

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

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O BARIATRICKÉHO
PACIENTA**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

VERONIKA TĚHNÍKOVÁ

Praha 2016

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

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O BARIATRICKÉHO
PACIENTA**

Bakalářská práce

VERONIKA TĚHNÍKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: MUDr. Dita Šimečková

Praha 2016



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

Těhníková Veronika
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

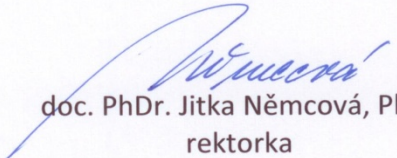
Na základě Vaší žádosti ze dne 30. 10. 2015 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelská péče o bariatrického pacienta

Nursing Care of Bariatric Patient

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Dita Šimečková

V Praze dne: 2. 11. 2015


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat vedoucí mé bakalářské práce MUDr. Ditě Šimečkové za odborné rady v dané tématice. Dále děkuji všem respondentům, kteří se účastnili výzkumu.

ABSTRAKT

TĚHNÍKOVÁ, Veronika, *Ošetrovatelská péče o bariatrického pacienta*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: MUDr. Dita Šimečková. Praha. 2016. 43 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče o bariatrického pacienta. Práce má průzkumný charakter a je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části je popsána problematika obezity v dnešní době, její historie a chirurgická léčba. Dále popisuje jednotlivé operační metody, jejich komplikace, předoperační přípravu, pooperační péči a dietní režim po operaci. Praktická část se věnuje průzkumu pacientů rok po bariatrické operaci. Cílem průzkumu je zjistit, proč lidé podstupují bariatrické operace a jaký vliv mají bariatrické operace na pacienty. Praktickou část tvoří dotazník, který analyzuje věkové kategorie pacientů, změny stravovacích návyků, váhové úbytky a celkovou změnu kvality života pacientů po prodělané bariatrické operaci. Jednotlivé položky jsou rozebrány písemně, výsledky pak i graficky. Praktická část zahrnuje také statistiku, která byla vypočítána z dat dotazníkového šetření. Jako součást praktické části je edukační leták pro pacienty po bariatrické operaci. Závěrem je zhodnoceno celé průzkumné šetření, které poukazuje na pozitivní vliv bariatrických operací na psychické a duševní zdraví pacientů.

Klíčová slova

Bariatrická operace. Body Mass Index. Dieta. Obezita.

ABSTRACT

TĚHNÍKOVÁ, Veronika, *Nursing Care of Bariatric Patient*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: MUDr. Dita Šimečková. Prague. 2016. 43 pages.

The theme of this bachelor thesis is a Nursing Care of Bariatric Patient. The character of this research is mostly investigative. The thesis is divided into theoretical and practical parts. Theoretical part describes obesity problems we have to face today, its history and surgical treatment. It is followed with the description of the different surgical approaches, complications of the operations, preoperative preparation, postoperative care and dietary regimen following the operation. Practical part of the research is based on the postoperative observation of the patient within one year after the surgery. The aim of this research is to find out the main reasons why people undergo bariatric surgery and the main impact of the bariatric surgery on the patients. The practical part is based on the research results from the questionnaire which analyzes age categories of the patients, changes in the dietary regimen, weight loss and overall changes in the quality of life after the bariatric surgery. All questions are discussed individually, the results are presented in graphs. Practical part includes also statistics based on the questionnaire data and the educational leaflet which is given to the patients after the bariatric surgery. In conclusion, there are results of the all research, which shows the positive effect of the bariatric surgery on psychological state and mental health of the patients.

Keywords

Bariatric Surgery. Body Mass Index. Diet. Obesity.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK, GRAFŮ

ÚVOD.....	14
1 OBEZITA	16
1.1 HODNOCENÍ OBEZITY	17
1.2 HISTORIE OBEZITY	18
1.3 ZDRAVOTNÍ RIZIKA A KOMPLIKACE OBEZITY.....	19
2 CHIRURGICKÁ LÉČBA OBEZITY	20
2.1 HISTORIE CHIRURGICKÝCH METOD LÉČBY OBEZITY	21
2.2 DRUHY BARIATRICKÝCH OPERACÍ.....	22
2.3 INDIKACE A KONTRAINDIKACE BARIATRICKÝCH OPERACÍ.....	26
2.4 KOMPLIKACE OPERAČNÍ LÉČBY OBEZITY	27
2.5 PŘÍPRAVA PACIENTA NA BARIATRICKOU OPERACI.....	27
2.6 POOPERAČNÍ PÉČE O BARIATRICKÉHO PACIENTA	28
2.7 DLOUHODOBÁ PÉČE O BARIATRICKÉHO PACIENTA.....	30
2.8 DIETNÍ REŽIM PO BARIATRICKÉ OPERACI	30
3 PRŮZKUM VLIVU BARIATRICKÝCH OPERACÍ NA OBÉZNÍ PACIENTY	32
3.1 PRŮZKUMNÝ PROBLÉM.....	32
3.2 PRŮZKUMNÉ CÍLE, PRŮZKUMNÉ OTÁZKY	32

3.3 METODIKA PRŮZKUMU.....	33
3.4 PRŮZKUMNÝ SOUBOR.....	34
3.5 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	34
3.6 DISKUZE.....	54
ZÁVĚR.....	56
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	57
PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ALP	Alkalická fosfatáza (jaterní enzym)
ALT	Alaninaminotransferáza (jaterní enzym)
aPTT	Aktivovaný parciální tromboplastinový čas
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
AST	Aspartátaminotransferáza (jaterní enzym)
BMI	Body mass index
Cl	Chloridy
CRP	C - reactive protein
EKG	Elektrokardiogram
Fe	Železo
GIT	Gastrointestinální trakt
GMT	Gama-glutamyltransferáza (jaterní enzym)
INR	International Normalized Ratio (mezinárodní normalizovaný poměr)
ISBN	International Standart Book Number (mezinárodní standartní číslo knihy)
JIP	Jednotka intenzivní péče
K	Draslík
KO	Krevní obraz
Na	Sodík
NGS	Nazogastrická sonda
PMK	Permanentní močový katetr
RTG	Rentgenové záření
TEN	Tromboembolická nemoc
WHO	World health organization (Světová zdravotnická organizace)

(VOKURKA a kol., 2009)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Anastomóza	uměle založená spojka mezi dvěma dutými orgány
Leak	únik
Regurgitace	návrat polknuté potravy zpět do hltanu a úst
Ezofagitida	záněť jícnu
Stenóza	abnormální zúžení
Insuficience	nedostatečnost
Gonartróza	artróza kolenního kloubu
Coxartróza	artróza kyčelního kloubu
Dilatace	rozšíření
Hypertrofie	zvětšení
Jaterní steatóza	nahromadění tuku v jaterních buňkách
Gastroezofageální reflux	zpětný tok žaludečních šťáv ze žaludku do jícnu

(VOKURKA a kol., 2009)

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK, GRAFŮ

Obrázek 1 Kaliperační kleště.....	17
Obrázek 2 Biliopankreatická diverze.....	22
Obrázek 3 Bandáž žaludku	23
Obrázek 4 Tubulizace žaludku	24
Obrázek 5 Gastrický bypass	25
Obrázek 6 Plikace žaludku	26
Tabulka 1 Tělesná hmotnost dle BMI.....	17
Tabulka 2 Nadváha v rodině.....	34
Tabulka 3 Důvody nadváhy.....	35
Tabulka 4 Důvody operace	36
Tabulka 5 Skutečné (relativní) četnosti	38
Tabulka 6 Očekávané četnosti	38
Tabulka 7 Způsoby redukce.....	38
Tabulka 8 Skutečné (relativní) četnosti	40
Tabulka 9 Očekávané četnosti	40
Tabulka 10 Informační zdroj	40
Tabulka 11 Druhy operace.....	42
Tabulka 12 Seznámení s režimem	43
Tabulka 13 Potíže s režimem.....	44

Tabulka 14 Seznámení s riziky	45
Tabulka 15 Dodržování režimu	46
Tabulka 16 Pravidelné kontroly.....	47
Tabulka 17 Konzultace s psychologem	48
Tabulka 18 Zlepšení kvality života.....	49
Tabulka 19 Vymizení potíží	50
Tabulka 20 Podstoupení operace znovu	51
Tabulka 21 Poměr mužů a žen.....	52
Tabulka 22 Věk.....	53
Graf 1 Nadváha v rodině.....	35
Graf 2 Důvody nadváhy.....	36
Graf 3 Důvody operace.....	37
Graf 4 Způsoby redukce	39
Graf 5 Informační zdroj	41
Graf 6 Druhy operace	42
Graf 7 Seznámení s režimem	43
Graf 8 Potíže s režimem.....	44
Graf 9 Seznámení s riziky.....	45
Graf 10 Dodržování režimu	46
Graf 11 Pravidelné kontroly	47
Graf 12 Konzultace s psychologem.....	48

Graf 13 Zlepšení kvality života	49
Graf 14 Vymizení potíží	50
Graf 15 Podstoupení operace znovu	51
Graf 16 Poměr mužů a žen	52
Graf 17 Věk	53

ÚVOD

Obezita je v dnešní době nejčastějším onemocněním na světě. Přináší mnoho zdravotních komplikací, především pohybové, oběhové a metabolické. Bohužel dochází i k předčasnému úmrtí. Lidé tento problém řeší dodržováním různých krátkodobých diet, ale pro úspěšné léčení civilizačních onemocnění je nezbytná dlouhodobá změna životosprávy. Lidé s nadváhou jsou mnohdy vyřazováni ze společnosti, čelí posměchu a urážkám. Tyto lidi bychom neměli odsuzovat, ale přistupovat k nim jako k rovnocenným členům společnosti.

Pokud jsou při léčbě obezity konzervativní postupy neúčinné, je možnost řešit tento problém chirurgickou cestou. K tomu slouží bariatrická chirurgie, která pomáhá nejen k redukci hmotnosti, ale zároveň je úspěšná i v léčbě některých metabolických onemocnění, převážně diabetu 2. typu. Před podstoupením léčby je důležitá dostatečná informovanost, co taková operace a nový styl života obnáší. Pacient může navštívit sdružení lidí, kteří jsou po bariatrické operaci a navzájem si předávají vlastní zkušenosti.

Bariatrická chirurgie se výrazně rozvíjí a současně se provádí laparoskopickou metodou, která snížila perioperační i pooperační komplikace a rychlou rekonvalescenci. Pokud má pacient dostatek informací a rozhodne se podstoupit operaci, musí nejdříve splnit všechna kritéria pro výběr pacienta. Absolvovat řadu předoperačních vyšetření, po kterých přichází na řadu samotná operace. Její úspěšnost a záruka trvalých výsledků závisí na spolupráci pacienta s odborníky bariatrického týmu a na dodržování přísného režimového opatření.

Cílem teoretické části této bakalářské práce je dostatečně prozkoumat, co zahrnuje ošetrovatelská péče o bariatrického pacienta, jaká je příprava na takovou operaci, v čem spočívá následná a dlouhodobá péče a jak vypadá změna dietního režimu. V praktické části jsou stanoveny následující cíle. Zjistit jaké predispozice dominují u pacientů s nadváhou, důvody, které vedou pacienty podstoupit bariatrickou operaci, zda před operací vyzkoušeli i jiné metody snížení nadváhy. Které operační metody pacienti v jablonecké nemocnici podstupují nejčastěji a jaké jsou u nich váhové úbytky.

Dále zjišťujeme, jestli pacienti dodržují léčebný režim po operaci. A v neposlední řadě, jaký dopad mají tyto operace na kvalitu života, jestli selepší zdravotní stav, nebo zda vymizí zdravotní problémy, se kterými se pacienti potýkali před operací.

Informace získané z této práce mohou být využity k informování pacientů, kteří mají problémy s obezitou a chtěli by tuto operaci podstoupit. Může zaujmout i laickou veřejnost, která by se chtěla dozvědět více o této problematice.

Vstupní literatura

Kasalický, Mojmir. *Chirurgická léčba obezity*. Praha : Ottova tiskárna s.r.o., 2011. ISBN 978-80-254-9356-4.

http://obesitynews.cz/archiv/obesity_news_2008_3.pdf

Popis rešeršní strategie

Odborná literatura, která byla využita pro bakalářskou práci s názvem Ošetrovatelská péče o bariatrického pacienta, byla vyhledávána v časovém období od října 2015 do února 2016. Požadavkem vyhledávání pro rešerši z Národní lékařské knihovny bylo stanoveno období od roku 2008 do roku 2015 v českém jazyce. Z databáze Bibliographia medica chechoslovaca bylo vyhledáno 141 dokumentů.

1 OBEZITA

Definice obezity říká, že: *Obezita je v dnešní době nejčastější multifaktoriálně podmíněnou metabolickou chorobou. Je definována jako nadměrné zmnožení tuku v organismu a je důsledkem vlivu současných životních podmínek, životního prostředí a životního stylu s velmi častou pozitivní energetickou bilancí. Obezita vzniká především u geneticky predisponovaných osob s nadměrným přísunem živin. Svou roli hraje i současný pokles pohybové aktivity* (Kasalický, 2011, s. 8).

Obezita celosvětově stoupá jak v rozvinutých, tak v rozvojových zemích, a od osmdesátých let minulého století se v řadě evropských zemí více než ztrojnásobila. V dnešní době má nadváhu (BMI>25) více jak polovina dospělé populace v mnoha evropských státech. Postihuje všechny vrstvy společnosti a stále více se vyskytuje i u mladších jedinců. Dle WHO v roce 2014 trpělo nadváhou více než 1,9 miliardy dospělých, z toho bylo obézních více než 600 milionů. To znamená, že nadváhu v roce 2014 mělo 39 % dospělých a 13 % trpělo obezitou. Pokud se situace nezlepší, může se očekávat další nárůst obézních nemocných a lidí s nadváhou. Například v České republice v roce 2030 má být 64 % žen s nadváhou, přičemž v roce 2010 to bylo 54 %. Českých mužů, kteří měli nadváhu, bylo v roce 2010 69 %. V roce 2030 se očekává nárůst na 79 % (WHO, 2016).

Vysoké zdravotní ohrožení obézních nemocných zdravotními komplikacemi, které vedou k invaliditě nebo k předčasnému úmrtí, je důvodem k léčbě a prevenci vzniku těžké obezity. Obezita je hned po kouření druhá nejčastější příčina úmrtí, které se dá předcházet. Způsobuje nejen zdravotní rizika, ale i společenskou diskriminaci a zhoršuje kvalitu života. Podceňování obezity je nejen ze strany laické veřejnosti, ale i zdravotníky. Svým přístupem tak ponechávají prostor pro různé šarlatánské aktivity s komerčním zaměřením. V dnešní době se stále objevují nové medikamenty a diety s negativním efektem. U obézního nemocného se vyžaduje komplexní multidisciplinární péče. V první řadě při léčbě obezity je vhodné začít konzervativním postupem pod odborným dohledem zkušeného obezitologa. Pokud je konzervativní léčba u obézních nemocných neúspěšná, má již v dnešní době bariatrická chirurgie své nenahraditelné místo (Kasalický, 2011).

