatenosti (00173)

[Riziko akutní zmatenosti z důvodu zhoršené pohyblivosti, bolestí a podávaných farmak].

9. Riziko prodloužení pooperačního zotavení (00246)

[Riziko prodloužení pooperačního zotavení z důvodu rozsáhlého chirurgického výkonu, zhoršené mobility, obezity a bolestí].

OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA

1. Akutní bolest (00132)

[Akutní bolest z důvodu operačního zákroku, projevující se verbalizací a označením intenzity číslo 5 na vizuální analogové škále].

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.

Určující znaky:

- změny ve fyziologických funkcích
- pocení
- výraz bolesti v obličeji
- ochranné chování
- vyhledávání úlevové polohy
- expresivní chování
- vlastní hlášení o intenzitě bolesti pomocí standardizované škály bolesti VAS (slovní hodnocení pacientky intenzity bolesti je 5)

Související faktory:

- fyzikální původci zranění (operace)

Priorita: střední

Cíl krátkodobý: Patientce se po podání analgetik zmírní bolest (intenzita bolesti klesne z udávané hodnoty č. 5 na hodnotu č. 3) do 2 hodin.

Cíl dlouhodobý: Při propuštění pacientka nebude pociťovat žádnou bolest (VAS 0).

Výsledná kritéria:

- Patientka zná příčinu vzniku bolesti, je schopna bolest verbalizovat na jejím začátku – průběžně.
- Patientka zná a umí hodnotit svou bolest dle škály VAS – ihned.
- Patientka umí požádat o prostředky k zmírnění bolesti – ihned.

- Patientka zná úlevové polohy a aktivně je využívá do 24 hodin.
- Patientka pocítuje zmírnění bolesti do 2. dne hospitalizace.
- Patientka má zlepšenou kvalitu spánku do 3. dne hospitalizace.

Plán intervencí:

1. Pouč pacientku o sledování bolesti, ověř, zda pacientka rozumí analogové škále k hodnocení bolesti VAS – všeobecná sestra, při dotazu na bolest.
2. Sleduj verbální i neverbální projevy bolesti – všeobecná sestra po celý průběh směny – všeobecná sestra, průběžně.
3. Zaznamenávej bolest pravidelně do ošetrovatelské dokumentace – všeobecná sestra, průběžně.
4. Dle ordinace lékaře aplikuj analgetickou terapii, sleduj její účinky a zaznamenej je do dokumentace – všeobecná sestra, po aplikaci analgetik.
5. Zajisti úlevovou polohu a pohodlí pacientky – všeobecná sestra, ošetrovatelka, průběžně.
6. Pravidelně sleduj fyziologické funkce a proved' jejich zápis do ošetrovatelské dokumentace – všeobecná sestra, průběžně.
7. Zajisti u pacientky podmínky zlepšující kvalitu spánku – všeobecná sestra, do 1. dne.

Realizace dne 31. 1. 2019

Hodina:	Ošetrovatelské intervence:	Provedla:
12:50	Pacientka je hospitalizovaná první pooperační den na chirurgické jednotce intenzivní péče. Patientka pomocí signalizačního zařízení přivolala personál. Patientka udává bolesti na stupnici VAS č. 5. Patientka je schopná hodnotit a využívat škálu VAS, vyžaduje analgetika k zmírnění bolesti. Byly jí změřeny fyziologické funkce (TK: 161/94 mmHg, SAT: 120 mmHg, P: 96', TT: 36,3°C, D: 24', SpO ₂ : 94 % – pulz zrychlený, pacientka hypertenzní, saturace mírně pokleslá, u pacientky podávaná oxygenoterapie průtokem 2 litry za minutu). Patientce byla provedena dopomoc při zajištění úlevové polohy. Proveden zápis do dokumentace.	K. S.
13:00	Pacientce podána infuze Paracetamolu Kabi 1g i.v.,	K. S.

	proveden zápis do dokumentace.	
13:30	Kontrola efektu analgetik, pacientka udává zmírnění bolesti na VAS č. 4, zaznamenáno do dokumentace. U pacientky jsme vyvětrali pokoj.	K. S.
14:00	Znovu provedena kontrola efektu podaných analgetik, pacientka udává bolesti na VAS č. 3, ty toleruje, další analgetizace není nutná. Byly změřeny fyziologické funkce (TK: 150/91 mmHg, SAT: 114 mmHg, P:96', TT: 36,6°C, D: 16', SpO ₂ : 90 %), oxygenoterapie trvá, proveden zápis do dokumentace. Pacientka usnula.	K. S.
15:00	Změřeny fyziologické funkce při spánku: TK: 151/78 mmHg, SAT: 108 mmHg, P:94', TT: 36,6°C, D: 15', SpO ₂ : 90 %, oxygenoterapie trvá. Proveden zápis do dokumentace.	K. S.
16:00	Změřeny fyziologické funkce při spánku: TK: 160/89 mmHg, SAT: 116 mmHg, P:92', TT: 36,7°C, D: 17', SpO ₂ : 90 %, oxygenoterapie trvá. Proveden zápis do dokumentace.	K. S.
17:00	Změřeny fyziologické funkce (TK: 158/96 mmHg, SAT: 119 mmHg, P:99', TT: 36,7°C, D: 18', SpO ₂ : 90 %), oxygenoterapie trvá. Pacientka bolesti toleruje, VAS 2, analgetika nevyžaduje. Proveden zápis do dokumentace. U pacientky jsme vyvětrali pokoj.	K. S.
18:00	Změřeny fyziologické funkce (TK: 166/91 mmHg, SAT: 119 mmHg, P:97', TT: 36,8°C, D: 16', SpO ₂ : 89 %), oxygenoterapie trvá. Pacientka bolesti toleruje, VAS 2, analgetika nevyžaduje. Proveden zápis do dokumentace.	K. S.
19:00	S pacientkou provedena večerní toaleta, po ní byly změřeny fyziologické funkce (TK: 165/99 mmHg, SAT: 125 mmHg, P:99', TT: 36,8°C, D: 19', SpO ₂ : 89 %), oxygenoterapie trvá. Pacientka udává zhoršení bolesti na VAS č. 3, analgetika prozatím nevyžaduje. Proveden zápis do dokumentace.	K. S.

20:00	Změřeny fyziologické funkce (TK: 140/90 mmHg, SAT: 111 mmHg, P:100', TT: 36,7°C, D: 21', SpO ₂ : 90 %), oxygenoterapie trvá. Pacientka bolesti toleruje, VAS 3, analgetika nevyžaduje. Proveden zápis do dokumentace. U pacientky jsme vyvětrali pokoj.	K. S.
21:00	Změřeny fyziologické funkce (TK: 149/89 mmHg, SAT: 111 mmHg, P:93', TT: 36,6°C, D: 20', SpO ₂ : 90 %), oxygenoterapie trvá. Pacientka bolesti toleruje, VAS 3, analgetika nevyžaduje. Proveden zápis do dokumentace.	K. S.
21:45	Pacientka udává zhoršení bolestí, vyžaduje analgetika. Na stupnici VAS označuje bolest na úrovni č. 5. Proveden zápis do dokumentace.	K. S.
22:00	Aplikován Dipidolor 15mg i.m. Byly změřeny fyziologické funkce (TK: 153/89 mmHg, SAT: 115 mmHg, P:93', TT: 36,7°C, D: 20', SpO ₂ : 88 %), oxygenoterapie trvá, proveden zápis do dokumentace. Pacientce byla provedena pomoc při zajištění úlevové polohy. Poté pacientka usnula.	K. S.
23:00	Měření fyziologických funkcí při spánku: TK: 142/78 mmHg, SAT: 102 mmHg, P:95', TT: 36,6°C, D: 17', SpO ₂ : 88 %, oxygenoterapie trvá, proveden zápis do dokumentace.	K. S.

Realizace dne 1. 2. 2019

Hodina:	Ošetrovatelské intervence:	Provedla:
00:00	Měření fyziologických funkcí při spánku: TK: 144/86 mmHg, SAT: 110 mmHg, P:98', TT: 36,5°C, D: 19', SpO ₂ : 89 %, oxygenoterapie trvá, proveden zápis do dokumentace.	K. S.
1:00	Měření fyziologických funkcí při spánku: TK: 167/78 mmHg, SAT: 110 mmHg, P:91', TT: 36,6°C, D: 17', SpO ₂ : 92 %, oxygenoterapie trvá, proveden zápis do dokumentace.	K. S.

2:00	Měření fyziologických funkcí při spánku: TK: 145/82 mmHg, SAT: 109 mmHg, P:89', TT: 36,6°C, D: 19', SpO ₂ : 92 %, oxygenoterapie trvá, proveden zápis do dokumentace.	K. S.
3:00	Měření fyziologických funkcí při spánku: TK: 150/82 mmHg, SAT: 105 mmHg, P:89', TT: 36,4°C, D: 19', SpO ₂ : 91 %, oxygenoterapie trvá, proveden zápis do dokumentace.	K. S.
4:00	Měření fyziologických funkcí při spánku: TK: 135/81 mmHg, SAT: 103 mmHg, P:86', TT: 36,4°C, D: 17', SpO ₂ : 92 %, oxygenoterapie trvá, proveden zápis do dokumentace.	K. S.
4:45	Pacientka se probudila ze spánku, vyžaduje analgetika. Verbalizuje bolest na VAS č. 5. Pacientce byla provedena dopomoc při zajištění úlevové polohy. Proveden záznam do dokumentace.	K. S.
5:00	Aplikován Dipidolor 15mg i.m. Byly změřeny fyziologické funkce (TK: 132/88 mmHg, SAT: 106 mmHg, P:87', TT: 36,8°C, D: 17', SpO ₂ : 92 %), oxygenoterapie trvá, proveden zápis do dokumentace.	K. S.
5:30	Kontrola efektu analgetik, pacientka udává úlevu od bolestí, verbalizuje bolesti na VAS č. 2. Proveden zápis do dokumentace.	K. S.
6:00	Změřeny fyziologické funkce (TK: 115/62 mmHg, SAT: 82 mmHg, P:90', TT: 36,7°C, D: 20', SpO ₂ : 91 %), oxygenoterapie trvá. Pacientka bolesti toleruje, VAS 2, analgetika nevyžaduje. Proveden zápis do dokumentace.	K. S.
7:00	Pacientka po ranní hygieně, kontrola bolestí, dle VAS hodnotí své bolesti na úrovni č. 2, bolesti toleruje, nevyžaduje žádnou analgetizaci. Byly změřeny fyziologické funkce (TK: 117/73 mmHg, SAT: 90 mmHg, P:89', TT: 36,5°C, D: 19', SpO ₂ : 91 %), oxygenoterapie trvá, proveden zápis do dokumentace. U pacientky jsme	K. S.

	vyvětrali pokoj.	
8:00	Změřeny fyziologické funkce (TK: 135/88 mmHg, SAT: 106 mmHg, P:85', TT: 36,5°C, D: 17', SpO ₂ : 92 %), oxygenoterapie trvá. Pacientka bolesti toleruje, VAS 2, analgetika nevyžaduje. Proveden zápis do dokumentace.	K. S.
9:00	Pacientka přeložená z chirurgické jednotky intenzivní péče na standartní oddělení chirurgie v rámci chirurgické kliniky Fakultní nemocnice Ostrava. Pacientka stabilizovaná, přeložena normotenzní, normokardická, afebrilní, počet dechů za minutu v normě, saturace stále nižší, dle potřeby doporučeno podávání kyslíku. Analgoterapii bolusově tolerovala. Překládána s VAS na hodnotě č. 2.	K. S.

