

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Specifika ošetrovatelské péče o bariatrického pacienta

Bakalářská práce

Vedoucí práce:
Mgr. Věra Veisová

Autor práce:
Petra Šopíková

2012

Abstract

This work focuses on the specific nursing care of bariatric patients. Bariatric surgery is an important branch, which effectively solves the problems of long-term morbid obesity and its comorbidities, both physical and mental. The patient undergoes planned bariatric procedures, such as, for example, the application of gastric banding and gastric sleeve. For a successful course of treatment the patient should be thoroughly educated about adhering to the regime of follow up measures that are essential for success.

The aim of this study was to determine the specifics of the long-term care of patients after bariatric procedures. To attain this goal three research questions were set up. The first focused on finding out the specifics of the long-term care of patients after bariatric procedures. The second research question focused on information about the permanent change in lifestyle of the patient after bariatric procedures. In the third research question the long-term regime of follow up measures after bariatric procedures was addressed. Qualitative research conducted in the county of South Moravia was used in the research part. A semi-structured interview was chosen as a data collection technique. The research group consisted of seven women and one man. Interviews were processed through case studies and the most interesting results are given in categorization tables.

The research results showed that patients have information on lifestyle change and understand it. Unfortunately, out of the 8 respondents, 6 respondents have problems adhering to the regime of follow up measures. The longer the respondents are post-surgery, the harder it is for them. The most frequent problem was the use of vitamin supplements, followed by keeping up physical activity and the removal of favorite foods. The long term follow up among respondents is without problems, except for one respondent who is seven years post- surgery. Other respondents stated that they regularly attend obesity and bariatric clinics. Educational material for patients who have had bariatric surgery was created based on this information. It focuses on long-term nursing care for bariatric surgery in the field of dietary measures, follow-up, physical activity and psychological care.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne

.....

Petra Šopíková

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat především Mgr. Věře Veisové za trpělivé a odborné vedení s cennými připomínkami a velkou pomoc během psaní této bakalářské práce. Dále také děkuji MUDr. Čiernému, který mi umožnil provést výzkum do této práce a za vstřícné jednání a ochotu. Dále děkuji všem respondentům za ochotné jednání, vstřícnost a čas, který si na rozhovor udělali. Mé velké díky patří i Mgr. Emě Pechalové za jazykovou korekturu.

Obsah

Úvod	3
1. Současný stav	4
<i>1.1 Obezita jako civilizační problém</i>	<i>4</i>
<i>1.2 Chirurgická léčba obezity</i>	<i>6</i>
1.2.1 Historie bariatricke	7
1.2.2 Druhy bariatrických výkonů	8
1.2.3 Příprava pacienta na operaci	9
1.2.4 Pooperační péče o bariatrického pacienta	10
<i>1.3 Specifika v oblasti dlouhodobé léčby bariatrických pacientů</i>	<i>12</i>
1.3.1 Dispenzarizace pacientů po operaci v obezitologické ordinaci	13
1.3.2 Bariropsycholog v dlouhodobé péči o pacienta	14
1.3.3 Změna stravovacích návyků	15
1.3.4 Změna pohybové aktivity	17
1.3.5 Dopad bariatrických výkonů na pacienty	19
<i>1.4 Role sestry v průběhu léčby bariatrického pacienta</i>	<i>20</i>
2. Cíle práce a výzkumné otázky	23
2.1 Cíl práce	23
2.2 Výzkumné otázky	23
3. Metodika práce	24
3.1 Metodika a technika výzkumu	24
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	24
4. Výsledky	25
4.1 Kazuistiky vycházející z rozhovorů s respondenty	25
4.2 Kategorizační tabulky	34
5. Diskuse	43
6. Závěr	53
7. Seznam použité literatury	55
8. Klíčová slova	60
9. Seznam příloh	61

Úvod

Obezita je celosvětově rozšířený problém a stále prudce stoupá. Přináší lidem různá onemocnění a tím snižuje kvalitu života. Často je ze strany laiků i odborníků podceňována. Psychické komorbidity, které s obezitou úzce souvisí, ovlivňují způsob stravování. Konzervativní léčba je tak často bez trvalého úspěchu. Proto je důležité, aby pacient byl brán jako celistvá osobnost a zaměřovat se i na psychickou podstatu nemoci. Ne všichni však vědí, že existuje bariatrická chirurgie, která úspěšně řeší problém morbidní obezity. Proto by měli obezitologové i praktiční lékaři své pacienty edukovat o možnosti této léčby.

Pokud se pacient rozhodne pro tuto léčbu, je jeho odhodlanost zkoušena celým okruhem vyšetření, které musí podstoupit. Je edukován o předoperačním postupu, typech prováděných operací i pooperačním průběhu. V případě, že na základě provedených vyšetření, která jsou mnohdy velmi náročná, pacient splnil indikační kritéria k operaci, přistupuje se ve stanoveném termínu k chirurgickému výkonu. Po postupné realimentaci stravy z tekuté na racionální musí pacient dodržovat určitá režimová opatření, aby redukce váhy byla úspěšná. Tito pacienti mívají často nereálná očekávání od operace nebo v ní vidí poslední šanci jak zhubnout. Proto je vhodná pooperační psychologická péče, která napomáhá pacientům při psychických obtížích, související s bariatrickou operací. Dlouhodobá pooperační péče je velice specifická a vyžaduje erudované odborníky multidisciplinárního, bariatrického týmu.

Bariatrická chirurgie je obor, který se rychle vyvíjí a přináší nové metody v léčbě morbidní obezity. Aktuálnost tohoto tématu je dána i rychlým nárůstem obezity v populaci. Při volbě tohoto tématu jsem neměla skoro žádné informace. Nyní jsem ráda, že jsem prozkoumala takto zajímavou a specifickou oblast jako je bariatrická chirurgie. Při zpracování práce jsem se zaměřovala především na specifika péče o bariatrického pacienta ve smyslu následné, dlouhodobé péče, jeho informovanost o změně životního stylu a v neposlední řadě také dodržování těchto změn po operaci.

1. Současný stav

1.1 Obezita jako civilizační problém

„Obezita je multifaktoriálně podmíněné onemocnění, při němž interakce vlivu prostředí s hereditárními predispozicemi vede k pozitivní energetické bilanci, která má za následek nadměrné hromadění tukové tkáně“ (1, s. 21). Obezita bývá často podceňována nejen laickou veřejností, ale i zdravotnickými pracovníky. Dle odhadů trpí obezitou více než 315 miliónů obyvatel planety. Prevalence obezity se však v jednotlivých částech světa velmi liší. V Africe, jihovýchodní Asii a pacifickém regionu je výskyt obezity méně než 5 %. Prevalence na Středním východě činí 25 % u mužů. Ve střední a východní Evropě činí výskyt až 35% u žen. Dle WHO jsou v Číně obézní necelé 3 % populace. Ve Švédsku se obezita vyskytuje u 10 % populace a v USA zastupuje dokonce 32 %. Ze statistického šetření provedeného v lednu 2011 vyplývá, že 34 % české populace se potýká s nadváhou a 21 % obyvatel trpí obezitou (2, 3, 4).

Odhady WHO na rok 2015 činí více než 700 miliónů obyvatel s obezitou a 2,3 miliardy s nadváhou. V jedné z amerických studií je odhadováno, že v roce 2030 budou ve Spojených státech všichni lidé obézní. Náklady spojené s nelehkou léčbou obezity tvoří v Evropě výrazných 7 % z celkových nákladů, které jsou srovnatelné s léčbou maligních onemocnění, ve Spojených státech náklady na péči o obézní dosahují 25 % všech zdravotních nákladů. Dalším významným problémem je nedostatek lékařů, kteří jsou erudováni v problematice obezity. V současné době představuje obezita velký problém nejen u nás, ale ve všech vyspělých zemích, proto je jí věnována pozornost v mnoha oblastech medicíny (2, 3,5).

Jedním z rizikových faktorů podílejících se na vzniku obezity je genetická dispozice. Ovlivňuje množství tělesného tuku více než z 50 %. Jedná se o tzv. polygenní dědičnost, na které se účastní desítky až stovky různých genů. Hlavním genem, který významně ovlivňuje tělesnou hmotnost, je gen FTO (fat mass and obesity associated). Jedna z jeho variant zvyšuje riziko obezity o 31 %. Další gen tzv. „úsporný gen“ thrifty, zvýšeně ukládá energii, kterou potřebovalo lidstvo v dobách minulých při nedostatku

potravy. Nyní však tento gen představuje riziko pro rozvoj obezity. Na rozvoji obezity se v nemalém zastoupení podílí i nesprávné stravovací návyky. Dle zpráv Ústavu zdravotnických informací jsou spotřební zvyklosti stále neuspokojivé. Snížila se ale spotřeba vepřového masa, zvýšila se konzumace tuků rostlinného původu, a došlo ke zvýšení konzumace kuřecího masa, ne však rybího. Obezitu zvyšuje také sedavý způsob života, dále dietní disinhibice, ta je rozšířena hlavně u jedinců s depresí, úzkostí a dlouhodobými stresy. Zajímavá je souvislost délky spánku s vyšším výskytem obezity. Populace, která spí méně než 5 hodin denně, má 2-4krát vyšší pravděpodobnost vzniku obezity, než u populace spící 7-8h (1, 2, 3).

Obezita je jednou z nejrozšířenějších nemocí. V globálním měřítku je na šestém místě mezi nejzávažnějšími rizikovými faktory zdravotního stavu. Zvyšuje riziko vzniku řady onemocnění, které zhoršují kvalitu života jedince. Zejména viscerální tuk hraje podstatnou roli v rozvoji kardiovaskulárních a metabolických komplikací. Kardiovaskulární komplikace obezity vedou nejčastěji k invalidizaci nemocných. Patří mezi ně ischemická choroba srdeční, hypertenze, kterou trpí až 60 % nemocných, také cévní mozkové příhody, tromboembolická nemoc a varixy. Riziko těchto komplikací zvyšuje vysoká aktivita sympatického nervového systému nemocného. Mezi metabolické komplikace patří diabetes mellitus. I přes opakovanou edukaci ve vyspělých zemích roste jeho prevalence. Dále je možný výskyt poruchy metabolismu lipidů. Obézní je též ohrožen vznikem syndromu spánkového apnoe, cholecystitidou a pankreatitidou. U žen se mohou vyskytovat poruchy menstruace a komplikace v těhotenství a při porodu. Mezi další komplikace obezity patří horší hojení ran, úrazy a kýly. Obezita podněcuje vznik i kožních komplikací, nejčastěji ekzémy, mykózy a strie (3, 4, 6).

Základním postupem v léčbě obezity je redukční dieta, úprava životosprávy a terapie pohybem. Svou důležitou roli v léčbě obezity má i behaviorální terapie v indikovaných případech farmakoterapie a chirurgická léčba. Nezastupitelnou roli zde hraje obezitolog, který pacienta vyšetřuje po klinické stránce včetně laboratorního vyšetření. Rolí sestry v této fázi je příprava pacienta k vyšetření a asistence lékaři. Po stanovení diagnózy lékařem, se sestra podílí také na léčbě pacienta. V klinické praxi se

nejčastěji setkáváme s diagnostikou pomocí Body mass Indexu. Obezita prvního stupně je stanovena při BMI 30-34,9. Druhý stupeň obezity zahrnuje BMI 35-39,9. A při obezitě třetího stupně dosahuje BMI ≥ 40 . Sestra v ambulantní péči připravuje pacienta k vyšetření, asistuje lékaři a spolupracuje s ním v léčbě obézního pacienta (7, 8,9).

1.2 Chirurgická léčba obezity

Bariatrická chirurgie se stala pro obézní pacienty významnou pomocí v léčbě jejich těžké obezity. Význam bariatrické chirurgie dokládá i počet provedených operací. V roce 1999 jich bylo u nás provedeno 170. Jejich počet však rapidně vzrostl na 1600 operací v roce 2009, z toho 99 % bylo provedeno laparoskopickým přístupem (1,2). O indikaci pacienta k bariatrickému výkonu rozhoduje multidisciplinární tým erudovaných odborníků. Mezi členy tohoto týmu patří obezitolog, psycholog a bariatrický chirurg. Vyšetření bariatrickým chirurgem by mělo proběhnout dvakrát s odstupem několika týdnů. Při psychologickém vyšetření se zjišťuje možné chování nemocného po operaci, jeho schopnost dodržovat dietní režim a posuzuje se následná spolupráce (10, 11).

Všeobecným indikačním kritériem je dospělý jedinec s BMI 40 a výše nebo s BMI menší než 35 s vážnými komorbiditami. Kromě všeobecných kritérií je klient posuzován specifickými indikačními kritérii. Je posuzována psychosociální charakteristika klienta a jeho životní styl, podle kterého je volen druh chirurgického výkonu. Bandáž žaludku je indikována nemocným v souladu s obecnými indikačními kritérii a za předpokladu plné spolupráce pacienta. Při předpokladu špatné spolupráce a selhání léčby adjustabilní gastrické bandáže je indikována tubulizace žaludku. K biliopankreatické diverzi mohou být indikováni nemocní s BMI větší než 55, nemocní se sklony k přejídání se a u selhání léčby bandáží žaludku. Indikace k bypassu žaludku jsou shodné s biliopankratickou divezí. Na základě vyšetření multidisciplinárním týmem je rozhodnuto, zda je pacient indikován či nikoliv. V kladném případě je nutná velmi podrobná a srozumitelná edukace klienta. Klient si v dostatku času vše zváží a svobodně se rozhodne díky získaným informacím o zvolené metodě. Musí vědět o

nutnosti pravidelných kontrol, rozumět principům operace a jejím rizikům, jedině tak může být proces léčby úspěšný. (7, 11)

1.2.1 Historie bariatrie

První operační léčba obezity byla provedena roku 1952 Henriksonem, který částečně resekoval tenké střevo a tím byla u pacientů omezená absorpce potravy. O pět let později Payne a Scott uskutečnili resekci tenkého střeva na délku 45 cm. Pro závažné metabolické komplikace se již jejunoileální bypass neprovádí. V následujících letech byla věnována pozornost chirurgů žaludku. Stalo se tak v roce 1966, kdy dr. Masson provedl gastrický bypass. Tato metoda výrazně přispěla k váhové redukci, nesla však časté pooperační komplikace. V roce 1973 byla Printenem a Masonem provedena horizontální gastroplastika, kterou roku 1980 nahradili vertikální pro časté ruptury v místě sešití. Biliopankreatická diverze, která je nejradikálnějším výkonem v bariatrii, byla provedena dr. Scopinarem roku 1975. Tato operace se provádí již vyjíměčně (1, 10).

Základy gastrické bandáže položil Willkinson. Zabalil a stáhl celý žaludek marlexovou sítí, která byla roku 1978 nahrazena neadjustabilní gastickou bandáží. Po obtížích s nastavením vhodné kalibrace gastické bandáže představil Willkinson o rok později metodu intragastrického balónu, ke zmenšení objemu žaludku. Z počátku se používaly různé typy balónků od nafukovacích dětských po implantáty pro modelaci prsu. Tato metoda vedla k četným komplikacím, především zvracení, gastritidám i částečným nekrózám žaludku. Plně adjustabilní silikonovou žaludeční bandáž provedli ve Švédsku roku 1985 lékaři Forsell a Hallberg. Bandáž žaludku se tak stala nejpoužívanějším výkonem v bariatrické chirurgii. Z českých průkopníků nelze opomenout dr. Frieda a dr. Peškovou, kteří počátkem 90. let zahájili na I. Chirurgické klinice v Praze experimentální studie o využití laparoskopie v bariatrii a v roce 1993 provedli jako první na světě laparoskopickou neadjustabilní bandáž žaludku (1, 10).

1.2.2 Druhy bariatrických výkonů

Druhy bariatrických výkonů lze dělit do tří skupin. Do první skupiny patří restriční výkony, které zmenšují kapacitu žaludku, omezují možnost většího příjmu potravy a tím se dostavuje rychlejší pocit nasycení i při menším objemu potravy. Mezi restriční výkony patří tubulizace žaludku, gastrická bandáž a plikace žaludku. Další skupinou jsou malabsorpční výkony, které omezují vstřebávání stravy. Malabsorpční výkonem je biliopankreatická diverze. A posledním typem jsou kombinované výkony, které kombinují restriční a malabsorpční principy. Mezi tyto výkony patří gastrický bypass (1, 12).

Principem tubulizace žaludku je resekce podstatné části žaludku podél jeho velkého zakřivení se zónou produkce gastrointestinálních hormonů. Po provedené tubulizaci žaludku klesne hladina ghrelinu o 65-80 %. Ghrelin ovlivňuje příjem potravy, cyklus spánku a bdění, žaludeční motilitu a sekreci. Je významným regulátorem metabolické rovnováhy v organismu. Redukuje se tedy výrazně pocit hladu a tak napomáhá pacientům po operaci hubnout (10, 13).

Gastrická bandáž je nejčastěji používanou v restričních metodách. Od roku 2000 se v Evropě implantují pouze adjustabilní žaludeční bandáže, které jsou plně reverzibilní, oproti neadjustabilním bandážím. Tato metoda je čistě obstruktivní, zabraňuje tedy v příjmu většího množství stravy. Umístění bandáže tak přímo není na stěně žaludku a slouží jako prevence komplikací. Bandáž tak po aplikaci vytváří kroužek s balonkem, do kterého je možné doplnit objem přes spojovací hadičku a podkožně uloženého portu. Zúžení žaludku tak vytváří tvar nesymetrických přesýpacích hodin. Z chirurgického pohledu je gastrická bandáž nejjednodušší mezi bariatrickými operacemi a pro pacienta znamená téměř plnou anatomickou a funkční reverzibilitu (1, 13, 14).

Laparoskopická plikace žaludku patří mezi novou a velice slibnou metodu. V roce 2011 byla provedena v Praze na OB klinice. Výsledkem plikace žaludku je redukce objemu žaludku díky plikaci jeho velké kurvatury. Ve srovnání s tubulizací se po plikaci žaludku vyskytuje podstatně méně časných pooperačních komplikací a je vratnou metodou. Potlačuje pocit hladu a je technicky jednoduchá. Má všechny

předpoklady pro rozšíření této operace. Aby však byla plikace žaludku prohlášena za standardní postup léčby, je potřeba pečlivě, dlouhodobě monitorovat pacienty a sledovat výsledky jejich léčby (15, 16).

