

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**Specifika ošetrovatelské péče u pacientů
po bariatrickém výkonu**

bakalářská práce

Autor práce: Jana Vrzáčková

Vedoucí práce: Mgr. Petra Kourková, MBA

Jihlava 2020



Vysoká škola
polytechnická
Jihlava



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Jana Vrzáňková
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Specifika ošetrovatelské péče u pacientů po bariatrickém výkonu.
Cíl práce:	Cíl 1 Identifikovat specifika ošetrovatelské péče po bariatrickém výkonu z pohledu pacienta Cíl 2 Zmapovat, k jakým životním změnám u pacientů došlo po bariatrickém výkonu

Mgr. Petra Kourková, MBA
vedoucí bakalářské práce

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

Abstrakt

V současném stavu problematiky je vymezen termín bariatrická chirurgie. Dále je definován pojem obezita a její komplikace, diagnostika a specifikována léčba. Také je zde popsána ošetrovatelská péče u pacientů po bariatrickém výkonu. Bakalářská práce je zaměřena na specifika ošetrovatelské péče u pacientů po bariatrickém výkonu. Empirická část je zpracována metodou kvalitativního výzkumu pomocí polostrukturovaného rozhovoru s respondenty. Cílem této bakalářské práce je identifikovat specifika ošetrovatelské péče po bariatrickém výkonu z pohledu pacienta a zmapovat, k jakým životním změnám u pacientů došlo po bariatrickém výkonu. Výstupem práce je zjištění, že bariatrický výkon vynesl zlepšení ve všech sférách života.

Klíčová slova

Obezita; bariatrická chirurgie; ošetrovatelská péče; dieta; životní styl

Abstract

In the present state of problematics, there is a defined term of bariatric surgery. Furthermore, there is a definition of obesity and its complications, diagnosis and special treatment. Nursing care after bariatric surgery is also described. This bachelor's thesis is focused on the specifics of nursing care received by patients following bariatric surgery. Empirical part of the thesis is processed with qualitative research using semi-structured dialogue with respondents. The objective of this bachelor's thesis is to identify the specifics of nursing care following bariatric surgery from the patient's point of view and to map changes in their lives after the surgery. Finding of the thesis is a fact that bariatric surgery brought improvements to all areas of life.

Key words

Obesity; bariatric surgery; nursing care; diet; lifestyle

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracovala jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušila 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.

Byla jsem seznámena 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 vědoma 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 1. června 2020


.....
Podpis studentky

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní Mgr. Petře Kourkové, MBA, za odborné vedení mé bakalářské práce, cenné připomínky a čas, který mi věnovala. Velké poděkování patří také respondentům, kteří mi ochotně poskytli informace a zapojili se tím do mého výzkumu. V neposlední řadě děkuji celé mé rodině a přátelům za podporu a trpělivost během celého studia

Obsah

Úvod.....	8
Motivace	9
Cíl práce.....	9
1 Současný stav problematiky	10
1.1 Anatomie žaludku a duodena.....	10
1.2 Obezita	11
1.2.1 Komplikace obezity	11
1.2.2 Vyšetření obézního pacienta	11
1.2.3 Léčba obezity	12
1.3 Bariatrická chirurgie	12
1.3.1 Stručná historie bariatrické chirurgie.....	12
1.3.2 Typy bariatrických výkonů	13
1.3.3 Indikace a kontraindikace bariatrického výkonu	16
1.3.4 Specifika ošetrovatelské péče v předoperačním období	17
1.3.5 Specifika ošetrovatelské péče v pooperačním období	18
1.3.6 Edukace pacienta před bariatrickým výkonem	20
1.3.7 Edukace pacienta po bariatrickém výkonu	21
1.3.8 Dieta před bariatrickým výkonem	21
1.3.9 Dieta po bariatrickém výkonu.....	22
1.3.10 Změny životního stylu po bariatrickém výkonu	23
2 Výzkumná část.....	24
2.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky	24
2.2 Metodika výzkumu	25
2.3 Charakteristika vzoru respondentů a výzkumného prostředí.....	26
2.4 Průběh výzkumu	27
2.5 Zpracování získaných dat	27
2.6 Analýza výzkumu rozhovorů.....	28
2.6.1 Interpretace rozhovorů prováděných s respondentkami	29
2.6.2 Vizualizace výsledků výzkumu	36
3 Diskuze	47
4 Návrh řešení a doporučení pro praxi.....	53
Závěr	54
Seznam použité literatury	56
Seznam použitých zkratk	60
Seznam tabulek.....	61

Seznam příloh	62
---------------------	----

Úvod

„Zdraví není vším, ale bez zdraví je všechno ničím.“

Arthur Schopenhauer

V současnosti se provádí mnoho chirurgických výkonů, avšak bariatrickou chirurgií většina zdravotníků každodenně neuvidí. Proto jsem si pro bakalářskou práci zvolila téma „Specifika ošetrovatelské péče u pacientů po bariatrickém výkonu.“ Toto téma je pro mě velice zajímavé a dovedlo mě k novému poznání v této oblasti medicíny.

Obezita je v současnosti jedno z nejčastějších onemocnění. Proto se začalo hovořit mnohem více o bariatrické chirurgii. Bariatrie je jedna z účinných možností v léčbě obezity. Předpokladem zvládnutí bariatrické operace a navrácení se do běžného života je zvládnutí všech předoperačních vyšetření a povědomí o možných komplikacích během i po bariatrickém výkonu.

Lidi, kteří trpí obezitou, přibývá a jejich představy o léčbě obezity pomocí chirurgického zákroku jsou mnohdy mylné. Jako každý chirurgický zákrok, tak i bariatrická operace má možná rizika. Mnoho pacientů si myslí, že při podstoupení chirurgického zákroku zredukují svoji váhu. Jenomže většina lidí si neuvědomuje, že u této formy v léčbě obezity musí po celou dobu spolupracovat s lékaři i ostatním personálem, a především dodržovat režimová opatření po operaci. Při těchto operacích záleží nejvíce na pacientovi. Je velice důležité zjistit, zda je pacient po operaci schopný dodržovat různá režimová opatření a zda by mu byla ochotna pomoci i rodina. U těchto operací je velice důležitá psychická podpora od rodiny i blízkých. Dále je důležitá spolupráce s lékařem a ostatním personálem. V této oblasti se lékaři a sestry snaží zajistit pacientovi co nejlepší komfort. Pacientovi může být doporučeno více možností léčby s ohledem na maximální efekt a pohodlí. Je tedy nezbytné, aby lékaři i ostatní zdravotnický personál dostatečně informovali pacienty, kteří chtějí tyto metody podstoupit, o možnostech léčby obezity.

Bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou předoperační a pooperační péčí. Dále mapuje změny životního stylu u pacientů, kteří již podstoupili bariatrickou operaci. Respondenty výzkumu se stali pacienti, kteří již tyto bariatrické operace prodělali.

Motivace

O bariatrické chirurgii se v současné době začalo více hovořit. Velká část populace neví, co tato chirurgie obnáší a o jaké metody se vlastně jedná. Tato chirurgie mě natolik zaujala, že jsem se o ni začala více zajímat. Z tohoto důvodu jsem si vybrala téma s touto problematikou. Dále i z důvodu, že v mém blízkém okolí znám několik lidí, kteří podstoupili jednu z bariatrických metod. U některých lidí jsem také mohla sledovat, jak se zvládli vrátit do svého každodenního života a jak se vypořádali s různými změnami ve svém životě.

Cíl práce

Tato bakalářská práce má za úkol identifikovat specifika ošetrovatelské péče u pacientů, kteří podstoupili bariatrický výkon. Dále má za úkol zmapovat, k jakým životním změnám u pacientů došlo po bariatrickém výkonu. Cílem práce proto je identifikovat specifika ošetrovatelské péče po bariatrickém výkonu a zmapovat, k jakým životním změnám u pacientů došlo po bariatrickém výkonu.

1 Současný stav problematiky

V teoretické části této bakalářské práce se budeme zabývat tím, co je obezita a jaká chirurgická léčba může být poskytnuta obézním pacientům. Dozvíme se zde, jaké existují typy bariatrických výkonů a jaká se provádí ošetrovatelská péče u pacientů, kteří již tyto zákroky podstoupili.

1.1 Anatomie žaludku a duodena

Dle Parkera (2016) je žaludek (ventriculus, gaster) nejširší část trávicí trubice. Je to vak, který má nejčastější tvar písmene J. Žaludek začíná vyústěním jícnu, tzv. česlem (kardií). Žaludeční fundus (fornix) se vyklenuje hned pod levou brániční klenbu. Poslední část žaludku je tělo (corpus), které je ploché, přední a zadní stěna přecházejí vpravo do malého zakřivení (curvatura minor) a vlevo přechází do velkého zakřivení (curvatura major). Tělo žaludku přechází v pylorickou část (pylorus – vrátník). Žaludek má svalovou stěnu, která se dělí na čtyři hlavní vrstvy: serózu, svalovinu, podslizniční vazivo a sliznici. Díky vrstvám hladké svaloviny se žaludeční stěna smršťuje. Ve sliznici se nacházejí takzvané (tzv.) hluboké vchlípeniny (žaludeční jamky), ve kterých jsou žaludeční žlázy. Žlázy, produkující kyselinu chlorovodíkovou a pepsin, se nacházejí v těle a fundu žaludku. Tyto žlázy slouží především ke správnému trávení bílkovin. Proto jsou v horní části každé jamky buňky, které vylučují hlen (mucin), jehož úkolem je chránit žaludek před natrávením. V žaludku probíhá tzv. chemické trávení potravy a poté následuje i její mechanické promísění. Přibližně po 2-4 hodinách se částečně zpracovaná potrava vyprazdňuje do dalšího úseku trávicí trubice (Fiala, Valenta, Eberlová, 2015).

Duodenum neboli dvanáctník navazuje na pylor a jeho délka je přibližně 25-28 centimetrů. Skládá se ze tří částí: pars superior, pars descendens a pars horizontalis. Pars superior je část duodena, ve kterém je nejčastější výskyt vředů, a to z toho důvodu, že není tak bohatě cévně zásoben. V této části duodena se nachází i vena portae a ductus choledochus. Duodenální sliznice má ploché klky a je složena z kruhovitě řasy. V horní části duodena je sliznice hladká, z toho důvodu v horní části duodena tyto kruhovité části chybí. Jsou zde dva druhy žlázek: glandulae interstinales a glandulae duodenales. Glandulae duodenales jsou pro duodenum specifické. Tyto žlázy produkují alkalický sekret, který má za úkol neutralizovat kyselinu sodnou, která je obsažena v žaludečním

obsahu. V sestupné části duodena se nachází tzv. pankreatický vývod společně s vývodem žlučových cest (Naňka, Elišková, 2015).

1.2 Obezita

Obezita je chorobné zvýšení množství tukové tkáně v těle. Vznikne, když člověk přijímá více energie, než kolik vydá. Tím se nespotřebovaná energie v těle hromadí ve formě tuku. Dle Hainera (2011) v posledních několika letech postihuje obezita nebo nadváha populaci v rozvinutých i rozvojových zemích. V některých zemích trpí obezitou až 30 % obyvatel a v řadě zemích je obezita nebo nadváha problémem snad poloviny obyvatel. Výskyt obezity postupně stoupá s věkem (Ptáček, Bartůněk a kol., 2014).

1.2.1 Komplikace obezity

S obezitou mohou nastat i různé komplikace. Velmi častou komplikací je například metabolická komplikace zvaná inzulinorezistence, což je porucha glukózové tolerance, při které vzniká diabetes mellitus II. typu neboli cukrovka. Diabetes mellitus je porucha metabolismu cukrů, charakterizovaná zvýšenou glykemií a glykosurií. Mezi metabolické komplikace patří též i dyslipidemie, což je vysoká hladina cholesterolu v krvi. Obezita je velmi rizikový faktor kardiovaskulárních onemocnění. Proto obézní pacienti velmi často trpí hypertenzí, ischemickou chorobou srdeční, arytmiemi a podobně (apod.). Většina pacientů si také stěžuje na dušnost. Dalšími komplikacemi jsou cholelithiáza, cholecystitida nebo gastroezofageální reflux. Obézní pacienti také mají problémy se zařazením do společnosti (Hainer, 2011).