1.1 HODNOCENÍ OBEZITY

Podíl tuku v organismu se určuje pohlavím, věkem nebo etnickým charakterem. Obezita se rozděluje podle charakteru uložení tuku. Jestliže je tuk uložen na hýždích, stehnech a v podkoží, jedná se o typ gynoidní, ženský. Jestliže je tuk uložen převážně v oblasti hrudníku a břicha, jedná se o útrobní obezitu, viscerální, nebo obezitu androidního, mužského typu. Nejčastější hodnocení je podle tzv. Body Mass Indexu. To znamená podíl hmotnosti v kilogramech a druhé mocniny výšky jedince v metrech. Podle WHO je obezita vymezena $BMI > 30 \text{ kg/m}^2$. K přesnějšímu odhadu množství tukové tkáně slouží kaliperační kleště, které měří tloušťku podkožní tukové řasy. Provádí se obvykle měření 4 nebo 10 kožních řas a z dosaženého součtu se pomocí tabulek odhadne celkový obsah tuku v organismu.

Tabulka 1 Tělesná hmotnost dle BMI

Klasifikace	BMI (kg/ m ²)
Podváha	>18.5
Normální váha	18.5-24.9
Preobezita (nadváha)	25.0-29.9
Obezita I. stupně	30.0-34.9
Obezita II. stupně	35.0-39.9
Obezita III. stupně	> 40.0

Zdroj: autor, 2015



Obrázek 1 Kaliperační kleště

Zdroj: <http://www.myvitali.com/blog/>, 2015

1.2 HISTORIE OBEZITY

Při dějinném ohlédnutí zpět do historické až prehistorické doby zjistíme, že v těchto dobách se člověk spíše potýkal s nedostatkem než s nadbytkem potravy a byl často vystaven podvýživě a hladovění. To ale neznamená, že v době dávno minulé nebyli obézní jedinci. Obezita provází lidstvo již od prehistorických dob a dokladem tohoto faktu může být například 25 000 let stará soška Věstonické Venuše z jižní Moravy (Příloha A). Na základě antropologického výzkumu a rozboru kožních řas nalezených egyptských mumii se obezita též vyskytovala ve starověkém Egyptě u bohatších vrstev. Estetickým idolem antiky byl atletický urostlý typ. V té době již Hippokrates a Galén poukazovali ve svých knihách na zdravotní rizika obezity. Galén dělil obezitu na přiměřenou a morbidní. V té době byly obézním jedincům doporučovány pokrmy s malou výživovou hodnotou, namáhavé práce, rychlý běh, koupele a masáže.

Ve středověku byla většina obyvatelstva v Evropě vystavena hladomorům. U vládnoucích bohatých feudálů, kteří se hojně přejídali kalorickými jídly spolu s omezením pohybu, převládal výskyt obezity a její komplikace. Lékaři ve středověku se otylostí nezabývali a pouze výjimečně doporučovali střídmost v jídle a dostatek pohybu. V době baroka bylo ideálem krásy zaoblené lidské tělo. Jak na obrazech, tak i v literatuře se otlý muž stal symbolem blahobytu a úspěchu v obchodu. V této době se začaly objevovat názory, že obezita zkracuje a omezuje život.

Nové názory na obezitu přinesla medicína v 18. století. Výsledkem neschopnosti sebekontroly u otlých lidí považoval Thomas Short v roce 1727 obezitu za nezdravou, ale i amorální. Na konci 19. století se ideálem krásy stala štíhlá rakouská císařovna Elisabeth, známá jako Sisi a byla známá tím, že měla ráda pohyb a střídmost v jídle. První diety a návody na zhubnutí se objevily v tomto století. První možností ke zhubnutí se stala náhražka cukru – sacharin, který byl vyroben v roce 1879, a používá se dodnes. V padesátých letech byly idolem krásy oblé tvary a bujně poprsí. Štíhlá linie se prosadila počátkem 20. století pod vlivem pařížských módních tvůrců. Ženským idolem krásy se v roce 1967 stala anglická modelka Twiggy. V současné době se objevují opět rozdílné názory na to, zda je vhodné prezentovat módní výrobky na anorektických modelkách (Kasalický, 2011).

1.3 ZDRAVOTNÍ RIZIKA A KOMPLIKACE OBEZITY

Obezita výrazně zvyšuje morbiditu i mortalitu a tím zhoršuje kvalitu života. Je jedním z mnoha rizikových faktorů, které se podílejí na rozvoji zdravotních komplikací. Vyvolává zejména tyto obtíže:

- Zažívací obtíže-gastroezofageální reflux, kýly, žlučové kameny, záněty žlučníku či jaterní steatóza.
- Kardiovaskulární rizika-hypertenze, ischemická choroba srdeční, hypertrofie a dilatace levé komory, cévní mozkové choroby, tromboembolické choroby.
- Respirační komplikace-syndrom spánkové apnoe, nejčastěji projev krátkodobé zástavy dechu ve spánku při chrápání poklesem měkkého patra.
- Ortopedické komplikace-degenerativní onemocnění kloubů a páteře, zejména gonartróza a coxartróza, vertebrogenní obtíže.
- Onkologické komplikace-gynekologické, gastrointestinální a urologické.
- Kožní komplikace-varixy, ekzémy, celulitida, strie, otoky, opruzeniny v místech tukových záhybů, horší hojení ran.
- Metabolické komplikace-porucha glukózové tolerance, diabetes mellitus 2.typu.
- Psychosociální komplikace-společenská diskriminace, malé sebevědomí, deprese, úzkost.

2 CHIRURGICKÁ LÉČBA OBEZITY

Z obezitologické praxe je známo, že výrazné dlouhodobé redukce hmotnosti u obézních pacientů lze dosáhnout neoperační léčbou jen ve výjimečných případech a je velmi obtížné úbytek hmotnosti udržet. Konzervativní léčbou obezity se většinou daří redukovat nadváhu průměrně o 10-15 %. Mnoho pacientů se obává rizik spojených s operační léčbou, ale mnohem větší rizika jsou z komorbidit při neúspěšné konzervativní léčbě.

Po selhání konzervativní léčby obezity přichází na řadu chirurgická léčba, která je dnes neúčinnějším přístupem v léčbě obezity. Chirurgickou léčbou obezity se zabývá bariatrická chirurgie a její název je odvozen z řeckého slova „bari“, neboli těžký. Pomocí chirurgického zákroku na trávicím traktu pacienta lze dosáhnout zlepšení či úplného vyléčení obezity a přidružených chorob. Významně pomáhá léčit cukrovku 2. typu a až v 60% ji může vyléčit úplně. Že má bariatrická chirurgie velký význam, dokládá i počet provedených operací. V České republice jich v roce 1999 bylo provedeno 170. V roce 2009 jejich počet vzrostl na 1600 operací (Fried et al., 2011).

Dnes jsou bariatrické operace prováděny převážně laparoskopicky. Bariatrická chirurgie se začala rozvíjet pomocí laparoskopické metody tím, že výrazně snížila komplikace peroperační i pooperační. Velmi rizikovým obézním pacientům umožnila rychlou rekonvalescenci. Pro každého pacienta je vhodná jiná operační metoda. V současnosti je možnost vybrat z několika bariatrických metod s různým efektem. Když se chirurg rozhoduje jakou metodu vybrat, musí vycházet z tíže obezity pacienta, rizikovosti operace a metabolického stavu pacienta. Nezbytné je zohlednit zvyklosti pracoviště a zkušenosti operačního týmu. Ideální bariatrická operace by měla být bezpečná, jednoduchá a účinná (Kasalický, 2007).

Chirurgická léčba pomůže snížit tělesnou hmotnost, ale nejedná se o hubnutí, které by fungovalo samo o sobě. Hubnutí je dlouhodobý proces a konečné výsledky záleží na pacientovi, zda bude dodržovat trvalou změnu životosprávy a pokyny lékaře.

2.1 HISTORIE CHIRURGICKÝCH METOD LÉČBY OBEZITY

Počátky chirurgické léčby obezity sahají do padesátých let 20. století. V roce 1952 Henrikson poprvé provedl částečnou resekci tenkého střeva z důvodů omezení vstřebávání potravy, a tím snížení nadváhy. V roce 1957 Payne a Scott zavedli do chirurgické léčby obezity jejunoileální bypass, kterým redukovali délku tenkého střeva pro vstřebávání živin na 45 cm jeho vyřazením z pasáže. Tento výkon se již nepoužívá pro závažné funkční a metabolické komplikace, které byly následkem těžkých malnutričních stavů.

V následujících letech se chirurgové zabývající se léčbou obezity odklonili od operací tenkého střeva a soustředili se na žaludek. V roce 1966 dr. Mason provedl gastrický bypass. Tato metoda přispěla k váhové redukci, ale vyvolávala komplikace po operaci. V roce 1973 Mason a Printen provedli horizontální gastroplastiku, 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 výjimečně (Fried et al., 2011).

Willkinson položil základy gastrické bandáže. Marlexovou sítkou zabalil a stáhl celý žaludek, tato metoda byla nahrazena roku 1978 neadjustabilní gastrickou bandáží. Z počátku se používaly různé typy balónků od dětských nafukovacích až po implantáty pro modelaci prsu. Tato metoda vedla k četným komplikacím, především zvracení, gastritidám i částečným nekrotickým 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. Mezi české průkopníky patří dr. Fried a dr. Pešková, 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 (Fried, 2015).

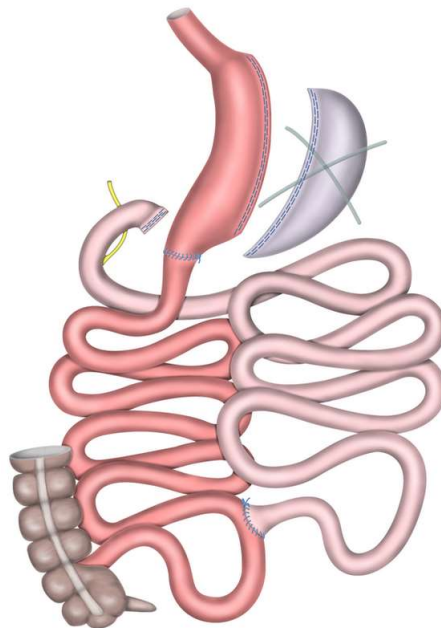
Nová metoda, gastrická elektrostimulace, kterou poprvé použil Cigaina v roce 1992 v Itálii, je stále ve stadiu klinických zkoušek. Princip této metody spočívá v laparoskopické implantaci stimulačních elektrod do stěny žaludku.

2.2 DRUHY BARIATRICKÝCH OPERACÍ

K léčbě obezity se v dnešní době využívá převážně miniinvazivní laparoskopická technika, která se stále rozvíjí a zvládá náročnější operace. Mezi hlavní druhy bariatrických výkonů patří zejména:

Malabsorpční výkony: principem těchto výkonů je omezení vstřebávání a štěpení potravy enzymy. Je toho dosaženo odvedením pankreatických enzymů a žluči, aby na potravu působily co nejméně. Mezi malabsorpční výkony patří:

- **Biliopankreatická diverze** - je technicky nejnáročnější operace, ale efektivně nejúčinnější na redukci hmotnosti. Principem této metody je resekce žaludku a přemostění tenkého střeva, tím dochází k trávení potravy ve střední části tenkého střeva nebo na jeho konci.

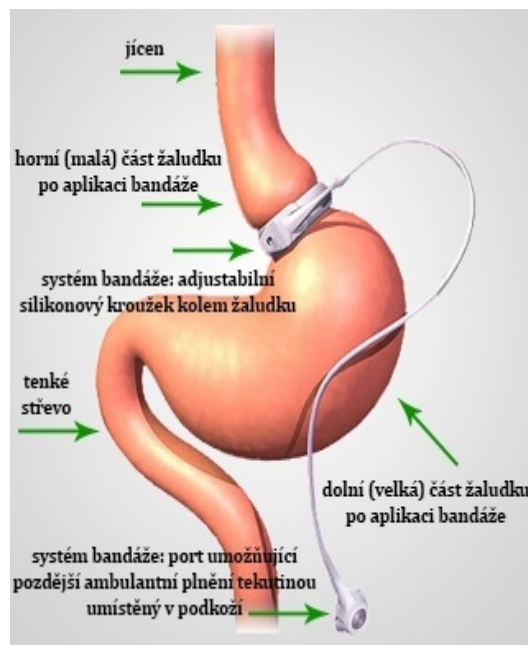


Obrázek 2 Biliopankreatická diverze

Zdroj: www.operacezaludku.webnode.cz, 2015

Restrikční výkony: při těchto operacích se zmenší objem žaludku, tím dojde k rychlejšímu naplnění žaludku a pocitu nasycení. Do restričních výkonů patří:

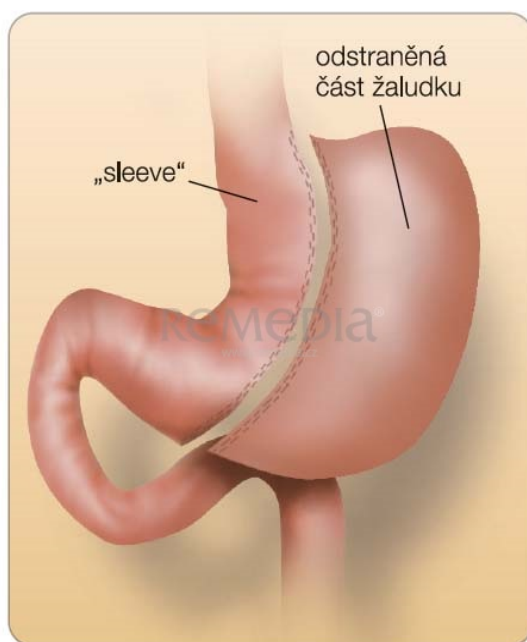
- **Bandáž žaludku** - je to metoda, u které se laparoskopicky implantuje silikonová manžeta na horní část žaludku. Tím dojde ke zmenšení objemu žaludku a po příjmu potravy se horní část žaludku rychleji naplní. Chuť k jídlu se nezmění, ale nedostavuje se neovladatelný hlad. Na nervová zakončení v horní části žaludku tlačí balonková manžeta, která mozkovým centřům signalizuje pocit plného žaludku. Regulovat manžetu je možné pomocí komůrky, která je uložena v podkoží (Novotný, 2008).



Obrázek 3 Bandáž žaludku

Zdroj: www.egk.cz, 2015

- **Tubulizace žaludku** - neboli sleeve gastrectomy, spočívá v odstranění části žaludku v místě, kde jsou produkovány gastrointestinální hormony, nazývané „hladové hormony“. To znamená, že nemocný může držet redukční dietu bez hladovění. Žaludek je podélně rozříznut a sešit tak, že dostane podobu trubičky o objemu asi 80 ml. Žaludek se zmenší o 70-85 %, a tím se i sníží jeho kapacita jako rezervoáru a dojde ke snížení nebo vymizení pocitu hladu. Množství přijímaného jídla se sníží a nastane rychlejší hubnutí.