Biliopankreatická diverze je technicky nejsložitější a z celosvětového hlediska se provádí pouze 7 % ze všech bariatrických operací. Při tomto výkonu je žaludek ze 2/3 resekován kvůli snížení tvorby žaludeční kyseliny a omezení příjmu velkých porcí potravy najednou. Současně je vyřazeno 70 % délky tenkého střeva z procesu trávení. Jedná se o výkon, při kterém dochází k největším váhovým úbytkům. Další výkon Roux-en-Y gastrický bypass představuje rozdělení žaludku na horní menší část a dolní větší část. Dolní část žaludku s částí tenkého střeva je vyřazena z pasáže. Zmenšený žaludek přináší restrikcii a tedy pocit rychlého nasycení. Vyřazení části jejuny představuje účinek malabsorpční (2, 17).

Pacientovi, kterému je bariatrický výkon kontraindikován ve smyslu velkého perioperačního rizika, je indikován intragastrický balón jako příprava na operaci. Intragastrické balóny představují méně invazivní zásah do pacientova zažívacího traktu. Principem je endoskopické zavedení silikonového balónu do žaludku. Pacientovi je navozen pocit sytosti, objem žaludku je zmenšen a tím napomáhá ke snížení příjmu stravy. Intragastrické balóny mohou být zavedeny nejdéle po dobu 6 měsíců, kdy si pacient vytváří nové stravovací návyky. Neopomenutelnou součástí léčby intragastrickým balónem je psychologická a dietologická péče (13, 18).

1.2.3 Příprava pacienta na bariatrickou operaci

Pokud klient splňuje indikační kritéria k bariatrické operaci, musí absolvovat velmi podrobnou edukaci o pooperačním režimu s důrazem na změnu životního stylu. Pacient dochází do metabolické ambulance, kde podstupuje řadu plánovaných vyšetření. Pravidelně se sleduje BMI, je mu odebrána krev na biochemii, jejíchž součástí jsou endokrinologické testy a dále vyšetření krevní skupiny. Pro kontrolu jater se provádí ultrazvuk břicha, při značném zvětšení jater operaci nelze provést a pacient musí prvně sám zhubnout, dokud játra nebudou ve velikostní normě. K vyloučení erozí a vředů na žaludku se provádí fibroskopie. Dále se provádí spirometrie k posouzení dechové síly

při fyzické zátěži, která je důležitým prvkem v pooperačním období. K posouzení motivace, schopnosti dlouhodobé spolupráce ve změně a udržení životního stylu je důležité psychologické vyšetření. Další vyšetření závisí na stavu pacienta a výsledcích vyšetření. Tato vyšetření, která pacient absolvuje, jsou poměrně časově náročná, proto je možné vidět i odhodlání a vytrvalost pacienta (1, 19).

Klient dodržuje minimálně dva týdny před operací přísnou redukční dietu. Důvodem je redukce jaterního parenchymu, která může být i 20 % z celkového objemu jater a tím zlepšuje laparoskopický přístup v době operace. Za několik týdnů přichází klient na plánovaný výkon do bariatrického centra. Lační minimálně 6 hodin před operací, nejí tuhou stravu a nekouří. Tekutiny může pacient přijímat až do dvou hodin před operací. V den operace sestra připraví pacienta k operaci důslednou hygienou s důrazem na kožní řasy. Z léků se podávají v případě potřeby pouze antihypertenziva a inhalační léčiva pro léčbu astmatu. Diabetici jsou převedeni na parenterální přívod glukózy s kaliem chlorátem a inzulínem dle aktuální hodnoty glykémie. Zajištění žilního přístupu a preventivního podání nízkomolekulárního heparinu je samozřejmostí. Příkladání elastických, kompresivních punčoch se již tak nevyužívá, protože moderní sály pro bariatrii disponují pneumatickými kompresivními návleky (1).

1.2.4 Pooperační péče o bariatrického pacienta

Po bariatrické operaci je pacient intenzivně sledován, aby se předešlo vzniku komplikací. Je nutná pooperační, kontinuální monitorace vitálních funkcí, dále sestra kontroluje krvácení z rány, měří specifickou hmotnost moče a sleduje bilanci tekutin. Pacient je v poloze na boku nebo v polosedě, časně se zahajuje dechová rehabilitace a k mobilizaci pacienta dochází již v den operace. První den po bandáži žaludku pacient dodržuje tekutou dietu, která je dále podávána týden po výkonu. Poté přechází na mletou racionální stravu. Za pět týdnů od operace je pacient převeden na běžnou racionální stravu. Aby nenastaly pooperační komplikace, pacient se nesmí přejídat. Nezbytně nutné je pečlivé rozmělnění každého sousta dvě až tři minuty. Nejsou doporučovány dužiny od pomerančů a nedostatečně tepelně upravené maso, aby sousto neuvízlo v zúžené části žaludku. Při větší váhové redukci může u pacienta nastat deficit

vitamínu B, ze kterého se mohou rozvinout stavy zmatenosti, závratě a slabosti. Pacient je také ohrožen deficitem železa, suplementace však po adjustabilní bandáži není nutná. Pokud pacient podstoupil tubulizaci žaludku, přijímá 5 dní po operaci pouze čaj. Po pěti dnech přechází na tekutou stravu a po dvou týdnech pacient může přijímat stravu kašovitou. Za další dva týdny přijímá nemocný mixovanou stravu a postupně probíhá realimentace na dietní racionální stravu s dostatečným množstvím vitamínů a minerálů. Hrozí deficit zejména vitamínu B₁₂ a železa. Proto je prováděno jejich preventivní podávání. Vitamín B₁₂ je podáván denně v množství 500μg a železo v denní dávce 325 mg. Délka realimentace se liší v závislosti dle pracovišť. Základem je ale pravidelnost v jídle (1, 2, 20).

Po žaludečním bypassu druhý pooperační den má pacient čistě tekutou dietu a již od čtvrtého dne od operace tekutou až kašovitou stravu. Racionální strava je podávána po dvou týdnech. Důležitý je vyvážený příjem stravy s dostatkem mikronutrientů a vynecháním sladkých výrobků. Suplementace vitamínů je zde již nutná. Preventivně se podává vitamín B₁ denně v dávce 10 mg již první pooperační den. Dále je substituován vitamín B₁₂ a to jeden krát až čtyřikrát měsíčně intramuskulární aplikací. Pro ženy, které po bariatrické operaci plánují otěhotnět, je doporučena substituce kyseliny listové v dávce 1 mg denně. Po biliopankreatické diverzi je postup realimentace stejný, jako u výše popisovaného gastrického bypassu. Po zařazení racionální výživy přijímá pacient stravu s vyšším obsahem proteinů a výrazně omezuje příjem tuků. Od třetího dne po operaci se zahajuje dlouhodobá suplementace, hlavně vitamínu B₁₂, vitamínu E, vitamínu K, vitamínu C, Ca a železa. Denní množství vitamínů by mělo činit 200 % doporučené denní dávky pro zdravé osoby. Mezi časné pooperační komplikace patří zvracení, které může být vyvoláno hltáním jídla, špatným rozkousáním stravy a pitím tekutin současně s jídlem (1, 2).

Po adjustabilní bandáži žaludku se v časném období může vyskytnout infekce v místě uložení adjustačního portu. Při nedodržování režimových opatření může dojít ke zvětšení horní části žaludku, ztenčení stěny, dilataci žaludečního pouče, sklouznutí bandáže a prořezávání bandáže do žaludku, které patří mezi nejzávažnější komplikace. Pacienti po bariatrických operacích často trpí i těžkou obstipací, proto je nutné zařadit

do jídelníčku více ovoce a zeleniny. V případě tubulizace žaludku se může vyskytovat krvácení z jeho resekční linie, závažná insuficience resekční linie s rizikem peritonitidy. Nejzávažnější pozdní komplikací je však dilatace žaludeční trubice a relaps nadváhy, možným řešením je gastrický bypass (1, 2, 21).

Po kombinovaném výkonu Roux-en-Y je časnou komplikací insuficience resekční linie a anastomózy. Pacienti mohou také trpět bolestmi v oblasti žaludku, otoky, zvracením, průjmy nebo zácpou. Roux-en-Y je rizikový také ve vzniku syndromu dumping. Po biliopankreatické diverzi, nebo po jiné malabsorpční operaci je riziko vzniku nutričních poruch. Může se objevit hypoproteinémie, anémie, hypokalcemie a další nutriční deficity včetně dumping syndromu. Mezi další komplikace, které se mohou vyskytovat v souvislosti s bariatrickým výkonem patří tvorba litiázy. Ta se objevuje nejčastěji za šest měsíců po operaci. Při abdominální obezitě spolu s napětím břišní stěny je také zvýšené riziko vzniku tvorby kýl v operační jizvě. Pacienti mohou mít kromě fyzických komplikací i psychické obtíže (1, 2).

Následná péče po operacích je kromě diety a prevence komplikací soustředěna také na pohybovou aktivitu. Většina bariatrických operací je prováděna laparoskopicky. S pohybovou aktivitou proto může pacient začít přiměřeně za dva týdny po operaci. Záleží také na jeho pocitu bolesti a diskomfortu. Pacient však nesmí zvedat více než 10 kg a nesmí vykonávat těžké práce (2, 22) Pokud pacient cvičí na základě vnitřní motivace je více pravděpodobná úspěšná váhová redukce. Pokud pacienti po bariatrických operacích necvičí a dosáhnou větší váhové redukce, trpí často bolestmi zad. Zádové svalstvo bylo totiž obkloповáno tukovou tkání a nyní není schopno plnit svou posturální funkci. Pro komplexní léčbu obezity mohou pacienti využít lázeňskou péči formou redukčních programů, které nabízí Karlovy Vary, lázně Mariánské, Bílina, Luhačovice, Poděbrady a Lipová-lázně. Pacienti se zde setkávají se stejnými problémy v redukci váhy, ztrácejí psychické zábrany a díky sdružení jsou si nápomocní (1, 23).

1.3 Specifika v oblasti dlouhodobé léčby bariatrických pacientů

Pro dlouhodobou léčbu je zcela zásadní, aby pacient přesně chápal výhody a omezení po operaci, které jej čekají. Nápomocná mohou být pro pacienta sdružení, která

poskytují informace o chirurgické léčbě obezity a umožňují kontakt mezi pacienty (2, 24). Léčba obezity musí být dlouhodobá, s pravidelnými kontrolami, kde se průběžně sleduje a vyhodnocuje stav pacienta. Výhodou této dispenzarizace je pružná úprava léčby podle aktuálního stavu. Dále je prováděna prevence komplikací nebo jejich včasná detekce (7, 25).

1.3.1 Dispenzarizace pacientů po operaci v bariatrické ordinaci

Všichni bariatrickí pacienti jsou celoživotně sledováni a v případě nutnosti musí mít k dispozici chirurgické centrum 24 hodin denně. Kontroly pacientů po operaci jsou prováděny bariatrickým chirurgem a obezitologem. Bariatrický chirurg zodpovídá za dlouhodobé sledování pacienta po operaci. Obezitolog pacienta po výkonu dlouhodobě sleduje a léčí komorbidity. Za čtrnáct dní po operaci přichází pacient na odstranění stehů z rány. Také se změří v pase, zváží a vypočítá BMI (1, 19). Dále pak po adjustabilní bandáži žaludku dochází pacient za měsíc od operace, v průběhu jednoho roku každé tři měsíce a od druhého roku po operaci jednou ročně. Pozornost je věnována metabolickému a výživovému stavu pacienta, aby byla umožněna přiměřená suplementace. Na základě klinického rozhodnutí dle poklesu hmotnosti pacienta je prováděna adjustace bandáže, kterou provádí zkušený chirurg, internista, ale také všeobecná sestra a radiolog zaměřený na bariatrii (1, 26).

Dispenzarizace pacientů po tubulizaci žaludku začíná první návštěvou po týdnu. Poté po 30 dnech od provedení výkonu. Dále první rok pacient dochází na pravidelné kontroly každé tři měsíce. Poté dochází pacient po třech měsících do jednoho roku po výkonu. Druhý rok navštěvuje bariatrickou ambulanci jednou za půl roku. V období dalších let je kontrola doporučena jednou ročně. Pacient po žaludečním bypassu je dispenzarizován také po jednom měsíci od operace, v prvním roce dochází pacient 4x. Druhý rok je pacient dispenzarizován 2x ročně a následující roky jednou ročně (2).

Perorální suplementace vitamínů je samozřejmostí. Jednou ročně je pacientovi provedeno laboratorní vyšetření, které zahrnuje glykemii nalačno, vyšetření funkce ledvin, jaterní testy, vitamín D₃, B₁₂, hořčík, zinek, železo, vápník, parathormon, albuminy a hemoglobin.

Pacient, který byl indikován k biliopankreatické diverzi je dispenzarizován stejným způsobem jako u gastrického bypassu. Pro udržení dosažené redukce po operaci má dispenzarizace zásadní význam. Všichni pacienti musí být před i po bariatrické operaci edukováni o této nutnosti celoživotního sledování. Ukázalo se však, že po třech letech od operace dochází na kontroly necelá polovina. Zjištění příčiny ztráty dispenzarizace je obtížné pro velký počet pacientů a větší časový odstup od operace. Pravidelné prohlídky pacienta jsou však nutné i pro zjištění a léčbu případných dlouhodobých komplikací (1, 27, 28).

1.3.2 Bariopsycholog v dlouhodobé péči o pacienta

„Kromě fyzických komplikací obezity má mnoho pacientů obtíže psychického charakteru spojené s obezitou. Patří sem mnoho poruch příjmu potravy, anxiety, deprese, obtížná adaptace na rodinný či pracovní stres, poruchy sebepřijetí, změny v body image, komplikace v sexuálním životě a další“ (1. s. 145). Zejména u mladých žen se často setkáváme s negativním sebeobrazem. Kritičnost ze strany svých nejbližších může obézní pacienty často bolet. Rozhodnutí zhubnout musí však pocházet od nemocného, aby přebral odpovědnost za svá rozhodnutí a dodržoval, co si zvolil (2).

„Je paradoxem, že operace, která v jádru zlepšuje psychický stav operovaného, může na druhé straně zvýšit riziko sebevražedného chování“ (29, s. 157- 158). Některým pacientům se nemusí podařit zhubnout, jiné trápí po operaci kožní převisy, které odstraní další operace. Tyto psychické problémy mohou někteří řešit zvýšenou konzumací alkoholu. Po bariatrické operaci dochází k rychlejšímu vstřebávání alkoholu, nastává zde určité riziko závislosti (29). „Dokonce se hovoří o tzv. addiction transfer, přesunu z předchozího záchvatového přejídání (binge eating) do nadměrného pití alkoholu (binge drinking)“ (29, str. 157- 158).

Z uvedeného vyplývá, že nedílnou součástí bariatrického týmu je proto klinický psycholog, který získal kredit bariopsychologa se znalostmi problematiky bariatric. V současné době však neexistují žádné předepsané pracovní postupy pro práci psychologa s bariatrickým pacientem. Pacient musí mít k psychologovi důvěru a dodržovat jeho rady. Důležitá je proto edukace pacienta o důvodu odeslání

k baripsychologovi. Psychologická péče je zaměřena na pacienta s různými psychickými problémy. V pooperačním období pomáhá baripsycholog k adaptaci pacienta na nový životní styl. Dále pacienta podporuje, povzbuzuje a pomáhá mu zvládnout jeho možné obavy po operaci. Je kladen důraz na zodpovědnost v dodržování režimových opatření, pacient dochází na pravidelné kontroly. Významnou roli hraje i upřímné referování o jídelním chování, aktivní sestavování jídelníčku a dodržování požadované pohybové aktivity. V případě potřeby jsou konány psychologické intervence. Důležité je vytvoření důvěrného vztahu na obou stranách. Velký vliv na pacientovu psychickou pohodu má i rodina a jeho partner (1, 30, 31).

Pooperační období však nese i svá pozitiva. Patří mezi ně nový přístup ke svému životu, naděje, pozornost a pozitivní odezva od druhých lidí, nárůst sebevědomí, zlepšení zdravotního stavu, zvýšení atraktivity a dochází k poklesu záchvatovitého přejídání. Šest měsíců po operaci při velké váhové redukci pacienta lze vidět změněný tvar a vzhled jeho postavy, dostává úplně nové tělo. Pacientům, které obtěžuje povislá kůže po redukci a trpí i psychicky, je doporučována plastická operace. Nejčastěji jsou prováděny plastiky stěny břišní a modelace prsů. Abdominoplastiky s trvalým efektem odstraní převislou kůži, je však nutné několikátýdenní nošení břišního pásu po operaci. Rekonvalescence po plastické operaci trvá dva až čtyři týdny, poté se pacient může vrátit do zaměstnání a může vykonávat běžné činnosti. Efekt po modelaci prsou závisí na výkyvech hmotnosti a hormonálních změn u pacientky. Pacientka by měla po operaci vynechat větší fyzickou námahu kolem tří až šesti týdnů (1, 31, 32, 33).

1.3.3 Změna stravovacích návyků

Největší překážkou ve změně stravovacích návyků z pohledu pacienta je chuť na jídlo. Při redukční dietě může docházet u pacienta k psychickým komplikacím, mezi které patří neurotické stavy, deprese až psychotické projevy. Dokonce byl prokázán negativní vliv na kognitivní výkonnost a zpracovávání informací. Pacient je zaujatý jídlem a jsou narušovány jeho mechanismy kontroly jedení a sytosti. Při změně výživových zvyklostí je důležité, aby pacient uměl pozorovat vlastní chování při stravování. Pacient po operaci musí změnit technologii přípravy pokrmů a přizpůsobit

denní rytmus příjmu stravy. Vznikají však překážky ve změně stravovacích návyků. Mezi ně patří neochota měnit potraviny a kupovat jiné, nedostatek pohybu, který zvyšuje chuť k jídlu, dále při cestování nebo vytížením pracovní činnosti může pacient inklinovat k rychlému občerstvení v bistrech a bufetech. Znalost zdravých a škodlivých potravin je předpokladem pro změnu ve výživě. Důležitou součástí změny je uvědomit si, proč je tato změna tak důležitá i za cenu omezení společenských aktivit. Nejdůležitějším předpokladem je motivace. Pocit kontroly nad jídlom působí na pacienta pozitivně, postupem času se však může vrátit k původním návykům ve stravování (1, 2, 34).

