

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2010

Romana POSTAWOVÁ

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury

**KVALITA ŽIVOTA U OBÉZNÍCH PACIENTŮ PO SLEEVE RESEKCI
A ANALÝZA
JEJICH VZTAHU K POHYBOVÉ AKTIVITĚ**

Bakalářská práce

Autor: Romana Postawová, Rekreatologie - Pedagogika volného času

Vedoucí práce: RNDr. Jarmila Riegerová, CSc.

Olomouc 2010

Bibliografická identifikace

Jméno a příjmení autora:	Romana Postawová, DiS.
Název bakalářské práce:	Kvalita života u obézních pacientů po Sleeve resekci a analýza jejich vztahu k pohybové aktivitě
Pracoviště:	Katedra funkční antropologie a fyziologie
Vedoucí bakalářské práce:	RNDr. Jarmila Riegerová, CSc.
Rok obhajoby diplomové práce:	2010

Abstrakt: Hlavním tématem diplomové práce je kvalita života obézních pacientů po Sleeve resekci. Cílem teoretické části diplomové práce bylo vypracovat na základě studia odborné literatury přehled o tom co je to obezita, jaké jsou možnosti chirurgických výkonů v léčbě obezity. V úvodu jsem se zaměřila na kvalitu života a její jednotlivé aspekty. Praktická část práce je zaměřená na problematiku kvality života pacientů, kteří podstoupili operační výkon Sleeve resekce a následnou analýzou bylo potřeba zjistit, jaký postoj mají pacienti k pohybové aktivitě po této operaci, která je důležitou složkou komplexní terapie. Metodou práce byl výzkum zaměřený na oblast kvality života a na oblast pohybu. Informace potřebné k výzkumu jsem získala prostřednictvím dvou dotazníků.

Klíčová slova: kvalita života, obezita, bariatrický výkon, pohyb

Souhlasím s půjčováním diplomové práce v rámci knihovnických služeb.

Author's first name and surname: Romana Postawová, DiS.
Title of thesis: Quality of life in obese patients after Sleeve resection and analysis their relationship to physical activity
Department: Department of Antropology and Physiology
Supervisor: RNDr. Jarmila Riegerová, CSc.
The year of presentation: 2010

Abstract: The main theme of this thesis is quality of life of obese patients after Sleeve resection. The theoretical part of this thesis was to elaborate on the study of literature, an overview about what is obesity, what are the options in the surgical treatment of obesity. In the beginning I focused on quality of life and all its aspects. The practical part is focused on the issue of quality of life of patients who underwent surgery Sleeve resection and subsequent analysis was needed to determine what position the patient have to physical activity after the surgery, which is an important component of comprehensive therapy. Work has been focusing on the quality of life and on the move. Information needed to research, I got through two questionnaires.

Keywords: quality of life, obesity, bariatric procedures, movement

I agree the thesis paper to be lent within the library service.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně s odbornou pomocí RNDr. Jarmily Riegerové CSc., uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a řídila se zásadami vědecké etiky.

V Ostravě:

.....

Poděkování:

Děkuji vedoucímu práce RNDr. Jarmile Riegerové CSc., a vrchní sestře očního oddělení Fakultní nemocnice v Ostravě PhDr. Jozefu Látkovi, Ph.D. za náměty, cenné připomínky a odborné rady při zpracování této bakalářské práce. V neposlední řadě také děkuji MUDr. Aleši Foltysovi za ochotu a možnost zpracování mé praktické části v jeho gastroenterochirurgické ambulanci ve Fakultní nemocnici v Ostravě. Poděkování patří také všem klientům, kteří svými vyplněnými dotazníky přispěli k uskutečnění mé práce.

OBSAH

1. ÚVOD	9
2. PŘEHLED POZNATKŮ	10
2.1 Kvalita života	10
2.1.1 Koncept kvality života	10
2.1.2 Historický vývoj pojetí kvality života	12
2.1.3 Teoretické vymezení kvality života dle WHO	13
2.1.4 Rozsah pojetí kvality života	14
2.1.5 Subjektivní a objektivní dimenze (zaměření) kvality života	15
2.1.6 Vnější a vnitřní činitele kvality života	15
2.1.7 Rozdělení dimenzí (zaměření) kvality života za účelem měření	16
2.1.8 Kvality života a její význam pro medicínu a zdravotnictví	16
2.1.9 Metody měření kvality života	17
2.1.10 Obezita a kvalita života	18
2.1.11 Pohyb a kvalita života	18
2.2 Obezita	19
2.2.1 Obezita v historii lidstva	19
2.2.2 Definice obezity	20
2.2.3 Etiopatogenze obezity	20
2.2.3.1 Energetický příjem	21
2.2.3.2 Energetický výdej	22
2.2.4 Klasifikace obezity	23
2.2.5 Typizace obezity podle charakteru distribuce tuku	24
2.2.6 Riziková období pro rozvoj obezity	24
2.2.7 Metody stanovující tělesné složení	25
2.2.8 Metody ke stanovení množství tuku	25
2.2.9 Léčba obezity (konzervativní)	26
2.2.9.1 Nízkoenergetická dieta s omezením tuků	26
2.2.9.2 Pohybová aktivita v léčbě obezity	27
2.2.9.3 Kognitivně behaviorální modifikace jídelních a pohybových zvyklostí	28
2.2.9.4 Farmakoterapie	29
2.2.10 Motivace pacienta k léčbě	29

2.2.11	Prevence obezity	29
2.3	Chirurgická (bariatrická) léčba obezity	30
2.3.1	Současné metody bariatrické chirurgie	31
2.3.2	Tubulizace žaludku – Sleeve gastrectomy – rukávová gastroplastika	32
2.3.3	Ghrelin	33
2.3.4	Indikace k tubulizaci	33
2.3.5	Období po tubulizaci	34
2.3.6	Životospráva po tubulizaci žaludku	34
2.4	Pohybová aktivita	35
3	KVANTITATIVNÍ PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ	35
3.1	Předmět průzkumu	35
3.2	Cíl výzkumu	36
3.3	Výzkumné otázky	36
3.4	Metodika práce	37
3.4.1	Metoda výběru vzorku	37
3.4.2	Metody a techniky sběru dat	37
3.4.3	Realizační fáze průzkumu	39
3.4.4	Metoda zpracování údajů	39
3.4.5	Analýza a interpretace výsledků empirického šetření	41
3.5.1	Demografické charakteristiky průzkumného vzorku	41
3.5.2	Vyhodnocení semistrukturovaného dotazníku	58
3.5.3	Vyhodnocení dotazníku WHOQOL-BREF	62
3.5.4	Kvalitativní analýza průzkumu	89
4.	ZÁVĚR	95
5.	SOUHRN	96
6.	RESUME	97
7.	SEZNAM LITERATURY	98
8.	SEZNAM ZKRATEK	100
9.	SEZNAM TABULEK	101
10.	SEZNAM GRAFŮ	103
11.	SEZNAM PŘÍLOH	105

1. ÚVOD

Vzrůstající životní úroveň zejména ve vyspělých státech má i negativní dopady a mezi ně můžeme zařadit také současnou pandemii obezity. Změna životního prostředí, sedavý způsob života a zejména konzumace energeticky bohaté stravy vede ke zvyšující se tělesné hmotnosti. Nadměrný příjem energie a současně snižující se pohyb má ve svém konečném důsledku opačný dopad na kvalitu života a jeho průměrnou délku. Léčba obezity si stanovuje za cíl redukci tukových zásob, zejména redukci viscerálního tuku, a snížení kardiovaskulárních a metabolických rizik. Taková léčba pozitivně ovlivňuje morbiditu a viditelně zlepšuje stav obézního jedince a jeho kvalitu života. Kvalitní a úspěšná léčba se neobejde bez nízkoenergetické diety, která nahrazuje negativní energetickou stravu. Naši pozornosti nesmí uniknout ani zvýšená pohybová aktivita jedince. Také kognitivně behaviorální modifikace životního stylu je nezbytnou součástí redukčního režimu, který má významný podíl na poklesu hmotnosti. Cílená farmakoterapie přispívající k úpravě regulační a metabolické poruchy se bude stále více uplatňovat v komplexní léčbě obezity a jejích komplikací.

Toto téma jsem si zvolila z toho důvodu, jelikož kvalita života je dnes velmi diskutovaným tématem v mnoha oblastech. S pacienty, kterým je diagnostikována nemoc s názvem obezita, a kteří podstupují operační výkon převážně ze zdravotních důvodů, jsem se setkávala již pár let nejen v České republice, ale i nyní v Saudské Arábii, kde pracuji jako zdravotní sestra na chirurgickém ženském oddělení. Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že obezita je celosvětovým problémem.

2. PŘEHLED POZNATKŮ

2.1 KVALITA ŽIVOTA

2.1.1 Koncept kvality života

Co se rozumí kvalitou? (lat. qualis, jaký). Odpověď na otázku můžeme chápat i významově. Kvalitou se rozumí hodnota (obecně např. „dobrá až prvotřídní nebo naopak špatná hodnota“), tj. charakteristický rys, jímž se daný jev odlišuje jako celek od jiného celku (např. život jednoho člověka od života druhého člověka) (Dvořáková, Dušková, Svobodová et al., 2006; Křivohlavý, 2002, 2004).

„Definice kvality života vychází z Maslowovy teorie potřeb, tj. naplnění základních fyziologických potřeb (potřeba nasycení, spánek, úleva od bolesti) je předpokladem aktualizace a uspokojení potřeb subtilnějších (potřeba bezpečí, potřeba blízkosti jiných, potřeba sebeúcty)“ (http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201_2004/Vz11_2.%20Slovacek.pdf).

V literatuře existuje celá řada definic. Žádná z nich však nebyla v průběhu posledních třiceti let všeobecně akceptována. Situaci komplikuje i fakt, že se často setkáváme s pojmy jako „sociální pohoda“ (social cell-being), „sociální blahobyt“ (social welfare) a „lidský rozvoj“ (human development), které jsou používány jako ekvivalentní či analogické termíny (Hnilicová, 2005).

K obdobným závěrům dospěla Vadurová (2006), která uvádí, že kvalita života bývá pojata různými způsoby, od velmi obecných definic, např. „schopnost vést normální život“, „seberealizace“, atp. až po komplexnější definice, které se zaměřují na jeden určitý aspekt kvality života.

Další z mnoha pohledů na kvalitu života popsal Salajka (2006), který uvádí, že celkový koncept kvality života se sestává z řady jednotlivých domén – oblastí, které kvalitu života každého člověka v různé míře ovlivňují. Mezi základní domény udávané většinou autorů patří tyto kategorie: fyzický stav a funkční schopnosti, psychologické parametry a celková spokojenost, sociální interakce, stavy a faktory týkající se ekonomické situace a práce, religiózní a/nebo spirituální stav. Celkovou kvalitu života jedince můžeme charakterizovat jako vnímání individuálního postavení v životě v kontextu kulturního a hodnotového systému, ve kterém daná osoba žije, a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, standardům a obavám.

Tento multidimenzionální a stále se vyvíjející pojem používaný v mnoha vědních oborech, umožňuje aplikovat množství definic a přístupů (Dvořáková, Dušková, Svobodová et al., 2006; Vaďurová, 2006). Dvořáková et al. (2006) dále uvádějí, že tento pojem zkoumá materiální, psychologické, sociální, duchovní a další podmínky pro zdravý a šťastný život člověka. Od druhé poloviny minulého století byla předmětem zájmu z počátku především **materiální stránka života** společnosti jako celku (založená na objektivizovaném pojetí kvality života), postupně můžeme zaznamenat sílící proud výzkumu **nematerialistické stránky** a posun k subjektivnímu vnímání a hodnocení kvality života samotného individua.

„Ideologickým“ důvodem pro studium kvality života a jeho nejdůležitějším cílem je podporovat a rozvíjet takové životní prostředí a takové životní podmínky, které by lidem umožňovaly žít způsobem, který je pro ně nejlepší, ve kterém nacházejí smysl, a který si dovedou a mohou „užít“ (enjoyment)“ (Hnilicová, 2005, p. 206).

Při studiu kvality života je třeba brát v úvahu vývoj, proměny v prostoru a času, společenské souvislosti, historické a kulturní kořeny (západní křesťanská kultura, orientální kultura, ...), civilizační a generační změny. Významnou roli v pojmání kvality života sehrálo i nadále sehrává náboženství a víra. Nejen jejich zásady a pravidla, ale i fakt že často jsou nabádání k potlačování vlastních potřeb a že hodnoty a smysl žití jsou posouvány mimo reálný svět. Také je třeba uvést, že například lidé s hlubokou vírou v Boha pokládají náboženství za prvořadé. Ostatní hodnoty nejsou pro ně tak významné a dosahování osobních cílů nepovažují za nejdůležitější.

V současnosti ve světě existují tisíce článků, stovky publikací, které se různými aspekty či stránkami kvality života zabývají. Při vymezení pojmu kvality života, postihování existencionálních a sociálních, subjektivních a objektivních stránek však panuje nejednotnost a nejednoznačnost. Zcela zřetelně v této oblasti chybí obecně přijímaný a teoreticky propracovaný model, univerzálně platná definice, metodologická shoda. Nicméně se kvalita života (jako sousloví) stává celostním pojmem a zaznamenáváme vzrůstající intenzivní snahy o sofistikované definování jejího obsahu (Dvořáková et al., 2006, pp. 20-21).

O kvalitě života se hovoří v různých souvislostech a v různých vědních disciplínách – např.: psychologie, sociologie, kulturní antropologie, ekologie, medicína, atp. Kvalitou života lidí se může zabývat a ptát se na ní vědec – lékař, psycholog, sociolog, pedagog, duchovní, filozof, politik, podnikatel atp. (Hnilicová a kol., 2005).

„Obecně řečeno, studium kvality života v současné době znamená hledání a identifikaci faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí.“ (Hnilicová, 2006, p. 206).

2. 1. 2 Historický vývoj pojetí kvality života

Kvalita života má kořeny v dávné minulosti. Uvádí se, že koncepce QOL (Quality of Life) se objevuje již v římské a řecké mytologii, kde bývá spojována s osobnostmi Asclepia, Aesculapa aj. (Vaďurová, 2006).

Tento termín byl poprvé v historii zmíněn ve 20. letech, a to v souvislosti s úvahami o ekonomickém vývoji a sociálním zabezpečení. Byl diskutován zejména vliv státních dotací na kvalitu života chudších lidí a na celkový vývoj státních financí (Hnilicová, 2005).

Pojem „kvalita života“ však nebyl akceptován a následně byl objeven až po druhé světové válce.

V Evropě se pojem kvalita života objevil v programu Římského klubu. Jednou z hlavních aktivit Římského klubu bylo programové zvyšování životní úrovně lidí a jejich kvality života. Klub se zaměřoval na zkoumání a řešení globálních problémů.

V 70. letech vyšlo množství publikací, které se zabývaly definováním pojmu kvalita života (Quality of Life, QOL). Hlavním problémem, společným pro všechny pokusy, bylo stanovení indikátorů skutečné QOL.

Problematika kvality života se dostala do popředí ze dvou příčin:

1. vlivem ekonomického růstu a rozvoje vědy a techniky se vytvářela pro občany možnost bezproblémově uspokojovat primární materiální potřeby a
2. následně se objevil dopad tohoto ekonomického růstu, který s sebou nesl ohrožení zdraví a lidské existence (Vaďurová, 2006).

První faktory, které ovlivňovaly kvalitu života určil W. Forrester: zabezpečení potravinami; finance, zabezpečující životní standard; stav znečištění životního prostředí; stav růstu počtu obyvatel.

Tyto faktory upřesnila a rozšířila OSN v roce 1961. Přijala 12 faktorů a označila je jako „podmínky života“:

1. stav ochrany zdraví
2. životní prostředky
3. vzdělání
4. pracovní podmínky
5. stav zaměstnanosti
6. uspokojování potřeb a zásoby
7. doprava a komunikace
8. byty a jejich výstavba
9. odpočinek a zábava
10. oblékání
11. sociální jistoty
12. osobní svoboda (Vad'urová, 2006).

Látka (2006) uvádí, že mezi faktory ovlivňující kvalitu života patří vedle věku, pohlaví a rodinné situace také systém hodnot jedince, vzdělání, ekonomická situace, religiozita či kulturní zázemí.

2. 1. 3 Teoretické vymezení kvality života dle WHO

Podle Vad'urové (in Vad'urová, 2006, 51-52) „Ústava Světové zdravotnické organizace definuje zdraví jako ‚stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, ne pouze absenci choroby...‘. Z této definice vyplývá, že **nástroje pro měření zdraví musí obsahovat nejen ukazatele změn ve frekvenci a vážnosti nemoci, ale také odhad celkové spokojenosti**. Tento konstrukt může být hodnocen právě měřením změn v kvalitě života a v závislosti na zdravotní péči. Jedná se o nástroje WHOQOL-BREF a WHOQOL-100.

WHO definuje kvalitu života jako jedincovu percepci jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o velice široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí (Vad'urová, 2006).

2. 1. 4 Rozsah pojetí kvality života

Podle Dvořákové, Duškové, Svobodové et al. (2006); Hnilicové et al. (2004); Křivohlavého (2002); Vaďurové (2006) se měření kvality života neomezuje pouze na jednotlivce.

Můžeme se zabývat kvalitou života dvojice lidí (přátelé, manželé, nadřízený atp.) nebo se můžeme zaměřit na kvalitu života skupiny lidí a to buď malé (rodina, třída atp.) nebo velké (obyvatelé České republiky atp.) Engel a Bergsma zabývající se kvalitou života rozlišili tři hierarchicky odlišné sféry:

- **makro-rovina**

Tato rovina se zabývá otázkami kvality života velkých společenských celků, např. dané země, kontinentu. Jedná se o nejhlubší zamyšlení nad problematikou QOL – o absolutní smysl života. Problematika toho pojmu se zde stává součástí základních politických úvah, např. problematika boje s terorismem, hladomorem, epidemiemi, stanovení obsahu výuky, atp.

- **mezo-rovina**

Na této úrovni se řeší otázky QOL v malých sociálních skupinách, např. podniku, škole, nemocnici. Do popředí se dostávají také otázky sociálního klimatu a vzájemných vztahů mezi lidmi, sdílení hodnot, uspokojování nebo neuspokojování základních potřeb každého člena dané skupiny.

- **personální rovina (mikro-rovina)**

Zde se řeší otázka života jednotlivce. Při hodnocení kvality života se zaměřujeme na subjektivní hodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti, nadějí atp. Vzhledem k tomu, že informace jsou získávány subjektivně, do hry vstupují také osobní hodnoty jednotlivce, představy, očekávání, přesvědčení atp., které mohou vnímání QOL značně ovlivnit.

Křivohlavý (2002), Vadurová (2006) se dále zmiňují o:

- **rovině fyzické (tělesné) existence**

kteřá je podle Engela a Bergsmy čtvrtou rovinou, v níž můžeme hovořit o kvalitě života. Zde můžeme pozorovat chování druhých lidí, které je objektivně měřitelné a srovnatelné, např. chůze před a po ortopedické operaci.

I přes svou objektivitu a možnost kritéria měření operacionalizovat, postrádá tato rovina dimenzi, která je pro hlubší pojetí QOL nezbytná.

2. 1. 5 Subjektivní a objektivní dimenze (zaměření) kvality života

Na kvalitu života můžeme pohlížet ze dvou hledisek: subjektivního a objektivního. V současné době se odborníci ve všech oborech přiklánějí k subjektivnímu hodnocení QOL, protože je zásadní a určující pro život člověka.

Objektivní kvalita života sleduje materiální zabezpečení, sociální podmínky života, sociální status a fyzické zdraví. Můžeme tedy říci, že jde o souhrn ekonomických, sociálních, zdravotních a environmentálních podmínek, které ovlivňují život člověka.

Subjektivní kvalita života se dotýká jedincova vnímání tak, jak vidí své postavení ve společnosti v kontextu jeho kultury a hodnotového systému. Výsledná spokojenost je zhodnocením jednotlivých aspektů života, jejich důležitosti pro daného jedince a míry, do které jsou zasaženy (Hnilicová, 2005; Vadurová, 2006).

2. 1. 6 Vnější a vnitřní činitele kvality života

Vadurová (2006) uvádí, že kvalita života představuje rozsáhlou oblast činitelů. Ty umožňují nejen handicapovanému jedinci žít ve společnosti, ale tento pohled se může zobecnit na celou populaci. Tyto činitele rozděluje do dvou základních skupin:

1. **vnitřní činitele** – somatické a psychické vybavení ovlivněné onemocněním, poruchou, defektem či efektivitami. Patří zde veškeré aspekty ovlivňující rozvoj a integritu osobnosti handicapovaného.

2. **vnější činitele** – jedná se o ekologické, společensko-kulturní, výchovně vzdělávací, pracovní, ekonomické a materiálně technické faktory. Tato oblast obsahově koresponduje s objektivní dimenzí kvality života.

2. 1. 7 Rozdělení dimenzí (zaměření) kvality života za účelem měření

Světová zdravotnická organizace (WHO) založila rozčlenění jednotlivých oblastí QOL na své definici kvality života. WHO rozeznává čtyři základní oblasti, které vystihují dimenze lidského života bez ohledu na věk, pohlaví, etnikum nebo postižení:

- *Fyzické zdraví a úroveň samostatnosti* – energie a únava, bolest, odpočinek, mobilita, každodenní život, závislost na lékařské pomoci, schopnost pracovat atp.
- *Psychické zdraví a duchovní stránka* – sebepojetí, negativní a pozitivní pocity, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, koncentrace, víra, spiritualita, vyznání atp.
- *Sociální vztahy* – osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivita atp.
- *Prostředí* – finanční zdroje, svoboda, bezpečí, dostupnost zdravotnické a sociální péče, domácí prostředí, příležitosti pro získávání nových vědomostí a dovedností, fyzikální prostředí (znečištění, hluk, provoz, klima) atp.

Tyto oblasti korespondují s jednotlivými oblastmi obsaženými v měřicích nástrojích WHOQOL-BREF a WHOQOL-100 (Vad'urová 2006, pp. 56-57).

2. 1. 8 Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví

V medicíně se kvalita života považuje za vícerozměrný, subjektivní a měřitelný konstrukt, který je vhodný indikátorem zdraví.

(http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/Psychiatrie02_06/WEB/PDF%20web/03_07_dragomirecka_final_web.pdf)

Zde se kvalita života opírá o definice Světové zdravotnické organizace (WHO). Kvalitou života je potom to, jak jedinec chápe své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a to ve vztahu k jeho osobním cílům, očekáváním, zájmům a životnímu stylu.

Tento pojem není tedy v současném pojetí (WHO) součtem podmínek a zdravotního stavu, ale vypovídá o vlivu zdravotního stavu a podmínek na jedince. Předpokládá se, že vztah objektivní stránky kvality života, který lze ztotožnit se životní úrovní a fyzickým zdravím a subjektivně vnímanou kvalitou života, je zprostředkován očekáváním. Lze říci, že důležitou roli zde hraje idealizovaná představa o sobě samém a svém životě (Hnilicová, 2005).

2. 1. 9 Metody měření kvality života

K hodnocení kvality života je v praxi vytvořena celá řada dotazníků ke zjišťování kvality života, přičemž jejich psychometrická výpovědní hodnota a spolehlivost byly testovány podle současných standardů „měření zdraví“.

Dotazníky k zjišťování kvality života lze rozdělit:

- **Generické (obecné)** – hodnotí celkový stav nemocného bez ohledu na konkrétní onemocnění. Jsou použitelné u jakýchkoli skupin populace, bez ohledu na věk, pohlaví apod. K nejznámějším generickým dotazníkům patří Karnofsky Performance Status Scale, Activities of Daily Living (ADL), Sickness Impact Profile (SIP), Short Form 36 Health Subject Profile, Euro-Qol EQ-5D, WHO Quality of Life Assessment a další.
- **Specifické** - byly vytvořeny pro jednotlivé typy onemocnění. Jsou senzitivnější. Jsou součástí generického dotazníku.

Okruhy Generického dotazníku World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHO-100), které jsou vyšetřovány:

1. fyzické zdraví
2. psychická úroveň
3. úroveň nezávislosti (soběstačnosti)
4. sociální zázemí
5. okolní prostředí
6. duševní zdraví.

(http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201_2004/Vz11_2.%20Slovacek.pdf)

2. 1. 10 Obezita a kvalita života

Obezita zhoršuje kvalitu života jak s ohledem na fyzické, tak s ohledem na mentální charakteristiky. **Ovlivnění závisí na stupni nadváhy, věku, pohlaví.** U mladších jedinců ovlivňuje obezita z hlediska kvality života více charakteristiky fyzického zdraví než charakteristiky mentálního zdraví.

U obézních žen ve věku od 35 - 64 let jsou obezitou významně ovlivněny jak ukazatelé fyzického, tak psychického zdraví. U žen je na rozdíl od mužů percepce obezity ovlivněna estetickými hledisky. Obézní žena ve světě západní kultury na rozdíl od obézního muže pociťuje diskriminaci v zaměstnání a v partnerských vztazích.

U mužů v této věkové kategorii obezita ovlivňuje významně pouze fyzické funkce a pocit celkového zdraví. Morbidní obezita ($BMI \geq 40$) však významně negativně ovlivňuje všechny ukazatele kvality života, a to jak u mužů, tak u žen (Hainer, 2004).

2. 1. 11 Pohyb a kvalita života

Hogenová (2002, pp. 7-45) uvádí: „Tělesná výchova a sport budou hrát v budoucnosti zcela jinou roli, než se to dnes zdá. Prožitky tělesného charakteru budou významnou oblastí lidského života, tj. i kvalitního života. Není to již jen a jen zdraví, proč lidé sportují, proč lidé pečují o své tělo. Není již jen zdraví, proč běháme... Sportování a tělesné prožívání se stává doménou, která vytváří pocit vlastního prostoru, domova, jistoty. Kvalita života se pojí s prožíváním tělesnosti v jiném smyslu než je zdravotní aspekt, vzniká zde obrovské pole existenciálního charakteru, v němž tělesnost začíná hrát rozhodující úlohu.

Kvalita života je tedy něčím, co patří k životu jako jeho bezprostřední součást, tj. jak to, co je projevem samého. Velmi často se objevuje implicitní představa, že kvalita života je něco, co se dá změnit aditivně, tj. přidáním nějakého režimu tělesného a duševního.

Každý pohyb, jenž konáme, vystupuje z tělesného schématu, jenž v nás funguje, aniž bychom o něm předmětně věděli. Proto je každý pohybový návyk rozšířením naší existence.“

Podle Křivohlavého (in Fialová, 2002) kvalita života je vymezena genetickým vybavením, životním prostředím, způsobem života, životní úrovní, životní spokojeností atd. Dobrý pocit (wellness) úzce závisí na tělesné zdatnosti, osobních návycích, pozitivním přístupu k životu, zvládnání stresu, výživě a kontrole hmotnosti. Některé z uvedených faktorů jsou nám dány a ovlivnit je nelze, či jen zcela minimálně.

Způsob života je ale v rukou každého jedince a každý má také možnost optimalizovat své návyky a pečovat o vlastní dobrý pocit.

2. 2 OBEZITA

„Obezita se stala na přelomu tisíciletí nejčastější metabolickou chorobou v důsledku životních podmínek a životního stylu, který vyústil v pozitivní energetickou bilanci“ (Hainer, 2004, p. 21).

A také Hainer (2003) dodává, že po kouření představuje obezita druhou nejvýznamnější příčinu úmrtí, které lze předcházet adekvátní prevencí.

2. 2. 1 Obezita v historii lidstva

Ve starém Řecku a Římě je propagován zdravý životní styl. Idolem antiky se stává urostlý atletický typ. Lékařské autority již v té době poukazují na zdravotní rizika obezity. Hippokrates upozorňuje na to, že náhlá smrt postihuje častěji osoby otlé než ty, které mají přiměřenou hmotnost.

Na rozdíl od antiky je **v počátcích křesťanství** tělo zahalováno jako nástroj hříchu. Poustevníci hladovějí. Půstem mají očistit své tělo i ducha.

V době baroka je ideálem krásy zaoblený tvar lidského těla. Svědectvím o tom jsou sochy a obrazy buclatých andělíčků v barokních kostelích či Rubensovy obrazy. Jak na obrazech, tak i v literatuře se otlý muž stává symbolem úřední moci, úspěšnosti a blahobytu. Přesto se i v této době poukazuje na to, že obezita krátí lidský věk.

Nové pohledy na obezitu přináší medicína v 18. a 19. století. Ideálem krásy se **koncem 19. století** stává štíhlá rakouská císařovna Elisabeth známá pod jménem Sisi. Ta se svým osobním šarmem a holdováním pohybu stává příkladem pro své poddané. Ve světě se objevují četné návody jak hubnout.

Ve 20. století množství dietních postupů, které mají redukovat tělesnou hmotnost, odráží trvalou snahu o štíhlou linii.

Padesátá léta minulého století dávají přednost oblým tvarům a idolem se stávají hollywoodské hvězdy s bohatým poprsím. **V r. 1967** se však stává ztělesněním krásy anglická modelka Twiggy, která trpí mentální anorexií. Podváhu vykazuje většina modelek a královen

krásy i v dalších desetiletích minulého století. Až teprve na přelomu tisíciletí se zdá, že se společnost odvrací od vyzábělých modelek a začíná vyznávat přirozenou ženskou krásu. (Hainer a kol., 2004)

2. 2. 2 Definice obezity

Obezita se řadí k nemocem, jejichž diagnóza je snadná. Přesná definice je číselná – **hodnotí se procento tuku v těle nebo hmotnost ve vztahu k výšce** (Bretštajnová, Svačina, 2008; Hainer, 2003).

Bretštajnová, Svačina (2008) uvádí: Obezitu můžeme definovat jako **nadměrné uložení množství tuku v organismu**, lépe řečeno tukové tkáně spojené se signifikantně zvýšeným rizikem vzniku závažných přidružených chorob.