Zhodnocení krátkodobého cíle za 31. 1. 2019:

Krátkodobý cíl: splněn.

Pacientka umí verbalizovat bolest a požádat o prostředky k jejímu zmírnění. Je seznámená a umí používat analogovou škálu k hodnocení bolesti VAS. Po analgetizaci bolestí infuzní terapií se pacientce bolest snížila. Pacientka umí zaujmout úlevovou polohu a požádat si o pomoc personálu. U pacientky bylo zajištěno pravidelné větrání pokoje, pro lepší podmínky ke kvalitnějšímu spánku. Pacientka spala i přes den, spánek byl kvalitní, nepřerušovaný, nerušený.

Zhodnocení dlouhodobého cíle za 1. 2. 2019:

Dlouhodobý cíl: částečně splněn.

Přetrvávající intervence: 2, 3, 4, 5, 6, 7.

2. Narušená integrita tkáně (00044)

[Narušená integrita tkáně z důvodu operačního zákroku, projevující se operačními ranami a vyústěním drénu].

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Tělesné poškození

Definice: Poškození sliznic, rohovky, kůže, svalů, fascií, šlach, kostí, chrupavek, kloubů a/nebo vazů.

Určující znaky:

- poškozená tkáň

Související faktory:

- změny citlivosti
- nevyvážená výživa – obezita
- zhoršená mobilita
- chirurgický zákrok

Priorita: střední

Krátkodobý cíl: Pacientka je dostatečně informovaná o operačních ranách, ví jak o ně pečovat do 1. pooperačního dne.

Dlouhodobý cíl: Pacientce se pooperační rána hojí per primam po celou dobu hospitalizace.

Výsledná kritéria:

- Pacientka je poučena o poruchách integrity kůže (operačních ranách a drénu), do 1. pooperačního dne.
- Pacientka je poučena o nutnosti hlášení jakékoliv změny v oblasti poruchy integrity kůže – do 1. pooperačního dne.
- Pacientka je poučena o převazech rán – při převazu.
- Pooperační rána se bude hojit per primam – po celou dobu hospitalizace.
- Pacientka nebude pociťovat bolest při převazech ran během hospitalizace.
- Pacientka je poučena o možných komplikacích, které mohou při hojení nastat a je schopna je rozpoznat a informovat ošetřovatelský personál, do 3. dne hospitalizace.

Plán intervencí:

1. Pravidelně sleduj stav krytí, operačních ran a odpad z drénu – všeobecná sestra, průběžně.
2. Sleduj proces hojení rány při převazu – všeobecná sestra, průběžně.
3. Veď záznam a pravidelně zapisuj převazy rány – všeobecná sestra, při převazu.
4. Sleduj funkčnost drénu – všeobecná sestra, průběžně.
5. Sleduj okolí rány a drénu, možné známky infekce – všeobecná sestra, průběžně.

6. Pouč pacientku o nutnosti správné péče o rány – všeobecná sestra, vždy.
7. Informuj pacientku o možných komplikacích v hojení ran – všeobecná sestra, vždy.
8. Při komplikacích informuj lékaře – všeobecná sestra, průběžně.
9. Dodržuj aseptický postup při převazu – všeobecná sestra, vždy.

Realizace 31. 1. 2019

Hodina:	Ošetrovatelské intervence:	Provedla:
12:50	Provedena kontrola operačních ran a drénů. Pacientka je dostatečně informovaná o operačních ranách, vyvedeném drénu a jak o rány pečovat. Je poučena o možných komplikacích, které mohou nastat při hojení ran. Je seznámena s tím že při výskytu jakékoliv komplikace musí informovat personál. Operační rány jsou kryty sterilním krytím, to je suché, neprosakuje. Z drénu odchází stopová serosangvinolentní sekrece Proveden zápis do dokumentace.	K. S.
13:00	Provedena průběžná kontrola z drénu stopová sekrece, rány bez známek prosakování.	K. S.
14:00	Provedena průběžná kontrola z drénu stopová sekrece, rány bez známek prosakování.	K. S.
15:00	Provedena průběžná kontrola z drénu stopová sekrece, rány bez známek prosakování.	K. S.
16:00	Provedena průběžná kontrola z drénu stopová sekrece, rány bez známek prosakování.	K. S.
17:00	Provedena průběžná kontrola z drénu stopová sekrece, rány bez známek prosakování.	K. S.
18:00	Kontrola rány a drénu, převaz rány není zapotřebí. Drén funkční, odvádí stopové množství serosangvinolentní sekrece. Rány bez prosakování, krytí čisté. Proveden zápis do dokumentace.	K. S.
19:00	Provedena průběžná kontrola z drénu stopová sekrece, rány bez známek prosakování.	K. S.
20:00	Provedena průběžná kontrola z drénu stopová sekrece, rány	K. S.

	bez známek prosakování.	
21:00	Provedena průběžná kontrola z drénu stopová sekrece, rány bez známek prosakování.	K. S.
22:00	Provedena průběžná kontrola z drénu stopová sekrece, rány bez známek prosakování.	K. S.
23:00	Provedena průběžná kontrola z drénu stopová sekrece, rány bez známek prosakování.	K. S.

Realizace 1. 2. 2019

Hodina:	Ošetřovatelské intervence:	Provedla:
00:00	Provedena průběžná kontrola z drénu stopová serosangvinolentní sekrece trvá, rány bez známek prosakování. Proveden zápis do dokumentace.	K. S.
1:00	Provedena průběžná kontrola z drénu stopová sekrece, rány bez známek prosakování.	K. S.
2:00	Provedena průběžná kontrola z drénu stopová sekrece, rány bez známek prosakování.	K. S.
3:00	Provedena průběžná kontrola z drénu stopová sekrece, rány bez známek prosakování.	K. S.
4:00	Provedena průběžná kontrola z drénu stopová sekrece, rány bez známek prosakování.	K. S.
5:00	Provedena průběžná kontrola z drénu stopová sekrece, rány bez známek prosakování.	K. S.
6:30	Provedena ranní hygiena, krytí z ran a drénů odlepeno, asepticky ošetřeno pomocí dezinfekčního přípravku. Rány ponechány na volno, bez krytí. Stav ran byl klidný, bez známek infekce, bez zarudnutí či sekrece, hojení ran per primam. Okolí drénu klidné, drén odvádí stopové množství serosangvinolentní sekrece. Drén ošetřen dezinfekcí a okolo drénu přiloženo sterilní krytí. Pacientka byla opětovně poučena jak o rány správně pečovat a že jakékoliv komplikace musí hlásit personálu. Proveden zápis do dokumentace.	K. S.

8:00	Provedena průběžná kontrola z drénu stopová sekrece, rány bez známek prosakování.	K. S.
9:00	Pacientka přeložená z chirurgické jednotky intenzivní péče na standartní oddělení chirurgie v rámci chirurgické kliniky Fakultní nemocnice Ostrava. Operační rány se hojí per primam, pacientka přeložena s drénem, který odvádí stopové množství serosangvinolentní sekrece. Operační rány ponechány na volno, pacientka byla náležitě poučena jak o ně pečovat, kontrola ran každý den. Okolo břišního drénu bylo přiloženo sterilní krytí, okolí klidné, bez známek zánětu, převaz a kontrola drénu denně.	K. S.

Zhodnocení krátkodobého cíle za 31. 1. 2019:

Krátkodobý cíl: byl splněn.

Pacientka je poučená o pooperačních poruchách integrity kůže, ví jak se o ně starat.

Zhodnocení dlouhodobého cíle za 1. 2. 2019:

Dlouhodobý cíl: částečně splněn.

Krytí u pooperačních ran neprosakuje, z drénu odchází minimální stopová sekrece. Předpokládá se, že rána se bude hojit per primam.

Přetrvávající intervence: 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9.

3. Nauzea (00134)

[Nauzea v souvislosti s operací žaludku projevující se verbalizací pacientky].

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

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

Určující znaky:

- dávivý pocit
- zvýšená salivace
- zvýšené polykání
- nauzea

- kyselá chuť v ústech

Související faktory:

- biofyzikální faktory (podráždění žaludku, léčba)

Priorita: střední

Krátkodobý cíl: Pacientka pocítí úlevu od nauzey do 1 hodiny od podání antiemetik.

Dlouhodobý cíl: Pacientka bude zcela bez nauzey do 3. pooperačního dne.

Výsledná kritéria:

- Pacientka umí používat signalizační zařízení – ihned.
- Pacientka zná příčiny vzniku nevolnosti – do 1. pooperačního dne.
- Pacientka má zajištěnou možnost vypláchnutí dutiny ústní – v případě zvracení.
- Pacientce zná a využívá úlevové polohy – do 1. pooperačního dne.
- Pacientka je dostatečně hydratovaná do 1. pooperačního dne.
- Pacientka pocítuje zmírnění nauzey do 2. pooperačního dne.
- Pacientka dodržuje pohybový, farmakologický a dietní režim do 3. pooperačního dne.

Plán intervencí:

1. Pouč pacientku o nutnosti používání signalizačního zařízení – všeobecná sestra, vždy.
2. Monitoruj projevy nauzey – všeobecná sestra, průběžně během celé směny.
3. Zaznamenávej nauzeu do ošetrovatelské dokumentace – všeobecná sestra, průběžně.
4. Informuj lékaře o výskytu nauzey – všeobecná sestra, ihned.
5. Podávej léky k mírnění nauzey, zaznamenávej efekt terapie – všeobecná sestra do 1 hodiny.
6. Sleduj účinky podaných léků – všeobecná sestra, průběžně.
7. Zajisti u pacientky dostatečnou hydrataci, dle ordinace lékaře podávej infuzní terapii a tekutiny – všeobecná sestra, průběžně.
8. Nepodceňuj vnímáním nauzey pacientkou – všeobecná sestra, vždy.
9. Nauč pacientku zaujmout úlevovou polohu – všeobecná sestra vždy.
10. Pouč pacientku o důležitosti vhodné polohy, zabraň možné aspiraci – všeobecná sestra, vždy.

11. Dbej o komfort pacientky – všeobecná sestra, ošetřovatelka, sanitářka, vždy.

Realizace 31. 1. 2019:

Hodina:	Ošetřovatelské intervence:	Provedla:
12:50	Pacientka je poučena o nutnosti používání signalizačního zařízení v případě potřeby. U pacientky byla zajištěna hydratace pomocí infuzní terapie dle ordinace lékaře podáním Ringerfundinu B. Braun 1500 ml i.v., který kape od 06:00 do 06:00. Pacientka verbalizuje nauzeu, udává zvýšenou salivaci a pocit na zvracení. Lékař informován, proveden záznam do dokumentace.	K. S.
13:10	Podán Torecan 1 amp. i.v., pacientka uložena do vhodné polohy, poučena o správnosti polohy a riziku aspirace, proveden zápis do dokumentace.	K. S.
13:40	Sledován efekt podaných antiemetik, pacientka pociťuje úlevu. Pacientka nezvracela.	K. S.
14:00	Pacientka bez zvracení, pociťuje pouze mírně zvýšenou salivaci. Pacientka verbalizuje žízeň, vypila 50 mililitrů čaje. Zaznamenáno do dokumentace.	K. S.
15:00	Pacientka spává bez nauzey či zvracení.	K. S.
16:00	Pacientka spává bez nauzey či zvracení.	K. S.
17:00	Pacientka je bez nauzey či zvracení, salivace je v normě.	K. S.
18:00	Pacientka je bez nauzey či zvracení, salivace je v normě.	K. S.
20:00	Pacientka pociťuje žízeň, vypila 50 mililitrů čaje. Bez nauzey či zvracení. Zaznamenáno do dokumentace.	K. S.
22:00	Bez nauzey či zvracení, salivace v normě, pacientka usnula.	K. S.
22:45	Pacientka pociťuje žízeň, vypila 50 mililitrů čaje. Bez nauzey či zvracení. Zaznamenáno do dokumentace. Poté pacientka spala.	K. S.