Pacient po bariatrické operaci by se měl pravidelně stravovat, nejlépe 5x denně. Je vhodné, aby si dělal záznamy jídelního chování, kdy jedl, co jedl, ale také kolik času strávil u jídla. Průměrné časy jídla poskytnou pacientovi informace o tom, jak rychle jí vzhledem k množství stravy a pomohou mu jíst pravidelně, pomalu a s mírou. Pokud nemocný polyká velká sousta a hlavní jídlo sní do 15 minut, jsou mu doporučeny techniky nácviku zpomalení příjmu potravy. Ty spočívají v dostatečném rozmělnění stravy a poté konzumace dalšího sousta. Stravovat se výhradně u stolu s příborem a jako zpestření lze využít i hůlky. Pacient by měl jídlo esteticky upravit spolu s prostředím okolo. Po určité době je nutný odpočinek od jídla, kdy se pacient může zabavit nějakou činností nebo si s někým povídat. Stanovení počtu žvýkání sousta je další pomůckou jak snížit rychlost konzumace jídla. Pacient by se měl soustředit na kvalitu jídla, jeho chuť, vůni a prožít si potěšení z jídla. Pokud je ve společnosti, ve vlastním zájmu má být hovornější. Obězní by se měl vyhnout restauracím rychlého stravování, konzumaci ve stoje, při chůzi a bez příboru. Mezi hlavními jídlom je důležité dodržet stanovený interval, přičemž je jídla vhodné rozdělit do několika chodů. Místo moučnicku postačí ovoce (1, 35).

Pro obězní je prospěšné využití relaxačních technik pro odstranění příznaků napětí a neklidu, vedoucí ke špatnému stravování. Ve společnosti STOB zabývající se obezitou, lze získat hudební nosič autogenního tréninku vedený odborníkem pro zlepšení stravovacích návyků. Cílem je, aby se nemocný dokázal uvolnit i jinou cestou než za pomoci jídla. Tento aktivní program si pacient volí dle svých preferencí.

Omezení kalorické potravy je základním předpokladem pro váhovou redukci. Velmi důležitým prvkem po operaci je důsledný pitný režim. Pacient by měl vypít dva až tři litry tekutin za den mezi jídly. Nesmí pít bezprostředně před a po jídle, vždy by měla následovat pauza 15 – 20 min. Pokud pacient užívá léky, měl by si je púlit (1, 2, 35, 36).

1.3.4 Změna pohybové aktivity

Pohybová aktivita představuje komplex všech pohybových činností člověka pomocí kosterních svalů při energetickém výdeji. Pro obézního člověka je zvýšení pohybové aktivity spojováno spíše s negativními pocity, hlavně ze začátku. Je proto nutné, aby si pacient vytvořil kladný vztah k určité formě tělesných cvičení. K tomu napomáhá především motivace a zapojení každého do sportu, který má zpočátku spíše herní formu. Poskytuje tak obéznímu jedinci pozitivní emocionální prožitky, které alespoň zčásti vyrovnávají negativní psychofyziologické odezvy zatěžovaného obézního těla. Pro morbidně obézní pacienty musí být cvičení jednoduché a lehké. Pacienta nemůžeme vystavit fyzické námaze náhle, proto je nutné zátěž zvyšovat postupně, k úspěšné adaptaci obézního organismu. Před každým cvičením je nutné rozcvičení. Nemělo by docházet k anaerobním podmínkám a stavům dušnosti. Nošení sportovního oblečení a vhodné sportovní obuvi je základem, tak jako dodržování pitného režimu. Při nedostatku tekutin se jedinec dříve unaví a hrozí až dehydratace organismu (37, 38).

Pro redukci hmotnosti je důležité přesně definovat intenzitu pohybové aktivity, její typ, délku a frekvenci. Dynamická vytrvalostní pohybová aktivita se jeví jako nejvhodnější k váhové redukci. Jejím nejjednodušším typem je chůze nebo Nordic Walking. Doporučováno je také plavání, které zvyšuje imunitu organismu a zlepšuje prokrvení. Dále je vhodná jízda na kole, běžkování, kalanetika a lze také využít cvičebních trenažérů. Vhodné je provádět i posilovací cvičení zaměřené na horní polovinu těla. Výběr sportovní aktivity je individuální dle aktuálního stavu, kondice a věku pacienta. Vhodná je edukace také o správném držení těla, protože redukce hmotnosti vede ke změně statiky nosných kloubů a páteře, což může způsobovat jejich bolesti (23, 38, 39).

Je doporučena vytrvalostní aerobní aktivita mezi 60-70 % maximální srdeční

frekvence, která představuje střední až vyšší intenzitu. Stanovení aerobní kapacity je v praxi nákladné a náročné, proto se častěji setkáváme s výpočtem maximální srdeční frekvence. Rozmezí tepové frekvence (TF) pro zapojení tukového metabolismu se vypočítá: $TP = 220 - \text{věk pacienta} \times 0,65 - 0,75 (\%)$. Borgova škála intenzity patří také mezi základní využívané kontrolní nástroje. Pocení je signál, který informuje o dostatečné intenzitě cvičení. Při váhové redukci bez cvičení dochází ke ztrátě 75 % tuku a 25 % svalové tkáně. Pokud však jedinec cvičí, ztráta tuku tvoří 95 % a svalová tkáň pouze v 5 %. Neméně důležitá je i doba prováděné aktivity. Jako minimum se uvádí 40 minut. V prvních dnech cvičení je možné začít i od 15-20 minut a postupně prodlužovat na požadovaných 45-60 min. denně. Bariatrický pacient by měl cvičit třikrát až pětkrát týdně, nejlépe však každý den (38, 40, 41, 42).

Tělesná aktivita je totiž důležitým a velice prospěšným prvkem (38). „Je prokázáno, že pravidelná pohybová aktivnost výrazně redukuje riziko úmrtí na kardiovaskulární choroby, které patří k nejčastějším příčinám úmrtí na celém světě“ (43, s. 20). Dále byl prokázán negativní vliv na chuť k jídlu, snížení bolesti při artritidě, odstranění psychických obtíží jako je úzkost nebo deprese. Pravidelný pohyb také zvyšuje úroveň HDL cholesterolu, zlepšuje metabolismus, zvyšuje denzitu kostí a posiluje imunitní systém. Napomáhá také k rychlejšímu usínání a k lepší kvalitě spánku. Pohybová aktivita pomáhá také onkologicky nemocným, jelikož může prodloužit život. Výsledky výzkumů poukazují na menší výskyt projevů recidivy onemocnění u takto nemocných pacientů. Výzkum populace v ČR ukázal, že více než 40 % mužů a více než polovina žen nevykonává žádnou pohybovou aktivitu. Z této skutečnosti však mohou nastat následky z nedostatku tělesného pohybu. U mužů, kteří aktivně nesportují a mají sedavý životní styl, hrozí výskyt rakoviny prostaty. U žen se jedná především o nádory prsou, vaječníků a dělohy. Z toho plyne nežádoucí pracovní neschopnost a sociální izolace. Dále se může projevit nedostatek pohybu nespokojeností se svým tělem a nedostatkem endorfínů. Také může docházet k atrofii svalů a častým otokům kotníků. Nepochybně je zvýšeno riziko ischemické choroby srdeční a infarkt myokardu (38, 40, 43).

1.3.5 Dopad bariatrických výkonů na pacienty

Cílem a prvotním úkolem bariatrické chirurgie je zlepšení nebo úplné vyléčení obezity a k ní přidružených chorob tak, aby se nemocný dožil stejného věku jako neobézní populace a navrátil se do pracovního a osobního života. V posledních 10 až 15 letech došlo k výraznému pokroku v oblasti bezpečnosti bariatrických výkonů, včetně předoperační interní přípravy a anestezie. Bariatrická chirurgie je tedy stejně bezpečná jako srovnatelné chirurgické operace u neobézních pacientů. Po bariatrické operaci dochází u pacientů k výraznému zlepšení komorbidit, u gastrického bypassu lze pozorovat až 82 % zlepšení či jejich vymizení. Mezi hlavní komorbidity patří hypertenze, diabetes 2. typu, dislipidemie a mnoho dalších, proto nesmí být bariatrická chirurgie vnímána jako kosmetický zákrok (1, 2, 44).

Jedna z nejrozsáhlejších studií publikována v roce 2009 poukazuje na průměrný pokles hmotnosti po dvou letech od operace, který činí 36,6 kg. Nejlepší výsledky léčby byly zaznamenány po biliopankreatické diverzi a gastrickém bypassu, který představuje 65-70 % úbytek váhy (2). U pacientů, kteří podstoupili bandáž žaludku, dochází k pozvolnému úbytku na váze. Za ideální se považuje kolem dvou až čtyř kg za měsíc. Největší váhová redukce je patrná v prvním roce po operaci, poté se snižuje. Po třech letech pacient průměrně zhubne 35–40 kg. Po desetiletých zkušenostech s bandáží žaludku lze konstatovat, že pacienti v dalších letech nepřibývají na váze. Výsledky chirurgické léčby obezity závisí především na pacientovi a zvolené operační metodě (1, 45).

Po operaci pacient získává nový, aktivní způsob ke svému životu a tím se mu dostává více pozornosti od druhých. Zejména pozitivní odezva partnera či příbuzných působí na pacienta blahodárně. Pacient má pocit vyšší atraktivity, pozitivně vnímá své tělo a cítí se dobře. Jídelní zvyklosti se normalizují včetně záchvatovitého přejídání. Zvýší se bez pochyb také kvalita života pacienta. Pokud však pacient hubne rychle, ztrácí více svalové hmoty. Málo proteinů v těle může u hubnoucího pacienta vyvolat padání vlasů. Mezi nejčastější problémy spojené s rychlým úbytkem hmotnosti však patří nespavost (1, 46).

1.4. Role sestry na obezitologickém pracovišti

Práce sestry v obezitologickém centru je specifická a velmi náročná. Sestra na obezitologickém pracovišti přijímá pacienta na plánovaný bariatrický výkon. Seznamuje jej s členěním ošetrovatelské jednotky a napomáhá mu orientovat se na oddělení. Mezi významnou roli sestry na obezitologickém pracovišti patří zajištění prevence pádů u pacienta. Proto již při příjmu edukuje pacienta jak přivolat pomoc a dále poučí o nutnosti nošení obuvi s protiskluzovou úpravou. Musí být zajištěn přístup k lůžku ze tří stran a lůžko vybavené zábranami. Věci denní potřeby pro pacienta musí být snadno dostupné a oddělení vybavené madly na pokoji, chodbách, toaletách a koupelnách. Nutností je vybavenost rohožemi s protiskluzovou úpravou, dostatečné noční osvětlení a bezbariérová úprava spolu s dostupným signalizačním zařízením. Důležitá je edukace pacienta o používání signalizace, která musí být pro něj dosažitelná. Stejně jako na standardních odděleních odebírá sestra ošetrovatelskou anamnézu, měří krevní tlak, tělesnou teplotu, dech, puls a kontroluje stav kůže. Nejen při příjmu pacienta sestra sleduje jeho fyziologické funkce, ale také v průběhu hospitalizace za současného sledování jeho celkového stavu. V případě potřeby zajišťuje sestra také odběry biologického materiálu (1, 47).

V průběhu léčby sestra působí na pacienta výchovně, spolupracuje s ním ve fázích ošetrovatelského procesu a vytváří ošetrovatelský plán. Spolupráce s lékařem je samozřejmostí. Dále hodnotí a ošetřuje poruchy integrity kůže a hodnotí stav výživy u pacienta. Sestra také ošetřuje invazivní vstupy a možné chronické rány pacienta. Morbidně obézní pacienti trpí často imobilitou, a nadměrná vlhkost v místech zapáčky podporuje vznik plísňových a bakteriálních infekcí. Hygiena pacienta patří mezi základní výkony v ošetrovatelské péči. Úloha sestry v této oblasti závisí na soběstačnosti pacienta. Pokud je pacient imobilní, je potřeba zajistit, aby se cítil příjemně a čistě za řádného dodržení jeho intimity. Po operaci pacienta sestra spolupracuje s fyzioterapeutem a podílí se také na rehabilitační ošetrování. Věnuje pozornost polohování pacienta a udržuje jeho hybnost během dne. Možné je využití izometrického cvičení v časném pooperačním období. Sestra také dodržuje prevenci nozokomiálních nákaz dodržováním ošetrovatelských postupů. Musí se vyrovnat jak

s časovou náročností práce, protože zajištění těch nezákladnějších, ošetrovatelských intervencí může obezita pacienta dosti zkomplikovat (1, 9, 47).

Péče o morbidně obézní pacienty je pro ošetřující personál často velmi náročná. Díky technickým pomůckám jako vakuové zvedáky, speciální skluzné podložky je zajištěna větší bezpečnost personálu a komfort pacienta. Nutností je nosnost vozíků, vyšetřovacích stolů a jiné vybavy nejméně do 250 kg. Typické je také pomalé hojení ran u pacientů, způsobené zhoršenou perfúzí. Pacienty s dýchacími potížemi sestra polohuje do semi - Fowlerovi polohy, která je doporučována pro kvalitnější spánek pacienta. Při podávání léčiv je nejvhodnějším řešením intravenózní vstup pro vyšší vrstvu podkožního tuku, která může měnit absorpci (1, 48).

Sestra působí na pacienta v průběhu jeho léčby také edukačně. Obézního pacienta je nutno edukovat komplexně. Využívá se základní edukace, při které jsou pacientovi sděleny nejdůležitější dietní omezení a výběr vhodných potravin. Dále vysvětlí pacientovi nutnost omezení množství tuků, množství potravy a vhodné časové rozvržení jídel. Dle věku a možností pacienta, určí sestra redukční dietu. Dále se využívá specializovaná edukace, kde jsou rozebrány potraviny a jídla z hlediska energie, obsahu tuků, sacharidů a změna stravovacího režimu. Důraz je kladen také na vhodný pitný režim. V následné reedukaci se posuzují a hodnotí změny a výsledky při úpravě stravování. Sestra vhodně upozorní na možné nedostatky v jídelníčku a ověří, jaké znalosti a dovednosti si pacient odnesl z předešlé edukace. Některým pacientům vyhovuje určitý rozpis diety na několik dnů. Chyby většinou nastávají v odhadech množství stravy. (49, 50).

V dietě je důležité přihlídnout také k onemocněním pacienta jako například diabetes mellitus, hypertenze, dislipidémie. Vhodná je tedy redukce příjmu sacharidů a zvýšit příjem zeleniny a ovoce. Sestra pacientovi doporučí po operaci pouze libová masa, s vyloučením grilovaných, uzených masných výrobků. Edukuje jej o dalších nevhodných potravinách jako jsou zrající a plísňové sýry a pomazánky s majonézou a cibulí. Edukace s individuálním přístupem k pacientovi by měla zohledňovat jeho aktuální zdravotní stav, psychické rozpoložení, osobní zkušenosti pacienta, jeho osobnost, sociální prostředí a kulturní odlišnosti. Pokud pacient trpí bolestí nebo je

unavený, může z nedostatku pozornosti přijmout informaci zkresleně. Sestra si musí být vědoma, jaký návyk, jakou dovednost nebo postoj chce u pacienta docílit (49, 50).

Při edukaci pacienta by komunikace měla být výstižná, jednoduchá, dobře načasovaná a přizpůsobená znalostem a dovednostem pacienta. Sestra by se měla vyvarovat odborné latinské terminologie a měla by ovládat umění mluveného slova. Rychlost řeči může také ovlivňovat edukační proces, proto je vhodné, aby sestra mluvila optimální rychlostí dle stavu pacienta. Aby pacient pozorně vnímal, co mu sestra sděluje, je důležité, aby sestra zvolila správnou hlasitost. Vysvětlení srozumitelnou formou je základním předpokladem pro úspěšnou edukaci. Snaží se motivovat pacienta k dodržování léčebných postupů. Důležitá je proto vzájemná komunikace s nasloucháním sestry. Sestra by měla pacientovi poskytnout potřebnou oporu, pomoc při adaptaci na změnu životního stylu a chválit pacienta za jeho malé krůčky k úspěšné léčbě. Z dlouhodobých ošetrovatelských problémů pacienta lze zařadit: změna příjmu potravy po operaci žaludku, změna životosprávy a porucha přijetí změny vlastního těla (1, 50, 51).

2. Cíle a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Zjistit specifika v dlouhodobé péči o pacienta po bariatrickém výkonu.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaká jsou specifika v dlouhodobé péči o pacienta po bariatrickém výkonu?
2. Mají pacienti po bariatrickém výkonu informace o trvalé změně životosprávy?
3. Dodržují pacienti po bariatrickém výkonu dlouhodobá režimová opatření?

