

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**Kvalita života pacientů po robotické
tubulizaci žaludku**

bakalářská práce

Autor práce: Pavlína Drápelová

Vedoucí práce: Mgr. Jana Vácová

Jihlava 2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Pavčina Drápelová
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Kvalita života pacientů po robotické tubulizaci žaludku
Cíl práce:	1. Zjistit, zda došlo ke zlepšení celkového stavu pacienta po robotické tubulizaci žaludku. 2. Zhodnotit dodržování dietního režimu po tubulizaci žaludku.

Mgr. Jana Vácová
vedoucí bakalářské práce



PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií



Abstrakt

Bakalářská práce se věnuje problematice kvality života pacientů po robotické tubulizaci žaludku. Cílem této práce je zjistit, zda došlo ke zlepšení celkového stavu pacienta po robotické tubulizaci žaludku a zhodnotit, jak pacienti dodržují dietní režim po tubulizaci žaludku.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části. První částí bakalářské práce je současný stav problematiky, kde je vymezen termín kvalita života. Dále je zde definován pojem obezita, její diagnostika, komplikace spojené s obezitou, léčba, prevence a také popsána ošetrovatelská péče o pacienta po tubulizaci žaludku. Druhá, výzkumná část práce, je zpracována metodou kvalitativního výzkumu. Jsou zde prezentovány výsledky výzkumného šetření, které bylo uskutečněno pomocí polostrukturovaného rozhovoru.

Klíčová slova

Obezita; kvalita života; bariatrická chirurgie; tubulizace žaludku; ošetrovatelská péče

Abstract

The bachelor thesis deals with the issue quality of life patients after robotic sleeve gastrectomy. The aim of this thesis is to find out whether there was an improvement in the general condition of the patient after robotic sleeve gastrectomy and to evaluate how patients follow the diet regime after sleeve gastrectomy.

The bachelor thesis is divided into two parts. The first part of the bachelor thesis is the current state of the issue, where the term quality of life is defined. There is also defined the concept of obesity, diagnostics, complications connected with obesity, therapy, prevention and also a nursing care of the patient after sleeve gastrectomy. The second part of the thesis is processed based on qualitative research. There are presented the results of the research, which was conducted using a semi-structured interview.

Key words

Obesity; quality of life; bariatric surgery; sleeve gastrectomy; nursing care

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje AZ, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že s o u h l a s í m s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 3. prosince 2019

.....
Podpis studenta/ky

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Janě Vácové za odborné vedení mé bakalářské práce, trpělivost, cenné rady, vstřícné jednání a čas, který mi věnovala. Dále děkuji také všem respondentům, kteří se zúčastnili mého výzkumného šetření, za jejich ochotu a čas.

Obsah

Úvod.....	9
Motivace	10
Cíl práce	11
Výzkumný cíl.....	11
Výzkumné otázky	11
1 Současný stav problematiky	12
1.1 Kvalita života	12
1.1.1 Hodnocení kvality života	13
1.2 Obezita	14
1.3 Etiologie obezity	14
1.4 Diagnostika obezity.....	15
1.5 Komplikace obezity	17
1.6 Nechirurgická léčba obezity.....	17
1.7 Chirurgická léčba obezity	20
1.7.1 Tubulizace žaludku	21
1.7.2 Ošetrovatelská péče	22
1.8 Prevence obezity	24
2 Výzkumná část (praktická část)	25
2.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky	25
2.1.1 Výzkumné cíle	25
2.1.2 Výzkumné otázky	25
2.2 Metodika výzkumu.....	26
2.3 Charakteristika vzorku respondentů.....	26
2.4 Průběh výzkumného šetření	26
2.5 Zpracování získaných dat.....	27
2.6 Výsledky výzkumu.....	27
2.6.1 Informovanost o možnosti chirurgické léčby obezity.....	27
2.6.2 Změny v tělesné hmotnosti po operaci	28
2.6.3 Edukace pacientů o stravovacím režimu	29
2.6.4 Stravovací režim po operaci	30
2.6.5 Komplikace spojené s pooperační dietou	31
2.6.6 Úprava životosprávy	32
2.6.7 Změna pohybové aktivity	32
2.6.8 Změna společenských aktivit.....	33
2.6.9 Potíže se zdravím	35

2.6.10	Zhodnocení kvality života	35
2.7	Interpretace dat získaných pomocí rozhovorů s respondenty	36
3	Diskuze	41
4	Návrh řešení a doporučení pro praxi.....	45
	Závěr	47
	Seznam použité literatury	48
	Seznam tabulek	52
	Seznam příloh	53
	Přílohy.....	54

Seznam použitých zkratek

BMI Body Mass Index

cm centimetr

č. číslo

kg kilogram

kJ kilojoule

kol. kolektiv

ml mililitr

např. například

OP operace

R respondent

sv. svaté

T tazatelka

Úvod

Výskyt obezity v posledních letech celosvětově prudce stoupá. Dá se říct, že výskyt obezity narůstá s věkem. V České republice během posledních let stejně tak jako v celé Evropě dochází k nárůstu obezity u dospělých i u dětí.

Obezita zhoršuje zdravotní stav a výrazně ovlivňuje kvalitu života obézní osoby. Obézní jedinci jsou vystaveni řadě předsudků a může docházet k jejich diskriminaci např. při hledání zaměstnání. Obezita je také spojena s řadou závažných onemocnění, kde působí jako rizikový faktor a tím dochází k výraznému poklesu kvality života obézního jedince.

Je několik možností, jak může být obezita léčena. Cílem léčby je vždy, aby u pacienta došlo k dlouhodobému snížení hmotnosti. Léčba obézního pacienta by měla být komplexní. Bohužel léčba konzervativními postupy bývá často dlouhodobě neúspěšná. Při léčbě morbidně obézních pacientů se jeví chirurgické výkony jako nejlepší řešení. Bariatrická chirurgie je prokazatelně nejúčinnější metoda léčby obezity, která vede k dlouhodobému úspěchu. U obézních jedinců, kteří podstoupili chirurgickou léčbu obezity, dochází nejen ke snížení hmotnosti, ale také ke snížení mortality a k poklesu vzniku přidružených onemocnění. Pouze chirurgický zákrok však nestačí k dlouhodobě úspěšné léčbě obezity. Pro úspěšnou léčbu obezity je spolupráce pacienta naprosto nezbytná. Důležité je rovněž, aby byl pacient motivovaný a měl stanovený reálný a konkrétní cíl. Po chirurgickém zákroku je totiž vyžadována změna stravovacích návyků, pohybu a je nutností dodržovat pravidelné návštěvy u odborníka, aby léčba byla efektivní.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části. První část práce je zaměřena na současný stav problematiky. V současném stavu problematiky je vymezen termín kvalita života a jeho hodnocení. Dále je zde definován pojem obezita, příčiny jejího vzniku, diagnostika, komplikace spojené s obezitou a léčebné metody. V léčbě je poukázáno jak na konzervativní metody, tak především i na operativní. V neposlední řadě zahrnuje tato část bakalářské práce i ošetrovatelskou péči o pacienta po robotické tubulizaci žaludku a prevenci obezity. Druhá výzkumná část práce je zaměřena na vliv robotické tubulizace žaludku na celkový stav pacientů a také na jejich dietní režim. Výzkumná část

je zpracována metodou kvalitativního výzkumu, který byl uskutečněn pomocí polostrukturovaných rozhovorů s pacienty.

Motivace

Hlavní důvod, proč jsem si vybrala téma bakalářské práce „Kvalita života pacientů po robotické tubulizaci žaludku“ je výskyt obezity v naší rodině. Onemocnění s názvem obezita výrazně ovlivňuje kvalitu života člověka po všech stránkách. Obézní jedinci se nejčastěji snaží zhubnout různými dietami, ale výsledný efekt je mnohdy neuspokojivý a krátkodobý. S možností chirurgické léčby obezity jsem se poprvé setkala na své praxi v Nemocnici sv. Zdislavy v Mostištích. Právě zde pacienti podstupovali robotickou tubulizaci žaludku, proto jsem se rozhodla vypracovat práci na toto téma. Díky provedení výzkumného šetření jsem mohla pochopit, s jakými problémy se obézní jedinci potýkají a jak jim robotická tubulizace žaludku změnila život a ovlivnila jeho kvalitu.

Cíl práce

Výzkumný cíl

1. Zjistit, zda došlo ke zlepšení celkového stavu pacienta po robotické tubulizaci žaludku.
2. Zhodnotit dodržování dietního režimu po tubulizaci žaludku.

Výzkumné otázky

1. Jaký má dopad tubulizace žaludku na změnu životního stylu pacienta?
2. Jak hodnotí pacienti spokojenost se svým zdravím po tubulizaci žaludku?
3. Jaká je informovanost pacienta o pooperační dietě?
4. Jaké stravovací návyky po operaci pacienti dodržují?

1 Současný stav problematiky

1.1 Kvalita života

Pojem kvalita života je individuální, používá se od druhé poloviny 20. století ve společenských vědách. Kvalita života je subjektivní, tak jak ji vnímá jednotlivec. V různých životních obdobích a situacích se charakter pojmu kvalita života může lišit. Kvalita života je komplexní pojem, vyzdvihuje význam individuálních hodnot a hodnotí všechny oblasti života. Vyjadřuje rozpor mezi realitou a očekáváními. Existuje mnoho ukazatelů kvality života. Ty jsou využívány k měření situace v určitém místě či sledování stavu na národní až mezinárodní úrovni (Hudáková, Majerníková, 2013).

Definice, přístupů a pojetí kvality života je poměrně mnoho. Představa kvality života se v běžné mluvě obvykle vztahuje k pozitivně vnímanému pojmu kvalita, pokud je něco kvalitní, znamená to, že je to dobré. V odborném jazyce se tento termín využívá jak na popis pozitivních, tak i negativních aspektů lidského života (Gurková, 2011). Nahlížet na kvalitu lze z hlediska psychologického, zdravotního či sociálního. V kvalitě života jsou za zásadní oblasti považovány zdraví, materiální a emocionální spokojenost a sociální vztahy. Zaměření se na kvalitu pouze z oblasti fyzické by se mohlo ztotožnit s pojmem zdraví (Heřmanová, 2012).

V kvalitě života se vždy odráží pocit pohody vycházející z tělesného, sociálního a psychického stavu každé osoby. Jednou ze součástí kvality života je míra uspokojování lidských potřeb. Ty jsou vymezeny dvěma rozměry, a to subjektivním a objektivním (Šamánková, 2011). Objektivní kvalita života představuje většinou konkrétní a měřitelné životní podmínky. Zahrnuje dosaženou životní úroveň jednotlivce nebo obyvatelstva. Mezi základní životní podmínky řadíme průměrnou mzdu, dostupnost zdravotní péče, služeb, vzdělání a bydlení, uplatnění na trhu práce, kvalitu životního prostředí a další faktory. Řada životních podmínek je špatně měřitelná nebo jen velmi obtížně zjištělná. Mezi takové patří například možnost volby, míra korupce, vliv tradice, nastavení právních systémů (Heřmanová, 2012). Tak jak vnímá jednotlivec spokojenost se životem, vztah k jeho osobním cílům, očekáváním, zájmům a životnímu stylu, představuje subjektivní kvalitu života. Kvality života současně rozdělujeme na vnitřní a vnější. Kdy vnější kvality ukazují, co je charakteristické pro prostředí jedince a vnitřní co pro něj samotného (Gurková, 2011).

Zdraví je nedílnou součástí života. Uvádí se na prvních místech v žebříčcích životních hodnot. Podporou zdraví fyzického i duševního lze subjektivně i objektivně vnímanou kvalitu života zvyšovat. Kvalita života v souvislosti se zdravím roste ve smyslu a pocitu soběstačnosti, schopnosti práce a pohybu, nezávislosti na jiných lidech (Heřmanová, 2012). Ve zdravotnických zařízeních mají zdravotničtí pracovníci a další profesionálové sklon k posuzování kvality života z hlediska klinického stavu a laboratorních výsledků. Svou kvalitu života však pacient vnímá podle aktuálnosti stavu ovlivněného nemocí, jakou mírou je jeho životní styl změněn a omezen zdravotním stavem (Hudáková, Majerníková, 2013).

1.1.1 Hodnocení kvality života

Hodnocení kvality života je nejednoduchý proces, při kterém se nejběžněji hodnotí život individuální. Mimo to můžeme hodnotit život skupiny, společnosti nebo populace. V ošetrovatelství mluvíme o kvalitě života pacientů s určitým druhem onemocnění. Hodnotí se jedinci ve specifické životní situaci ve vztahu ke zdravotnímu stavu. Jestli je náš život kvalitní, či není, hodnotíme na základě porovnávání našeho života se žádoucí úrovní existence nebo s životem jiných osob. Kvalita života může být využívána v ošetrovatelství jako jeden z ukazatelů hodnocení účinnosti poskytované léčby (Gurková, 2011).

V případě měření kvality života dochází k jejímu dělení na menší části – domény, indikátory. Nejčastěji používané vymezení kvality života obsahuje šest domén. Mezi tyto domény řadíme fyzickou a psychickou kvalitu života, nezávislost, sociální vztahy, prostředí a spiritualitu. Každá doména obsahuje příslušné indikátory (Gurková, 2011). Standardizované měřicí nástroje se využívají pro hodnocení kvality života. S využitím dotazníků Světové zdravotnické organizace hodnotíme obecnou kvalitu života dospělé a seniorské populace. U pacientů, kteří nejsou schopni odpovídat na otázky z dotazníků, je obtížné hodnotit jejich kvalitu života (Bužgová, 2015). Dotazníkové šetření je zaměřeno buď na zkoumání celkové spokojenosti, nebo na jednotlivé stránky života, či na obojí. V současné době převládá snaha kombinovat subjektivní a objektivní přístup hodnocení kvality života. Je nutné počítat s tím, že každý jedinec hodnotí kvalitu svého života jinak. Každý má jinak nastaveny hodnoty a přikládá různým etapám svého života různý význam (Heřmanová, 2012).