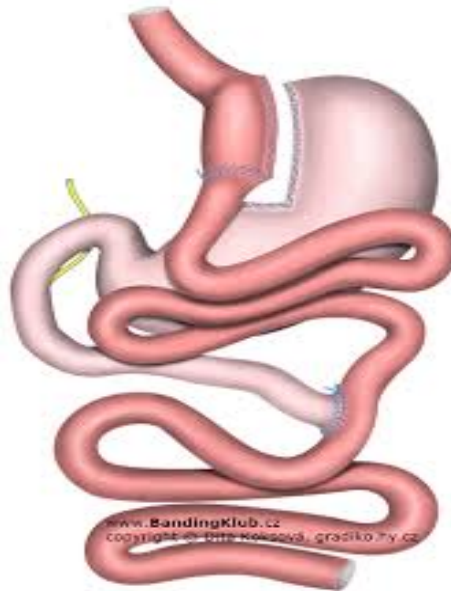


Obrázek 4 Tubulizace žaludku

Zdroj: www.remmedia.cz, 2015

Kombinované, hybridní výkony: u této operace se provádí kombinace restriktivní a malabsorpční metody. Patří sem:

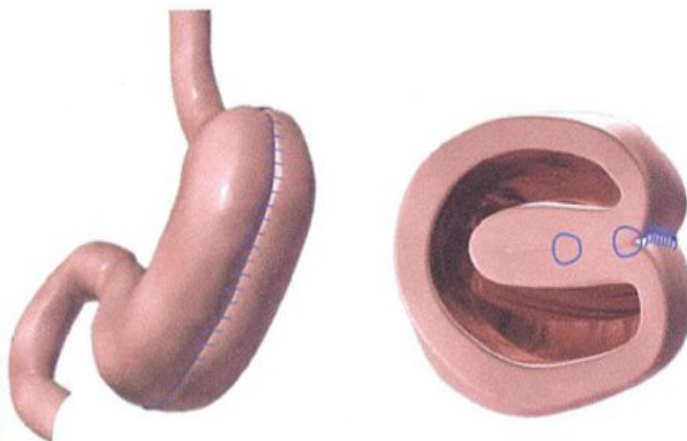
- **Gastrický bypass** - podstatou této metody je rozdělení žaludku na dvě části, malá část je napojena na tenké střevo a potrava pokračuje dále do zažívacího traktu. Zbylá část žaludku, dvanácterníku a horního tenkého střeva jsou ponechány na svém místě, ale vyřazeny z procesu trávení a vstřebávání potravy. Část střeva, kde dochází ke vstřebávání živin, je zkrácená a může nastat mírná malabsorbce, to vede k větším váhovým úbytkům. Z důvodu malabsorbce je nezbytné celoživotní doplňování některých složek výživy.



Obrázek 5 Gastrický bypass

Zdroj: <http://www.bandingklub.cz>, 2015

- Novou bariatrickou metodou je **plikace žaludku**, při které je laparoskopicky část žaludku zabalena do sebe a sešita. Uvnitř se objem žaludku zmenší, čímž dojde k rychlejšímu nasycení po sněžení malého množství jídla. U této metody nedochází k odstranění žádné části žaludku, stehy je možné uvolnit a vrátit se k původní velikosti žaludku (Svoboda, 2013).



Obrázek 6 Plikace žaludku

Zdroj: www.iscare.cz, 2015

2.3 INDIKACE A KONTRAINDIKACE BARIATRICKÝCH OPERACÍ

Na operační léčbě obezity se podílejí obezitolog, bariatrický chirurg a psycholog. Ti rozhodují, zda je operace pro pacienta vhodná. Posuzuje se celkový stav pacienta, jeho věk, přidružené nemoci a postoje pacienta ke svému zdravotnímu problému. Pacient musí být dostatečně informován o možnostech operační léčby, jejích efektech, komplikacích a nežádoucích účincích. Pro výběr operační metody je důležitá také zkušenost bariatrického chirurga. Proto je důležité vybrat nejen správného pacienta, ale i zkušeného operátora a pracoviště. K operační léčbě obezity je vhodný pacient, který má BMI alespoň 35 a pacient, u kterého selhala konzervativní léčba.

Mezi kontraindikace patří psychické poruchy pacienta, poruchy příjmu potravy, hypertenze, poruchy imunity, kardiální, hepatální a renální selhávání, malignity, systémové choroby a gravidita.

2.4 KOMPLIKACE OPERAČNÍ LÉČBY OBEZITY

Obézní pacienti jsou rizikováni pro velké operační zákroky nejen kvůli jejich horšímu zdravotnímu stavu, ale i proto, že tuková tkáň, které mají obézní lidé spoustu, je málo prokrvená, a proto u nich po operacích vznikají často hnisavé, zánětlivé a krvácivé komplikace. K prevenci infekce se podávají antibiotika. Jako při každé jiné operaci mohou nastat i další komplikace, např. pneumonie, paralytický ileus, tromboembolická nemoc. Nutná je profylaxe, začínající předoperačním podáním nízkomolekulárního heparinu, aplikovaným až do pohyblivosti pacienta, stejně jako provedení bandáže dolních končetin (Kasalický, 2007).

Časné komplikace jsou nauzea a zvracení, vyskytující se téměř po každém typu operace. Léčí se nitrožilním podáním antiemetik. U resekčních výkonů navíc hrozí život ohrožující krvácení. Pak je bezpodmínečně nutná operační revize. Další komplikací může být insuficience resekční linie, kdy je pacient ohrožen vznikem akutní peritonitidy. I tady je nutná revize. Často dochází také k nedostatku železa a anemii po gastrickém bypassu.

Mezi pozdní komplikace gastrického bypassu patří poruchy vyprazdňování žaludku, stenózy v místě anastomóz, peptické nebo duodenální vředy, ileózní stavy na tenkém střevě, nadměrné nebo naopak nízké váhové úbytky. Může se objevit i vnitřní kýla nebo při laparotomickém přístupu kýla v jizvě. U žaludeční bandáže není neobvyklé ani zvracení. Další komplikací může být ezofagitida a dilatace horního oddílu žaludku, vznikající regurgitací žaludečního obsahu do jícnu při nadměrném příjmu potravy.

2.5 PŘÍPRAVA PACIENTA NA BARIATRICKOU OPERACI

Dlouhodobá příprava před operací obnáší vyšetření u obezitologa, psychologa nebo psychiatra, aby posoudili, zda je pacient schopen dlouhodobé spolupráce a dodržování dietního režimu po operaci. Důležitá je edukace pacienta o změně životního stylu a stravování po operaci. Pacient musí být seznámen s riziky, důsledky a výhodami, které přináší tato operace. Dále dlouhodobá příprava zahrnuje podrobné interní vyšetření včetně EKG, rentgenu srdce a plic, biochemické a hematologické

vyšetření krve, biochemické vyšetření moče. Pacient musí podstoupit gastrofibroskopické vyšetření žaludku, aby se vyloučily vředové choroby a hiátové hernie. K posouzení velikosti levého jaterního oblouku se provádí ultrasonografie. Vyšetření endokrinologem vyloučí, zda nemá pacient onemocnění, které by způsobovalo nadměrný příbytek tělesné hmotnosti. Poté se lékař rozhodne, podle celkového stavu pacienta, jestli jsou nutná další speciální vyšetření.

Krátkodobá předoperační příprava začíná nástupem pacienta den před operací do zdravotnického zařízení. Za pacientem na oddělení nejprve přichází anesteziolog, který provede anesteziologické konzilium a seznámí pacienta s anestezií. Poté je pacient edukován ošetřujícím lékařem a zdravotní sestrou. Provede se koupel, oholí se operační pole, zdravotní sestra vyčistí pupek dezinfekčním roztokem a zkontroluje odlakované nehty. Ve 20 hodin se pacientovi aplikuje nízkomolekulární heparin, anesteziologem naordinovaná sedativa nebo hypnotika, pomáhající zvládat stres před operací. Od půlnoci pacient nejí, nepije, nekouří. Dle ordinace lékaře se podá chronická medikace.

Bezprostřední předoperační příprava zahrnuje kontrolu dokumentace pacienta. Zdravotní sestra zkontroluje operační pole, z těla se odstraní šperky, protetické pomůcky a z ústní dutiny snímatelné zubní náhrady. Z důvodu prevence TEN se na dolní končetiny nasadí elastické bandáže. Zajistí se žilní vstup, podle anesteziologa se aplikuje premedikace. Před jejím podáním by se měl pacient pokusit o spontánní vyprázdnění močového měchýře. Diabetikům je podle aktuální hodnoty glykémie podána parenterálně glukóza s krátkodobým inzulínem a chloridem draselným. Pacient je na operační sál odvezen zcela vysvlečen, pouze přikrytý peřinou. Zdravotní sestra předává pacienta na operační sál spolu s jeho dokumentací, do níž je zaznamenán i čas jeho předání na operační sál.

2.6 POOPERAČNÍ PÉČE O BARIATRICKÉHO PACIENTA

Po skončení operace je pacient pod dohledem anesteziologa předán dle aktuálního stavu na ARO, JIP nebo standardní chirurgické oddělení. Z důvodů komplikací, které mohou nastat v raném pooperačním období, je vhodné sledovat

pacienta 24 hodin na jednotce intenzivní péče s možností komplexního monitorování všech životních funkcí.

Pacient po operaci leží na zádech s mírně zvýšenou polohou hrudníku a hlavy pro usnadnění dýchání a odkašlávání. Přičemž ho musíme zabezpečit před možným pádem z lůžka. Při nauze a zvracení je důležité sledovat jeho stav, aby nedošlo k aspiraci žaludečního obsahu. Kontrolujeme všechny fyziologické funkce, operační ránu, množství odpadu z NGS, která je na spád, množství a zbarvení sekretu z drénů. Tlumíme bolesti pomocí analgetik a zajišťujeme infuzní terapii. Pacientovi je nitrožilně podáván Ortanol a Degan. Ortanol z důvodu prevence vzniku vředové choroby žaludku a Degan, který má vliv na duodenum, čímž podporuje jeho kontrakci, a tím zvyšuje peristaltiku. Pacient má zaveden PMK, sleduje se diuréza. Malé množství tekutin (čaj po lžičkách) může pacient začít přijímat nejdříve 3 hodiny po operaci.

Druhý den po operaci může pacient s pomocí zdravotní sestry pomalu vstávat z lůžka. Včasná mobilizace je prevencí tromboembolické nemoci. Pacientovi se první pooperační den provede RTG vyšetření jícnu a žaludku s baryovou kontrastní látkou, zobrazující průchodnost po gastroplikaci. Po žaludečním bypassu a tubulizaci, kdy hrozí riziko netěsnosti anastomózy tzv. leak, zobrazí polykací akt, zda nedochází k úniku obsahu GIT do dutiny břišní. Pokud je RTG v pořádku, ošetřující lékař svolí k vytažení NGS. Hospitalizace se pohybuje podle typu operace od 3 do 7 dnů. Poté je pacient propuštěn do domácího léčení.

Ošetřovatelská péče o bariatrického pacienta se v některých oblastech liší od ostatních pacientů. Zdravotní sestra, která přichází do kontaktu s bariatrickým pacientem, musí být trpělivá, přistupovat k pacientovi citlivě a s pochopením. Obézní pacienti například vyžadují širší manžety při měření krevního tlaku, nebo širší vyšetřovací lehátka s větší nosností. Rozdíly jsou i při běžné péči. Bariatrický pacient je po operaci upoután na lůžko, takže je nutná dopomoc při polohování, hygieně, překlada nebo rehabilitaci. Samotná manipulace, vyžadující spolupráci s větším počtem zdravotního personálu, je fyzicky náročná.

2.7 DLOUHODOBÁ PÉČE O BARIATRICKÉHO PACIENTA

Kontroly po bariatrické operaci jsou prováděny obezitologem a bariatrickým chirurgem. Pro případ nutnosti jsou k dispozici chirurgická centra. Na odstranění stehů se chodí po čtrnácti dnech od operace a zároveň se pacient zváží, změří v pase a vypočítá BMI. Nejméně 4x za rok se pacientovi provádí vyšetření funkce ledvin a odběry krve, kdy se sleduje KO, Na, K, Cl, urea, kreatin, glykemie, CRP, ALT, AST, GMT, ALP, INR, aPTT, Fe, ferritin, transferin, vit12, kyselina listová, C-peptid, cholesterol a triacylglyceroly. Pravidelné kontroly jsou důležité pro případné dlouhodobé komplikace.

Po tubulizaci žaludku se chodí na kontrolu nejdříve za týden, pak po třiceti dnech od operace, a dále každé tři měsíce v průběhu prvního roku. Další rok jsou kontroly jednou za půl roku, v dalších letech jednou ročně. Pacient po bandáži žaludku je kontrolován za měsíc, pak každé tři měsíce v průběhu jednoho roku a poté celoživotně jednou ročně. Lékař se při kontrole zaměřuje hlavně na výživový a metabolický stav pacienta. Kontrola u lékaře po gastrickém bypassu je po měsíci od operace. Další návštěvy jsou v prvním roce čtyři. V následujícím roce jsou kontroly dvě, dál už jen jednou ročně. Po biliopankreatické diverzi jsou kontroly jako u žaludečního bypassu.

V pooperačním období se klade důraz také na návštěvy psychologa, protože někteří pacienti mají různé psychické problémy. Psycholog podporuje pacienta v dodržování zásad po operaci, je jeho aktivním pomocníkem při zvládnání nového životního stylu.

2.8 DIETNÍ REŽIM PO BARIATRICKÉ OPERACI

Po dobu hospitalizace pacient dostává pouze čajovou a tekutou stravu. Poté se přechází na mixovanou a kašovitou stravu. Důležité je kombinovat šetřící a redukční dietu. Vyloučí se ze stravy nadýmové a tučné potraviny. Aby nedošlo ke zpomalení pasáže v žaludku, vybírá se nebobtnavé ovoce a zelenina. Za pět až šest týdnů se postupně přechází na racionální stravu, přičemž je důležité zařadit do jídelníčku hlavně bílkoviny. U každé bariatrické metody jsou jiné dietní režimy.

Po bandáži žaludku pacient přijímá po dobu jednoho týdne pouze tekutiny. Poté se přechází na stravu mletou. Racionální stravu může pacient začít přijímat za pět týdnů od operace. Nejsou doporučovány dužiny od pomerančů a nedostatečně tepelně upravené maso. Po tubulizaci žaludku pacient přijímá pouze čaj pět dní po operaci. Poté přechází na tekutou stravu. Na kašovitou po dvou týdnech, na mixovanou, a postupně na racionální stravu se přechází za další dva týdny. Je důležité dbát na dostatečný přísun minerálů a vitamínů, protože hrozí jejich deficit. Jak po gastrickém bypassu, tak po biliopankreatické diverzi se podávají pouze tekutiny. Od čtvrtého dne strava kašovitá. Na racionální stravu se přechází po dvou týdnech.