3. Metodika výzkumu

3.1 Metodika a technika výzkumu

Za účelem naplnění cíle této bakalářské práce bylo realizováno kvalitativní výzkumného šetření. Technikou sběru dat byl individuální, polostandardizovaný rozhovor (viz Příloha č.1), který byl zaměřen na dlouhodobou péči o pacienty, kteří prodělali bariatrický zákrok. Struktura rozhovoru byla dána 22 rámcovými otevřenými otázkami. Otázky byly pokládány v navazujícím pořadí a dále byly rozčleněny do určitých oblastí. První oblast byla zaměřena na léčbu před bariatrickou operací. Druhá oblast byla věnována motivaci respondentů k bariatrickému výkonu. Ve třetí oblasti byla věnována pozornost druhům provedených bariatrickým výkonům. Čtvrtá oblast byla zaměřena na sportovní aktivity po bariatrické operaci. Následující oblast byla věnována dodržování jídelních doporučení a užívání vitamínových přípravků, dispenzarizaci pacientů po operaci a možnosti využívání psychologické péče. V závěru rozhovoru byla věnována pozornost změnám, které operace respondentům přinesla včetně váhových úbytků.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Výzkumný soubor tvořilo 8 respondentů, z toho 7 bylo ženského pohlaví a jeden mužského. Výzkum byl prováděn záměrným výběrem, který se uskutečnil v bariatrické ambulanci jihomoravského kraje, břeclavské nemocnice za souhlasu MUDr. Čierného. Rozhovory probíhaly s pacienty, kteří podstoupili bariatrickou operaci minimálně před rokem. Byly plně anonymní a zaznamenány písemně. Všichni respondenti byli v této ambulanci dispenzarizováni, a to z různých částí republiky.

4. Výsledky výzkumu

4.1 Kazuistiky vycházející z rozhovorů s respondenty

Kazuistika respondenta č. 1

Respondent č. 1 je žena ve věku 36 let. Obezita ji trápí po porodu. Před operací se snažila zhubnout pomocí diet, užívala Adipex. Je dispenzarizována v obezitologické a psychiatrické ambulanci ještě před operací. Jejím největším problémem byl stres, ve kterém snědla naráz i půl kila bůčku a kilo zmrzliny.

Před výkonem vážila 140 kg. Její rozhodnutí pro tuto léčbu ovlivnil strach z přidružených onemocnění, která jsou pro obezitu typická-především strach z diabetu a imobility. Respondentka uvedla, že viděla obézní ženu, jak je na vozíku a museli se o ni starat, tak nechtěla takto dopadnout. I přes negativní reakce okolí, pro ni není kosmetické hledisko důležité. Respondentka objasnila důvod se slovy: „Každý mě musí brát takovou, jaká jsem, ne jak vypadám“. O možnosti této léčby se dozvěděla díky vyprávění dvou kamarádek, které po operační léčbě zhubly a obdivovala je a také pomocí informací z internetu. Proto se rozhodla, že operaci podstoupí.

Jako zákrok první volby jí byl doporučen bypass, na který by musela čekat. To však respondentka nechtěla a tak využila možnosti bandáže žaludku. V současné době má respondentka 2 roky po operaci, podstoupila zmiňovanou bandáž žaludku. Informace, které respondentka dostala po operaci týkající se změny životního stylu, uvedla bez problému. Kašovitou stravu vyčlenila do období čtrnácti dnů až tří týdnů po operaci. Z pečiva jí bylo doporučeno pouze bílé, bez semínek. Pečivo však nemá ráda. Chleba také neměla konzumovat kvůli jeho nadýmavým účinkům a nebezpečí obstrukce bandáže kůrkou. Dostala také informace o nutnosti pravidelného stravování a pomalé konzumace jídla. Dále uvedla, že nesmí pít po jídle ale až po 15 – 20 min. Dostala informace písemně, kde měla vše přehledně a srozumitelně vypsané.

Respondentka uvedla, že rok a půl jedla pravidelně každé 3 – 4 hodiny. Jedla po malých porcích, na jídlo si udělala čas a zařazovala více zeleniny. Jedla jogurty, tavené sýry, v práci jedla piškoty a používala umělá sladidla. Výrobky light nejedla, protože je považuje za nekvalitní. Těsně po operaci hlad neměla, na jídlo si vzpomněla, až když

něco zavonělo. Někdy 2 – 3 dny nejedla, protože neměla pocit hladu. Lékař jí na to řekl: „Pokud nemáte hlad, nejezte“. Čaj nebo vodu po jídle si dopřála za 20 minut po jídle. Dále však přiznala, že sem tam si dala bůček, pro který má slabost a také sladké. Respondentka však udělala v domácnosti různé změny. Uvádí: „Zrušila jsem špajz, vyhodila mrazák a chodím dodnes každý den nakupovat, abych neměla zásoby a nelákalo mě jíst větší porce“.

Pohybová aktivita po operaci byla respondentce doporučena za tři týdny jednu až dvě hodiny denně formou procházek, plavání nebo jiná jí oblíbená aktivita. Mezi její oblíbený sport patří plavání. Respondentka uvedla, že každý den hodinu plavala a večer hodinu a půl před spaním šla na procházku, bruslila nebo jezdila na kole a tak i krásně hubla 30 kg ze 140 na 110kg.

Po operaci jí byl doporučen vitamín C jednu tabletu denně. Začala tedy za 14 dní po operaci užívat Cetebe. A po roce a půl si kupuje komplex vitamínů, které jí vybírá přítel. Uvádá: „On je na to odborník, já nevím, jaký je v tom rozdíl, když si koupím vitamíny za stovku nebo pětistovku.“ Vše se jí krásně dařilo dodržovat -jak změna stravování, tak pohybová aktivita.

Na pravidelné kontroly chodila jednou za tři měsíce k chirurgovi a jednou měsíčně do obezitologické poradny, kde se vážila a probíhala konzultace ohledně jídelníčku. Při kontrole u chirurga jí byla bandáž přifouknuta, to se však respondentce nedělalo dobře, protože jí to moc tlačilo. Jako potíže nutné k vyhledání specialisty uvedla bolest. A jako specialistu uvedla chirurga. Respondentka uvedla, že má svého psychiatra, ke kterému chodila již před operací. Barypsychiatr jí nesedl jako člověk, tak byla k bandáži žaludku doporučena svým psychiatrem. Po operaci však pravidelná návštěva u svého psychiatra nebyla cíleně zaměřena na dodržování změn po operaci, byly řešeny spíše psychické problémy pacientky.

Po roce a půl po operaci však měla problémy s bývalým manželem. Neviděla způsob, jak ze sebe ten velký stres dostat a tak opět začala jíst a přestala dodržovat dietní opatření. To způsobilo, že se jí bandáž nejednou ucpala. Na pohled byla červená, nemohla dýchat, poté modrala. Také pociťovala nauzeu, které se buď podařilo prodýchat nebo jídlo vyzvracela. Někdy po nevhodných potravinách dostala i průjem a

na ten jí pomohla konzumace zeleniny. Musela v té době kvůli problémům s bývalým manželem navštěvovat i svého psychiatra a brát antidepresiva. Byla to pro ni náročná situace, kterou sama nezvládala. Uvedla, že: „Bandáž se dá lehce ošidit a přejít tím, že jsem cucala sladké.“

Opět tedy nabírala na váze. Nyní váží 122 kilogramů. V současné době přichází na hospitalizaci k bypassu. Vliv bandáže i přes nedodržení opatření respondentka uvádí značný. Zvýšilo se jí sebevědomí, uvádí: Chlapi se za mnou i otáčeli a okolí nedávalo najevo odpor“. Také se necítila nemocná, celkově se cítila lépe, neměla bolesti kloubů a mohla se více hýbat.

Na závěr respondentka uvádí: „Stalo se, ale dá se to napravit, kdyby mě nepomohl bypass, tak už bych na sebe fakt byla našťvaná, ale druhou šanci si každý zaslouží. Dodnes lituju, že jsem nešla hned na bypass.“

Kazuistika respondenta č. 2

Respondent č. 2 je žena ve věku 36 let. Před operací se snažila zhubnout pomocí diet, pod vedením obezitologa, stále však trpěla jojo efektem. Její hlavním problémem byla nadměrná konzumace jídla přes den, kterou si neuvědomovala.

Její původní váha byla 114 kg. K operační léčbě se rozhodla kvůli neúspěšným pokusům o zhubnutí. Její hlavní motiv je dobrý zdravotní stav. Respondentka uvedla: „Na estetické stránce mi nijak nezáleží, jen abych byla zdravá.“ O možnosti této léčby se dozvěděla pacientka od své diabetoložky, ke které chodí pravidelně na kontroly.

Nyní má respondentka 3,5 roku od bandáže žaludku a 3 měsíce po bypassu. Jako informace, které dostala o změně konzumace jídla, uvedla: „Po měsíci jsem mohla jít stravu normální konzistence. Byly mi také zdůrazněny malé velikosti porcí asi 100g. Musím jíst pravidelně 5x denně a pomalu. Napít se můžu po jídle až po 20 minutách. Dostala jsem jídelníček s uvedenými jídly na každý den.“ Cvičit mohla respondentka plně po jednom měsíci po operaci. Byla jí doporučena jedna až dvě hodiny denně chůze a Nordic walking. Mohla si však zvolit svůj oblíbený sport.

Respondentka jí po deseti minutách pětkrát až šestkrát denně. Také jí pomalu, problém má však s vyloučením sladkého a konzumuje jej nadále. Má ráda hlavně

čokolády. Pravidelný pohyb dodržuje formou prací na zahradě a jednu hodinu dvakrát až třikrát týdně chodí na procházky, které jí vyhovují nejvíce. Hlavní problém tedy vidí ve stejných chutích na sladké. Konkrétní vitamíny respondentce nebyly doporučeny, užívá proto komplex vitamínů-jednu tabletku denně.

Na pravidelné kontroly k lékaři chodí pravidelně jedenkrát za tři měsíce. Nyní chodí na kontroly s bypassem žaludku. Potíže, při kterých by respondentka vyhledala lékaře, uvedla nevolnost a bolest. Uvádí, že by vyhledala chirurga. Psychologa po operaci nenavštěvuje.

Vliv bariatrické operace na její život je celková spokojenost s výrazně lepším zdravotním stavem, vyšší sebevědomí a lepší pocit ze svého těla. Výsledky léčby však nebyly tak patrné na váhový úbytek. Respondentka po bandáži žaludku vážila 95 kg. Věří však, že díky gastrickému bypassu zhubne o mnoho více a výsledky budou více patrné.

Kazuistika respondenta č. 3

Respondent č. 3 je žena ve věku 51 let. Rok se léčila v obezitologické ambulanci a svépomocnými dietami a antiobezitiky. Však bez většího úspěchu.

Před operační léčbou vážila 130 kg. K rozhodnutí ji vedl špatný zdravotní stav. Uvedla hlavně dýchací potíže a zánět žil na končetinách. Kosmetické hledisko neuvádí. Informace o této léčbě se respondentka dozvěděla v ordinaci praktického lékaře a v obezitologické poradně.

Nyní má rok po plikaci žludku. Respondentka byla informována o nutnosti pravidelného stravování pětkrát denně v menších dávkách. Dále 20-ti minutové odstupy konzumace jídla od pití tekutin. Hlavní důraz byl kladen na pomalou konzumaci jídla. První aktivní pohyb o operaci mohla vykonávat 14 dní po operaci s prvky pomalého cvičení.

Respondentka uvedla, že si zvykla pět-krát denně jíst. Po jídle pila s odstupem 15 minut. Za den vypila litr a půl tekutin, hlavně obyčejné vody. Respondentka uvedla, že tři až čtyři měsíce vše dodržovala. Co se týká pohybové aktivity, chodí pravidelně jedenkrát týdně posilovat a pět až dvacet minut cvičí každý den. Oblíbila si zejména

kalanetiku. Po operaci ji žádné změny nedělají potíže. Po operaci ji byly doporučeny probiotika na půl roku. Respondentka užívala přípravek dva měsíce, na název si však nemohla vzpomenout.

K lékaři chodí pravidelně a to jedenkrát za tři měsíce. Jako příznaky nutné k vyhledání lékaře uvedla zvracení a bolest. Vyhledala bych chirurga. Po operaci psychologa nenavštěvuje.

Nyní váží 96 kg, je naprosto spokojená. Má vyšší sebevědomí, uvedla, že nebere žádné léky a operaci by doporučila v případě potřeby každému. Jedno mínus však uvedla a to že si musí kupovat nové oblečení menší velikosti, dodala s úsměvem. Do budoucna plánuje ještě abdominoplastiku.

Kazuistika respondenta č. 4

Respondent č. 4 je žena ve věku 54 let. Obezitou trpí již od mala. Před operační léčbou chodila na kurzy do Nutrivi a navštěvovala nutriční terapeutku. Držela diety, obezitu však mají dědičně v rodině.

Před operací vážila respondentka 147 kg. K operaci se rozhodla kvůli plánované ortopedické operaci a to totální endoprotézu kyčelního kloubu. Aby mohla k operaci kyčle, musela respondentka nejprve zhubnout. To byl její hlavní motiv. Obezity se také chtěla zbavit celkově kvůli zdravotnímu stavu. Také ji trápilo, že už od mala trpí obezitou a nedokáže se jí zbavit. O operaci se dozvěděla od svého endokrinologa a od její známé, která ji o této léčbě informovala.

Po operaci má dva roky a podstoupila tubulizaci žaludku. Bandáž žaludku nechtěla, jako důvod uvedla: „abych ji nepřejedla.“ Chtěla proto nevratný zákrok. Informace o změně životního stylu uvedla bez problému. Musí jíst pravidelně pětkrát až šestkrát denně po malých porcích nedráždivá jídla. Dále uvádí, že po jídle může pít až po 20 minutách. Pohyb jí byl doporučen po čtrnácti dnech formou lehkých cviků. Intenzivněji až po měsíci od operace, každý den jednu až dvě hodiny. Jako vhodný sport uvedla plavání a chůzi, či Nordic walking.

Pravidelnou konzumaci jídla dodržuje. Stravuje se pětkrát denně po malých porcích. Tekutiny od jídla vyčleňuje po 20ti minutách. Sportuje každý den. Koupila si

hůlky na Nordic walking a hodinu, někdy hodinu a půl si každý den udělá čas na výšlap. Uvedla, že daná opatření nemá problém dodržovat. Měsíc po operaci jí byl doporučen B-komplex, vitamín D, zinek a vápník. Respondentka uvedla, že tyto vitamíny užívá pravidelně až dodnes.

Na pravidelné kontroly k lékaři chodí jedenkrát za tři měsíce. Jako potíže nutné k vyhledání lékaře uvedla nevolnost a bolest. V současné době ji trápilo značné pálení žáhy, pro které vyhledala chirurga. Byla ji zavedena nazogastrická sonda a jeden měsíc byla hospitalizována na bariatrickém oddělení. Nyní jí byla objevena puklinka v žaludku, a proto se stravuje kašovitou stravou. Psychologa po operaci nenavštěvuje.

Respondentka uvedla, že po operaci zhubla 30 kg a cítí se lépe. Velkou radost má i ze snížení hladiny glykemie ze 7,2 na 5,0. Dále uvádí, že ji lidé nepoznávají, to jí dělá velice dobře a má blahodárny vliv na její sebevědomí. Celkově se respondentka cítí po operaci mnohem zdravější.

Kazuistika respondenta č. 5

Respondent č. 5 je žena ve věku 29 let. Trpěla jojo efekty a marně se snažila svépomocí zhubnout. Navštěvuje pravidelně obezitologickou ambulanci. Avšak tyto pokusy o zhubnutí selhaly.

Původní váha byla 130,5 kg. K operační léčbě se rozhodla kvůli zdravotním problémům- trpěla dušností při námaze, bolestmi kloubů a špatnou pohyblivostí. Kosmetické hledisko neuvádí. O možnostech této léčby se dozvěděla respondentka od obezitologa.

Nyní je respondentka dva roky po tubulizaci žaludku. Byla informována o nutnosti konzumace malých porcí jídla a zejména pomalému příjmu stravy, o nutnosti pravidelného stravování, a to čtyřikrát až pětkrát denně a zákaz pití tekutin po jídle dvacet minut. Pohybová aktivita jí byla doporučena po dvou týdnech s omezením těžkých cvičení a zvedání těžkého břemene. Po měsíci mohla sportovat bez velkých omezení.

Respondentka uvádí, že se šestkrát denně pravidelně stravuje, po jídle si nechává půl hodiny na příjem tekutin a výrazně snížila tempo konzumace jídla. Uvedla také, že

jídlo si pokaždé zváží na porci devadesát až sto gramů. Od čtyř týdnů po operaci začala sportovat, zejména pěší túry, které má oblíbené. Plave každý den jednu až dvě hodiny.

Měsíc po operaci ji byl doporučen komplex vitamínů. Užívala jej devět měsíců. Na pravidelné kontroly chodí k lékaři dvakrát do roka a dvakrát do roka navštěvuje obezitologa. Jako potíže nutné k vyhledání lékaře, uvedla zejména bolest. V případě potřeby by vyhledala chirurga. Po operaci psychologa nenavštěvuje.

Nyní respondentka váží 92,8 kg. Jako hlavní klady po operaci uvádí vyšší rozsah pohybu, spokojenost, pocit štěstí a možnost jezdit na koni. Uvedla, že se cítí zdravější, proto je s léčbou maximálně spokojená a negativa žádná nevidí.

Kazuistika respondenta č. 6

Respondent č. 6 je muž ve věku 51 let. Před léčbou pomocí operačního výkonu bral léky na hubnutí, držel diety a navštěvoval obezitologickou ambulanci, kde se pravidelně sleduje jeho stav.

Před výkonem vážil 185 kg. K léčbě ho přivedla naděje, kterou viděl v léčbě a zároveň jako poslední šanci jak zhubnout. Dalším motivem bylo i zlepšení zdravotního stavu. Informace o léčbě získal pomocí internetu a endokrinologa.

V současné době má rok po plikaci žaludku. Byl informován o změně velikosti porcí, nutnosti pravidelného stravování čtyřikrát až pětkrát denně. Dále stravování racionální stravou, bohatou na zeleninu a ovoce. Sport mohl zařadit po dvou až třech týdnech po operaci.

Respondent uvádí, že si vyrobil krabičky na jídlo odpovídající velikosti, které mu neumožňovaly nabrat si větší množství jídla, než doporučenou dávku. Stravuje se pravidelně čtyřikrát denně, přestože mu to dělá potíže. Respondent uvádí, že má málo času na pohyb a většinu dne v práci stráví v sedě. Proto se snaží dodržovat hlavně porce jídla, pohyb je však horší kvůli zmiňovanému sedavému zaměstnání. Uvádí, že jednou za týden pracuje na chalupě. Dále uvedl: „Ze začátku jsem dodržoval všechno přesně podle informací, postupem času je to horší.“ Po operaci mu byly doporučeny vitamínové přípravky, proto zvolil univerzální komplex vitamínů Spektrum. Na pravidelné kontroly k lékaři chodí poctivě jednou za tři měsíce. Jako potíže, při kterých

by musel vyhledat lékaře, uvedl bolest, zvracení a nevolnost. Vyhledal by chirurga. Psychologa po operaci nenavštěvuje.