1.2 Obezita

Obezitu definujeme jako chronické onemocnění, kdy je v organismu zvýšený obsah tuku. Vzniká v důsledku dlouhodobě pozitivní energetické bilance (Lukáš, Žák, 2010). Vyšší tělesná hmotnost, než náleží jedinci daného věku, pohlaví a určité tělesné výšky, je obvyklým projevem obezity (Machová, Kubátová, 2015). Podle Müllerové a Aujezdské (2014) je pro dospělého muže horní hranice optimálního zastoupení tělesného tuku v těle 20 % celkové hmotnosti. U ženy je to pak 25 % tělesné hmotnosti. Zastoupení tělesného tuku u dětí je nutné hodnotit v souvislosti s věkem.

Obezitu můžeme rozdělit podle toho, kde v těle se tuk nejvíce hromadí. Jsou dva typy androidní a gynoidní obezita. Gynoidní neboli ženský typ se vyznačuje hromaděním tukové tkáně v oblasti stehen a hýždí (Machová, Kubátová, 2015). S tímto typem se setkáváme obvykle u žen a je méně nebezpečný, co se týče výskytu komplikací. Androidní typ neboli centrální obezita, bývá mnohdy doprovázena různými komplikacemi v důsledku hromadění tuku v oblasti břicha. Tento typ diagnostikujeme, pokud je obvod pasu větší než 94 cm u mužů a 80 cm u netěhotných žen (Janíková, Zeleníková, 2013).

1.3 Etiologie obezity

V současné době se o obezitě mluví v kontextu se sedavým životním stylem bez velké fyzické námahy. K rozvoji takového životního stylu dochází v prostředí, které je technicky dobře vybavené a mechanizované (Machová, Kubátová, 2015).

Přesnou příčinu obezity nelze určit, jedná se o kombinaci mnoha faktorů. Zpravidla převažuje dlouhodobě zvýšený energetický příjem nad energetickým výdejem. Faktory, které ovlivňují vznik obezity lze rozdělit na námi neovlivnitelné a námi ovlivnitelné. Faktory člověkem neovlivnitelné zahrnují genetiku, která hraje roli v 60-70 % případů. Další faktory, které neovlivníme a které se podílejí na vzniku obezity, jsou věk, pohlaví, určitá životní období, střevní mikrobiota a virová onemocnění. Výživa a její složení, vlivy vnějšího prostředí a psychogenní faktory jsou činitelé, které můžeme nějakým způsobem ovlivnit (Janíková, Zeleníková, 2013).

Velmi se podílí na vzniku obezity změny, které se udály za poslední desetiletí v mnoha částech světa. Změny týkající se dostupnosti a výběru potravin, jenž povzbuzují příjem.

Lidé konzumují potraviny rychlého občerstvení, které mají vyšší energetickou hodnotu než tradiční strava. Porce pokrmů jsou větší a strava často nebývá pravidelná. Dostupnost potravin je trvalá a výběr široký, tím dochází k většímu energetickému příjmu. Faktory, které ovlivňují příjem potravy, jsou nálada a mentální stav, osobnost, vlastní představa o těle, vnější činitelé jako tlak vrstevníků, reklama a vliv médií (Sharma, 2018).

Naopak rozvoj v technologii vede k menší potřebě využívat lidské svalové síly. Pro transport osob jsou využívána auta a jiné dopravní prostředky, tím dochází k omezení chůze a využívání kol. V rámci trávení volného času se též s dostupností počítačů a jiné elektroniky snížila fyzická aktivita. Tyto změny souvisejí se zvýšeným výskytem obezity, kdy energetický příjem je zvýšený, a naopak energetický výdej snížený (Sharma, 2018).

1.4 Diagnostika obezity

Obezita se diagnostikuje na základě anamnézy, klinického, antropometrického a laboratorního vyšetření. V anamnéze se zaměřujeme na změny hmotnosti v průběhu života, stravovací návyky jedince, používané farmakologické preparáty. Nutno pátrat po postižení rodičů a sourozenců (Lukáš, Žák, 2010). U žen je důležité znát počet těhotenství, poruchy cyklu a ustálenou hmotnost po těhotenství. Dále zjišťujeme pokusy pacienta o redukci a jeho dosažené výsledky. Hodnotíme pravidelnost, frekvenci a příjem potravy v nočních hodinách. Jaká je jeho fyzická aktivita a pracovní anamnéza. Posuzujeme nálady, zajišťování stresu a aktuální obtíže nemocného (Svačina, 2013).

Pro stanovení tělesné hmotnosti a potvrzení či vyvrácení obezity nestačí pacienta jen zvážit. Nutné je i posuzovat tělesnou hmotnost v závislosti na výšce. K tomu slouží mezinárodně prosazený a používaný body-mass-index (BMI). Díky BMI lze rozdělit obezitu podle stupně závažnosti. BMI lze vypočítat pomocí jednoduchého vzorce, kdy je tělesná hmotnost v kilogramech dělena druhou mocninou tělesné výšky v metrech. Podle BMI se jedná o normální hmotnost, jestliže je hodnota BMI 18,5–24,9. Riziko doprovodných onemocnění je při těchto hodnotách BMI průměrné. Pokud jsou hodnoty BMI rovny nebo vyšší 25, jedná se o nadváhu. Předstupeň obezity (BMI 25–29,9) představuje nepatrné zvýšení rizika pro vznik doprovodných onemocnění. Se stoupajícím BMI stoupá i riziko vzniku doprovodných onemocnění. Obezita se podle

BMI dělí na obezitu I. stupně (BMI 30-34,5), obezitu II. stupně (BMI 35–39,9) a obezitu III. stupně, kdy jsou hodnoty BMI rovny nebo vyšší 40. U obezity I. stupně je riziko doprovodných onemocnění zvýšené. Vysoké riziko vzniku doprovodných onemocnění je spojeno s obezitou II. stupně a velmi vysoké riziko s obezitou III. stupně. (Steffen, 2010).

Index tělesné hmotnosti je možné použít u dospělých osob i u dětí. Ten se u dětí využívá ve formě věkových percentilových grafů BMI. Tělesnou hmotnost stanovujeme pomocí váhy. Na váhu přistupujeme ve spodním prádle, bez obuvi, ráno nalačno. Výškoměrem měříme výšku, která je měřena vždy bez obuvi nejlépe naboso. Měřená osoba stojí kolmo ke svislé ose výškoměru (Hainer, 2011).

Podle procenta tuku v těle mluvíme o obezitě, pokud je obsah tukové tkáně vyšší než 25 % u mužů a více než 30 % u žen. Nejjednodušší metodou, kterou lze stanovit obsah tukové tkáně, je antropometrické měření (Hainer, 2011). Při této metodě se měří tloušťka kožní řasy pomocí kaliperu. Měření se provádí na standardizovaných místech těla (Lukáš, Žák, 2010). Podrobné antropometrické vyšetření zahrnuje měření deseti řas. Existují různé metody měření a každá z nich zahrnuje použití jiného druhu kaliperu. Pro orientační vyšetření stačí dvě podkožní řasy. Vyšetření je cenově nenáročné, ale je nutná značná zručnost vyšetřující osoby. Hodnocení tohoto vyšetření je prováděno součtem tloušťky řas nebo rovnicemi na výpočet procenta tuku (Hainer, 2011).

Jedním z dalších diagnostických prostředků je měření kožní impedance. Využívá se na odhad tělesného složení. Metoda je založena na rozdílech v šíření elektrického proudu rozličné intenzity v různých biologických strukturách. Tuková tkáň má vysokou impedanci a chová se jako izolátor. Nejčastěji se využívají bipolární přístroje, kdy elektrický proud probíhá pouze horní nebo dolní částí těla. Pro odborné účely je nutné použít tetrapolární přístroj, který umožní proudění v horní i dolní části těla (Pastucha, 2014). Vyšetření často probíhá na přístroji, který současně slouží jako váha. Měření není náročné časově a nezatěžuje pacienta. Bohužel není úplně přesné a závisí na hydrataci pacienta (Svačina, 2013).

U obézního pacienta je nutné změřit obvod pasu a krevní tlak. Laboratorní vyšetření zahrnuje vyšetření složek metabolického syndromu. Jsou to složky, které mají vazbu na obezitu. Stanovuje se hladina glykemie, cholesterolu, triglyceridu, inzulinu, C peptidu (Svačina, 2013).

1.5 Komplikace obezity

Obezita je jedním z nejčastěji se vyskytujících problémů s výživou. Spojuje se s mírným zvýšením úmrtnosti a přispívá k nemocnosti a sociálnímu znevýhodnění (Rippe, Angelopoulos, 2012). Většinou se obezita rozvíjí pomalu v řádu několika let. Riziko vzniku onemocnění, které komplikují obezitu, stoupá s přibývajícím tělesnou hmotností. Hodnoty obvodu pasu, které jsou vyšší než 102 cm u mužů a nad 88 cm u žen, se pojí s vysokým rizikem komplikací (Zvoníková a kol., 2010).

Obezita se podílí na vzniku ischemické choroby srdeční ve více než 20 % a na vzniku a vývoji některých nádorů v 10–30 %. Obezita se pojí s endokrinními poruchami jako je hyperestrogenismus, hyposekrece růstového hormonu, hyperandrogenismus u žen a hypogonadismus u mužů. Je hlavním rizikovým faktorem pro rozvoj kardiovaskulárního onemocnění. Obézní osoby mohou mít respirační komplikace v podobě spánkové apnoe (Hainer, 2011). K obezitě jsou vázány mechanické komplikace, které jsou spojené s vysokou hmotností těla. Tyto komplikace se projevují bolestí v zádech, bolestí svalů a kloubů, otoky, dušností, chrápáním, častějšími úrazy. Obezita může být příčinou komplikací řady chirurgických výkonů – porodnické a anesteziologické. Obézní pacient s mechanickými komplikacemi má výrazně nižší kvalitu života. K snížení mechanických komplikací je zapotřebí redukce hmotnosti, často až o desítky procent. Metabolické komplikace obezity jsou zejména hypertenze, dyslipidémie a diabetes 2. typu. (Svačina, 2013).

Obezita může mít nepříznivý vliv na psychosociální aktivitu jedince. Osoby s obezitou mohou být předmětem společenské diskriminace, což se na nich může projevit sníženým sebevědomím, motivačními poruchami, depresí a úzkostí (Hainer, 2011).

1.6 Nechirurgická léčba obezity

Terapie obezity je komplexní a může být kombinací až pěti základních bodů. Léčba zahrnuje dietoterapii, psychoterapii, zvýšení fyzické aktivity, chirurgické intervence a farmakoterapii (Marek, 2010). Léčbou obezity se tedy nerozumí pouze snížení hmotnosti. S obezitou je spojeno mnoho komplikací, na které je třeba brát zřetel. Posouzení rizika vzniku i existujících komplikací provádíme individuálně a zahajujeme preventivní opatření. Léčba obezity je vždy dlouhodobá (Svačina, 2013).

Dietoterapie je zásadní postup nezbytný u každého pacienta. Pokud se tato metoda léčby používá samostatně, je ve většině případů neúspěšná. Dietoterapie obézních je založena na navození negativní energetické bilance. Energetický příjem tedy musí být nižší než výdej. Úprava stravovacího režimu vyžaduje při tomto onemocnění dlouhodobé trvání (Svačina, 2013). Úprava energetické hodnoty stravy je založena na doporučené denní dávce energie pro určité pohlaví, věk a fyzickou zátěž. Většina redukčních diet se pohybuje v rozmezí 4000-6500 kJ/den. Při dietoterapii nezáleží pouze na snížení přijímané energie, ale také na skladbě základních živin. Makronutrienty jsou tvořeny bílkovinami 20 %, sacharidy 50-60 % a lipidy do 30 % (Lukáš, Žák, 2010). Lipidy by měly být tvořeny převážně mononenasycenými tuky. Do stravy je vhodné zařadit potraviny s nižším glykemickým indexem, které udržují stabilní hladinu cukru v krvi. Ovoce a zelenina jsou bohaté na příjem živin, přitom jsou málo energetické. Denně by měla strava obsahovat minimálně 5 porcí ovoce a zeleniny. Z jídelníčku je nutné vyřadit sladké nápoje, které mají vysokou energetickou hodnotu (Sharma, 2018). Poměr minerálních látek a vitamínů zůstává zachován. Vlákna, která navozuje pocit sytosti, by měla být zvýšena alespoň na 20 gramů denně. Za dostatečný pokles tělesné hmotnosti se považuje 1-2 kg za měsíc (Lukáš, Žák, 2010). Dále je také nutné zaměřit se na dietní zásady jako je pravidelnost pokrmů, která počítá 3-6 jídel denně. Přestávky mezi jídly nesmí být příliš dlouhé, a naopak zase ne příliš krátké. Poslední jídlo by mělo být přijímáno alespoň 2-3 hodiny před spánkem. Během celého dne by mělo být rozdělení energie rovnoměrné, aby nenastával velký výkyv hladin glykemie a lipemie. V souvislosti s hypertenzí a otoky u obézních je vhodné omezení kuchyňské soli. Nejdůležitější je v dietoterapii individuální přístup k pacientovi a vhodná edukace o dietě (Svačina, 2013).

Fyzická aktivita je další složkou v léčbě obezity. Velký význam má také v prevenci obezity a dalších onemocnění s ní spojených. K redukci hmotnosti je nutná pravidelná pohybová aktivita (Hainer, 2011). Pohybová aktivita se spolu s dietoterapií podílí na snížení tělesné hmotnosti. Při sníženém energetickém příjmu se metabolismus zpomaluje. Fyzická aktivita ale napomáhá k zrychlení metabolismu a lepšímu využití energie. Zvyšuje také využití tuku a zlepšuje lipidový profil v krvi (Sharma, 2018). Nejprve je třeba u každého pacienta posoudit jeho fyzickou aktivitu. Ideální je využití krokoměru. Jestliže pacient nemá dostatečný pohyb, je mu doporučena další vycházka. Minimum je alespoň 10 000 kroků denně. Každá pohybová aktivita má specifickou

energetickou hodnotu. Ta je závislá také na tělesné hmotnosti. Pacienti s obezitou mají pohyby energeticky náročnější. Pro obézního jedince je většinou lepší, pokud cvičí ve specializovaném centru či doma než v běžném fitcentru, kde se obvykle necítí dobře. Velmi rychlé aktivity jako sprint a běh jsou v redukci hmotnosti neefektivní. Mají však význam v tvorbě svalové hmoty (Svačina, 2013). Pro snížení hmotnosti se doporučují aktivity aerobního typu. V léčbě obezity je ideální fyzická zátěž střední intenzity po dobu 30 minut, pokud je vykonávána většinu dní v týdnu. Vhodné jsou zejména aktivity jako plavání, jízda na kole či rotopedu a chůze. Tyto aktivity tak nezatěžují nosné klouby vysokou hmotností (Hainer, 2011). Nejpřirozeněji a nejjednodušeji jak dosáhnout zvyšování pohybové aktivity je zařadit více aktivit do běžné denní rutiny. Člověk se díky fyzické aktivitě cítí spokojen, což může napomoci při dodržování redukčního programu. (Sharma, 2018).