Mezi tato **negativně společensky vnímána onemocnění** patří například: diabetes mellitus II. typu, hypertenze, některé hyperlipoproteinemie, infarkt myokardu, zhoršení pulmonálních funkcí, syndrom spánkové apnoe, dysbalance gonadálních hormonů a poruchy fertility, předčasná artróza nosných kloubů, deprese, neurózy a další onemocnění, která negativně ovlivňují nejen kvalitu života, ale i délku života. Škodlivější je nitrobrišní tuk než tuk podkožní.

Proč je obezita tak častým onemocněním? Je to tím, že se všichni přejídáme a málo se pohybujeme. Jak je ale možné, že někdo se výrazně přejídá a zůstává štíhlý? Na tomto místě jde nepochybně o vliv genetický.

Málokdo dnes chodí pěšky nebo alespoň jednou denně cvičí či popoběhne. Všechna tato fakta činí obezitu jedním z **nejzávažnějších a nejvíce se vyskytujících** onemocnění naší populace.

Obezita však stále není společensky vnímána jako závažné onemocnění. Právě zdůrazňování toho, že obézním hrozí negativně společensky vnímaná onemocnění, může motivačně působit v léčbě obezity.

2. 2. 3 Etiopatogenze obezity

Obezita vzniká v důsledku pozitivní energetické bilance. Dochází k porušení energetické rovnováhy. Energetický příjem převyší energetický výdej (Hainer, 2003).

Hainer (2003) dále uvádí, že na etiopatogenezi obezity se v posledních letech podílí hlavně snížená pohybová aktivita. **Fyzická aktivita poklesla nejen v pracovním procesu** v důsledku automatizace a využívání počítačové techniky, ale také při přepravě do zaměstnání v důsledku používání individuální automobilové dopravy, **tak i ve volném čase.**

2. 2. 3. 1 Energetický příjem

Je vedle socioekonomických a kulturních faktorů významně ovlivňován faktory hereditárními.

Tuky

Na zvýšeném energetickém příjmu se podílí zvýšená konzumace tuků. Ty by se měly však podílet pouze 30 %. Mají vysokou denzitu (38kJ/g), ale malou sytící schopnost, dodávají pokrmům charakteristickou plnost. Kapacita tvorby tukových zásob je neomezená. Konzumace sladkých pokrmů navozuje hédonické pocity.

Sacharidy

Mají nižší energetickou denzitu (17kJ/g) a dobrou sytící schopnost. Nesehrávají tak podstatnou úlohu při rozvoji obezity. Na rozdíl od tuků dochází při zvýšeném příjmu sacharidů k adaptačnímu zvýšení jejich spalování. Teprve při dlouhodobém nadměrném příjmu je začne organismus transformovat na zásobní tuk. Jedná se o sladkosti, které obsahují vysoký obsah tuku.

Bílkoviny

Mají nízkou energetickou denzitu (17kJ/g) a nejvyšší sytící schopnost ze všech živin. Kapacita ukládat bílkoviny v organismu je na rozdíl od tuků omezená. Nadměrné užívání živočišných bílkovin nezpůsobuje obezitu. Ta je zapříčiněna nadměrným požíváním živočišných tuků.

Vláknina

Vláknina snižuje energetickou denzitu potravy a také navozuje pocit sytosti, její nedostatečný příjem se může podílet na rozvoji obezity a jejích komplikací.

Alkohol

Zvýšená konzumace alkoholu se může podílet zejména na akumulaci viscerálního tuku. Má vysoký energetický obsah (29kJ/g) a po požití je oxidován. Alkohol, který je využíván jako energetický substrát vede k potlačení oxidace ostatních energetických zdrojů, což má za následek jejich ukládání.

2. 2. 3. 2 Energetický výdej

Celkový energetický výdej zahrnuje:

- a) Klidový energetický výdej
- b) Pohybová aktivita spojená s postprandiální termogenezí
- c) Energetický výdej při pohybové aktivitě

Všechny tyto mechanismy jsou ovlivněny genetickými faktory. Kouření a konzumace nápojů s obsahem kofeinu představuje vzestup energetického výdeje.

- ad a) slouží k zajištění základních vitálních funkcí a udržuje tělesnou teplotu. Závisí na genetických faktorech, věku, pohlaví, hmotnosti, aktivitě sympatiku, zevní teplotě.
- ad b) postprandiální termogeneze je také označována jako dietou navozená termogeneze. Je spojena s trávením, vstřebáváním a metabolismem živin po požití potravy, s aktivací sympatického nervového systému po jídle. Pohybová aktivita má na rozdíl od dietního režimu diferencovaný účinek na tukovou a svalovou hmotu. Zatímco nízkoenergetické dietní režimy vedou k částečné redukci svalové hmoty, při tréninkových programech dochází současně s úbytkem tukové hmoty k nárůstu hmoty svalové. Proto má příznivý vliv kombinace dietního režimu s programem pohybové aktivity. Tato kombinace vede ke zvýšenému úbytku tukové tkáně a současně k menšímu (nebo žádnému) úbytku svalové hmoty ve srovnání s dietním režimem bez pohybového programu.
- ad c) pohybová aktivita je ovlivněna sociokulturními vlivy. Jejím poklesem dochází k nárůstu obezity. Velikost energetického výdeje při pohybové aktivitě závisí na objemu pohybové aktivity, tj. na době jejího trvání a její intenzitě, a samozřejmě i na jejím druhu (Hainer, <http://www.obezita.cz/hubnuti/pohybova-aktivita/>).

2. 2. 4 Klasifikace obezity

Ke klasifikaci se využívá hmotnostních indexů. Od určování stupně nadváhy pomocí Brocova indexu bylo upuštěno.

Dnes klasifikujeme obezitu podle **indexu tělesné hmotnosti (BMI)** neboli ho označujeme jako Quetelův index (podle Belgičana Quetela žijícího v 19. století). BMI se vypočte tak, že hmotnost vyjádřená v kilogramech se vydělí výškou vyjádřenou v metrech a umocněnou na druhou (Bretštajnová, Svačina, 2008; Hainer, 2003).

$$\text{BMI} = \frac{\text{Hmotnost (kg)}}{\text{Výška (m}^2\text{)}}$$

Tabulka 1: Kategorie BMI, klasifikaci obezity podle Světové zdravotnické organizace (WHO) a International Obesity Task Force (IOTF) a souvislost se zdravotními riziky

BMI	Kategorie podle WHO, IOTF	Zdravotnická rizika
< 18,5	podváha	malnutrice, anorexie
18,5-24,9	normální rozmezí	minimální
25,0-29,9	neobézní stav (nadváha)	25,0-26,9 lehce zvýšená 27,0-29,9 zvýšená
30,0-34,9	obezita I. stupně	středně vysoká
35,0-39,9	obezita II. stupně	vysoká
≥ 40	obezita III. stupně	velmi vysoká

2. 2. 5 Typizace obezity podle charakteru distribuce tuku

Metabolická a kardiovaskulární rizika obezity nesouvisí jenom s celkovým množstvím tuku v těle, ale i s množstvím tuku akumulovaného uvnitř břicha. **Tuk uvnitř břicha označujeme jako tuk útrobní neboli viscelární.** Je uložen kolem nitrobřišních orgánů a na peritoneu. Viscelární tuk charakterizuje zvýšený obrat volných mastných kyselin a jejich zvýšený tok do jater, kde se jejich zvýšení podílí na rozvoji metabolického syndromu.

Obezitu, kterou jsem již popsala výše, kdy se tuk hromadí na hrudníku a břiše, zejména uvnitř břicha, označujeme jako obezitu **androidní neboli mužského typu** vzhledem k častějšímu výskytu **u mužů**. Tento druh obezity může být jmenován více názvy, např.: **obezita horního typu** vzhledem k větší akumulaci tuku v horních partiích těla, **obezita tvaru jablka** podle charakteristické distribuce tuku či **obezita útrobní (viscelární)**.

Obezita, u níž je tuk akumulován převážně na hýždích a stehnech, představuje menší kardiovaskulární a metabolická rizika, vyskytuje se častěji u žen, a proto se označuje jako **obezita gynoidní neboli ženského typu**. Taktéž tento druh obezity můžeme označovat více způsoby, a to buď podle charakteristického uložení tuku v dolních končetinách těla - **obezita dolního typu** či podle charakteristické siluety jako **obezita tvaru hrušky** (Hainer, 2001).

2. 2. 6 Riziková období pro rozvoj obezity

Chceme-li předcházet obezitě, je třeba znát riziková období pro její rozvoj. Těmi jsou:

- prenatální období, kdy podvýživa plodu během nitroděložního vývoje představuje rizikový faktor pro vznik obezity, diabetu 2. typu a hypertenze v pozdějším věku;
- doba dospívání, především u dívek;
- doba těhotenství a následné období;
- období menopauzy;
- v dospělosti často s rozvojem otylosti souvisejí okolnosti, které vedou ke změně jídelních a pohybových návyků: základní vojenská služba, nástup do zaměstnání či změna zaměstnání, založení rodiny, rodinné či pracovní problémy, ukončení sportovní činnosti, dlouhodobá onemocnění, úrazy, odchod do důchodu;
- období, kdy jedinec přestane kouřit;
- období, kdy jsou užívány léky, které mohou ovlivňovat tělesnou hmotnost (Hainer, 2003, 44-45).

2. 2. 7 Metody stanovující tělesné složení

V běžné praxi se využívá řada jednoduchých nepřímých metod. Při **antropometrii** se kalkuluje **podíl tuku a beztukové hmoty v těle** ze součtu deseti kožních řas měřených Bestovým kalibrem nebo ze součtu čtyř kožních řas měřených Harpendenovým kalibrem.

V poslední době se velmi rozšířilo **měření tělesného složení pomocí bioelektrické impedance (BIA)**. Metoda je založena na měření odporu, respektive vodivosti těla při průchodu proudu s nízkou intenzitou a vysokou frekvencí. Při kalkulaci podílu tuku a beztukové tkáně se vychází z lepší vodivosti beztukové hmoty oproti tukové tkáni.

Výsledek vyšetření ovlivňuje příjem tekutin pacientem. BIA nelze hodnotit: při zadržování tekutin v těle a při tvorbě edémů, dehydrataci organismu, při přísnějších redukčních dietách, po fyzickém cvičení. Toto vše vede k nadhodnocování obsahu tuku v těle (Hainer et al., 2004).

2. 2. 8 Metody ke stanovení množství tuku

Přesné metody

Množství útrobního tuku se dá určit pomocí **počítačové tomografie** či **nukleární magnetickou rezonancí**. Tyto přesné metody se používají pouze v klinickém výzkumu.

Metody odhadu

Intraabdominální tuk lze určit **ultrasonograficky** jako vzdálenost mezi přední stěnou aorty a vnitřním okrajem přímého břišního svalu ve výši L4/5.

V klinické praxi se osvědčují **antropometrické metody**, které nepřímo určují množství viscerálního tuku. S množstvím viscerálního tuku velmi dobře koreluje obvod pasu a sagitální rozměr ve výši 4. – 5. bederního obratle. Sagitální abdominální rozměr se určuje pelvimetrem v horizontální rovině.

Méně vhodným ukazatelem zmnožení viscerálního tuku je **určení poměru mezi obvodem pasu a boků**. Obvod pasu měříme krejčovským metrem pásovou mírou v horizontální rovině uprostřed vzdálenosti mezi spodním okrajem dolního žebra a crista iliaca anterior superior. (Hainer et al., 2004).

Tabulka 2: *Obvod pasu a souvislost se zvýšeným a vysokým rizikem metabolických a kardiovaskulárních komplikací obezity (podle klasifikace IOTF).*

	Zvýšené riziko	Vysoké riziko
Muži	> 94 cm	< 102 cm
Ženy	> 80 cm	< 88 cm

2. 2. 9 Léčba obezity (konzervativní):

Léčba obezity by měla být **přizpůsobena věku obézního jedince, stupni nadváhy a přítomnosti zdravotních komplikací. Cílem léčby obezity není** normalizace tělesné hmotnosti, neboť takový cíl je u většiny obézních pacientů nereálný (Hainer, 2003).

Komplexní terapie obezity zahrnuje:

1. Nízkoenergetickou dietu s omezením tuků
2. Pohybovou aktivitu, převážně aerobního charakteru
3. Behaviorální modifikaci životního stylu, zejména jídelních a pohybových návyků

2. 2. 9. 1 Nízkoenergetická dieta s omezením tuků

Při léčbě lehčích forem obezity se klade důraz na **snížení denního energetického příjmu a zvýšení energetického výdeje**. Tzn., že jedinec musí omezit celkové množství potravy, změnit skladbu jídelníčku směrem ke kaloricky méně vydatným pokrmům neobsahující zejména množství tuků a přiměřeně zvýšit pohybovou aktivitu (Bretštajnová, Svačina, 2008).

Kasalický (2007) uvádí, že konzervativní léčbou obezity se většinou daří snížit nadváhu průměrně o 10-15 %.

U pacientů s nadváhou (BMI 25,0-29,9) bez přítomnosti zdravotních komplikací se doporučuje udržení stávající hmotnosti. Pacienti s nadváhou a zdravotními komplikacemi či obézní pacienti využívají reálných cílů hmotnostní redukce. Dlouhodobou úspěšnost redukčního režimu ovlivňují pozitivní doporučení např.: pravidelná pohybová aktivita, případně dlouhodobá - cíleně volená farmakoterapie. Pacienti s těžším stupněm obezity by měli dodržovat velmi přísné nízkoenergetické diety (Hainer, 2003).

2. 2. 9. 2 Pohybová aktivita v léčbě obezity

Její charakter, intenzitu a dobu trvání je třeba volit s ohledem na věk jedince, stupeň obezity a přítomnost komplikací. Fyzická aktivita příznivě ovlivňuje zdravotní stav obézního jedince i tím, že:

- zabraňuje poklesu energetického výdeje při dietní léčbě a zvyšuje postprandiální energetický výdej
- zvyšuje se mobilizace a spalování tuků v tukové tkáni (při aerobní fyzické aktivitě)
- zabraňuje úbytku aktivní tělesné hmoty, tedy svalstva (jak při aerobní, tak především při silové, izometrické aktivitě, která má anaerobní charakter)
- zlepšuje fyzickou zdatnost a pohybové dovednosti
- příznivě ovlivňuje rizikové faktory kardiovaskulárních chorob (viscerální tuk, krevní tlak, lipidové spektrum, utilizaci glukózy zlepšuje jak zvýšením citlivosti k inzulinu, tak zvýšením průniku glukózy do buňky nezávisle na inzulinu)
- příznivě ovlivňuje psychiku, potlačuje deprese a úzkosti
- snižuje chuťové preference tučných jídel
- Vede ke krátkodobému snížení chuti k jídlu
- pozitivně ovlivňuje adherenci k redukčnímu režimu a tím i jeho dlouhodobou úspěšnost (Hainer et al., 2004).

Co můžeme doporučit obézním pacientům je právě **zvýšení každodenní běžné fyzické aktivity**.

Jako vhodnou pohybovou aktivitu můžeme zařadit: chůzi (nejsou-li postiženy nosné klouby), jízdu na kole, plavání ve vyhřátém bazénu, vodní pólo, veslování, běh na lyžích (nejsou-li postiženy nosné klouby), cvičení aerobního charakteru zahrnující džezgymnastiku doplněnou cviky z kalanetiky (doporučuje se střídat s dechovým a relaxačním cvičením doplněným posilováním břišního svalstva), u pacientů s onemocněním pohybového aparátu doporučujeme cvičit ve vyhřátém bazénu.

Nevhodná pohybová aktivita může být: poskoky, chůze ze schodů, horská turistika, lyžařský sjezd, sporty (kulturistika, zápas, vzpírání, hod koulí, oštěpem či diskem), kdy hrozí přetěžování kloubů a ruptury svalových fascií, kolektivní míčové hry (poskoky zatěžují nosné klouby a hrozí nebezpečí kolizi).

Cvičení by nemělo být vysilující. Intenzitu cvičení limitujeme tepovou frekvencí v závislosti na věku: 140 tepů/min. u mladých lidí, 130 tepů/min. u jedinců středního věku a 110/min. u starších lidí (Hainer, 2003).

2. 2. 9. 3 Kognitivně behaviorální modifikace jídelních a pohybových zvyklostí

Tato léčba obezity vychází z toho, že tak jak se jedinec naučil nevhodné a pohybové návyky, tak je možné, aby se je odnaučil. Provádí se buď individuálně, nebo častěji skupinově v redukčních klubech (Hainer et al., 2004). Kratochvíl (1998) dále říká, že je třeba změnit nejen chování, ale i myšlení a emoce, které k nevhodnému chování vedou. Změny probíhají pomalu a postupně, měly by však přetrvat po celý život.

Obvykle je definováno osm základních principů, v nichž spočívá kognitivně behaviorální léčba obezity:

1. techniky sebezpozorování (např. pravidelné záznamy jídelníčku s udáním druhu a množství požitého jídla)
2. techniky kontrolující samotný proces jedení (kde jsem jedl, jak rychle jsem jedl, co jsem přitom dělal atd.)
3. techniky aktivní kontroly vnějších podnětů (způsob nákupu potravin, způsob jejich skladování, chování na oslavách, jak odolat uždíbování v průběhu dne či „pokusení“ při chůzi okolo cukrárny či rychlého občerstvení)
4. techniky pozitivního sebezposilování chování (odměna při docílení plánovaného poklesu váhy)
5. kognitivní techniky (identifikace negativních myšlenek, objasnění souvislostí mezi negativními myšlenkami, emocemi a chováním, ovlivnění iracionálních postupů a restrukturalizace myšlenek)
6. relaxační techniky (vhodné jako nácvik reakcí na stres, kdy se jedinec učí překonávat stresové situace jinak než přejídáním)
7. výuka základů výživy, dietetiky a přípravy nízkoenergetických pokrmů
8. nácvik pravidelné pohybové aktivity

Významnou úlohu při změně životního stylu sehrává podpora rodinných příslušníků, přátel a kolegů v redukčním klubu (Hainer et al., 2004).

Základní komplexní léčebný režim u obezity je doplňován v indikovaných případech:

1. Farmakoterapií
2. Chirurgickou léčbou u těžkých obezit

2. 2. 9. 4 Farmakoterapie

Jedná se o podpůrnou metodu k omezení příjmu potravy, změnu jídelníčku a změnu v pohybové aktivitě. V dnešní době jsou nejčastěji užívány preparáty na bázi orlistatové nebo sibutraminové. Účinek orlistatu spočívá v tom, že aktivně brání vstřebávání tuků (snižuje jej až o 30 %). Sibutramin působí jako centrální anorektikum. Jeho užívání má přispívat jak ke snížení množství přijímané potravy, tak i k prodloužení pocitů sytosti (Bretšnajdrová, Svačina, 2008; Hainer, 2003; Hainer et al., 2004).

2. 2. 10 Motivace pacienta k léčbě

Předpokladem úspěšnosti redukčního režimu je vhodná dostatečná motivace pacienta k léčbě. Pacient bývá motivován k léčbě obezity ze zdravotních, společenských či estetických důvodů. Lékař by měl posilovat motivaci pacienta k léčbě obezity zejména ze zdravotních důvodů.

2. 2. 11 Prevence obezity

Léčba obezity vyžaduje celospolečenskou podporu. Prevence obezity je celospolečenským úkolem, na němž by se měla vedle zdravotníků podílet vláda, zákonodárci, orgány místní správy, zaměstnavatelé, potravináři, zemědělci, školy, sdělovací prostředky, tvůrci dopravních systémů, tělovýchovné jednoty a občanská sdružení. Hlavním prostředkem v prevenci obezity je propagace zdravého životního stylu včetně zajištění dostupnosti nízkoenergetických potravin a příležitostí ke zvýšení pohybové aktivity (pěší zóny, stezky pro cyklisty, sportovní areály apod.).

Obezitologické asociace, kongresy a časopisy

Dne 25. listopadu 1993 byla založena Česká obezitologická společnost při České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. Cílem společnosti je šíření racionálních postupů v prevenci a léčbě otylosti, výzkum v oblasti etiopatogeneze a léčby obezity a postgraduální vzdělání zdravotníků v obezitologii.

Od svého založení společnost každoročně pořádá celostátní konferenci s mezinárodní účastí. K publikaci stěžejních výzkumných výsledků v obezitologii slouží časopis *International Journal of Obesity* založený v r. 1976. Odborným fórem bariatrické chirurgie je časopis *Obesity Surgery*. Na problematiku experimentální a klinické farmakologie diabetu a obezity se soustřeďuje v České republice časopis *Diabetes, Metabolismu, Endokrinologie a Výživa* (Hainer, 2004).

2.3 Chirurgická (bariatrická léčba obezity)

Při neúspěchu konzervativní léčby obezity je zde možnost léčby chirurgické, tedy bariatrické chirurgie. Bariatrické operace jsou uskutečňovány jak klasicky, tj. z **laparotomie** (otevření dutiny břišní mnohdy podélným řezem ve střední čáře mezi mečíkem kosti hrudní a pupkem), tak i **miniinvazivní laparoskopickou metodou** (Kasalický, 2007). Laparoskopicky znamená provedením optického systému spojeného s televizní kamerou a několika speciálními nástroji (Hainer a kolektiv, 2004).

Cílem Chirurgické léčby obezity je omezení energetického příjmu a navození malabsorpce.

V dnešní době existují dva typy bariatrických operací – restriční a malabsorpční. Protože zatím neexistuje ideální bariatrická metoda, musí bariatrický chirurg velice dobře zvažovat, kterou metodu u morbidně obézního pacienta použije. V poslední době přibývá celosvětových pracovišť, která do škály bariatrických metod zařadila tubulizaci žaludku jako samostatnou chirurgickou metodu. (Fried, 2005, Kasalický, 2007)

2. 3. 1 Současné metody bariatrické chirurgie

A) Restriktivní: omezující množství přijímané potravy

Gastrická bandáž (GB):

- Adjustabilní gastrická bandáž (AGB), (viz příloha č. 4)

V roce 1985 ve Švédsku použil poprvé Forsell a Hallberg bandáž s balónkem na vnitřní straně bandáže, tzv. silikonovou adjustabilní (doplňovatelnou, nastavitelnou) gastrickou bandáž, která je dosud známá jako SAGB (Swedish Adjustable Gastric Band).

U této bandáže je možno měnit její stažení nebo těsnost jejím plněním tekutinou pomocí tenké hadičky zavedené do podkoží a ukončené komůrkou – portem. V případě selhání metody AGB a po jejím odstranění lze po pečlivém zvážení s odstupem několika měsíců provést SG.

Biliopankreatická diverze (BPD)

Sleeve gastrectomy (SG)

- Často jako „1 st step operation u RYGBP, BPD nebo DS u obézních s BMI \geq 60
- Jako samostatná metoda u MO pacientů od roku 2003.

Duodenální switch (DS) (viz příloha č. 5)

V roce 1988 provedl Hess jako první otevřenou laparotomií duodenální switch. V roce 1996 Gagner provedl jako první toto laparoskopicky. Jde o přerušení zažívacího traktu 2 cm za pylorem a stejně jako u gastrického bypassu je zde provedena duodenojejunoanastomóza ve vzdálenosti přibližně 150-180cm od céka nebo RYGBP.

- Metoda podobná BPD a RYGBPD (Roux-Y gastrický bypass)

B) Malabsorbční: omezující vstřebání potravy

- Biliopankreatická diverze (BPD)

Kombinovaná:

Gastrický bypass v různých modifikacích: (viz příloha č. 6)

- RYGBP (Roux-Y gastrický bypass), s ponecháním zbylého žaludku. Malý proximální žaludeční pouch má funkci restrikce a vyřazená klička jejunu z pasáže má funkci malabsorpce.
- dlouhý úsek vyřazeného tenkého střeva z pasáže stravy Kasalický (2007).

2. 3. 2 Tubulizace žaludku – Sleeve gastrectomy – rukávová gastroplastika (viz příloha č. 7)

„Je výkon, který resekci velkého zakřivení žaludku převede žaludek na úzkou trubici připomínající střevo“ (Bretšnajdrová, Svačina, 2008).

Jde o chirurgický zákrok, při kterém se zmenší objem žaludku a tak se omezí množství přijaté potravy. Tento zákrok pomáhá klientovi držet redukční dietu bez pocitu trýznivého hladu. Chuť na sladké či dobré jídlo tato technika není schopna ovlivnit.

Operace je primárně prováděna laparoskopicky. Principem žaludeční trubice je chirurgické odstranění velkého zakřivení žaludku z oblastí, kde se nacházejí buňky produkující gastrointestinální hormon ghrelin – hormon hladu. Zbýlý žaludek má podobu trubice o objemu 60–180 ml (v závislosti od typu použité kalibrační sondy a velikosti ponechaného antra žaludku). Množství stravy, které je možné sníst najednou, je mnohonásobně menší než bylo před operací. Odpovídá objemu malé horní části žaludku nad bandáží nebo objemu žaludeční trubice Kasalický (2007).

Podle Kasalického (2007, pp. 44-45) tubulizace žaludku (resekce celého velkého zakřivení od antra po žaludeční fundus) s následným přerušením zažívacího traktu 2 cm za pylorem stejně jako u gastrického bypassu a provedení duodenojejunoanastomózy ve vzdálenosti přibližně 150-180 cm od céka.“

Tubulizace žaludku – Sleeve Gastrectomy (SG) – je bariatrická restriktivní metoda. Jde o novou metodu, která ***vychází z malabsorpční metody duodenálního switche (DS)***. Původně byla používána jako první krok při DS u vysoce rizikových nemocných ($BMI \geq 60$), kdy se redukcí hmotnosti a zlepšení zdravotních komplikací plánovalo dokončení DS – vytvoření malabsorpce ***vyřazením části tenkého střeva z pasáže stravy*** – nebyla již nutná. Od roku 2003 se na některých pracovištích začala Sleeve Gastrectomy používat jako

samostatná metoda u morbidně obézních nemocných jako náhrada ostatních restriktivních metod. V tomto případě se operace provádí tak, aby objem tubulizovaného žaludku byl mnohem menší než u duodenálního switchu (Fried, 2005, Hainer, 2003, Kasalický, 2007).

2. 3. 3 Ghrelin

Dle Kasalického (2007) je ghrelin peptidový hormon složený z 28 aminokyselinových zbytků. Je tvořen především v neuroendokrinních buňkách žaludeční sliznice.

V menší míře je také tvořen ve sliznici tenkého a tlustého střeva, pankreatu, ledvinách, placentě, štítné žláze, hypotalamu a hypofýze. Tubulizace žaludku vede ke snížení plazmatických hladin ghrelinu o 65-80%. Tento hormon plní v organismu řadu fyziologických funkcí: **stimuluje** vyplavování růstového hormonu, prolaktinu a ACTH, mezi ně patří orexigenní aktivita (zvýšení příjmu potravy), má vliv na cyklus spánku a bdění, žaludeční motilitu a sekreci, na kardiovaskulární funkce, regulace endokrinní funkce pankreatu a metabolismu glukózy a antiproliferativní efekt. Ghrelin je významným regulačním prvkem metabolické rovnováhy organismu, který vyvažuje neuroendokrinní a metabolickou odpověď organismu na stav hladovění a je v tomto smyslu považován za doplňkový prvek k leptinu.

2. 3. 4 Indikace k tubulizaci

- klienti, u kterých z různých důvodů není indikována adjustabilní gastrická bandáž.
- morbidně obézní pacienti s BMI ≥ 60 s vážnými komorbiditami jsou indikováni k tubulizaci žaludku jako k prvnímu kroku dvoudobé operace typu DS, nemocní s těžkým stupněm nadváhy (BMI > 40), u nichž selhala konzervativní léčba
- nemocní s nadváhou těžšího stupně (BMI > 35), která je spojena se závažnými komplikacemi oběhovými, metabolickými či pohybovými.

Nedílnou součástí je poučení, že tubulizace žaludku sama o sobě nevede k redukci hmotnosti, ale že je nezbytné dodržovat po operaci přísnou redukční dietu. Při dodržování přísné redukční diety nemají pacienti úporný pocit hladu.

2. 3. 5 Období po tubulizaci

Po dvou týdnech po operaci je vhodné zapojit do redukčního procesu i fyzickou aktivitu. V případech, kdy morbidní obezita nemocnému ztěžuje pohyblivost, je třeba s cvičením začít až po prvotní redukci hmotnosti, která nepochybně zlepší jeho pohyblivost a fyzickou zdatnost. Cvičení je vhodné provádět pod odborným dohledem v kolektivu ostatních obézních jedinců v různých občanských sdruženích či klubech, která fungují v rámci velkých bariatrických či obezitologických center.

2. 3. 6 Životospráva po tubulizaci žaludku

Po operaci je správná životospráva jednou z nejdůležitějších podmínek dobrých váhových úbytků a předcházení komplikací ve smyslu nedostatečné redukce hmotnosti nebo dokonce ohrožení zdravotního stavu.

V případě laparoskopické operace je vhodné již za dva týdny začít s přiměřenou pohybovou aktivitou, která může zlepšit váhový úbytek.

Zásadní změna je v pitném režimu. Nemělo by se pít po jídle, ale jen v mezidobí mezi jednotlivým příjmem stravy. Přesto je třeba vypít minimálně 2-3 litry denně, nejlépe vždy mezi jídly.

V průběhu prvních čtyř týdnů po operaci smí nemocný pouze stravu tekutou, aby nadměrným přeplňováním stravou, a tím rozpínáním zbylé části žaludku, nedošlo k porušení linie sešití stěny žaludku. Během dalších dvou týdnů může klient přijímat stravu mixovanou a následně postupně přechází na stravu normální, pestrou, ale dietní a racionální! Omezení kalorického příjmu si musí nemocný řídit sám (nebo ve spolupráci s obezitologem či dietologem), jinak nedojde k efektivnímu poklesu hmotnosti.

Doporučuje se dodržovat klasické stravovací schéma: snídaně, svačina, oběd, svačina, večeře. Strava musí být i nadále redukční s nízkým obsahem tuků, dostatečným přísunem bílkovin a vitamínů (Kasalický, 2007, <http://www.plasticka-chirurgie.info/zakroky/tubulizace-zaludku>).