1.2.2 Vyšetření obézního pacienta

Dle Kasalického (2018) se vyšetření obézního pacienta nijak neliší od základního interního vyšetření. V první řadě lékař zjistí pacientovu anamnézu a poté se přistoupí k samotnému vyšetření. První základní diagnostika obezity je stanovení body mass indexu (BMI) neboli hmotnostního indexu. BMI se vypočítá tak, že se hmotnost v kilogramech vydělí druhou mocninou výšky v metrech. Další vyšetření je tzv. měření podkožního tuku kaliperem. Tento přístroj změří tloušťku kožní rasy. Dále se pacientovi odebere krevní vzorek a odešle se k laboratornímu vyšetření. Poté lékař pacientovi změří

fyziologické funkce, které poté zhodnotí. Tyto metody jsou prováděné většinou ambulantně (Sanjay, 2016).

1.2.3 Léčba obezity

Léčbu obezity rozdělujeme na nefarmakologickou, farmakologickou a chirurgickou léčbu. Nefarmakologickou léčbou se rozumí, že pacient dodržuje doporučený dietní režim. To znamená, že si pacient začne psát svůj denní jídelníček a začne počítat, jaký má za den příjem energie a bílkovin. Tato dietní opatření vedou k tomu, že se mu zvýší příjem vhodných potravin. Pacient by měl samozřejmě být také přiměřeně fyzicky aktivní, aby nedošlo k ochabnutí svalstva. Ovšem, jakmile obézní člověk nevidí v blízkém okolí žádnou podporu, ihned ztrácí motivaci zredukovat svoji váhu a tím i pomoci svému zdraví. Farmakologickou léčbou se spíše řeší komplikace vzniklé při obezitě. Nejčastější komplikací je diabetes mellitus, který se řeší inzulinoterapií nebo podáváním perorálních antidiabetik. Zároveň se léky řeší i jiná další onemocnění, například hypertenze nebo hyperlipoproteinemie. Nejnovějším trendem v léčbě obezity je však léčba chirurgická (Owen, 2012).

1.3 Bariatrická chirurgie

V této kapitole se budeme zabývat historií bariatrické chirurgie, typy výkonů, komplikacemi bariatrického výkonu a dalšími tématy. Důležitým tématem bude ošetrovatelská péče v předoperačním a pooperačním období.

1.3.1 Stručná historie bariatrické chirurgie

Dle Kasalického (2018) spadají první zmínky o chirurgické léčbě obezity do první poloviny 20. století. V této době byly tyto operace zaměřeny na odstranění tukové tkáně, nejčastěji na břiše. První resekci tenkého střeva provedl roku 1952 Henrikson, který touto operací snížil nadváhu u lidí s velkou obezitou. Tímto okamžikem se začíná v odborných kruzích mluvit o bariatrii. O rok později byl proveden první jejunoileální bypass pro léčbu těžké obezity. V roce 1957 uplatnili Payne a Scott tuto metodu v praxi. Chirurgové, zabývající se léčbou obezity, se v dalších letech proto začali zaměřovat na žaludek. Cílem prvních restriktivních operací bylo zredukovat množství potravy. První gastrický bypass (GBP) byl proveden Masonem v roce 1966, přičemž tato operační metoda je prováděna

dodnes. Význam bariatrické chirurgie nabývá stále více na své hodnotě a více se začala využívat možnost, při které se začaly používat laparoskopické miniinvasivní techniky. V roce 1991 byla v Česku provedena první cholecystektomie laparoskopickou technikou. Tato technika umožňuje provádět břišní operace s o hodně menší traumatizací tkání a s větší přehledností operačního pole. Dnes jsou bariatrické výkony ve velkém procentu prováděny hlavně laparoskopickou metodou. Laparoskopickými metodami se výrazně snížily peroperační a pooperační komplikace a tím se bariatrická chirurgie vyvíjí kupředu. U morbidně obézních pacientů je tato metoda velmi přínosná, hlavně z toho důvodu, že laparoskopické operace umožňují rychlou rekonvalescenci (Kasalický, 2011). Velmi populární chirurgickou metodou stal gastrický bypass. Účelem tohoto bariatrického výkonu bylo zredukovat váhu po operaci, ale byl i nevýhodný v tom, že se znemožnil přístup do dolního oddílu žaludku a snižoval možnost kontroly případného vzniku vředu nebo nádoru. I přes různé komplikace a hledání dalších možností chirurgické léčby obezity, se metoda GBP stala oblíbenou, jak pro možnost laparoskopického provedení, tak i pro výraznou redukci hmotnosti. V roce 1976 se Wilkinson snažil o nejšetnější zmenšení žaludku a to tím, že žaludek zabalil a stáhl do tubulizovaného tvaru. Avšak tento styl zmenšení objemu žaludku způsoboval mnoho komplikací, ale byl základem pro gastrickou bandáž, kterou v roce 1978 provedl Wilkinson v USA. V léčbě obezity se objevila i metoda mezičelistní (mandibulo-maxilární) fixace, která byla spojena s různou řadou komplikací, a proto se od této metody ustoupilo. Na konci sedmdesátých let minulého století byly spekulace o další možné chirurgické léčbě obezity. Diskutovalo se o takzvané (tzn.) biliopankreatické diverzi. Postupem času se vymýšlely další metody pro léčbu obézních pacientů, z toho některé metody jsou experimentální, např. gastrická elektrostimulace, a některé metody jsou používány dodnes (Fried, 2015).

1.3.2 Typy bariatrických výkonů

U morbidně obézních nemocných rozdělujeme bariatrické operace na metody, které vedou k redukci energetického příjmu omezením přijímané potravy (např. žaludeční bandáž, sleeve gastrectomy, gastroplicace), metody kombinované (gastrický bypass) nebo také metody vedoucí k malabsorpci (biliopankreatická diverze). V současnosti jsou tyto operace prováděny nejčastěji laparoskopickou technikou. Jestliže je v některém případě kontraindikována laparoskopická metoda, lékaři přistoupí ke klasickému operativnímu postupu, tj. k laparotomii (otevření dutiny břišní velkým řezem) (Kasalický,

2018). Dle Janíkové a Zeleníkové (2013) se chirurgická léčba obezity dělí na 3 typy výkonů: restriktivní výkony, malabsorpční výkony a výkony kombinované.