Psychoterapie hledá porozumění v psychologických faktorech, které se podílejí na vzniku nadměrné hmotnosti. Z psychologických vlivů je typické zajídání stresu. Zejména při konzumaci sladkých jídel dochází k potlačení stresu. K zvyšování hmotnosti většinou také dochází při rodinných problémech, rozvodech a ztrátě zaměstnání. Pro účinnou léčbu obezity je psychologické posouzení nezbytné (Svačina, 2013). Psychoterapie pomáhá i při sociálních, psychických a psychomotorických problémech, které obezita způsobuje. Obezita má významný vliv na intimní, osobní a pracovní vztahy. Často se do těchto vztahů promítá negativně. Obézní jedinci mohou být i pod tlakem diskriminace ze strany společnosti. Psychologická péče se zaměřuje na posílení pacientova sebevědomí a cenění si sebe sama. Napomáhá k znovunastolení rovnováhy v životě (Hainer, 2011).

Farmakologická léčba se dle Lukáše a Žáka (2010) využívá u pacientů, kteří mají BMI vyšší či rovno 30. U komplikovaných stavů již při hodnotách BMI 25. Léčba obezity farmaky je často opomíjena, ale velmi významná. Léky využívané k snížení hmotnosti nazýváme antiobezitika. Ty můžeme rozdělit na léky tlumící chuť k jídlu – anorexika či anorektika, a léky ovlivňující vstřebávání živin (Marek, 2010). K léčbě obezity je dostupné pouze omezené množství léčivých přípravků, u kterých je prokázána dlouhodobá účinnost i bezpečnost. Antiobezitika mají také řadu nežádoucích účinků, mezi které patří deprese, tachykardie, vzestup krevního tlaku, návykovost, nauzea a další. Farmakologickou léčbu obezity tedy volíme, pokud není dostatečně účinná dietní a pohybová terapie (Hainer, 2011).

1.7 Chirurgická léčba obezity

Přístup k léčbě obezity pouze dietní a farmakologickou intervencí je často účinný pouze krátkodobě. Těmito metodami je dosaženo trvalého snížení hmotnosti v méně než 5 % případů. Aby bylo dosaženo dlouhodobější odpovědi, je nejúčinnější využít chirurgické bariatrické výkony. Nejčastějšími bariatrickými výkony jsou Roux-en-Y žaludeční bypass, tubulizace žaludku, duodenální switch a biliopankreatická diverze (Špičák, 2017).

K chirurgické léčbě dochází, pokud u pacienta selhala léčba nechirurgická. Pacient musí být vhodný k výkonu z hlediska psychologického a schopný dlouhodobé dispenzarizace (Svačina, 2013). Bariatrické výkony jsou indikovány u obézních pacientů, u kterých je BMI vyšší nebo rovno 40. Pokud jsou přítomny vážné zdravotní komplikace, je možné podstoupit bariatrický výkon již od hodnoty BMI 35 (Lukáš, Žák, 2010).

V chirurgické léčbě jsou používány dva druhy operací. Restriktivní, u níž dochází ke snížení velikosti, kapacity žaludku a vyvolání častějšího pocitu nasycení. Malabsorpční výkony zmenšující oblast střeva dostupného pro vstřebávání (Sharma, 2018).

Adjustabilní žaludeční bandáž patří mezi nejčastěji používaný restriktivní bariatrický výkon. Tato metoda je zvratná a šetrná k trávicímu traktu, ale vyžaduje plnou spolupráci pacienta (Janíková, Zeleníková, 2013). Výkon je založen na zmenšení horní části žaludku silikonovým páskem. Na silikonovém pásku je umístěn měkký balonek, tím je umožněna snadná pooperační upravitelnost zaškrcení žaludku. Pacientovi se postupně zužuje průměr zaškrcení žaludku, tak dochází k pozvolnému navyknutí na zmenšení žaludku. Při žaludeční bandáži je nutné, aby pacient dodržoval omezení velikosti porcí jídla a nepil velké množství tekutin najednou (Hainer, 2011).

Biopankreatická diverze je jednoznačně nejradikálnějším malabsorpčním výkonem, při kterém se odstraňují 2/3 žaludku. Dochází ke snížení tvorby žaludečních kyselin a je omezena možnost požívání velkých porcí jídla na ráz. Zmenšený žaludek je napojen na tenké střevo, tím je umožněno odvádění potravy do vzdálené části trávicí trubice. Z oblasti dvanáctníku jsou odváděny žlučové kyseliny a pankreatické enzymy. Po výkonu je potrava trávena na pouhých 100 cm úseku tenkého střeva. Pacient může po výkonu trpět častými pocity nadýmání a větry. Celoživotně se může pacient potýkat

s řídkými stolicemi několikrát za den. Po zákroku jsou vyžadovány doživotní pravidelné kontroly metabolického stavu pacienta a náhrada minerálních látek a vitamínů (Hainer, 2011).

Gastrický bypass je představitelem kombinovaných výkonů. Je to jedna z nejúčinnějších metod chirurgické léčby obezity. Výkon zahrnuje jak zmenšení objemu žaludku, tak i plochy pro vstřebávání. Gastrických bypassů existuje vícero druhů v závislosti na způsobu rekonstrukce napojení střeva. Při tomto výkonu dochází k rozdělení žaludku na část horní, která je menší. Větší dolní část žaludku zůstává, ale je vyřazena z funkce i s částí tenkého střeva (Čierný, 2011). Horní část žaludku má objem asi 20-50 ml. Výkon je na pooperační spolupráci pacientů méně náročný. Důležité je sledovat dlouhodobě hladiny minerálů a vitamínů, které mohou být u pacientů sníženy. Dojít může ke zhoršenému vstřebávání železa a vápníku (Hainer, 2011).

I přes velkou účinnost těchto výkonů, podstoupí některou z intervencí pouze 1 % pacientů, kteří by k výkonu byli indikováni. Celková úmrtnost při těchto výkonech je až 2 %. Po provedení výkonů se mohou vyskytovat dlouhodobé komplikace, které souvisejí se změnou anatomie (Špičák, 2017).

1.7.1 Tubulizace žaludku

Tubulizace žaludku neboli sleeve gastrectomy je poměrně nová léčba morbidní obezity. Původně byla používána jako první krok biliopankreatické diverze. Postupně však tubulizace žaludku získala oblíbenost jako jednostupňový konečný výkon k redukci hmotnosti u obézních pacientů (Rogula a kol., 2018). Pacient musí být před operací vyšetřen odborníkem bariatrické chirurgie a psychologem. Současně je nutné sonografické vyšetření břicha a fibroskopie žaludku a duodena (Svačina, 2013).

Tento bariatrický výkon řadíme mezi restriktivní metody. Při tubulizaci žaludku dochází k podstatnému zmenšení jeho objemu zhruba o 80 %. Zmenšení objemu docílíme nevratným odstraněním velkého zakřivení žaludku. Při technickém provedení operace je třeba zachovat dostatečně velkou část pyloru, aby bylo díky vnitřnímu faktoru umožněno vstřebávání vitamínu B₁₂ (Owen, 2012). Zmenšený žaludek má tvar podobný rukávu košile a může přijímat výrazně menší množství stravy. Pocit sytosti je po jídle navozen velmi brzo. Při nedodržení dietního omezení po výkonu se však může žaludek opět postupně roztahovat (Doležalová a kol., 2013). Maximální objem zmenšeného

žaludku představuje 2-4 sousta v jedné porci. Když je žaludek úplně naplněn, dochází k pocitům tlaku až bolesti. Pacient je tak nucen jídlo přerušit. Po výkonu je ztráta tělesné hmotnosti v průměru 60-65 % váhy pacienta (Hrubý, 2010).

Tubulizace žaludku se může jevit jako čistě restriktivní výkon, ale při odstranění fundu dochází též k odebrání hlavního místa tvorby grelinu. Má tedy i svůj metabolický účinek. Grelin bývá označován jako hormon hladu. Při léčbě obezity konzervativními postupy bývá grelin zvýšen. Je tedy považován za důvod, proč dlouhodobé konzervativní pokusy o redukci hmotnosti selhávají (Brychta, Stanek, 2014).

Kontraindikací k bariatrickému výkonu je nepodrobení se žádnému pokusu o snížení hmotnosti nechirurgickou cestou. Dále pacienti, kteří nejsou schopni spolupracovat a podstupovat pravidelné pooperační kontroly. Pacienti s dekompenzovaným psychiatrickým onemocněním a neléčenou alkoholovou či drogovou závislostí. K specifickým kontraindikacím tubulizace žaludku patří větší hiátová hernie a přítomnost Barrettova jícnu (Kasalický a kol., 2018).

1.7.2 Ošetrovatelská péče

Předoperační ošetrovatelská péče u pacienta k plánované tubulizaci žaludku je podobná jako u standardních chirurgických operací. Při přípravě na operaci je důležitá edukace pacienta. Ta zahrnuje, aby pacient porozuměl principům operace, jejím rizikům, pooperačnímu režimu a byl seznámen s dlouhodobou péčí bariatra. Pacient přichází k příjmu na oddělení den před plánovanou operací. Před přijetím k hospitalizaci musí pacient podstoupit požadované obezitologické, bariatrické, interní předoperační, endokrinologické, psychologické a gastrofibroskopické vyšetření (Janíková, Zeleníková, 2013). Mezi obecnou předoperační přípravu patří anesteziologická příprava, kdy je pacient seznámen s anestezií a jejími riziky. Dále pacient musí před operací dodržovat lačnění a provádí celkovou hygienickou péči. Poté probíhá příprava operačního pole, jeho oholení a dezinfekce. Je nutné předcházet tromboembolické nemoci přiložením bandáží. Zavádí se invazivní vstupy dle ordinace lékaře a kontroluje se dokumentace pacienta (Slezáková a kol., 2010).

V **pooperační** péči je pacient uložen do SemiFowlerovy polohy. Na standardním oddělení jsou pacientovi po operaci měřeny a sledovány vitální funkce v ordinovaných intervalech, nejčastěji každých 15 minut první hodinu, poté se intervaly prodlužují.

Všeobecná sestra sleduje celkový stav pacienta, jeho bolesti, příznaky možných komplikací, výsledky vyšetření a stav kůže (Janíková, Zeleníková, 2013). Často se v pooperačním období vyskytuje silná nauzea. Tu můžeme velmi dobře regulovat vhodnou farmakologickou léčbou (Kasalický, 2013). První pooperační den je u pacienta proveden odběr krve pro kontrolu krevního souboru. Měla by být také provedena rentgenová kontrola pasáže žaludku (Janíková, Zeleníková, 2013).

Díky miniinvazivní technice je operační rána tvořena několika vpichy. Vpichy jsou sterilně překryté, pokud krytí neprosakuje, je ponecháno do druhého dne. Dále se převaz provádí alespoň jedenkrát denně. V průběhu operace může být založen drén, u něhož kontrolujeme funkčnost, místo zavedení a odcházející sekret. K jeho vytažení obvykle dochází první pooperační den, pokud není přítomna výrazná sekrece. Stehy jsou odstraněny 7. - 10. den. U periferní žilní kanyly kontrolujeme místo vpichu, z důvodu možných známek zánětu. Po výkonu je pacient propuštěn obvykle 1. - 5. pooperační den v závislosti na jeho stavu. Po propuštění je pacient sledován na specializovaném pracovišti (Janíková, Zeleníková, 2013).

V průběhu pooperačního období se mohou vyskytnout jisté komplikace. Specifickými komplikacemi může být krvácení z operačních ran nebo resekční linie a její netěsnost. Mezi pozdní komplikace patří roztažení „sleevu“ a relaps nadváhy (Kasalický, 2013). Krvácení by mělo být odhaleno pomocí založeného drénu. Netěsnost a krvácení resekční linie vyžaduje reoperaci v příslušném místě (Hrubý, 2010).

V pooperačním režimu je také nutná přísná úprava stravovacích návyků. V den operace je u pacienta indikace nic per os a je mu zajištěna parenterální výživa. S čajovou dietou se začíná až první pooperační den, dále následuje strava tekutá (Janíková, Zeleníková, 2013). Konzumace pouze tekuté stravy je vyžadována první dva týdny. Konzistence nesmí být vyšší než u jogurtového mléka. Z počátku je nutné přijímat stravu velmi opatrně. Jednotlivá sousta se polykají s přestávkami. Takový režim platí i pro přijímání tekutin. V dalších dvou týdnech se postupně konzistence stravy mění na kašovitou. Pacient může konzumovat pokrmy o konzistenci jogurtu, dětské výživy, krupicové kaše. Za měsíc od operace pacient může zkusit běžnou stravu s upřednostněním křehkých potravin, které lze dokonale rozžvýkat. Rozdělení denního příjmu potravy je ve výsledku 6-7 malých dávek. Dietu je doporučeno doplňovat multivitaminy a stopovými prvky (Hrubý, 2010).