Realizace 1. 2. 2019

Hodina:	Ošetřovatelské intervence:	Provedla:
4:45	Probuzení pacientky, nepociťuje nauzeu, salivace v normě. Pacientka pociťuje žízeň, vypila 100 mililitrů čaje.	K. S.

	Zaznamenáno do dokumentace.	
6:00	Dle ordinace lékaře u pacientky výměna dokapané infuze, podán Ringerfundin B Braun 1000 mililitrů, který kape od 06:00-14:00, hydratace pacientky zajištěna. Zaznamenáno do dokumentace.	K. S.
7:00	Pacientka je bez nauzey či zvracení. Pociťuje žízeň, dle ordinace lékaře povolený neomezený příjem tekutin (dieta O/S – čajová). Pacientka v 7:00 vypila 100 mililitrů čaje, dietu toleruje. Zaznamenáno do dokumentace.	K. S.
8:00	Bez nauzey či zvracení, salivace v normě. Dle ordinace lékaře podány u pacientky časovaně inhibitory protonové pumpy: Nolpaza 40 mg/100 _{F1/1} i.v. Pacientka pociťuje žízeň, vypila 50 mililitrů čaje. Bez nauzey či zvracení. Zaznamenáno do dokumentace.	K. S.
9:00	Pacientka přeložená z chirurgické jednotky intenzivní péče na standardní oddělení chirurgie v rámci chirurgické kliniky Fakultní nemocnice Ostrava. Pacientka byla přeložena bez nauzey, hydratace byla zajištěna infuzní terapií – Ringerfundinem B Braun 1000 mililitrů, který kape od 06:00. Předáno s pacientkou na standardní oddělení. Příklad tekutin je dle ordinace lékaře neomezený, dieta čajová, pacientka ji toleruje, bez obtíží.	K. S.

Zhodnocení krátkodobého cíle za 31. 1. 2019:

Krátkodobý cíl: byl splněn.

Pacientka po podání antiemetik pociťuje úlevu.

Zhodnocení dlouhodobého cíle za 1. 2. 2019:

Dlouhodobý cíl: byl splněn.

Pacientka je bez nauzey či zvracení, salivace je v normě.

Přetrvávající intervence: U pacientky nepřetrvávají žádné další intervence vzhledem k splnění stanovených cílů.

ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Pacientka X.Y. byla přijata na chirurgické oddělení Fakultní nemocnice Ostrava stanici B dne 29. 1. 2019 z důvodu plánované operace sleeve resekce žaludku.

U pacientky jsem ve sledovaném období určila 13 aktuálních diagnóz a 9 potencionálních ošetřovatelských diagnóz. Tři aktuální diagnózy byly detailně zpracovány, určila jsem u nich cíle, očekávané výsledky a plánované intervence, podle kterých byla realizována ošetřovatelská péče. Pacientka byla dostatečně informovaná o daném výkonu a změně, kterou bude muset následně podstoupit. Je si vědoma, že změna životního stylu bude muset být trvalá. Informace hledala aktivně nejen sama, ale byly jí poskytnuty lékařem a ošetřujícím personálem.

Nadále je nutné pokračovat v těchto intervencích: u akutní bolesti jsou to intervence 2, 3, 4, 5, 6, 7, u narušené integrity tkáně přetrvávají intervence 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9. Třetí diagnózu tvoří nauzea v souvislosti s operací žaludku. U této diagnózy byly všechny stanovené cíle splněny, tudíž u pacientky nepřetrvávají žádné pokračující intervence. V intervencích musí být pokračováno, dokud nedojde k vymizení obtíží či nedojde k novému posouzení ošetřovatelských problémů u pacientky.

Pooperační stav se u pacientky vyvíjí dobře. Je nadále pozitivní a optimistická. S personálem komunikuje a dodržuje léčebný režim.

4.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Díky poznatkům, které jsem získala v rámci praxe na chirurgické klinice Fakultní nemocnice Ostrava a čerpáním z odborné literatury na téma obezita a bariatrická chirurgie uvádím následná doporučení. Doporučení jsou stanovena pro pacienty, rodinné příslušníky a zdravotnický personál.

DOPORUČENÍ PRO PACIENTY:

- Dodržujte a aktivně se zajímejte o svůj léčebný režim.
- Dodržujte doporučení odborníků.
- Pravidelně navštěvujte svého bariatra a psychologa.
- Kontroly se provádějí z pravidla za měsíc od prodělané operace, dále každé tři měsíce v prvním roce, v roce druhém jsou pravidelné kontroly prováděny po šesti měsících a dále pak jednou ročně.
- Dle předchozí domluvy navštěvujte obezitologické centrum.

- Dodržujte doporučení nutriční terapeutky.
- Myslete na to, že po operaci je nejdůležitější správná životospráva.
- Dodržujte změnu v pitném režimu, tekutiny pijte v mezidobí mezi jednotlivým příjmem stravy. Přesto je nutné dodržet pitný režim, který je stanoven na 2 – 3 litry za den. Tekutiny přijímáme vždy mezi jídly.
- Po jídle se napijte nejdříve za 30 – 45 minut.
- Pokud je žaludek lačný, můžete přijmout okolo 100 – 150 mililitry tekutiny.
- Nepijte slazené a sycené nápoje.
- Vyhněte se alkoholu.
- První čtyři týdny po operaci byste měli přijímat pouze tekutou stravu, to se však řídí doporučením lékaře a jeho indikací.
- Po dobu dalších dvou týdnů postupně stravu zahušťujte a přecházejte na mixovanou.
- Přejít na normální stravu musí být pozvolný a pomalý. Přijímejte menší porce vícekrát za den. Konzistence stravy by měla být přiměřená a odpovídat toleranci stravy.
- Přejít na normální stravu je individuální, je třeba si uvědomit, že každý člověk snáší zákrok a rekonvalescenci jinak.
- Pokud netolerujete stravu, na kterou jste přešli, je nutné vrátit se na předchozí. Postupujte pozvolna, ne každý toleruje stravu stejně.
- Stravu řádně před každým polknutím řádně rozkousejte, průměr žaludeční trubice je po zákroku velmi malý a mohlo by dojít k jejímu ucpaní.
- Dodržujte klasické schéma stravování: snídaně, svačina, oběd, svačina, večeře.
- Množství, které můžete najednou sníst je omezeno, tudíž je výrazně menší než tomu bylo před zákrokem, množství přijímané stravy nesmí přesáhnout kapacitu žaludku, může dojít k roztažení žaludku.
- Nikdy nejezte do pocitu tlaku a do pocitu na zvracení. Nesnažte se přejídáním zvracení vyvolávat.
- Je důležité dbát na dostatečný příjem živin, minerálů a vitamínů, řiďte se pokyny lékaře.
- Nepřijímejte vysokoenergetické potraviny a nápoje.
- Nekonzumujte silně kořeněná jídla, nadýmavé potraviny a kynutá těsta.

- Z jídelníčku nejsou vhodné potraviny, které obsahují slupky a zrníčka. Nedoporučují se rajčata, hroznové víno, kyselé ovoce, mák, datle, ořechy fíky, kokos a podobné potraviny. Mějte na paměti, že nevhodná je i zrnková káva.
- Volte vhodné aktivity, po operaci se vyhněte fyzické námaze, vhodné jsou procházky a chůze. Zátěž volte až po konzultaci lékařem.
- Pečujte správně o rány po operačním zákroku.
- Pokud se vyskytly obtíže či komplikace ihned vyhledejte lékařskou pomoc či kontaktujte svého lékaře.
- Doporučuji změnu životního stylu a nezapomínejte na to, že se jedná o změnu celoživotní a trvalou, ne pouze dočasnou.

DOPORUČENÍ PRO RODINU:

- Dostatečně se informujte o diagnóze, kterou Váš příbuzný trpí, získejte dostatek informací o léčbě a dané operaci. Je důležité znát dobře pooperační léčbu, jelikož je doživotní a nese s sebou trvalé změny a opatření v životosprávě.
- Pro svého příbuzného buďte oporou, je důležité, aby se měl pacient na koho spolehnout.
- Svého příbuzného motivujte a náležitě podporujte.
- Zapojte příbuzného do aktivit, zprvu se věnujte ne příliš náročným aktivitám, preferujte vycházky. Až po odborné konzultaci s lékařem a jeho svolením volíme náročnější fyzické aktivity.

DOPORUČENÍ PRO OŠETŘOVATELSKÝ PERSONÁL:

- Celoživotně se vzdělávat a mít dostatek informací o dané problematice
- Přístupovat k pacientům empaticky, pacienti trpící obezitou mají mnohdy narušenou psychickou stránku, nezapomínejme, že člověk je bio-psycho-sociální bytost a je tedy nutná komplexní péče o člověka, nesmíme opomínat žádnou jeho složku, společně totiž tvoří celek.
- Sestra by měla být pacientův partner, dodávat mu pocit jistoty.
- Sestra by měla být vstřícná a empatická, jelikož je to právě sestra, která přichází s pacientem nejvíce do kontaktu a mnohdy právě jí pacient verbalizuje své problémy.
- Sestra nesmí zapomínat na sledování psychického stavu a náležitě se o něj zajímat, poskytovat vhodnou péči a intervence s nimi spojenými.

- Zajistíme, aby se pacient cítil dobře a bezpečně, dopomůžeme tam, kde je třeba.
- Nikdy nepřistupovat s opovržením.
- Pacientovi poskytneme dostatek informací odpovídající naší kompetentnosti.
- Myslíme na to, že rodina tvoří pro pacienta důležitou součást života, a proto mu musí být oporou a nesmí opomíjet svého příbuzného, naopak musí mu jít příkladem a zapojovat ho do aktivit, proto je důležité rodinu náležitě poučit.
- Poučit rodinu o tom, aby byla svému příbuznému motivací.
- Poskytnout rodině edukační materiál o onemocnění a o daném operačním výkonu, mnohdy dokážou lépe pochopit zdravotní stav pacienta.

ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřená na obezitu a bariatrickou chirurgii. Obezita se stala celosvětovým problémem a její nárůst se zvyšuje. Přináší s sebou řadu společenských a zdravotních problémů, které se prohlubují a spojují se s ekonomickými faktory. Výdaje na léčbu jsou vysoké, což má vliv jak na pacienta tak ekonomickou stránku státu. Existuje řada metod, jak proti obezitě vhodně a účinně bojovat a je podstatné jejich užívání. Je důležité si uvědomit, že dospělý jedinec má velký vliv na jedince v dětském věku, jelikož právě děti přebírají naše zvyky, učí se od nás a napodobují nás. Proto bychom se měli zaměřit už na věk dětský, abychom mohli obezitě a komplikacím předcházet. Léčba obezity je velmi náročná a konzervativní postupy často selhávají. Je potřeba se zamyslet nad tím, zda je to dnešní pokročilou dobou a změnou životního stylu, kdy společnost má většinu prostředků k dispozici, žije v uspěchané době a stresu, který vede k tomu, že když přijde člověk vyčerpán z práce, zvolí si radši klidové aktivity jako je vysedávání u počítače a televize přičemž uspokojuje svou psychickou stránku dobrým jídlem než procházku, běhání či jinou fyzickou aktivitu. Žijeme v časovém stresu, společenském nátlaku, moderní době a vytrácí se manuální práce, jak tomu bylo za dob našich babiček, z čehož se můžeme ponaučit, že ne všechno co dnešní doba přináší je pro člověka dobré a výhodné.

Z bakalářské práce vyplývá, že v léčbě obezity sice volíme nejprve konzervativní léčbu, ale ta vyžaduje velkou zátěž pro člověka, značnou sebedisciplinu a sebeovládání. Pro mnoho lidí znamená bariatrie řešení situace a značnou pomoc k redukci váhy. Pacienti si však v první řadě musí uvědomit, že vždycky je to o samotném člověku a je jen na nich jak se jejich zdravotní stav bude vyvíjet, jelikož konzervativní léčba ani chirurgická nepřináší pro pacienta jednoduchou cestu k redukci váhy. Je tedy podstatné, že samotný pacient musí chtít. Bariatrická chirurgie však ovlivňuje a přispívá ke kompenzaci řady onemocnění, čímž snižuje úmrtnost a zlepšuje kvalitu života pacienta. V léčbě je využíván multidisciplinární tým a zajišťuje kontinuální péči o pacienta.

V bakalářské práci bylo dosaženo teoretických i praktických cílů. V teoretické části byla popsána obezita, její definice, formy, příčiny, komplikace, diagnostika, prevence a léčba. Dále zde bylo rozebráno hlavní téma a to bariatrická chirurgie,

konkrétně druhy výkonů, indikace a kontraindikace výkonu, předoperační edukace pacienta, psychologická péče o pacienta, vyšetření a příprava k operaci, komplikace operační léčby obezity, dieta před a po bariatrickém výkonu, důsledky výkonů a životospráva po operaci. Taktéž zde byla vypracována teoretická východiska ošetrovatelského procesu, která slouží k jeho porozumění.

V praktické části byl vypracován ošetrovatelský proces u pacienta po bariatrickém výkonu. Součástí je doporučení pro praxi, které slouží ošetřujícímu personálu. Posledním stanoveným cílem bylo vypracovat edukační materiál pro pacienta po bariatrickém výkonu, čehož taktéž bylo dosaženo a je přiložen v příloze.

Věřím, že bakalářská práce bude inspirací pro ošetřující personál a bude využita dále v praxi.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ADÁMKOVÁ, V. a kol., Slovo úvodem. In: ADÁMKOVÁ, V. a kol. *Obezita: příčiny, typy, rizika, prevence a léčba*. Brno: Facta Medica, 2009, s. 9-10. ISBN 978-80-904260-5-4.

ALAMRI, A., ALSADIQI, A. DAHLAWI, et al. Are patients aware of potential risks of weight reduction surgery? An internet based survey. *Saudi Journal of Gastroenterology* [online]. 2018 [cit. 2018-12-09]. DOI: 10.4103/sjg.SJG_232_18. ISSN 1319-3767. Dostupné z:

<http://www.saudijgastro.com/preprintarticle.asp?id=246136>

AVENELL, A., ROBERTSON, Z. SKEA, et al. Bariatric surgery, lifestyle interventions and orlistat for severe obesity: the REBALANCE mixed-methods systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment* [online]. 2018, 22(68), 1-246 [cit. 2018-12-09]. DOI: 10.3310/hta22680. ISSN 1366-5278. Dostupné z: <https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hta/hta22680>

DOLEŽALOVÁ, K., Základní operace bariatrické a metabolické chirurgie a jejich účinky. In: DOLEŽALOVÁ, K. a kol. *Bariatrická chirurgie a primární péče*. Praha: Axonite CZ, 2012, s. 30-50. Asclepius. ISBN 978-80-904899-2-9.

FRIED, M., Bariatrická chirurgie. In: FRIED, M. a kol. *Bariatrická a metabolická chirurgie: nové postupy v léčbě obezity a metabolických poruch*. Praha: Mladá fronta, 2011, s. 57-88. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2424-2.

FUJÁKOVÁ, T., MOTTLOVÁ, A., MATĚJOVÁ, H., 2013. Chirurgická terapie obezity z pohledu nutričního terapeuta. *Výživa a potraviny*. 68(3), 71-74. ISSN 1211-846X.

HAINER, V., 2016. Bariatrické operace a střevní mikrobiom. *Praktický lékař*. 96(2), 87. ISSN 0032-6739.

HAINER, V., BENDLOVÁ, Etiopatogeneze obezity. In: HAINER, V. a kol. *Základy klinické obezitologie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011, s. 59-90. ISBN 978-80-247-3252-7.

- HAINER, V., Farmakoterapie obezity. In: HAINER, V. a kol. *Základy klinické obezitologie. 2.*, přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011, s. 277-300. ISBN 978-80-247-3252-7.
- HAINEROVÁ, I., Obezita v dětství a dospívání. In: HAINER, V. a kol. *Základy klinické obezitologie. 2.*, přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011, s. 341-372. ISBN 978-80-247-3252-7.
- HAINEROVÁ, I., Vliv genetických faktorů na vznik obezity. In: MÜLLEROVÁ, D. a kol. *Obezita - prevence a léčba.* Praha: Mladá fronta, 2009, s. 79-89. ISBN 978-80-204-2146-3.
- HALUZÍK, M., Komplikace obezity, vyšetření obézního pacienta, konzervativní léčba obezity. In: KASALICKÝ, M. a kol. *Chirurgická léčba obezity.* Prague: Ottova tiskárna, 2011, s. 23-31. ISBN 978-80-254-9356-4.
- HALUZÍK, M., Obezita jako nemoc. In: KASALICKÝ, M. a kol. *Chirurgická léčba obezity.* Prague: Ottova tiskárna, 2011, s. 14-22. ISBN 978-80-254-9356-4.
- HERDMAN, T. H. a S. KAMITSURU, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015 – 2017.* 10. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.
- HERLESOVÁ, J., Psychologická léčba těžké obezity. In: KASALICKÝ, M. a kol. *Chirurgická léčba obezity.* Prague: Ottova tiskárna, 2011, s. 32-52. ISBN 978-80-254-9356-4.
- HLAVATÁ, K., 2014. Úloha nutričního poradenství před a po bariatrických zákrocích. *Výživa a potraviny.* 69(6), 147-149. ISSN 1211-846x.
- HOCH, J., Bariatrická chirurgie. In: HOCH, J., J. LEFFLER a kol. *Speciální chirurgie.* 3., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Maxdorf, c2011, s. 366-369. Jessenius. ISBN 978-80-7345-253-7.
- HOLÉCZY, P., Chirurgia obezity. In: KRAHULEC, B. a kol. *Klinická obezitológia.* Brno: Facta Medica, 2013, s. 145-159. ISBN 978-80-904731-7-1.
- HUDÁČKOVÁ, A., Vyhodnocení – 5. fáze ošetrovatelského procesu. In: TÓTHOVÁ, V. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace. 2.*, aktualiz. vyd. Praha: Triton, 2014, s. 123-134. ISBN 978-80-7387-785-9.

HUGO, J. a kol., 2016. *Slovník lékařských zkratk*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-519-4.

JANÍKOVÁ, E., Intraoperační péče. In: JANÍKOVÁ, E. a R. ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada, 2013, s. 40-46. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4412-4.

JANÍKOVÁ, E., Ošetrovatelská péče u pacienta podstupujícího chirurgickou léčbu žaludku. In: JANÍKOVÁ, E. a R. ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada, 2013, s. 148-163. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4412-4.

JANÍKOVÁ, E., Pooperační péče. In: JANÍKOVÁ, E. a R. ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada, 2013, s. 47-63. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4412-4.

JANÍKOVÁ, E., Předoperační péče. In: JANÍKOVÁ, E. a R. ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada, 2013, s. 26-39. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4412-4.

KASALICKÝ, M., Bandáž žaludku. In: KASALICKÝ, M. a kol. *Chirurgická léčba obezity*. Prague: Ottova tiskárna, 2011, s. 72-75. ISBN 978-80-254-9356-4.

KASALICKÝ, M., Biliopankreatická diverze. In: KASALICKÝ, M. a kol. *Chirurgická léčba obezity*. Prague: Ottova tiskárna, 2011, s. 94-100. ISBN 978-80-254-9356-4.

KASALICKÝ, M., Chirurgická léčba obezity. In: KASALICKÝ, M. a kol. *Chirurgická léčba obezity*. Prague: Ottova tiskárna, 2011, s. 53-71. ISBN 978-80-254-9356-4.

KASALICKÝ, M., Sleeve gastrectomy – tubulizace žaludku. In: KASALICKÝ, M. a kol. *Chirurgická léčba obezity*. Prague: Ottova tiskárna, 2011, s. 76-86. ISBN 978-80-254-9356-4.

KASALICKÝ, M., Úvod. In: KASALICKÝ, M. a kol. *Chirurgická léčba obezity*. Prague: Ottova tiskárna, 2011, s. 8-11. ISBN 978-80-254-9356-4.

KASALICKÝ, M., Žaludeční bypass. In: KASALICKÝ, M. a kol. *Chirurgická léčba obezity*. Prague: Ottova tiskárna, 2011, s. 87-93. ISBN 978-80-254-9356-4.

KAŠÁKOVÁ, E., M. VOKURKA a J. HUGO, c2015. *Výkladový slovník pro zdravotní sestry*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-424-1.

KOTÍK, L., 2016. *Předoperační vyšetření dospělých. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. ISBN 978-80-204-4248-2.

KUNEŠOVÁ, M., D. MÜLLEROVÁ, V. HAINER, Epidemiologie a zdravotní rizika obezity. In: HAINER, V. a kol. *Základy klinické obezitologie. 2.*, přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011, s. 15-34. ISBN 978-80-247-3252-7.

KUNEŠOVÁ, M., Vyšetření v obezitologii. In: HAINER, V. a kol. *Základy klinické obezitologie. 2.*, přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011, s. 163-179. ISBN 978-80-247-3252-7.

MÁLKOVÁ, I., Kognitivně-behaviorální přístup k léčbě obezity. In: HAINER, V. a kol. *Základy klinické obezitologie. 2.*, přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011, s. 231-255. ISBN 978-80-247-3252-7.

MATOULEK, M. a A. SADÍLKOVÁ, Dietní léčba při obezitě. In: ZLATOHLÁVEK, L. a kol. *Klinická dietologie a výživa*. Praha: Current Media, 2016, s. 193-208. Medicus. ISBN 978-80-88129-03-5.