2. 4 Pohybová aktivita

Pohyb v dnešní době hraje významnou roli v životě každého z nás. Pomáhá udržovat lidský organismus v dobrém zdravotním stavu, tělesné i duševní kondici. Lidské tělo ztrácí svalovou hmotu z mnoha důvodů. Jedním z těchto důvodů však může být příčinou nedostatek pohybu, což má pak za následek zmnožení tuku na těle.

Snižování tělesné hmotnosti se bez pohybové aktivity neobejde. Fyzickou aktivitou je myšlena veškerá pohybová aktivita za den, která by měla být postupně zvyšována.

Pohybová aktivita je považována za jednu z rozhodujících složek léčby obezity. Pravidelná pohybová aktivita omezuje vytváření tukové tkáně a přispívá k redukci jejího již vytvořeného množství. Ovlivňuje i řadu metabolických komplikací s obezitou spojených. (<http://www.obezita.cz/hubnuti/pohybova-aktivita/>).

3. KVANTITATIVNÍ PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Průzkum je jedním z druhů empirického výzkumu. Využívá se na jednorázové zjišťování konkrétního jevu, o kterém si potřebujeme utvořit vlastní názor. Průzkumem se může dělat předvýzkum, ve kterém se neověřují hypotézy (předpoklady), stanovené otázky anebo částkové cíle. Dotazník je jednou z nejčastějších průzkumných metod (Farkašová et al., 2002).

3.1 Předmět průzkumu

Teoretickou část jsem věnovala problematice osob po plánovaném chirurgickém výkonu Sleeve resekce žaludku. V empirické části jsem navazovala na uvedené poznatky a rozšířila jsem je o informace získané průzkumem na základě analýzy údajů, získané pomocí dotazníků. Po konzultaci s vedoucí práce jsem sestavila první část dotazníku (položky 1 – 20), která je zaměřena nejen na pohybovou aktivitu, ale zahrnuje i otázky týkající se úrovně bytí po operaci. Druhou část dotazníku tvoří standardizovaný, generický dotazník WHOQOL-BREF, kterým jsem zjišťovala úroveň kvality života klientů po operačním zákroku.

Tento mnou vybraný dotazník WHOQOL-BREF je zkrácenou verzí stopoložkového WHOQOL-100. WHOQOL-BREF se skládá ze dvou položek celkového hodnocení a 24 položek sdružených do 4 domén (fyzická, sociální oblast, oblast prožívání a prostředí).

3.2 Cíl výzkumu

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit kvalitu života u obézních pacientů po Sleeve resekci v oblasti subjektivní a ověřit, jaké nástroje využívají k tomu, aby snížili svoji tělesnou hmotnost.

Dílčí cíle

1. Zjistit úroveň vnímání u obézních klientů po operačním výkonu v oblasti svého života, zdraví a ostatních životních oblastí.
2. Zhodnotit důvod podstoupení k operaci a zda operace změnila způsob života klienta.
3. Posoudit do jaké míry využívají pacienti po operaci možnosti pohybové aktivity ke snížení jejich tělesné hmotnosti.
4. Ověřit efektivnost operace (tzn.: zda se klientovi daří snížit hmotnost).
5. Na základě analýzy výsledků průzkumu zhodnotit možnosti zvýšení kvality života a možnosti vhodných doporučení ke snížení hmotnosti u obézních klientů.

3.3 Výzkumné otázky

V rámci této práce jsem si zvolila několik výzkumných otázek, které se během empirického šetření buďto potvrdí nebo vyvrátí.

1. Ve skupině obézních klientů je víc žen než mužů podstupující operační výkon Sleeve resekce.
2. Většina obézních klientů je svobodných nebo rozvedených.

3. Většině obézních lidí se daří po operaci zhubnout díky dodržování zásad doporučené životosprávy a doplněním pohybové aktivity.
4. Kvalita života se zlepšila ve všech oblastech v porovnání za další 3 měsíce od vyplnění dotazníku při návštěvě u lékaře.

3.4 Metodika práce

3.4.1 Metoda výběru vzorku

V bakalářské práci jsem zvolila metodu cíleného výběru vzorku respondentů. Zaměřila jsem se na obézní pacienty po operačním výkonu Sleeve resekce. Výzkumný soubor tvořilo celkem 17 respondentů, mužů i žen ve věku od 21 – 59 let, s různým stupněm vzdělání. Respondenty jsem vybírala na základě jejich onemocnění.

Zajímala jsem se o výšku a váhu před operací, díky těmto údajům jsem mohla vypočítat BMI před operací. Můj zkoumaný vzorek zahrnoval obézní klienty, kteří byli po operaci od 2 – 6 měsíců. Následně jsem srovnávala jejich BMI v tomto období. Na základě těchto údajů jsem mohla sledovat úbytek hmotnosti.

3.4.2 Metody a techniky sběru dat

Ke zpracování praktické části byl použit anonymní dotazník. **Dotazník** je explorační metoda získávání poznatků, údajů, dat, identifikací, návrhů a řešení otázek, objasnění problémů, prostřednictvím subjektivních výpovědí zkoumaných osob, respondentů (Farkašová et al., 2002).

V mém výzkumu jsem použila dva typy dotazníků:

1. Prvním dotazníkem byl semistrukturovaný dotazník obsahující 21 otázek. Dotazník byl zaměřen převážně na pohybovou aktivitu. Byl zkonstruován tak, aby nám poskytl informace o tom, zda se klient po tak nelehkém a nákladném výkonu snaží o změnu ve svém životním stylu a přispívá ke snížení své tělesné váhy.

Otázky č. 1-5 v semistrukturovaném dotazníku byly položky kontaktní. Týkaly se pohlaví, věku, vzdělání, sociálního a rodinného stavu.

Otázka č. 6 hodnotila výšku, váhu před a po operaci klienta. Položka č. 8 zahrnovala datum operace a položka č. 21 se dotazovala na datum vyplnění dotazníku. Tyto údaje měly posloužit k výpočtům BMI (Body Mass Index) a k informovanosti o kolik se snížila váha a celkové BMI po operaci.

Otázky č. 7-10 v krátkosti hodnotily důvod podstoupení k operaci, zda operace změnila klientovi život, a zda se tato skupina snaží dodržovat zásady doporučené životosprávy.

Otázky č. 11-20 se týkaly pohybové aktivity.

2. WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of life Assessment) – dotazník na vnímání kvality jedincova života, zdraví a ostatních životních oblastí. Tento dotazník byl zvolen proto, že je využíván k zjišťování kvality života u nemocných v celém světě a je jedním z mála dotazníků přeložených a používaných u nás. WHOQOL-BREF byl testován v 23 zemích s různým typem onemocnění.

Položky č. 19-44 (pro standardizovaný dotazník položky č. 1-26) byly přímo součástí standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF.

Ve standardizovaném dotazníku položky č. 1, 2 jsou položky, kde nemocní subjektivně hodnotili svoji kvalitu života a zdraví.

Otázkami č. 3-9 jsem zjišťovala jak moc nemocní během posledních dvou týdnů prožívali určité věci.

Položky č. 10-15 zjišťují v jakém rozsahu mohli nemocní provádět určité činnosti za dobu posledních dvou týdnů.

Otázky č. 16-26 se zaměřují na to, jak jsou nemocní šťastní nebo spokojeni s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech.

Poslední položka č. 26 se týká toho, jak často nemocní v posledních dvou týdnech prožívali např. úzkost, depresi či beznaděj.

Respondenti měli možnost zvolit odpověď, která se jim zdála být nejvhodnější. Každá odpověď má danou stupnici hodnocení od 1-5. Konečná podoba distribuovaného dotazníku mého výzkumného šetření je v příloze č. 2.

3.4.3 Realizační fáze průzkumu

Průzkum jsem realizovala ve Fakultní nemocnici v Ostravě, 17. listopadu 1790 prostřednictvím gastroenterochirurgické ambulance situované ve 3. patře polikliniky formou dotazníků, které klienti vyplnili při plánované kontrole v ambulanci.

Tato ambulance slouží pacientům indikovaným k chirurgické léčbě morbidní obezity (laparoskopické bandáže žaludku, by-passové operace na zažívacím traktu apod.) a následně se zabývá sledováním pacientů po chirurgické léčbě obezity pod vedením MUDr. Aleše Foltýse. Dotazníky byly sesbírány v měsících leden a květen 2010. Respondenty jsem obeznámila s účelem ankety a ubezpečila je, že vyplnění dotazníku je anonymní. Zároveň jsem respondenty v ambulanci požádala o opětné vyplnění dotazníku WHOQOL-BREF za 3 měsíce znova a o zpětné zaslání na moji adresu trvalého bydliště. Dotazník kvality života byl vložen do obálky se známkou a s adresou doručovatele. Celkem bylo rozdáno v ambulanci praktického lékaře 27 dotazníků, navraceno bylo 22 dotazníků. Z celkového počtu navrácených dotazníků muselo být 5 dotazníků vyřazeno pro neúplnost dat. Celkový zkoumaný vzorek tedy tvořilo 17 dotazníků. Z toho 4 muži a 13 žen ve věku od 21 – 59 let s diagnózou obezita s operačním výkonem Sleeve resekce. Zkoumaný soubor potřebný k realizaci výzkumného šetření tvořili respondenti, kteří splňovali požadavek být 2 – 6 měsíců po operačním výkonu.

3.4.4 Metoda zpracování údajů

Průzkum jsem vyhodnotila kvantitativně a kvalitativně. Kvantitativně jsem vyhodnotila demografické údaje: pohlaví, věk, vzdělání a bydlení.

Vyhodnocení dotazníku WHOQOL-BREF

Výsledky dotazníku WHOQOL-BREF vyjadřují doménové skóre, které představuje průměrné skóre spočtené z příslušných položek včetně transformace na škálu od 4 do 20, přičemž vyšší hodnota poukazuje na lepší kvalitu života a hodnoty odpovědí dvou samostatných položek, které hodnotí celkovou kvalitu života a celkový zdravotní stav.

Pro první doménu „Fyzické zdraví“ se průměrné skóre počítá ze sedmi položek (q3, q4, q10, q15, q16, q17 a q18).

Doména „Prožívání“ je průměrným skórem ze šesti položek (q5, q6, q7, q11, q19, q18).

Doména „Sociální vztahy“ představuje průměrnou hodnotu tří položek (q20, q21 a q22).

U poslední domény „Prostředí“ je průměrné skóre vypočteno z osmi položek (q8, q9, q12, q13, q14, q23, q24, q25).

Všechny získané údaje z dotazníků byly vyjádřeny ručně do četnostní tabulky pomocí čárkovací metody. Údaje z dotazníků byly tabelárně zpracovány a znázorněny v grafech. Údaje jsem zpracovala v počítačovém programu Microsoft Office Excel.

Tabulky zahrnují absolutní četnost a procentuální četnost. Absolutní četnost vyjadřuje početností výskyt určité hodnoty dané třídy. Procentuální frekvence je dána procentuálním podílem počtu výskytu hodnot v dané třídě z celkového počtu hodnot. Procentuální množství se vypočítává podle daného vzorce a násobí 100: $f_i = n_i : N$

Kvalitativní vyhodnocení:

Na zjištění vztahů mezi získanými fakty jsem použila logickou metodu analýzy, syntézu, indukci a dedukci, za pomoci kterých jsem zjištěné skutečnosti vyhodnotila a shrnula a na jejich základě vyvodila závěry pro použití v praxi.

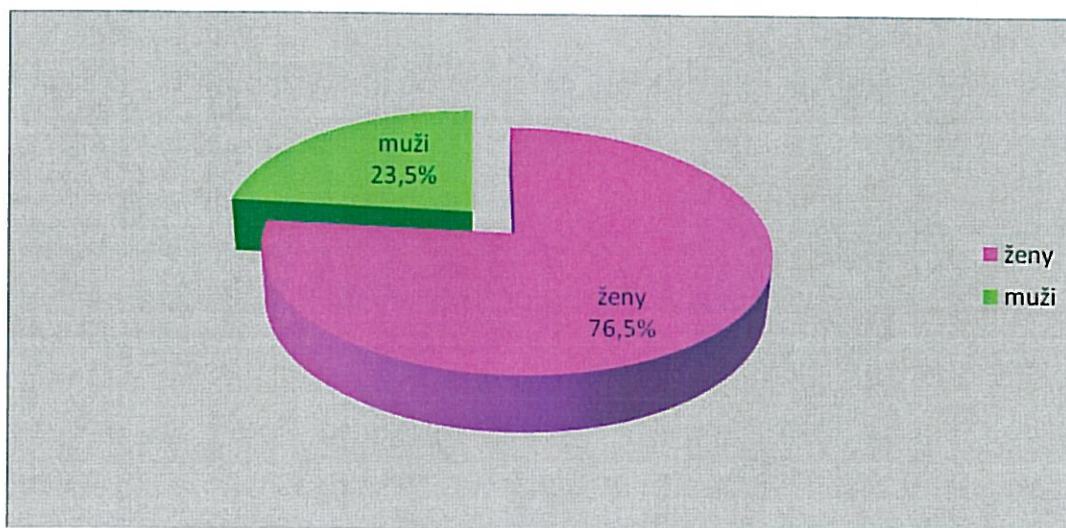
3.5 Analýza a interpretace výsledků empirického šetření

3.5.1 Demografické charakteristiky průzkumného vzorku

Tabulka 1 – Pohlaví respondentů

	absolutní četnost	procentuální četnost
ženy	13	76,5%
muži	4	23,5%
celkem	17	100%

Graf 1 – Pohlaví respondentů

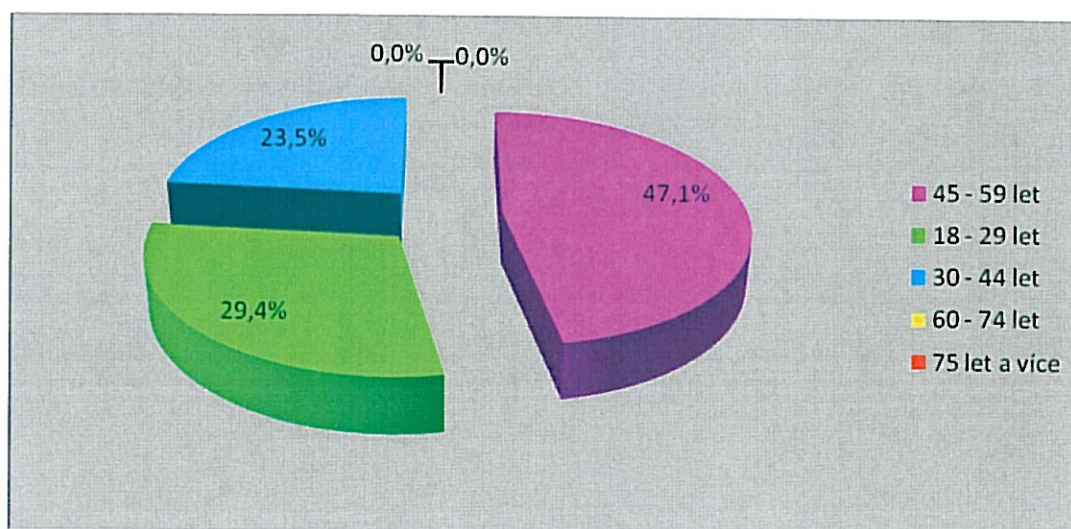


Z tabulky číslo 1 vyplývá, že se výzkumu zúčastnilo 13 žen (75,5%) a 4 muži (23,5%).

Tabulka 2 – Věk respondentů

	absolutní četnost	procentuální četnost
45 - 59 let	8	47,1%
18 - 29 let	5	29,4%
30 - 44 let	4	23,5%
60 - 74 let	0	0,0%
75 let a více	0	0,0%
celkem	17	100%

Graf 2 – Věk respondentů

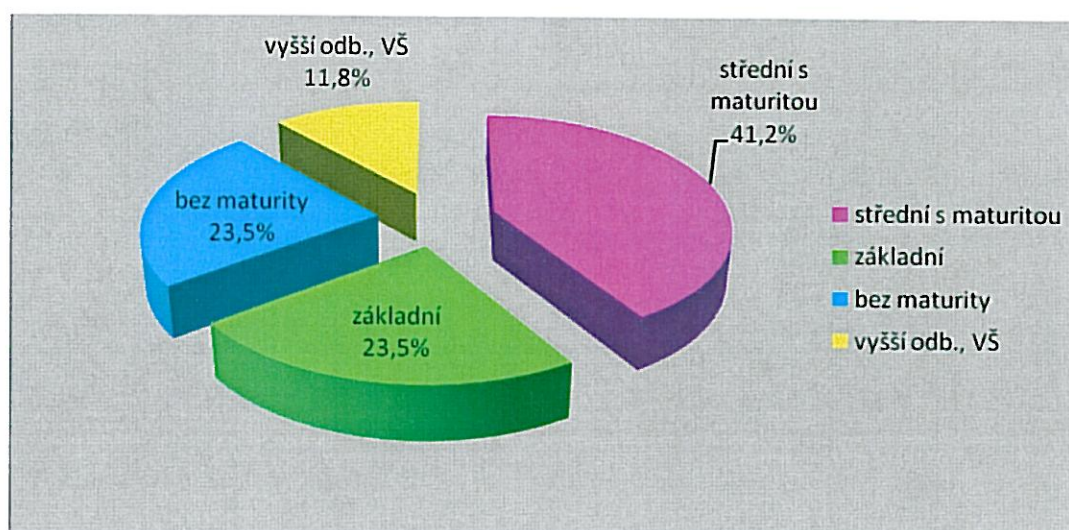


Z tabulky číslo 2 vyplývá následovně: ve věku od 18-29 let bylo 5 dotázaných, což z celkového počtu představuje 29,4%. 4 respondenti (23,5%) tvořili věkovou skupinu 30-44 let. Ve věkové skupině 45-59 let se nacházelo 8 osob (47,1%), což byla nejpočetnější skupina. Respondentů ve věku 60-74 let a 75 let a více netvořilo žádnou skupinu dotázaných.

Tabulka 3 – Vzdělání respondentů

	absolutní četnost	procentuální četnost
střední s maturitou	7	41,2%
základní	4	23,5%
bez maturity	4	23,5%
vyšší odb., VŠ	2	11,8%
celkem	17	100%

Graf 3 – Vzdělání respondentů

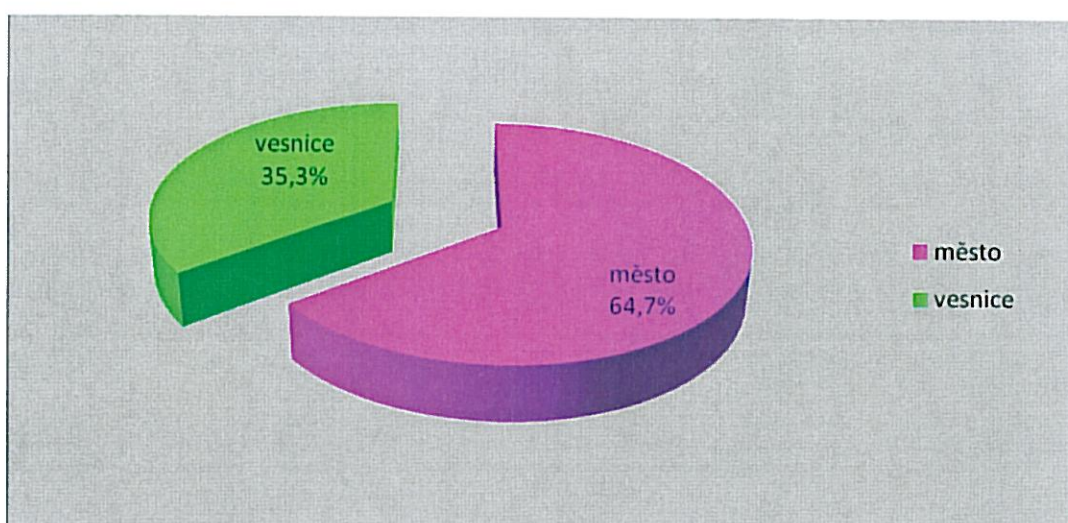


Účastníci mého výzkumu dosáhli různý stupeň vzdělání. 4 respondenti (23,5%) uvedli základní školu, střední školu bez maturity absolvovalo 4 dotázaných (23,5%). 7 respondentů ukončilo střední školu s maturitou, což představuje 41,2% z celkového počtu. Vyšší odborné vzdělání či vysokoškolské vzdělání dosáhli 2 respondenti (11,8%).

Tabulka 4 – Místo bydliště respondentů

	absolutní četnost	procentuální četnost
město	11	64,7%
vesnice	6	35,3%
celkem	17	100%

Graf 4 – Místo bydliště respondentů

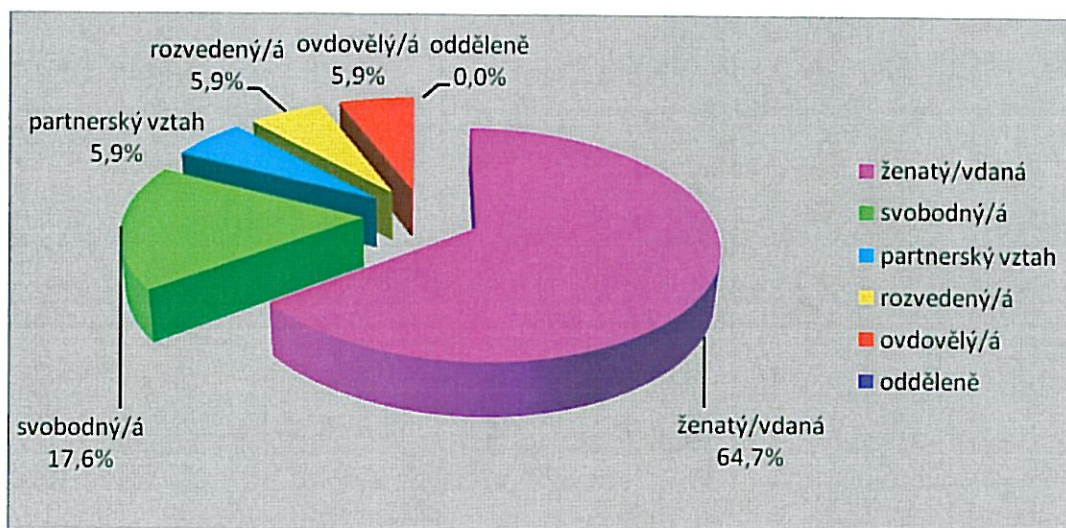


Tabulka číslo 4 nám poskytuje údaje o bydlišti respondentů. Převážná část respondentů celkově 11 (64,7%) pochází z města. Z vesnice pochází jen 6 respondentů, což představuje 35,3% z celkového počtu dotázaných.

Tabulka 5 – Rodinné poměry respondentů

	absolutní četnost	procentuální četnost
ženatý/vdaná	11	64,7%
svobodný/á	3	17,6%
partnerský vztah	1	5,9%
rozvedený/á	1	5,9%
ovdovělý/á	1	5,9%
odděleně	0	0,0%
celkem	17	100%

Graf 5 – Rodinné poměry respondentů

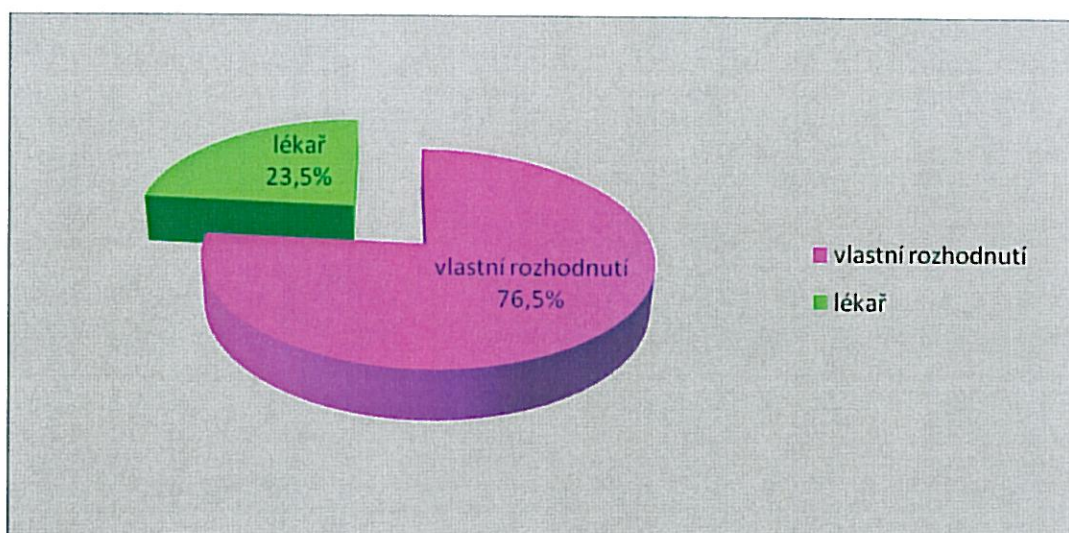


Co se týče rodinných poměrů, 3 respondenti (17,6%) jsou svobodní, těch co je ženatých/vdaných zastupuje největší skupinu dotázaných, což je 11, procentuálně 64,7%. Rozdíl mezi počtem žijících buď v partnerském vztahu či je rozvedených, ovdovělých je bezvýznamný, činí pouze 5,9%.

Tabulka 6 - Důvody vedoucí k podstoupení operace

	absolutní četnost	procentuální četnost
vlastní rozhodnutí	13	76,5%
lékař	4	23,5%
celkem	17	100%

Graf 6 - Důvody vedoucí k podstoupení operace



Ve většině případů respondenti zvolili odpověď a) tzn., že 13 klientů (76,5%) se rozhodlo samo a 4 respondentům (23,5%) byla operace doporučena lékařem.

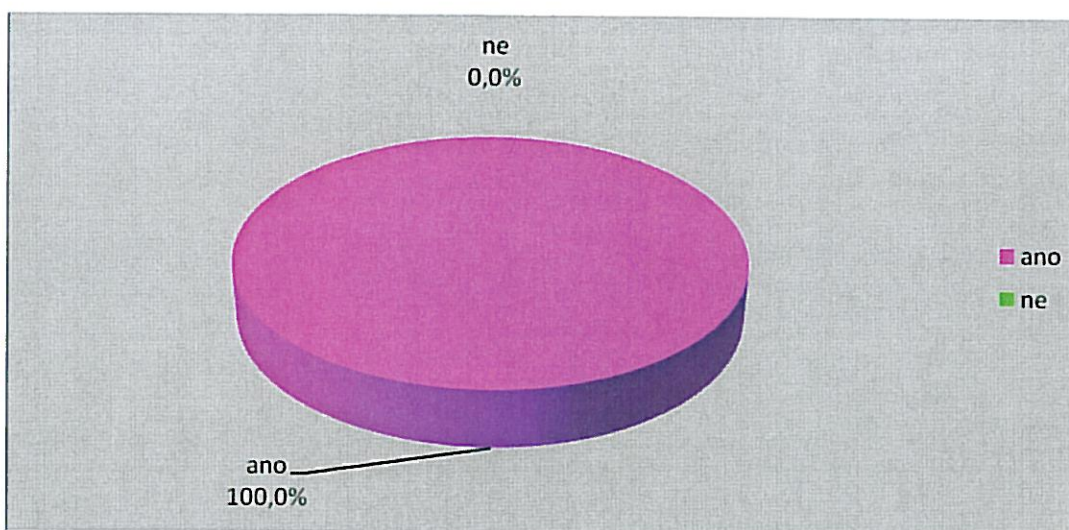
Datum operace

Do této otázky respondenti psali přesné datum operace. Pro mě toto datum bylo směrodatné k tomu, abych se ujistila, zda opravdu všichni respondenti patří do skupiny dotazovaných od 2 – 6 měsíců. 2 respondenty jsem musela z tohoto vzorku vyloučit, jelikož patřili do skupiny 6 měsíců a více od operace.

Tabulka 7 – Zda operace změnila respondentům život

	absolutní četnost	procentuální četnost
ano	17	100,0%
ne	0	0,0%
celkem	17	100%

Graf 7 – Zda operace změnila respondentům život

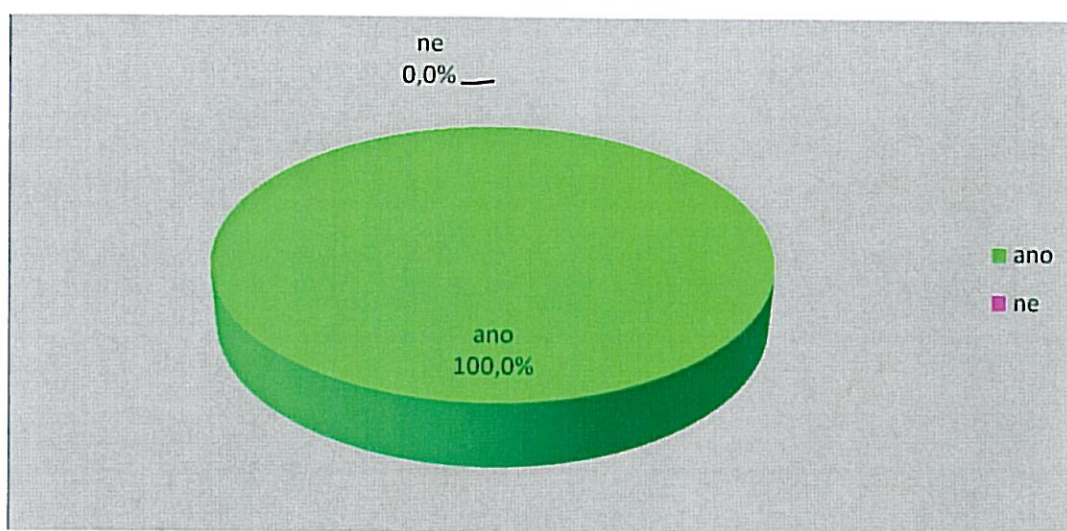


Graf číslo 7 je zřetelný. Všechny 17 respondentů odpovědělo, že jim operace změnila život.