1.8 Prevence obezity

Předcházení obezity zdravým způsobem života je vždy výhodnější než její následná léčba. V prevenci obezity je důležitá pravidelnost stravování a rozdělení denního příjmu do pěti menších porcí. Příznivý vliv má také pravidelná pohybová aktivita (Machová, Kubátová, 2015). Boj proti obezitě není pouze o individuálním přístupu. Aby byla prevence účinná je nutné zvyšování znalostí, dostupnosti a možnosti volby zdraví prospěšné stravy. V rámci Evropy je realizována řada projektů v oblasti prevence obezity (Müllerová, Aujezdská, 2014). Veřejná odpovědnost v prevenci obezity spočívá ve třech základních oblastech. Plošná prevence je základem. Ta umožňuje obyvatelům, aby zdravá volba byla dosažitelná, a udává vhodnou motivaci jejímu přijetí. Nabádá k praktikování zdravého způsobu života. Další oblast se soustředí na osoby se zvýšeným rizikem vzniku obezity. Jsou to osoby s vrozenými dispozicemi, sociálně znevýhodněné a také ti, co již mají nadváhu. V poslední úrovni jde o poskytnutí kvalitní léčby obezity prostřednictvím zdravotního systému (Müllerová, 2010).

2 Výzkumná část (praktická část)

2.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

2.1.1 Výzkumné cíle

1. Zjistit, zda došlo ke zlepšení celkového stavu pacienta po robotické tubulizaci žaludku.
2. Zhodnotit dodržování dietního režimu po tubulizaci žaludku.

2.1.2 Výzkumné otázky

1. Jaký má dopad tubulizace žaludku na změnu životního stylu pacienta?
2. Jak hodnotí pacienti spokojenost se svým zdravím po tubulizaci žaludku?
3. Jaká je informovanost pacienta o pooperační dietě?
4. Jaké stravovací návyky po operaci pacienti dodržují?

2.2 Metodika výzkumu

Práce je zaměřena na hodnocení kvality života obézních pacientů, kteří podstoupili robotickou tubulizaci žaludku. Pro svoji práci jsem zvolila metodu kvalitativního výzkumného šetření. Výzkumné šetření bylo, po schválení výzkumu hlavní sestrou, realizované v Nemocnici sv. Zdislavy v Mostištích (viz příloha č. 1). Pro sběr dat byla použita kvalitativní metoda polostrukturovaného rozhovoru. Respondenti odpovídali na předem připravené otázky. Otázky polostrukturovaného rozhovoru byly vytvořeny tak, aby se vztahovaly k výzkumným cílům bakalářské práce. Otázky pro polostrukturovaný rozhovor jsou zaznamenány v příloze č. 2.

Rozhovory s pacienty po robotické tubulizaci žaludku probíhaly v bariatrické ambulanci pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Všichni respondenti byli ujištěni o zachování anonymity. Získané rozhovory byly nahrávány na diktafon. Po návratu z výzkumného prostředí byly nahrávky ihned přepisovány do písemného záznamu. Písemný záznam byl nutný ke kódování technikou „tužka a papír“ (viz příloha č. 3). Výsledky výzkumného šetření byly interpretovány technikou „vyložení karet“.

2.3 Charakteristika vzorku respondentů

Se souhlasem Nemocnice sv. Zdislavy v Mostištích bylo provedeno celkem 7 rozhovorů s pacienty. Pacienti byli seznámeni s tím, k jakému účelu budou rozhovory sloužit a souhlasili s výzkumným šetřením. Ke zpracování výsledků bylo použito všech 7 rozhovorů. Respondenty se stali 2 muži a 5 žen. Nejmladší respondentce bylo 34 let a nejstaršímu respondentovi bylo 52 let. Cílovou skupinou byli pacienti přibližně jeden rok a 6 měsíců od prodělané operace. U respondentů se lišilo časové období, kdy byli operováni. V bariatrické ambulanci, kde rozhovory probíhaly, byli osloveni 3 pacienti, kteří prodělali operaci zhruba před rokem a další 4 pacienti operovaní před půlrokem.

2.4 Průběh výzkumného šetření

Výzkumné šetření probíhalo v období tří měsíců. Sběr dat byl proveden v měsících srpen, září a říjen roku 2019. Rozhovory probíhaly v Nemocnici sv. Zdislavy v Mostištích, po schválení žádosti o povolení výzkumného šetření podle předem připravených otázek. Všech 7 rozhovorů probíhalo v bariatrické ambulanci v rámci

ordinačních hodin, kdy pacienti byli objednaní na kontrolu po operaci. U rozhovoru byla přítomna pouze autorka s jednotlivými respondenty. Respondenti s rozhovorem souhlasili a souhlas potvrdili podpisem informovaného souhlasu, vzor souhlasu je přiložen v příloze č. 4. V zájmu zachování anonymity respondentů jsou informované souhlasy respondentů k dispozici u autorky výzkumu. Polostrukturovaný rozhovor s respondenty probíhal přibližně 15–25 minut. Během rozhovoru byla zajištěna klidná, přátelská a ničím nerušná atmosféra, aby pacienti mohli bez ostychu odpovídat na otázky. Odpovědi respondentů byly nahrávány na diktafon a poté dále zpracovány do písemného záznamu.

2.5 Zpracování získaných dat

Data byla získána metodou kvalitativního výzkumného šetření pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovory byly se souhlasem respondentů nahrávány a poté přepisovány do písemné podoby. Po provedení písemného záznamu bylo možné rozhovory zpracovat otevřeným kódováním technikou „tužka – papír“. K interpretaci výsledků byla následně použita technika „vyložení karet“.

2.6 Výsledky výzkumu

Prezentovaná data jsou soustředěna na pacienty, kteří podstoupili robotickou tubulizaci žaludku. Výzkumné otázky byly sestaveny tak, aby bylo možné pomocí nich zjistit, zda došlo ke zlepšení celkového stavu u pacientů po robotické tubulizaci žaludku. Dále nás data informují o stravovacím režimu pacienta po robotické tubulizaci žaludku. Ženy, které se zúčastnily výzkumného šetření, jsou zaznamenávány jako R2, R4, R5, R6 a R7. Muži jsou označeni jako R1 a R3.

2.6.1 Informovanost o možnosti chirurgické léčby obezity

Na otázku, jakým způsobem se dozvěděli o možnosti chirurgické léčby obezity, odpovídali respondenti různě. R1, R2, R3 a R6 uvedli, že o tomto zákroku se dozvěděli od známých. R6 dodala: *„Dozvěděla jsem se o tom od kolegyně v práci. Ta na tom byla a hodně jí to pomohlo.“* Také R2 dodala, že její kamarádka měla s touto metodou léčby zkušenosti a byla jí doporučena. R5 a R7 uvádějí, že o chirurgické léčbě obezity se dočetli na internetu. R7 zmínila, že po neúspěšných pokusech zhubnout a kvůli

zdravotním potíží hledala na internetu další možnosti, jak se zbavit obezity napořád. Zajímavá byla odpověď R4, která jako jediná uvedla, že ji o možnosti chirurgické léčby obezity informoval obvodní lékař. R4 dodala: „*Několikrát jsem se pokoušela zhubnout, ale pokaždé to bylo na nic nebo jen krátkodobé a pak jsem zase přibrala. Svoji váhu jsem řešila i s lékařem, protože mi doporučil, abych zhubla kvůli vysokému tlaku. Když se mi zhubnout nepovedlo, navrhl mi i možnost léčby chirurgicky.*“

2.6.2 Změny v tělesné hmotnosti po operaci

Do polostrukturovaného rozhovoru byly zařazeny také otázky týkající se tělesné výšky a hmotnosti respondentů. Respondenti uváděli svoji tělesnou výšku a hmotnost před a po provedené operaci. Z těchto údajů bylo následně možné vypočítat BMI a zjistit, jaký byl u respondentů váhový úbytek.

Tabulka 1 Vyhodnocení BMI před a po operaci

	BMI před OP	BMI 12 měsíců od OP	Rozdíl BMI	Váhový úbytek za 12 měsíců od OP	Poznámka
R6	53,9	36,5	17,4	56 kg	Nejvyšší váh. úbytek
R4	43,6	28,7	14,9	43 kg	
R1	41,7	29,3	12,4	40 kg	
		BMI 6 měsíců od OP		Váhový úbytek za 6 měsíců od OP	
R3	49,3	40,8	8,5	34 kg	
R2	41,9	30,5	11,4	32 kg	
R7	45,4	35,8	9,6	27 kg	
R5	41,8	34,8	7,0	18 kg	Nejnižší váh. úbytek

Zdroj: Drápelová, 2019

Tabulka přehledně znázorňuje BMI respondentů před i po operaci. Také ukazuje rozdíl BMI a jak velký byl váhový úbytek respondentů po operaci. Z výše uvedené tabulky je patrné, že všichni respondenti měli před operací hodnoty BMI nad 40. Respondenti tedy trpěli obezitou III. stupně. Po operaci došlo u všech respondentů k poklesu BMI. Podle kategorie BMI došlo u R4 a R1 k takovému poklesu hodnot BMI, že v současné

době nemají obezitu, ale spadají do kategorie předstupně obezity. Obezitou I. stupně nyní trpí R2 a R5. R6 a R7 nyní spadají do kategorie obezity II. stupně. Pouze R3 i nadále trpí obezitou III. stupně, ale k poklesu BMI došlo i u něj. V první části tabulky jsou R6, R4 a R1, kteří prodělali operaci přibližně před rokem. Hodnoty jejich váhového úbytku i rozdílu BMI jsou udávány přibližně 12 měsíců od operace a jsou tedy nejvyšší. V druhé části tabulky jsou respondenti, kteří podstoupili operaci zhruba před půlrokem. R3, R2, R7 a R5 po 6 měsících od operace vykazují nižší hodnoty váhového úbytku a také menší rozdíl BMI než respondenti v první části tabulky. Je patrné, že největší váhový úbytek i rozdíl BMI je u R6. Naopak nejmenší pokles tělesné hmotnosti i BMI je u R5.

Většina respondentů je po váhovém úbytku se svojí hmotností téměř spokojena. Spokojenost se svojí nynější tělesnou hmotností hodnotí nejlépe R4. Uvádí: *„Ted' mám 83 kg a s hmotností jsem velmi spokojená. I celkově se cítím o hodně líp.“* Také R1 hodnotí svoji hmotnost kladně: *„To, co jsem zhubl, mi přijde dost. Ted'ka už si chci hlavně udržet váhu, co mám a znova nepřibrat.“* R2, R5, R6 a R7 se shodují v tom, že jsou se svojí hmotností spokojenější, ale chtějí ji ještě snížit. R6 tvrdí: *„Jsem s mojí váhou určitě spokojenější než před operací. Už jsem i docela dost zhubla, ale chci zhubnout ještě víc.“* Nejmenší spokojenost s hmotností je patrná z tvrzení R3: *„S hmotností spokojený nejsem. Jako sice jsem už něco zhubl, ale váha mě pořád hodně zatěžuje. Hlavně mě pořád hodně bolí klouby. Musím se snažit ještě hodně zhubnout.“*

2.6.3 Edukace pacientů o stravovacím režimu

Další otázky byly zaměřeny na informovanost respondentů o stravovacím režimu po operaci. Pomocí těchto otázek bylo zjištěno, zda jsou pacienti dostatečně poučeni o stravovacím režimu. Z odpovědí bylo patrné, že všichni respondenti byli nějakým způsobem poučeni. Všichni respondenti se také shodují, že byli informováni o stravovacím režimu již před operací. Z odpovědí respondentů vyplývá, že k poučení o stravovacím režimu dochází převážně při příjmu na chirurgickém oddělení a informace sděluje příjímající sestra. Z výpovědí respondentů bylo zřejmé, že sestra při příjmu informuje pacienty převážně o stravovacím režimu, který je čeká během hospitalizace. R1 a R6 uvádějí, že byli poučeni už i před příjmem na oddělení, a to lékařem při návštěvě bariatrické ambulance. R6 uvádí: *„Když jsem byla v ambulanci, pan doktor mi vysvětlil, jak bude operace probíhat a upozornil mě i na dietu, kterou*

budu muset po operaci držet.“ R2, R3, R4, R5, R6 a R7 uvedli, že před odchodem z nemocnice dostali „leták“ s návrhem stravovacího režimu. R1 tvrdí: *„Myslím, že žádný leták o dietě jsem nedostal.“* Dále uvádí: *„Hodně jsem si toho zjišťoval o té operaci na internetu, tak už jsem věděl, co budu muset potom dodržovat.“* Dle odpovědi lze usoudit, že k předání informací o stravovacím režimu, který čeká pacienty po návratu domů, slouží především leták.