Aby nenastaly pooperační komplikace, nesmí se pacient přejídat. Nezbytně nutné je pečlivé rozmělnění každého sousta dvě až tři minuty. Obecně by měli pacienti dodržovat zásady zdravé výživy. Při změně výživových zvyklostí je důležité, aby pacient uměl pozorovat vlastní chování při stravování. Pacient po operaci musí změnit formu přípravy potravin a přizpůsobit denní rytmus příjmu potravy. Pacient by se měl pravidelně stravovat, nejlépe pětkrát denně. Je vhodné, aby si dělal záznamy, kdy jedl, co jedl, ale také kolik času strávil u jídla. Důležité je se vyhnout restauracím rychlého občerstvení, omezit přísun kalorických potravin a zároveň dodržovat stanovené časové intervaly mezi hlavními jídly. Je potřeba důsledně dbát na pitný režim. Doporučeno je vypít dva až tři litry neslazených a nealkoholických tekutin za den (Příloha B).

3 PRŮZKUM VLIVU BARIATRICKÝCH OPERACÍ NA OBÉZNÍ PACIENTY

V praktické části bakalářské práce jsme hodnotili dlouhodobou péči o pacienta po bariatrické operaci a vliv bariatrické operace na obézní pacienty. Zjišťovali jsme, jaký efekt mají jednotlivé bariatrické operace na snižování hmotnosti.

Dále jsme vytvořili edukační materiál v podobě letáku, který obsahuje souhrn stravovacích zásad po bariatrické operaci (Příloha D).

3.1 PRŮZKUMNÝ PROBLÉM

Má bariatrická operace pozitivní vliv na fyzické a duševní zdraví člověka? Je v dnešní době správná volba podstoupit bariatrickou operaci z důvodu redukce hmotnosti a zkvalitnění života dotazovaných respondentů?

3.2 PRŮZKUMNÉ CÍLE, PRŮZKUMNÉ OTÁZKY

Cíl 1: Zjistit, jaké predispozice dominují u pacientů s nadváhou v dnešní době.

Průzkumná otázka 1a: Jaký je věk respondentů?

Průzkumná otázka 1b: Jaké je pohlaví respondentů?

Průzkumná otázka 1c: Jaké jsou nejčastější důvody nadváhy respondentů?

Cíl 2: Zjistit, zda respondenti vyzkoušeli jiný způsob redukce hmotnosti.

Průzkumná otázka 2a: Jaké jsou nejčastější způsoby redukce hmotnosti?

Průzkumná otázka 2b: Jak se respondenti nejčastěji dozvídají o možnosti bariatrické operace.

Cíl 3: Zjistit, která metoda bariatrické operace má největší efekt na úbytek hmotnosti jeden rok po operaci.

Průzkumná otázka 3a: Jaká metoda je nejúčinnější na snižování hmotnosti?

Průzkumná otázka 3b: K jakému váhovému úbytku dojde rok po operaci při zvolené metodě bariatrické operace.

Cíl 4: Zjistit, zda dotazovaní respondenti dodržují léčebný režim po bariatrické operaci.

Průzkumná otázka 4a: Znájí respondenti rizika, která mohou nastat při nedodržování léčebného režimu?

Průzkumná otázka 4b: Která opatření při dodržování léčebného režimu dělají respondentům největší potíže?

Průzkumná otázka 4c: Chodí respondenti na pravidelné kontroly do bariatrické poradny?

Cíl 5: Zjistit, zda se po bariatrické operaci zlepšila kvalita života dotazovaných.

Průzkumná otázka 5a: Pociťují respondenti zlepšení kvality života po bariatrické operaci?

Průzkumná otázka 5b: Zlepšily se nebo úplně vymizely zdravotní problémy?

Průzkumná otázka 5c: Podstoupili by respondenti operaci znovu?

3.3 METODIKA PRŮZKUMU

V praktické části bakalářské práce jsme použili ke sběru dat kvantitativní metodu pomocí dotazníku. Dotazník obsahoval 19 položek, z toho 17 uzavřených a 2 otevřené, ve kterých jsme zjišťovali hmotnost před operací a rok po operaci. V úvodním textu dotazníku jsme respondentům vysvětlili účel výzkumu a údaj o anonymitě (Příloha C).

Před začátkem dotazníkového šetření jsme rozdali 5 dotazníků náhodným respondentům, abychom zjistili, zda jsou otázky srozumitelné. Dotazníky byly vráceny jako jasné, přehledné a srozumitelné.

3.4 PRŮZKUMNÝ SOUBOR

Cílovou skupinou byli pacienti jeden rok po prodělané bariatrické operaci. Dotazníkové šetření probíhalo v období od října 2015 do února 2016 v ambulanci nemocnice v Jablonci nad Nisou za pomoci ambulantní sestry, která byla předem seznámena s účelem dotazníkového šetření. Před zahájením průzkumu bylo nutné vyplnění písemného souhlasu pracoviště (Příloha E).

3.5 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Na základě výsledků průzkumného šetření jsme zde podrobně rozebrali a následně zhodnotili jednotlivé položky dotazníků. U každé položky jsme zhotovili tabulku a graf, ve kterém jsou zobrazeny dosažené výsledky. Dvě položky zahrnují také statistiku, která byla vypočítána z dat dotazníkového šetření. K výpočtu jsme použili program pro statistiku test nezávislosti chí–kvadrát (Kábrt, 2009). Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků, vrátilo se jich 75. Návratnost byla tedy 75 %. Z navracených dotazníků jsme vypracovali konečné výsledky.

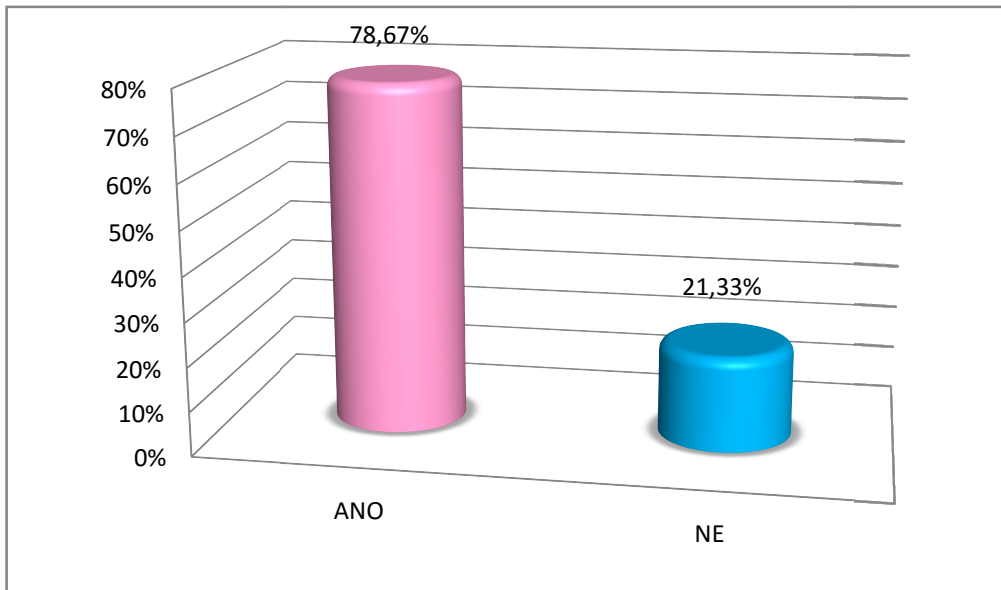
Položka 1- Vyskytuje se ve Vaší rodině nadváha?

Tabulka 2 Nadváha v rodině

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	59	78,67 %
Ne	16	21,33 %

Zdroj: autor, 2016

Graf 1 Nadváha v rodině



Zdroj: autor, 2016

Z celkového počtu dotazovaných udává 59 respondentů (78,67 %) výskyt nadváhy v rodině. U dalších 16 respondentů (21,33 %) se nadváha v rodině nevyskytuje.

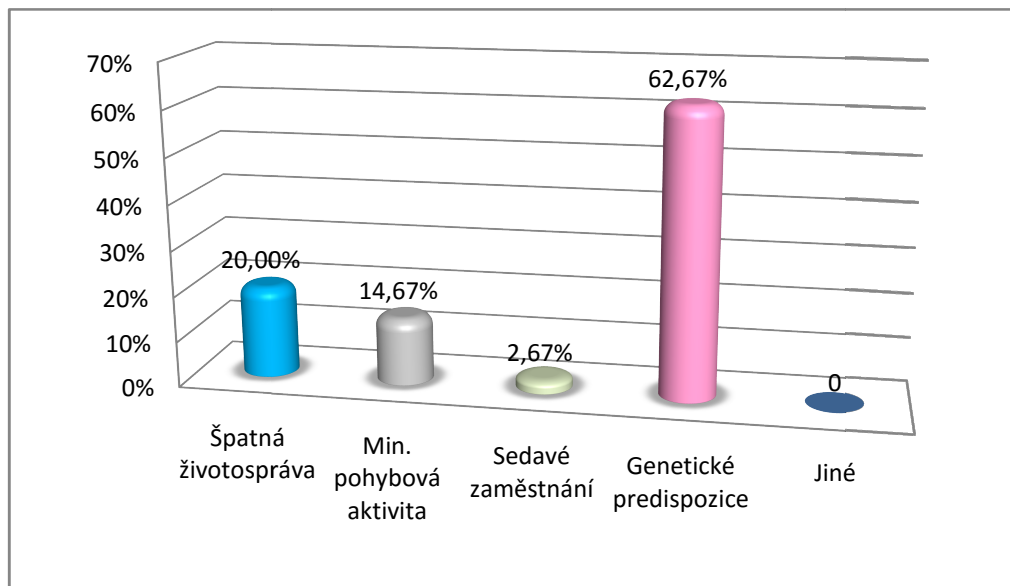
Položka 2 - Čím si myslíte, že je Vaše nadváha způsobena?

Tabulka 3 Důvody nadváhy

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Špatná životospráva	15	20,00 %
Min. pohybová aktivita	11	14,67 %
Sedavé zaměstnání	2	2,67 %
Genetické predispozice	47	62,67 %
Jiné	0	0

Zdroj: autor, 2016

Graf 2 Důvody nadváhy



Zdroj: autor, 2016

Možnost genetické predispozice označilo 47 respondentů (62,67 %), špatnou životosprávu zvolilo 15 respondentů (20 %), 11 respondentů (14,67 %) si myslí, že nadváha byla způsobena minimální pohybovou aktivitou. Odpověď sedavé zaměstnání nebo jiné, nezvolil žádný respondent.

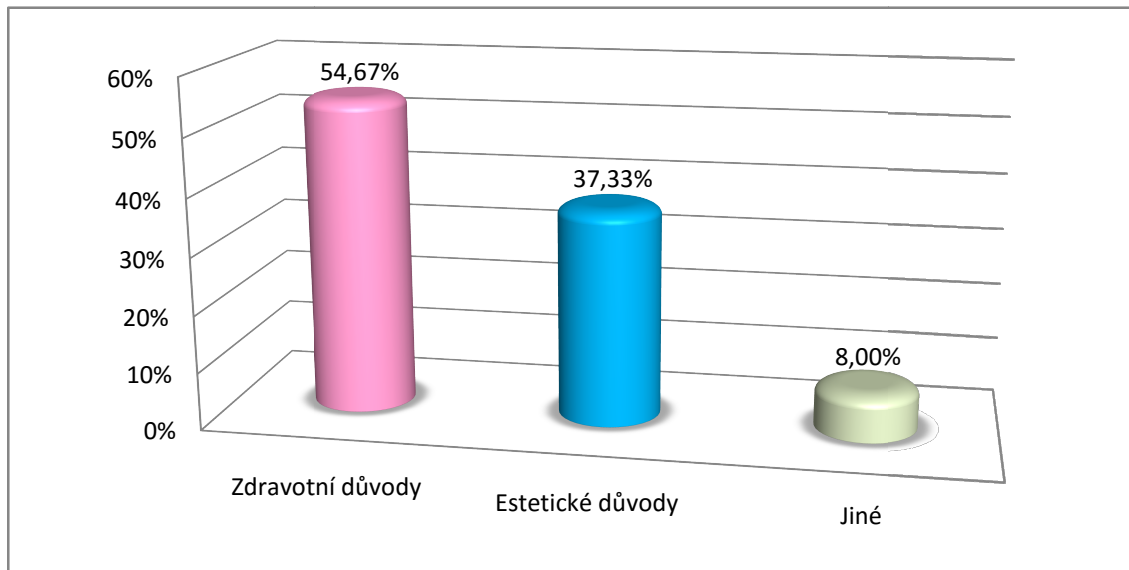
Položka 3 - Z jakého důvodu jste se rozhodl (a) ke snížení nadváhy pomocí bariatrické operace?

Tabulka 4 Důvody operace

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Zdravotní důvody	41	54,67 %
Estetické důvody	28	37,33 %
Jiné	6	8,00 %

Zdroj: autor, 2016

Graf 3 Důvody operace



Zdroj: autor, 2016

Z celkového počtu respondentů podstoupilo 41 respondentů (54,67 %) bariatrickou operaci ze zdravotních důvodů. Pro estetické důvody se nechalo operovat 28 respondentů (37,33 %) a 6 respondentů (8 %) zvolilo možnost jiné, přesněji 4 respondenti operaci podstoupili kvůli partnerovi a 2 respondenti kvůli pracovní pozici.

Test nezávislosti důvodu operace na pohlaví

Chceme zjistit, zda spolu souvisí důvod operace a pohlaví. Máme k dispozici 75 dotazníků. Z dotazníku vybereme položky týkající se důvodů operace a pohlaví.

Vybrané položky z dotazníku:

Z jakého důvodu jste se rozhodl (a) ke snížení nadváhy pomocí bariatrické operace?

Jaké je Vaše pohlaví?

Znak 1 – důvod operace

Znak 2 – pohlaví

Úkol testu – rozhodnout, zda má pohlaví vliv na důvod operace

Tabulka 5 Skutečné (relativní) četnosti

	Zdravotní	Estetické	Jiné	Celkem
Muž	10	2	1	13
Žena	5	53	4	62
Celkem	15	55	5	75

Zdroj: autor, 2016

Tabulka 6 Očekávané četnosti

	Zdravotní	Estetické	Jiné	Celkem
Muž	2,6	9,53	0,87	13
Žena	12,4	45,47	4,13	62
Celkem	15	55	5	75

Zdroj: autor, 2016

Kritická hodnota pro 2 stupně volnosti a hladinu významnosti 0,05 je 5,991. Vypočtená hodnota testového kritéria je 32,698. Kritická hodnota je v našem případě menší než vypočtená hodnota testového kritéria, zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu, že mezi pohlavím a důvodem operace existuje určitá závislost.