Tabulka 8 – Dodržování zásad doporučené životosprávy

	absolutní četnost	procentuální četnost
ano	17	100,0%
ne	0	0,0%
celkem	17	100%

Graf 8 – Dodržování zásad doporučené životosprávy

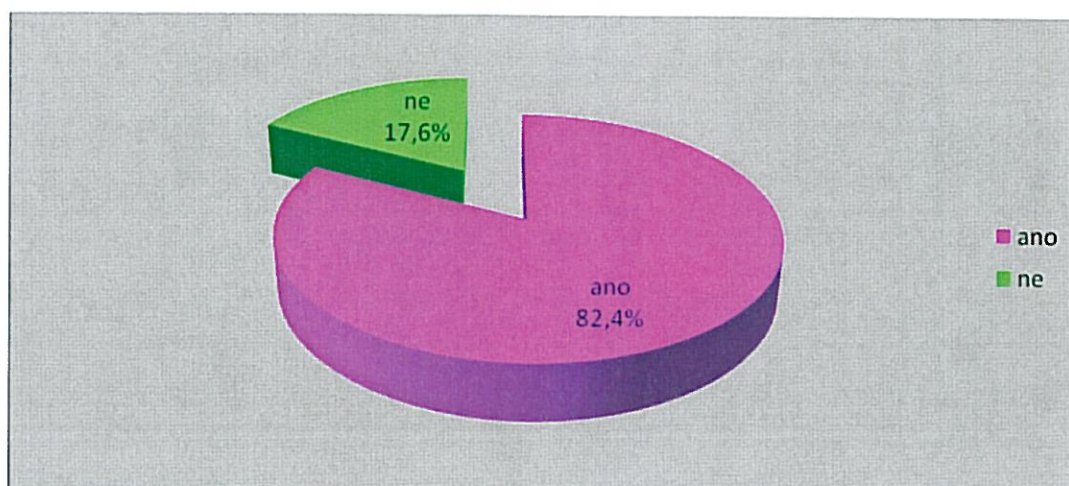


Procentuálně stejně respondenti odpověděli i na otázku, zda dodržují zásady doporučené životosprávy. Všechny 17 klientů odpovědělo, že ano.

Tabulka 9 – Zda byla respondentům doporučena odborníkem nějaká fyzická aktivita ke snížení tělesné hmotnosti

	absolutní četnost	procentuální četnost
ano	14	82,4%
ne	3	17,6%
celkem	17	100%

Graf 9 – Zda byla respondentům doporučena odborníkem nějaká fyzická aktivita ke snížení tělesné hmotnosti



Následné kontroly po operaci u odborného lékaře jsou stejně důležité jako dodržování určitých opatření po výkonu. Jedním z nich je začít s přeměřenou fyzickou aktivitou. Kolika respondentům byla fyzická aktivita doporučena odborníkem? Odpověď ano označilo 14 respondentů, což je 82,4% ze všech dotázaných. 3 odpověděli, že ne.

Respondenti, kteří uvedli kladnou odpověď, mohli uvést jaká fyzická aktivita jim byla doporučena odborníkem ke snížení tělesné hmotnosti. Nejčastější odpovědí bylo plavání, dále chůze, pohyb, sport, cvičení a jednou z poslední nejméně doporučenou fyzickou aktivitou byla jízda na rotopedu.

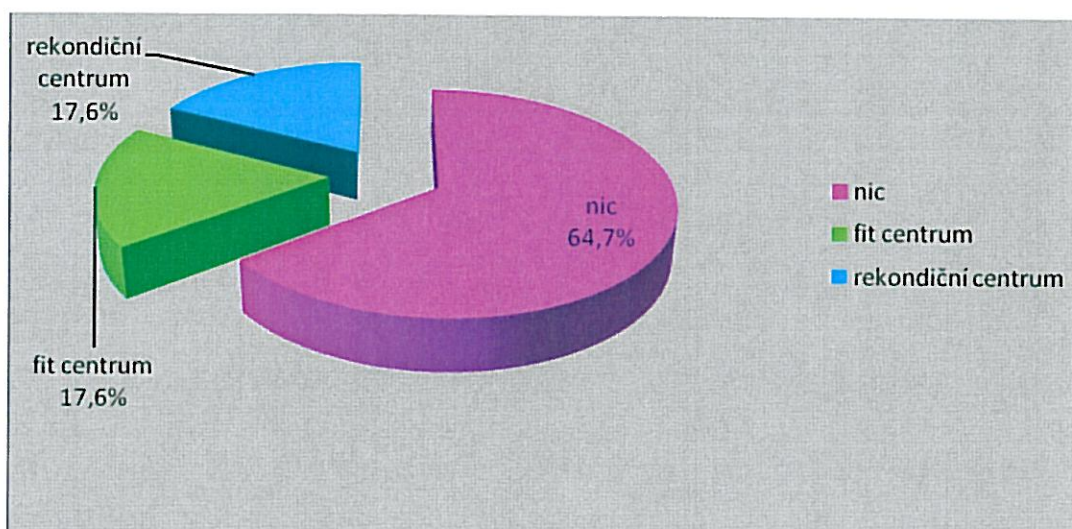
Jakou pohybovou aktivitu provádí dotazovaní ke snížení tělesné hmotnosti?

Tato otázka byla otevřená a klienti zde mohli uvést jakoukoliv pohybovou aktivitu, kterou provádí ke snížení tělesné hmotnosti. Odpovědi byly sepsané na papír a čárkovací metodou vyhodnoceny. Vzestupně zde uvádím odpovědi respondentů: nejvíce zastoupenou pohybovou aktivitou byla jízda na rotopedu, plavání a chůze. Další pohybovou aktivitu, kterou dotazovaní provádí, je aerobic, kalanetika a chůze do schodů. Po jedné odpovědi byly uvedeny následující: rotační disk, turistika, volejbal, vodní pólo, plavání ve vyhřátém bazénu a pracovní vytížení postačí.

Tabulka 10 – Jaké centrum využívají respondenti ke cvičení

	absolutní četnost	procentuální četnost
nic	11	64,7%
fit centrum	3	17,6%
rekondiční centrum	3	17,6%
celkem	17	100%

Graf 10 – Jaké centrum využívají respondenti ke cvičení

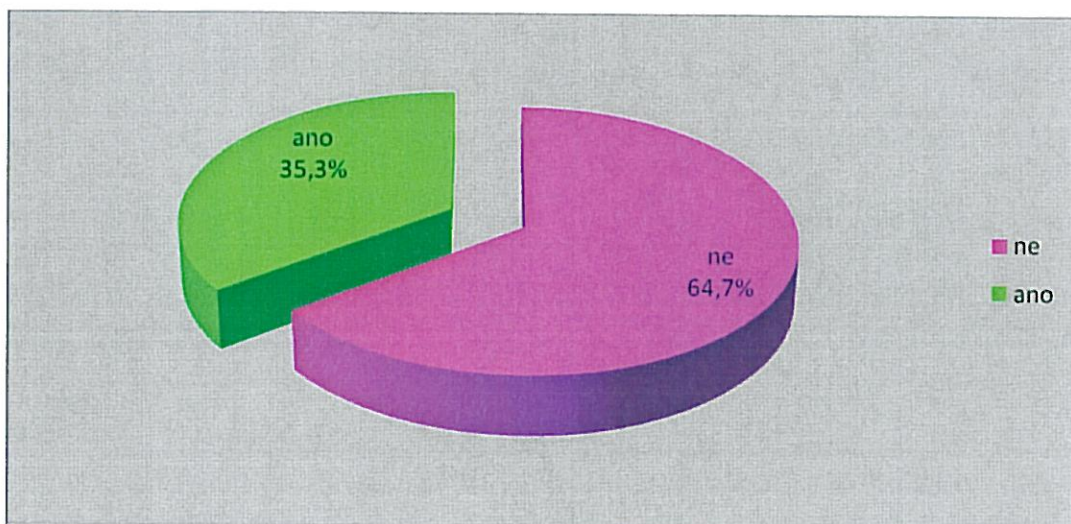


Z oslovených respondentů po operačním zákroku Sleeve resekce 64,7% (11) nenavštěvuje žádné zařízení ke cvičení. Navštěvujících fit centrum či rekondiční centrum bylo shodně 17,6 % (3 respondenti).

Tabulka 11 – Zda respondenti cvičí pod odborným dohledem

	absolutní četnost	procentuální četnost
ne	11	64,7%
ano	6	35,3%
celkem	17	100,0%

Graf 11 – Zda respondenti cvičí pod odborným dohledem

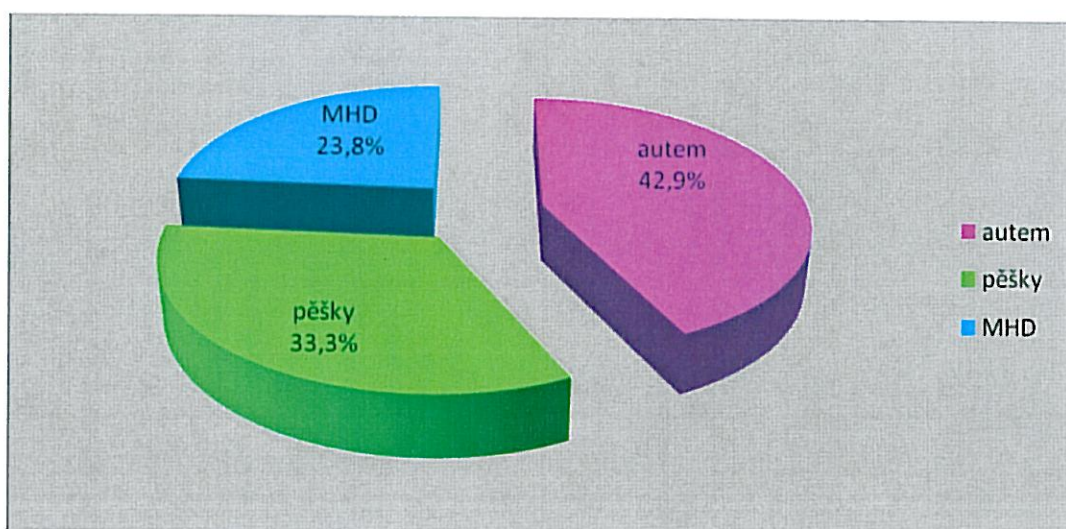


Z mého šetření jsem zjistila, že respondenti, kteří navštěvují specializované centrum, cvičí pouze pod odborným dohledem 35,3% (6 respondentů), ostatních 11 (64,7%) nevyužívají specialistu ke svému cvičení.

Tabulka 12 – Jakým způsobem se respondenti pohybují v běžných činnostech

	absolutní četnost	procentuální četnost
autem	9	42,9%
pěšky	7	33,3%
MHD	5	23,8%
celkem	21	100%

Graf 12 – Jakým způsobem se respondenti pohybují v běžných činnostech

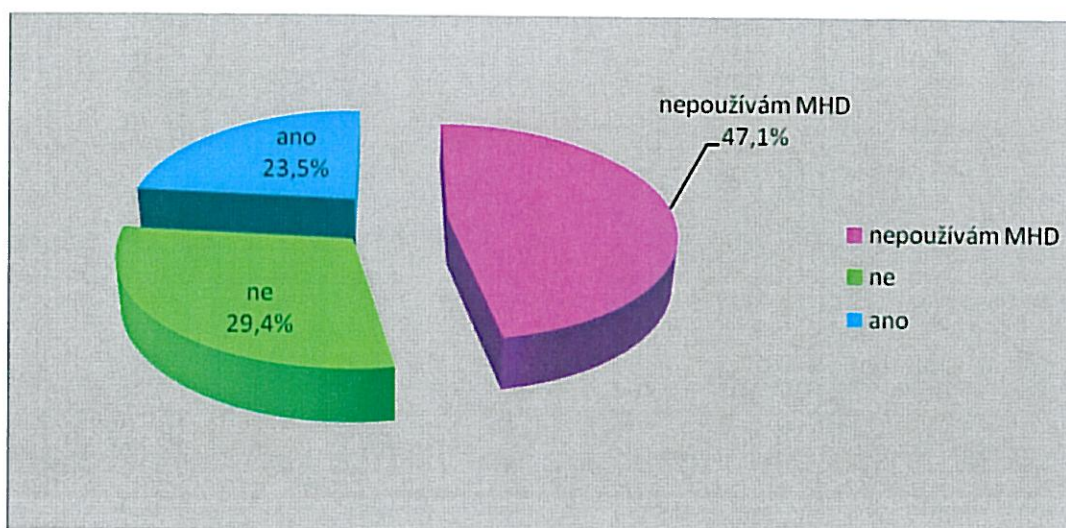


V této položce mě zajímal názor respondentů, jakou formu pohybu využívají při běžných činnostech. Z této analýzy mohu zjistit, že těch co jezdí autem je 42,9%, což je 9 dotázaných. 7 (33,3%) respondentů odpovědělo, že tyto činnosti zvládají chůzí a těch co využívá Městskou hromadnou dopravu je 5 (23,8%), což činí nejmenší skupinu dotázaných.

Tabulka 13 – Zda respondenti vystupují v MHD o zastávku dříve

	absolutní četnost	procentuální četnost
nepoužívám MHD	8	47,1%
ne	5	29,4%
ano	4	23,5%
celkem	17	100%

Graf 13 – Zda respondenti vystupují v MHD o zastávku dříve

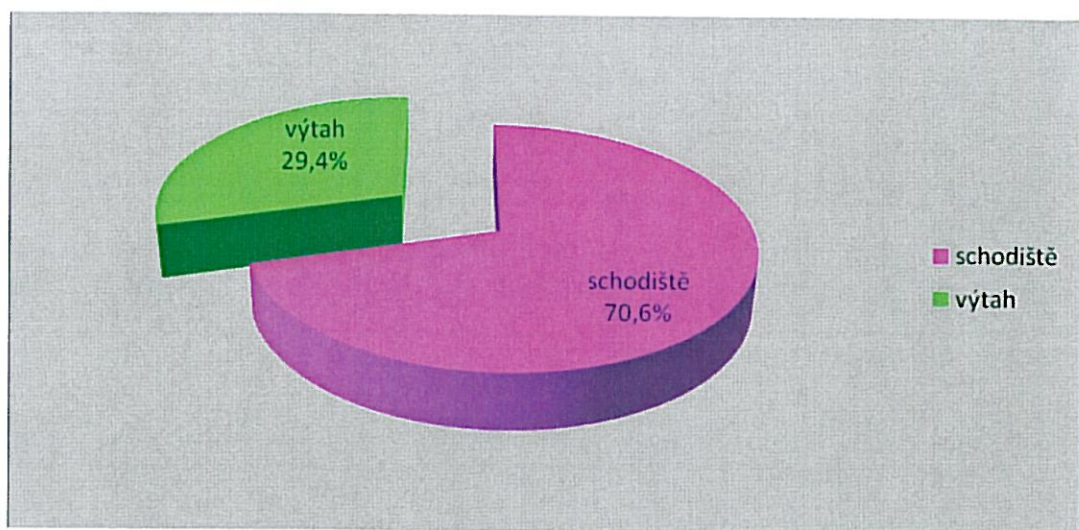


Výsledky šetření ukázaly na to, že 4 repsondenti (23,5%) využívající městskou hromadnou dopravu a vystupují o zastávku dříve. 5 dotázaných (29,4%) tuto možnost nevyužívá. Zbývajících 47,1% (8 klientů) městskou hromadnou dopravu nepoužívá vůbec.

Tabulka 14 – Jakou cestu přesunu si respondenti raději zvolí

	absolutní četnost	procentuální četnost
schodiště	12	70,6%
výtah	5	29,4%
celkem	17	100,0%

Graf 14 – Jakou cestu přesunu si respondenti raději zvolí

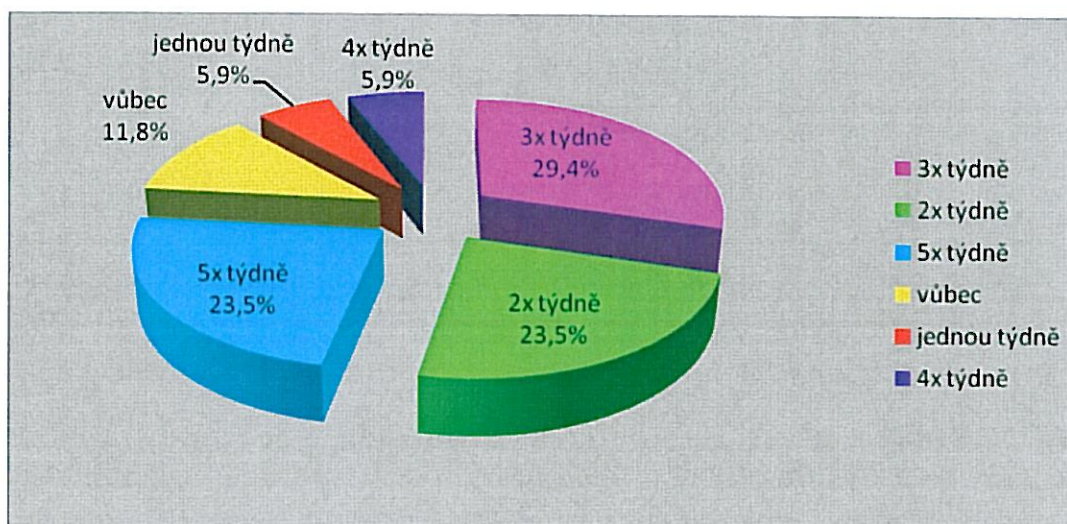


Ze 100% (12) respondentů, kteří si zvolí jako cestu k cíli schodiště bylo 70,6%. 5 dotázaných (29,4%) raději preferuje výtah.

Tabulka 15 – Jak často se respondenti věnují pohybové aktivitě

	absolutní četnost	procentuální četnost
3x týdně	5	29,4%
2x týdně	4	23,5%
5x týdně	4	23,5%
vůbec	2	11,8%
jednou týdně	1	5,9%
4x týdně	1	5,9%
celkem	17	100,0%

Graf 15 – Jak často se respondenti věnují pohybové aktivitě

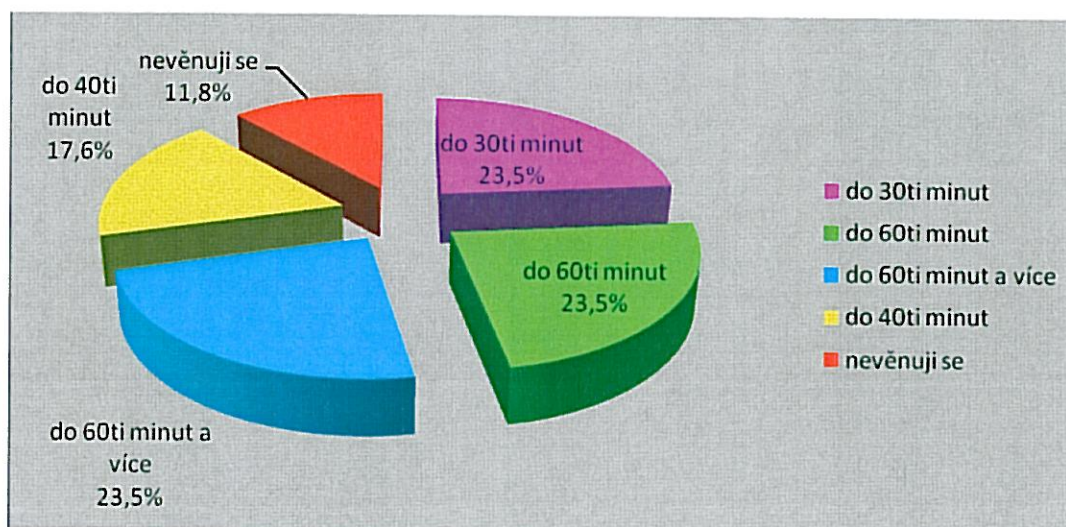


Z oslovených respondentů uvádělo 23,5% (4), že se věnují pohybové aktivitě 5x týdně, což je stejný počet jako těch, kteří uváděli, že se věnují pohybové aktivitě 2x týdně. O jednoho více v procentuálním zastoupení 29,4% se věnuje pohybové aktivitě 3x týdně. Těch, kteří se nevěnují pohybové aktivitě vůbec bylo 11,8% (2). 5,9% (1) klient shodně označil pohybovou aktivitu 4x týdně či 1x týdně.

Tabulka 16 - Doba trvání pohybové aktivity

	absolutní četnost	procentuální četnost
do 30ti minut	4	23,5%
do 60ti minut	4	23,5%
do 60ti minut a více	4	23,5%
do 40ti minut	3	17,6%
nevěnují se	2	11,8%
celkem	17	100%

Graf 16 – Doba trvání pohybové aktivity respondentů

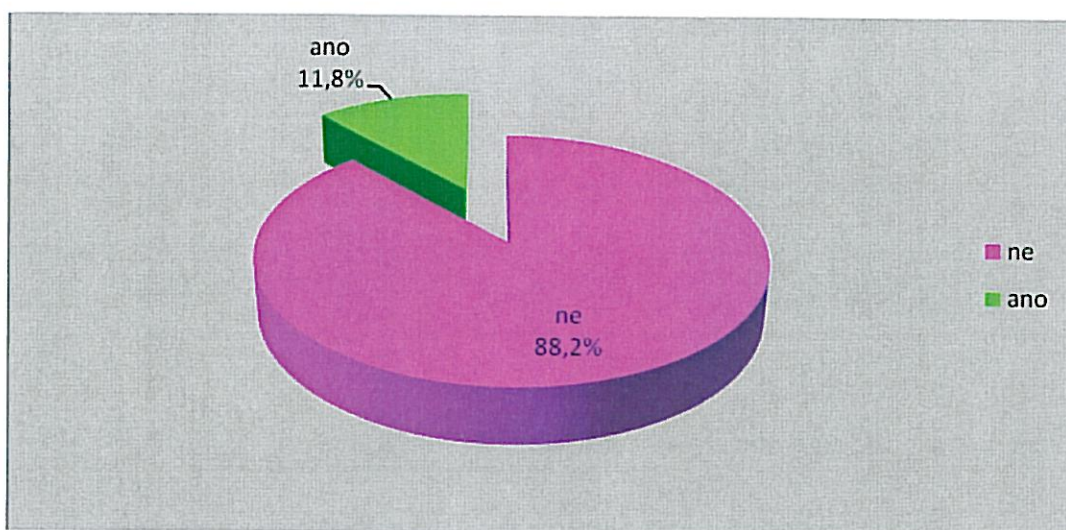


U této položky mě zajímalo, jak dlouho se respondenti věnují pohybové aktivitě. Do 30 ti minut, 60 ti minut a od 60 ti minut a více se věnují 4 z dotazovaných (23,5%). 17,6% značí, že se tři klienti věnují pohybové aktivitě do 40 minut. Dva klienti se pohybové aktivitě nevěnují vůbec.

Tabulka 17 – Zda respondenti monitorují svou tepovou frekvenci

	absolutní četnost	relativní četnost
ne	15	88,2%
ano	2	11,8%
celkem	17	100%

Graf 17 – Zda respondenti monitorují svou tepovou frekvenci



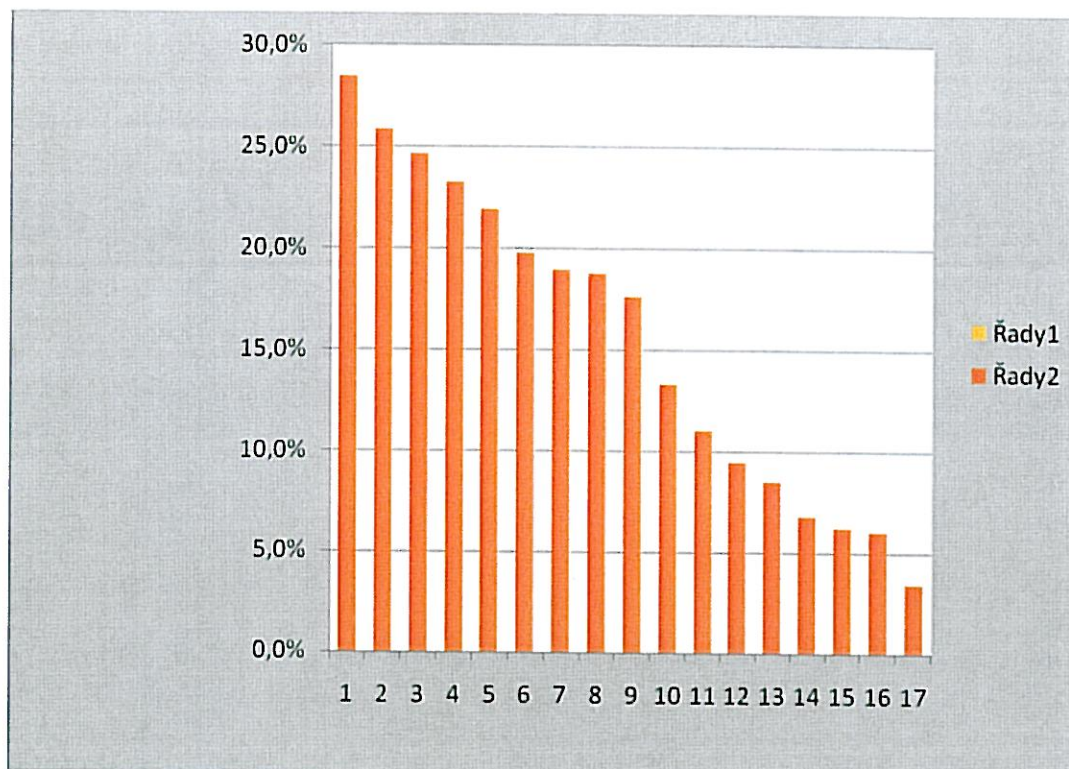
Výsledky šetření ukazovaly na to, že většina respondentů si neměří tepovou frekvenci.

3.5.2 Vyhodnocení semistrukturovaného dotazníku

Tabulka 18 A – Váhový úbytek po operaci v procentech

výška	váha před OP	váha po OP	úbytek	
172	137	98	28,5%	nejvyšší váh. úbytek
163	112	83	25,9%	
167	158	119	24,7%	
167	116	89	23,3%	
179	132	103	22,0%	
164	106	96	19,8%	
169	137	111	19,0%	
180	160	130	18,8%	
163	102	84	17,6%	
165	135	117	13,3%	
162	136	121	11,0%	
164	106	96	9,4%	
157	129	118	8,5%	
176	132	123	6,8%	
169	112	105	6,3%	
170	132	124	6,1%	
164	146	141	3,4%	nejnižší váh. úbytek
			15,55%	průměrný váh. úbytek

Graf 18 A – Váhový úbytek po operaci v procentech



Tento graf znázorňuje váhový úbytek respondentů v období od 2 – 6 měsíců po operaci. Nejnižší váhový úbytek je 3,4%, nejvyšší 28, 5%. Průměrný je 15, 55%.

Z respondentů je 35,3%, kteří měli váhový úbytek do 10%, dalších 35,3% respondentů zaznamenalo úbytek od 10,1% do 20% a 29,4% bylo těch, kteří měli váhový úbytek vyšší než 20,1%.

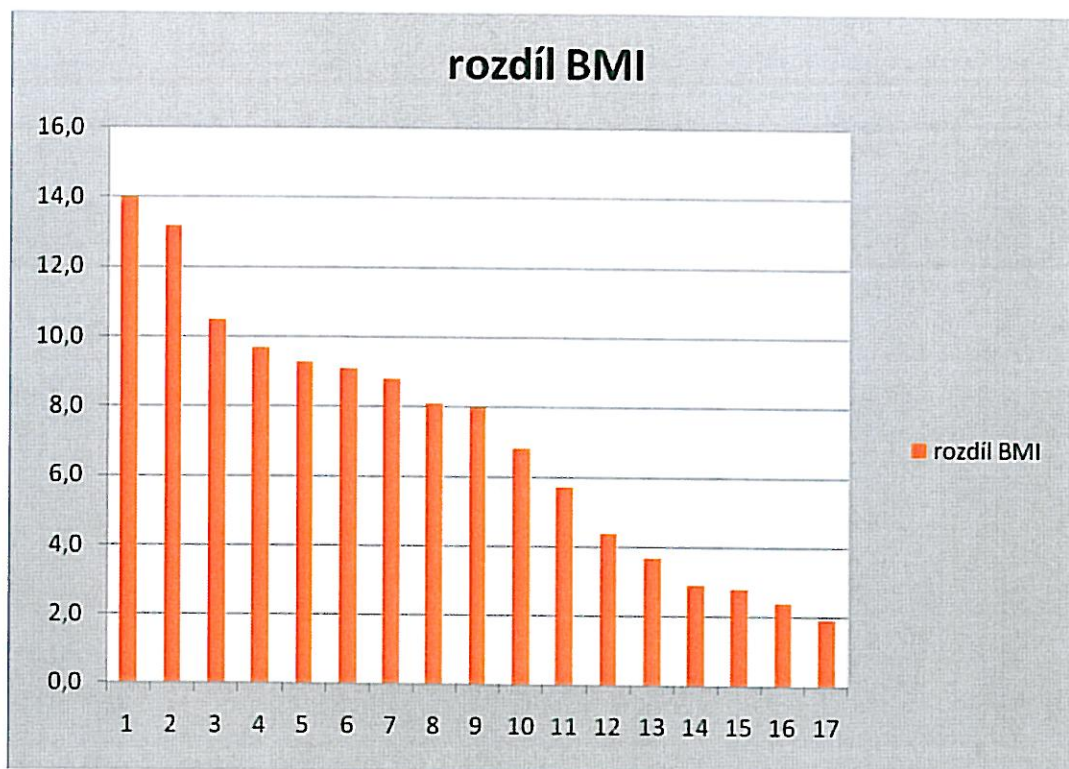
Tabulka 18 B – Vyhodnocení BMI před a po operaci

BMI před operaci	BMI po operaci	rozdíl BMI	
56,7	42,7	14,0	největší rozdíl
46,3	33,1	13,2	
41,4	30,9	10,5	
41,6	31,9	9,7	
49,4	40,1	9,3	
41,2	32,1	9,1	
49,6	40,8	8,8	
48,0	39,9	8,1	
40,4	32,4	8,0	
38,4	31,6	6,8	
51,8	46,1	5,7	
52,3	47,9	4,4	
39,4	35,7	3,7	
42,6	39,7	2,9	
45,7	42,9	2,8	
39,2	36,8	2,4	
54,3	52,4	1,9	nejmenší rozdíl
		7,1	průměrný rozdíl

BMI se vypočte tak, že hmotnost vyjádřená v kilogramech se vydělí výškou vyjádřenou v metrech, která je umocněná na druhou.