2.6.4 Stravovací režim po operaci

Po operaci všichni respondenti dodržovali pooperační dietu. Dle odpovědi lze říct, že respondenti mají po operaci striktní dietní režim. R5 uvádí: *„Dostala jsem leták se stravovacím režimem a podle toho jsem se řídila.“* U všech respondentů dochází ke shodě v tom, že stravovací režim měl tři fáze. Většina respondentů se shoduje i v délce trvání jednotlivých fází stravovacího režimu. Pouze R1 sdělil: *„První dva týdny po operaci jsem držel tekutou dietu, to jsem jedl jen vývary 3x denně po malých dávkách. Pak asi po dvou týdnech jsem začal jíst kašovitou stravu. A za měsíc po operaci jsem už jedl normální jídlo, ale po malých porcích 5–6x denně.“* R7 naopak uvádí: *„Měsíc po operaci jsem mohla jíst jen tekutou stravu a pak týden kašovité jídlo.“* S R7 se shodují i R2, R3, R4, R5 a R6 v délce trvání jednotlivých fází. Lze tedy usoudit, že respondenti, kteří obdrželi leták se stravovacím režimem, se řídili podle něj. Naopak R1, který tvrdil, že leták nedostal, zjevně čerpal informace o stravovacím režimu z jiného zdroje. R2 odpověď doplnila: *„Musela jsem jíst po malých porcích. Najednou jsem mohla sníst maximálně asi 150 ml a dodržovat přestávky mezi jídlem a pitím.“* R4 uvedla: *„Po operaci jsem mohla měsíc jen tekuté jídlo, takže jsem si vařila vývary z masa a zeleniny. Pak jeden týden kašovitou stravu to jsem toho mohla jíst daleko víc. Mohla jsem jíst tvaroh, jogurt, pudink nebo jsem si vařila různé kaše. Pak už jsem mohla i běžné jídlo, ale třeba maso jsem musela uvařit opravdu hodně do měkka a pořádně jídlo rozkousávat.“* R3 se zmínil, že má rád pikantní jídla, ale v pooperační dietě je nemohl konzumovat. R3 také dodal, že po operaci musel doplňovat vitamíny a minerální látky, takže si pořídil komplex vitamínů a denně užíval jednu tabletku. S R5 se shoduje i odpověď R6, že se stravovala podle letáku. Dále svoji odpověď R6 doplnila: *„... měla jsem jíst každé čtyři hodiny, ale to se musím přiznat, že jsem moc nedodržovala. Nebyla jsem zvyklá jíst pravidelně, tak to pro mě byl dost problém, ale snažila jsem se aspoň trochu stravovat pravidelně.“*

2.6.5 Komplikace spojené s pooperační dietou

Většina respondentů neudává žádné komplikace spojené se stravovacím režimem po operaci. Komplikace v průběhu pooperační diety se vyskytly u R3, R5 a R6. Prodělané komplikace se u jednotlivých respondentů lišily. R3 uvedl, že zpočátku po operaci trpěl pálením žáhy. Tyto potíže respondent konzultoval s lékařem, který mu předepsal léky. Díky užívání léku pálení žáhy přestalo. Nyní už je R3 bez obtíží, ale stále užívá léky na snížení kyselosti žaludečních šťáv. R5 uvedla: *„Měla jsem ze začátku problémy se zvracením. Když jsem se rychle napila, najedla nebo snědla něčeho velké kousky, tak se mi chtělo zvracet. Musela jsem se naučit jíst po malých dávkách, velmi pomalu a hodně jídlo rozkousávat. Takže teď už je to dobrý.“* R6 uvedla, že měla problémy s trávením masa: *„Po kašovitě stravě jsem žaludek postupně zatěžovala běžným jídlem, ale nastal problém s trávením masa. I když jsem maso hodně povařila a řádně rozkousala, nebylo mi po tom dobře. Řekla jsem to i doktorovi a ten mi doporučil, abych maso na tři týdny vyřadila z jídelníčku a pak to zkusila znovu.“*

I když někteří respondenti neudávají žádné komplikace spojené s pooperační dietou, pro některé bylo obtížné přizpůsobit se stravovacímu režimu. Nejtěžší bylo pro respondenty naučit se jíst pravidelně a v malých porcích. R7 tvrdí, že dodržovala všechny doporučené stravovací návyky, ale byl pro ni zpočátku problém jíst malé porce, jelikož byla zvyklá na porce velké. Také R4 zmiňuje: *„...musela jsem se naučit jíst po malých porcích a pravidelně. Malé porce pro mě nebyly zas tak velký problém, protože si žaludek sám řekl, kdy má dost. Horší bylo jíst v pravidelných intervalech.“* I R6 měla problémy s dodržováním intervalů mezi jídly a přiznala, že je úplně nedodržovala. R2 uvádí jako největší problém dodržování přestávky mezi jídlem a pitím: *„...pít jsem mohla nejdéle půlhodiny před jídlem a nejdřív zas hodinu po jídle.“* R5 zmínila, že během pooperační diety se u ní občas vyskytly chutě na potraviny, které nemohla: *„Tak občas jsem měla chuť na normální jídlo, když jsem ho ještě nemohla. Nejhorší bylo, když okolo mě lidi jedli a já jsem nemohla. To jsem jim i dost záviděla, ale musela jsem to vydržet. Věděla jsem, že kdybych dietu nedodržovala, mohla bych mít pak nějaký zdravotní problémy a za to mi to nestálo.“*

2.6.6 Úprava životosprávy

Další otázka byla zaměřena na to, jaké stravovací návyky respondenti dodržují po uplynutí nutnosti dodržovat pooperační dietu. Všichni respondenti se shodují v tom, že musí stále konzumovat stravu po malých porcích. R1 se před operací v ničem neomezoval, jedl všechno. Přes den na jídlo neměl moc čas a následně docházelo k večernímu přejídání. Po operaci dodržuje především malé porce pokrmů a pravidelnost jídel 5–6x denně. V jídle se nijak neomezuje a nic si nezakazuje. S tímto tvrzením ohledně zmenšení velikosti porcí se shodují i R2, R5 a R7. R2 dodává: „...řekla bych, že se trochu víc zajímám o to, co jím. Vybírám si zdravější a dietní jídla.“ R3 sdělil: „Před operací jsem jedl hodně tučná jídla hlavně uzeniny a hodně jsem se přejídal.“ Po operaci došlo u R3 ke změně stravovacích návyků takto: „Sním toho míň, malé porce. Snažím se omezit tučná jídla a bílé pečivo. Celkově si vybírám vhodnější potraviny, aby byly dietní.“ I u R4 došlo po operaci k omezení pečiva. R6 uváděla, že před zákrokem byla její strava nepravidelná. Stravu konzumovala ve velkých porcích pouze 2x denně. Po operaci se snaží jíst pravidelně a alespoň 3–5x denně. Omezila velikost porcí. Do stravy zařadila více ovoce a zeleniny, omezila příjem bílého pečiva. Pokrmy si začala sama vařit a připravovat předem. Snaží se dodržovat zásady zdravé životosprávy.

2.6.7 Změna pohybové aktivity

Na otázku, která byla zaměřena na pohybovou aktivitu, odpovídali respondenti odlišně. Otázka byla zaměřena na to, zda došlo k zvýšení či snížení pohybové aktivity respondentů po operaci. K snížení pohybové aktivity nedošlo u žádného respondenta. Pohybová aktivita byla zvýšena u pěti respondentů, tedy u R2, R4, R5, R6 a R7. R2 zmínila: „Určitě mám teď víc pohybu a sama ho vyhledávám. Před operací jsem se hned po pár krocích zadýchávala, takže pro mě bylo těžké a nepříjemné věnovat se pohybu nějak víc, než bylo nutné. Ted' už mi pohyb problémy nedělá a můžu chodit i na delší procházky.“ R5 uvedla pouze: „Mám pohybu víc a snažím se mu věnovat pravidelně.“ R6 a R7 také udávají, že kromě zvýšení pohybové aktivity je pro ně pohyb i snadnější. R7 zmínila: „...jsem pohyblivější. Pohyb je pro mě snadnější, váha už mě v pohybu tolik nezatěžuje a neomezuje.“ R6 uvedla: „Hýbám se víc a je to pro mě snadnější. Předtím jsem se pohybu moc nevěnovala natož pak přímo sportu, na to mě moje váha moc omezovala. Ale co jsem zhubla, se hýbu ráda, a dokonce i aktivně sportuju.“ R3 tvrdí,

že je jeho pohybová aktivita stále stejná. Nedošlo u něj k snížení ani zvýšení pohybové aktivity, pouze uvedl, že je pro něj pohyb trochu snadnější. Jeho vysoká váha ho stále hodně zatěžuje a omezuje v pohybu. Pouze u R1 v pohybové aktivitě nedošlo k žádné změně. R1 uvedl: *„Cítím se pořád stejně. Myslím, že se moje pohybová aktivita vůbec nezměnila. Já jsem vlastně ani před operací neměl žádné problémy. Váha mě v ničem moc neomezovala.“*

V další otázce bylo účelem zjistit, jaké pohybové aktivity respondenti mají a zda se jim věnují pravidelně. Nejčastější pohybová aktivita respondentů byla chůze, té se věnuje R2, R3 a R4. R2 uvedla, že chodí na procházky se psem každý den minimálně na půlhodiny. Také R3 chodí na procházky a dodal: *„Každou neděli se chodím projít do přírody. Většinou se mnou jde i manželka nebo celá rodina.“* R4 odpověděla takto: *„Já na sport moc nejsem, takže aspoň pravidelně chodím. Snažím se chodit každý den na svižnější vycházky, většinou tak na půlhodiny až hodinu. Je teda pravda, že ne každý den mi to vyjde, ale do týdne aspoň 4x jdu určitě.“* R1 nemá na pohybové aktivity moc času. Uvedl, že pravidelně se žádným pohybovým aktivitám nevěnuje a dodal: *„...občas když je čas tak zajdu s kamarády na volejbal nebo tenis, ale to vyjde tak párkrát do roka. Pohybu mám dost v práci, takže ho jinak nevyhledávám.“* R5 se snaží aktivně sportovat, mezi její pohybové aktivity patří posilovna a jízda na kole. Pohybu se věnuje minimálně 2x týdně někdy i více. R6 se stejně jako R5 zabývá sportem pravidelně a uvedla: *„Sportuju pravidelně tak 3x do týdne. Hodně mě to baví, konečně se můžu pořádně hýbat. Nejradši sportuju venku, běhám nebo vyrazím na nějakou turistiku. Ale když je špatný počasí, chodím do posilovny nebo cvičím doma.“* Také R7 se zabývá sportem ale nepravidelně: *„Ráda jezdím na kole nebo kolečkových bruslích, ale nedělám to zas moc pravidelně. Když je hezky a mám čas tak vyrazím třeba i 3x týdně. Akorát přes zimu, to se sportu skoro vůbec nevěnuju. Do posilovny a jiných takových zařízení chodím nerada, takže mi zbývá jediné tak cvičit doma, a to mě nebaví.“*

2.6.8 Změna společenských aktivit

Otázka, která byla zaměřena na společenské aktivity respondentů, byla položena, aby mohlo být zjištěno, zda došlo k obohacení společenských aktivit respondentů či nikoliv. Většina respondentů se překvapivě shoduje na tom, že jejich společenské aktivity se žádným zásadním způsobem nezměnily a jsou stejné jako před operací. Pouze dvě

respondentky uvedly, že jejich společenské aktivity byly nějakým způsobem obohaceny. R2 uvedla: *„Díky tomu, že se můžu lépe hýbat, jsem do volného času zařadila víc cestování a výletů do přírody.“* R5 změnila své společenské aktivity v oblasti nakupování: *„...pro mě bylo vždycky dost nepříjemné chodit nakupovat oblečení. Do ničeho jsem se nemohla vejít a lidi se na mě dívali s odporem. Ale potom co jsem zhubla a musela jsem si kupovat nové oblečení menší velikosti, jsem si nákupy začala užívat. Celkově i okolí se ke mně začalo chovat víc vřele.“* R1 své společenské aktivity vůbec nezměnil, uvedl: *„Nic se nezměnilo. Na společenské aktivity nemám čas, jsou pořád stejné. A když trocha času je, trávím ho s rodinou nebo zajdu s kamarády ven.“* R3 a R6 se shodují, že jejich společenské aktivity se též nezměnily. R3, ale dodává, že je pro něj snadnější věnovat se společenským aktivitám, díky poklesu tělesné hmotnosti. Potom co R6 zhubla, se na společenské aktivity více těší a naplno si je užívá: *„Tak řekla bych, že se moje společenské aktivity nějak nezměnily. Ale potom co jsem zhubla, se na ně určitě víc těším a užívám si je naplno.“* Kromě R3 zmínili všichni respondenti, že považují svoji společenskou aktivitu za dostatečnou. Pouze R3 není se svojí společenskou aktivitou spokojen a chtěl by se víc věnovat cestování a sportovním aktivitám.

Další otázky byly zaměřeny na záliby respondentů. Díky nim mohlo být zjištěno, zda se respondenti věnují zálibám, kterým se před operací věnovat nemohli. R6 a R7 se shodují, v tom že u nich došlo k obohacení zálib zejména v oblasti sportu. R6 zmínila: *„Nemohla jsem se věnovat sportu, to se ale po operaci změnilo a teď se snažím aktivně a pravidelně sportovat.“* Podobně odpovídala i R7, kterou před operací vysoká tělesná hmotnost omezovala v pohybu: *„Tak předtím mě váha hodně omezovala v pohybu, takže jsem se nemohla věnovat sportu. Pak jsem začala hubnout a pohyb už byl pro mě snadnější, tak jsem začala trochu sportovat.“* R2 má záliby stejné jako před operací, ale dodala: *„Ráda trávím čas na zahradě, o kterou pečuji, a jelikož jsem byla před operací hodně omezená v pohybu, je to pro mě teď jednodušší.“* Podobně odpověděla i R4, která jako svoji zálibu uvedla zahradničení. R1, R3 a R5 uvedli, že jejich záliby jsou stejné jako před operací. R1 odpověděl: *„Váha mě nějak neomezovala, takže moje záliby jsou pořád stejné nebo spíš žádné. Nemám moc volného času, tak na záliby není čas.“* R5 odvětila takto: *„...moje záliby jsou stejné jako před operací.“*

2.6.9 Potíže se zdravím

Bolesti kloubů a omezení v pohybu byly nejčastěji udávané potíže se zdravím před podstoupením operace, které zmínilo celkem pět respondentů a to R2, R3, R5, R6 a R7. R3 odpověděl: „*Trochu snadněji se mi hýbe, ale pořád mě dost bolí klouby, i když i to se viditelně zlepšuje.*“ R3 navíc dodal, že měl také potíže s vysokým krevním tlakem, který se po úbytku váhy snížil stejně jako u R4, která uvedla: „*Před operací jsem mívala problémy s vysokým tlakem, ale jak jsem zhubla, tak se mi tlak celkem pěkně srovnal.*“ R2 odpověděla takto: „*Po úbytku váhy mám víc pohybu a je pro mě snazší. Taký mě při pohybu nebolí tolik klouby jak před operací.*“ S odpovědí R2 se shodují R5, R6 a R7. R7 navíc dodala: „*...při pohybu se už nezadýchávám tak rychle.*“ R1 jako jediný neuvedl žádné zdravotní problémy, odvětil pouze: „*Došlo jen k váhovému úbytku jinak je moje zdraví stejné.*“

Spokojenost se zdravím hodnotí téměř všichni respondenti kladně. „*Se zdravím jsem spokojen. Žádné zdravotní problémy nemám,*“ odpověděl R1. Také R6 uvedla, že nyní nemá žádné zdravotní obtíže. R2 je se svým zdravotním stavem nyní spokojenější než před operací: „*...jsem spokojenější než před operací. Celkově se cítím lépe.*“ R4 a R5 hodnotili spokojenost se svým zdravotním stavem kladně a stručně na otázku odpověděli pouze: „*Jsem spokojena.*“ R7 bez většího rozmýšlení uvedla: „*Mohlo by to být lepší.*“ Lze tedy usoudit, že R7 není se svým zdravím zcela úplně spokojena. Podle odpovědi je nejméně spokojený se svým zdravím R3, který tvrdí: „*Spokojen nejsem, stále mě něco bolí, hlavně klouby.*“ Navíc se R3 stále nemůže věnovat sportovním aktivitám kvůli vysoké hmotnosti a bolesti kloubů. Ostatní respondenti se shodli v tom, že nynější zdravotní stav jim umožňuje vykonávat sportovní aktivity.