Respondent uvádí, že je s operací velice spokojený. Ubyly mu zdravotní potíže, zlepšila se celková pohyblivost, snížila se bolestivost kloubů i práh dušnosti. Upravil se mu rovněž tlak a cítí se příjemně což má vliv i na jeho sebevědomí a náladu. Dále však uvádí, že má potíže s vyprazdňováním v důsledku malého příjmu tekutin a trpí zácpou. Nyní váží po plikaci 154 kg a věří, že váhové úbytky budou pokračovat.

Kazuistika respondenta č. 7

Respondent č. 7 je žena ve věku 50 let. Před operační léčbou si zaznamenávala jídelníček, držela diety a chodila k nutriční terapeutce. Navštěvuje pravidelně jeden rok i obezitologa.

Před výkonem vážila 123 kg, pro operaci se rozhodla kvůli tloušťce jako takové, rodina mívala často i narážky, což ji snižovalo sebevědomí. Proto její rozhodnutí lze brát převážně z estetického hlediska. O léčbě se dozvěděla od tchyně, která měla bandáž a tak si řekla: „jdu do toho“.

Nyní má sedm let po bandáži žaludku. Kvůli hiátové kýle si však na bandáž rok počkala, ale byla rozhodnuta, že tuto léčbu podstoupí tak vydržela i rok čekat na operaci. Informace o změně životního stylu dostala od nutriční sestry. Byla jí sdělena nutnost pravidelné konzumace jídla čtyřikrát až pětkrát denně a pití tekutin po jídle s odstupem dvacet minut. Dále ji bylo doporučeno snížit rychlost konzumace, aby nemohla v bandáži vzniknout obstrukce. Naučila se psát i jídelníček. Informace dostala přehledně na tiskopise. Pohyb mohla začít pozvolna 14 dní po operaci formou chůze a později oblíbeným sportem.

Tři roky se pravidelně stravovala a jedla malé porce. Do měsíce po operaci si vařila omáčky, bramborové kaše a polévky. Po třech letech však jí nepravidelně ale malé porce dodržuje. Respondentka udává, že k pohybu se nedonutila. Odůvodnila to tím, že ráno brzo vstává do práce, pozdě se vrací a doslova uvedla: „Nejsem zapálený sportovec“. Jako největší potíže po operaci uvádí pohyb a jeho pravidelnost. Jako vitamínové přípravky jí byl doporučen komplex vitamínů. Proto měsíc po operaci

začala užívat vitamín C, který následně užívala do dvou let po operaci.

Nyní již na kontroly k lékaři pravidelně nechodí, ze začátku chodila jednou za půl roku a po třech letech již nepravidelně. Jako obtíže k vyhledání lékaře uvedla nevolnost. Navštívila by chirurga. Po operaci psychologa nepotřebovala.

Vliv operace uvádí značný. Zvýšilo se jí sebevědomí, zlepšila se psychika i fyzická kondice. Okolí jí sice operaci rozmlouvalo, nyní je však maximálně šťastná. Z původní váhy 123 kg zhubla na 80 kg, nyní však přibrala 15 kg. Chtěla by tedy nabraná kila opět zhubnout, proto vyrazila na pravidelné setkání banding klubu na výšlap s hůlkami Nordic walking.

Kazuistika respondenta č. 8

Respondent č. 8 je žena ve věku 45 let. Před operací se léčila u obezitologa, chodila k nutriční terapeutce a sportovala. Mezi její oblíbené sporty patří squash, lyže, posilovna, fitball.

Původní váha před výkonem byla 130 kg, k operaci se rozhodla pro tloušťku jako takovou, čili z kosmetického hlediska. Chtěla si připadat pro okolí atraktivnější. Dále uvedla zlepšení zdravotního stavu. O možnosti této léčby se respondentka dozvěděla od známé, která jí vše řekla ohledně přípravy na operaci, operačního průběhu i dietních opatřeních které podstoupila po operaci. Respondentka uvádí, že jí vyprávění zaujalo a chtěla touto cestou také zhubnout.

Nyní má rok po plikaci žaludku. Respondentka byla informována o pravidelné konzumaci jídla čtyřikrát až pětkrát denně po malých porcích. Dále byl kladen důraz na pomalou konzumaci jídla a pití tekutin po jídle až za dvacet minut. Měla by za den vypít dva až dva a půl litru tekutin. Pohyb mohla zahájit respondentka čtrnáct dní po operaci.

Respondentka uvedla, že výše zmiňovaná opatření dodržuje, že vždy jedla zdravě, sportovala, jen jedla velké porce jídla. Uvádí, že nyní sní desetinu toho, co jedla dříve. Bohužel po operaci jí chuť na sladké nezmezela, proto tak málo hubne. Sportuje dvakrát týdně formou intenzivního cvičení. Další sporty jako squash, fitbally, ostatní nárazově trénuje hodinu denně. Respondentka uvádí, že jí největší obtíže po operaci dělá nezapíjet jídlo. Po operaci byly respondentce doporučeny k užívání jakékoliv

vitamíny. Užívá Geriavit, Eladen, Condro, mořskou řasu, Dologran a antioxidanty každý obden.

Pacientka chodí pravidelně na kontroly jedenkrát za tři měsíce. Jako obtíže nutné k vyhledání lékaře uvedla respondentka dlouhodobé potíže s trávením. Vyhledala by chirurga nebo gastroentrologa. Po operaci psychologa nenavštěvuje.

Vliv na život po operaci uvádí velice kladný. Uvádí zlepšení ve všech oblastech, hlavně zvýšení sebevědomí, zlepšení pohyblivosti a větší zájem a obdiv okolí. Po operaci se nejvíce podporovala sama, aby vše dokázala dodržet a cíl si splnit. Jako negativní vliv uvádí ztrátu libida a zhoršení v sexu. Nyní váží 100 kg a chtěla by ještě 20 kg zhubnout.

4.2 Kategorizační tabulky

Tabulka č. 1 : Léčba před bariatrickou operací

Respondenti	Opatření před operací
R 1	dieta, obezitolog, antiobezitika
R 2	dieta, obezitolog
R 3	dieta, obezitolog, antiobezitika
R 4	dieta, kurzy, nutriční terapeut
R 5	dieta, obezitolog
R 6	dieta, obezitolog, antiobezitika
R 7	dieta, obezitolog, nutriční terapeut
R 8	sport, nutriční terapeut, obezitolog

Z výše uvedeného vyplývá, že převážná část respondentů byla před bariatrickým výkonem dispenzarizována v obezitologické ambulanci, kterou pravidelně navštěvují. První respondentka k uvedenému výčtu udala i užívání adipexu. Také navštěvovala psychiatra, který jí pomáhal při stresových situacích, ve kterých se přejídá. Všichni respondenti uvedli dodržování dietních opatření.

Ve vztahu k dietním opatřením uvedly respondentky č. 2 a 3, že vyzkoušely

různé diety, ale vyskytl se u nich „jojo efekt“. Návštěvy kurzů na hubnutí uvedla čtvrtá respondentka. Docházela také na konzultace k nutriční terapeutce. Obdobnou zkušenost uvedly respondentky č.7 a 8, které rovněž navštěvovaly nutriční terapeutku. Osmá respondentka jako jediná uvedla, že se snažila intenzivně sportovat formou posilování, lyžování, hrála squash a fitball.

Tabulka č. 2: Motivace respondentů k bariatrickému výkonu

Respondenti	Důvody k podstoupení operace
R 1	strach z onemocnění
R 2	zdravotní důvody
R 3	zdravotní důvody
R 4	zdravotní důvody, plánovaná operace
R 5	zdravotní důvody
R 6	poslední naděje, zdravotní důvody
R 7	estetické důvody
R 8	estetické, zdravotní důvody

Dle tabulky je zřejmé, že převážnou část respondentů motivovalo k operaci zlepšení zdravotního stavu. Respondentka č. 3 uvedla, že jejím motivem byly respiračními problémy a prodělaná flebotrombóza. Respirační potíže coby motiv k rozhodnutí se pro operační výkon popisovala i pátá respondentka, která je spojovala především s námahou. Dále uvedla, že trpěla bolestmi kloubů a v jejich důsledku i špatnou pohyblivostí. Respondetku č. 2 přiměly k podstoupení operace kromě zdravotních důvodů i předešlé, neúspěšné pokusy o zhubnutí. V případě šestého respondenta toto bylo dáno faktem, že bariatrickou operaci vnímal jako poslední naději na zhubnutí.

Kromě výše uváděných zdravotních důvodů byla motivem pro čtvrtou respondentku plánovaná ortopedická operace kloubů a to totální endoprotéza kyčle, neboť před touto operací musela nejdříve zhubnout. Tak se stala tato skutečnost hlavním motivem k operaci. Dále uvádí, že se chtěla obezity už konečně zbavit, protože jí trápila od mala.

Dalším motivem pro operační léčbu obezity byla kosmetická stránka. Tu uvedla

respondentka č. 7., které vadily narážky rodiny na její obezitu. To mělo vliv také na její sebevědomí. Také pro respondentku č. 8 bylo důležité zvýšení atraktivity pro okolí. Strach z onemocnění, zejména z diabetu a imobility uvedla respondentka č. 1. Uvedla, že viděla obézní ženu na vozíku, plně imobilní. Nechtěla takto dopadnout, tak se rozhodla pro tuto léčbu.

Tabulka č. 3: Druhy absolvovaných výkonů

Respondenti	Zvolené operační zákroky
R 1	bandáž žaludku
R 2	bandáž, bypass žaludku
R 3	plikace žaludku
R 4	tubulizace žaludku
R 5	tubulizace žaludku
R 6	plikace žaludku
R 7	bandáž žaludku
R 8	plikace žaludku

Nejčastější operační metodou byla plikace a bandáž žaludku. Sedmá respondentka ukázala již před výkonem pevnou vůli tím, že musela na operaci rok čekat kvůli hiátové kýle. Byla však rozhodnuta, že tuto léčbu podstoupí. Za rok jí byla provedena bandáž žaludku. Respondentka č. 4 uvedla, že jí byla také nabízena bandáž žaludku, ale bála se, aby jí „nepřejeda“. Chtěla proto nezvratný zákrok, tak podstoupila tubulizaci žaludku. Respondentka č. 1 uvádí, že měla jít původně na bypass žaludku. Na ten by však musela čekat, proto se rozhodla podstoupit bandáž a dodnes toho lituje, protože bandáž „přejeda“. Obdobnou zkušenost udává respondentka č. 2, která má 3,5 roku od bandáže žaludku. Ale protože konzumovala svá oblíbená jídla dál, nezhubla, kolik si přála. Nyní obě respondentky jsou po bypassu žaludku a očekávají změnu k lepšímu.

Tabulka č. 4: Sportovní aktivity respondentů po operaci

Respondenti	Míra pohybové aktivity po operaci
R 1	sportuje
R 2	sportuje pravidelně
R 3	sportuje pravidelně
R 4	sportuje pravidelně
R 5	sportuje pravidelně
R 6	nesportuje
R 7	nesportuje
R 8	sportuje pravidelně

Dle výše uvedených informací vyplývá, že převážná část respondentů pravidelně sportuje. Třetí respondentka uvedla, že každý den pravidelně cvičí 5 – 20 min a jednou za týden posiluje. Pravidelný pohyb potvrdila také čtvrtá respondentka, která uvedla, že se každý den pohybu věnuje hodinu až hodinu a půl formou procházky s hůlkami Nordic Walking, které si na to zakoupila. Respondentka č. 5 také pravidelně sportuje. Každý den plave jednu až dvě hodiny, též si oblíbila pěší túry. A respondentka č. 8 se věnuje sportu pravidelně dvakrát týdně, kdy intenzivně cvičí. Ostatním sportům jako squash a fitball se věnuje nárazově hodinu denně. Další respondentka, která dodržuje pravidelný pohybový režim, je respondentka č. 2. Dvakrát až třikrát týdně chodí na hodinové procházky, které jí vyhovují nejvíce. Pohyb udává i formou prací na zahradě.

Respondentka č.1 rok a půl každý den hodinu plavala a večer hodinu a půl chodila na procházky. Někdy jezdila na kole nebo bruslila. V době, kdy měla rodinné problémy, však nějaký čas nesportovala. Dále uvádí, že jí pohyb problémy nedělá, občas tedy sportuje. Méně početnou skupinou jsou neaktivní respondenti. Hlavní příčinou pro pohybovou absenci je pro respondenta č. 6 nedostatek času a sedavé zaměstnání. Podobně je na tom respondentka č. 7, která uvedla, že brzy vstává a domů se vrací pozdě. Taktéž se zmínila, že není „zapálený sportovec“

Tabulka č. 5: Dodržování jídelních doporučení

Respondenti	Stravování bariatrických pacientů
R 1	dietu již nedodržuje
R 2	nedrží řádně dietu
R 3	dietu již nedodržuje
R 4	dietní opatření dodržuje
R 5	dietní opatření dodržuje
R 6	problémy s pravidelností jídla
R 7	problémy s pravidelností jídla
R 8	nedrží řádně dietu

Tato tabulka je zaměřena na nedostatky v dodržování výživových opatření. Výsledky poukazují na nedodržování některých jídelních doporučení u převážné části respondentů. Respondentka č. 3 uvedla, že všechna výživová opatření dodržovala pouze 3 – 4 měsíce. O něco lépe je na tom respondentka č. 1, která skončila s dietními opatřeními za rok a půl, kvůli stresu vyvolaný rodinnými problémy. Nyní však byla indikována k bypassu žaludku a věří ve změnu. Zrušila zásoby v domácnosti a dodnes chodí denně nakupovat, aby se nemohla přejídat.

Problémy s pravidelností jídla uvedla respondentka č. 7. Ta se po třech letech vrátila k nepravidelnému stravování. Respondent č. 6 se stravuje také nepravidelně. Zaměřil se však na velikosti porcí a dodržuje je. Dokonce si vyrobil krabičky na jídlo odpovídající velikosti porcí, které si mohl nabrat. Ukázkovým případem jsou však respondenti č. 4 a 5. Respondentka č. 5 nejen že všechna dietní opatření dodržuje, ale také si pokaždé zváží porci jídla na 90 - 100 g.

Tabulka č. 6: Užívání vitamínových přípravků

Respondenti	Doporučené vitamíny.
R 1	užívá
R 2	pravidelně užívá
R 3	již neužívá
R 4	pravidelně užívá
R 5	již neužívá
R 6	užívá
R 7	již neužívá
R 8	pravidelně užívá

Výsledky výše znázorněné vypovídají o téměř vyrovnaném poměru mezi užíváním vitamínů a jeho ukončením. Respondentce č. 4 byl po operaci doporučen B-komplex, zinek, vápník a vitamín D. Tyto vitamíny užívá dodnes a pravidelně. Respondentka č. 2 si zvolila komplex vitamínů, který užívá pravidelně jednou denně. Komplex vitamínů užívá i respondent č. 6. Uvedl přípravek Spektrum. Taktéž i respondentka č. 1 užívá komplex vitamínů, které jí vybírá přítel. Ostatní respondenti přípravky užívali, ale po čase přestali.

Respondentka č. 3 měla užívat půl roku probiotika. Uvedla, že přípravek užívala dva měsíce. Pátá respondentka je na tom o něco lépe. Byl jí doporučen komplex vitamínů, užívala jej 9 měsíců. Nejdéle z této skupiny vydržela však respondentka č. 7. Byl jí doporučen též komplex vitamínů, který užívala dva roky po operaci.

Tabulka č. 7: Dispenzarizace bariatrických pacientů

Respondenti	Častost kontrol u pacientů
R 1	chodila jednou za 3 měsíce
R 2	jednou za 3 měsíce
R 3	jednou za 3 měsíce
R 4	jednou za 3 měsíce
R 5	dvakrát do roka
R 6	jednou za 3 měsíce
R 7	již nechodí pravidelně
R 8	jednou za 3 měsíce

Z výše uvedeného vyplývá, že převážná část respondentů chodí na kontroly pravidelně. Většina respondentů navštěvuje bariatrickou ambulanci jednou za tři měsíce. Například respondenti č. 2, 3, 4, 6 a 8. Respondentka č. 5 má již 2 roky po tubulizaci žaludku, proto je dispenzarizována dvakrát do roka. Ve stejném časovém rozmezí uvedla respondentka dispenzarizaci v obezitologické ambulanci. Také respondentka č. 7 chodila na kontroly zezáčátku dvakrát do roka. To trvalo do tří let po operaci. Dále uvedla, že po třech letech již chodí nepravidelně. Pouze respondentka č. 1 uvedla, že na pravidelné kontroly k lékaři chodila pouze rok a půl. Dále uvedla, že při kontrolách se vážila a probíhala konzultace ohledně jídelníčku. Při jedné z kontrol jí byla bandáž přifouknuta, to však respondentce působilo zdravotní obtíže. Uvedla, že jí bandáž moc tlačila.

Tabulka č. 8: Bariopsycholeg v dlouhodobé péči

Respondenti	Psychologické péče o pacienty
R 1	předchozí dispenzarizace psychiatrem
R 2	psychologa nenavštěvuje
R 3	psychologa nenavštěvuje
R 4	psychologa nenavštěvuje
R 5	psychologa nenavštěvuje
R 6	psychologa nenavštěvuje
R 7	psychologa nenavštěvuje
R 8	psychologa nenavštěvuje

Dle uvedených informací, je zde jasně vidět, že žádný z pacientů nenavštěvuje baripsychologa. Pouze první respondentka uvádí zkušenost s baripsychiatrem. Ten jí však nesedl jako člověk už od začátku, a proto jí k operaci doporučil její psychiatr. Dále však respondentka uvedla, že její návštěvy po měsíci nejsou zaměřeny na jídelní opatření a motivaci po operaci. Z tohoto zjištění je zřejmé, že psychická péče o pacienty po bariatrické operaci není využita. Málo kdo si však z pacientů může uvědomit roli baripsychologa, který je před operací vyšetřoval.