Nejmenší číselný rozdíl BMI je 1,9; největší rozdíl je 14,0; průměrný 7,1.

Graf 18 B – Vyhodnocení BMI před a po operaci v číslech



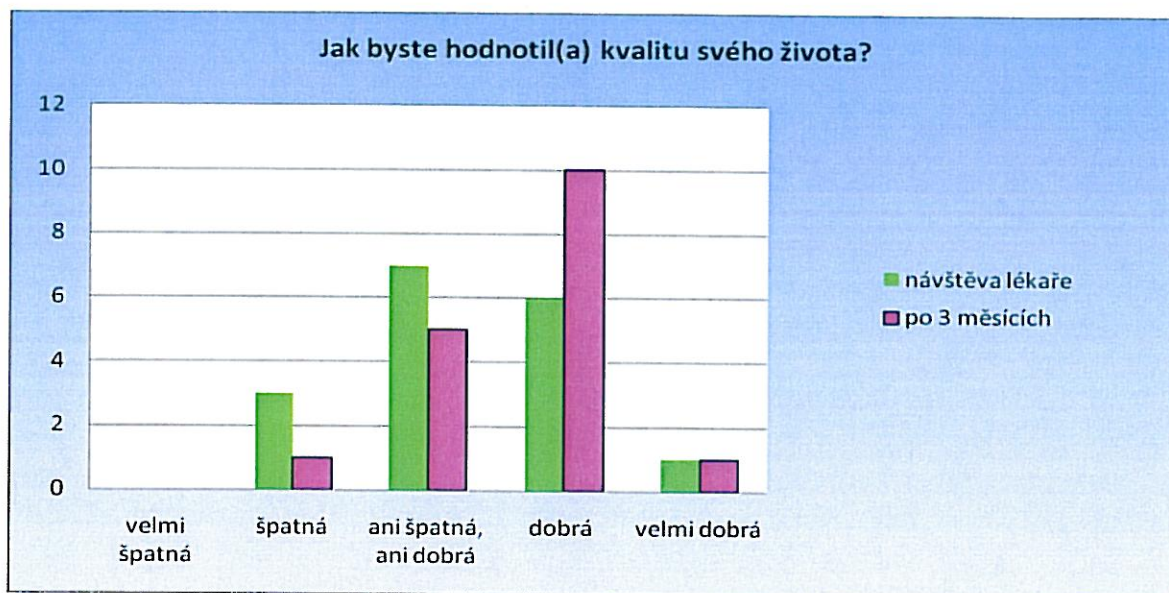
V tomto grafu jsem se snažila zachytit rozdíl klientova BMI před a po operaci. Svislá stupnice značí bodovou škálu. Z respondentů je 35,3%, jejichž rozdíl BMI před a po operaci dosahoval do 5-ti bodů na svislé škále. 47,1% dotázaných mělo rozdíl BMI do 10-ti bodů na svislé škále. A 17,6% klientů mělo rozdíl BMI před a po operaci více než 10,1 bodů na svislé škále grafu.

3.5.3 Vyhodnocení dotazníku WHOQOL-BREF

Tabulka 19 – Hodnocení kvality života

	návštěva lékaře		po 3 měsících	
	absolutní četnost	procentuální četnost	absolutní četnost	procentuální četnost
velmi špatná	0	0	0	0
špatná	3	18	1	6
ani špatná, ani dobrá	7	41	5	29
dobrá	6	35	10	59
velmi dobrá	1	6	1	6
Celkem	17	100	17	100

Graf 19 – Hodnocení kvality života

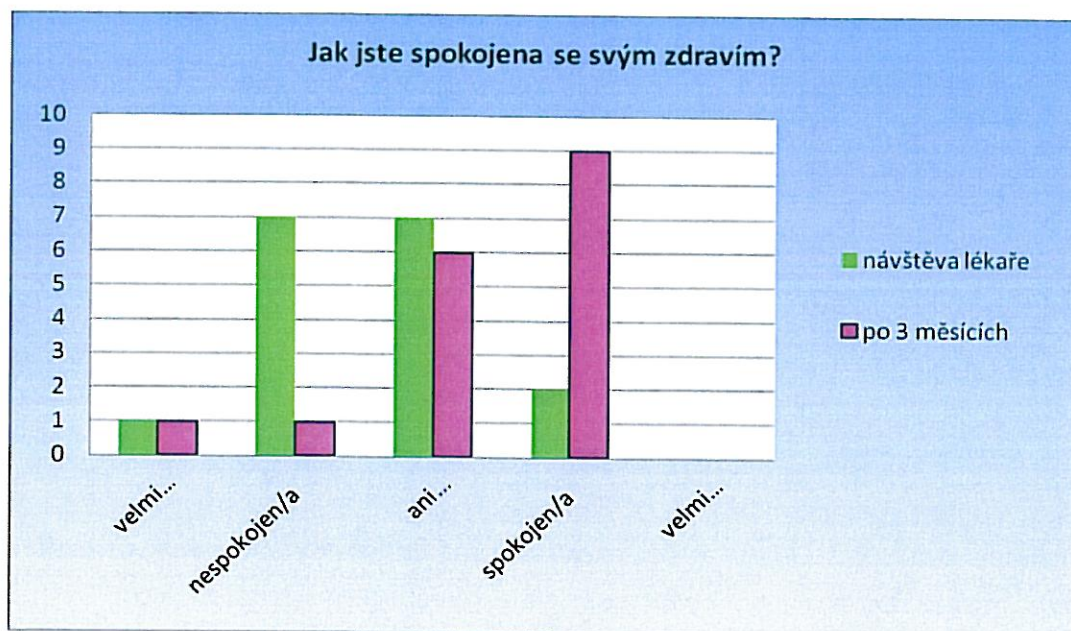


Z analýzy dat můžeme zjistit, že celková kvalita života respondentů po operaci se zlepšila. Účastníci (při návštěvě lékaře) označovali kvalitu života nejvíce zastoupenou v odpovědi - ani špatnou, ani dobrou, to činilo 41% - 7 respondentů. Po 3 měsících došlo výrazně ke zlepšení kvality života v odpovědi – dobrá – odpovědělo 10 respondentů (59%). Nikdo neoznačil kvalitu života v obou případech za velmi špatnou.

Tabulka 20 – Spokojenost se svým zdravím

	návštěva lékaře		po 3 měsících	
	absolutní četnost	procentuální četnost	absolutní četnost	procentuální četnost
velmi nespokojena/a	1	6	1	6
nespokojen/a	7	41	1	6
ani spokojena/a ani nespokojen/a	7	41	6	35
spokojen/a	2	12	9	53
velmi spokojen/a	0	0	0	0
Celkem	17	100	17	100

Graf 20 – Spokojenost se svým zdravím

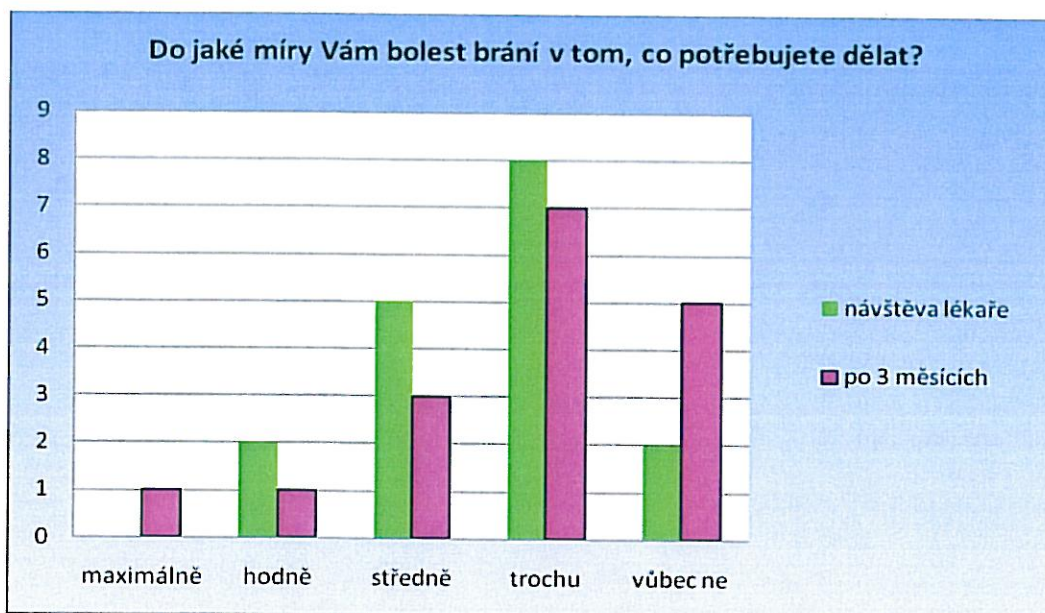


Na otázku – Jak jste spokojen/a se svým zdravím? Výrazně došlo ke spokojenosti se zdravím po 3 měsících u 9 respondentů, což činí 53% z celkového počtu. Při nahlédnutí do grafu můžeme opět vidět, že po 3 měsících nedošlo v žádné odpovědi ke zhoršení spokojenosti se zdravím. Odpověď velmi spokojen/a nezaškrtl ani jeden z dotázaných v obou případech.

Tabulka 21 – Omezení činnosti bolestí

	návštěva lékaře		po 3 měsících	
	absolutní četnost	procentuální četnost	absolutní četnost	procentuální četnost
maximálně	0	0	1	6
hodně	2	12	1	6
středně	5	29	3	18
trochu	8	47	7	41
vůbec ne	2	12	5	29
Celkem	17	100	17	100

Graf 21 – Omezení činnosti bolestí

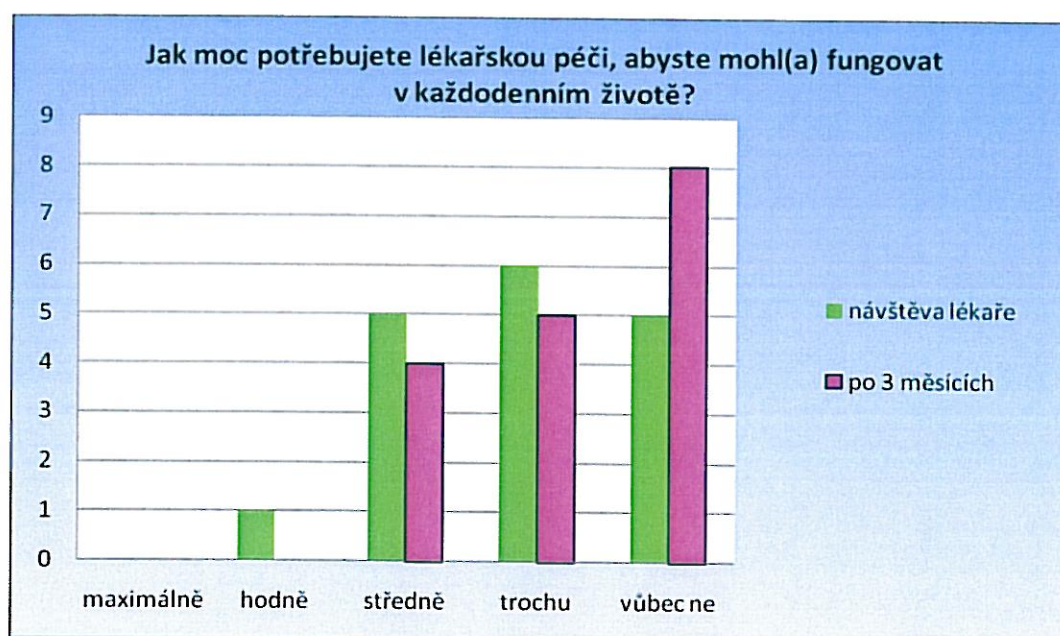


Tento oddíl, zabývající se nepříjemnými tělesnými pocity, které člověk prožívá a tím, nakolik jsou pro něj tyto pocity zatěžující a narušují mu život, můžeme posoudit v grafu č. 21. V lednu a v únoru respondenti nejvíc odpovídali na tuto otázku odpovědí středně (5 klientů (29%)) nebo trochu (8 klientů (47%)). Za 3 měsíce bylo zaznamenáno nejvíce odpovědí trochu (7 respondentů (42%)) a vůbec ne (5 respondentů (29%)).

Tabulka 22 – Potřeba lékařské péče

	návštěva lékaře		po 3 měsících	
	absolutní četnost	procentuální četnost	absolutní četnost	procentuální četnost
maximálně	0	0	0	0
hodně	1	6	0	0
středně	5	29	4	24
trochu	6	35	5	29
vůbec ne	5	29	8	47
Celkem	17	100	17	100

Graf 22 – Potřeba lékařské péče

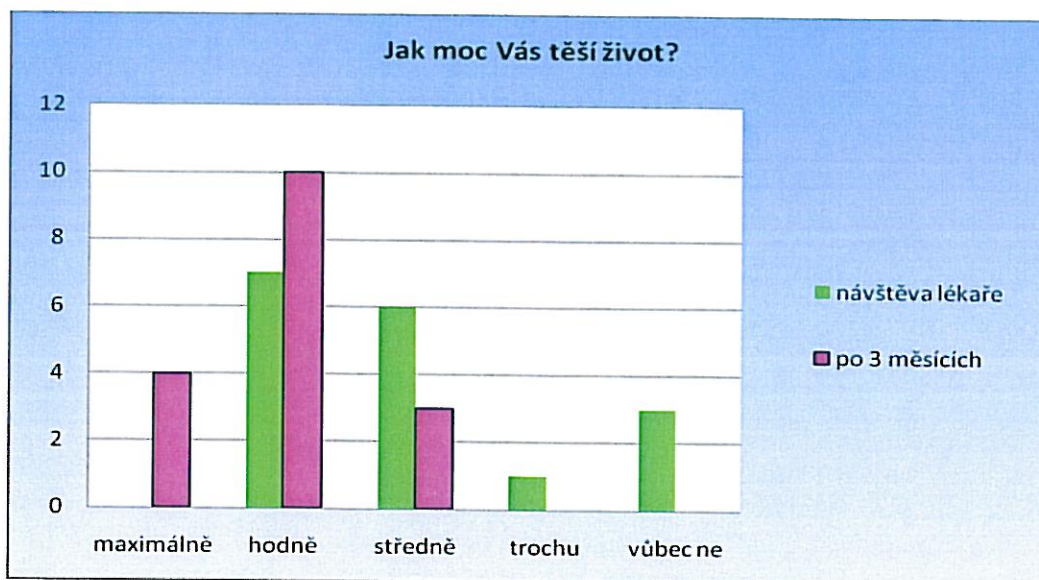


Odpověď na otázku jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě vidíme názorně v grafu 22. Ve všech oblastech odpovědí nedošlo ke snížení. Po 3 měsících odpovědělo 8 dotázaných (47 %), že vůbec nepotřebují lékařskou péči, aby mohli fungovat v každodenním životě. Odpověď v oblasti maximálně nezastával v obou případech žádný z respondentů.

Tabulka 23 – Radost ze života

	návštěva lékaře		po 3 měsících	
	absolutní četnost	procentuální četnost	absolutní četnost	procentuální četnost
maximálně	0	0	4	24
hodně	7	41	10	59
středně	6	35	3	18
trochu	1	6	0	0
vůbec ne	3	18	0	0
Celkem	17	100	17	100

Graf 23 - Radost ze života

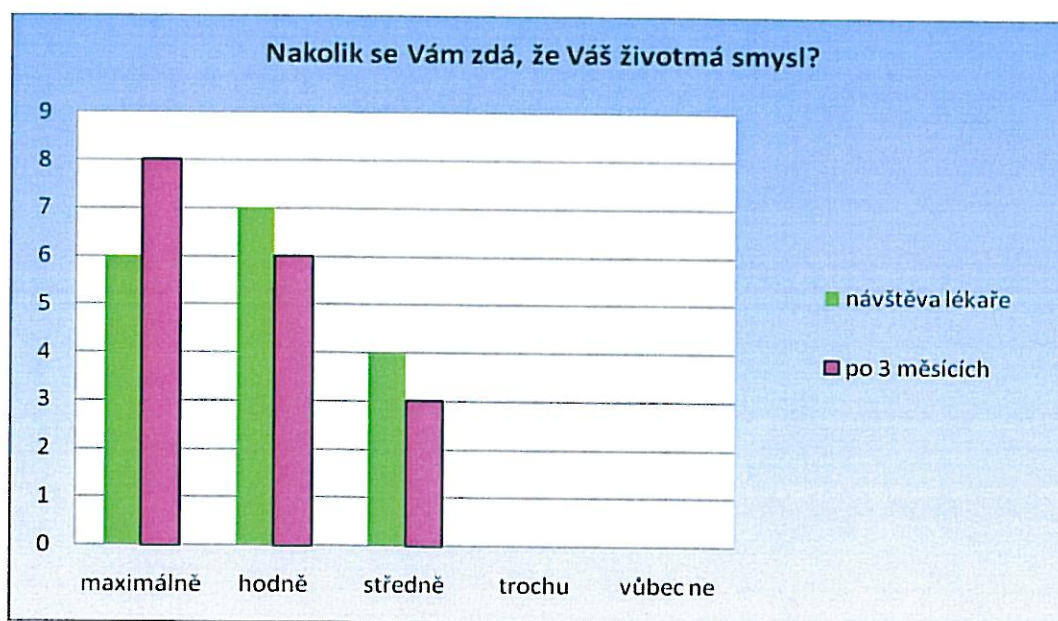


U této položky měli dotázaní zhodnotit, jak moc je těší život. Z analýzy šetření bylo patrné, že při návštěvě lékaře je těší život hodně 41% (7) respondentů nebo středně 35% (6) respondentů, v menším procentuálním zastoupení vybrali také možnost trochu (1 dotázaný) nebo vůbec ne (3 dotázaní).

Tabulka 24 – Smysl života

	návštěva lékaře		po 3 měsících	
	absolutní četnost	procentuální četnost	absolutní četnost	procentuální četnost
maximálně	6	35	8	47
hodně	7	41	6	35
středně	4	24	3	18
trochu	0	0	0	0
vůbec ne	0	0	0	0
Celkem	17	100	17	100

Graf 24 – Smysl života

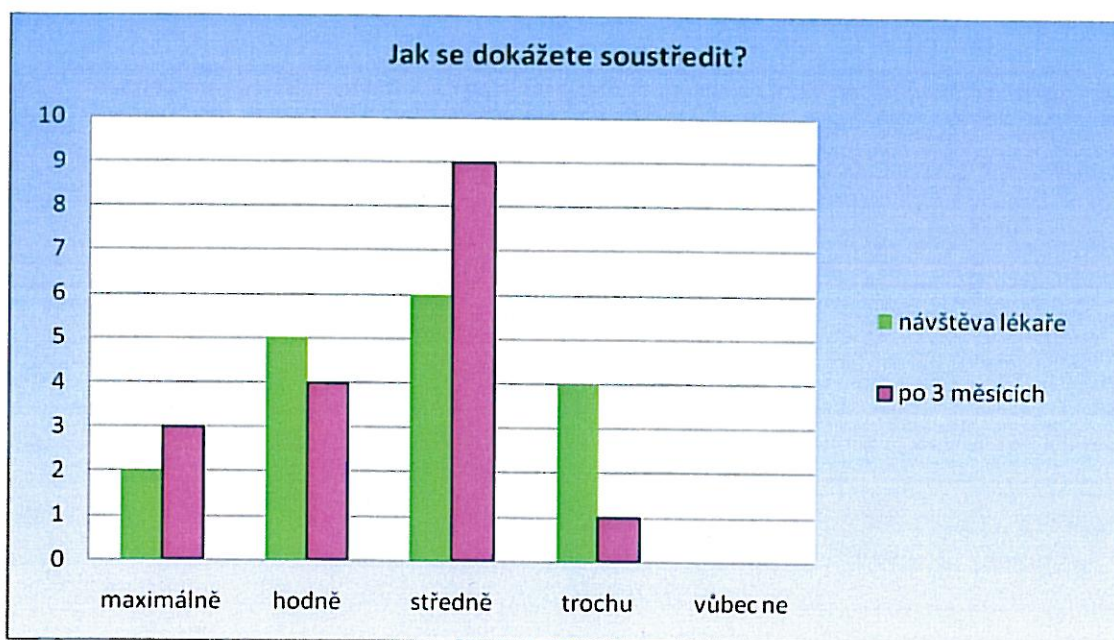


U této položky odpovídali klienti – Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl? Z výzkumného šetření mohu interpretovat, že jak v první fázi šetření, tak ani v druhé fázi šetření nikdo neodpověděl odpovědí trochu nebo vůbec. Po 3 měsících, kdy respondenti měli odpovědět na tuto otázku znova se ukázalo, že v odpovědích středně, hodně nebo maximálně došlo k procentuálnímu navýšení odpovědí oproti předchozímu šetření, kdy respondenti byli na tuto otázku dotazováni při návštěvě lékaře.

Tabulka 25 – Soustředěnost

	návštěva lékaře		po 3 měsících	
	absolutní četnost	procentuální četnost	absolutní četnost	procentuální četnost
maximálně	2	12	3	18
hodně	5	29	4	24
středně	6	35	9	53
trochu	4	24	1	6
vůbec ne	0	0	0	0
Celkem	17	100	17	100

Graf 25 – Soustředěnost

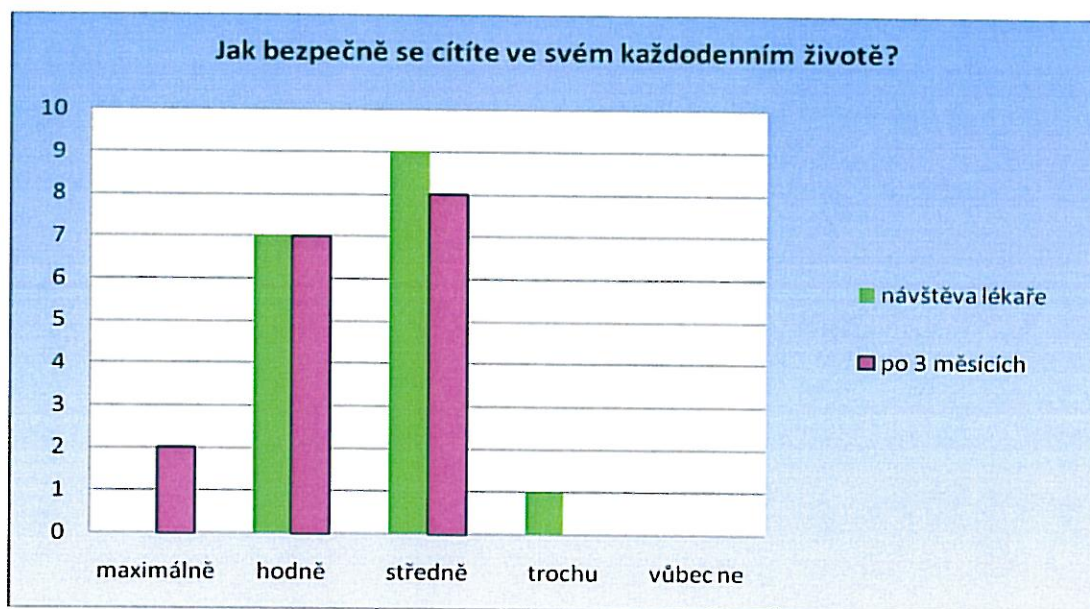


U této položky měli respondenti zhodnotit, jak se mohou soustředit. Z mého šetření je patrné, že z nabízených odpovědí se v obou případech mohou soustředit nejvíc středně. Při návštěvě lékaře ukazují čísla u této škály 6 respondentů (35%) a po 3 měsících 9 respondentů (53%). Odpověď vůbec ne nezaškrtil ani v jedné fázi žádný z dotázaných.

Tabulka 26 – Bezpečnost v každodenním životě

	návštěva lékaře		po 3 měsících	
	absolutní četnost	procentuální četnost	absolutní četnost	procentuální četnost
maximálně	0	0	2	12
hodně	7	41	7	41
středně	9	53	8	47
trochu	1	6	0	0
vůbec ne	0	0	0	0
Celkem	17	100	17	100

Graf 26 – Bezpečnost v každodenním životě

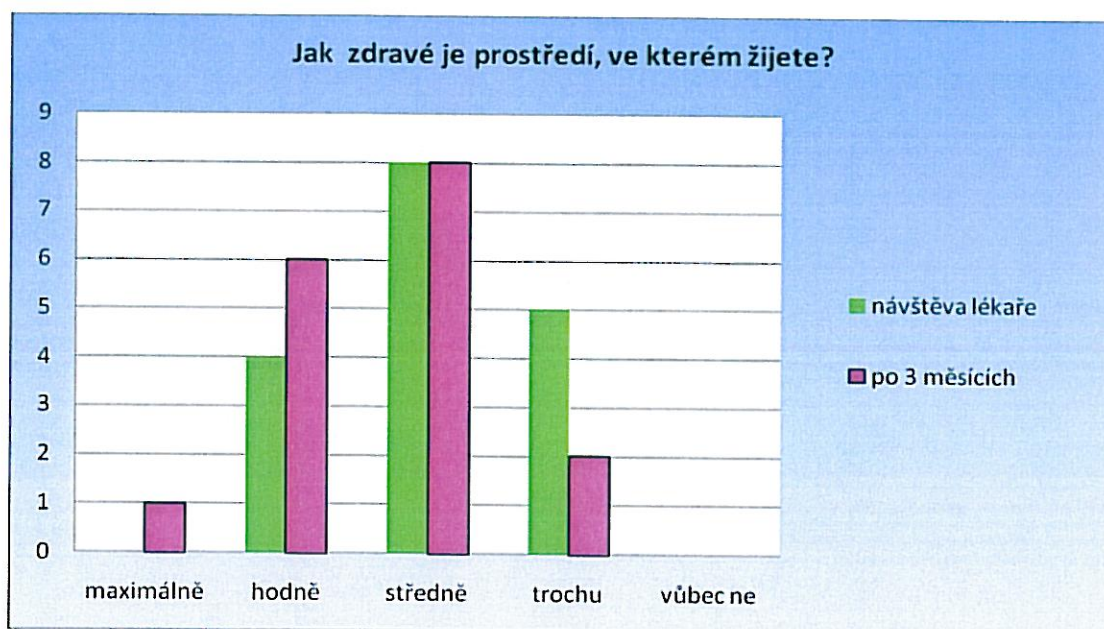


U této položky klienti odpovídali na otázku – Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě? Z analýzy dat můžeme vykázt, že pacienti se v každodenním životě cítí buď hodně nebo středně. Při návštěvě lékaře i za 3 měsíce odpověď hodně zaškrtno shodně 7 dotázaných (41%). Odpověď středně při návštěvě lékaře zaškrtno 9 z dotázaných, což je 53% z celkového počtu a po 3 měsících tuto odpověď označilo o 1 respondenta míň (47%). Výsledky ukazují, že o 3 měsíce později se 2 klienti (12%) cítí ve svém životě maximálně.

Tabulka 27 – Zdravé prostředí

	návštěva lékaře		po 3 měsících	
	absolutní četnost	procentuální četnost	absolutní četnost	procentuální četnost
maximálně	0	0	1	6
hodně	4	24	6	35
středně	8	47	8	47
trochu	5	29	2	12
vůbec ne	0	0	0	0
Celkem	17	100	17	100

Graf 27 – Zdravé prostředí

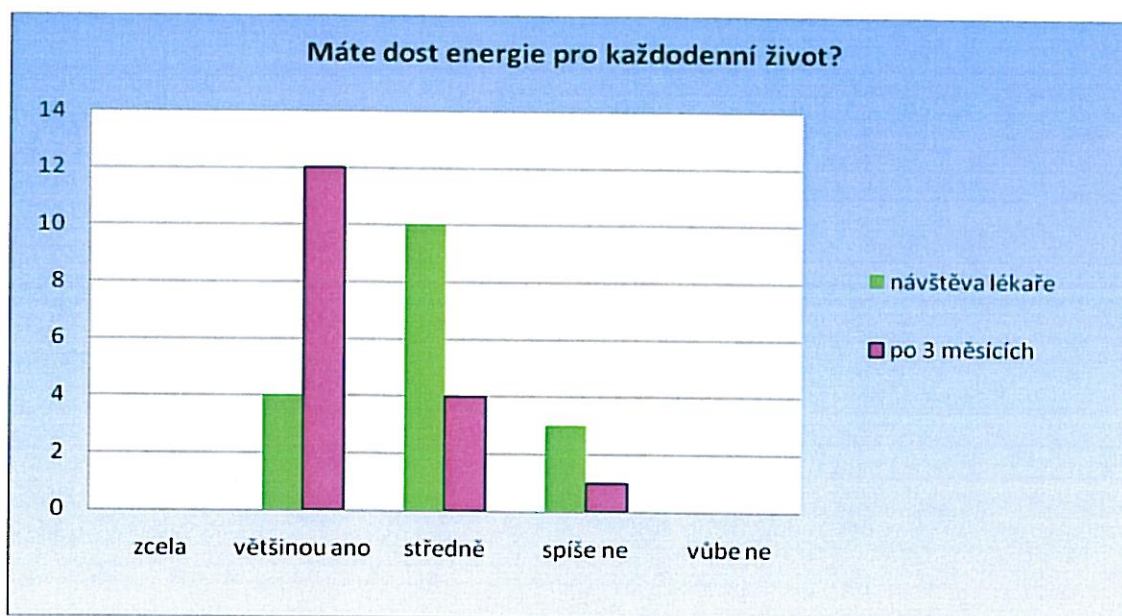


U této položky měli dotazovaní hodnotit, jak moc se jim zdá zdravé prostředí v jejich okolním životě. Z šetření je patrné, že jak při vyplňování dotazníku při návštěvě lékaře, tak i 3 měsíce po ní si respondenti shodně mysleli, že v jejich okolním prostředí je zdravé okolí středně (u obou fází je to 8 respondentů (47%)). Při návštěvě lékaře - u odpovědi hodně odpovídali 4 dotazovaní (24%) a trochu 5 dotazovaných (29%). 3 měsíce po ní na tyto stejné otázky hodně – odpovědělo 6 respondentů (35%) a trochu odpověděli 2 respondenti (12%). Odpověď maximálně v tomto období byla zaznamenána pouze 1 (6%).