2.6.10 Zhodnocení kvality života

Závěrečné otázky byly zaměřeny na kvalitu života respondentů po provedené operaci. Odpovědi na tyto otázky byly většinou dost podobné a respondenti odpovídali spíše pozitivně. Většina respondentů se domnívá, že po operaci došlo ke zlepšení jejich kvality života. R1 uvedl: „*Kvalita se zlepšila, hlavně co se týče společenského postavení. Ve společnosti se cítím líp a jde vidět i na okolí, že je ke mně vstřícnější.*“ S kvalitou svého života je R1 celkem spokojený a dodal: „*Mám se více méně dobře po všech stránkách.*“ R2 se dlouho nezamýšlela a stručně odpověděla: „*Ke zlepšení*

došlo. *Lépe se pohybuji. S kvalitou jsem spokojena.*“ R3 s kvalitou svého života není spokojen zejména po zdravotní stránce. Dále dodal: „*V čem došlo ke zlepšení je, že se mi trochu lépe hýbe.*“ Stejně tak R4 hodnotila zlepšení kvality života především v oblasti pohybu, ale i zlepšení zdravotního stavu. Pro R5 znamenala operace změnu především v osobních vztazích. Svěřila se, že pro partnera je nyní přitažlivější. R7 odpověděla: „*Rozhodně je to lepší. Po operaci se cítím psychicky i fyzicky lépe.*“ Navíc dodala, že má nyní díky poklesu tělesné hmotnosti vyšší sebevědomí a lepší pohyb. R6 hodnotila kvalitu života po operaci velice kladně. Uvedla zlepšení kvality ve všech oblastech. Především kladně hodnotí zvýšení a zlepšení pohyblivosti, obdiv a pozitivní hodnocení od okolí. A stejně jako u R7 i u R6 došlo ke zvýšení sebevědomí.

2.7 Interpretace dat získaných pomocí rozhovorů s respondenty

Tabulka 2 Edukace pacientů o stravovacím režimu

		R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Byl/a informován/a		■	■	■	■	■	■	■
Nebyl/a informován/a								
Kdy byli edukováni	Před operací	■	■	■	■	■	■	■
	Po operaci							
Kde byli edukováni	Chirurgické odd.	■	■	■	■	■	■	■
	Bariatrická ambulance	■					■	
Kdo edukoval	Sestra při příjmu	■	■	■	■	■	■	■
	Lékař	■					■	
Školící pomůcka	Leták		■	■	■	■	■	■

Zdroj: Drápelová, 2019

Z výše uvedené tabulky vyplývá, že informovanost ohledně stravování proběhla u všech respondentů. Respondenti byli informováni o režimu již před operací. Edukace respondentů o stravovacím režimu probíhala na chirurgickém oddělení příjmovou sestrou a dva respondenti R1 a R6 byli edukováni také navíc v bariatrické ambulanci

lékařem. Při odchodu z nemocnice byl respondentům R2, R3, R4 R5, R6 a R7 předán leták se stravovacím režimem. Pouze R1 leták neobdržel.

Tabulka 3 Komplikace spojené s pooperační dietou

		R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Komplikace uvádí				■		■	■	
Komplikace neuvádí		■	■		■			■
Vyskytující se obtíže	Zvracení					■		
	Trávení masa						■	
	Pálení žáhy			■				

Zdroj: Drápelová, 2019

Z výše uvedené tabulky je zřejmé, že s komplikacemi v průběhu pooperační diety se setkali tři respondenti, a to R3, R5 a R6. Ostatní respondenti R1, R2, R4 a R7 žádné komplikace neuvedli. Mezi komplikace, které respondenti uváděli, patří zvracení, problémy s trávením masa a pálení žáhy. R5 jako obtíž spojenou s pooperační dietou uvedla zvracení. R6 měla po operaci problémy s trávením masa a R3 uvedl jako komplikaci pálení žáhy.

Tabulka 4 Přizpůsobení se stravovacímu režimu

		R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Obtíže neuvádí		■		■				
Obtíže při dodržování stravovacího režimu	Malé porce				■			■
	Pravidelnost				■		■	
	Přestávky mezi jídlem a pitím		■					
	Chutě					■		

Zdroj: Drápelová, 2019

Z výše uvedené tabulky je zřejmé, že převážná většina respondentů má nějaké obtíže v přizpůsobení se stravovacímu režimu. Pět respondentů uvedlo, že mělo problém přizpůsobit se stravovacímu režimu. Obtíže zmínili R2, R4, R5, R6 a R7. Největší

problém byl pro respondenty naučit se jíst malé porce v pravidelných intervalech. R4 a R7 se zmínili, že měli zpočátku problém jíst po malých porcích. R4 také měla problém dodržovat pravidelnost pokrmů stejně tak i R6. Pro R2 bylo obtížné dodržovat přestávky mezi jídlem a pitím a R5 pocítovala v průběhu diety chutě. Pouze dva respondenti neuvedli žádné obtíže spojené s dodržováním pooperační diety, a to R1 a R.

Tabulka 5 Úprava životosprávy

		R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Zásady, které respondenti dodržují ve stravě	Malé porce	■	■	■	■	■	■	■
	Pravidelnost	■					■	
	Lepší výběr potravin		■	■				
	Omezení tučných jidel			■				
	Omezení pečiva			■	■		■	
	Více ovoce a zeleniny						■	

Zdroj: Drápelová, 2019

Z výše uvedené tabulky vyplývá, že u všech respondentů došlo k úpravě životosprávy po operaci. Nejčastější změna v životosprávě je úprava porcí jídel. Všichni respondenti i po skončení pooperační diety konzumují jídlo po malých porcích. Pravidelně se stravují R1 a R6. R2 a R3 se snaží volit vhodnější potraviny k jídlu. R3 také jako jediný omezil ve stravě tučná jídla. Dále R3 omezil konzumaci pečiva stejně tak i R4 a R6. Pouze R6 uvedla, že do svého jídelníčku zařadila více ovoce a zeleniny.

Tabulka 6 Změna pohybové aktivity

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Zvýšení pohybu		■		■	■	■	■
Snížení pohybu							
Snadnější pohyb		■	■			■	■

Zdroj: Drápelová, 2019

Z výše uvedené tabulky je zřejmé, že k zvýšení pohybu po operaci došlo u více než poloviny respondentů. Zvýšení pohybu uvedlo pět respondentů a to R2, R4, R5, R6 a R7. Ke snížení pohybu nedošlo u žádného respondenta. Pohyb je snadnější pro čtyři respondenty a to R2, R3, R6 a R7. Pouze R1 uvedl, že se jeho pohybová aktivita žádným způsobem nezměnila.

Tabulka 7 Pohybové aktivity a jejich pravidelnost

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Chůze		■	■	■			
Posilovna					■	■	
Jízda na kole					■		■
Tenis	■						
Volejbal	■						
Běh						■	
Turistika						■	
Kolečkové brusle							■
Pravidelnost pohybových aktivit	nepravidelně	■					■
	1x denně		■	■			
	2 – 3x týdně				■	■	
	1x týdně			■			

Zdroj: Drápelová, 2019

Z výše uvedené tabulky je patrné, že nejčastější pohybovou aktivitou respondentů je chůze, kterou uvedli tři respondenti a to R2, R3 a R4. Do posilovny chodí R5 a R6. R6 se navíc věnuje pohybovým aktivitám jako je běh a turistika. Mezi pohybové aktivity R7 patří kolečkové brusle. Navíc také R5 a R7 zvolilo jako pohybovou aktivitu jízdu na kole. R1 mezi pohybové aktivity uvedl volejbal a tenis. Více než polovina

respondentů se pohybovým aktivitám věnuje pravidelně. R3 a R4 se věnují pohybovým aktivitám denně. R5 a R6 se pohybu věnují 2 – 3x týdně a R3 pouze 1x týdně. Nepravidelně se pohybovým aktivitám věnují R1 a R7.

Tabulka 8 Potíže se zdravím před operací

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Bolest kloubů		■	■	■	■	■	■
Omezení pohybu		■	■	■	■	■	■
Vysoký krevní tlak			■	■			
Práh dušnosti							■
Bez obtíží	■						

Zdroj: Drápelová, 2019

Z výše uvedené tabulky je zřejmé, že většina respondentů měla před operací nějaké zdravotní problémy. Nejčastěji zmiňovanými obtížemi ve zdravotním stavu byly bolest kloubů a omezení pohybu. Bolest kloubů a omezení v pohybu uvedli R2, R3, R4, R5, R6 a R7. K tomu navíc R3 a R4 dodali, že měli také potíže s vysokým krevním tlakem, R7 uvedla, že měla před operací problémy s dušností při pohybu. Pouze R1 nezmiňoval žádné potíže ve zdravotním stavu.

3 Diskuze

Prvním cílem této bakalářské práce bylo zjistit, zda došlo ke zlepšení celkového stavu pacienta po robotické tubulizaci žaludku. Druhým cílem bylo zhodnotit, jak pacienti po tubulizaci žaludku dodržují dietní režim. Pro dosažení cílů bylo nutné stanovit výzkumné otázky. Celkově byly stanoveny čtyři výzkumné otázky. Výzkumné šetření bylo provedeno prostřednictvím kvalitativní výzkumné techniky – pomocí polostrukturovaných rozhovorů s pacienty. Celkem bylo uskutečněno sedm rozhovorů s pacienty, kteří podstoupili zákrok před půlrokem až rokem. Výzkumu se zúčastnili dva muži a pět žen.

První výzkumná otázka: Jaký má dopad tubulizace žaludku na změnu životního stylu pacienta?

Podle Holczerové a Dvořáčkové (2013) se životní styl jedince vyvíjí po celý jeho život. Jedinec v každé životní fázi svůj životní styl přizpůsobuje dané životní situaci. Pojem životní styl zahrnuje aktivity jedince ve volném čase, pohybové aktivity, stravování, pracovní aktivity, společenské aktivity, ale také trávení dovolené, způsob výchovy dětí a další. Výsledky ukázaly, že tubulizace žaludku má vliv zejména na pohybovou aktivitu respondentů a na úpravu stravovacích návyků. Co se týče společenských aktivit a zálib respondentů, z výsledků je patrné, že nedošlo po výkonu k žádným zásadním změnám.

V oblasti pohybové aktivity došlo po výkonu u většiny respondentů k jejímu zvýšení. Více než polovina respondentů se věnuje pohybové aktivitě pravidelně. Kromě toho pohyb je pro většinu respondentů po operaci snadnější. K rozdílným výsledkům dospěl Sorena a kol. (2017) ve svém výzkumném šetření. Ti se zabývali hodnocením fyzické aktivity po bariatrické operaci, kam patří mimo jiné i tubulizace žaludku. Data shromažďovali před operací a 6 měsíců po operaci. Výsledkem bylo dospění k závěru, že nedošlo k výrazné změně objektivně ani subjektivně měřené pohybové aktivity.

Všichni respondenti se shodli v tom, že po tubulizaci žaludku nějakým způsobem upravili svoji životosprávu. Každý z respondentů konzumuje menší porce než před operací. K podobnému výsledku dospěla ve svém výzkumu i Zavadilová (2012), která zjistila, že po tubulizaci žaludku respondenti konzumují menší porce, zvýšila se pravidelnost stravy a počet denních jídel. Rovněž výzkumným šetřením došlo

ke zjištění, že někteří respondenti se začali stravovat pravidelně a zvýšili počet denních jídel. Část respondentů také uvedla, že konzumuje pečivo v omezeném množství a snaží se vybírat zdravější a vhodnější potraviny. Hainer (2011) poukazuje na multidisciplinární přístup v léčbě obezity. Pro dlouhodobou úspěšnost chirurgické léčby obezity je vyžadována celková změna životního stylu. Především přiměřená pohybová aktivita a vhodná životospráva mohou vést k trvalému úspěchu v léčbě obezity.

Druhá výzkumná otázka: Jak hodnotí pacienti spokojenost se svým zdravím po tubulizaci žaludku?

Výzkumné šetření ukázalo, že u všech respondentů došlo ke snížení tělesné hmotnosti i k poklesu hodnot BMI po tubulizaci žaludku. Kokorák a Marko (2015) dospěli ve svém výzkumu k obdobnému závěru stejně tak i Kirkil a kol. (2018). Po váhovém úbytku je převážná část respondentů se svojí hmotností téměř spokojena. Pouze jeden respondent není se svojí hmotností spokojen. Čtyři respondenti jsou s hmotností spokojenější než před operací, ale ještě chtějí svoji hmotnost redukovat. Dva respondenti uvedli, že jsou s hmotností spokojeni.

Kromě R3 hodnotí respondenti svůj zdravotní stav po tubulizaci žaludku spíše pozitivně. Nejčastěji udávané potíže se zdravím před operací byly bolesti kloubů, omezení v pohybu a problémy s vysokým tlakem. Po operaci došlo u pěti respondentů k úplnému nebo alespoň částečnému vymizení bolesti kloubů. Většina respondentů se také shoduje v tom, že po úbytku tělesné hmotnosti došlo k zvýšení pohyblivosti. Dva respondenti uvedli, že po snížení hmotnosti došlo ke korekci krevního tlaku. Podobné zdravotní obtíže uvádí Bužgová a kol. (2011), která hodnotila kvalitu života žen šest měsíců po tubulizaci žaludku. V jejím výzkumu, kromě vysokého krevního tlaku a bolesti kloubů, uváděly respondentky jako zdravotní potíže také bolesti zad a diabetes mellitus. Z jejího výzkumu vyplývá, že po tubulizaci žaludku dochází u pacientek k významnému zvýšení kvality života především v oblasti fyzického a psychického zdraví. Z toho vyplývá, že tubulizace žaludku neslouží pouze ke snížení tělesné hmotnosti, ale především také ke zlepšení zdravotního stavu. S poklesem hmotnosti a zlepšením zdravotního stavu souvisí i lepší duševní zdraví, zvýšení sebevědomí a celková spokojenost se sebou samým.