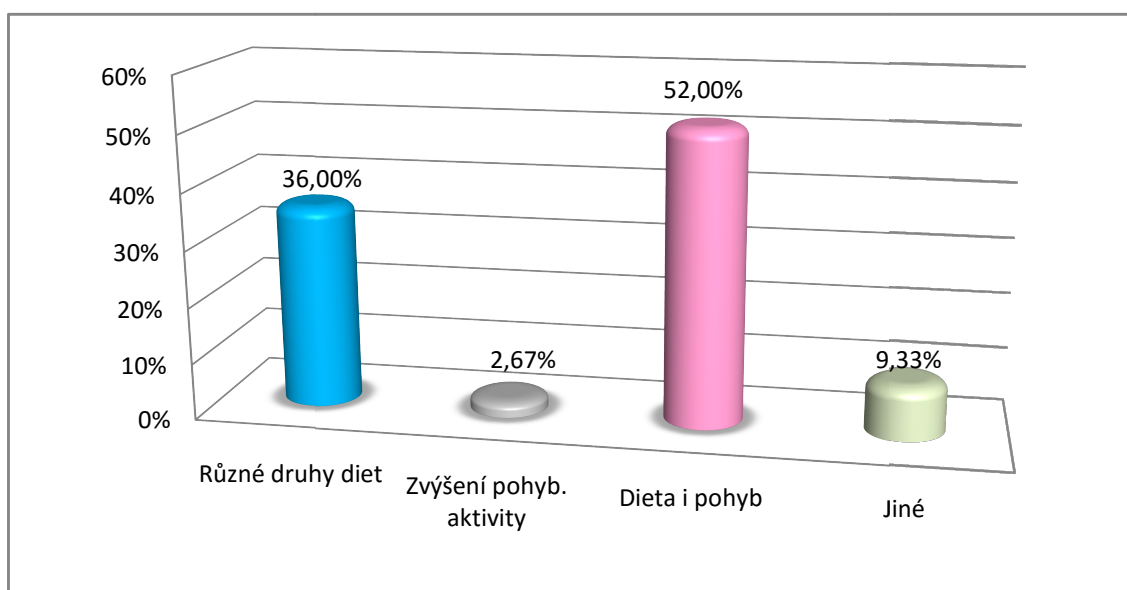
Položka 4 - Jaké jste vyzkoušel (a) způsoby redukce váhy před chirurgickou léčbou?

Tabulka 7 Způsoby redukce

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Různé druhy diet	27	36,00 %
Zvýšení pohyb. aktivity	2	2,67 %
Dieta i pohyb	39	52,00 %
Jiné	7	9,33 %

Zdroj: autor, 2016

Graf 4 Způsoby redukce



Zdroj: autor, 2016

Celkem 39 respondentů (52 %) před operací vyzkoušelo kombinaci různých druhů diet a pohybu. Redukci váhy pomocí samotných diet vyzkoušelo 27 respondentů (36 %). Jinou variantu, přesněji snížení váhy pomocí potravinových doplňků, vyzkoušelo 7 respondentů (9,33 %). A 2 respondenti (2,67 %) pouze zvýšili pohybovou aktivitu.

Test nezávislosti způsobu redukce váhy před operací na pohlaví

Chceme zjistit, zda spolu souvisí způsob redukce váhy a pohlaví. Máme k dispozici 75 dotazníků. Z dotazníku vybereme položky týkající se způsobu redukce váhy před operací a pohlaví.

Vybrané položky z dotazníku:

Jaké jste vyzkoušel (a) způsoby redukce váhy před chirurgickou léčbou?

Jaké je Vaše pohlaví?

Znak 1 – způsob redukce váhy před operací

Znak 2 – pohlaví

Úkol testu – rozhodnout, zda má pohlaví vliv na způsob redukce váhy před operací

Tabulka 8 Skutečné (relativní) četnosti

	Různé druhy diet	Zvýšení pohyb. aktivity	Diety	Jiné	celkem
Muž	9	1	2	1	13
Žena	18	1	37	6	62
Celkem	27	2	39	7	75

Zdroj: autor, 2016

Tabulka 9 Očekávané četnosti

	Různé druhy diet	Zvýšení pohyb. aktivity	Diety	Jiné	celkem
Muž	4,68	0,35	6,76	1,21	13
Žena	22,32	1,65	32,24	5,79	62
Celkem	27	2	39	7	75

Zdroj: autor, 2016

Kritická hodnota pro 3 stupně volnosti a hladinu významnosti 0,05 je 7,815. Vypočtená hodnota testového kritéria je 10,386. Kritická hodnota je i v tomto případě menší než vypočtená hodnota testového kritéria, zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu, že způsob redukce váhy před operací je závislý na pohlaví.

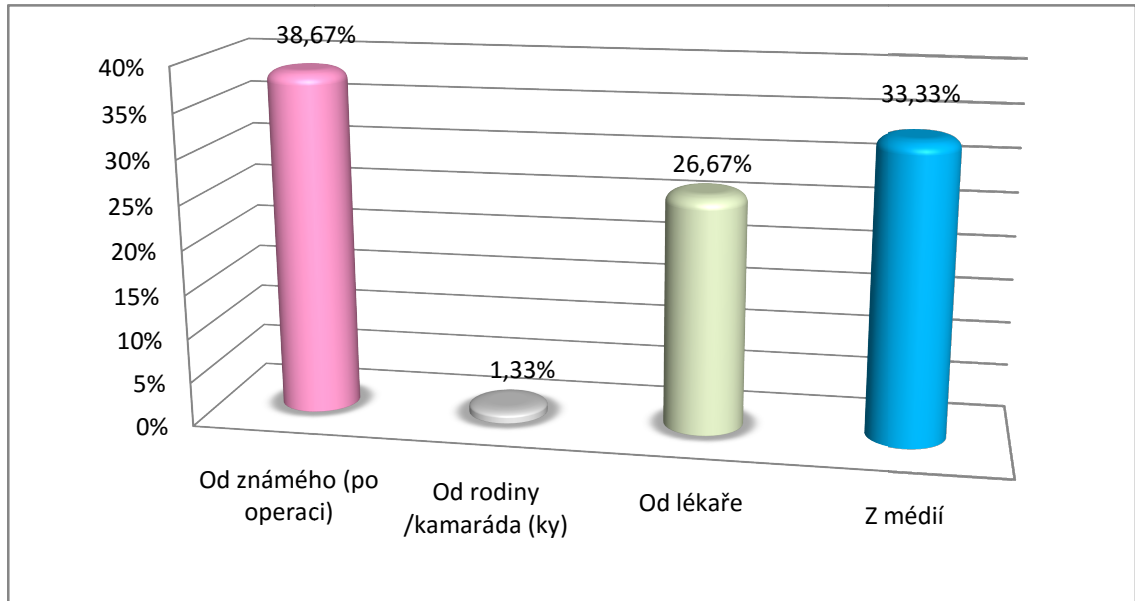
Položka 5 - Jak jste se dozvěděl (a) o možnosti chirurgické léčby nadváhy?

Tabulka 10 Informační zdroj

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Od známého (po operaci)	29	38,67 %
Od rodiny /kamaráda (ky)	1	1,33 %
Od lékaře	20	26,67 %
Z médií	25	33,33 %

Zdroj: autor, 2016

Graf 5 Informační zdroj



Zdroj: autor, 2016

Nejvíce respondentů v počtu 29 (38,67 %) se dozvědělo o možnosti bariatrické operace od známého, který dříve operaci podstoupil. Z médií se o této možnosti dozvědělo 25 respondentů (33,33 %). Jako informační zdroj uvedlo 20 respondentů (26,67 %) lékaře. Pouze 1 respondent (1,33 %) uvedl jako odpověď rodinu nebo kamaráda.

Položka 6 - Jaká metoda bariatrické operace Vám byla lékařem doporučena?

Položka 7 - Jaká byla Vaše hmotnost před bariatrickou operací?

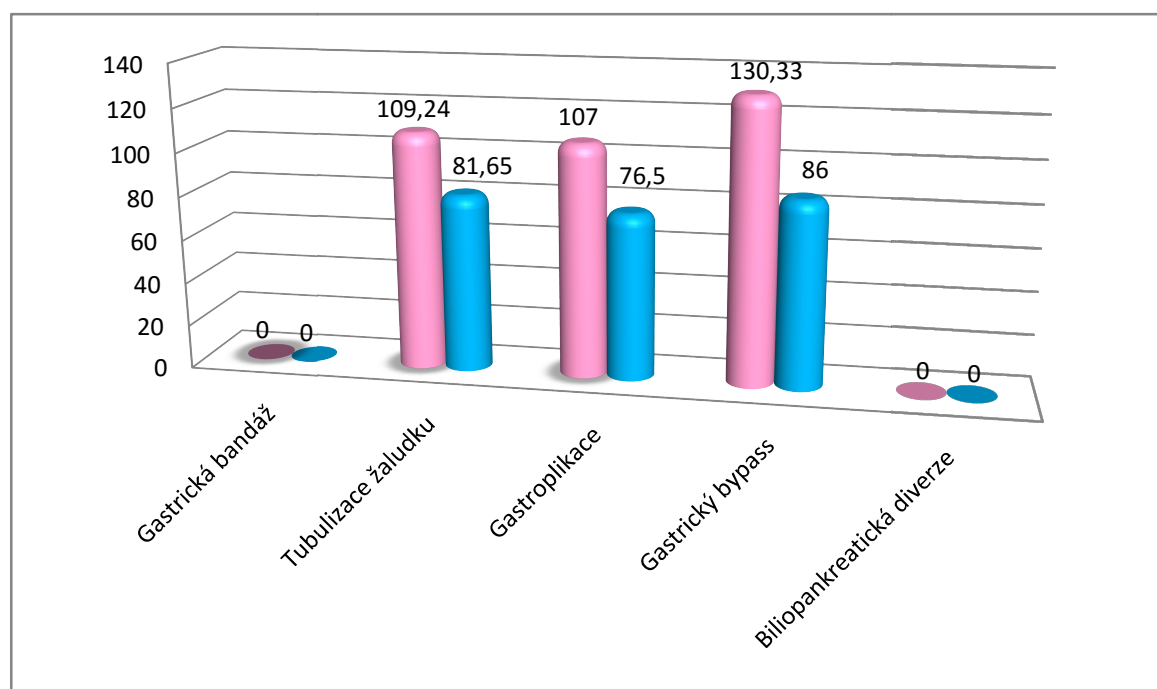
Položka 8 - Jaká je Vaše hmotnost rok po operaci?

Tabulka 11 Druhy operace

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Průměrná hmotnost před operací (Kg)	Průměrná hmotnost rok po operaci (Kg)	Průměrný váhový úbytek (Kg)
Gastrická bandáž	0	0	0	0	0
Tubulizace žaludku	3	4,00 %	109,24	81,65	27,60
Gastroplikace	4	5,33 %	107	76,50	30,50
Gastrický bypass	68	90,67 %	130,33	86	44,33
Biliopankreatická diverze	0	0	0	0	0
Celkem:	75	100 %	115,52	81,38	34,14

Zdroj: autor, 2016

Graf 6 Druhy operace



Zdroj: autor, 2016

Nejčastěji provedenou metodou byl gastrický bypass, ten podstoupilo 68 respondentů (90,67 %), při této metodě byl průměrný váhový úbytek 44,33 kg. Plikaci žaludku podstoupili 4 respondenti (5,33 %), u nich byl zjištěn průměrný váhový úbytek 30,5 kg. Tubulizace žaludku byla provedena 3 respondentům (4 %), kteří uvedli průměrný váhový úbytek 27,6 kg. Biliopankreatická diverze a gastrická bandáž nebyla provedena žádným respondentům. Po provedení těchto operací byl celkový průměrný váhový úbytek 34,14 kg.

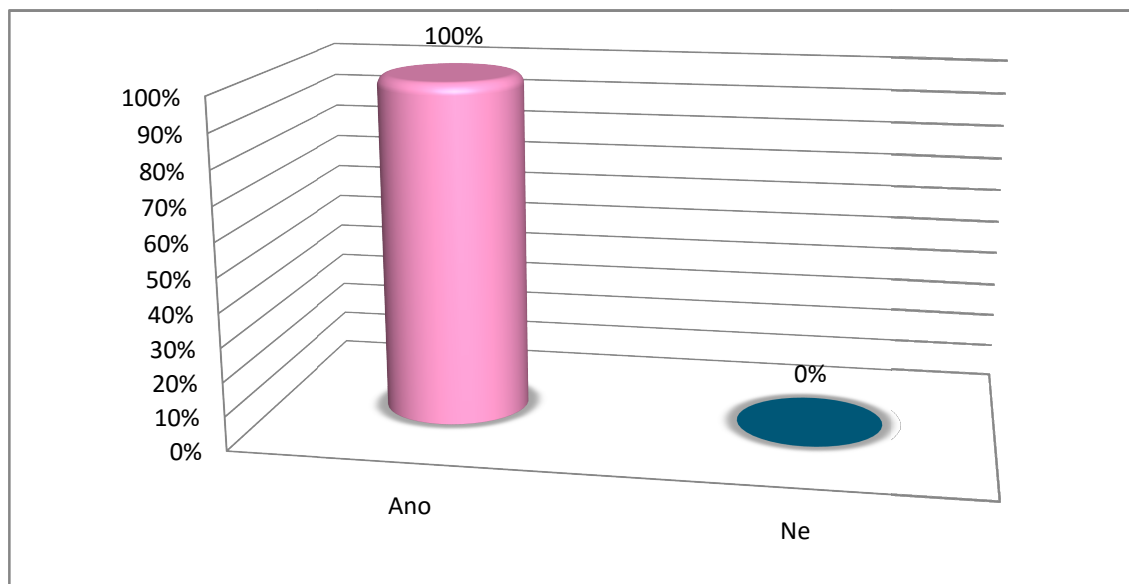
Položka 9 - Byl/a/ jste před výkonem seznámen/a/ s dietním režimem, který budete muset po operaci trvale dodržovat?

Tabulka 12 Seznámení s režimem

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	75	100 %
Ne	0	0

Zdroj: autor, 2016

Graf 7 Seznámení s režimem



Zdroj: autor, 2016

Všech 75 respondentů (100%) bylo před operací seznámeno s trvalým dietním režimem po operaci.