Mezi první typy bariatrických operací patří tzv. restriktivní výkony. Hlavní cíl restriktivních výkonů je snížení objemu přijímané potravy. K tomuto účelu se provádí několik typů operací.

Adjustabilní gastrická bandáž (AGB) je základní operační postup používán v restriktivní bariatrické chirurgii. V tomto operačním postupu se jedná o zaškrcení žaludku bandáží do tvaru nesymetrických přesýpacích hodin, tím se sníží kapacita žaludku. Tato bandáž nijak neovlivňuje vstřebávání základních živin, minerálů ani vitaminů. Adjustabilní bandáž pacientovi pomáhá po operaci k tomu, aby mohl omezit denní množství přijímané potravy a zabránit tak přejídání (Müllerová, 2009).

Sleeve gastrektomie-tubulizace žaludku (SG) je jedna z restriktivních metod bariatrické chirurgie, která vychází z malabsorpční metody duodenální switch (DS). Hlavním cílem této metody je snížení objemu žaludku. Tím, že se žaludek zmenší, je množství přijímané stravy několikanásobně menší, než tomu tak bylo před zákrokem a pacient je schopen dodržovat redukční dietu. Výhodou SG je také to, že ji lze zkombinovat s adjustabilní bandáží (Kasalický, 2018).

Plikace velkého zakřivení žaludku je dle Owen (2012) nejnovějším restriktivním výkonem. Je to jedna z levnějších a jednodušších operací, která byla vyvinuta podobně jako gastrická bandáž. Při této metodě se nepoužívá žádný implantovaný materiál. Tento výkon se po čase může stát potencionálně vratným výkonem. Při plikaci žaludku vznikne kapacita žaludku o objemu 80-100 mililitrů v klidovém stavu.

Intragastrický balon je dle Špičáka (2017) je tento endoskopicky prováděný bariatrický výkon celosvětový. Tyto balony jsou vyrobeny ze silikonového materiálu, které jsou umístěny do žaludku endoskopickou metodou. V současnosti se balon v žaludku zanechává šest měsíců. Další nové balony, které byly vyrobeny, měly podobu kapsle. Tyto kapsle mohl pacient polknout. Častou komplikací po výkonu se uvádí nevolnost, zvracení, pyróza nebo i břišní křeče.

Malabsorpční bariatrické výkony jsou výkony, které redukují vstřebávání živin. Jsou mnohem efektivnější než restriktivní výkony, ale jsou více doprovázeny pooperačními komplikacemi, protože jsou technicky náročnější. K těmto výkonům patří biliopankreatická diverze (BPD) a duodenální switch (DS).

Biliopankreatická diverze (BPD) se dle Kasalického (2011) zabývá léčbou morbidně obézních pacientů, kteří mají i přidružené metabolické onemocnění. Tato metoda se považuje za zásadní metodu bariatrické chirurgie. Postupem času se vývoj a techniky operace vyvíjely a vznikly dva typy BPD. Každý typ BPD je možný operovat jak laparotomicky, tak i laparoskopicky. První typ je biliopankreatická diverze (BPD) a druhý typ je duodenální switch (DS). BPD je nejčastěji prováděna v Evropě. V současné době se dá říci, že touto metodou jsou léčeni pacienti s DM II. typu, kteří netrpí těžkým stupněm obezity.

Duodenální switch (DS) je obměna biliopankreatické diverze, kde došlo k redukci vertikální resekci ze strany velké křivatury na způsob plikace žaludku a byl ponechán pylorus. Vytvoří se ta dvě střevní kličky, které jsou spojeny přibližně 75-150 centimetrů od konce tenkého střeva (Bergerová a kol., 2014).

Mezi další typy bariatrických operací patří tzv. kombinované bariatrické výkony. Tyto výkony mají jak restriktivní, tak i malabsorpční prvky. Ke kombinovaným bariatrickým výkonům patří gastrický bypass.

Gastrický bypass (GBP) se dle Owen (2011) provádí už od roku 1966. Roux-Y gastrický bypass (RYGBP) patří mezi první bariatrické výkony. Stal se celosvětově nejčastější operací v bariatrické chirurgii. U RYGBP se jedná o kombinaci restriktivní a malabsorpční operace. Operací se vytvoří žaludeční kapsa, která je poté oddělena od zbývajících žaludku. Zbývajících žaludek je vyřazen ze své funkce, ale je ponechán na svém místě. Tím, že vznikne žaludeční kapsa, si pacient připadá po malém množství stravy sytý. Po delší dobu je efekt redukce hmotnosti a vyléčení přidružených onemocnění rychlejší než u SG, ale efekt po přibližně dvou letech je na stejné úrovni (Wedman, 2017).

1.3.3 Indikace a kontraindikace bariatrického výkonu

Indikace k těmto operacím vychází z předešlého dlouhodobého sledování pacienta, jeho spolupráce a zdravotního stavu. Hlavní indikace k podstoupení bariatrické operace je zdravotní. Tato léčba obezity má za úkol snížit zdravotní rizika související s obezitou. Tento typ chirurgické operace chápeme jako operaci, která zachraňuje životy. V dnešní době se setkáváme s tím, že častějšími pacienty, kteří podstoupí bariatrický výkon, jsou ženy. To nám ukazuje, že tyto operace mají velký podíl z estetického hlediska k motivaci a rozhodování, zda podstoupit zákrok nebo ne. Hlavní kritéria pro indikaci léčby těžké obezity chirurgickou metodou jsou $BMI \geq 40$. Musí se dodržovat také věková hranice. Bariatrický výkon může podstoupit pacient, kterému je nejméně 18 let. Další kritérium, a zároveň velmi důležitým předpokladem je, že pacient bude spolupracovat se zdravotnickým personálem a doživotně bude akceptovat změny ve stravovacích návycích. Mezi poslední kritéria patří zhoršující se stav pacienta po zdravotní stránce a selhávání konzervativní léčby, při které je nedostatečný efekt a recidiva obezity (Bergerová a kol., 2014).