Tabulka 28 – Energie

	návštěva lékaře		po 3 měsících	
	absolutní četnost	procentuální četnost	absolutní četnost	procentuální četnost
zcela	0	0	0	0
většinou ano	4	24	12	71
středně	10	59	4	24
spíše ne	3	18	1	6
vůbec ne	0	0	0	0
Celkem	17	100	17	100

Graf 28 - Energie

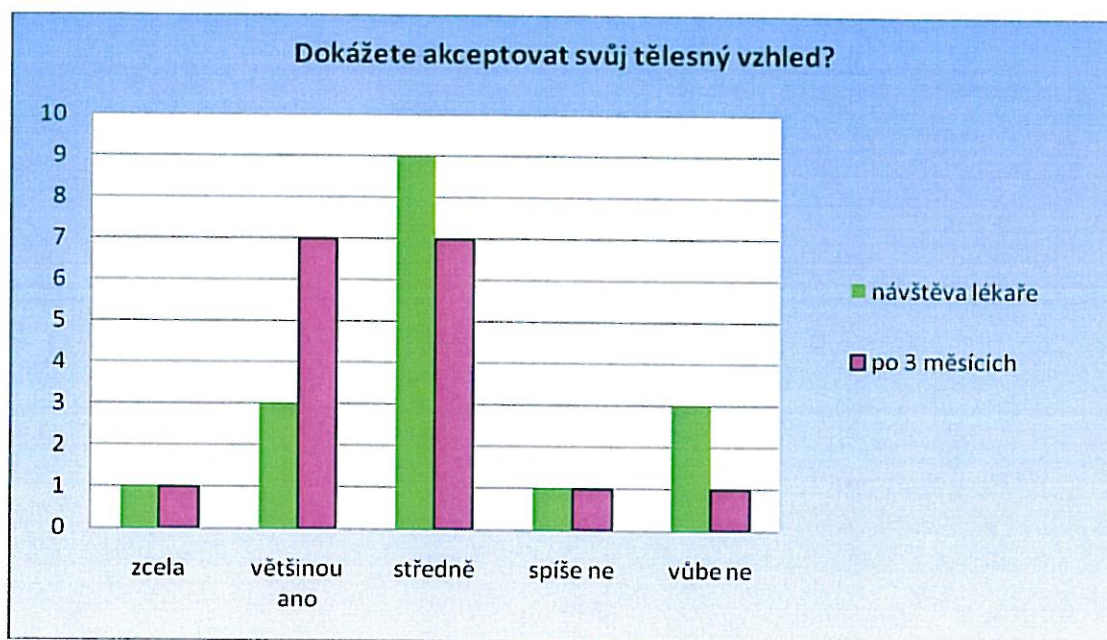


Z grafu číslo 28 vyplývá, že na otázku, zda respondenti mají dost energie pro každodenní život, odpověděli takto: odpověď zcela a vůbec ne nebyla zaškrtnuta ani jedním dotazovaným. Při návštěvě lékaře označili respondenti odpovědi takto: většinou ano - 4 respondenti (14%), středně 10 respondentů (59%), spíše ne 3 respondenti (18%). Za 3 měsíce od návštěvy lékaře označili respondenti odpovědi takto: většinou ano - 12 respondentů (71%), středně 4 respondenti (24%), spíše ne 1 respondent (6%).

Tabulka 29 – Akceptace svého vzhledu

	návštěva lékaře		po 3 měsících	
	absolutní četnost	procentuální četnost	absolutní četnost	procentuální četnost
zcela	1	6	1	6
většinou ano	3	18	7	41
středně	9	53	7	41
spíše ne	1	6	1	6
vůbec ne	3	18	1	6
Celkem	17	100	17	100

Graf 29 – Akceptace svého vzhledu

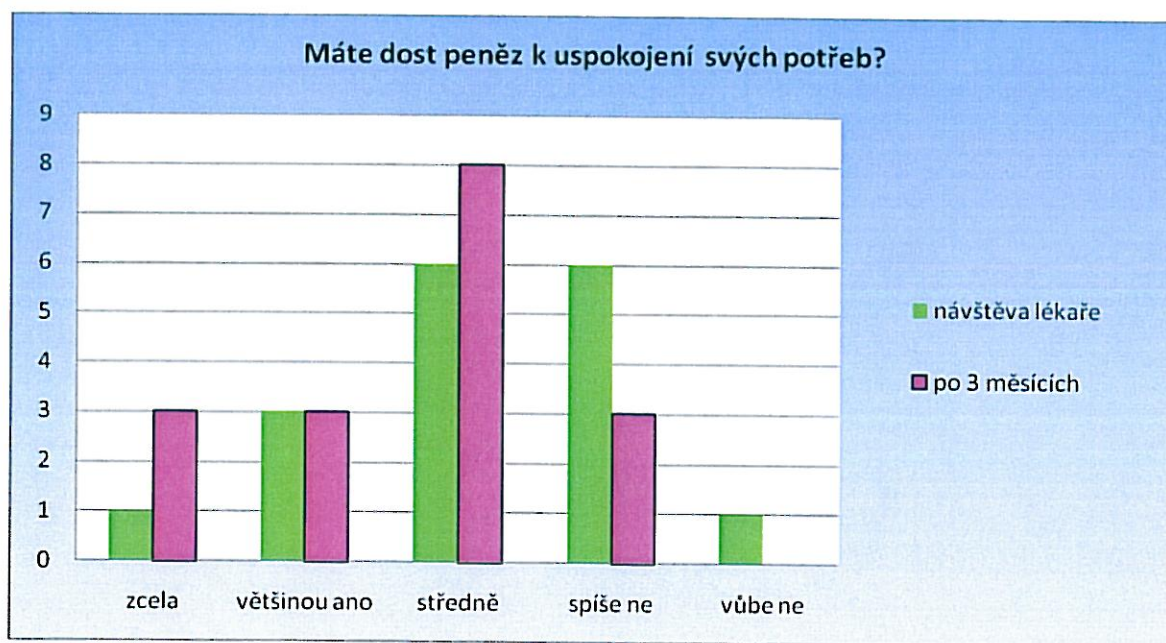


V této facetě odpovídalo shodně odpovědi zcela nebo spíše ne v obou srovnáních po 1 respondentovi (6%). Vzestup odpovědi nastal při vyplňování dotazníku po 3 měsících. Odpověď většinou ano – 7 respondentů (41%). Což je o 4 více než před třemi měsíci (18%).

Tabulka 30 – Finanční stránka

	návštěva lékaře		po 3 měsících	
	absolutní četnost	procentuální četnost	absolutní četnost	procentuální četnost
zcela	1	6	3	18
většinou ano	3	18	3	18
středně	6	35	8	47
spíše ne	6	35	3	18
vůbec ne	1	6	0	0
Celkem	17	100	17	100

Graf 30 – Finanční stránka

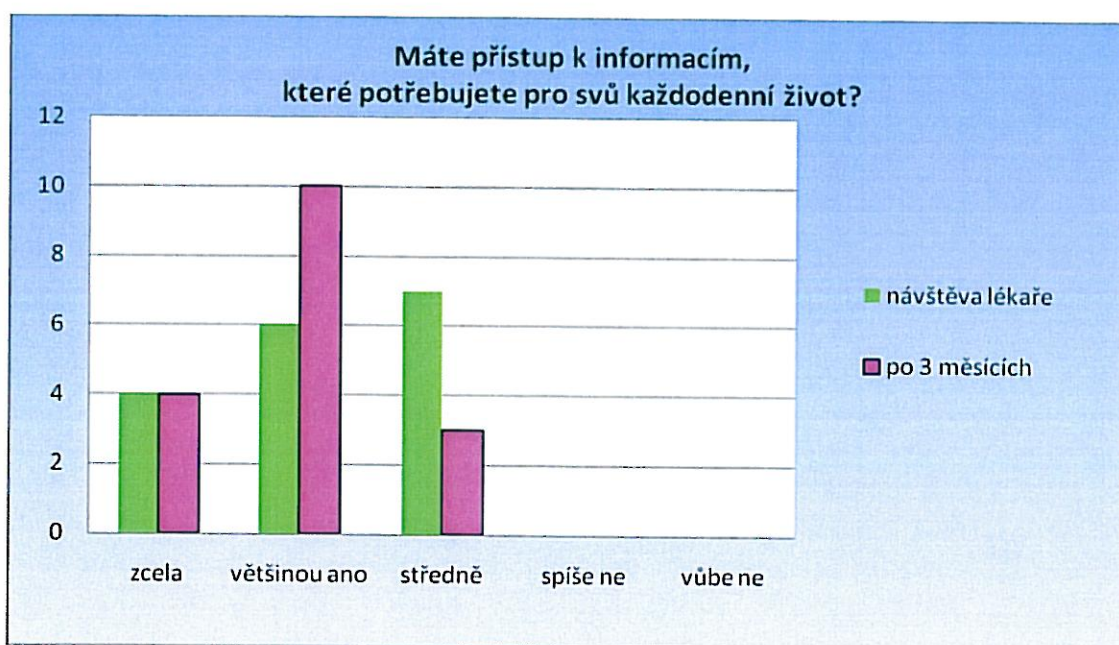


U položky 30, zda mají respondenti k uspokojení svých potřeb dost peněz, odpověděli takto. Při návštěvě lékaře nejčastěji odpovídali odpovědi středně a spíše ne, ta shodně zastupovala 6 respondentů (35%). Za 3 měsíce nejvíce označenou odpovědí zastávala odpověď středně 8 dotázaných (47%). Odpověď zcela, většinou ano, spíše ne odpovídalo shodně po 3 respondentech (18%).

Tabulka 31 – Přístup k informacím

	návštěva lékaře		po 3 měsících	
	absolutní četnost	procentuální četnost	absolutní četnost	procentuální četnost
zcela	4	24	4	24
většinou ano	6	35	10	59
středně	7	41	3	18
spíše ne	0	0	0	0
vůbec ne	0	0	0	0
Celkem	17	100	17	100

Graf 31 – Přístup k informacím

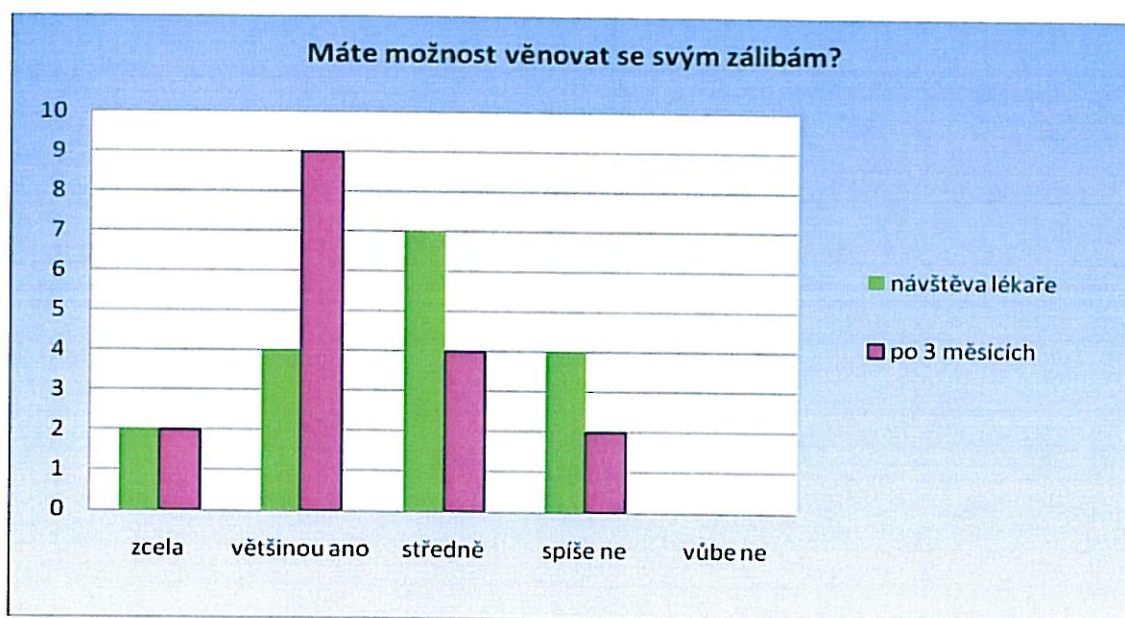


Z mého šetření vyplývá, že klienti mají střední přístup k informacím – nejvíc označilo 7 respondentů (41%) při návštěvě lékaře. A po 3 měsících nejvíce zastoupená odpověď zněla většinou ano – označilo 10 respondentů (59%). Spíše ne nebo vůbec ne nebyla označena nikým.

Tabulka 32 – Možnost věnovat se svým zálibám

	návštěva lékaře		po 3 měsících	
	absolutní četnost	procentuální četnost	absolutní četnost	procentuální četnost
zcela	2	12	2	12
většinou ano	4	24	9	53
středně	7	41	4	24
spíše ne	4	24	2	12
vůbec ne	0	0	0	0
Celkem	17	100	17	100

Graf 32 – Možnost věnovat se svým zálibám

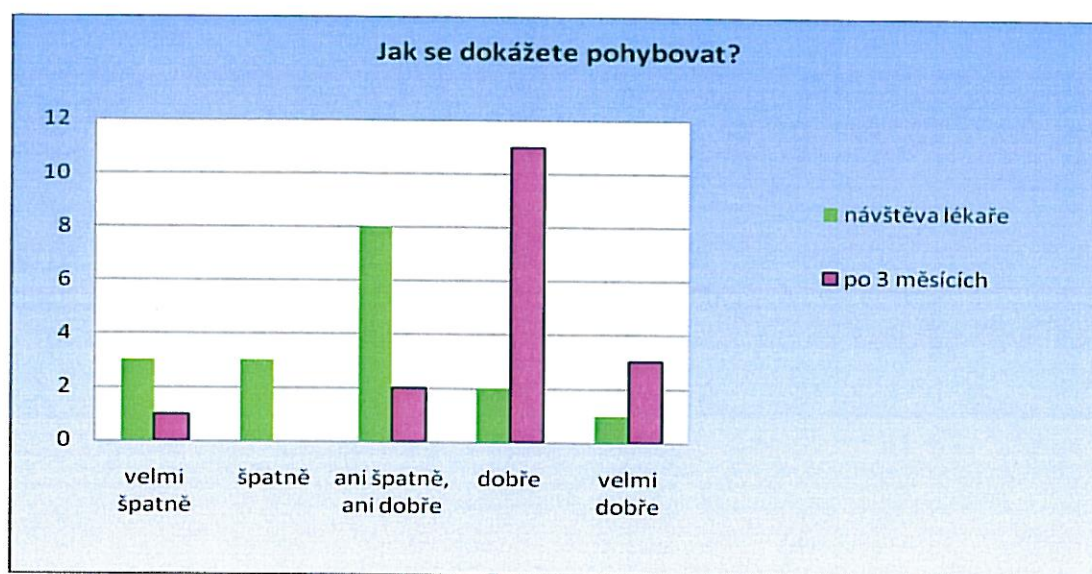


Z grafu číslo 32 můžeme vidět, jak respondenti odpovídali na otázku, zda mají možnost věnovat se svým zálibám. Vůbec ne, neoznačil ani jeden z pacientů. Při návštěvě lékaře odpovídali dotázaní takto: nejvíce byli spokojeni středně 7 klientů (41%), většinou ano a spíše ne se shodlo 24% dotázaných (4). Po 3 měsících odpovídali takto: většinou ano bylo spokojeno 53% respondentů (9), o něco méně byli respondenti spokojeni středně 24% (4), zcela a spíše ne odpovědělo shodně 12% respondentů (2).

Tabulka 33 – Možnost pohybu

	návštěva lékaře		po 3 měsících	
	absolutní četnost	procentuální četnost	absolutní četnost	procentuální četnost
velmi špatně	3	18	1	6
špatně	3	18	0	0
ani špatně, ani dobře	8	47	2	12
dobře	2	12	11	65
velmi dobře	1	6	3	18
Celkem	17	100	17	100

Graf 33 – Možnost pohybu

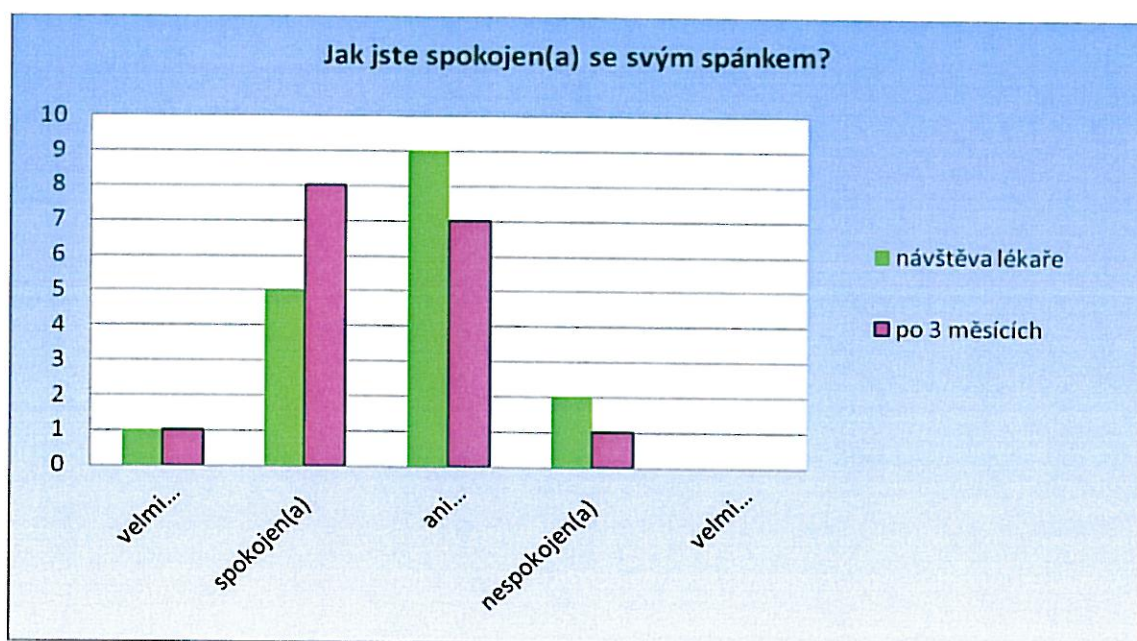


Tato položka odpovídala na otázku – Jak se dokážete pohybovat? Při návštěvě lékaře odpovídali takto: velmi špatně se pohybovali 3 respondenti, (18%). Špatně odpovědělo shodně s odpovědí velmi špatně. Ani špatně/ani dobře se pohybovalo 8 dotázaných, (47%). Dobře se pohybovali 2 dotázaní, (12%) a 1 z respondentů se pohyboval velmi dobře. Po 3 měsících od návštěvy lékaře odpovídali klienti takto: velmi špatně se pohyboval pouze 1 respondent, špatně ani jeden, ani špatně/ani dobře 2, (12%). Dobře se pohybovalo 11 respondentů, (65%) a velmi dobře 3 respondenti, (18%).

Tabulka 34 - Spánek

	návštěva lékaře		po 3 měsících	
	absolutní četnost	procentuální četnost	absolutní četnost	procentuální četnost
velmi spokojen(a)	1	6	1	6
spokojen(a)	5	29	8	47
ani spokojen(a), ani nespokojen(a)	9	53	7	41
nespokojen(a)	2	12	1	6
velmi nespokojen(a)	0	0	0	0
Celkem	17	100	17	100

Graf 34 – Spánek

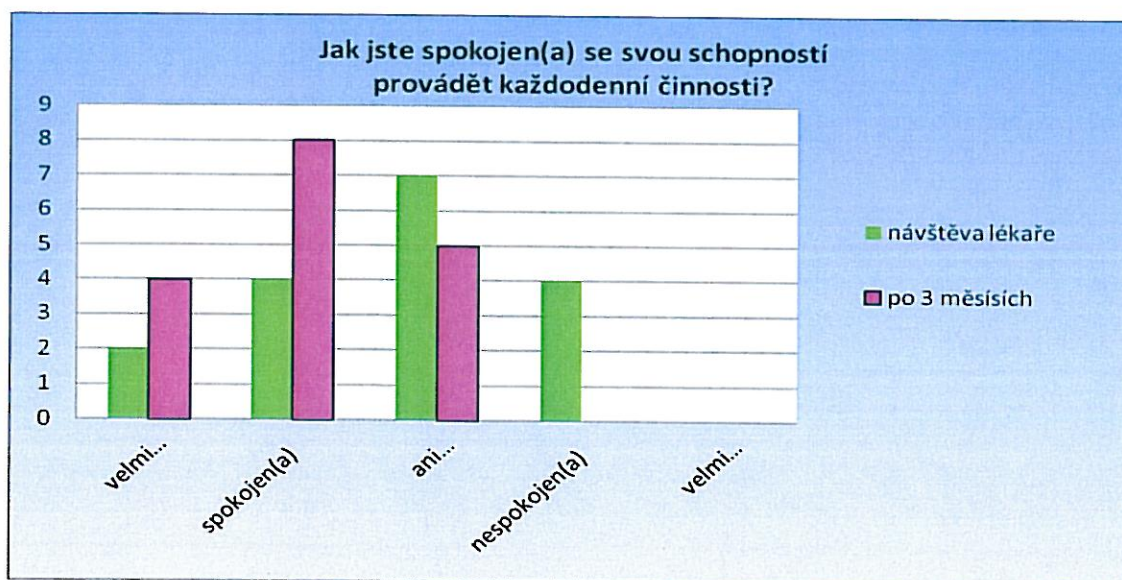


Z analýzy dat jsem zjistila, že spokojeno se svým spánkem po 3 měsících bylo 47%, 8 respondentů, v předchozích 3 měsících bylo spokojeno pouhých 29%, 4 respondenti. Další hodnoty můžeme porovnat v grafu.

Tabulka 35 – Schopnost provádět každodenní činnosti

	návštěva lékaře		po 3 měsících	
	absolutní četnost	procentuální četnost	absolutní četnost	procentuální četnost
velmi spokojen(a)	2	12	4	24
spokojen(a)	4	24	8	47
ani spokojen(a), ani nespokojen(a)	7	41	5	29
nespokojen(a)	4	24	0	0
velmi nespokojen(a)	0	0	0	0
Celkem	17	100	17	100

Graf 35 – Schopnost provádět každodenní činnosti

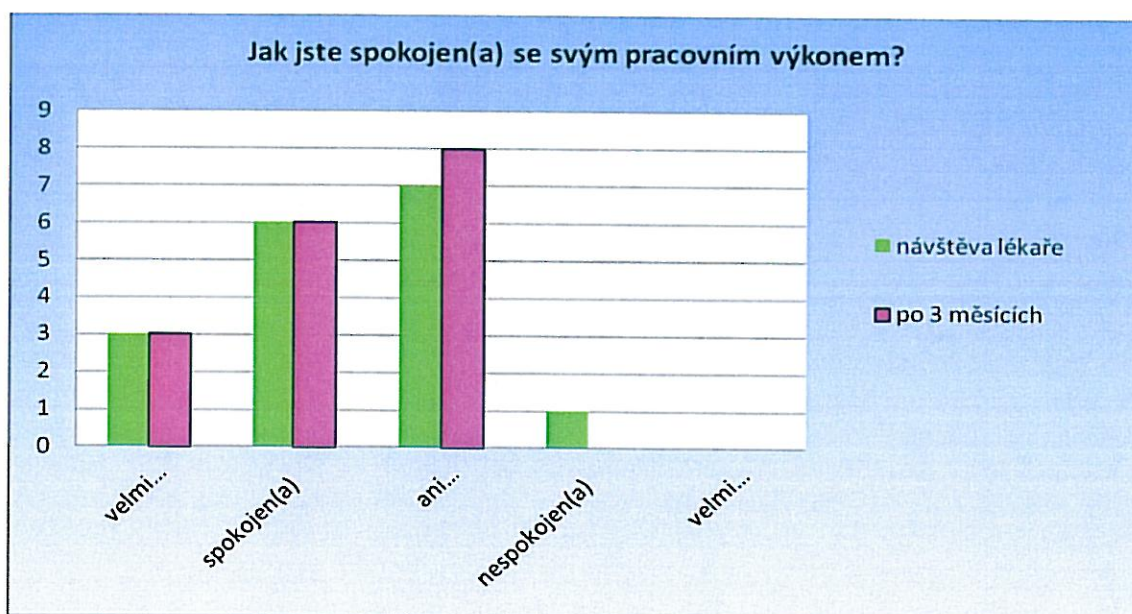


V tomto hodnocení odpovídali respondenti takto: Při návštěvě lékaře byli velmi spokojeni 2 respondenti (12%), spokojeni byli 4 dotázaní (24%), ani spokojeno/ani nespokojeno bylo 7 lidí (41%), nespokojeno byli respondenti 4 dotázaní (24%). Po 3 měsících se čísla změnila a respondenti odpovídali takto: velmi spokojeno byli 4 respondenti (24%), spokojeno bylo 8 dotázaných (47%), ani spokojeno/nespokojeno bylo 5 lidí (29%). Nespokojeno či velmi nespokojen nebyl v tomto období nikdo.

Tabulka 36 – Spokojenost s pracovním výkonem

	návštěva lékaře		po 3 měsících	
	absolutní četnost	procentuální četnost	absolutní četnost	procentuální četnost
velmi spokojen(a)	3	18	3	18
spokojen(a)	6	35	6	35
ani spokojen(a), ani nespokojen(a)	7	41	8	47
nespokojen(a)	1	6	0	0
velmi nespokojen(a)	0	0	0	0
Celkem	17	100	17	100

Graf 36 – Spokojenost s pracovním výkonem

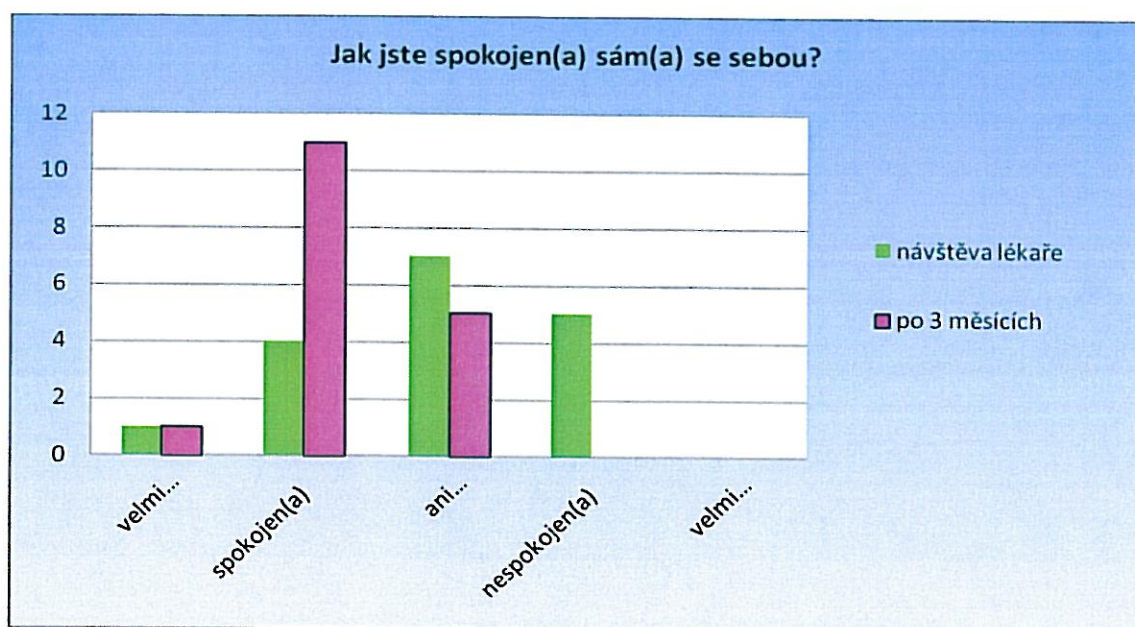


Z této analýzy mohu interpretovat, že nejvíce zajímavá čísla byla při položce ani spokojen/ani nespokojen. Při návštěvě lékaře touto odpovědí odpovědělo 7 lidí (41%), za 3 měsíce po ní 8 respondentů (47%). V odpovědi spokojen odpovědělo shodně v těchto obdobích 6 dotázaných, což činí (35%) a v odpovědi velmi spokojen taktéž shodně odpovědělo 3 dotázaných (18%).