Tabulka č. 9: Vliv operace na respondenty a jejich spokojenost

Respondenti	Jaká je spokojenost pacientů?
R 1	pocit zdraví, lepší pohyblivost, vyšší sebevědomí
R 2	lepší zdravotní stav, vyšší sebevědomí
R 3	lepší zdravotní stav, vyšší sebevědomí
R 4	lepší zdravotní stav, vyšší sebevědomí
R 5	lepší fyzická zdatnost, pocit zdraví, štěstí,
R 6	lepší zdravotní stav, vyšší sebevědomí
R 7	lepší zdravotní stav, vyšší sebevědomí
R 8	zlepšení ve všech oblastech, vyšší sebevědomí

Dle získaných informací naprosto všichni pacienti uvedli kladná hodnocení po operaci. Byly ovlivněny zejména komorbidity a psychika pacientů. Ve vztahu ke zlepšení fyzického stavu uvedla respondentka č. 3, že neužívá již žádné léky. Je naprosto spokojená a operaci by doporučila každému, kdo se trápí obezitou. S úsměvem také dodává, že musí kupovat nové oblečení. Čtvrtá respondentka uvedla snížení hladiny glykémie ze 7,2 na 5,0. Také uvedla, že se cítí celkově mnohem zdravější. Zlepšení zdravotního stavu udal i respondent č. 6. Upravil se mu tlak krve, ubyly zdravotní potíže, zlepšila se i celková pohyblivost. Dále uvedl snížení bolestivosti kloubů i práh dušnosti. Po psychické stránce se respondent cítí také příjemně. Udává pozitivní vliv na jeho náladu i vyšší sebevědomí.

Maximálně šťastná je po operaci respondentka č. 7. Ve vztahu k psychickému rozpoložení udala vyšší sebevědomí a zlepšení psychiky. Vyšší sebevědomí uvádí také respondentka č. 8 díky většímu zájmu a obdivu od okolí. Tuto zkušenost uvedla také respondentka č.1, která kromě výše uvedeného výčtu udala, že se za ní i muži otáčeli a okolí nedávalo najevo tolik odpor. Lepší pocit ze svého těla uvedla i respondentka č. 2, proto uvedla i zlepšení sebevědomí.

Negativně však hodnotí respondent č. 6 vznik zácpy, kvůli malému příjmu tekutin. A respondentka č. 8 uvedla negativní vliv operace spojený se ztrátou libida a zhoršení v sexu.

Tabulka č. 10 : Dosažená váhová redukce u pacientů

Respondenti	Hmotnostní úbytek po operaci
R 1	18 kg
R 2	19 kg
R 3	34 kg
R 4	30 kg
R 5	37,7 kg
R 6	31 kg
R 7	28 kg
R 8	30 kg

Z výše uvedených informací vyplývá, že největší hmotností redukce dosáhla respondentka č. 5, která je zároveň nejmladší z výzkumného souboru. Před operací vážila 130,5 kg. Po dvou letech získala váhu 92,8 kg. Další úspěšná redukce je vidět u respondentky č. 3. Před operací vážila 130 kg. Po roce docílila váhu na 96 kg. Výrazný váhový úbytek lze vidět i u respondenta č. 6, který původně vážil 185 kg. Po roce má nyní 154 kg a věří, že váhové úbytky budou ještě pokračovat. Obdobné redukce váhy dosáhla i respondentka č. 8, která by ještě chtěla 20 kg zhubnout. Menší váhové úbytky jsou zřetelné u respondentky č. 1 a 2. Respondentka č. 1 přibrala po roce a půl díky nedodržování diety. Respondentka č. 2 docílila malého hmotnostního úbytku též při nedodržování diety. Obě však věří, že po další operaci- bypassu žaludku zhubnou více.

5. Diskuse

Tato bakalářská práce zjišťuje specifika v dlouhodobé péči u pacientů po bariatrické operaci. Zaměřuje se na informovanost pacientů a dodržování režimových opatření po operaci. Práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. Empirická část byla pojata kvalitativním způsobem formou rozhovorů. Ty byly uskutečněny s osmi respondenty, z toho 7 bylo žen a jeden muž.

Jak popisuje Svačina (4), obezita je jedním z nejčastějších onemocnění a patří jí šesté místo v nejzávažnějších rizikových faktorech zdravotního stavu. Cílem bariatrické chirurgie je zlepšení nebo vyléčení obezity spolu s komorbiditami. Tuto roli bariatrické chirurgie uvedl Fried (1). Před operací je však nutná konzervativní léčba. Respondenti z oblasti týkající se léčby před operací uváděli léčbu pomocí diety, obezitologa, antiobezitik a konzultace s nutriční terapeutkou. Tyto odpovědi jsou v souladu s uváděnými konzervativními možnostmi léčby obezity, které zahrnují redukční dietu, úpravu životosprávy a pohybovou aktivitu. Další možností je i kognitivně behaviorální terapie a farmakologická léčba, popisuje Sucharda (7). Převážná část respondentů uvedla dodržování dietních opatření. Většinou se však u nich dostavil „jojo efekt“. Respondentky č. 2 a 3 se pokoušely zhubnout pomocí různých diet, ale bez úspěchu. Optimální redukční dieta má splňovat 15% bílkovin, 55-60 % sacharidů a 20-30 % tuků, zvýšené množství zeleniny a snížený obsah soli, uvedla Kalousková a Kunešová (6). Léčbu pomocí dispenzárních prohlídek u obezitologa uvedli téměř všichni respondenti. Respondentka č. 1 konkrétně uvedla, že k obezitologovi chodí pravidelně jednou za měsíc. Pátá respondentka uvedla, že na kontroly chodí dvakrát do roka. Léčbu pomocí antiobezitik uvedly respondentky č. 1, 3 a 6. Konkrétní přípravek uvedla první respondentka. Užívá adipex. Respondenti č. 3 a 6 konkrétní přípravek neuvodli. Kromě těchto konzervativních postupů uvedli respondenti č. 4, 7 a 8 konzultace s nutriční terapeutkou. Z kazuistik je zřejmé, že pouze jedna respondentka zmínila před operací pohybovou aktivitu. Konkrétně se jedná o respondentku č. 8., která provozuje více sportovních aktivit.

Pozornost byla věnována také motivaci pacientů k operaci. Aby však byla motivace dlouhodobě silná, měla by vycházet z vnitřního postoje. Proto dostatečným

důvodem není ani nařízené hubnutí od lékaře nebo kritika partnera. Rozhodnutí musí tedy pacient provést sám s tvrzením „já chci“. To však ještě před operací prověří baripsycholog, uvádí Fried (1). Nejčastějšími důvody pro rozhodnutí k provedení výkonu byly zdravotní potíže a snaha zlepšit svůj zdravotní stav. Bylo tomu tak u většiny respondentů. Je zřejmé, že respondentům jejich zdravotní potíže spojené s obezitou, snižovali kvalitu života, jak popisuje Kasalický (2). Respondentka č. 2 se k operační léčbě rozhodla pro získání dobrého zdravotního stavu. Dále uvedla: „Na estetické stránce mi nijak nezáleží, jen abych byla zdravá“. Jako další důvod uvedla předešlé, neúspěšné pokusy o zhubnutí. Třetí respondentku také trápil špatný zdravotní stav, ten ji dovedl k rozhodnutí podstoupit tuto léčbu. Uvedla hlavně dýchací potíže a prodělanou flebotrombózu na končetinách. Kosmetické hledisko neuvedla. K této léčbě se rozhodla i pátá respondentka kvůli zdravotním problémům. Trpěla zejména dušností při námaze, bolestmi kloubů a tím i špatnou pohyblivostí. Tyto uváděné komplikace obezity korespondují s popisovanými Gajdácsovou (52). Respondentka č. 1 se těšila dobrému zdravotnímu stavu, dokonce měla nízký cholesterol, ale měla obavy z přidružených onemocnění související s obezitou. Z tohoto důvodu lze její motiv zařadit do zdravotních důvodů. Měla strach hlavně z diabetu a imobility. Respondentka uvádí, že viděla obézní ženu, která byla na vozíku a trpěla právě imobilitou, byla odkázána na pomoc druhých lidí. Nechtěla takto dopadnout, a když slyšela vyprávění o úspěšné léčbě jejích dvou kamarádek, rozhodla se pro tuto léčbu. Často se setkala i s negativními reakcemi okolí, ale to jí netrápilo. Odůvodnila svůj postoj tím, že: „Každý mě musí brát takovou, jaká jsem, ne jak vypadám.“

Respondenti č. 4, 6 a 8 uvedli zdravotní důvody jako součást jejich rozhodnutí, neměli však zlepšení zdravotního stavu na prvním místě. Například respondentka č. 4 chtěla podstoupit plánovanou operaci, a to totální endoprotézu kyčelního kloubu. Aby mohla tuto operaci vůbec podstoupit, musela nejdříve zhubnout. To byl její hlavní motiv. Poté udává, že se chtěla obezity zbavit celkově kvůli zdravotnímu stavu. Také ji trápilo, že obezitu má již od útlých let a nedokáže se jí zbavit. Respondent č. 6 viděl v bariatrické chirurgii velkou naději na zhubnutí. Uvedl tuto léčbu jako poslední šanci ke zhubnutí. Jako další motiv bylo zlepšení zdravotního stavu. Pro osmou respondentku

byl hlavní motiv kosmetický. Uvedla, že se pro operaci rozhodla kvůli tloušťce jako takové, proto její rozhodnutí lze brát z kosmetického hlediska. Chtěla si připadat atraktivnější. Jako další motiv uvedla zlepšení zdravotního stavu. Vyprávění známé, která už po operaci má jí také zaujalo, tak se rozhodla pro tuto léčbu.

Jako jediná uvedla sedmá respondentka pouze kosmetické důvody. Respondentka uvedla, že rodina měla často narážky na její postavu, což jí snižovalo sebevědomí. Okolí jí operaci sice rozmlouvalo, ale tloušťka jako taková vyprávění tichýně jí přivedli k rozhodnutí, že operaci podstoupí. Výsledky šetření z oblasti motivace pacientů k operaci jsou v souladu s popisovanými důvody, které uvádí Fried (1) z výzkumu van Houta. Nejsilnějším důvodem k operaci byl zdravotní stav a omezení v pohybu. Významnými důvody k této léčbě jsou psychické a sociální faktory, jako je např. kritika okolí, diskriminace v práci a hlavně nespokojenost se sebou samým, uvádí Fried. Je zřejmé, že pacienti chtějí nejvíce zlepšení zdravotního stavu, který tak denně ovlivňuje jejich každodenní život. Rozhodnutí pro léčbu z kosmetického hlediska lze považovat za účinné řešení psychických komorbidit. Zvláště narážky na vlastní osobu od okolí jsou pro člověka často deptající a ubíjející do stavů beznaděje.

Další oblast zkoumání byla zaměřena na typy operací, které pacienti podstoupili. Dle výsledků rozhovorů je nejčtenější operací plikace a bandáž žaludku. V souvislosti s bandáží mi v rozhovoru MUDr. Čierný sdělil, že již rok nedělal bandáž žaludku. Často pacienty po bandáži musel reoperovat, pro nedodržování dietních doporučení. Byl jim proveden bypass žaludku. Mnohé pacienty ovlivňovala při rozhodování výběru typu operace míra dodržování režimových opatření. Respondentka č. 3 podstoupila plikaci žaludku, nyní má rok po operaci. Stejně tak respondent č. 6. má rok po plikaci žaludku. Stejný operační výkon podstoupila i respondentka č. 8. V současné době má také rok po operaci. Zmiňovaná bandáž žaludku byla provedena respondentům č. 1, 2 a 7. Respondentka č. 1, která podstoupila bandáž žaludku, uvádí, že měla jít původně na bypass žaludku. Na ten však musela čekat, ale to ona nechtěla, proto se rozhodla podstoupit bandáž. Respondentka uvádí, že dodnes toho lituje, protože bandáž „převedla“ díky stresu, ve kterém konzumovala i kilo bůčku a litr zmrzliny. Jak popisuje

Fried (1), opakovaným příjmem sladkých, vysoce kalorických potravin včetně nápojů, patří mezi příčiny omezené účinnosti bandáže. Respondentka č. 2 také podstoupila bandáž žaludku, měla ji 3,5 roku. Ale protože konzumovala svá oblíbená jídla dál, nezhubla tolik, kolik si přála. Obě respondentky byly proto reoperovány. Byl jim proveden gastrický bypass. V současné době má druhá respondentka tři měsíce po bypassu žaludku a respondentka č. 1 byla k bypassu v den rozhovoru hospitalizována. Obě očekávají změnu k lepšímu. Jak totiž uvádí Fried (ve článku Bariatrická chirurgie, Medicína po promoci. 2007, roč. 8, č. 2), váhové úbytky po gastrických bypassech se pohybují kolem 40 kilogramů v prvním pooperačním roce a v dalších letech je možný váhový úbytek až 50 a více kilogramů. Sedmá respondentka taktéž podstoupila po bandáži žaludku, a to již sedm let. Již před výkonem ukázala pevnou vůli tím, že musela na operaci rok čekat, protože trpěla hiátovou kýlou. Byla však rozhodnuta, že tuto léčbu podstoupí. Za rok jí byla provedena bandáž žaludku. Čtvrtá respondentka udává, že jí byla také nabízena bandáž žaludku, ale bála se, aby jí „nepřejedla“. Chtěla proto podstoupit nezvratný zákrok, proto má nyní dva roky po tubulizaci žaludku. Z výsledného šetření je zřejmé, že biliopankreatická diverze respondentům provedena nebyla. Účinnost léčby pomocí bandáže žaludku je dosažená pouze u pacientů, kteří striktně dodržují režimová opatření. Proto lze říci, že je nutné důkladné předoperační vyšetření pacienta, které odhalí nedostatky v dodržování výživových opatření.

Další zkoumaná oblast byla zaměřena na dodržování pohybové aktivity po operaci. Ta by měla být vedena zkušeným odborníkem v kolektivu s ostatními pacienty v rámci velkých bariatrických a obezitologických center jak uvádí Kasalický (10). Dle výsledků výzkumu převážná část respondentů pravidelně sportuje. Například respondentka č. 2, dodržuje pravidelný pohybový režim. Uvedla, že dvakrát až třikrát týdně chodí na hodinové procházky, které jí vyhovují nejvíce. Poděbradská (23) však doporučuje minimální délku pohybové aktivity alespoň 30 minut. Pohyb udává i formou prací na zahradě. Třetí respondentka uvedla, že každý den pravidelně cvičí 5 – 20 min. každý den a jednou za týden posiluje. Další respondentka, která dodržuje pohybový režim, je č. 4. Udává pravidelný pohyb každý den hodinu až hodinu a půl, formou procházky Nordic Walking, které si na to

zakoupila. Respondentka č. 5 také pravidelně sportuje. Každý den plave jednu až dvě hodiny, též si oblíbila pěší túry. Osmá respondentka se věnuje sportu pravidelně dvakrát týdně formou intenzivního cvičení. Ostatním sportům jako squash a fitball se věnuje nárazově hodinu denně.

První respondentka uvedla, že rok a půl každý den hodinu plavala a večer hodinu a půl chodila na procházky. Někdy bruslila nebo jezdila na kole. V době, kdy měla rodinné problémy, však nějaký čas nesportovala. Dále uvádí, že jí pohyb nikdy problémy nedělal, občas tedy sportuje. Méně početnou skupinou jsou respondenti, kteří nesportují. Respondent č. 6 udává jako hlavní příčinu pohybové neaktivity nedostatek času a sedavé zaměstnání. Obdobně je na tom respondentka č. 7, která uvedla, že brzy vstává a domů vrací se pozdě. Také se zmínila, že není „zapálený sportovec“. Respondentky č. 7 a 8 se aktivně účastní akcí bandingklubu.

Výsledky pohybové aktivity jsou velice povzbuzující. V praxi je však zřejmé, že pacienti cvičí sami, bez odborného vedení. Je nutné proto dodržovat pravidelnost ve cvičení, a to třikrát až čtyřikrát týdně 30 - 40 minut, jak je uvedeno ve sborníku (38). Vhodné pohybové aktivity, které uváděli pacienti, jsou v souladu s doporučenými aktivitami Vlčkové (53). Mezi tyto vhodné sportovní aktivity patří běh u mladších pacientů, rychlá chůze, jízda na kole a plavání. Oblibu získala chůze nordic walking, kterou respondenti také uváděli. Dále pozornost byla zaměřena na dodržování dietních opatření. Všichni pacienti byli o těchto opatřeních dobře informováni. Jejich informace jsou v souladu s uváděnými Kasalickým (2). Tyto opatření spočívají v pravidelné konzumaci stravy, a to minimálně pětikrát denně. Základem je vyvážená, racionální strava s dostatkem zeleniny a ovoce. Důležité je též oddělení tekutin od jídla, minimálně 20 min, jak uvádí Kasalický (2). Konzumace stravy by měla probíhat v dostatku času na jídlo, klidu a v příjemném prostředí jak uvádí Málková (35). Výsledky poukazují na nedodržování některých jídelních doporučení u převážné části respondentů. Obtíže při léčbě obezity typu nepravidelnosti v jídle, vytížení v práci i záchvatovité přejídání spojené s psychickými poruchami však řeší také kognitivně behaviorální terapie, uvádí Kasalický (2). Tato významná metoda je využívána velmi málo, přičemž obezita úzce souvisí s psychickými poruchami. Patří sem deprese, pracovní či rodinný stres, poruchy

sebepečijetí, změny v body image a další, jak uvádí Fried (1). Je zřejmé, že při využití této metody se pacient úspěšně naučí ovládat a zruší své staré zlozvyky a konzervativní nebo chirurgická léčba bude plně efektivní.