MATOULEK, M., Farmakoterapie obezity: antiobezitika. In: MATOULEK, M. a kol. *Manuál praktické obezitologie: nejen pro praktické lékaře*. Praha: NOL, 2014, s. 65-72. ISBN 978-80-903929-4-6.

MATOULEK, M., Vliv kouření na tělesnou hmotnost. In: MATOULEK, M. a kol. *Manuál praktické obezitologie: nejen pro praktické lékaře*. Praha: NOL, 2014, s. 91-99. ISBN 978-80-903929-4-6.

MÜLLEROVÁ, D., Bariatrický pacient a otázky výživy. In: DOLEŽALOVÁ, K. a kol. *Bariatrická chirurgie a primární péče*. Praha: Axonite CZ, 2012, s. 147-156. Asclepius. ISBN 978-80-904899-2-9.

MÜLLEROVÁ, D., Doplnující vyšetřovací postupy obézního pacienta. In: MÜLLEROVÁ, D. a kol. *Obezita - prevence a léčba*. Praha: Mladá fronta, 2009, s. 131-138. ISBN 978-80-204-2146-3.

MÜLLEROVÁ, D., Etiologické determinanty obezity v dospělosti: životní styl, životní prostředí, biologické a farmakologické činitele. In: MÜLLEROVÁ, D. a kol. *Obezita - prevence a léčba*. Praha: Mladá fronta, 2009, s. 121-125. ISBN 978-80-204-2146-3.

MÜLLEROVÁ, D., Farmakoterapie obezity. In: MÜLLEROVÁ, D. a kol. *Obezita - prevence a léčba*. Praha: Mladá fronta, 2009, s. 191-200. ISBN 978-80-204-2146-3.

MÜLLEROVÁ, D., Léčebné strategie a cíle váhové redukce v závislosti na přítomnosti komorbidit obezity. In: MÜLLEROVÁ, D. a kol. *Obezita - prevence a léčba*. Praha: Mladá fronta, 2009, s. 139-140. ISBN 978-80-204-2146-3.

MÜLLEROVÁ, D., Úvod. In: MÜLLEROVÁ, D. a kol. *Obezita - prevence a léčba*. Praha: Mladá fronta, 2009, s. 17-19. 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*. [online]. 4. doplněné vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. [cit. 2018-12-09]. ISBN 978-80-905728-1-2. Dostupné z: <https://sharepoint.vszdrav.cz/Poklady%20k%20vuce/Studijn%c3%ad%20materi%c3%a1ly%20k%20p%c5%99edm%c4%9btu%20Semin%c3%a1%c5%99%20k%20bakal%c3%a1%c5%99sk%c3%a9%20pr%c3%a1ci.aspx>

OWEN, K., c2012. *Moderní terapie obezity: [průvodce pro každodenní praxi]*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-301-5.

RABOCH, J., Poruchy příjmu potravy. In: RABOCH, J., P. PAVLOVSKÝ a D. JANOTOVÁ. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 5. vyd. Praha: Triton, 2012, s. 154-157. ISBN 978-80-7387-582-4.

SHARMA, S. a kol., 2018. *Klinická výživa a dietologie: v kostce*. Přeložila Hana POSPÍŠILOVÁ. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0228-0.

SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2012. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy II – Pediatrie, chirurgie*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3602-0.

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

SVAČINA, Š., D. MÜLLEROVÁ a A. BRETŠNAJDROVÁ, 2013. *Dietologie pro lékaře, farmaceuty, zdravotní sestry a nutriční terapeuty*. 2., upr. vyd. Praha: Triton. Lékařské repetitorium. ISBN 978-80-7387-699-9.

SYSEL, D. a kol., 2011. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. V Tribunu EU vyd. 2. Brno: Tribun EU. Librix.eu. ISBN 978-80-263-0001-4.

ŠRÁMKOVÁ, P., Nejčastější otázky v předoperační a pooperační péči – pohled internisty. In: DOLEŽALOVÁ, K. *Bariatrická chirurgie a primární péče*. Praha: Axonite CZ, 2012, s. 61-77. Asclepius. ISBN 978-80-904899-2-9.

TÓTHOVÁ, V., Diagnostika – 2. fáze ošetrovatelského procesu. In: TÓTHOVÁ, V. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace. 2.*, aktualiz. vyd. Praha: Triton, 2014, s. 63-88. ISBN 978-80-7387-785-9.

TÓTHOVÁ, V., Konspekt ošetrovatelského procesu. In: TÓTHOVÁ, V. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace. 2.*, aktualiz. vyd. Praha: Triton, 2014, s. 13-36. ISBN 978-80-7387-785-9.

TÓTHOVÁ, V., Plánování – 3. fáze ošetrovatelského procesu. In: TÓTHOVÁ, V. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace. 2.*, aktualiz. vyd. Praha: Triton, 2014, s. 89-106. ISBN 978-80-7387-785-9.

TÓTHOVÁ, V., Zhodnocení zdravotního stavu pacienta – 1. fáze ošetrovatelského procesu. In: TÓTHOVÁ, V. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace. 2.*, aktualiz. vyd. Praha: Triton, 2014, s. 37-62. ISBN 978-80-7387-785-9.

VOKURKA, M. a kol., 2015. *Praktický slovník medicíny*. 11. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-464-7.

VOKURKA, M. a kol., 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-456-2.

WICHSOVÁ, J., Perioperační péče. In: WICHSOVÁ, J. a kol. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada, 2013, s. 133-139. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3754-6.

ZELENÍKOVÁ, R., Úvod do chirurgického ošetrovatelství. In: JANÍKOVÁ, E. a R. ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada, 2013, s. 13-25. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4412-4.

PŘÍLOHY

Příloha A - Klasifikace obezity (podle WHO, 1997).....	I
Příloha B - Mechanizmy jakými obezita vede ke vzniku komplikací	II
Příloha C - Protokol k provádění sběru dat pro bakalářskou práci.....	III
Příloha D - Literární rešerše.....	IV
Příloha E - Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce.....	V
Příloha F - Brožura	VI

Příloha A - Klasifikace obezity (podle WHO, 1997)

Klasifikace	BMI	Riziko komplikací
podváha	< 18,5	nízké
normální váha	18,5 – 24,9	průměrné
zvýšená váha	≥ 25	
nadváha	25 – 29,9	mírně zvýšené
obezita I. stupně	30,0 – 34,9	středně zvýšené
obezita II. stupně	35,0 – 39,9	velmi zvýšené
obezita III. stupně	≥ 40	vysoké

Zdroj: Haluzík, 2011, s. 14

Příloha B - Mechanizmy jakými obezita vede ke vzniku komplikací

Mechanismus	Důsledky
Ektopické ukládání tuku v jaterní a svalové tkáni a v pankreatu	Vznik inzulínové rezistence a poruchy inzulínové sekrece
Endokrinní dysfunkce tukové tkáně	Vznik inzulínové rezistence, porucha inzulínové sekrece, zvýšení rizika aterosklerózy, zvýšení rizika vzniku nádorů
Subklinická zánětlivá reakci vznikající primárně v tukové tkáni	Vznik inzulínové rezistence, zvýšení rizika aterosklerózy, zvýšení rizika vzniku nádorů

Zdroj: Haluzík, 2011, s. 23

Příloha C - Protokol k provádění sběru dat pro bakalářskou práci

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



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

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

Příjmení a Jméno studenta	Sroková Kateřina, DiS.	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3VSV
Téma práce	Ošetrovatelský proces u pacienta po bariatrickém výkonu	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Chirurgická klinika, Fakultní nemocnice Ostrava 17. listopadu 1790/5 708 52 Ostrava - Poruba	
Jméno vedoucího práce	PhDr. Miroslava Kubicová, PhD.	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci ošetrovatelského procesu	Ošetrovatelský proces <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	

V Praze dne 30. 11. 2018

Kateřina Sroková
podpis studenta

**Moravskoslezská
vědecká knihovna
v Ostravě**

Číslo rešerše: 8594
Název rešerše: Ošetřovatelský proces u pacienta po bariatrickém výkonu
Jazykové omezení: čeština, angličtina
Časové omezení: 2010-2018
Klíčová slova: bariatrie, bariatrická chirurgie, obezita, obézní, morbidní obezita, kvalita života, ošetřovatelství, zdravotní sestry

Zpracovala: Mgr. Pavlína Szóke

Záznamy jsou řazeny v pořadí monografie, články (z tisku, z časopisů) - abecedně dle autorů.
U knih, které jsou k vypůjčení v MSVK v Ostravě, je uvedena signatura. Knihy bez signatury jsou k dispozici v jiných knihovnách ČR (viz http://aleph.nkp.cz/F/CA51791I3RXK8Q16H9VKA5QU532X3FRTG9214CXE8FI5M2HDAI-18714?func=file&file_name=find-b&local_base=SKC Tyto knihy je možno objednat prostřednictvím meziknihovni výpůjční služby v naší knihovně).
U článků je nutné vyhledat celý časopis.

www.svkos.cz

Příspěvková organizace
Moravskoslezského kraje

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


ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

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

V Praze dne 31. 5. 2019

.....

Jméno a příjmení studenta


INFORMACE PRO PACIENTY PŘIPRAVUJÍCÍ SE NA BARIATRIKOU OPERACI.




OBEZITA
JAKO
NEMOC?




KDY
ZAČÍNAT SE
ZÁTĚŽÍ A
JAK CVIČIT?



JAKÉ JE
STRAVOVÁNÍ
PŘED
BARIATRICKÝM
VÝKONEM A CO
JE NUTNÉ
DODRŽOVAT?



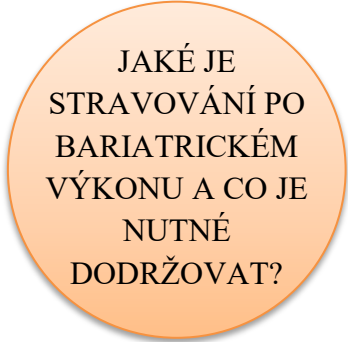
CO JE TO
BARIATRICKÁ
CHIRURGIE?



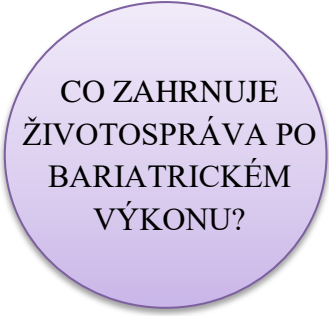
JAKÉ JSOU
DRUHY
VÝKONŮ?



CO JE NUTNÉ
PŘED
OPERACÍ
PODSTOUPIT?



JAKÉ JE
STRAVOVÁNÍ PO
BARIATRICKÉM
VÝKONU A CO JE
NUTNÉ
DODRŽOVAT?



CO ZAHHRNUJE
ŽIVOTOSPRÁVA PO
BARIATRICKÉM
VÝKONU?

AUTOR: KATEŘINA SROKOVÁ, DiS.

ÚVOD

Vážení pacienti,

edukační materiál, který nyní držíte v ruce je určený pacientům, kteří se připravují na bariatrickou operaci. Cílem je poskytnutí informací o obezitě, jakožto o onemocnění, které v dnešní době postihuje velký počet jedinců a stává se problémem této doby a o její léčbě, která zahrnuje pokyny, co všechno je nutné podstoupit a dodržovat, podstupujete-li bariatrickou operaci.