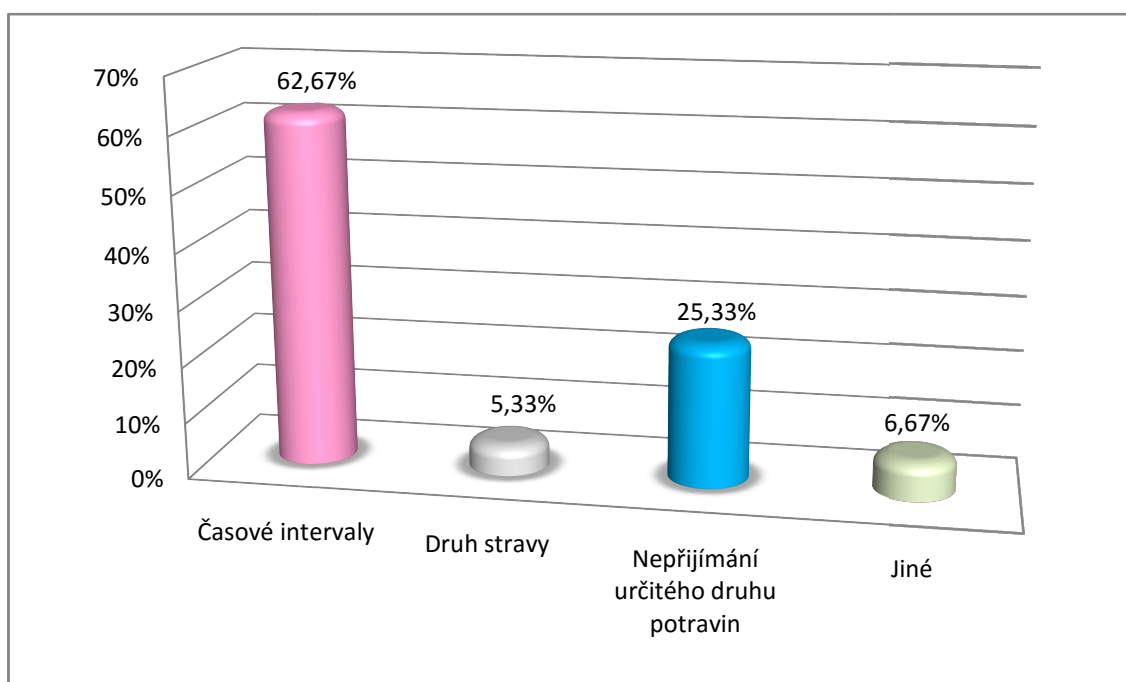
Položka 10 - Jaká opatření, která musíte dodržovat, Vám dělají největší potíže?

Tabulka 13 Potíže s režimem

Odpoověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Časové intervaly	47	62,67 %
Druh stravy	4	5,33 %
Nepřijímání určitého druhu potravin	19	25,33 %
Jiné	5	6,67 %

Zdroj: autor, 2016

Graf 8 Potíže s režimem



Zdroj: autor, 2016

Největší potíže má 47 respondentů (62,67 %) s dodržováním časových intervalů mezi jídly. Se zákazem přijímání určitého druhu potravy má potíže 19 respondentů (25,33 %). Položku jiné zvolilo 5 respondentů (6,67 %), konkrétně 3 respondenti nemají žádný problém a 2 respondenti uvedli, že jim dělá největší potíže zákaz kouření. S druhem stravy mají problém 4 respondenti (5,33 %).

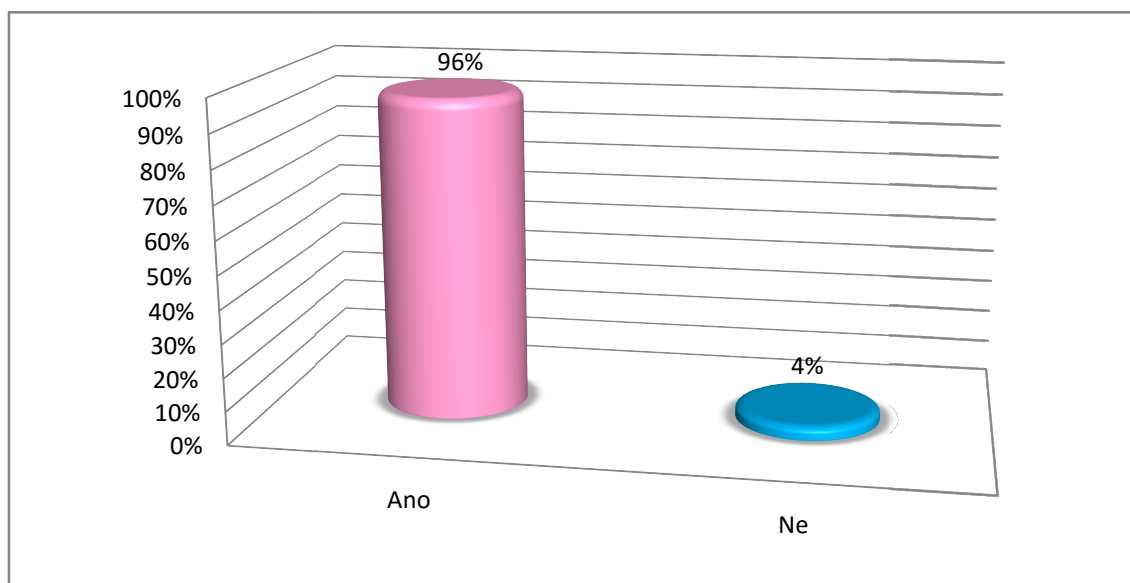
Položka11 - Byla/a/ jste seznámena s riziky, která mohou nastat po operaci, nebudete-li dodržovat pokyny lékaře?

Tabulka 14 Seznámení s riziky

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	72	96,00 %
Ne	3	4,00 %

Zdroj: autor, 2015

Graf 9 Seznámení s riziky



Zdroj: autor. 2016

S riziky, která mohou nastat po operaci, bylo seznámeno 72 respondentů (96 %). Překvapivě 3 respondenti (4 %) uvedli, že seznámení s riziky nebyli.

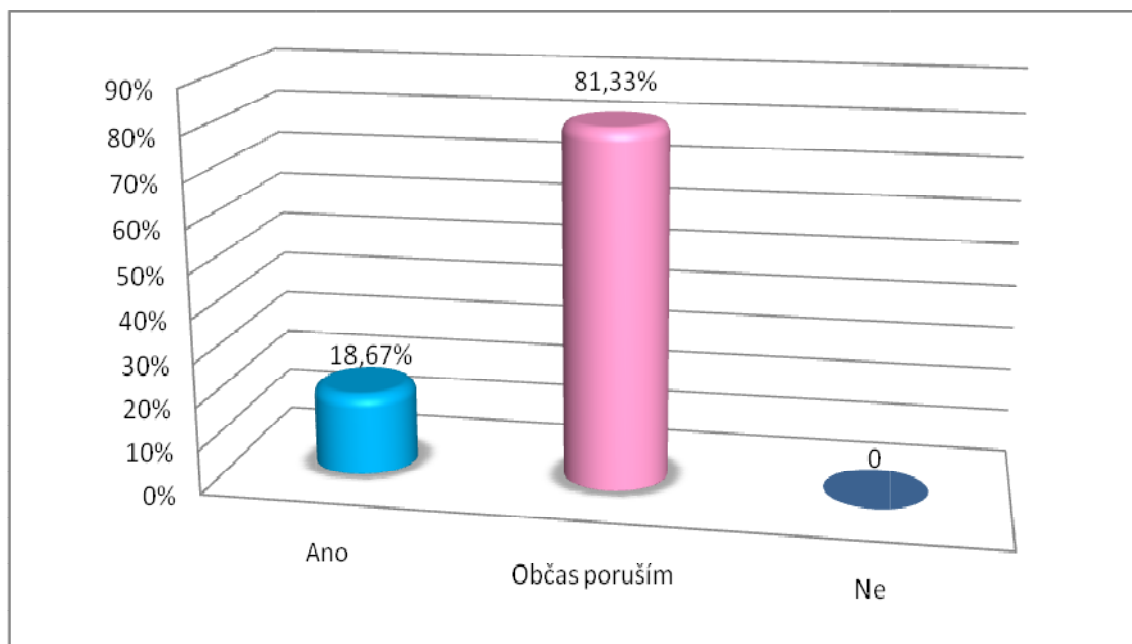
Položka 12 - Dodržujete dietní režim po operaci?

Tabulka 15 Dodržování režimu

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	14	18,67 %
Občas poruším	61	81,33 %
Ne	0	0

Zdroj: autor, 2016

Graf 10 Dodržování režimu



Zdroj: autor, 2016

Dietní režim občas poruší 61 respondentů (81,33 %). Pouze 14 respondentů (18,67 %) přísně dodržuje dietní režim.

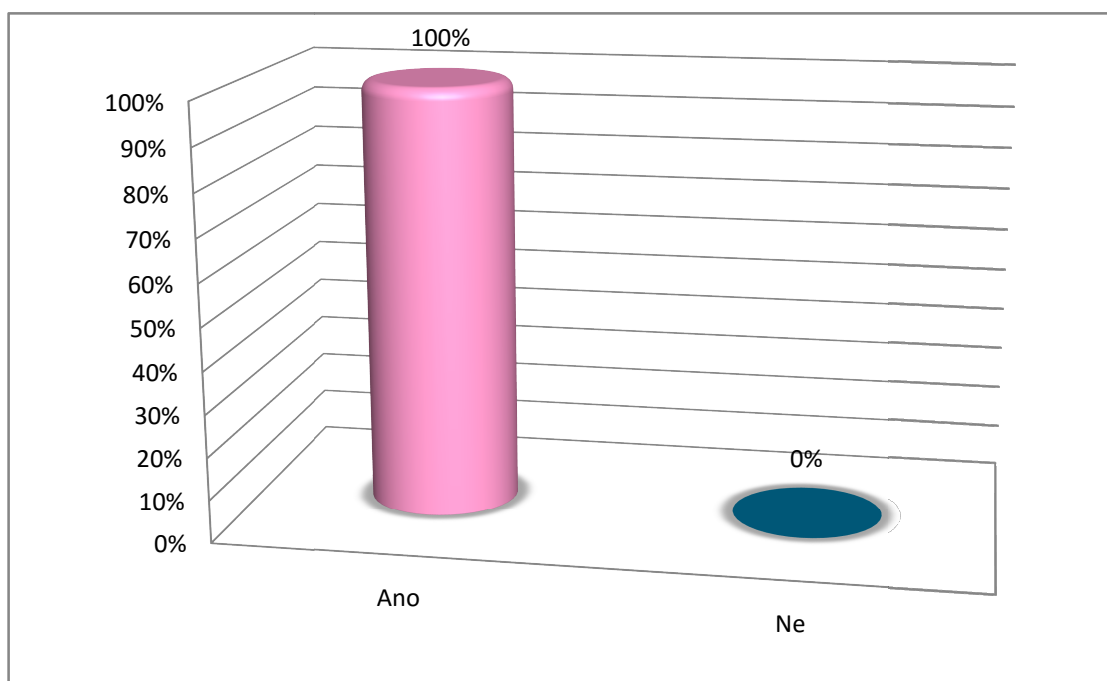
Položka 13 - Chodíte na pravidelné kontroly do bariatrické poradny?

Tabulka 16 Pravidelné kontroly

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	75	100 %
Ne	0	0

Zdroj: autor, 2016

Graf 11 Pravidelné kontroly



Zdroj: autor, 2016

Všech 75 respondentů (100 %) pravidelně navštěvuje bariatrickou poradnu.

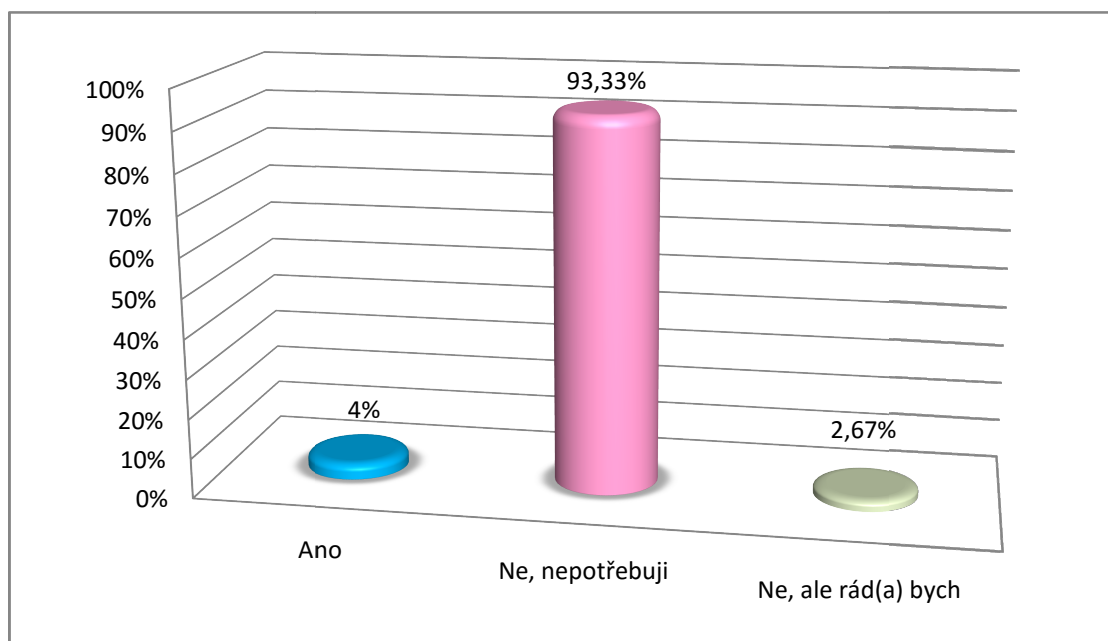
Položka 14 - Konzultujete s psychologem Váš současný psychický stav?

Tabulka 17 Konzultace s psychologem

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	3	4,00 %
Ne, nepotřebuji	70	93,33 %
Ne, ale rád (a) bych	2	2,67 %

Zdroj: autor, 2016

Graf 12 Konzultace s psychologem



Zdroj: autor, 2016

Psychologickou pomoc nepotřebuje 70 respondentů (93,33 %). Na psychologické konzultace chodí 3 respondenti (4 %) a 2 respondenti (2,67 %) by na ně teprve chtěli začít chodit.

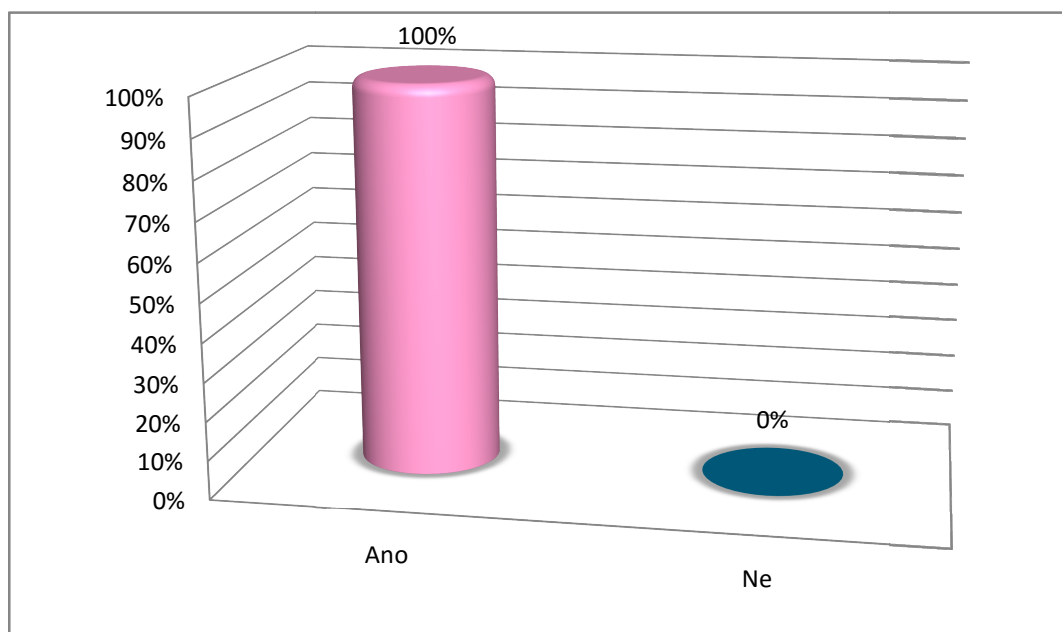
Položka 15 - Zlepšila se kvalita Vašeho života?