Všichni pacienti, kteří začínají uvažovat o bariatrické operaci, si musí uvědomit, že tato operace není jednoduchá po stránce fyzické, natož po stránce psychické. Metodě, kterou si pacienti vyberou, musí porozumět a stejně tak musí souhlasit s dodržováním pooperačního režimu, s daným dietním režimem a musí si uvědomit, že musí pokračovat ve spolupráci s diabetologem, chirurgem či psychologem. Nedodržením těchto zásad nebude bariatrický výkon doporučen, z toho důvodu, že je výsledek operace nejistý. Lékaři si nebudou jisti, zda bude pacient schopný dodržovat tyto zásady a při nedostatečné a při chybné spolupráci by mohlo dojít až k závažnému poškození zdraví (James E., De Zwaan, 2012). Mezi základní kontraindikace bariatrického výkonu patří vážné poruchy psychického chování (např. alkoholismus, drogová závislost) a mentální retardace. Mezi kontraindikace patří samozřejmě i jiná onemocnění, která mohou přímo ohrozit pacienta na jeho životě. Těmito nemocemi jsou například poruchy imunitního systému, malignity, systémové choroby či kardiální nebo hepatální selhávání, které nereagují na léčbu. Ta nejzávažnější kontraindikace je gravidita a hormonálně podmíněná obezita (Kasalický, 2011).

1.3.4 Specifika ošetrovatelské péče v předoperačním období

Předoperační péče u bariatrických operací se nijak neliší od jiných typů operací. Podstatou během přípravy k operaci je rozhodnutí o bariatrickém výkonu a včasná edukace pacienta. Zdravotní stav pacienta posuzuje obezitolog nebo diabetolog, bariatrický chirurg a psycholog. Veškerá předoperační vyšetření jsou standardní jako u jakékoli jiné chirurgické operace, kde se přihlíží k aktuálnímu stavu pacienta (Bartůnek a kol., 2016).

Předoperační příprava se rozděluje na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední. Každá pečlivě vykonaná předoperační příprava může zabránit vzniku pooperačních komplikací. Při dlouhodobé předoperační přípravě je pacient chirurgem poslán k internímu předoperačnímu vyšetření. Toto vyšetření provádí praktický lékař nebo interní lékař. Zpravidla nesmí být výsledky interního předoperačního vyšetření starší 14 dnů před operačním výkonem. Praktický lékař či internista zhodnotí pacientovy fyziologické funkce a laboratorní výsledky. Sestra natočí elektrokardiograf, a poté lékař odešle pacienta na rentgenové vyšetření srdce a plic (Čoupková, Slezáková, 2010).

Krátkodobá předoperační příprava je prováděna 24 hodin před samotným výkonem. Během této přípravy se zdravotnický personál zaměřuje především na fyzickou, psychickou a anesteziologickou přípravu. Jednou z nejdůležitějších příprav před operačním výkonem je, že každý pacient musí být lačný minimálně 6-8 hodin. U pacientů s nedostatečnou hydratací a poruchou výživy se přívod živin a tekutin opatří parenterální cestou. Těsně před výkonem je pacientovi doporučeno spontánně vyprázdnit močový měchýř. Při obtížnějších a dlouhých operacích je pacientovi zaveden permanentní močový katétr. Dle druhu operace se chirurg rozhodne o provedení očistného klyzmatu nebo o podání vyprazdňovacího roztoku. Z hlediska hygienické péče se zdravotnický personál zaměřuje na dezinfekci pupku a oholení operačního pole. Dle soběstačnosti pacienta provádí celkovou hygienickou péči personál nebo pacient sám. Pozornost se vztahuje i na úpravu nehtů. Přiložení elastických bandáží či antiembolických punčoch se provádí dle zvyklostí daného oddělení. Tyto bandáže fungují jako prevence tromboembolické nemoci (TEN) (Vytejková a kol., 2015). Nezbytnou součástí vyšetření před bariatrickým výkonem je i psychologické vyšetření. V tomto vyšetření se jedná jak o přípravu vhodného kandidáta k operaci, ale také o to, jak je pacient po psychické stránce připraven na změnu ve svém životě. Psychologické vyšetření probíhá formou polostrukturovaného

rozhovoru. Během rozhovoru získává psycholog pacientovu anamnézu a v průběhu rozhovoru se pacienta vyptává na jeho současný jídelníček a na fyzickou zdatnost. Důležitou součástí psychologického vyšetření je motivace. Nejčastější motivací u pacientů bývá jejich zdraví a omezení v pohybu. V tématu motivace jde ale i o to, že bariatrický výkon vyžaduje doživotní spolupráci a uchazeč musí o tuto operaci skutečně stát. Jakmile psycholog rozhodne o odkladu bariatrického výkonu, znamená to, že je například nutná změna zvyklostí, stabilizace psychického stavu nebo i změna sociální situace. Psycholog se v tomto stavu snaží pacientovi stanovit konkrétní cíl a domluví si s pacientem pravidelné kontroly, na kterých bude sledovat vývoj obtíží (Fried, 2011). Anesteziologické vyšetření provádí vždy anesteziolog. Anesteziolog přichází za pacientem na dané oddělení. Během tohoto vyšetření lékař zhodnotí zdravotní stav pacienta, seznámí ho s anestezií, s možnými riziky a podepíše s pacientem informovaný souhlas s anestezií (vzor je přiložen v příloze č. 1). Po vyšetření lékař doplní další možné ordinace a rozhodne o premedikaci před výkonem (Čoupková, Slezáková, 2010).

Bezprostřední předoperační příprava je omezena na asi 2 hodiny před operací. Při této přípravě je hlavním úkolem zkontrolovat veškerou dokumentaci. Sestra dohlíží na to, aby všechny informované souhlasy (vzory informovaných souhlasů jsou přiloženy v přílohách č. 2 a 3) byly podepsané jak pacientem, tak i lékařem. Sestra zkontroluje připravené operační pole, přiloží bandáže a provede též i kontrolu chrupu. U pacientů s umělým chrupem je zapotřebí chrup z úst vyjmout. Dle požadavků lékaře sestra zavede permanentní močový katétr, nasogastrickou sondu nebo permanentní žilní katétr (PŽK), poté udělá záznam do dokumentace. Předepsaná premedikace se aplikuje dle ordinace anesteziologa (Janíková, Zeleníková, 2013).