Začátek brožury Vás seznámí s tím co je to obezita a bariatrická chirurgie, jaké jsou druhy bariatrických výkonů a jaké kroky jsou zapotřebí k tomu, abyste výkon mohli podstoupit. V brožuře dále naleznete jak se po bariatrickém výkonu stravovat a jaké náležitosti je nutné dodržovat při stravování. Budete seznámeni, kdy je vhodné začínat s fyzickou aktivitou a jaké aktivity volit. V neposledním Vám brožura poskytne informace o životosprávě, kterou je nutné po bariatrickém výkonu dodržovat.

Pevně věřím, že tato brožura bude pro Vás přínosem a dozvíte se plno nových informací.

OBEZITA JAKO NEMOC?

Obezita je charakterizována jako přebytečné zmnožení tuku v organismu dopadem současných životních podmínek, životního prostředí a stylu.

Vyskytuje se častěji u geneticky predisponovaných osob s přílišným přísunem živin a je spojena s poklesem pohybové aktivity.

Tuk mechanicky zatěžuje svou hmotností celkový statický a dynamický aparát člověka, brání plnému dechu, zhoršuje své vlastní fyziologické funkce a neplní pro organismus metabolické a endokrinní role. Vytváří látky, které poškozují stabilitu organismus.

Obezita je celoživotní onemocnění související s velkým množstvím faktorů.

Je považována za epidemii velkého rozsahu.

- Za horní hranici zastoupení tělesného tuku v organismu se považuje u muže hranice 20 % celkové hmotnosti, zatímco u dospělé ženy 25 %.
- Stupeň obezity hodnotíme pomocí indexu tělesné hmotnosti (BMI). BMI vypočítáme jako podíl tělesné hmotnosti v kilogramech a druhé mocniny tělesné výšky v metrech.
- Výskyt obezity spočívá v několika faktorech, mezi které řadíme věk, pohlaví, vzdělání a vyšší příjem, vstup do manželství, mateřství, genetické vlivy, dietní zvyklosti, kouření, alkohol a fyzickou aktivitu.

KOMPLIKACE

- Mezi nejčastější zdravotní obtíže řadíme onemocnění srdce a cév, zasažení pohybového aparátu, dýchací potíže a zvýšený výskyt nádorového onemocnění.
- Komplikace obezity můžeme dělit na mechanické a metabolické. Mechanické komplikace obezity zahrnují kloubní onemocnění, dušnost, spánkovou apnoe a hypertrofii srdce. K metabolickým komplikacím patří diabetes, hypertenze, hyperlipoproteinemie, ischemická choroba srdeční, cévní mozkové příhody, nádory, neplodnost a deprese.

LÉČBA

- Léčebné strategie zahrnují konzervativní a chirurgický způsob léčby. V léčbě obezity využíváme multidisciplinární přístup. Léčba s sebou nese změnu životního stylu pacienta, ten nastává dietoterapií, terapií fyzickou aktivitou, psychologickou podporou, farmakoterapií a chirurgickou léčbou.

MORBIDNÍ OBEZITA

- Morbidní (těžkou) obezitu označujeme u pacientů s BMI vyšším než 40. V této situaci není dostatečný konzervativní postup a své pevné místo zastupuje bariatrická chirurgie.
- Morbidní obezita představuje po kouření druhou nejčastější příčinu úmrtí, kterému jde předcházet náležitou edukací a odborným vedením.

CHIRURGICKOU LÉČBU VOLÍME PO VYČERPÁNÍ VŠECH KONSERVATIVNÍCH POSTUPŮ!!!

CO JE TO BARIATRICKÁ CHIRURGIE?

Bariatrická chirurgie slouží k léčbě obezity. V rámci bariatrické chirurgie jsou prováděny operační výkony na žaludku, ty můžeme dělit na výkony restriktivní, malabsorpční a kombinované, v tomto případě jsou voleny výkony restriktivní a malabsorpční.

Při *restriktivním výkonu* je provedena změna v objemu žaludku, žaludek se stává menším a tím se následně snižuje množství přijímané stravy.

U *malabsorpčních výkonů* je základem vyřazení části trávicího traktu z činnosti.

K bariatrickému výkonu jsou určeni dospělí s BMI > 40 nebo s BMI > 35 a přidruženými chorobami.



Zdroj: <http://sestricka.com/tag/humor>

JAKÉ JSOU DRUHY VÝKONŮ?

A. RESTRIKČNÍ BARIATRICKÉ VÝKONY

ADJUSTABILNÍ BANDÁŽ ŽALUDKU

Výkon spočívá v zavedení silikonové nastavitelné bandáže. Principem působení této bandáže je snížení objemu žaludku jeho zaškrcením. Zaškrcením žaludku vzniká tvar přesýpacích hodin o nestejně souměrnosti.

Účinek spočívá v tom, že malé množství potravy naplní horní část žaludku a tím je pocit nasycení rychlejší.

Nastavitelná bandáž neovlivňuje vstřebávání živin, vitamínů a minerálů z potravy neboť neomezuje trávení v tenkém a tlustém střevě.

Výhodou výkonu je nastavení zaškrcení žaludku mezi horní a dolní částí žaludku, což znamená, že zvykání si na omezování jídla je pozvolné.

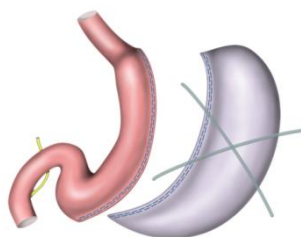
PLIKACE ŽALUDKU

Výkon spočívá v zarolování žaludku do jeho klenby. Objem žaludku je následně zmenšen shlukem hmoty zanořené v žaludku.



Zdroj: <http://www.fitweb.cz/clanky/zdravi/457927-plikace-bez-komplikace>

Zdroj:
<http://www.bandingklub.cz/bandaz-zaludku.phtml>



Zdroj:
<https://www.nemlib.cz/tubulizace-zaludku/>

SLEEVE GASTRECTOMY - TUBULIZACE ŽALUDKU

Jde o nevratný výkon, kdy je objem žaludku zmenšen zhruba o 80 %, čehož je dosaženo odstraněním částí žaludku.

Odstraněním vzniká zmenšený žaludek, který se podobá rukávu u košile. Poté dosahuje objemu 80–180 mililitrů. Po operaci je objem žaludku zmenšený, je snížený obsah pro potravu, nasycení je pocíťováno rychleji.

Odstranění klenby žaludku a jeho velkého zakřivení vyvolává snížení hormonů, které jsou s obezitou spojeny, jelikož v těchto částech je jejich produkce nejvyšší.

Operace pomáhá udržet redukční dietu bez toho, abyste trpěli pocitem hladu, chutě však neovlivňuje!

INTRAGASTRICKÝ BALÓN

Metoda využívaná u nadměrně obézních, u rizikově nemocných nebo jako příprava k operaci u neúnosně nemocných. Jedná se o formu léčby, kdy nedochází k použití léků a operační metody.

Zdroj:
<https://www.nemlib.cz/intragastricky-balon/>



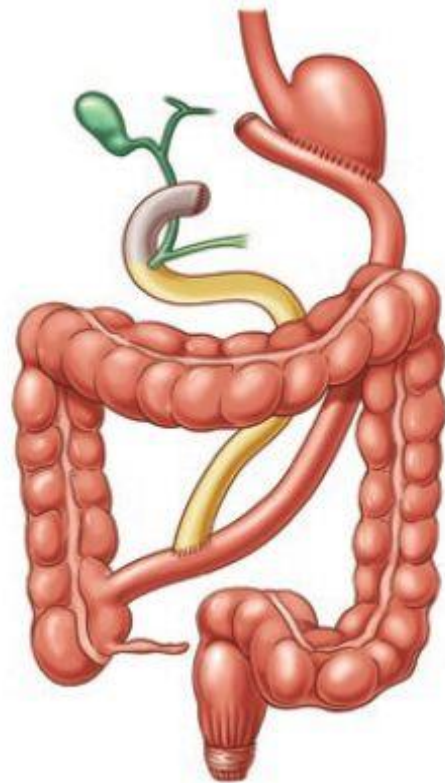
B. MALABSORPČNÍ BARIATRICKÉ VÝKONY

BILIOPANKREATICKÁ DIVERZE

Při biliopankreatické diverzi obéznímu odeberáme 2/3 žaludku s ponecháním objemu horní části žaludku o objemu 200-250 mililitrů.

Je provedena přestavba zažívacího traktu napojením žaludku na střevní kličku typem Roux-Y. Klička vedoucí potravu je 250 centimetrů dlouhá a je na ní 50 centimetrů od céka koncem do strany napojena klička biliopankreatická, čímž dochází k sníženému vstřebávání živin a tuků s menší ztrátou vitamínů a minerálů.

Jedná se o bariatrický nejradikálnější výkon s největšími a trvalými hmotnostními úbytky.



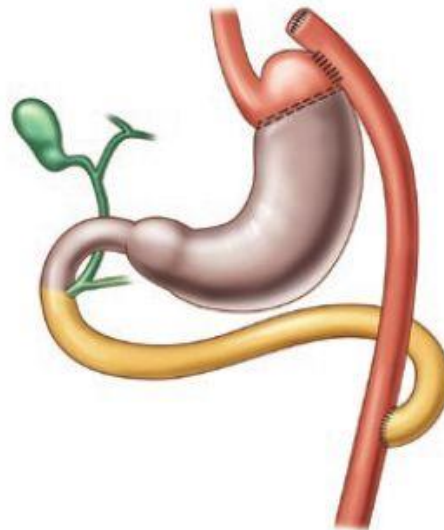
Zdroj:
<http://www.vstj.cz/obezicentrum/?pg=chirurgicka-lecba>

C. KOMBINACE RESTRIKTIVNÍCH A MALABSORPČNÍCH METOD

ŽALUDEČNÍ BYPASS - (ROUX-EN-Y GASTRICKÝ BYPASS)

Výkon spočívá v prošíání a protrnutí žaludku v oblasti těla a ohbí. Zbýlý žaludek zůstává, ale je vyřazen ze své funkce. Na malou slepě vzniklou horní část žaludku se našije odvodná klička tenkého střeva.

Snížení váhy nastává díky omezenému objemu žaludku, čímž je přijímáno malé množství potravy a v důsledku toho že je vyřazena z trávení část tenkého střeva, je sníženo vstřebávání přijatých živin. Je taktéž sníženo vstřebávání vitamínů a minerálů.



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

CO JE NUTNÉ PŘED OPERACÍ PODSTOUPIT?

Bariatrická chirurgie přispívá nejen k redukci hmotnosti a léčbě obezity, ale je také úspěšná v léčbě přidružených onemocnění vznikající následkem obezity. Obézní jedinec představuje riziko pro bariatrickou operativní léčbu jelikož souvisí s řadou komplikací a proto musí být náležitě vyšetřen řadou odborníků.

VYŠETŘENÍ Zahrnuje:

1. VYŠETŘENÍ BARIATRICKÝM CHIRURGEM (OPERATÉREM)
V GASTROENTEROLOGICKÉ AMBULANCI
2. VYŠETŘENÍ OBEZITOLOGEM
3. VYŠETŘENÍ PSYCHOLOGEM
4. VYŠETŘENÍ ENDOKRINOLOGEM
5. VYŠETŘENÍ DIABETOLOGEM
6. VYŠETŘENÍ NUTRIČNÍM TERAPEUTEM
7. VYŠETŘENÍ INTERNÍM LÉKAŘEM
8. ANESTEZIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

Vyšetření bariatrickým chirurgem by mělo proběhnout minimálně 2 krát a to s odstupem několika týdnů. Bariatrickou operací dojde ke změně zažívání.