Respondenty, které výše uvedená opatření dodržují v plném rozsahu, jsou č. 4 a 5. Respondentka č. 4 uvedla, že pravidelnou konzumaci jídla dodržuje. Taktéž se stravuje pětkrát denně v malých porcích. Tekutiny od jídla vyčleňuje řádně po 20- ti minutách. Vše respondentka dodržuje, i přes to, jí je 54 let a je tak z respondentů nejstarší. Naopak nejmladší respondentka č. 5 uvádí, že se stravuje šestkrát denně, po jídle si nechává 30 minut na tekutiny. Také výrazně snížila tempo příjmu stravy. Jídlo si váží na porci 90-100 g. Další respondenti jsou už na tom s dodržováním výživových opatření hůře. Např. respondent č. 6, který uvedl zajímavou informaci s odměření velikostí jídla. Vyrobit si krabičky na jídlo, do kterých se vejde jen určitá porce jídla, kterou si může nabrat. Potíže však nastávají s pravidelností v jídle, snaží se však stravovat čtyřikrát denně. S pravidelností v jídle má potíže i respondentka č. 7. Uvedla, že v prvním měsíci realimentace si vařila omáčky, bramborové kaše a polévky. Pravidelně se stravovala tři roky po operaci a jedla malé porce. Po této době se však stravuje nepravidelně, ale malé porce dodržuje.

Dalším častým problémem bylo dodržování racionální stravy. Respondentka č. 2 uvedla, že má problém s vyloučením sladkého, a to zejména čokolád. Dále však uvedla, že se stravuje pravidelně pětkrát až šestkrát denně a tekutiny odděluje od tekutin v intervalu po deseti minutách. Obdobný problém udává i respondentka č. 8. Zmiňuje se, že po operaci jí chuť na sladké nezmizela, proto tak málo hubne. Ostatní opatření dodržuje. Uvádí, že vždy jedla zdravě, sportovala, jen konzumovala velké porce jídla. Nyní sní však desetinu toho, co snědla dřív. Jako obtíž, na kterou se hůře adaptuje, uvedla nezapíjení jídla. Ostatní respondentky č. 1 a 3 dietu nedodržují.

Respondentka č. 1 skončila s dietními opatřeními za rok a půl, kvůli stresu vyvolanému rodinnými problémy. Jak poukazuje Kasalický (2), negativní vliv na redukci hmotnosti mají psychosociální problémy pacienta, proto psychologické vyšetření před operací by mělo být zaměřeno také na psychické zdraví a kvalitu života. Ze začátku léčby však jedla pravidelně každé 3-4 hodiny. Na jídlo si udělala čas a jedla

po malých porcích. Také si přidávala do stavy více zeleniny. Respondentka uvádí, že jedla jogurty, tavené sýry a když byla v práci, dala si piškoty. Ke slazení využívala pouze umělá sladidla. Čaj nebo vodu po jídle si dopřála za 20 minut. Těsně po operaci si na jídlo musela dokonce vzpomínat. Někdy dva až tři dny nejedla. Občas si dala i bůček, který má oblíbený. Také si dopřála čas od času i sladké, hlavně zmrzliny. Respondentka změnu po operaci myslela opravdu vážně. Zrušila zásoby v domácnosti a dodnes chodí denně nakupovat, aby se nemohla přejídat. Po zmiňované stresující události opatření nedodržovala. Nyní však byla indikována k bypassu žaludku a dává si druhou šanci.

Respondentka č. 3 uvedla, že si zvykla pětkrát denně jíst. Po jídle si dávala odstup 15 minut. Za den vypila litr a půl tekutin, pila hlavně obyčejnou vodu. Dále se však respondentka zmiňuje, že všechna výživová opatření dodržovala pouze 3 – 4 měsíce. Z výsledků této oblasti lze říci, že většina respondentů má nedostatky v dodržování dietních opatření. Honzák (54) uvádí, že sestra jako edukátorka může být svou podporou stejně efektivní, jako režimová opatření stanovená lékařem. Příčiny, pro které není mnohdy cíl dosažen, můžeme hledat v nesprávném psychologickém přístupu. Pomůckou pro pacienty s problémy dodržováním diety, může být internetový program vytvořený na stobklubu, který je zaměřen na trénování změny ve stravovacích i pohybových návycích, zmiňuje Málková (55). Další oblast byla zaměřena na užívání vitamínových přípravků. Všichni pacienti uvedli, že po operaci jim byly doporučeny vitamínové preparáty. Jak uvádí Fried (1), od začátku je nutné monitorovat příjem tekutin, minerálů a vitamínů. Z nejdůležitějších uvedl B₁₂, vitamínu D, železa, ferritinu a kalcia. Jsou podávány multivitamíny každý den jednu až dvě tablety. Výsledky z rozhovorů poukazují téměř vyrovnaný poměr mezi užíváním vitamínů a jeho ukončením. Respondenti č. 2 a 4 užívají vitamíny pravidelně. Druhé respondentce konkrétní vitamíny doporučené nebyly, proto si zvolila komplex vitamínů. Užívá jej pravidelně jednou denně. Respondentce č. 4 byl po operaci doporučen B-komplex, zinek, vápník a vitamín D. Tyto vitamíny užívá dodnes a pravidelně. Komplex vitamínů užívá i respondent č. 6. Uvedl přípravek Spektrum. Taktéž i respondentka č. 1 užívá komplex vitamínů, které jí vybírá přítel. Ostatní skupina zahrnuje respondenty, kteří

přípravky užívali, ale po čase přestali. Respondentka č. 3 měla užívat půl roku probiotika. Uvedla, že přípravek užívala dva měsíce. Pátá respondentka je na tom o něco lépe. Byl jí doporučen komplex vitamínů, užívala jej 9 měsíců. Nejdéle z této skupiny vydržela však respondentka č. 7. Byl jí doporučen též komplex vitamínů, který užívala dva roky po operaci. Z výsledků šetření je známo, že po operaci užívá pravidelně vitamíny pouze minimum respondentů.

Další zkoumaná oblast byla zaměřena na dodržování dispenzarizace po operaci. Jak uvádí Fried (1), všichni pacienti po bariatrické operaci musí být celoživotně sledováni. Výsledky šetření poukazují na převážnou, bezproblémovou dispenzarizaci po výkonu. Např. respondentka č. 2 chodí pravidelně na kontroly jednou za tři měsíce. Stejně tak jako třetí respondentka, která má rok po operaci. Čtvrtá respondentka navštěvuje bariatra taktéž jednou za tři měsíce. Šestá respondentka uvedla, že chodí na kontroly pravidelně jednou za tři měsíce. Respondentka č. 8 rovněž udává pravidelné kontroly jednou za tři měsíce. Pouze respondentka č. 5 chodí k lékaři dvakrát do roka, protože má po operaci již dva roky. Ve stejném časovém rozmezí uvedla respondentka dispenzarizaci v obezitologické ambulanci.

Také respondentka č. 7 chodila na kontroly ze začátku léčby dvakrát do roka. To však trvalo jen do tří let po operaci. Dále uvedla, že po třech letech již chodí nepravidelně. Pouze respondentka č. 1 uvedla, že na pravidelné kontroly k lékaři chodila pouze rok a půl. Ze začátku léčby se při kontrolách se vážila a probíhala konzultace ohledně jídelníčku. Při jedné z kontrol jí byla bandáž přifouknuta, to však respondentce působilo zdravotní obtíže. Uvedla, že jí bandáž moc tlačila. V současné době má již respondentka po bypassu žaludku. Uvedená dispenzarizace pacientů je v souladu s doporučeními, která uvádí Kasalický (2) Zahnují kontroly za týden po operaci, dále za měsíc. Z dlouhodobého hlediska je doporučena dispenzarizace jednou za tři měsíce v jednom roce po operaci. Pokud má pacient již dva roky po výkonu, dochází dvakrát ročně na kontroly. Od třech let po operaci je dispenzarizace jednou ročně, uvádí Kasalický.

Výzkumnou oblastí byla také psychologická péče po operaci. Výzkumné šetření ukázalo, že žádný pacient bariopsychologa nenavštěvuje. Pouze první respondentka

uvádí negativní zkušenost s bariopsychiatrem. Nesedl jako člověk už od začátku, a proto jí k operaci doporučil její psychiatr. Dále však respondentka uvedla, že její návštěvy po měsíci u psychiatra nejsou zaměřeny na jídelní opatření a motivaci po operaci. Z tohoto zjištění je zřejmé, že psychická péče o pacienty po bariatrické operaci není využita a hrozí riziko relapsu. Výsledky výzkumu nejsou proto v souladu s uvedenými Friedem. Ten poukazuje na zapojení psychologa jak před operací, tak také po operaci, jako prevence relapsu obezity.

Další oblastí, které byla věnována pozornost, je také spokojenost respondentů po operaci. Jak popisuje Fried (1), velký význam v úspěšnosti léčby má celková změna životního stylu pacienta. Po bariatrické operaci dochází u většiny pacientů k výraznému zlepšení komorbidit jako je diabetes, hypertenze nebo dyslipidemie. Výsledky z rozhovorů jasně ukazují zlepšení zdravotního stavu, jak po stránce fyzické tak i po psychické. Byly ovlivněny zejména komorbidity a psychika pacientů, jsou tedy v souladu s tvrzením Frieda (1). Dle získaných informací naprosto všichni pacienti uvedli kladný vliv operace. Ve vztahu ke zlepšení fyzického stavu uvedla čtvrtá respondentka snížení hladiny glykémie ze 7,2 na 5,0. Také uvedla, že se cítí celkově mnohem zdravější. Respondentka č. 3 neužívá již žádné léky. Uvádí naprostou spokojenost a operaci by doporučila každému, kdo se trápí obezitou. S úsměvem také dodává, že musí kupovat nové oblečení. Zlepšení zdravotního stavu udal i respondent č. 6. Upravil se mu tlak krve, ubyly zdravotní potíže, zlepšila se i celková pohyblivost. Dále uvedl snížení bolestivosti kloubů i práh dušnosti.

Po psychické stránce respondent cítí také změnu. Udává pozitivní vliv na jeho náladu i vyšší sebevědomí. Maximálně šťastná je po operaci respondentka č. 7. Ve vztahu k psychickému rozpoložení udala lepší sebevědomí a zlepšení psychiky. Vyšší sebevědomí uvádí taktéž respondentka č. 8 díky obdivu od okolí a většímu zájmu. Tuto zkušenost uvedla také respondentka č.1, která kromě výše uvedeného výčtu udala, že se za ní i muži otáčeli a okolí nedávalo najevo tolik odpor. Lepší pocit ze svého těla uvedla i respondentka č. 2, proto uvedla i zlepšení sebevědomí.

Negativně však hodnotí respondent č. 6 vznik zácpy, kvůli malému příjmu tekutin za den. A respondentka č. 8 uvedla negativní vliv operace spojený se ztrátou

libida a zhoršení v sexu. Toto zjištění je však v rozporu s informacemi, které uvádí Fried (1), jako je lepší spokojenost se sexuálním životem a popisované zlepšení až vymizení sexuálních poruch.

Poslední oblastí zkoumání byly váhové úbytky po operaci. Výsledky šetření jsou individuální a záležely hlavně na dodržování pooperačních opatření. Největších váhových úbytků však dosáhla respondentka č. 5, která je zároveň nejmladší z výzkumného souboru. Před operací vážila 130,5 kg. Po dvou letech zhubla na váhu 92,8 kg. Příklad další úspěšné redukce je vidět u respondentky č. 3. Před operací vážila 130 kg. Po roce zhubla na 96 kg. Výrazný váhový úbytek lze vidět i u respondenta č. 6, který původně vážil 185 kg. Po roce má nyní 154 kg a věří, že váhové úbytky budou ještě pokračovat. Obdobné redukce váhy dosáhla i respondentka č. 8, ještě by však chtěla 20 kg zhubnout. Menší váhové úbytky jsou zřetelné u respondentky č. 1 a 2. Respondentka č. 1 přibrala po roce a půl díky nedodržování diety. Respondentka č. 2 docílila malého hmotnostního úbytku též při nedodržování diety. Obě však věří, že po další operaci- bypassu žaludku zhubnou více.

6. Závěr

V této bakalářské práci byla věnována pozornost specifikům v dlouhodobé péči o pacienta po bariatrickém výkonu. Výzkumné otázky byly zaměřeny na specifika této péče, informovanost pacientů po bariatrickém výkonu a dodržování opatření po operaci. Výzkumné šetření bylo uskutečněno formou kvalitativního výzkumu. Díky osmi respondentům, se kterými proběhl polostandardizovaný rozhovor mohou být zodpovězeny výzkumné otázky.

Zjištění specifik v dlouhodobé péči o pacienta po bariatrickém výkonu je důležité jak pro ošetřování tohoto pacienta, tak pro jeho edukaci. Se zvláštnostmi pooperační péče se setkáváme již před operací, kdy pacienta vyšetřuje psycholog a absolvuje mnohá vyšetření. Po operačním výkonu je pacient postupně realimentován z čajové stravy na racionální. Strava po operaci by měla být pestrá s obsahem dostatečného množství zeleniny a ovoce. Po bandáži žaludku by měl však pacient vynechat ovoce s dužinou a nedopečené maso. Velmi důležité je po všech bariatrických operacích pravidelnost v konzumaci jídla nejméně pětkrát denně a výrazně snížit rychlost konzumace. Dalším specifickým pravidlem ve stravování po bariatrické operaci je rozdělení příjmu tekutin a jídla. Odstup mezi tekutinami a jídlem by měl být minimálně 20 minut. V případě malabsorpčních operací je nutná suplementace vitamíny. Dávkování a typ přípravku určí na základě výsledků krve lékař. U ostatních operací jsou také preventivně podávány vitamíny.

Kromě specifického stravování po operaci je také nutné u pacientů zařazení pohybové aktivity, kterou mohou po čtrnácti dnech přiměřeně vykonávat. Aby sportovní aktivity byly dostatečně účinné, musí se pravidelně dodržovat, nejlépe každý den. Délka pohybové aktivity se může ze začátku přizpůsobit na 15-20 minut. Postupem dnů je žádoucí délku pohybové aktivity prodlužovat na 45-60 minut. K další oblasti, která je specifická, patří trvalá dispenzarizace. Pacienti dochází na pravidelné kontroly čtyřikrát ročně v prvním pooperačním roce. Druhý rok po výkonu dochází dvakrát do roka a od třetího roku je dispenzarizace jednou ročně. V pooperační péči o bariatrické pacienty má svou roli i bariopsycholog, který při výskytu psychických potíží

napomáhá pacientům dodržovat výše uvedená opatření.

Druhá výzkumná otázka byla zaměřena na informovanost pacientů po bariatrické operaci. Edukace v pooperačních opatřeních je stěžejní rolí jak sestry, tak lékaře. Na ní výrazně záleží proces léčby obezity. Z výsledků rozhovorů, je zřejmé, že pacienti všechna opatření po operaci obdrželi. Respondenti vykazovali perfektní informace o tom, jak se mají stravovat. Všem z respondentů byly také doporučeny vitamíny. Pohybovou aktivitu si pacienti volili sami.

Třetí výzkumná otázka byla zaměřena na dlouhodobé dodržování režimových opatření po bariatrické operaci. Dle uvedených rozhovorů s pacienty byly zjištěny nedostatky v dodržování dietních opatření skoro u všech respondentů. Nejčastějším problémem je u respondentů užívání vitamínových přípravků. Poté následuje pohybová neaktivnost nebo nepravidelnost v pohybu a vyřazení oblíbených jídel. Nedodržování diety lze vidět na váhových úbytcích oproti jiným respondentům. Dispenzarizace u většiny respondentů probíhá v pořádku. Psychologická péče je však nevyužívaná, neuvedl ji ani jeden respondent.

Z tohoto výzkumného šetření vyplývá, že pacienti mají málo motivace k dodržování všech náročných opatření, a proto se často stává, že čím déle má pacient po operaci, tím méně opatření dodržuje. Navíc obézní často trpí psychickými komorbiditami, které mohou ovlivňovat dodržování všech opatření. Proto je vhodné v dlouhodobém období začlenit také psychologickou péči i po operaci, aby léčba byla opravdu efektivní. Na základě zjištěných informací byla vytvořena informační brožura, zaměřená na specifika v dlouhodobé péči o bariatrické pacienty. Brožura bude nabídnuta pacientům při dispenzarizaci v ordinacích obezitologů a bariatrických chirurgů.

7. Seznam použité literatury

1. FRIED, Martin a kol. *Bariatrická a metabolická chirurgie*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011. 268 str. ISBN: 978-80-204-2424-2.
2. KASALICKÝ, Mojmír. *Chirurgická léčba obezity*. 1. vyd. Praha: Ottova tiskárna, 2011. 118 str. ISBN: 978-80-254-9356-4.
3. ADÁMKOVÁ, Věra. *Obezita*. 1. vyd. Facta Medica, 2009. 122 str. ISBN: 978-80-904260-5-4.
4. SVACHINA, Štěpán a kol. *Poruchy metabolismu výživy*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 505 str. ISBN: 978-80-7262-676-2.
5. VÍTEK, Libor. *Jak ovlivnit nadváhu a obezitu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2008. 148 str. ISBN: 978-80-247-2247-4.
6. KALOUSKOVÁ, Pavla. KUNEŠOVÁ, Marie. Obezita – stále podceňovaná nemoc. *Medicína pro praxi*, 2008, roč. 5, č. 1, s. 6-8. ISSN 1803-5310.
7. SUCHARDA, Petr. Obézní pacient. *Medicína pro praxi*, 2005, č. 3, s. 99-102. ISSN: 1214-8687.
8. BRAUNEROVÁ, Radka. HAINER, Vojtěch. Obezita – diagnostika a léčba v praxi, *Medicína pro praxi*, 2010, č. 7, s. 19-22. ISSN: 1803-5310 (el. verze).
9. PLEVOVÁ Ilona a kol. *Ošetřovatelství I*. 1. vyd. Praha: Graga Publishing, 2011. 288 str. ISBN: 978-80-247-3557-3.
10. KASALICKÝ, Mojmír. *Tubulizace žaludku, chirurgická léčba obezity*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007. 96 str. ISBN: 978-80-7254-957-3.
11. FRIED, Martin. *Moderní chirurgické metody léčby obezity*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s. 2005. 132 str. ISBN: 80-247-0958-9.
12. ČERNÝ, Stanislav. Chirurgická léčba obezity. *Causa Subita*, 2010, roč. 13, č. 3, str. 94-98. ISSN 1212-0197.
13. FRIED, Martin. Bariatrická chirurgie a obézní pacient. *Postgraduální medicína*, 2008, roč. 10, č. 6, s. 678-683. ISSN: 1212-4184.