Tabulka 37 – Spokojenost sám/sama se sebou

	návštěva lékaře		po 3 měsících	
	absolutní četnost	procentuální četnost	absolutní četnost	procentuální četnost
velmi spokojen(a)	1	6	1	6
spokojen(a)	4	24	11	65
ani spokojen(a), ani nespokojen(a)	7	41	5	29
nespokojen(a)	5	29	0	0
velmi nespokojen(a)	0	0	0	0
Celkem	17	100	17	100

Graf 37 – Spokojenost sám/sama se sebou

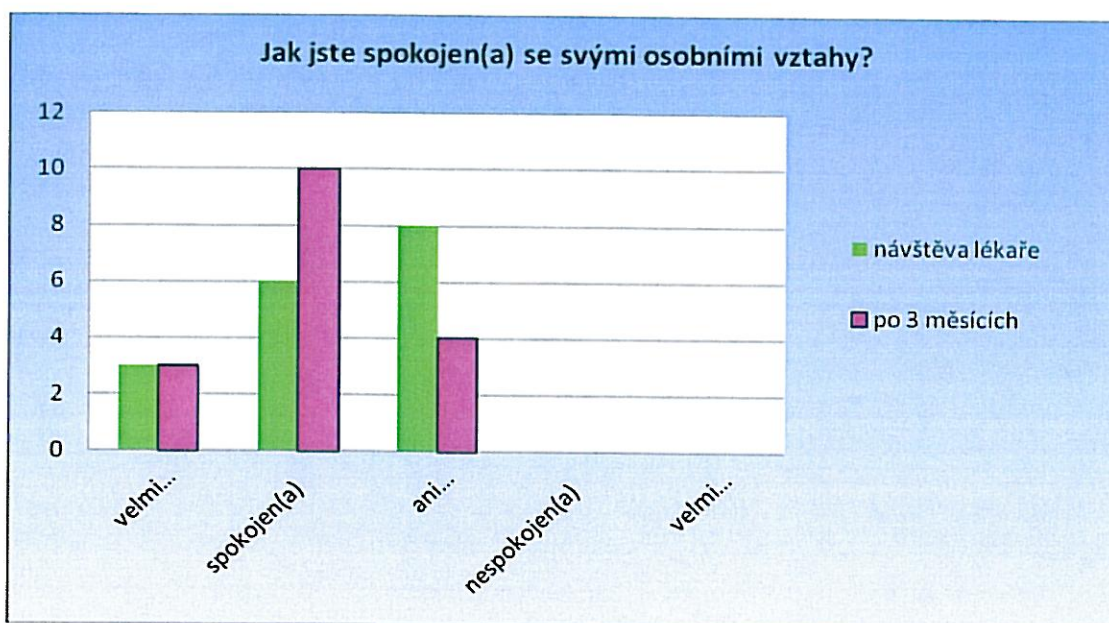


Tabulka graf číslo 37 nám přehledně zobrazuje následovné skutečnosti: testované osoby při návštěvě lékaře nejvíce zastávaly názor, že jsou ani spokojeni/ani nespokojeni - 7 lidí (47%) nebo nespokojeni - 5 lidí (29%). Po 3 měsících čísla ukazují tyto hodnoty: spokojeno - 11 lidí (65%), ani spokojeno/nespokojeno - 5 lidí (29%).

Tabulka 38 – Spokojenost s osobními vztahy

	návštěva lékaře		po 3 měsících	
	absolutní četnost	procentuální četnost	absolutní četnost	procentuální četnost
velmi spokojen(a)	3	18	3	18
spokojen(a)	6	35	10	59
ani spokojen(a), ani nespokojen(a)	8	47	4	24
nespokojen(a)	0	0	0	0
velmi nespokojen(a)	0	0	0	0
Celkem	17	100	17	100

Graf 38 - Spokojenost s osobními vztahy

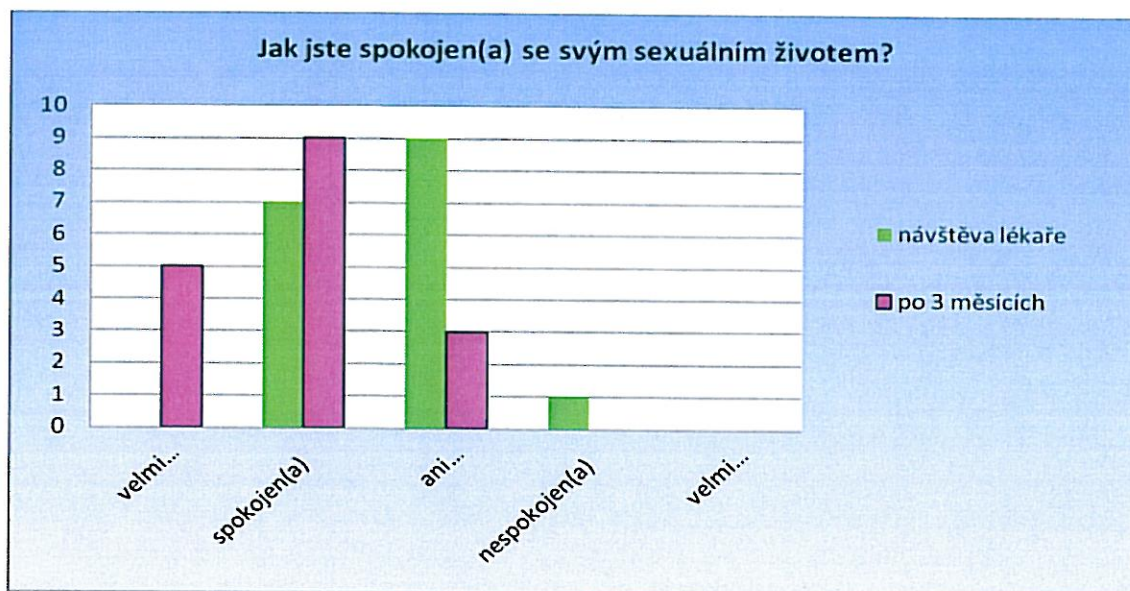


Na otázku Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy respondenti odpovídali tímto způsobem. Nespokojen/a či velmi nespokojen/a nebyl nikdo v obou případech. Velmi spokojeno shodně odpovídali 3 respondenti (18%). V odpovědích spokojen/a ani nespokojen/a se čísla lišila, viz porovnání graf číslo 38.

Tabulka 39 – Spokojenost se sexuálním životem

	návštěva lékaře		po 3 měsících	
	absolutní četnost	procentuální četnost	absolutní četnost	procentuální četnost
velmi spokojen(a)	0	0	5	29
spokojen(a)	7	41	9	53
ani spokojen(a), ani nespokojen(a)	9	53	3	18
nespokojen(a)	1	6	0	0
velmi nespokojen(a)	0	0	0	0
Celkem	17	100	17	100

Graf 39 – Spokojenost se sexuálním životem

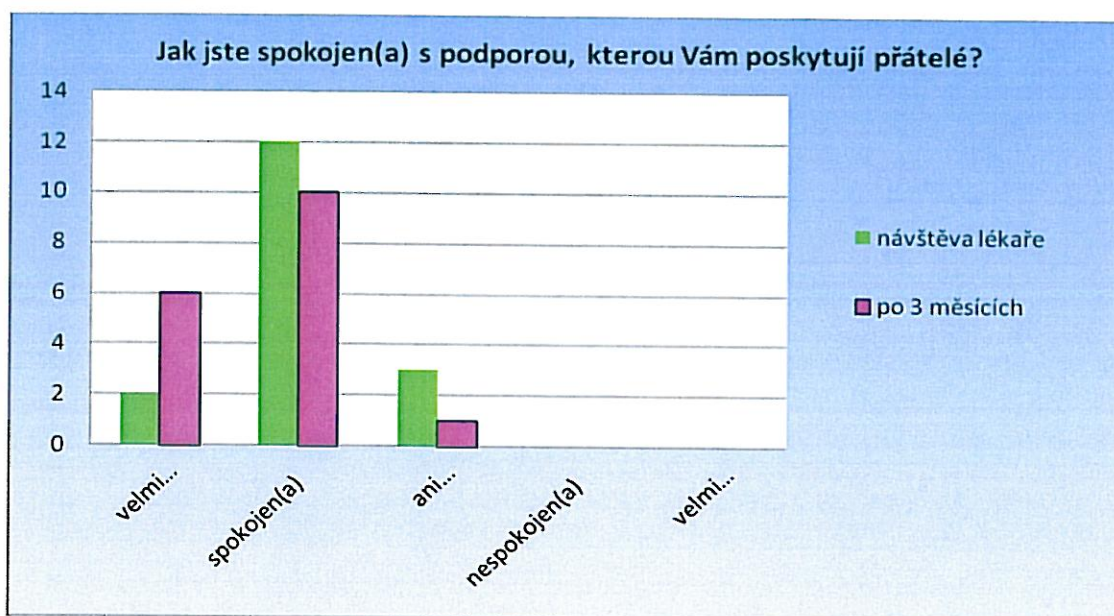


Z výše uvedeného grafu číslo 39 můžeme zjistit, jak klienti odpovídali na otázku, která se týkala spokojenosti se svým sexuálním životem. Při návštěvě lékaře bylo ani spokojeno/ani nespokojeno 53% lidí, což z celkového počtu činí 9, spokojeno pak bylo 41% dotázaných, což v číslech přináší 7. Po 3 měsících můžeme vidět rozdíly. Spokojeno bylo 53% (9 respondentů), a velmi spokojeno bylo 29% (5 respondentů). Malý počet také zastávali klienti, kteří byli ani spokojeni/ani nespokojeni, čísla znázorněn počet 3 (18%).

Tabulka 40 – Spokojenost s podporou přátel

	návštěva lékaře		po 3 měsících	
	absolutní četnost	procentuální četnost	absolutní četnost	procentuální četnost
velmi spokojen(a)	2	12	6	35
spokojen(a)	12	71	10	59
ani spokojen(a), ani nespokojen(a)	3	18	1	6
nespokojen(a)	0	0	0	0
velmi nespokojen(a)	0	0	0	0
Celkem	17	100	17	100

Graf 40 - Spokojenost s podporou přátel



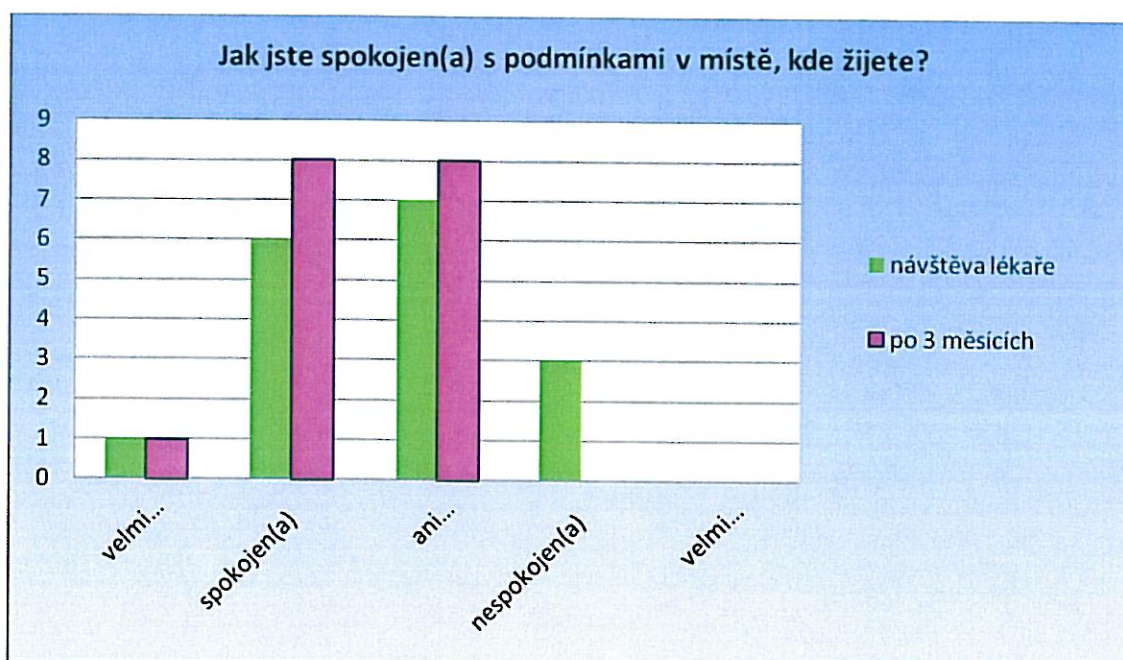
Jak jste spojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?

Z této analýzy může vyplývat, že nejčastější odpovědí, kterou respondenti reagovali na tuto otázku při návštěvě lékaře bylo: spokojen/o 71% (12 respondentů). Odpověď ani spokojen/a/ nespokojena či velmi spokojena/a nehrála významnou roli v této facetě. Za 3 měsíce nejvíce zaškrtnutou odpovědí byla opět spokojen/a, což bylo 10 respondentů (59%). Velmi spokojených bylo 6 respondentů (35%).

Tabulka 41 – Spokojenost s podmínkami v místě života

	návštěva lékaře		po 3 měsících	
	absolutní četnost	procentuální četnost	absolutní četnost	procentuální četnost
velmi spokojen(a)	1	6	1	6
spokojen(a)	6	35	8	47
ani spokojen(a), ani nespokojen(a)	7	41	8	47
nespokojen(a)	3	18	0	0
velmi nespokojen(a)	0	0	0	0
Celkem	17	100	17	100

Graf 41 – Spokojenost s podmínkami v místě života

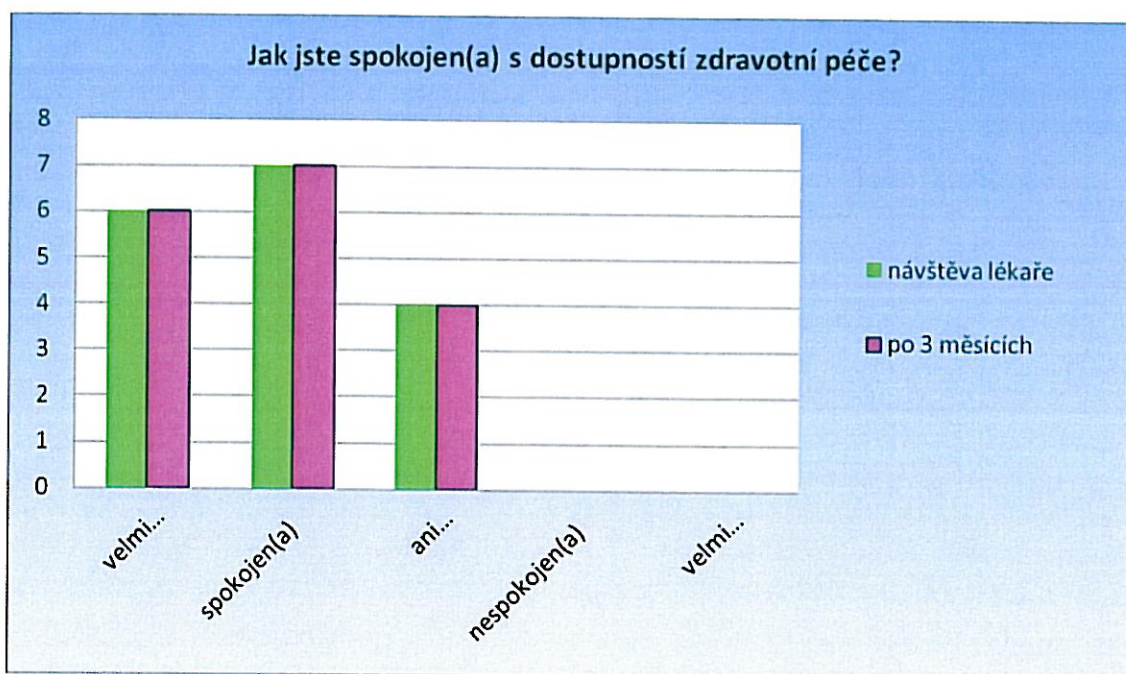


Graf číslo 41 nám přesně poskytuje odpovědi o počtu respondentů, kteří odpovídali na výše uvedenou otázku. Nejvíce zastoupenou odpovědí v obou případech byla ani spokojen/a / nespokojen/a 41%, 6 respondentů při návštěvě lékaře. 3 měsíce po ní odpovědělo stejnou odpovědí 47%, 8 dotázaných a odpověď spokojen/a označilo při návštěvě lékaře 35%, 6 respondentů, 3 měsíce po ní 47%, 8 dotázaných.

Tabulka 42 – Spokojenost s dostupností zdravotní péče

	návštěva lékaře		po 3 měsících	
	absolutní četnost	procentuální četnost	absolutní četnost	procentuální četnost
velmi spokojen(a)	6	35	6	35
spokojen(a)	7	41	7	41
ani spokojen(a), ani nespokojen(a)	4	24	4	24
nespokojen(a)	0	0	0	0
velmi nespokojen(a)	0	0	0	0
Celkem	17	100	17	100

Graf 42 – Spokojenost s dostupností zdravotní péče



U této položky hodnotili klienti, jak jsou spokojeni s dostupností zdravotní péče. Z analýzy dat grafu 42 mohou říci, že spokojených občanů bylo shodně v obou případech 41%, 7 dotázaných, velmi spokojeno bylo opět shodně v obou případech 35%, 6 respondentů a ani spokojeno/nespokojeno jak při návštěvě lékaře, tak 3 měsíce po ní bylo 24%, 4 respondenti.

Tabulka 43 – Spokojenost s dopravou

	návštěva lékaře		po 3 měsících	
	absolutní četnost	procentuální četnost	absolutní četnost	procentuální četnost
velmi spokojen(a)	3	18	1	6
spokojen(a)	7	41	7	41
ani spokojen(a), ani nespokojen(a)	4	24	4	24
nespokojen(a)	3	18	5	29
velmi nespokojen(a)	0	0	0	0
Celkem	17	100	17	100

Graf 43 – Spokojenost s dopravou

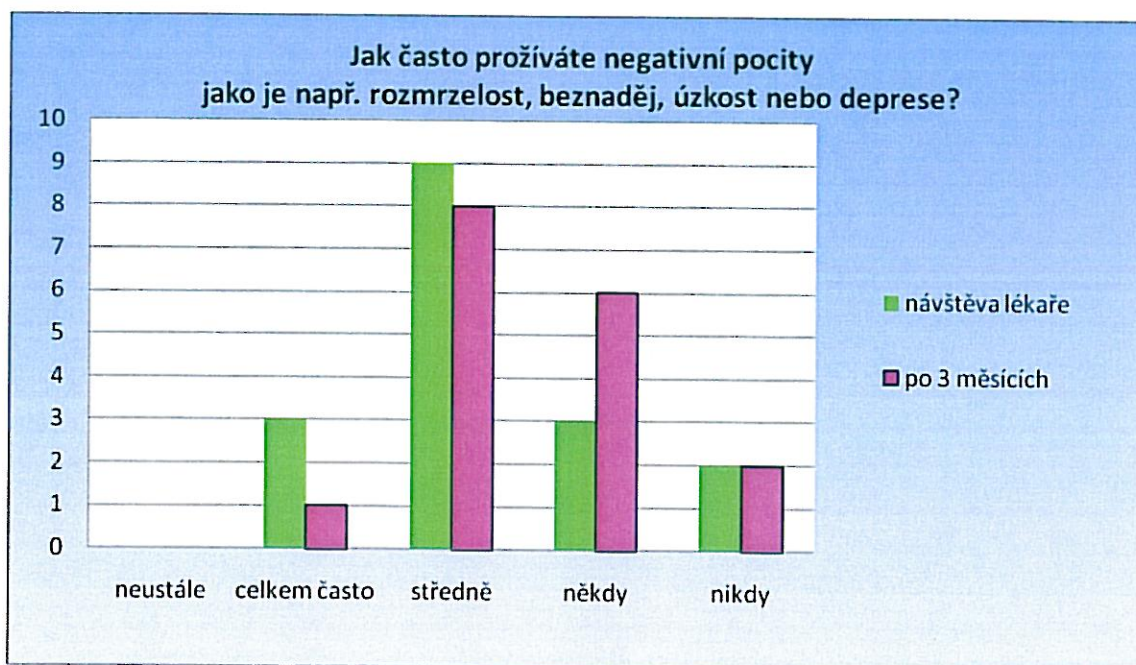


U této otázky můžeme spokojenost hodnotit shodně. Při návštěvě lékaře i po ní odpovědělo 41%. 4 klienti (24%) byli shodně ani spokojeni/ani nespokojeni v obou případech. Nespokojenost převládala po 3 měsících u 5-ti lidí (29%), oproti tomu, kdy označili tuto odpověď při návštěvě lékaře pouze 3 dotázaní, což je (18%).

Tabulka 44 – Prožívání negativních pocitů

	návštěva lékaře		po 3 měsících	
	absolutní četnost	procentuální četnost	absolutní četnost	procentuální četnost
neustále	0	0	0	0
celkem často	3	18	1	6
středně	9	53	8	47
někdy	3	18	6	35
nikdy	2	12	2	12
Celkem	17	100	17	100

Graf 44 – Prožívání negativních pocitů

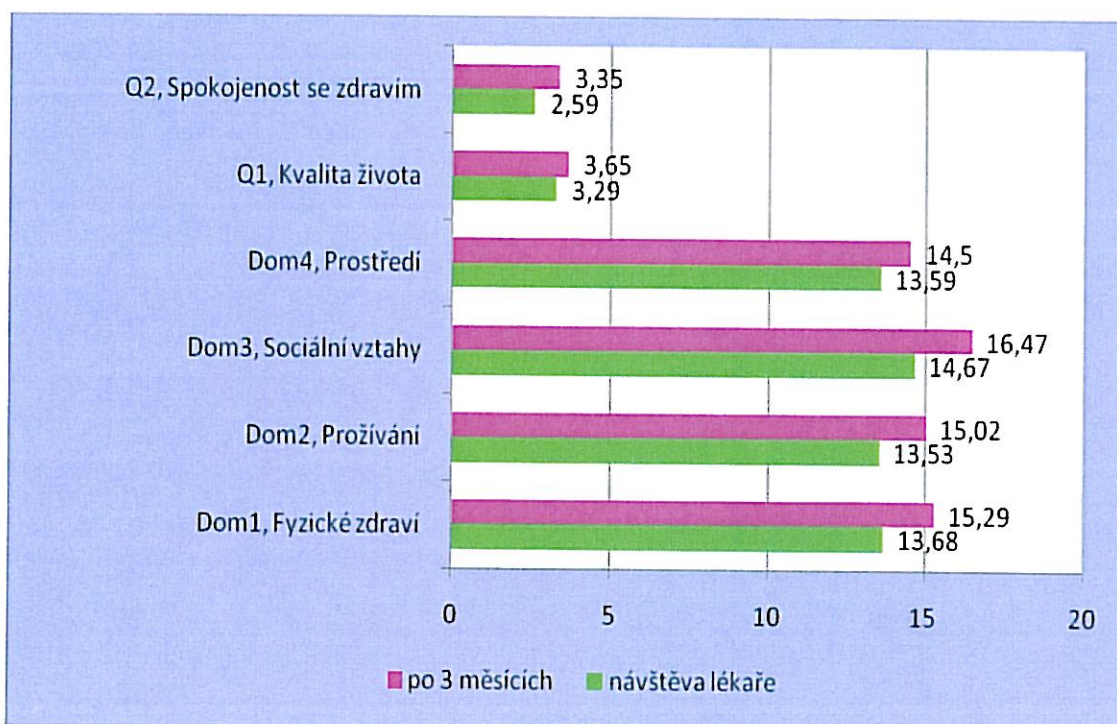


Z analýzy dat lze zmapovat, že při návštěvě lékaře prožívalo středně negativní pocity 53%, 9 respondentů, celkem často a někdy se v tomto období nacházeli 3 dotázaní (18%). 3 měsíce po návštěvě lékaře se hodnoty odpovědí pozměnili. Středně negativní pocity prožívalo 47%, 8 respondentů, někdy 35%, 6 respondentů a nikdy 12%, 2 respondenti.

Tabulka 45 - Vyhodnocení všech domén

	návštěva lékaře		po 3 měsících	
	průměrná hodnota u respondentů	populační norma	průměrná hodnota u respondentů	populační norma
Dom1, Fyzické zdraví	13,68	15,55	15,29	15,55
Dom2, Prožívání	13,53	14,78	15,02	14,78
Dom3, Sociální vztahy	14,67	14,98	16,47	14,98
Dom4, Prostředí	13,59	13,30	14,5	13,30
Q1, Kvalita života	3,29	3,82	3,65	3,82
Q2, Spokojenost se zdravím	2,59	3,68	3,35	3,68

Graf 45 – Vyhodnocení všech domén



Doména 1, fyzické zdraví – průměrná hodnota této domény je 13,68 při návštěvě lékaře a 15,29 za 3 měsíce od návštěvy lékaře, oproti populační normě 15,55 (viz příloha č. 3). Z jakých položek vypočítáme průměrnou hodnotu této domény, nalezneme na stránce č. 102.

Doména 2, prožívání ukázala u respondentů při návštěvě lékaře průměrnou hodnotu 13,53 a u této stejné skupiny za 3 měsíce od návštěvy lékaře hodnotu 15,02 oproti populační normě 14,78.

Doména 3, sociální vztahy vycházela u klientů při návštěvě lékaře na průměrnou hodnotu 14,67 a za 3 měsíce od návštěvy lékaře 16,47 oproti populační normě 14,98.

Doménu 4, prostředí hodnotili respondenti při návštěvě lékaře průměrnou hodnotou 13,59 a o 3 měsíce později tito respondenti měli hodnotu 14,5 oproti populační normě 13,3.

U respondentů po Sleeve resekci byla zmapována kvalita života hodnotou 3,29 při návštěvě lékaře a za 3 měsíce u stejného vzorku respondentů byla zmapována hodnota 3,65 oproti populační normě 3,82.

Položka – spokojenost se zdravím ukázala u dotazovaných při návštěvě 2,59 a 3 měsíce po návštěvě u lékaře 3,35 oproti populační normě 3,68.

3.5.4 Kvalitativní analýza průzkumu

Diskuze a výsledky

Problematika obezity je důsledkem změny životního prostředí, která navozuje pozitivní energetickou bilanci v důsledku konzumace energeticky bohaté potravy a sedavého způsobu života. Zvyšující se tělesná hmotnost zhoršuje kvalitu života a snižuje průměrnou délku života.

Tato práce má prezentovat zjištěné informace o tom, zda operační výkon změnil pacientům život. Většina z nás ví, jak jednoduché je přijít k nadměrné hmotnosti, obzvláště u lidí, kteří k tomu mají i predispozice a stejně tak je i jednoduché zvyknout si na sedavý způsob života.

O to složitější je tento celkový způsob života změnit a podstoupit zásah do lidského organismu operací, která je začátkem všech těchto změn, které nesou i určité tlaky na psychiku člověka. Druhou částí dotazníku jsem se zajímala o to, jak vnímají svoji kvalitu života a potřeby klienti po operačním výkonu Sleeve resekce.

Operační výkon Sleeve resekce podstupuje více žen než mužů. Ženská převaha v mých výsledcích hrála nadprůměrnou roli. Většina operovaných byla ve věku od 45-59 let. Mohu usuzovat, že lidé si uvědomují následky obezity, které zhoršují jejich kvalitu života, a které již způsobily nebo mohou zapříčinit jejich zhoršený zdravotní stav. Další početnou skupinu tvořila hranice věku 18-29 let. Lidé si v tomto věku uvědomují, jak je těžké se začlenit do skupiny či jak je těžké najít práci v dnešní době, kdy většina zaměstnavatelů vyžaduje po zaměstnancích určité fyzické vlastnosti. Lidé s vysokoškolským titulem nezastupovali tak početnou skupinu, která tuto operaci podstupovala. Nejpočetnější skupinu tvořili respondenti, kteří obdrželi maturitní vysvědčení. Z výsledků usuzuji, že diagnóza obezita výrazně neovlivnila úroveň vzdělání respondentů mého průzkumného vzorku. Za velmi pozitivní považuji zjištění, že převážná většina respondentů měla ukončené vzdělání na různých stupních, protože tento fakt pozitivně ovlivňuje kvalitu života ve smyslu lepších možností uplatnění se v pracovním procesu. Z hlediska bydlení většina dotázaných žije ve městě.

Tento údaj však nemá výpovědní hodnotu o výskytu obezity ve městě či na vesnici, co však nepovažuji za chybu, protože toto zkoumání nebylo předmětem mé práce a nemá vliv na závěry výzkumu. Není řečeno, jsem obézní, zůstanu nadosmrtní svobodný, nikdo mě nebude chtít. Toto v mé analýze určitě nebylo zaznamenáno, nadměrná většina klientů byla ve svazku manželském. Velká část svobodných lidí našla také své místo v mém žebříčku rodinných poměrů, toto číslo však bylo bezvýznamné, i přesto mohu říct, že tito lidé byli vesměs mladšího věku.

Co považuji za velmi kladné je, že všichni klienti po operaci zhubli. 14 klientů mělo před operací $BMI \geq 40$, což spadá do kategorie obezity III. stupně, velmi vysoká obezita. 3 zbývající klienti měli BMI v úrovni 35,0-39,9, což se řadí do obezity II. stupně, vysoké obezity. Po operaci v období od 2-4 měsíců respondenti uváděli opět svoji váhu a po přepočtu jejich BMI jsem zjistila, že 7 klientů se stále nacházelo v $BMI \geq 40$, obezita III. stupně, 4 respondenti byly diagnostikovány do kategorie obezity II. stupně, jelikož jejich BMI se nacházelo v rozmezí od 35.0-39.9. Posledních 6 klientů spadalo do BMI rozmezí 30.0-34.9, obezity I. stupně.

Ve výzkumu jsem nepoužila žádnou metodu, která stanovuje množství tuku včetně výpočtu BMI hodnot. Proto je diskutabilní, zda pacient zhubl adekvátní množství tukové hmoty za určité období. Samozřejmě musíme přihlížet na celkový organismus, jelikož každý člověk je „z jiného těsta“ a musíme brát v potaz dědičné faktory, skladbu těla a metabolismus každého organismu. Obézní lidé podstupují operační výkon Sleeve resekci převážně z vlastního rozhodnutí. I když zbývající menšině doporučil operaci lékař, všichni dotazovaní bez pochyby odpověděli, že jim operace změnila život. Můžeme jen doufat, že měli na mysli změnu k lepšímu, hlavně po zdravotní stránce. Zajímalo mě, zda je po operaci dodržována životospráva. První dny po výkonu každý pacient již na pooperačním oddělení obdrží informace týkající se životosprávy po chirurgickém zákroku. Po operaci je správná životospráva jednou z nejdůležitějších podmínek dobrých váhových úbytků a předcházení komplikací ve smyslu nedostatečné redukce hmotnosti nebo dokonce ohrožení zdravotního stavu. Se 100% jistotou všichni odpověděli ano. Pohyb by měl být součástí denního režimu každého člověka. Sport pomáhá spalovat energii, snižuje chuť k jídlu, má pozitivní vliv na srdeční činnost, cévy a plíce, zlepšuje psychickou rovnováhu apod. 14 lidem ze 17 byla doporučena odborníkem fyzická aktivita. 3 lidem zatím ne. Proč tomu tak je? Měli snad nějaké zdravotní komplikace? Součástí pravidelné návštěvy lékaře po operaci je konzultace ohledně fyzické zátěže, kdy lékař nabádá klienty, aby přidali a postupně zvyšovali fyzickou zátěž pro zlepšení hmotnostního úbytku. Velký rozdíl je ale v tom, jakou fyzickou zátěž lékař doporučí klientům po operaci vzhledem k jejich nadměrné hmotnosti a na druhé straně jakou fyzickou aktivitu provádí sami klienti. Spousta z nich si neuvědomuje, že špatným výběrem pohybové aktivity mohou uškodit sobě samému. Nevhodně volenou pohybovou aktivitou mohou přetížít klouby a způsobit si tak rupturu svalové fascie či při zatížení nosných kloubů může hrozit nebezpečí kolizí. Předejít takovým komplikacím je nejlepší volba cvičení pod odborným dohledem ve specializovaném zařízení jako je fit centrum, rekondičním centru, či v kolektivu ostatních obézních jedinců (v různých klubech při obezitologických centrech). Při takovýchto aktivních setkání s ostatními morbidně obézními nemocnými, ať již před či po nějaké bariatrické operaci, je prospěšná a vpravdě vítaná výměna osobních zkušeností ostatních pacientů. Mnoho jedinců ale tyto služby nevyužívá. Může to být z hlediska nižších finančních prostředků, což snižuje kvalitu života jedince. Fyzická aktivita není jenom o tom, denně „mučit své tělo“ v tělocvičně. Fyzická aktivita je pohyb, který vykonáváme každodenní činností. Spousta lidí je dneska pohodlných ujít pár minut pěšky do obchodu, na úřad a jiné.