Rozhodnutí, zda podstoupit operaci je zcela na Vás, musíte vše důkladně zvážit a také souhlasit s dlouhodobou spoluprací s obezitologem, bariatrem či psychologem.

Na základě psychologického vyšetření se posuzuje, zda jste schopni zvládnout novou životní situaci a následnou spolupráci.

Lidé ucházející se o bariatrickou operaci mají za sebou časté pokusy o redukci váhy. Uchazeč o bariatrickou operaci musí dokázat, že je schopný změnit jídelní a pohybové návyky v souvislosti s redukčním režimem!

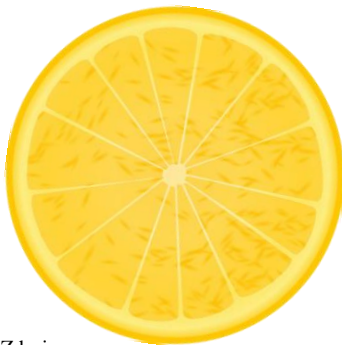
JAKÉ JE STRAVOVÁNÍ PŘED BARIATRICKÝM VÝKONEM A CO JE NUTNÉ DODRŽOVAT?



Zdroj:
<https://pixabay.com/cs/vectors/ja-hoda-ovoce-dezert-bobule-zral%C3%A9-36949/>

2. Vždy dodržujte doporučení specialistou, již před bariatrickou operací se doporučuje nízkokalorická dieta. Poradte se s odborníky o správné výživě.

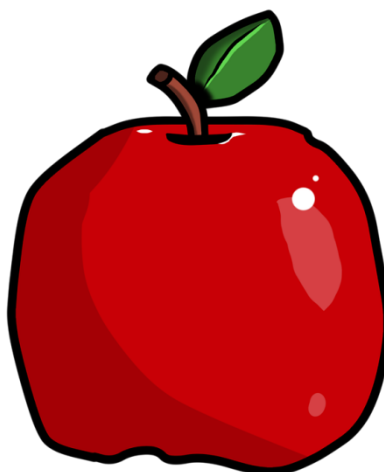
3. Velmi významná je preventivní péče nutričních terapeutů nejen po zákroku ale i před samostatným výkonem.



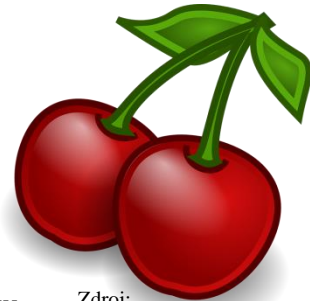
Zdroj:
<https://pixabay.com/cs/vectors/citron-pomeran%C4%8D-citrusov%C3%A9-plody-25342/>

6. Poradte se a promluvte si o svých cílech, přáních a obavách před bariatrickou operací.

Zdroj:
<https://pixabay.com/cs/illustrations/apple-ovoce-kreslen%C3%AD-zral%C3%BD-%C4%8Derven%C3%A1-3637917/>



4. Stravovací zvyklosti zahrnují pravidelnost stravy, zvýšení příjmu bílkovin, vlákniny a výběr potravin o nižším glykemickém indexu, omezení jednoduchých sacharidů a tuků, nácvik oddělování tekutin od pevné stravy, návyku popíjení mezi jídly a pravidelný zápis jídelníčku.



Zdroj:
<https://pixabay.com/cs/vectors/t%C5%99e%C5%A1e%C5%88-ovoce-t%C5%99e%C5%A1n%C4%9B-avi%C5%A1n%C4%9B-35288/>

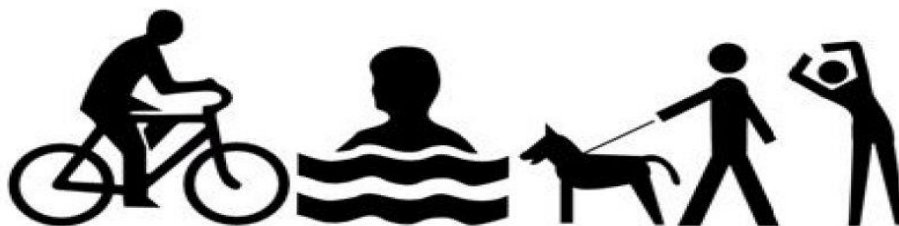
5. *LCD (low calory diet)* a *VLCD (very low calory diet)* jsou časté diety v posledních dvou týdnech před bariatrickou operací. Pomocí těchto diet dochází k ústupu jaterního ztukovatění, které se vyskytuje u většiny pacientů s obezitou a diabetem. Dieta vylepšuje metabolický stav a je účinná v zmenšení celkového objemu jater.

JAKÉ JE STRAVOVÁNÍ PO BARIATRICKÉM VÝKONU A CO JE NUTNÉ DODRŽOVAT?

- 1.** Dodržujte doporučení nutriční terapeutky. Myslete na to, že po operaci je nejdůležitější správná životospráva.
- 2.** Dodržujte změnu v pitném režimu, tekutiny pijte v mezidobí mezi jednotlivým příjmem stravy. Přesto je nutné dodržet pitný režim, který je stanoven na 2 – 3 litry za den. Tekutiny přijímejte vždy mezi jídly. Po jídle se napijte nejdříve za 30 – 45 minut. Pokud je žaludek lačný, můžete přijmout okolo 100 – 150 mililitry tekutiny. Nepijte slazené a sycené nápoje a vyhněte se alkoholu.
- 3.** První čtyři týdny po operaci byste měli přijímat pouze tekutou stravu, to se však řídí doporučením lékaře a jeho indikací. Po dobu dalších dvou týdnů postupně stravu zahušťujte a přecházejte na mixovanou.
- 4.** Přejít na normální stravu musí být pozvolný a pomalý. Přijímejte menší porce vícekrát za den. Konzistence stravy by měla být přiměřená a odpovídat toleranci stravy. Přejít na normální stravu je individuální, je třeba si uvědomit, že každý člověk snáší zákrok a rekonvalescenci jinak. Pokud netolerujete stravu, na kterou jste přešli, je nutné vrátit se na předchozí. Postupujte pozvolna, ne každý toleruje stravu stejně.
- 5.** Stravu řádně před každým polknutím řádně rozkousejte, průměr žaludeční trubice je po zákroku velmi malý a mohlo by dojít k jejímu ucpání.
- 6.** Dodržujte klasické schéma stravování: snídaně, svačina, oběd, svačina, večeře. Množství, které můžete najednou sníst je omezeno, tudíž je výrazně menší než tomu bylo před zákrokem, množství přijímané stravy nesmí přesáhnout kapacitu žaludku, může dojít k roztažení žaludku. Nikdy nejezte do pocitu tlaku a do pocitu na zvracení. Nesnažte se přejídáním zvracení vyvolávat. Je důležité dbát na dostatečný příjem živin, minerálů a vitamínů, řiďte se pokyny lékaře.
- 7.** Nekonzumujte silně kořeněná jídla, nadýmavé potraviny a kynutá těsta. Z jídelníčku nejsou vhodné potraviny, které obsahují slupky a zrníčka. Nedoporučují se rajčata, hroznové víno, kyselé ovoce, mák, datle, ořechy fíky, kokos a podobné potraviny. Mějte na paměti, že nevhodná je i zrnková káva.
- 8.** Pokud se vyskytly obtíže či komplikace ihned vyhledejte lékařskou pomoc či kontaktujte svého lékaře.

KDY ZAČÍNAT SE ZÁTĚŽÍ A JAK CVIČIT?

- 1.** Pro redukci hmotnosti a udržení váhového úbytku je důležité udržovat správně fyzickou aktivitu. Je nutné myslet na to, že každý jedinec je individuální a každý se po operaci zotavuje jinak. Schopnost jedince vrátit se do aktivního běžného života je tedy individuální, záleží na typu provedené operace a zotavovacích schopnostech jedince. Režim po bariatrické operaci je nutno vždy konzultovat s lékařem, který dle zdravotního stavu určí, jaké aktivity jsou vhodné pro jedince a jaké je možno vykonávat.
- 2.** Po výkonu se vyvarujte nadměrné fyzické aktivitě, tělo je v procesu zotavování, proto byste mu mohli spíše uškodit nežli prospět. V rozmezí 4 – 6 týdnů byste se měli vyhnout nadměrné fyzické aktivitě. Po výkonu je vhodná zejména běžná chůze.
- 3.** Postupně je vhodné aktivitu zvyšovat, je vhodné konzultovat aktivity s lékařem na pravidelných prohlídkách. Je vhodné postupné zatěžování těla, vyhněte se posilovněm a nadměrnému přetěžování. Pokud při vykonávání aktivity nastanou bolesti břicha, ihned aktivitu ukončete.
- 4.** Pro obézní pacienty po bariatrické operaci je nejvhodnější chůze. Z nenáročné chůze můžete přejít na chůzi s hůlkami, která bude aktivnější, rychlejší, můžete zvolit i mírné kopečky. Vhodná je jízda na rotopedu či jízdním kole.
- 5.** Pokud zvolíte posilovnu, můžete použít trenažery na chůzi. Myslete však na to že aktivita musí být pozvolná a přiměřená.
- 6.** Vhodné je využití zejména volnočasových aktivit, které kromě chůze zahrnují například plavání a aerobic.



Zdroj: <https://www.cukrovka.cz/cviceni-a-cukrovka>

- 7.** Nezapomínejte aktivity konzultovat s lékařem, můžete tak předejít různým komplikacím. V případě jakýchkoliv potíží se obraťte ihned na svého lékaře v daném pracovišti, kde jste podstoupili operaci.

CO ZAHRNUJE ŽIVOTOSPRÁVA PO BARIATRICKÉM VÝKONU?



ŽIVOTOSPRÁVA PO BARIATRICKÉM VÝKONU SPOČÍVÁ:

- V CELOŽIVOTNÍM SLEDOVÁNÍ ODBORNÍKEM
- V PRAVIDELNÝCH KONTROLÁCH
 - Kontroly se provádějí za měsíc od prodělané operace, dále každé tři měsíce v prvním roce, v roce druhém jsou pravidelné kontroly prováděny po šesti měsících a dále pak jednou ročně.
- V PRAVIDELNÉM SLEDOVÁNÍ METABOLICKÉHO A VÝŽIVOVÉHO STAVU
 - V případě nedostatku potřebných nutrientů a vitamínů je nutná jejich náhrada. Při kontrolách jsou pravidelně odebírány krevní testy. Lékař upravuje léčbu, navrhuje výživová doporučení a zajistí náhradu vhodnými léčivy.
- V PRAVIDELNÉM UŽÍVÁNÍ PŘEDEPSANÝCH LÉČIV
- V ÚPRAVĚ ŽIVOTOSPRÁVY A ŽIVOTNÍHO STYLU
- VE VYHNUTÍ SE KOUŘENÍ A ALKOHOLU
- V DODRŽOVÁNÍ PITNÉHO REŽIMU
- V CELOŽIVOTNÍM DODRŽOVÁNÍ A ÚPRAVĚ STRAVOVACÍCH NÁVYKŮ
- V PESTRÉ A VYVÁŽENÉ STRAVĚ
- V PRAVIDELNÉ FYZICKÉ AKTIVITĚ
- VE SPRÁVNÉM ODPOČINKU, DŮLEŽITÝ JE DOSTATEK SPÁNKU A JEHO PRAVIDELNOST
- VE VYHNUTÍ SE STRESU, NAUČTE SE JEJ ZVLÁDAT A BUĎTE OPTIMISTIČTÍ
- VE CHVILCE PRO SEBE
 - Nejprve musí člověk začít sám u sebe. Naučte se vnímat sami sebe, naučte se relaxovat, vypnout od starostí a zaměřte se na svou osobnost.
- VE VĚTŠÍM VĚNOVÁNÍ POZORNOSTI V TOM CO JÍM, VĚNUJTE POZORNOST INFORMACÍM NA OBALECH POTRAVIN
- V DOSTATEČNÉ INFORMOVANOSTI O ONEMOCNĚNÍ A LÉČBĚ

HLAVNÍ PODSTATA SPOČÍVÁ V SEBEDISCIPLÍNĚ A VYTRVALOSTI!