1.3.5 Specifika ošetrovatelské péče v pooperačním období

Pooperační péče je dle Janíkové a Zeleníkové (2013) rizikové období, při kterém je důležité sledování vitálních funkcí a případných pooperačních komplikací. Dále je důležité zvládání bolesti a péče o psychický stav. Dle typu operace je pacient převezen z operačního sálu na jednotku intenzivní péče (JIP) nebo na standardní oddělení pro stabilizaci po operaci. Hlavním cílem pooperační péče je pacienta co nejrychleji vrátit do jeho běžného života. Když je pacient přeložen na JIP, je pacient připojen na monitory a sledují se jeho fyziologické funkce. Dle závažnosti operace sestra sleduje stav vědomí, tepu, tělesné teploty a krevního tlaku v pravidelných intervalech, které se postupně

prodlužují. Tyto údaje se zapisují do zdravotnické dokumentace k tomu určené. Dále u pacienta sestra sleduje bolest (dle škál bolesti), možné komplikace a jejich příznaky, predilekční místa a stav kůže, výsledky různých ordinovaných vyšetření (např. u nemocných s diabetes mellitus sledujeme glykémii). Sledování stavu pacienta je doplněno také sledováním o operační ránu, případně monitorování zavedených drénů. Dojde-li u pacienta k nějakému zhoršení, sestra je povinna ihned informovat lékaře (Kasalický, 2018).

Každý bariatrický výkon má specifickou pooperační péči. Pokud průběh operace probíhal bez komplikací, je možné pacienta propustit do domácího prostředí 1. -5. pooperační den. Pacient, který podstoupil bariatrickou operaci a je propuštěný domů, musí docházet na pravidelné kontroly, kde pacienta bude sledovat obezitolog, chirurg a podle potřeby i psycholog. Při těchto kontrolách lékaři sledují, jak se pacientovi daří a jak si vede v dodržování režimových opatření (Líbová a kol., 2019).

Vzhledem k tomu, že bariatrické výkony se většinou provádějí laparoskopickými technikami, je rána tvořena jen několika vpichy. I přes to, že operační rána má jen několik vpichů, ovlivňuje jejich hojení i několik faktorů. Nejčastější faktory ovlivňující hojení operační rány jsou vysoký věk pacienta, přítomnost infekce, stres, nedostatek spánku či spolupráce a motivace pacienta k léčbě. U operační rány sestry hodnotí velikost rány, okolí rány, bolest a klasifikaci rány. Při známkách infekce v operační ráně sestra sleduje také zápach a exsudát. Veškeré hodnocení operační rány sestra zapisuje do formuláře pro hojení ran. Zároveň sestra popisuje i to, zda je součástí operační rány nějaký drén či stehy. Každá operační rána je po operaci sterilně kryta. U každé operační rány se první převaz dělá nejdříve za 24-48 hodin. Jestliže dané sterilní krytí prosakuje, tak jej za sterilních podmínek sestra vymění, když je operační rána bez prosaku, krytí se nejčastěji ponechá do druhého dne. Další převazy provádí sestra za aseptických podmínek a dle zásad jednou denně nebo dle ordinace lékaře. Během převazu rány lékař či sestra kontroluje okolí rány, bolest a známky infekce. Odstranění stehů provádí vždy lékař 7.-10. den po operaci. Během operace je možné, že se lékaři rozhodli zavést tzv. Redonův drén, což je podtlaková drenáž, u které sledujeme funkčnost, místo zavedení, množství odpadu. Sestra během péče o drén zapisuje, kolik tekutiny z drénu odchází, sleduje charakter tekutiny a poté to hlásí lékaři. Při každém převazu drénu sestra pracuje velmi opatrně, aby drén neodstranila. Při převazu používá sterilní materiál i chirurgické nástroje. U pacienta, který má zavedený drén je sestra povinna ho edukovat o opatrném pohybu, o vhodné poloze

a o hygienickém režimu. Mezi invazivní vstupy patří např. žilní vstupy, z toho nejčastější je permanentní žilní katétr (PŽK). Permanentní žilní katétr umožňuje přístup do venózního řečiště. O PŽK se sestra stará podobně, jako o zavedený drén. Celý převaz musí být proveden vždy za aseptických podmínek. Během převazu sestra kontroluje vpich a jeho okolí, zda neprokazuje nějaké známky infekce. Infekce se projevuje místními příznaky, jako je zarudnutí v místě zavedení, sekrece či bolest při aplikaci léčiva. Při jakémkoliv projevu rozvíjející se infekce, sestra provede záznam a ihned informuje ošetřujícího lékaře. Sterilní krytí se mění dle potřeby nebo dle výrobce. V souvislosti s celkovou péčí o PŽK sestra zkontroluje funkčnost katétru. Permanentní žilní katétr je zpravidla zaveden tři dny, poté musí být zaveden nový. V případě, že má pacient špatné žíly, může se PŽK ponechat déle. V tomto případě musí být PŽK sledován častěji (Vytejková a kol., 2015).

1.3.6 Edukace pacienta před bariatrickým výkonem

Dle Juřeníkové (2010) lze edukaci popsat jako nepřetržité ovlivňování chování a jednání jedince a způsobit tak pozitivní změny v jeho znalostech, postojích, návycích a dovednostech. Edukace tedy představuje výchovu a vzdělávání jedince. Jako u každé jiné operace je zapotřebí řádně edukovat pacienta před operačním výkonem. Pacient je edukován jak od lékaře, tak i od sestry. Je velmi důležitá včasná edukace pacienta. Během edukace musí pacient pochopit princip zákroku, který byl vybrán, a jeho rizika. Poté pacient také musí souhlasit s další spoluprací obezitologa po operaci a případně i psychologa. Osvědčenou metodou edukace se stala kombinace edukačního materiálu (vzor edukačního materiálu je přiložen v příloze č. 5, 6 a 7) s ústním upřesněním. Edukační materiál dostane pacient s předstihem. Tento materiál si může pročíst doma a připravit si případné otázky (Wichsová, 2013). Sestra je povinna poučit pacienta o všech výkonech, které u něj bude provádět. Sestra musí pacientovi vysvětlit, jaký dietní režim bude muset dodržovat. Tzn., že pacientovi vysvětlí, že je za potřebí být lačný 6-8 hodin před výkonem. U předoperační přípravy sestra provádí různé výkony. Je nutné, aby sestra pacienta poučila o tom, jak si má připravit operační pole a z jakého důvodu se to dělá. Dále je za potřebí edukovat pacienta o zavedení PŽK či permanentního močového katétru. V průběhu edukace se může pacient na cokoli zeptat. Mezi poslední edukace patří též podpisy informovaných souhlasů. Lékař či sestra musí vše pacientovi podrobně vysvětlit a poté může tyto dokumenty pacient podepsat. Jako poslední sestra poučí

pacienta o nasazení elastických bandáží či punčoch. S touto edukací souvisí i poučení pacienta, že po nasazení bandáží musí pouze ležet, proto je důležité pacienta upozornit před nasazením bandáží na spontánní vyprázdnění močového měchýře (Fried, 2011).