Tabulka 18 Zlepšení kvality života

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	75	100 %
Ne	0	0

Zdroj: autor, 2016

Graf 13 Zlepšení kvality života



Zdroj: autor, 2016

Zlepšení kvality života uvedlo všech 75 respondentů, konkrétně zvýšení sebevědomí, možnost cestování, sportování, navštěvování společenských akcí a lepší pracovní uplatnění.

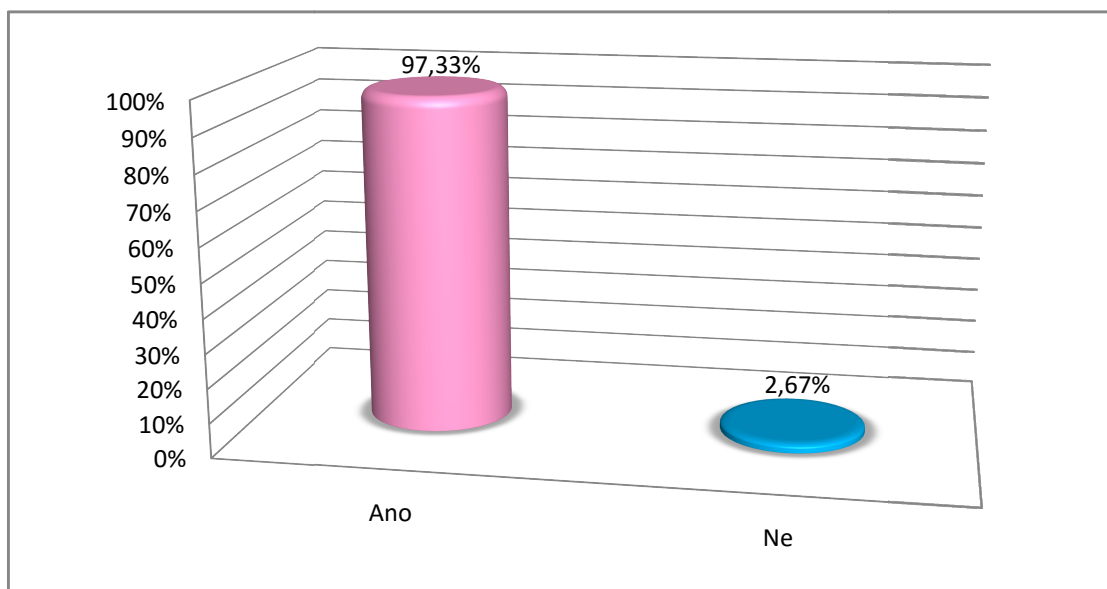
Položka 16 - Vymizely zdravotní potíže, se kterými jste se potýkali před operačním zákrokem?

Tabulka 19 Vymizení potíží

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	73	97,33 %
Ne	2	2,67 %

Zdroj: autor, 2016

Graf 14 Vymizení potíží



Zdroj: autor, 2016

Vymizení zdravotních potíží, kterými pacienti trpěli před operací, konkrétně bolestivost pohybového aparátu, snížení hladiny cholesterolu a krevního tlaku, uvedlo 73 respondentů (97,33 %) a pouze 2 respondenti (2,67 %) nezaznamenali žádné zlepšení zdravotního stavu.

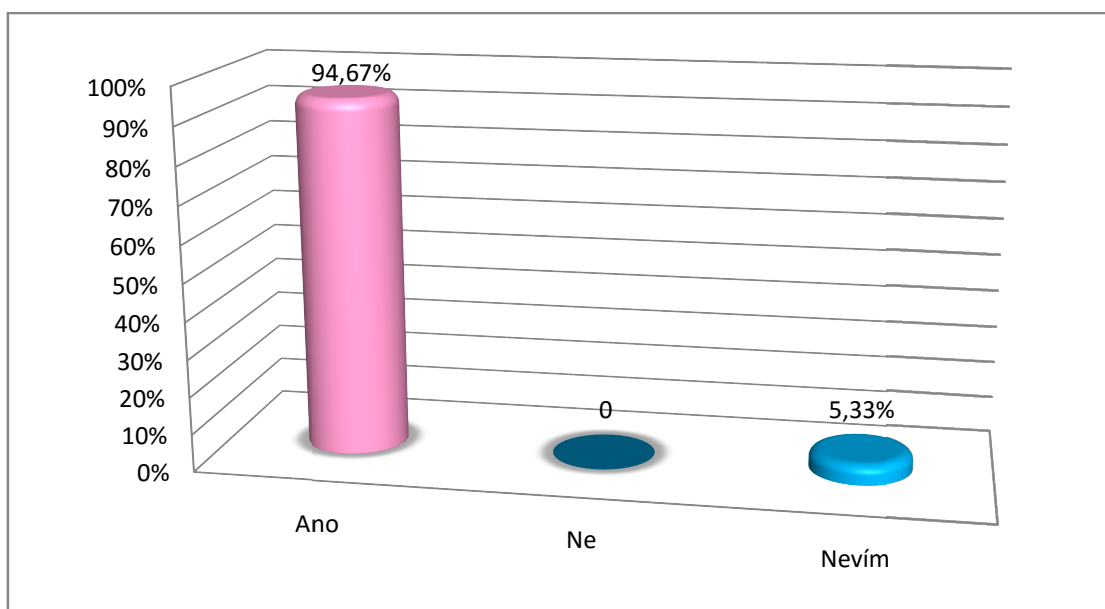
Položka 17 - Podstoupil(a) byste bariatrickou operaci znovu?

Tabulka 20 Podstoupení operace znovu

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	71	94,67 %
Ne	0	0
Nevím	4	5,33 %

Zdroj: autor, 2016

Graf 15 Podstoupení operace znovu



Zdroj: autor, 2016

K podstoupení operace by se znovu odhodlalo 71 respondentů (94,67 %). A pouze 4 respondenti (5,33 %) zvolili odpověď nevíím.

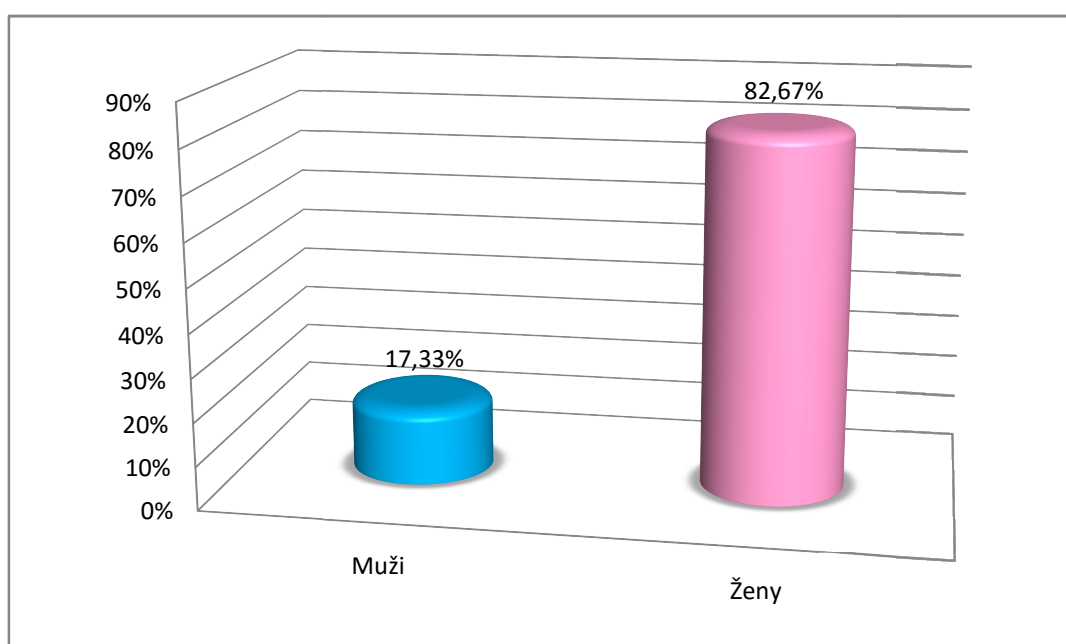
Položka 18 - Jaké je Vaše pohlaví?

Tabulka 21 Poměr mužů a žen

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
muž	13	17,33 %
žena	62	82,67 %

Zdroj: autor, 2016

Graf 16 Poměr mužů a žen



Zdroj: autor, 2016

Z celkového počtu 75 respondentů, je 62 (82,67 %) žen a 13 (17,33 %) mužů.

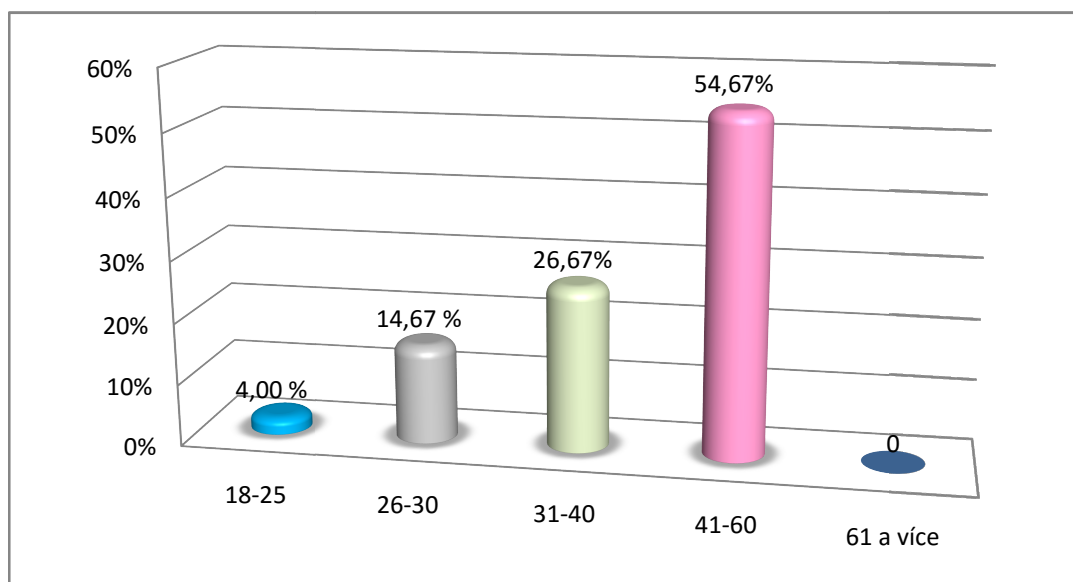
Položka 19 - Kolik je Vám let?

Tabulka 22 Věk

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
18 - 25	3	4,00 %
26 - 30	11	14,67 %
31 - 40	20	26,67 %
41 - 60	41	54,67 %
61 a více	0	0

Zdroj: autor, 2016

Graf 17 Věk



Zdroj: autor, 2016

Nejvíce respondentů je ve věku mezi 41 – 60 let, v počtu 41 (54,67 %). Další respondenti jsou ve věku 31 – 40 let, v počtu 20 (26,67 %). Ve věku 26 – 30 let je 11 respondentů (14,67 %). Pouze 3 respondenti (4,00 %) jsou ve věku 18 – 25 let. Odpověď 61 a více let nezvolil žádný respondent.

3.6 DISKUZE

Některé položky našeho průzkumného šetření jsme porovnali s výsledky bakalářské práce Veroniky Liškové, absolventky Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně z roku 2012, která se zabývala kvalitou života klientů po bariatrické operaci. Její průzkum probíhal v nemocnici v Břeclavi. Dotazník, který obsahoval 21 otázek, obsahoval podobné položky, na které jsme se zaměřili i my.

Vlastní sběr dat probíhal v Nemocnici Jablonec nad Nisou a zaměřoval se na pacienty rok po bariatrické operaci. Našeho průzkumu se zúčastnilo 82,67 % žen a 17,33 % mužů, nejčastěji ve věku 41 – 60 let. V porovnávané práci bylo zjištěno, že bariatrické operace podstupují také více ženy, ale ve věku mezi 31 – 40 let. To dokazuje, že obezita stoupá s věkem. Dále nás zajímalo, z jakých důvodů pacienti podstupují operaci. Ukázalo se, že 54,67 % respondentů podstoupilo operaci ze zdravotních důvodů, v této položce se neshodujeme s prací Veroniky Liškové, ve které větší část respondentů podstoupilo operaci z jiných než zdravotních důvodů. U této položky jsme provedli test nezávislosti chí – kvadrát. Zjišťovali jsme, zda pohlaví souvisí s důvodem podstoupení operace. Testování bylo provedeno na 5% hladině nezávislosti a prokázalo, že mezi pohlavím a důvodem operace existuje určitá závislost.

V položce, která zjišťuje způsob redukce váhy před operací, odpovědělo 52 % respondentů, že vyzkoušelo kombinovat diety s pohybem, 36 % respondentů drželo pouze diety, 9,33 % dávalo přednost potravinovým doplňkům a 2,67 % respondentů spoléhalo na zvýšení pohybové aktivity. I u této položky jsme provedli test nezávislosti chí – kvadrát. Zjišťovali jsme, zda způsob redukce váhy před operací souvisí s pohlavím. Testování bylo provedeno na 5% hladině nezávislosti a prokázalo, že způsob redukce váhy před operací je závislý na pohlaví.

V průzkumu byly dále zjišťovány váhové úbytky rok po operaci. Největší váhový úbytek byl zaznamenán u gastrického bypassu, kde úbytek činil 44,33 kg za rok. Tuto položku jsme srovnali s bakalářskou prací Jitky Laštovičkové z roku 2011, která uvádí dle svého průzkumu největší váhový úbytek taktéž u gastrického bypassu s průměrným váhovým úbytkem 32 kg za rok. Gastrický bypass je kombinovaná metoda a díky tomu je redukce efektivnější, než je tomu u ostatních

metod a udržení hmotnosti tak bude přetrvávat déle. Dle našeho názoru by bylo vhodné pacienty dále sledovat a zaznamenávat jejich výsledky v delším časovém rozpětí a porovnávat rozdíly hodnot u zvolených metod.

V další části průzkumu jsme zjišťovali míru informovanosti o pooperačním režimu a ukázalo se, že v jablonecké nemocnici je pacientům poskytováno dostatečné množství informací jak o dietním režimu, tak o možných rizicích, která mohou nastat při nedodržování režimu. Ptali jsme se respondentů, zda režim přísně dodržují, z výsledků vyplývá, že režim dodržují, včetně pravidelných kontrol v bariatrické poradně, ale 81,33 % respondentů občas režim poruší. Největší potíže pacientům dělá dodržování časových intervalů, tuto odpověď zvolilo 62,67 % respondentů, dále 25,33 % respondentům dělá potíže nepřijímat určitý druh potravy, 5,33 % respondentů si stěžuje na stravu, kterou musejí zařazovat do svého jídelníčku, a 6,67 % respondentům dělá největší problém omezit kouření. Fakt, že omezit kouření dělá pacientům problémy, také dokládá jedna z položek v práci Veroniky Liškové, kde tuto odpověď zvolilo 8 % respondentů.