ZDROJE

LITERATURA

ADÁMKOVÁ, V. a kol., Slovo úvodem. In: ADÁMKOVÁ, V. a kol. *Obezita: příčiny, typy, rizika, prevence a léčba*. Brno: Facta Medica, 2009, s. 9-10. ISBN 978-80-904260-5-4.

DOLEŽALOVÁ, K., Základní operace bariatrické a metabolické chirurgie a jejich účinky. In: DOLEŽALOVÁ, K. a kol. *Bariatrická chirurgie a primární péče*. Praha: Axonite CZ, 2012, s. 30-50. Asclepius. ISBN 978-80-904899-2-9.

FRIED, M., Bariatrická chirurgie. In: FRIED, M. a kol. *Bariatrická a metabolická chirurgie: nové postupy v léčbě obezity a metabolických poruch*. Praha: Mladá fronta, 2011, s. 57-88. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2424-2.

HALUZÍK, M., Komplikace obezity, vyšetření obézního pacienta, konzervativní léčba obezity. In: KASALICKÝ, M. a kol. *Chirurgická léčba obezity*. Prague: Ottova tiskárna, 2011, s. 23-31. ISBN 978-80-254-9356-4.

HALUZÍK, M., Obezita jako nemoc. In: KASALICKÝ, M. a kol. *Chirurgická léčba obezity*. Prague: Ottova tiskárna, 2011, s. 14-22. ISBN 978-80-254-9356-4.

HERLESOVÁ, J., Psychologická léčba těžké obezity. In: KASALICKÝ, M. a kol. *Chirurgická léčba obezity*. Prague: Ottova tiskárna, 2011, s. 32-52. ISBN 978-80-254-9356-4.

HLAVATÁ, K., 2014. Úloha nutričního poradenství před a po bariatrických zákrocích. *Výživa a potraviny*. 69(6), 147-149. ISSN 1211-846x.

HOCH, J., Bariatrická chirurgie. In: HOCH, J., J. LEFFLER a kol. *Speciální chirurgie*. 3., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Maxdorf, c2011, s. 366-369. Jessenius. ISBN 978-80-7345-253-7.

HOLÉCZY, P., Chirurgia obezity. In: KRAHULEC, B. a kol. *Klinická obezitologie*. Brno: Facta Medica, 2013, s. 145-159. ISBN 978-80-904731-7-1.

JANÍKOVÁ, E., Ošetrovatelská péče u pacienta podstupujícího chirurgickou léčbu žaludku. In: JANÍKOVÁ, E. a R. ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro*

bakalářské a magisterské studium. Praha: Grada, 2013, s. 148-163. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4412-4.

KASALICKÝ, M., Biliopankreatická diverze. In: KASALICKÝ, M. a kol. *Chirurgická léčba obezity*. Prague: Ottova tiskárna, 2011, s. 94-100. ISBN 978-80-254-9356-4.

KASALICKÝ, M., Chirurgická léčba obezity. In: KASALICKÝ, M. a kol. *Chirurgická léčba obezity*. Prague: Ottova tiskárna, 2011, s. 53-71. ISBN 978-80-254-9356-4.

KASALICKÝ, M., Sleeve gastrectomy – tubulizace žaludku. In: KASALICKÝ, M. a kol. *Chirurgická léčba obezity*. Prague: Ottova tiskárna, 2011, s. 76-86. ISBN 978-80-254-9356-4.

KASALICKÝ, M., Úvod. In: KASALICKÝ, M. a kol. *Chirurgická léčba obezity*. Prague: Ottova tiskárna, 2011, s. 8-11. ISBN 978-80-254-9356-4.

KASALICKÝ, M., Žaludeční bypass. In: KASALICKÝ, M. a kol. *Chirurgická léčba obezity*. Prague: Ottova tiskárna, 2011, s. 87-93. ISBN 978-80-254-9356-4.

MATOULEK, M. a A. SADÍLKOVÁ, Dietní léčba při obezitě. In: ZLATOHLÁVEK, L. a kol. *Klinická dietologie a výživa*. Praha: Current Media, 2016, s. 193-208. Medicus. ISBN 978-80-88129-03-5.

MÜLLEROVÁ, D., Etiologické determinanty obezity v dospělosti: životní styl, životní prostředí, biologické a farmakologické činitele. In: MÜLLEROVÁ, D. a kol. *Obezita - prevence a léčba*. Praha: Mladá fronta, 2009, s. 121-125. ISBN 978-80-204-2146-3.

MÜLLEROVÁ, D., Léčebné strategie a cíle váhové redukce v závislosti na přítomnosti komorbit obezity. In: MÜLLEROVÁ, D. a kol. *Obezita - prevence a léčba*. Praha: Mladá fronta, 2009, s. 139-140. ISBN 978-80-204-2146-3.

MÜLLEROVÁ, D., Úvod. In: MÜLLEROVÁ, D. a kol. *Obezita - prevence a léčba*. Praha: Mladá fronta, 2009, s. 17-19. ISBN 978-80-204-2146-3.

OWEN, K., c2012. *Moderní terapie obezity: [průvodce pro každodenní praxi]*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-301-5.

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

SVAČINA, Š., D. MÜLLEROVÁ a A. BRETŠNAJDROVÁ, 2013. *Dietologie pro lékaře, farmaceuty, zdravotní sestry a nutriční terapeuty*. 2., upr. vyd. Praha: Triton. Lékařské repetitorium. ISBN 978-80-7387-699-9.

INTERNETOVÉ ZDROJE

ANON, 2019. *Apple Ovoce Kreslení Zralý Červená Zdravé*. Pixabay [online]. [cit. 2019-04-07]. Dostupné z: https://pixabay.com/cs/illustrations/apple-ovoce-kreslen%C3%AD-zral%C3%BD-%C4%8Derven%C3%A1-3637917/?fbclid=IwAR0ddO582PH7NVs63EfZcjTHgqGvIaaqPrsAJqnaulO_7ZHTPH_PstFLV7vk

ANON, 2019. *Citron Pomeranče Citrusové Plody Žlutá Kyselý*. Pixabay [online]. [cit. 2019-04-07]. Dostupné z: <https://pixabay.com/cs/vectors/citron-pomeran%C4%8De-citrusov%C3%A9-plody-25342/?fbclid=IwAR1Z3cqdtSP11ZEwuDrSpVJ9KzCNFfMgQdjDqmf3K5uzoTX68Cm7C1TBrvM>

ANON, 2019. *Cvičení a cukrovka*. Cukrovka.cz [online]. [cit. 2019-04-07]. Dostupné z: <https://www.cukrovka.cz/cviceni-a-cukrovka?fbclid=IwAR3JIS3JCjwx-JihBFqtgaFDSH03u7qep-iwY8ZfDoFRVYCThw9v4ydbSNI>

ANON, 2019. *Chirurgická léčba*. Obezitologické centrum [online]. [cit. 2019-04-07]. Dostupné z: <http://www.vstj.cz/obezicentrum/?pg=chirurgicka-lecba&fbclid=IwAR3MHGHooKhod6LMMu3BsBZ3tuNFeKwWTCLLGNk3wHM21uEG23y4pHV8xpM>

ANON, 2019. *Intragastrický balon*. Krajská nemocnice Liberec a.s. [online]. [cit. 2019-04-07]. Dostupné z: https://www.nemlib.cz/intragastricky-balon/?fbclid=IwAR1Xe0eKn8LKiaNWP7WPI7xwSOpr15t-GtA107KR8MQkaqs8fY_OqbvKwKY

ANON, 2019. *Jahoda Ovoce Dezert Bobule Zralé Červená*. Pixabay [online]. [cit. 2019-04-07]. Dostupné z: https://pixabay.com/cs/vectors/jahoda-ovoce-dezert-bobule-zral%C3%A9-36949/?fbclid=IwAR3VV5XMD3_kPBUzj317CIHa6lU8ukY0YDkuTScQ4ad1oaxbPO-t9OL0aHM

ANON, 2019. *Laparoskopická bandáž žaludku*. Bandingklub [online]. [cit. 2019-04-07]. Dostupné z: http://www.bandingklub.cz/bandaz-zaludku.phtml?fbclid=IwAR0LIwuNv03bTrb2Eg_Uh52eGMD7yYnaBvDuBJ_ZzBjfoYQOG-p62DnbcQ0

ANON, 2019. *Pekl jsem koláč*. [Http://sestricka.com](http://sestricka.com) [online]. 2016 [cit. 2019-04-07]. Dostupné z: <http://sestricka.com/pekl-jsem-kolac>

ANON, 2019. *Plikace bez komplikace*. MAŘÍKOVÁ, Pavla. Fitweb.cz [online]. 2011 [cit. 2019-04-07]. Dostupné z: <http://www.fitweb.cz/clanky/zdravi/457927-plikace-bez-komplikace?fbclid=IwAR0s32nS6yTtLqOaFxCvCg5ibc2GkyRcCkoXhsxJnQOIbZqO4ZLJhizMao>

ANON, 2019. *Třešeň Ovoce Třešně A Višně Potraviny Čerstvé Milé*. Pixabay [online]. [cit. 2019-04-07]. Dostupné z: <https://pixabay.com/cs/vectors/t%C5%99e%C5%A1e%C5%88-ovoce-t%C5%99e%C5%A1n%C4%9B-a-vi%C5%A1n%C4%9B-35288/?fbclid=IwAR0s32nS6yTtLqOaFxCvCg5ibc2GkyRcCkoXhsxJnQOIbZqO4ZLJhizMao>

ANON, 2019. *Tubulizace žaludku*. Krajská nemocnice Liberec a.s. [online]. [cit. 2019-04-07]. Dostupné z: <https://www.nemlib.cz/tubulizace-zaludku/?fbclid=IwAR0E5X4fJtZ259i1uyHS-I2J54bWYf3yP3VuGeRMKQO4tdTxAeJ8GwPk7XU>



Tento edukační materiál je výstupem bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacienta po bariatrickém výkonu, která vznikla v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

Sroková Kateřina, DiS.

Vytištěno: A. D. M. – reprografické studio, Zahradní 1471/1, Ostrava, Moravská

Ostrava