Třetí výzkumná otázka: Jaká je informovanost pacienta o pooperační dietě?

Janíková a Zeleníková (2013) v rámci předoperační péče poukazuje na vhodnou edukaci. Podle ní je důležité edukovat pacienta tak, aby porozuměl nejen principu operace a jejím rizikům, ale zejména poučit pacienta o pooperačním režimu. Kromě toho by měl pacient pochopit nutnost dlouhodobé péče bariatra, změny životního stylu a dietního režimu po operaci. Z výzkumného šetření je zřejmé, že každý respondent byl nějakým způsobem informován o pooperační dietě. Také se respondenti shodli, že o dietních opatřeních byli informováni již před podstoupením operace na chirurgickém oddělení sestrou při příjmu. Při návštěvě bariatrické ambulance byli informováni lékařem pouze dva respondenti. Jako edukační pomůcka byla respondentům před odchodem ze zdravotnického zařízení poskytnut leták s informacemi o stravovacím režimu. Pouze R1 tvrdil, že žádný leták neobdržel. Jelikož je pro úspěšnou léčbu nutná spolupráce pacienta, je též nutné, aby byl správně proškolen. Pokud je pacient řádně edukován, může správně dodržovat pooperační dietu. Dle odpovědí respondentů, kteří se zúčastnili výzkumného šetření, lze usoudit, že jejich informovanost je na příznivé úrovni.

Čtvrtá výzkumná otázka: Jaké stravovací návyky po operaci pacienti dodržují?

Z odpovědí respondentů je patrné, že stravovací režim po tubulizaci žaludku je poměrně přísný. Respondenti dodržovali tři fáze pooperační diety, která zahrnuje tekutou, kašovitou fázi a přechod na pevnou stravu. Respondenti se shodují v tom, že první fázi pooperační diety dodržovali po dobu jednoho měsíce od operace. Poté jeden týden drželi dietu kašovitou s následným přechodem na pevnou stravu. Pouze R1 uvedl, že první dva týdny po operaci dodržoval tekutou dietu, poté další dva týdny konzumoval kašovitou dietu. Na pevnou stravu přecházel po čtyřech týdnech od operace. S dobou jednotlivých fází, které uvedl R1, se shoduje článek Hrubého (2010). Kasalický a kol. (2018) ve své publikaci zmiňuje zase jiný postup při pooperační dietě. Doporučuje dva týdny po operaci dodržovat tekutou dietu, poté týden kašovitou dietu. Jisté rozdíly v délce jednotlivých fází pooperační diety lze odůvodnit zvyklostmi daného oddělení nebo zkušenostmi ošetřujícího lékaře. Postupná realimentace na pevnou stravu je rovněž individuální záležitostí každého jedince. Na organismu jedince spočívá, jak rychle se přizpůsobí prodělanému zákroku a zda nedojde u pacienta ke komplikacím, které by adaptaci zpomalily.

Během pooperační diety respondenti uvedli, že museli dodržovat pravidelnost jídel, zmenšit velikost porcí na maximální objem 150 ml a dodržovat přestávky mezi jídlem a pitím. R3 uvedl, že při pooperační dietě musel omezit pikantní jídla, a naopak musel doplňovat vitamíny a minerální látky pomocí komplexu vitamínů. Zařazení vitamínů a minerálů do stravy doporučuje i Janíková a Zeleníková (2013). Část respondentů uvedla, že při přechodu na pevnou stravu bylo třeba jídlo řádně uvařit doměkka a pořádně rozkousat. K takovým postupům nabádá i Kasalický a kol. (2018) při přechodu na pevnou stravu. Ten ještě doplňuje, že by se žaludek neměl přeplňovat, aby nedošlo k nežádoucím komplikacím. Z odpovědí respondentů bylo patrné, že většina dodržovala stravovací režim dle poskytnutého letáku.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Respondenti, kteří se podíleli na uskutečnění tohoto kvalitativního výzkumného šetření, byli pacienti, kteří přišli na běžné kontrolní pooperační vyšetření do bariatrické ambulance. Kvalitativní výzkumné šetření sledovalo, zda došlo ke zlepšení celkového stavu pacientů a jejich stravovacích návyků, které dodržují. Onemocnění s názvem obezita je velmi rozšířené a výrazně ovlivňuje kvalitu života. Předcházení tomuto onemocnění je snadnější i ekonomicky méně náročné. Právě prevence v této oblasti je ale poněkud zanedbávána a bylo by vhodné se na ni zaměřit. Prevence by se měla zaměřit především na rizikové skupiny osob, jako jsou děti, které mají obézní rodiče či sourozence a osoby, které ještě nemají obezitu, ale už trpí nadváhou. Prevence by měla být orientována především na ordinace praktických lékařů dospělých i dětí. Přínosné by bylo do těchto ordinací dát brožury a letáky s uceleným přehledem o obezitě, aby pacienti pochopili, jak může obezita komplikovat život a zdraví. V ordinacích praktických lékařů pro dospělé by bylo též vhodné poskytnout pacientům informace o chirurgické léčbě obezity. Z tohoto důvodu jsem se rozhodla vytvořit leták, ve kterém budou ucelené informace o obezitě (viz příloha č. 5). Především má informovat o tom, jak závažné onemocnění obezita je a jak je možné s ním bojovat. Poukazuje na důležitost zdravého životního stylu v boji proti obezitě, ale také na možnost chirurgické léčby. Domnívám se totiž, že o možnosti chirurgické léčby obezity stále mnoho osob neví, i když by pro ně byla vhodná.

Změna životního stylu výrazně přispívá k úspěšné léčbě obezity a udržení hmotnosti, jak se ukázalo i ve výzkumu této práce. Dodržovat zdravý životní styl je neúčinnější metoda, jak předcházet obezitě. Zejména je důležité zaměřit se na vhodné stravovací návyky, ty by měly být dětem vštěpovány již od mala a zařadit do svého života přiměřenou pohybovou aktivitu. Pokud selhává léčba obezity konzervativními postupy, přichází na řadu chirurgické výkony, které mají své nezastupitelné místo v léčbě obezity. Z výzkumného šetření této práce vyplynulo, že robotická tubulizace žaludku má příznivý vliv na zdravotní stav pacienta a výrazně ovlivňuje úbytek tělesné hmotnosti. Tento efekt léčby je však značně podmíněn úpravou stravovacích návyků po operaci. I když bylo z výzkumu patrné, že edukace respondentů v oblasti stravování je dostačující, určitě je ještě co zlepšovat. Proto by bylo vhodné pacientům po operaci nejen předat leták s pokyny o stravovacím režimu, ale též přiložit jídelníček, podle

kterého se mohou pacienti po operaci řídit. Dále navrhnout pacientovi pohybovou aktivitu vhodnou přímo pro něj. Patříčné by bylo také zařadit do pooperační léčby návštěvy nutričního terapeuta, kde by pacient konzultoval svoje dietní problémy. Viditelné výsledky léčby pak pacienta mohou motivovat k dlouhodobému dodržování stravovacích návyků.

Závěr

Bakalářská práce se věnuje kvalitě života pacientů po robotické tubulizaci žaludku. Cílem této práce bylo zjistit, zda došlo ke zlepšení celkového stavu pacienta a zhodnotit dodržování dietního režimu po tubulizaci žaludku.

Tato bakalářská práce je rozdělena na dvě části. První částí je současný stav problematiky, kde je vymezen termín kvalita života. Rovněž je zde definován pojem obezita, její diagnostika, komplikace spojené s obezitou, léčba, prevence a také popsána ošetrovatelská péče o pacienta po tubulizaci žaludku. Druhou výzkumnou část tvoří interpretace dat získaných kvalitativním výzkumem, který byl proveden pomocí polostrukturovaných rozhovorů se sedmi respondenty v bariatrické ambulanci. Získané odpovědi byly nahrávány na diktafon a následně přepsány. Data byla kódována technikou „tužka a papír“. Díky těmto rozhovorům mohlo být zjištěno, jak se změnil životní styl pacientů po robotické tubulizaci žaludku, jak hodnotí spokojenost se svým zdravím. Také bylo zjištěno, jaká je jejich informovanost v oblasti pooperační diety a jaké stravovací návyky po tubulizaci žaludku dodržují.

Z celkových výsledků výzkumu je patrné, že většina respondentů je se svým zdravotním stavem po operaci spokojenější. Lze tedy usoudit, že po robotické tubulizaci žaludku došlo ke zlepšení celkového stavu pacientů. Nejčastější zdravotní problémy spojené s obezitou jsou bolesti kloubů, omezení v pohybu a vysoký krevní tlak. Po provedení zákroku došlo u respondentů k výraznému zlepšení těchto zdravotních problémů. Stejně tak se svojí hmotností je převážná většina respondentů po operaci spokojenější. Díky tomuto zákroku došlo i ke změně životního stylu pacientů. Většina pacientů zvýšila po operaci pohybovou aktivitu a upravila svoji životosprávu. Dále z výzkumného šetření vyplynulo, že po tubulizaci žaludku pacienti dodržují přísný dietní režim. V zásadě se řídí podle poskytnutého letáku. U některých respondentů se v průběhu pooperační diety vyskytly určité obtíže, mezi které patří zvracení, pálení žáhy a problém s trávením masa.

Během psaní této bakalářské práce jsem získala užitečné znalosti o současném stavu problematiky. Mohla jsem pochopit, s jakými problémy se pacienti setkávají a jaké možnosti jim poskytla chirurgická léčba obezity. Obdržela jsem spoustu informací o kvalitě života obézního pacienta. Naučila jsem se lépe komunikovat s respondenty a používat odbornou literaturu.

Seznam použité literatury

- BRYCHTA, Pavel a Jan STANEK. 2014. *Estetická plastická chirurgie a korektivní dermatologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0795-2.
- BUŽGOVÁ, Radka, Pavol HOLÉCZY a Marek BUŽGA. 2011. *Hodnocení kvality života žen 6 měsíců po laparoskopické tubulizaci žaludku* [online]. [cit. 2019-11-16]. Dostupné z: <https://www.casopisendoskopie.cz/pdfs/end/2011/03/11.pdf>
- BUŽGOVÁ, Radka. 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5402-4.
- ČIERNY, Michal. 2011. *Gastrický bypas* [online]. [cit. 2019-08-05]. Dostupné z: <https://www.bandingklub.cz/gastricky-zaludecni-bypas.phtml>
- DOLEŽALOVÁ, Karin, Martin FRIED a Jitka HERLESOVÁ. 2013. *Bariatrická a metabolická chirurgie: Bariatrická chirurgie a některé speciální klinické situace* [online]. [cit. 2019-08-23]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/bariatricka-a-metabolicka-chirurgie-472170>
- GURKOVÁ, Elena. 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3625-9.
- HAINER, Vojtěch. 2011. *Základy klinické obezitologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3252-7.
- HEŘMANOVÁ, Eva. 2012. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). ISBN 978-80-7419-106-0.
- HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4697-5.
- HRUBÝ, Martin. 2010. *Současná bariatrická chirurgie – alternativní metody - Sleeve gastrectomy a gastrický bypass* [online]. [cit. 2019-08-26]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/20107-soucasna-bariatricka-chirurgie-alternativni-metody-sleeve-gastrectomy-a-gastricky-bypass>
- HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ. 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4772-9.

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELNÍKOVÁ. 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4412-4.

KASALICKÝ, Mojmir, Eva KOBLÍHOVÁ a Jaroslav PAŽIN. 2018. *Populární sleeve gastrectomy – tubulizace žaludku v chirurgické léčbě těžké obezity a cukrovky 2. typu* [online]. [cit. 2019-08-23]. Dostupné z: <http://www.csgh.info/cs/clanek/popularni-sleeve-gastrectomy-tubulizace-zaludku-v-chirurgicke-lecbe-tezke-obezity-a-cukrovky-2-typu-10907>

KASALICKÝ, Mojmir. 2013. *Sleeve gastrectomy – tubulizace žaludku* [online]. [cit. 2019-08-09]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/rozhledy-v-chirurgii/2013-1/sleeve-gastrectomy-tubulizace-zaludku-40232>

KIRKIL, Cüneyt a kol. 2018. *Quality of life after laparoscopic sleeve gastrectomy using baros system* [online]. [cit. 2019-11-11]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6097161/>

KOKORÁK, L. a Lubomír MARKO. 2015. *Miniinvazívna chirurgia a endoskopia chirurgia súčasnosti: Bariatricko - metabolická chirurgia: časť 5. – Sleeve resekcia žalúdka. Výsledky sledovania pacientov*. [online]. [cit. 2019-11-11]. Dostupné z: <http://www.laparoskopia.info/pdf/CASO-3-2015.pdf#page=6>

LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK. 2010. *Chorobné znaky a příznaky: 76 vybraných znaků, příznaků a některých důležitých laboratorních ukazatelů v 62 kapitolách s prologem a epilogem*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2764-6.

MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. 2015. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5351-5.

MAREK, Josef. 2010. *Farmakoterapie vnitřních nemocí*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2639-7.

MÜLLEROVÁ, Dana a Anna AUJEZDSKÁ. 2014. *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2510-2.