1.3.7 Edukace pacienta po bariatrickém výkonu

Edukací pacienta po operačním výkonu se rozumí poučit pacienta o pooperačním režimu. Pacient je poučen sestrou o pravidelném kontrolování fyziologických funkcí. Dále je lékař povinen edukovat pacienta o možných pooperačních komplikacích, což je například krvácení, výrazné bolesti v operační ráně a jiné. První pooperační den je pacient poučen o popíjení čaje v malých dávkách a v častých intervalech. Dále je poučen o možnosti vhodné rehabilitace, např. chůze kolem lůžka. Pacient je edukován o zredukování stravy, kterou musí dodržovat i po propuštění z nemocnice. Druhý den po operaci je pacient schopný sníst mixovanou stravu. Pacientovi je vysvětleno, že je žaludek zmenšen, a tím nebude schopen sníst běžnou porci. Dále je pacient poučen o nutnosti převazu operační rány a případně i zavedení drénu. Pacient je poučen sestrou o přivolání sestry či zdravotnického personálu při jakýchkoli obtížích (Bartůněk a spol, 2016).

1.3.8 Dieta před bariatrickým výkonem

Účelem předoperační diety je dosažení minimální úpravy hmotnosti a zajištění, aby nedocházelo k živinovým nedostatkům a bylo zaručené pozvolné dlouhodobé snížení hmotnosti. Redukce hmotnosti před bariatrickým výkonem je důležitá jak v předoperační přípravě, tak je to i důležitý krok, kterým se pacient připraví na stravovací pooperační režim. Pacient by měl projevít schopnost zredukovat svoji hmotnost před bariatrickou operací. I malý pokles hmotnosti způsobí zmenšení vnitřních orgánů, především jater, a tím se zjednoduší ovládání laparoskopického přístroje při operaci. Jestliže pacient zredukuje na co nejmenší hmotnost před operací, dokáže tak celému zdravotnickému týmu motivaci a odhodlání zhubnout. Menší redukce váhy je též důkazem, že pacient dodržuje stravovací režim (Svačina, Bretšnajdrová, 2008).

Většina obézních pacientů se setkává s nevhodně sestaveným stravovacím režimem, proto je úlohou nutričního terapeuta vést pacienta k tomu, aby přijal primární stravovací návyky. To znamená, že čím aktivněji pacient přistupuje k doporučením nutričního terapeuta, tím lze očekávat lepší výsledek léčby. V běžném životě se setkáváme

s nepravidelným stravováním, které je zapříčiněno nepravidelným denním režimem. Pacienta je nutno edukovat o správném a pravidelném stravování, které zajistí dostatečné množství výživových prvků. Pacientovi je možné doporučit různé pomůcky, u kterých bude mít přehled, v jaké době se stravoval. Nejlepší pomůckou pro sledování denního režimu je nastavení budíku na mobilním telefonu nebo si může pacient dělat pravidelné zápisy jídelníčku. Pacient by měl být schopný stravovat se po třech hodinách a během dne do jídelníčku zařadit i menší svačiny mezi hlavními jídly (Mitchell, De Zwaan, 2012).

Pacient by měl být zdravotnickým personálem nebo nutričním terapeutem edukován o možných rizicích, které mohou nastat při nepravidelné stravě po bariatrickém výkonu. Během zapisování jídelníčku, který musí být zapisován minimálně jeden týden, navrhne nutriční terapeut změny ve stravovacím režimu. U většiny pacientů je třeba zvýšit příjem bílkovin a minimalizovat příjem tuků i jednoduchých sacharidů a vést pacienta k celkové skladbě jídel. Při pravidelných návštěvách u nutričního terapeuta by měl být pacient schopen do jídelníčku přidat větší množství zeleniny a rozlišit případný zdroj makronutrientů. Důležitou součástí pooperační diety je i pitný režim. Pacient si nacvičuje pitný režim již před operací jen z toho důvodu, že po bariatrickém výkonu musí dodržovat zásady stravování, tak i zásady pitného režimu (Fried, Svačina, 2018).

1.3.9 Dieta po bariatrickém výkonu

Jeden z cílů pooperační diety je přizpůsobení trávicího traktu na operační výkon. Druhým cílem je rychlá redukce hmotnosti, která pacienta motivuje k další redukci a uzdravení se. Jedním z efektů je například zlepšení glykemií u diabetiků, které podporuje hojení ran (Fried, 2011).

Pooperační režim potřebuje zodpovědný přístup pacienta. Pacient po operaci pravidelně dochází k nutričnímu terapeutovi s rozbořem jídelníčku, který tvoří základ každé další kontroly. V případě špatného stravování mohou nutriční terapeuti doporučit změny v jídelníčku. Tudíž nutriční terapeut musí edukovat pacienta o skladbě a odměřování porcí a také o pitném režimu. Stravovací režim po těchto operacích se liší typem operace. Například u malabsorpčních zákroků má pacient naordinovanou parenterální výživu a u restričních zákroků pacient dostává vodu a neslazený čaj, poté pacienti pokračují bujonem a bílým jogurtem. Během tekuté fáze diety je doporučeno přijímat hlavně bílkoviny, které napomáhají k lepšímu hojení operační rány. Nejvhodnější suroviny po