14. HRUBÝ, Martin., a kol. Komplexní léčba morbidní obezity. *Endoskopie*, 2008, roč. 18, č. 2, s. 77-80. ISSN: 1211-1074.
15. HOLÉČZY PAVOL a Kol. Laparoskopická plikace žaludku - nová naděje v léčbě závažné obezity. *Endoskopie*, 2011, roč. 20, č.1, s. 17-19. ISSN: 1211-1074.
16. Medicaltribune.cz [online]. [cit. 2010-12-20]. *Moderní bariatrická chirurgie se učí v Praze*. Dostupné z <http://www.tribune.cz/clanek/20537-moderni-bariatricka-chirurgie-se-uci-v-praze>
17. HRUBÝ, Martin. Současná bariatrická chirurgie – alternativní metody. *Medicína po promoci*, 2010, roč. 11, č. 5, s. 79-84. ISSN: 1212-9445.
18. MACHYTKA, Evžen. Současné možnosti endoskopické terapie obezity. *Interní medicína pro praxi*. 2007, roč. 9, č. 5, s. 237- 239. ISSN: 1212-7299.
19. NOSKOVÁ Ilona., KRKAJCOVÁ Vladimíra. Cesta pacientů s morbidní obezitou k bariatrické operaci. *Sestra*, 2009, roč. 19, č. 11, s. 70-71. ISSN: 1210-0404.
20. Obesityhelp.com [online]. [cit.neuvedeno]. *Life After Bariatric Surgery: The Weight Loss Surgery Lifestyle*. Dostupné z <http://www.obesityhelp.com/content/lifeafter.html>
21. Doctorweight.com [online]. [neuvedeno]. *Potential problems following all types of bariatric sugery*. Dostupné z www.doctorweight.com/bariatricpracticalguidelines/bariatricsurgery/
22. Vseovese.ru/ [online]. [neuvedeno]. *Generelle richtlinien für die rehabilitationsphase nach der op*. Dostupné z http://www.vseovese.ru/bariatric_a/bariatric_de/pages/vor_und_nach/rehabilitation_nach_einer_bariatrischen_operation.aspx
23. PODĚBRADSKÁ, Radana. Pohybová intervence jakou součást léčení nadváhy a obezity. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*, 2011, roč. 18, č. 2, s. 50-57. ISSN: 1211-2658.

24. bandingklub.cz [online]. [cit neuvedeno]. *Občanské sdružení banding klub*. Dostupné z <http://www.bandingklub.cz/>
25. lekarske.slovníky.cz [online]. [cit 2008]. *Dispensarizace*. Dostupné z <http://lekarske.slovníky.cz/pojem/dispensarizace>
26. FRIED Martin a kol. Interdisciplinární evropská závazná doporučení pro chirurgickou léčbu těžké obezity. *Vnitřní lékařství*, 2008, roč. 54, č. 4, s. 421-429. ISSN: 1801-7592 (elektronická verze)
27. ZEMAN Dalibor. Obezita. *Praktická gynekologie*, 2004, roč. neuveden , č. 2, s. 30-33. ISSN: 1801-8750 (elektronická verze)
28. ČIERNY Michal. Bandingklub.cz [online]. [cit 2010-12-25]. *Pooperační sledování pacientů po LAGB*. Dostupné z <http://www.bandingklub.cz/bariatrie/pooperacni-sledovani-pacientu-s-lagb/>
29. STÁRKOVÁ, Libuše. Psychiatricko-psychologické aspekty bariatrické chirurgie. *Psychiatrie pro praxi*, 2010, roč. 11, č. 4, s. 156-159. ISSN: 1213-0508.
30. ŠPORCOVÁ, Ivana.; JEŘÁBEK, Jiří.; KUBEŠOVÁ, Jana. Možnosti práce psychologů, podílejících se na řešení obezity formou bariatrické intervence. *E-psychologie: Elektronický časopis ČMPS*. 2009, roč. 3, č. 1, s. 43-47. Dostupné z: http://e-psycholog.eu/pdf/sporcrova_etal.pdf
31. KUBEŠOVÁ, Jana; TOBĚRNÝ, Michal; KALINOVÁ, Eliška. Psychologická péče jakou součástí interdisciplinární přípravy pacienta k bariatrické operaci. *Časopis lékařů českých*, 2011, roč. 150, č. 4-5, s. 240-243. ISSN: 0008-7335.
32. Plasticka-chirurgie.info [online]. [neuvedeno]. *Abdominoplastika (plastická operace břicha)*. Dostupné z: <http://www.plasticka-chirurgie.info/zakroky/abdominoplastika-operace-bricha>

33. Plasticka-chirurgie.info [online]. [neuvedeno]. *Modelace prsou (breast-lift, mastopexie)*. Dostupné z: <http://www.plasticka-chirurgie.info/zakroky/modelace-prsou-breast-lift-mastopexe>
34. FRANĀKOVÁ, Slávka. *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. 1.vyd.Praha: Karolinum, 2003. 256 s. ISBN: 80-246-0548-1.
35. MÁLKOVÁ, Iva.; KRCH, František D. *Sos nadváha: Průvodce úskalím diet a životního stylu*. 2. vyd. Praha: Portál, 2001. 236 s. ISBN: 80-7178-521-0.
36. Ucsfhealth.org [online]. [neuvedeno]. *Life after bariatric surgery*.
http://www.ucsfhealth.org/education/life_after_bariatric_surgery/index.html
37. MUŽÍK, Vladislav; VLČEK, Petr a kol. *Škola zdraví 21: Škola, pohyb a zdraví – výzkumné výsledky a projekty*. Brno: Masarykova univerzita Brno, 2010. ISBN: 978-80-210-5371-7 (brož)
38. Recenzovaný sborník s mezinárodní prezentací vědeckých a odborných článků: *Význam pohybových aktivit pro osobní rozvoj a podporu zdraví*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zemědělská fakulta, 2010. ISBN: 978-80-7394-223-6.
39. MUŽÍK, Vladislav. *Udržitelnost zdraví*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zemědělská fakulta. 2010. ISBN: 978-80-7394-217-5.
40. SVAČINOVÁ, MATOULEK Fyzická aktivita v léčbě obezity. *Vnitřní lékařství*, 2010, roč. 56, č. 10, s. 1069-1073. ISSN: 0042-773X.
41. BLAHUTKOVÁ, Marie a kol. *Pohybem proti civilizačním chorobám*. Brno: Masarikova univerzita-Fakulta sportovních studií. 2009. ISBN: 978-80-219-5110-2.
42. MÜLLEROVÁ, Dana a kol. *Obezita – prevence a léčba*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2009. 262 str. ISBN: 978-80-204-2146-3.
43. HENDL, Jan.; DOBRÝ, Lubomír a kol. *Zdravotní benefity pohybových aktivit: Monitorování, intervence, evaluace*. 1.vyd. Praha: Karolinum. 2011. ISBN: 978-80-246-2000-8.

44. HRUBÝ, Martin. Současná bariatrická chirurgie – alternativní metody. *Medicína Po promoci*. 2010, roč. 11, č. 5, s. 79-84. ISSN: 1212-9445.
45. MÁLKOVÁ, Iva. [online]. [neuvedeno]. *Chirurgická léčba obezity- bandáž žaludku: Chirurgické léčení obezity*. Dostupné z: <http://www.stob.cz/zacinamehubnout-odborny-pristup/chirurgicka-lecba-obezity-bandaz-zaludku>
46. De.hicow.com [online]. [neuvedeno]. *Schädliche Auswirkungen von Rapid Weight Loss*. Dostupné z: <http://de.hicow.com/gewichtsverlust/gesundheit/rapid-weight-loss-1552191.html>
47. VYTEJČKOVÁ, Renata a kol. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 232 str. ISBN: 978-80-247-3419-4.
48. Susan Gallagher Camden. Nursingworld.org [online]. [2009-1-31]. *Obesity: An Emerging Concern for Patients and Nurses*. Dostupné z: <http://nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol142009/No1Jan09/Obesity-An-Emerging-Concern.ht>
49. SVACHINA, Stěpán a kol. *Klinická dietologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 384 str. ISBN: 978-80- 247-2256-6.
50. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1 vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 77 str. ISBN: 987-80-247-2171-2.
51. ZACHOVÁ, Veronika.; ŠKOCHOVÁ, Dagmar. *Chirurgická léčba obezity*. Florence. 2006, roč. 2, č. 11. s. 26-27. ISSN: 1801-464X.
52. GAJDÁCSOVÁ, Julie. Nadváha a obezita. *Sestra*, 2010, roč. 20, č. 4, s. 69-70. ISSN: 1210-04-04.
53. VLČKOVÁ, Jana. Obezita a možnosti její léčby. *Hygiena*, 2010, roč. 55, č. 1, s. 18-24. ISSN: 1802-6281.
54. HONZÁK, Radkin. Miniscénáře. Sborník: *Obezitologie a bariatrie 2011*.
55. MÁLKOVÁ, Iva. Možnosti využití pomůcek STOB v praxi nutričních terapeutů In *Obezitologie a bariatrie 2011*.

Klíčová slova:

Bariatrická chirurgie

Obezita

Pohyb

Dieta

Ošetrovatelská péče

Seznam příloh:

Příloha č. 1: Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

Příloha č. 2: Druhy bariatrických výkonů

Příloha č. 3: Edukační Brožura (vložená v zadní části práce)

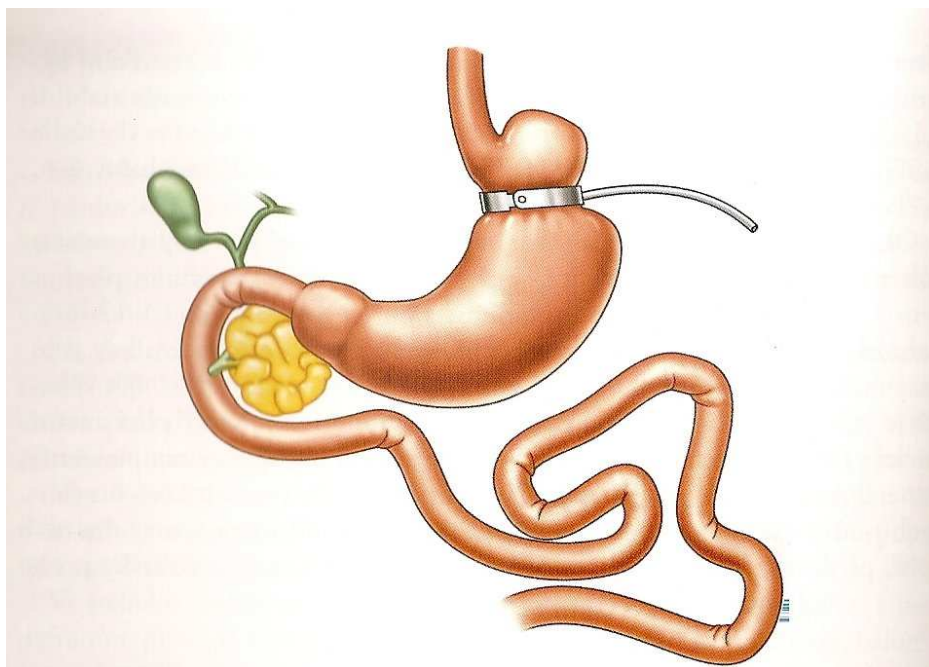
Příloha č. 1: OTÁZKY K POLOSTRUKTUROVANÉMU ROZHOVORU

1. Kolik Vám je let?
2. Jakou léčbu jste absolvoval/a před operací?
3. Jaká byla Vaše původní váha před výkonem?
4. Co Vás vedlo k rozhodnutí podstoupit operační léčbu?
5. Kde jste získal/a informace o možnosti této léčby?
6. Jak dlouho máte po operaci?
7. Jaký výkon jste absolvoval/a?
8. Jaké jste dostal/a informace o změně životního stylu?
9. Dodržujete pravidelný pohyb? → ano → jak často?
10. Stravujete se pravidelně a dodržujete malé porce jídla?
11. Máte nějaké potíže při stravování?
12. Které změny po operaci Vám dělají největší potíže?
13. Byly Vám doporučeny vitamínové přípravky po operaci?
14. Užíváte vitamínové přípravky po operaci?
15. Jak často chodíte na pravidelné kontroly k lékaři? → ne → proč?
16. Víte, při jakých potížích musíte vyhledat lékaře?
17. Kterého specialistu by jste vyhledal/a?
18. Navštěvujete psychologa (v rámci pooperační péče)? → ano → jak často?
19. Je pro Vás návštěva psychologa přínosná → ano → jak?
20. Jaký vliv má/měla bariatrická operace na Váš život?
21. V jakých oblastech jste pocítil/a zlepšení nebo naopak zhoršení?

22. Jste nyní spokojený/á s Vaší dosavadní léčbou a jejími výsledky? Kolik vážíte nyní?

Příloha č. 2: DRUHY BARIATRICKÝCH VÝKONŮ

Bandáž žaludku



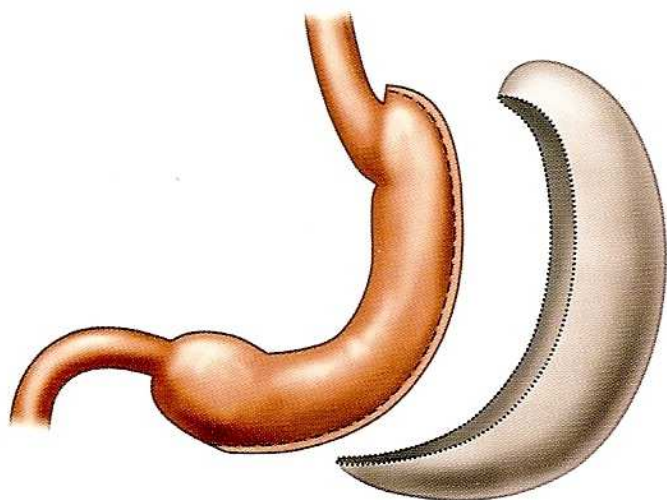
Zdroj: (1)

Operační postup bandáže žaludku:

Nejprve se založí kaponoperitoneum, poté se zavádí trokar s optikou následně s čtyřmi pracovními porty. Po uvolnění malé části fundu žaludku jen otevřeno hepatogastrické ligamentum a poté se vytvoří v tukové tkáni za žaludkem úzký kanál do uvolněného místa. Následuje kontrola adjustačního systému a jeho vyprázdnění, je trokarem zavedena adjustabilní gastrická bandáž. Bandáž je poté protažena za žaludkem a uzamknuta. Následně se buď fixuje několika stehy ke stěně žaludku nebo je upevněna pomocí manžety, vytvořené z přední stěny fundu. Adjustační hadička je vytažena z břišní dutiny, spojena s portem a následně fixována v podkoží.

Zdroj: Kasalický (2).

Tubulizace žaludku

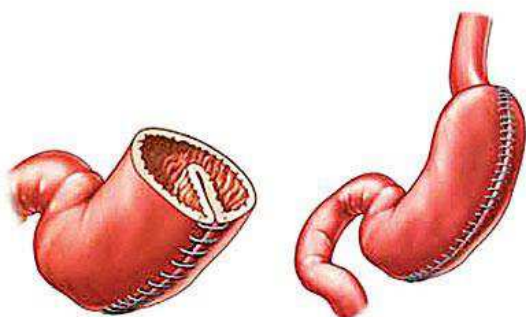


Operační postup tubulizace žaludku

Po uvedení klienta do celkové anestezie se zavádí ústy do žaludku kalibrační sonda. Do dutiny břišní se napouští CO₂ pomocí Veressovy jehly. Zavádí trokar, kterým se umístí optika, poté jsou zaváděny další čtyři trokary orientované v medioklavikulární čáře. Levý jaterní lalok je elevován retraktorem a po zkontrolování polohy žaludeční sondy se určí resekční linie. Graspem se nadzvedne žaludek. Resekuje se endostaplerem 5-6 cm od pyloru až po Hissův úhel. Je proveden oplach resekční linie a resekát se odvede grasphem. Dále se provede výplach a odsátí v operačním poli a k místu resekce se zavedou dva silikonové drény. Na závěr se odsaje CO₂, provede se sutura fascie a kůže a změří se resekovaná část. Zbýlý žaludek se podobá trubici o objemu 60-180ml.

Zdroj: Harnachová, Tamara. Laparoskopická resekce žaludku – 90 minut ke zdraví. *Sestra*, 2009, roč. 19, č. 1, s. 74. ISSN: 1210-0404

Plikace Žaludku



Zdroj: PICHLEROVÁ, Dita. *Plikace bez komplikace*. [online]. [cit. 2011-30-5].
Dostupné z: <http://www.fitweb.cz/clanky/zdravi/457927-plikace-bez-komplikace>

Operační postup plikace žaludku

Operace začíná gastrokopickým vyšetřením žaludku a po inspekci dutiny břišní se mobilizuje velká křivatura žaludku pomocí ultrazvuku. Poté následuje první vrstva plikace s nerezorbovatelným vláknem. Stehy zabírají zadní i přední stěnu žaludku a jsou od sebe vzdáleny 2 cm. Do poloviny délky mobilizované křivatury je šito jedním stehem a na druhou polovinu žaludku je používán další steh, tak se minimalizuje riziko ruptury stehů. Po endoskopické kontrole se plikace dokončí suturou druhé vrstvy stejným způsobem, znovu je provedena kontrola, která prokazuje zmenšení lumenu žaludku. Operace je ukončena zavedením Redonova drénu subhepatálně.

Zdroj: Holéczy (15).