MÜLLEROVÁ, Dana. 2010. *Prevence obezity* [online]. [cit. 2019-08-16]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/vnitri-lekarstvi/2010-10/prevence-obezity-34855>

- OWEN, Klára. 2012. *Postavení bariatrie v léčbě diabetu 2. typu* [online]. [cit. 2019-08-20]. Dostupné z: <http://www.remédia.cz/Okruhy-temat/Diabetologie/Postaveni-bariatrie-v-lecbe-diabetu-2-typu/8-V-1dW.magarticle.aspx>
- PASTUCHA, Dalibor. 2014. *Tělovýchovné lékařství: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4837-5.
- RIPPE, M. James a Theodore J. ANGELOPOULOS. 2012. *Obesity: prevention and treatment*. Boca Raton: CRC Press. ISBN 978-1-4398-3671-2.
- ROGULA, G. Tomasz, Philip R. SCHAUER a Tammy S. FOUSE. 2018. *Prevention and Management of Complications in Bariatric Surgery*. New York: Oxford University Press. ISBN 9780190608347.
- SHARMA, Sangita. 2018. *Klinická výživa a dietologie: v kostce*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0228-0.
- SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3129-2.
- SORENA, Afshar a kol. 2017. *Changes in physical activity after bariatric surgery: using objective and self-reported measures* [online]. [cit. 2019-11-09]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1550728916306980#!>
- STEFFEN, Hans-Michael. 2010. *Diferenciální diagnostika ve vnitřním lékařství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2780-6.
- SVACHINA, Štěpán. 2013. *Obezitologie a teorie metabolického syndromu*. Praha: Triton. Lékařské repetitorium. ISBN 978-80-7387-678-4.
- ŠAMÁNKOVÁ, Marie. 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7.
- ŠPIČÁK, Julius. 2017. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii II*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0318-8.
- ZAVADILOVÁ, Vladislava. 2012. *Porovnání metod měření tělesného tuku a změny tělesného složení a stravovacích návyků po laparoskopické tubulizaci žaludku* [online]. Olomouc. [cit. 2019-11-09]. Disertační práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta. Dostupné z: <https://theses.cz/id/4kg0wh/00179154->

257154363.pdf?zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3DKvalita%20%C5%BEivota
%20klient%C5%AF%20po%20bariatrik%C3%A9%20operaci%26start%3D2

ZVONÍKOVÁ, Alena, Libuše ČELEDOVÁ a Rostislav ČEVELA. 2010. *Základy posuzování invalidity*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3535-1.

Seznam tabulek

Tabulka 1 Vyhodnocení BMI před a po operaci.....	28
Tabulka 2 Edukace pacientů o stravovacím režimu	36
Tabulka 3 Komplikace spojené s pooperační dietou	37
Tabulka 4 Přizpůsobení se stravovacímu režimu	37
Tabulka 5 Úprava životosprávy	38
Tabulka 6 Změna pohybové aktivity	39
Tabulka 7 Pohybové aktivity a jejich pravidelnost.....	39
Tabulka 8 Potíže se zdravím před operací	40

Seznam příloh

Příloha 1 Žádost o povolení výzkumu	54
Příloha 2 Otázky k polostrukturovanému rozhovoru.....	55
Příloha 3 Ukázka otevřeného kódování „tužka a papír"	57
Příloha 4 Vzor informovaného souhlasu s účastí na výzkumu	58
Příloha 5 Edukační leták o obezitě	59

Přílohy

Příloha 1 Žádost o povolení výzkumu

Studentka Pavlína Drápelová studující 3.ročník Vysoké školy polytechnické Jihlava

Vídeň 139

594 01 Velké Meziříčí

Mgr. Markéta Klímová

Hlavní sestra

Nemocnice Mostiště

Mostiště 93

594 01 Velké Meziříčí

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření

Vážená paní magistro.

Dovolte, abych se na Vás obrátila s žádostí o povolení výzkumného šetření ve zdravotnické organizaci, kde řídíte úsek nelékařských zdravotnických pracovníků. Jmenuji se Pavlína Drápelová a studuji 3. ročník studijního oboru Všeobecná sestra na Katedře zdravotnických studií Vysoké školy polytechnické Jihlava. V současnosti pracuji na bakalářské práci na téma „Kvalita života pacientů po robotické tubulizaci žaludku“. Ráda bych provedla v období od 1. srpna 2019 do 31. října 2019 na bariatrické ambulanci Vaší nemocnice kvalitativní výzkumné šetření mezi pacienty. Otázky k polostrukturovaným rozhovorům pro pacienty, který budu k výzkumnému šetření používat, a který jsem sestavila pod vedením vedoucí mé bakalářské práce, Mgr. Jany Vácové, přikládám. Výsledky výzkumného šetření Vám budou k dispozici.

Děkuji Vám za vstřícné jednání.

S pozdravem

Ve Vídni 20. 7. 2019

Pavlína Drápelová studující

3. ročník Vysoké školy polytechnické Jihlava

Nemocnice sv. Zdislavy, a.s.

Mostiště 93

594 01 Velké Meziříčí

IČO: 25542681

POUHLASIT

KJ

Mgr. Klímová Markéta

Příloha 2 Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

1. Kdy jste podstoupil/a operaci?
2. Jakým způsobem jste se dozvěděl/a o možnosti chirurgické léčby obezity?
3. Kolik cm měříte?
Jaká byla Vaše hmotnost před operací?
Kolik vážíte nyní?
4. Jak jste spokojen/a se svojí hmotností v současnosti?
5. Jakým způsobem se změnila Vaše společenské aktivity? Jak byli Vaše společenské aktivity obohaceny? Považujete svoji společenskou aktivitu za dostatečnou?
6. Jak se změnila úroveň vaší pohybové aktivity po operaci? Jak se nyní dokážete pohybovat?
7. Jakým pohybovým aktivitám se nyní věnujete? Zabýváte se jimi pravidelně a jak často?
8. Věnujete se nyní zálibám, kterým jste se před operací nemohl/a věnovat? Jakým zálibám se nyní věnujete?
9. Byl/a jste dostatečně informován/á o dietě již před operací? Z jakého zdroje, jste získal/a nejvíce informací o stravovacím režimu po operaci?
10. Jak vás informovali o pooperační dietě? Byli Vám po zákroku ve zdravotním zařízení poskytnuty materiály k pooperační dietě? Byli získané informace dostatečné? Co za informace Vám chybělo?
11. Jaké byly Vaše stravovací návyky před operací? K jakým změnám ve stravování u Vás došlo po operaci?
12. Jaké stravovací návyky jste po operaci dodržoval/a?
13. Jaké komplikace, se u Vás vyskytly při změně stravování? Byl pro vás problém dodržovat po operaci stravovací režim? Co pro Vás bylo největším problémem ve změněném stravovacím režimu?

14. Jaké zásady doporučené životosprávy stále dodržujete? Jak hodnotíte svoji životosprávu?
15. Domníváte se, že došlo ke zlepšení Vašeho zdravotního stavu po operaci? Jak se projevuje zlepšení Vašeho zdravotního stavu?
16. Jak jste nyní spokojen/a se svým zdravím?
17. Jak moc Vás baví život?
18. Jste schopen/a přijmout svůj fyzický vzhled? Jak jste spokojený/á sám/a se sebou?
19. Jak jste spokojený/á se svými osobními vztahy?
20. Jak jste spokojený/á s podporou, kterou Vám poskytují Vaši přátelé?
21. Domníváte se, že došlo ke zlepšení kvality Vašeho života po provedené operaci?
V jakých oblastech došlo ke zlepšení kvality Vašeho života?
22. Jak jste nyní spokojen/a s kvalitou Vašeho života? Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života?

Zdroj: vlastní

Příloha 3 Ukázka otevřeného kódování „tužka a papír“

Respondent č. 1 – Pacient bariatrické ambulance, 40 let

1. T: Kdy jste podstoupil/a operaci?

R: Asi před rokem

2. T: Jakým způsobem jste se dozvěděl/a o možnosti chirurgické léčby obezity?

R: O možnosti této léčby jsem se dozvěděl od kamarádky, která též podstoupila operaci. Měla se zákrokem dobrou zkušenost a hodně jí pomohl. Tak jsem si o tom začal víc zjišťovat a rozhodl se taky pro tento zákrok.

3. T: Kolik cm měříte?

R: Měřím asi 180 cm.

T: Jaká byla Vaše hmotnost před operací?

R: Před operací jsem vážil kolem 135 kg

BMI: 41,7 = obezita III. stupně

T: Kolik vážíte nyní?

R: Teď vážím 95 kg

BMI: 29,3 = představení obezity

4. T: Jak jste spokojen/a se svojí hmotností v současnosti?

R: Nyní jsem se svojí hmotností spokojen. To, co jsem zhubl, mi přijde dost. Teďka už si chci hlavně udržet váhu, co mám a znova nepřibrat.

5. T: Jakým způsobem se změnily Vaše společenské aktivity? Jak byli Vaše společenské aktivity obohaceny? Považujete svoji společenskou aktivitu za dostatečnou?

R: Nic se nezměnilo. Na společenské aktivity nemám čas, jsou pořád stejné. A když trocha času je trávím ho s rodinou nebo zajdu s kamarády ven. Jo řekl bych, že moje společenská aktivita je dostatečná. Jsem s ní spokojen.

6. T: Jak se změnila úroveň vaší pohybové aktivity po operaci? Jak se nyní dokážete pohybovat?

R: Cítím se pořád stejně. Myslím, že se moje pohybová aktivita vůbec nezměnila. Já jsem vlastně ani před operací neměl nějaký problémy. Váha mě v ničem moc neomezovala.

7. T: Jakým pohybovým aktivitám se nyní věnujete? Zabýváte se jimi pravidelně a jak často?

R: Já mám málo času tak se aktivně pohybu moc nevěnuju akorát občas, když je čas tak zajdu s kamarády na volejbal nebo tenis, ale to vyjde tak párkrát do roka. Pohybu mám dost v práci, takže ho jinak nevyhledávám.

Zdroj: vlastní

Příloha 4 Vzor informovaného souhlasu s účastí na výzkumu

INFORMOVANÝ SOUHLAS PRO ÚČASTNÍKY VÝZKUMU

Byl/a jsem seznámen/a s tématem, cílem a obsahem bakalářské práce studentky Pavlína Drápelová studující 3.ročník Vysoké školy polytechnické Jihlava s názvem „Kvalita života pacientů po robotické tubulizaci žaludku“. Rozumím jim a souhlasím s nimi.

Souhlasím s účastí v kvalitativním výzkumu. Dávám své svolení výzkumnici, aby materiál, který jsem jí poskytl/a, použila za účelem sepsání bakalářské práce, popř. odborného článku a pro jakékoliv další odborné publikace a prezentace vycházející z tohoto výzkumu.

Souhlasím se způsobem zachovávání důvěrnosti a mé identity během výzkumu i po jeho skončení. U dat získaných výzkumem nikde nebudou uvedeny mé identifikační údaje.

Souhlasím s nahráváním mého rozhovoru s výzkumníci a s analýzou výsledného zvukového záznamu a jeho přepisu. Dávám souhlas k tomu, že výzkumnice může v odborné publikaci citovat informace, které jí poskytují.

Rozumím tomu, že pokud se v průběhu rozhovoru objeví pro mě obtížná témata, mohu odmítnout odpovědět na jakoukoliv otázku nebo kdykoliv ukončit rozhovor.

Rozumím tomu, že mohu odstoupit z tohoto výzkumného projektu do sedmi dnů od poskytnutí rozhovoru.

JMÉNO:.....

PODPIS:.....

DATUM:.....

Příloha 5 Edukační leták o obezitě

OBEZITA

Obezita je chronické onemocnění, kdy je v organismu zvýšený obsah tuku. Obezita zhoršuje zdravotní stav a výrazně ovlivňuje kvalitu vašeho života. Přesnou příčinu vzniku obezity nelze určit, jedná se o kombinaci mnoha faktorů. Zpravidla převažuje dlouhodobě zvýšený energetický příjem nad energetickým výdejem.

Jak poznat, že máte obezitu?

Pomocí jednoduchého vzorce, do kterého dosadíte svoji tělesnou váhu a výšku.

$$BMI = \frac{\text{hmotnost (kg)}}{\text{výška (m)} \cdot \text{výška (m)}}$$

Komplikace obezity

Riziko vzniku komplikací obezity, stoupá s přibývajícím tělesnou hmotností. Hodnoty obvodu pasu, které jsou vyšší než 102 cm u mužů a nad 88 cm u žen, se pojí s vysokým rizikem komplikací.

Hodnocení hmotnosti	BMI	Zdravotní rizika
Podváha	< 18,5	Zvýšené
Normální hmotnost	18,5–24,9	Minimální
Nadváha:	25,0–29,9	Zvýšené
Obezita I. stupeň	30–34,9	Vysoké
Obezita II. stupeň	35–39,9	Vysoké
Obezita III. stupeň	≥ 40	Velmi vysoké



K obezitě jsou vázány mechanické komplikace, které jsou spojené s vysokou hmotností těla. Tyto komplikace se projevují bolestí v zádech, bolestí svalů a kloubů, otoky, dušností, chrápáním, častějšími úrazy.

Jsou dva typy obezity podle toho, kde v těle se tuk nejvíce hromadí. Při gynooidním (tvar hruška) typu se hromadí tuk v oblasti stehů a hýždí. Obvykle se vyskytuje u žen a je méně nebezpečný, co se týče výskytu komplikací. Androidní (tvar jablko) typ, bývá mnohdy doprovázena různými komplikacemi v důsledku hromadění tuku v oblasti břicha.

Jak bojovat proti obezitě?

ZMĚNA ŽIVOTNÍHO STYLU

Léčba obezity je vždy dlouhodobá. Pro úspěšnou léčbu je nezbytná změna životního stylu. Zejména pak úprava životosprávy a pohybové aktivity.



CHIRURGICKÁ LÉČBA OBEZITY

Pokud u vás selhala léčba nechirurgickými postupy je možné zvážit léčbu obezity operativně. Chirurgická léčba obezity je vhodná, pokud je vaše BMI vyšší nebo rovno 40. Pokud máte vážné zdravotní komplikace, je možné podstoupit chirurgickou léčbu již od hodnoty BMI 35. K výkonu musíte být vhodný rovněž z hlediska psychologického a musíte být schopný dlouhodobé dispenzarizace.

V chirurgické léčbě jsou používány dva druhy operací. Restriktivní, u níž dochází ke snížení velikosti, kapacity žaludku a vyvolání častějšího pocitu nasycení. Malabsorpční výkony zmenšující oblast střeva dostupného pro vstřebávání. Vhodný druh operace vám doporučí bariatrický lékař. Je nutné mít na paměti, že i po chirurgické léčbě musíte dodržovat správnou životosprávu a dostatečnou pohybovou aktivitu, aby léčba byla dlouhodobě úspěšná.