Raději sednou do auta a své nutnosti si jedou vyřídit tímto dopravním prostředkem. Často slýchávám, „je třeba ušetřit čas“.

Ano čas, který v dnešním civilizovaném světě hraje velkou roli. V průzkumu mě zajímalo, zda klienti po operaci se snaží zapojit pohybovou činnost ve všech směrech. Chůze do schodů není tolik nebezpečná jako chůze ze schodů. 12 respondentů ze 17 tento styl pohybové aktivity využívá. Většina lidí s diagnostikovanou těžkou obezitou se snaží po operaci věnovat aktivitě i několikrát týdně. Najde se i pár jedinců, kteří pohyb do své komplexní léčby nezahrnují. Největším problémem je, že pouze dva klienti si měří tepovou frekvenci při pohybové činnosti.

Co se týče první oblasti, která se zabývala subjektivním hodnocením kvality života, můžeme říct, že při návštěvě lékaře kvalita života u klientů dosahovala průměrnou hodnotu 3,29. Ve srovnání s populační normou 3,82 byla zaznamenána mírně snížená kvalita života. Za 3 měsíce od návštěvy lékaře se průměrná hodnota zvýšila na 3,65, ale stále můžeme říct, že se jednalo o mírně sníženou kvalitu života. (viz. příloha č. 3).

Druhá oblast zjišťovala spokojenost respondentů se zdravím. Položku, která se týkala spokojenosti respondentů se zdravím hodnotili klienti při návštěvě lékaře hodnotou 2,59 a 3 měsíce po návštěvě lékaře hodnotou 3,35 oproti populační normě 3,68 (viz. příloha č. 3). U obou zhodnocení je průměrná hodnota snížená oproti populační normě, lze tedy konstatovat, že nemocní jsou nespokojeni se zdravím.

Třetí oblast prezentovala výsledky ze subjektivního hodnocení kvality života v oblasti fyzického zdraví (hodnotila bolest, potřebu lékařské péče, energii, spánek, schopnost pohybu, schopnost provádět každodenní činnosti, spokojenost s pracovním výkonem).

Z výzkumného šetření můžeme zjistit, že doména 1 vycházela v průměrnou hodnotu 13,68 (u klientů při návštěvě lékaře) a hodnotou 15,29 (za 3 měsíce po návštěvě lékaře), oproti populační normě 15,55 (viz. příloha č. 3). V současné době jsou k dispozici data od 17 osob se zdravotně rizikovou obezitou, kteří se v letech 2004 a 2005 podrobili operativní léčbě obezity (tzv. bandáž žaludku) a byla od nich získána data jak před operací a do půl roku po operaci. V tomto výzkumném šetření pacienti měli průměrnou hodnotu domény 1 (fyzické zdraví) po operaci 15,19. Což, je ohodnoceno jako mírně snížená kvalita života.

Čtvrtá oblast uváděla výsledky ze subjektivního hodnocení kvality života v oblasti prožívání (hodnotila, jak nemocné těší život, zda má jejich život smysl, zda se dokážou soustředit, zda dokážou akceptovat svůj vzhled, spokojenost sám se sebou, jak často prožívají

negativní pocity). Z výzkumného šetření mohu usoudit, že po 3 měsících od návštěvy lékaře průměrná hodnota této domény ukazovala číslo 15,02, oproti populační normě 14,78.

V porovnání s výsledky pacientů po bandáži žaludku (kdy zde průměrná hodnota po operaci byla 14,67) můžeme říct, že můj vzorek respondentů měl mírně zvýšenou kvalitu života jak oproti populační normě, tak oproti srovnání výsledků pacientů po bandáži žaludku.

Pátá oblast prezentovala výsledky subjektivního hodnocení kvality života v oblasti sociálních vztahů (hodnotila, jak jsou nemocní spokojeni se svými osobními vztahy, se svým sexuálním životem, s podporou, kterou jim poskytují přátelé). Doména 3 vycházela u respondentů při návštěvě lékaře průměrnou hodnotou 14,67 a za 3 měsíce vycházela průměrnou hodnotou 16,47. Mohu konstatovat, že při návštěvě lékaře klienti splňovali průměrný interval normy kvality života v oblasti sociálních vztahů. Za 3 měsíce od návštěvy lékaře byla jejich průměrná hodnota ohodnocena za horní hranicí. Pokud tato data srovnám s výsledky z roku 2005 mohu říct, že pacienti po operaci žaludku splňovali průměr intervalu normy kvality života této oblasti.

Šestá oblast uváděla výsledky subjektivního hodnocení kvality života v oblasti prostředí (hodnotila, jak bezpečně se nemocní cítí ve svém každodenním životě, jak zdravé je prostředí, ve kterém žijí, zda mají peníze k uspokojení svých potřeb, zda mají přístup k informacím, zda mají možnost věnovat se svým zálibám, jak jsou spokojeni s podmínkami v místě bydliště, jak jsou spokojeni s dostupností zdravotní péče a s dopravou). Za 3 měsíce po návštěvě dosahovali zvýšených hodnot kvality života, tak jako klienti v roce 2005 po operaci žaludku.

Výsledky šetření mohou být ovlivněny mnoha faktory a to vzděláním a momentálním rozpoložením, dále také lidmi z jejich nejbližšího okolí nebo aktuálním zdravotním stavem.

Co tedy doporučit? Kvalita života je v poslední době velmi diskutovaný fenomén. Obecným trendem je, aby klienti při diagnostikovaném onemocnění měli co nejvyšší kvalitu života a možnost vykonávat své běžné životní role a mohli si tak zachovat svoji nezávislost. Na každého jedince může působit velká řada faktorů, které pak změní subjektivní vnímání kvality života a zdraví. Pokud jedinec nemá uspokojeny své potřeby a je nespokojen se svým zdravím, dochází ke snižování kvality života. Tato změna pak může výrazně ovlivnit celkový zdravotní stav a tím také následně léčbu a průběh onemocnění.

Konkrétní návrhy na opatření pro pacienty s diagnostikovanou obezitou vidím:

- ve větší informovanosti týkající se pohybové aktivity,
- v tom, jaká pohybová aktivita je nejvhodnější pro jejich organismus, který je zatížen nadměrnou hmotností,
- v podpoře pacientů, aby navštěvovali odborná centra, která jsou vedena odborníkem, kteří správně poradí jak pohybovou aktivitu provádět, aby nepoškodili své zdraví, kteří jim poradí s tréninkovým programem, který urychlí jejich spalovací proces
- v podpoře klientů, aby co nejvíce využívali vlastní chůzi - pohybová aktivita neznamená trápit se každý den jen v tělocvičně,
- v informovanosti klientů, aby využívali metodu měření tepové frekvence, která je vhodným nástrojem k tomu, jak si udržet tepovou frekvenci, ve které jsou schopni spálit mnohem víc kalorií.

4. ZÁVĚR

Problematika extrémní či morbidní obezity nabývá stále větší důležitosti a je jistě jedním ze závažných problémů v 21. století.

Tématem bakalářské práce je kvalita života u obézních pacientů po operačním výkonu Sleeve resekce a analýza jejich vztahu k pohybové aktivitě. Při psaní bakalářské práce jsem si uvědomila, jak musí být těžké žít s nadměrnou hmotností a rozhodnout se k takovému výkonu, který by měl zaručit snížení hmotnosti a zlepšit kvalitu života.

Všechny výzkumné otázky se podařilo zjistit a dojít k tomuto závěru: obézní ženy podstupují častěji operační výkon, který jim má zaručit snížení hmotnosti. Být obézní neznamená být svobodný či rozvedený. Všichni operovaní se snaží dodržovat zásady doporučené životosprávy, avšak v oblasti pohybové aktivity jejich informace pokulhávají. Většina z nich si vybírá nesprávně volenou aktivitu, která může poškodit jejich organismus, nevyužívá rad odborníků, což může být otázkou peněz. V této oblasti byla také zaznamenána snížená kvalita života. Co se týče kvality života, ve všech doménách a dvou samostatných položkách byla zaznamenána zvýšená kvalita života, tzn. za 3 měsíce od vyplnění dotazníku při návštěvě u lékaře.

5. SOUHRN

Předmětem bakalářské práce je kvalita života u obézních pacientů po operačním výkonu Sleeve resekce a analýza jejich vztahu k pohybové aktivitě. Cílem práce bylo zjistit kvalitu života u obézních pacientů po Sleeve resekcii v oblasti subjektivní a ověřit, jaké nástroje využívají k tomu, aby snížili svoji tělesnou hmotnost.

V teoretické části se zabývám analýzou jednotlivých pojmů: co je to obezita, jaké jsou možnosti chirurgických výkonů v léčbě obezity a dále, co je to kvalita života.

Empirická část obsahuje kvalitativní výzkum. Tato část zahrnuje výsledky empirického šetření, seznamuje nás s životem obézních klientů po operačním výkonu Sleeve resekce na vzorku sedmnácti respondentů podstupujících tento výkon. Výzkum je zaměřen na oblast kvality života, kde zjišťuji rozdíly v jednotlivých položkách.

V diskuzi jsem provedla stručné zhodnocení zkoumaného vzorku a navrhla několik řešení k eliminaci uvedených negativních jevů.

6. RESUME

The subject of this thesis is the quality of life in the obese patient after surgery i.e. Sleeve Resection and analysis of their relationship to physical activity. Tools were identified to use to help reduce their body weight.

The theoretical part includes the analysis of the individual perception of what is obesity, what are the options in the surgical treatment of obesity and what the quality of life maybe afterwards.

The empirical part consists of qualitative research. This section includes the results of a survey and introduces us to the life of obese clients after surgery Sleeve resection. The sample was of seventeen respondents undergoing this exercise. Research focuses on quality of life, and where differences were found in individual areas.

In the discussion, I conducted a brief assessment of a sample, and proposed several solutions to eliminate those negative effects.

7. SEZNAM LITERATURY

- Bretšnajdrová, A., Svačina, Š. (2008). *Jak na obezitu a její komplikace*. Praha: Grada
- Dragomirecká, E. (2006). Česká verze dotazníku kvality života WHOQOL – překlad položek a konstrukce škál. Retrieved 14. 1. 2010 from the World Wide Web.
(http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/Psychiatrie02_06/WEB/PDF%20web/03_07_dragomirecka_final_web.pdf)
- Dvořáková, Z., Dušková, L., Svobodová, L. et al. (2006). *Svět práce a kvalita života - vliv změn světa práce na kvalitu života*. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce (pp. 20-21).
- Farkašová, D. et al. (2002): *Výskum v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta.
- Hainer, V. (2003). *Obezita*. Praha: Triton
- Hainer V. a kolektiv. (2004). *Základy klinické obezitologie*. Praha: Grada
- Hnilicová, H. (2005). Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In J. Payne, (Ed.), *Kvalita života a zdraví* (pp. 205-207). Praha: Triton.
- Hogenová, A. *Kvalita života a tělesnost* (2002). Univerzita Karlova v Praze: Karolinum (pp. 7-45)
- Fialová L. (2002). Psychika a sport u české dospělé populace. In. P. Jansa, V. Hošek (Eds.), *Sport a kvalita života*. Celofakutní seminář společenskovední sekce (p. 23). Praha: Univerzita Karlova.
- Fried, M. (2005). *Moderní chirurgické metody léčby obezity*. Praha: Grada
- Kasalický, M. (2007). *Tubulizace žaludku*. Praha: Triton
- Kratochvíl, S. (1998). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.

- Křivohlavý, J. (2004). Kvalita života. In. A. Hnilicová (Ed.), *Kvalita života* (pp. 9-10) Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky.
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing.
- Kunešová, M. (2004). Etiopatogeneze, diagnostika a léčba obezity. Retrieved 18. 4. 2010 from the World Wide Web <http://www.internimedica.cz/pdfs/int/2004/09/04.pdf>.
- Látka, J (2006). Hodnocení a výzkum kvality života v ošetrovatelství. In. *Sborník z V. mezinárodního symposia ošetrovatelství* (pp. 126-132). Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity.
- Payne, J. a kol. (2005). *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton.
- Pohybová aktivita. Retrieved 18. 4. 2010 from the World Wide Web <http://www.obezita.cz/hubnuti/pohybova-aktivita/>
- Riegerová, J., Přidalová, M., Ulbrichová, M. (2006). *Aplikace fyzické antropologie v tělesné výchově a sportu*. Olomouc: Hanex.
- Salajka, F. (2006). *Hodnocení kvality života u nemocných s bronchiální obstrukcí*. Praha: Grada Publishing.
- Slováček, L. et al. (2004). Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. Retrieved 14. 1. 2010 from the World Wide Web. http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201_2004/Vz11_2.%20Slovacek.pdf
- Tubulizace žaludku. Retrieved 18. 4. 2010 from the World Wide Web. <http://www.plasticka-chirurgie.info/zakroky/tubulizace-zaludku>
- Vad'urová, H. (2006). *Sociální aspekty kvality života v onkologii*. Brno: Masarykova univerzita (pp. 51-57).

8. SEZNAM ZKRATEK

ADL – Activities of daily living

AGB – Adjustabilní gastrická bandáž

apod. – a podobně

atp. – a tak podobně

BIA – Bioelektrická impedance

BPD – Biliopankreatická diverze

BMI – Body mass index

č. - číslo

DS – Duodenální switch

GB – Gastrická bandáž

IOFT – International obesity task force

např. - například

QOL – Quality of life

OSN – Organizace spojených národů

RYGBPD - Roux-Y gastrický bypass

SAGB - Swedish Adjustable Gastric Band

SIP - Sickness Impact Profile

SG – Sleeve gastrectomy

tj. – to je

WHO – World health organization

WHOQOL-BREF - World Health Organization Quality of life Assessment

9. SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Pohlaví respondentů.....	41
Tabulka 2 – Věk respondentů	42
Tabulka 3 – Vzdělání respondentů	43
Tabulka 4 – Místo bydliště respondentů	44
Tabulka 5 – Rodinné poměry respondentů	45
Tabulka 6 – Důvody vedoucí k podstoupení operace	46
Tabulka 7 – Zda operace změnila respondentům život	47
Tabulka 8 – Dodržování zásad doporučené životosprávy	48
Tabulka 9 – Zda byla respondentům doporučena odborníkem nějaká fyzická aktivita ke snížení tělesné hmotnosti	49
Tabulka 10 – Jaké centrum využívají ke cvičení	50
Tabulka 11 – Zda respondenti cvičí pod dohledem	51
Tabulka 12 – Jakým způsobem se respondenti pohybují v běžných činnostech	52
Tabulka 13 – Zda respondenti vystupují v MHD o zastávku dříve	53
Tabulka 14 – Jakou cestu si respondenti raději zvolí	54
Tabulka 15 – Jak často se respondenti věnují pohybové aktivitě	55
Tabulka 16 – Doba trvání pohybové aktivity respondentů	56
Tabulka 17 – Zda respondenti monitorují svou tepovou frekvenci	57
Tabulka 18A – Váhový úbytek po operaci v procentech	58
Tabulka 18B – Vyhodnocení BMI před a po operaci	60
Tabulka 19 - Hodnocení kvality života	62
Tabulka 20 – Spokojenost se svým zdravím	63
Tabulka 21 – Omezení činnosti bolestí	64
Tabulka 22 – Potřeba lékařské péče	65
Tabulka 23 – Radost ze života	66
Tabulka 24 – Smysl života	67
Tabulka 25 – Soustředěnost	68
Tabulka 26 – Bezpečnost v každodenním životě	69
Tabulka 27 – Zdravé prostředí	70
Tabulka 28 – Energie	71
Tabulka 29 – Akceptace svého vzhledu	72

Tabulka 30 – Finanční stránka	73
Tabulka 31 – Přístup k informacím	74
Tabulka 32 – Možnost věnovat se svým zálibám	75
Tabulka 33 – Možnost pohybu	76
Tabulka 34 – Spánek	77
Tabulka 35 – Schopnost provádět každodenní činnosti	78
Tabulka 36 – Spokojenost s pracovním výkonem	79
Tabulka 37 – Spokojenost sám/sama se sebou	80
Tabulka 38 – Spokojenost s osobními vztahy	81
Tabulka 39 – Spokojenost se sexuálním životem	82
Tabulka 40 – Spokojenost s podporou přátel	83
Tabulka 41 – Spokojenost s podmínkami v místě života	84
Tabulka 42 – Spokojenost s dostupností zdravotní péče	85
Tabulka 43 – Spokojenost s dopravou	86
Tabulka 44 – Prožívání negativních pocitů	87
Tabulka 45 – Vyhodnocení všech domén	88

10. SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 – Pohlaví respondentů.....	41
Graf 2 – Věk respondentů	42
Graf 3 – Vzdělání respondentů	43
Graf 4 – Místo bydliště respondentů	44
Graf 5 – Rodinné poměry respondentů	45
Graf 6– Důvody vedoucí k podstoupení operace	46
Graf 7 – Zda operace změnila respondentům život	47
Graf 8 – Dodržování zásad doporučené životosprávy	48
Graf 9 – Zda byla respondentům doporučena odborníkem nějaká fyzická aktivita ke snížení tělesné hmotnosti	49
Graf 10 – Jaké centrum využívají ke cvičení	50
Graf 11 – Zda respondenti cvičí pod dohledem	51
Graf 12 – Jakým způsobem se respondenti pohybují v běžných činnostech	52
Graf 13 – Zda respondenti vystupují v MHD o zastávku dříve	53
Graf 14 – Jakou cestu si respondenti raději zvolí	54
Graf 15 – Jak často se respondenti věnují pohybové aktivitě	55
Graf 16 – Doba trvání pohybové aktivity respondentů	56
Graf 17 – Zda respondenti monitorují svou tepovou frekvenci	57
Graf 18A – Váhový úbytek po operaci v procentech	59
Graf 18B – Vyhodnocení BMI před a po operaci	61
Graf 19 - Hodnocení kvality života	62
Graf 20 – Spokojenost se svým zdravím	63
Graf 21 – Omezení činnosti bolestí	64
Graf 22 – Potřeba lékařské péče	65
Graf 23 – Radost ze života	66
Graf 24 – Smysl života	67
Graf 25 – Soustředěnost	68
Graf 26 – Bezpečnost v každodenním životě	69
Graf 27 – Zdravé prostředí	70
Graf 28 – Energie	71
Graf 29 – Akceptace svého vzhledu	72

Graf 30 – Finanční stránka	73
Graf 31 – Přístup k informacím	74
Graf 32 – Možnost věnovat se svým zálibám	75
Graf 33 – Možnost pohybu	76
Graf 34 – Spánek	77
Graf 35 – Schopnost provádět každodenní činnosti	78
Graf 36 – Spokojenost s pracovním výkonem	79
Graf 37 – Spokojenost sám/sama se sebou	80
Graf 38 – Spokojenost s osobními vztahy	81
Graf 39 – Spokojenost se sexuálním životem	82
Graf 40 – Spokojenost s podporou přátel	83
Graf 41 – Spokojenost s podmínkami v místě života	84
Graf 42 – Spokojenost s dostupností zdravotní péče	85
Graf 43 – Spokojenost s dopravou	86
Graf 44 – Prožívání negativních pocitů	87
Graf 45 – Vyhodnocení všech domén	88

11. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 - Semistrukturovaný dotazník

Příloha č. 2 - Dotazník WHOQOL-BREF

Příloha č. 3 - Populační normy domén WHOQOL-BREFF a položek celkového hodnocení

Intervaly populačních norem domény WHOQOL-BREFF

Příloha č. 4 - Adjustabilní gastrická bandáž

Příloha č. 5 - Duodenální switch

Příloha č. 6 - Gastrický bypass

Příloha č. 7 - Tubulizace žaludku

PŘÍLOHA Č. 1

SEMISTRUKTUROVANÝ DOTAZNÍK

Dobrý den, jmenuji se Romana Postawová a jsem studentkou Univerzity Palackého v Olomouci oboru Rekreatologie – Pedagogika volného času. Byla bych ráda, kdybyste mi pomohl (a) vyplnit tyto 2 dotazníky, které jsou součástí mé bakalářské práce. Dotazník je anonymní. Předem děkuji za Váš čas a ochotu.

1. Uveďte prosím pohlaví:

Žena/Muž

2. Uveďte prosím věk:

3. Nejvyšší ukončené vzdělání:

- a) základní
- b) bez maturity
- c) střední s maturitou
- d) vyšší odborné nebo vysokoškolské

4. Kde žijete:

- a) město
- b) vesnice

5. Rodinný stav:

- a) svobodný(á)
- b) ženatý/vdaná
- c) žiji v partnerském svazku jako bych byl(a) ženatý/vdaná
- d) žiji odděleně
- e) rozvedený(á)
- f) ovdovělý(á)

6. Uveďte prosím:

Svoji výšku:

Váhu před operací:

Váhu po operaci:

7. Jaké důvody Vás vedly k tomu, abyste podstoupili Sleeve resekci?

- a) na doporučení lékaře
- b) vlastní přímé rozhodnutí

8. Uveďte prosím datum své operace:

9. Změnila operace Váš způsob života?

- a) ano, pokud ano uveďte jak:
- b) ne

10. Snažíte se dodržovat zásady doporučené životosprávy?

- a) ano
- b) ne

11. Byla Vám doporučena odborníkem nějaká fyzická aktivita ke snížení tělesné hmotnosti?

a) ano, jaká:

b) ne

12. Jakou pohybovou aktivitu provádíte ke snížení tělesné hmotnosti?

.....

13. Využíváte?

a) fit centrum

b) rekondiční centrum

c) ani jedno z nabízených

14. Cvičíte pod odborným dohledem?

a) ano

b) ne

15. Jak se pohybujete v běžných činnostech (do zaměstnání, po nákupech, při vyřizování na úřadech a jině)

a) pěšky

b) MHD

c) autem

16. Pokud využíváte MHD: Vystupujete někdy o zastávku dříve, abyste se prošel (a)?

a) ano

b) ne

17. Můžete-li si vybrat výtah či schodiště, jakou cestu zvolíte?

a) výtah

b) schodiště

18. Jak často se věnujete pohybové aktivitě?

a) vůbec

b) jednou týdně

c) 2 x týdně

d) 3 x týdně

e) 4 x týdně

f) 5 x a více

19. Jaká je doba trvání pohybové aktivity?

a) pohybové aktivitě se nevěnuji

b) 30 minut

c) 40 minut

d) 60 minut

e) 90 minut

20. Monitorujete vlastní tepovou frekvenci během cvičení?

a) ne

b) ano, uveďte jakým způsobem:

21. Datum vyplnění dotazníku:

PŘÍLOHA Č. 2

DOTAZNÍK WHOQOL-BREF

KVALITA ŽIVOTA DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE

WHOQOL-BREF (krátká verze)

INSTRUKCE

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí. **Odpovězte laskavě na všechny otázky.** Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, **vyberte prosím odpověď,** která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první.

Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Ptáme se Vás na Váš život za **poslední dva týdny.** Máme tedy na mysli poslední dva týdny, když se Vás zeptáme např.:

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	1	2	3	④	5

Máte zakroužkovat číslo, které nejlépe odpovídá tomu, kolik pomoci se Vám od ostatních dostávalo během posledních dvou týdnů. Pokud se Vám dostávalo od ostatních hodně podpory, zakroužkoval/a byste tedy číslo 4.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	①	2	3	4	5

Pokud se Vám v posledních dvou týdnech nedostávalo od ostatních žádné pomoci, kterou potřebujete, zakroužkoval/a byste číslo 1.

Přečtěte si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	velmi špatná	špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
	1	2	3	4	5

2. Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, jak moc jste během posledních dvou týdnů prožíval/a určité věci.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
5. Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
7. Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5
8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, v jakém rozsahu jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech.

	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
10. Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5
11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4	5
12. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	1	2	3	4	5
13..Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14. Máte možnost věnovat se svým zálibám?	1	2	3	4	5

	velmi špatně	špatně	ani špatně ani dobře	dobře	velmi dobře
15. Jak se dokážete pohybovat?	1	2	3	4	5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a **šťastný/á** nebo **spokojený/á** s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech.

	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25. Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5

Následující otázka se týká toho, **jak často** jste prožíval/a určité věci během posledních dvou týdnů.

	nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
26. Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	1	2	3	4	5

PŘÍLOHA Č. 3

POPULAČNÍ NORMY DOMÉN WHOQOL-BREF A POLOŽEK CELKOVÉHO HODNOCENÍ

INTERVALY POPULAČNÍCH NOREM PRO DOMÉNY WHOQOL-BREF

Populační normy domén WHOQOL-BREF a položek celkového hodnocení

domény		průměr	STD
dom1	fyzické zdraví	15,55	2,55
dom2	duševní zdraví	14,78	2,43
dom3	sociální vztahy	14,98	2,89
dom4	životní podmínky	13,3	2,08
Q1	kvalita života	3,82	0,72
Q2	spokojenost se zdravím	3,68	0,85

Poznámka: rozpětí škály u domén je 4-20, u jednotlivých otázek (Q1 a Q2) je 1-5; přičemž vyšší skóre znamená lepší kvalitu života (pouze u domén), STD = standartní odchylka.

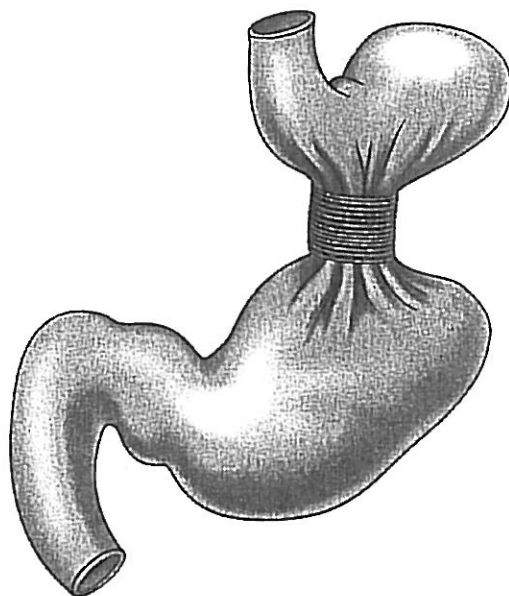
Intervaly populačních norem pro domény WHOQOL-BREF

	rozšířený	interval normy			rozšířený
	mírně snížená kvalita	spodní hranice	průměr	horní hranice	mírně zvýšená kvalita
dom1	13	14,3	15,6	16,8	18,1
dom2	12,4	13,6	14,8	16	17,2
dom3	12,1	13,5	15	16,4	17,9
dom4	11,2	12,3	13,3	14,3	15,4

Poznámka: rozpětí škály u domén je 4-20, přičemž vyšší skóre znamená lepší kvalitu života.

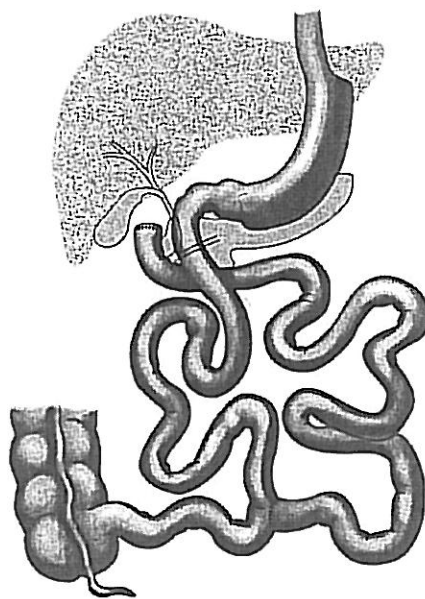
PŘÍLOHA č. 4

ADJUSTABILNÍ GASTRICKÁ BANDÁŽ



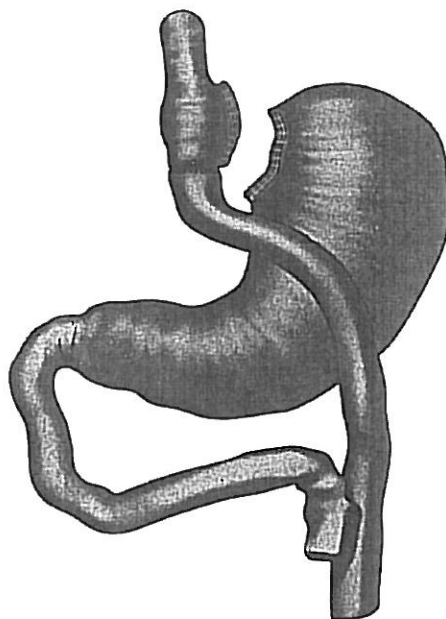
PŘÍLOHA č. 5

DUODENÁLNÍ SWITCH



PŘÍLOHA č. 6

GASTRICKÝ BYPASS



PŘÍLOHA č. 7

TUBULIZACE ŽALUDKU