Na závěr jsme zkoumali, zda bariatrické operace přinášejí zlepšení zdravotního stavu a kvality života pacientů. Z průzkumného šetření jednoznačně vyplývá, že operace mají pozitivní vliv na fyzickou i psychickou stránku člověka. Zlepšení kvality života uvedlo 100 % respondentů, nejčastěji uváděli zvýšení sebevědomí, zlepšení sexuálního života, navštěvování společenských událostí nebo zlepšení pracovních pozic. Vymizení zdravotních potíží uvedlo 97,33 % respondentů. Podobných výsledků bylo dosaženo i v bakalářské práci Veroniky Liškové, kde se autorka zaměřovala na konkrétní oblasti zlepšení kvality života.

ZÁVĚR

Cílem teoretické části bakalářské práce bylo dostatečně prozkoumat, co zahrnuje ošetrovatelská péče o bariatrického pacienta, jaká je příprava na takovou operaci, v čem spočívá následná a dlouhodobá péče a jak vypadá změna dietního režimu, což bylo splněno. Cílem praktické části bylo zjistit, které predispozice dominují u pacientů s nadváhou, a jaké důvody vedou pacienty podstoupit bariatrickou operaci, zda před operací vyzkoušeli i jiné metody snížení nadváhy. Které operační metody pacienti v jablonecké nemocnici podstupují nejčastěji a jaké jsou u nich váhové úbytky. Zjišťovali jsme, zda pacienti dodržují léčebný režim po operaci. A v neposlední řadě, jaký dopad mají tyto operace na kvalitu života, jestli se zlepšil zdravotní stav, nebo zda vymizí zdravotní problémy, se kterými se pacienti potýkali před operací. Stanovených cílů bylo dosaženo.

Výsledky ukazují, že nejčastěji bariatrické operace podstupují ženy ve věku 41 - 60 let a důvodem vzniku obezity jsou genetické predispozice. Pacienti před operací zkoušejí různé druhy diet v kombinaci s pohybem a k podstoupení operace je vedou zdravotní důvody. Nejčastěji prováděnou operační metodou v jablonecké nemocnici je gastrický bypass s průměrným váhovým úbytkem 44 kg za rok. V průzkumu bylo také zjištěno, že léčebný režim v podobě pravidelných kontrol pacienti dodržují, ale občas poruší dietní režim. Největší potíže pacientům dělají časové intervaly mezi jídly. Z průzkumného šetření vyplývá, že bariatrické operace mají pozitivní vliv na zlepšení zdravotního stavu a kvality života. Některým pacientům pomohla operace ke zvýšení sebevědomí, jiným začlenit se do společnosti a někomu snížení hmotnosti zajistilo lepší pracovní pozici.

Na základě zjištěných informací jsme si uvědomili, jak těžké je pro pacienty dodržování správného stravování po bariatrické operaci. Proto jsme se rozhodli vytvořit edukační materiál, který by jim měl pomoci v tomto problému. Tento edukační materiál jsme umístili do bariatrické poradny.

Pokud se pacient rozhodne podstoupit bariatrickou operaci, mělo by mu to být umožněno. Protože tato cesta je na rozdíl od konzervativní léčby, která může zhoršovat nejen zdravotní stav, ale i snižovat kvalitu života, jedinou možnou variantou k jeho spokojenému životu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ADÁMKOVÁ, VĚRA. 2009. *Obezita*. Brno : Facta Medica, 2009. ISBN 978-80-904260-5-4.

ČIERNY, MICHAL. 2005. Chirurgická léčba obezity. *Banding klub*. [Online] Banding klub ČR, 2005. [Citace: 28. listopad 2015.] Dostupné z: <http://bandingklub.cz/operacni-lecba-obezity.phtml>.

FRIED, MARTIN. 2007. Bariatrická chirurgie a obézní pacient. *Zdravotnictví a medicína*. [Online] Mladá fronta a.s., 2007. [Citace: 19. Leden 2016.] Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz>. ISSN 1214-7664.

FRIED, MARTIN. 2011. *Bariatrická a metabolická chirurgie*. Praha : Mladá fronta, 2011. ISBN 978-80-204-2424-2.

HINWEISE, RECHTLICHE. 2013. my Vitali blog. *my Vitali*. [Online] my Vitali AG, 2013. [Citace: 20. listopad 2015.] Dostupné z: <http://myvitali.com/blog/>.

HOUSOVÁ, JITKA. 2008. Co nabízí současná bariatrická chirurgie. *Obesity news*. měsíčník, 2008, Sv. II, 2.

JUNGWIRTOVÁ, ANNA. 2015. S problémem v žaludku. *Moje zdraví*. měsíčník, 2015, Sv. 1, 5.

KÁBRT, MILAN. 2009. Test chí-kvadrát nezávislosti v kontingenci tabulce. *Milan Kábrt*. [Online] Milan Kábrt, 2009. [Citace: 2. březen 2016.] Dostupné z: <http://milankabrt.cz/testNezavislosti/index.php>.

KASALICKÝ, MOJMÍR. 2007. *Tubulizace žaludku*. Praha : Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-957.

KASALICKÝ, MOJMÍR. 2011. *Chirurgická léčba obezity*. Praha : Ottova tiskárna s.r.o., 2011. ISBN 978-80-254-9356-4.

KESELYOVA, KARIN. 2014. typy operací. *Operace žaludku*. [Online] webnode, 2014. [Citace: 3. leden 2016.] Dostupné z: <http://operacezaludku.webnode.cz/typy-operaci/>.

MULLEROVÁ, DANA. 2011. *Obezita - prevence a léčba*. Praha : Mladá fronta, 2011. ISBN 978-80-204-2146-3.

NĚMCOVÁ, JITKA et al. 2015. Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci. Praha : Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., 2015. 3. ISBN 978-80-904955-9-3.

NOVOTNÝ, IVO. 2008. Interaktivní endoskopický atlas horní části gastrointestiálního traktu. [Online] 2008. [Citace: 7. Leden 2016.] Dostupné z: http://is.muni.cz/elportal/estud/lf/js08/atlas/pages/zaludek_bandaz.html.

OWEN, KLÁRA. 2012. *Moderní terapie obezity*. Praha : Maxdorf, 2012. ISBN 978-80-7345-301-5.

OWEN, KLÁRA. 2012. Postavení bariatrie v léčbě diabetu 2.typu. *remedia*. [Online] CZ Pharma s.r.o., 2012. [Citace: 9. leden 2016.] Dostupné z: <http://remedia.cz/Archiv-rocniku/Rocnik-2012/1-2012/Postaveni-bariatrie-v-lecbe-diabetu-2-typu/e-1dQ-1dR-1dW.magarticle.aspx>.

PLEVOVÁ, ILONA et al. 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha : Grada Publishing a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3557-3.

SKALICKÁ, HANA. 2007. *Předoperační vyšetření*. Praha : Grada Publishing a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1079-2.

SLEZÁKOVÁ, LENKA. 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha : Grada Publishing a.s., 2010. ISBN 978-80-247-3129-2.

SVAČINA, ŠTĚPÁN et al. 2008. *Klinická dietologie*. Praha : Grada Publishing a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2256-6.

SVAČINA, ŠTĚPÁN, BRETŠNAJDROVÁ, ALENA. 2008. *Jak na obezitu a její komplikace*. Praha : Grada Publishing a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2395-2.

SVOBODA, LADISLAV. 2013. Tubulizace žaludku. *Centrum pro léčbu obezity ISCARE*. [Online] a-net, 2013. [Citace: 5. prosinec 2015.] Dostupné z: http://iscare.cz/sleeve_gastrektomie.html.

SVOBODA, LADISLAV. 2013. Plikace žaludku. *Centrum pro léčbu obezity ISCARE*. [Online] a-net, 2013. [Citace: 2. Leden 2015.] Dostupné z: http://iscare.cz/plikace_zaludku.html.

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

VOKURKA, MARTIN. 2009. *Velký Lékařský slovník*. Praha : Maxdorf Jesseniuns, 2009. ISBN 978-80-734-520-25.

WHO, media centre. 2016. Fact sheets. *World health organization*. [Online] WHO, 2016. [Citace: 19. únor 2016.] <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.

PŘÍLOHY

Příloha A – Věstonická Venuše	I
Příloha B - Výživová pyramida	II
Příloha C – Formulář dotazníku	III
Příloha D – Edukační leták	IV
Příloha E – Žádost o umožnění sběru dat	V
Příloha F – Rešeršní protokol	VI

Příloha A - Věstonická Venuše



Zdroj: www.cs.wikipedia.org/wiki/Věstonická_venuše, 2015

Příloha B - Výživová pyramida



Zdroj: <http://www.cba.muni.cz/prevencenemoci>, 2015

Příloha C - Formulář dotazníku

Dobrý den,

jmenuji se Veronika Těhníková, jsem studentkou 3. ročníku na Vysoké škole zdravotnické, o.p.s. v Praze 5, Duškova 7, obor všeobecná sestra. Tématem mé bakalářské práce je Ošetrovatelská péče o bariatrického pacienta. Dotazník bude součástí mé bakalářské práce. Proto Vás žádám o vyplnění tohoto dotazníku. Vaše odpovědi zaškrtněte nebo doplňte. Dotazník je anonymní a poslouží pouze ke studijním účelům.

Děkuji

Veronika Těhníková

1 Vyskytuje se ve Vaší rodině nadváha?

- ano
- ne

2 Čím si myslíte, že je Vaše nadváha způsobena?

- špatná životospráva
- minimální pohybová aktivita
- sedavé zaměstnání
- genetické predispozice
- jiné (doplňte):

3 Z jakého důvodu jste se rozhodl (a) ke snížení nadváhy pomocí bariatrické operace?

- zdravotní důvody (bolesti pohybového systému, vysoká hladina cholesterolu, trávicí a zažívací potíže, cukrovka, vysoký krevní tlak, dýchací obtíže)
- estetické důvody
- jiné (doplňte):.....

4 Jak jste vyzkoušel (a) způsoby redukce váhy před chirurgickou léčbou?

- různé druhy diet
- zvýšení pohybové aktivity
- diety i pohyb
- jiné (doplňte):.....

- 5 Jak jste se dozvěděl (a) o možnosti chirurgické léčby nadváhy?**
- od známé (ho), která (ý) operaci podstoupil(a)
 - od rodiny/kamaráda(ky)
 - od lékaře
 - z médií
- 6 Jaká metoda bariatrické operace Vám byla lékařem doporučena?**
- gastrická bandáž (implantace silikonové manžety kolem horní části žaludku)
 - tubulizace žaludku (odstranění části žaludku)
 - gastroplikace (část žaludku zanořena do sebe)
 - gastrický bypass (odstranění části žaludku a vyřazení tenkého střeva z procesu trávení)
 - biliopankreatická diverze (odstranění části žaludku a přemostění části tenkého střeva)
- 7 Jaká byla Vaše hmotnost před bariatrickou operací?**
- 8 Jaká je Vaše hmotnost rok po operaci?**
- 9 Byl/a/ jste před výkonem seznámen/a/ s dietním režimem, který budete muset po operaci trvale dodržovat?**
- ano
 - ne
- 10 Jaká opatření, která musíte dodržovat, Vám dělají největší potíže?**
- časové intervaly mezi jídly
 - druh stravy
 - zákaz přijímání určitého druhu potravin
 - jiné (doplňte):.....
- 11 Byl/a/ jste seznámena s riziky, která mohou nastat po operaci, nebudete-li dodržovat pokyny lékaře?**
- ano
 - ne

12 Dodržujete dietní režim po operaci?

- ano, přísně
- občas poruším
- ne

13 Chodíte na pravidelné kontroly do bariatrické poradny?

- ano
- ne (proč?):.....

14 Konzultujete s psychologem Váš současný psychický stav?

- ano, pravidelně
- ne, nepotřebuji
- ne, ale rád (a) bych

15 Zlepšila se kvalita Vašeho života?

- ano (v čem?):
- ne

16 Vymizely zdravotní potíže, se kterými jste se potýkali před operačním zákrokem?

- ano (jaké?):.....
- ne

17 Podstoupil (a) byste bariatrickou operaci znovu?

- ano
- ne (proč?):
- nevím

18 Jaké je Vaše pohlaví?

- muž
- žena

19 Kolik je Vám let?

- 18 - 25
- 26 - 30
- 31 - 40
- 41 - 60
- 61 a více

STRAVOVACÍ ZÁSADY PO BARIATRICKÉ OPERACI



- ✓ první měsíc po operaci jezte pouze tekutou a řídkou stravu
- ✓ přechod na běžnou stravu by měl být pozvolný
- ✓ zařaďte do jídelníčku dostatek vitamínů a minerálů
- ✓ dodržujte pravidelnost v jídle
- ✓ jezte malé porce
- ✓ jezte pomalu
- ✓ každé sousto dobře rozkousejte
- ✓ dodržujte vyváženou stravu
- ✓ vyhněte se smaženým a tučným potravinám
- ✓ dodržujte pitný režim
- ✓ nepijte 45 minut před a po jídle
- ✓ pijte neslazené a nealkoholické nápoje



Zdroj: autor, 2015

Příloha E – Žádost o umožnění sběru dat



**PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO
ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

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

Příjmení a jméno studenta	TĚMNIKOVÁ VERONIKA	
Studijní obor	NEOBECNÁ SESTRA	Ročník 3CVS
Téma práce	OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O BARIATRICKÉHO PACIENTA	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	BARIATRICKÁ PORADNA, CHIRURGIE NEMOCNICE JABLONEC NAD NISOU	
Jméno vedoucího práce	MUDr. JIŘKA REHOŘOVÁ	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	[Podpis] podpis
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	Nemocnice Jablonec nad Nisou, s.o. Mgr. Jiřka Rehořová, MBA náměstkyně pro ošetrovatelskou péči [Podpis] podpis

Nemocniční 15, 466 00 Jablonec nad Nisou

V Jablonci nad Nisou dne 23.10.2015

.....
studenta

podpis

Téma rešerše: Ošetrovatelská péče o bariatrického pacienta

Žadatel: Veronika Těhníková

Jazykové vymezení: Čeština

Klíčová slova: databáze Bibliographia medica čechoslovaca (výběr)
Obezita, Obezita morbidní, Dietoterapie, Diabetes mellitus, Bariatrie, Bariatrická chirurgie, Gastroplastika, Žaludek-chirurgie, Předoperační péče, Pooperační péče, Ošetrovatelská péče

Časové vymezení: V českých zdrojích: 2008-2015

Druhy dokumentů: Knihy, kapitoly z knih, články, kvalifikační práce

Počet záznamů: 141

České zdroje: záznamů: 141 (Bibliographia medica čechoslovaca- knihy: 15, kapitoly z knih: 21, články: 105), kvalifikační práce: 1 (databáze Theses)

Použitý citační styl: Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011(česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)

Zpracovala: Mgr. Jana Hercová
Oddělení informačních a speciálních služeb NLK