operaci pro pacienta jsou zakysané mléčné výrobky, zeleninové a masové vývary, ke snídani je doporučeno zařadit džus bez dužiny, přičemž je třeba se vyvarovat časté konzumaci ovocných šťáv. Ovocné šťávy obsahují vyšší množství jednoduchých cukrů, které tělu po operaci nepřispívají (Kasalický, 2011). V kašovitě fázi si pacient musí stravu připravovat formou pyré. Je zde zapotřebí si stravu mixovat tak, aby v ní nebyly žádné kousky. Při konzumaci jakéhokoliv ovoce či zeleniny je třeba vše oloupat, zbavit semínek a rozmixovat. Příčinou nauzey je většinou požívání nevhodného jídla. Za nevhodné jídlo je považováno například celozrnné pečivo, těstoviny nebo také rýže, ale naopak za vhodné se považuje například bramborová kaše bez másla, která obsahuje potřebné sacharidy. Pestrou stravu u restričních typů operací pacienti odměřují celoživotně. Důležité je, aby se pacient zaměřil hlavně na bílkoviny, které by měly být polovinou celého objemu stravy, zbytek představuje zelenina a sacharidy. Velikost porcí u malabsorpčních typů operací je většinou stejná jako běžná porce, musíme však dbát na to, aby v této stravě byly zastoupeny všechny základní živiny. Mezi základní rady, jak se stravovat po operaci jsou odměřování správné hmotnosti porcí, dodržování správného množství bílkovin, sacharidů a zeleniny v pestré stravě, popíjení menšího množství tekutin, nejlépe obyčejné vody, pravidelný stravovací režim, pohybový režim a v neposlední řadě pravidelné kontroly na obezitologii (Kasalický, 2018).

1.3.10 Změny životního stylu po bariatrickém výkonu

Dle Frieda (2018) není žádná metoda bariatrické chirurgie stoprocentně účinná a vhodná pro každého obézního pacienta. Každá bariatrická metoda na každého pacienta působí individuálně. Největší změny životního stylu se však ukáží přibližně rok po operaci. Objektivní změnou po výkonu bývá redukce váhy a také zlepšení přidružených onemocnění. Pacienti po bariatrickém výkonu pocítují radost ze života a mají lepší pocit sami ze sebe. Další zásadní změna v jejich životě je taková, že užívají mnohem méně léků. Pacienti nepocítují silné bolesti a radují se z častých pozitivních poznatků z okolního prostředí. Po bariatrickém výkonu dochází ke zmírnění narušeného jídelního režimu. Pacient je schopný si zredukovat jídelníček tak, aby mu vyhovovalo složení i množství. Po psychické stránce se též může pacient cítit lépe. Pacient si udržuje dobrou náladu, není v depresi a dokáže se zařadit do společnosti (Kasalický, 2011).

2 Výzkumná část

V této části bakalářské práce se budeme zabývat výzkumnou částí. Obsahuje zvolený cíl, zvolené výzkumné otázky, podotázky pokládané respondentům, popis metodiky výzkumu, charakteristikou vzorků respondentů a výzkumného prostředí, průběhu výzkumu, zpracování dat, analýzu výzkumu rozhovorů, interpretaci rozhovorů s respondenty a získané výsledky výzkumu.

2.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Cíl č. 1: Identifikovat specifika ošetrovatelské péče po bariatrickém výkonu z pohledu pacienta.

Cíl č. 2: Zmapovat, k jakým životním změnám u pacientů došlo po bariatrickém výkonu.

Výzkumná otázka č. 1: Jak pacienti hodnotí přístup a péči ošetřujících všeobecných sester před a po operaci?

Výzkumná otázka č. 2: K jakým životním změnám u pacientů došlo po bariatrickém výkonu?

Otázky položené respondentům během rozhovoru související s výzkumnou otázkou č. 1:

1. Jak jste se dozvěděla o možnosti podstoupení bariatrického výkonu?
2. Jak hodnotíte přístup všeobecných sester při předoperační péči o Vás?
3. Jak byste zhodnotil/a přístup všeobecných sester při pooperační péči o Vás?
4. Jak jste zvládl/a péči o sebe po operaci, případně jak o Vás pečoval zdravotnický personál?
5. Jaký přístup k Vám měly ošetřující všeobecné sestry, jestliže jste měl/ nějaké obtíže?

Otázky položené respondentům během rozhovoru související s výzkumnou otázkou č. 2:

6. Jaký byl Váš motiv k podstoupení bariatrického výkonu?
7. Do jaké míry se změnil po operaci Váš každodenní život?
8. Jaké pohybové aktivity jste začal/a dělat po zlepšení fyzického stavu po operaci?
9. Jaký dopad měla operace na Vaši psychiku?
10. Jaký dopad měla operace na Váš stravovací režim?
11. V jakých oblastech u Vás došlo ke zlepšení života?
12. Došlo u Vás v nějaké oblasti ke zhoršení života, pokud ano, z jakého důvodu?

2.2 Metodika výzkumu

Pro bakalářskou práci byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Sběr dat byl realizován pomocí polostrukturovaných rozhovorů s respondenty, kteří podstoupili bariatrickou operaci. Respondenti odpovídali na předem připravené a schválené otázky. Otázky byly voleny tak, aby se vztahovaly k cílům bakalářské práce. Rozhovory byly nahrávány na mobilní telefon a následně byly sepsány do písemné podoby a následně kódovány (ukázka rozhovoru a jeho kódování jsou v příloze č.). Jednotlivé odpovědi z rozhovorů byly analyzovány otevřeným kódováním a dále zpracované do tabulek. Jak uvádí Kutnohorská (2009): „*Otevřené kódování je část analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí pečlivého studia údajů. Je to proces rozebírání, prozkoumávání, Porovnáním jsou zjištěny podobnosti a rozdíly...*“. Rozhovory byly prováděny zcela anonymně a se souhlasem respondentů. Respondentky byly seznámeny s významem výzkumného šetření a jeho cílem. Rozhovory probíhaly během měsíců leden až březen 2020.

2.3 Charakteristika vzoru respondentů a výzkumného prostředí

Cílovou skupinou pro výzkum se stali respondenti, kteří podstoupili bariatrickou operaci. Celkem bylo osloveno 6 respondentů, u nich bylo hlavním kritériem minimálně jeden rok po prodělání bariatrické operace, typ operačního výkonu nebyl rozhodující. Dobu jeden rok po výkonu jsme určili z důvodu, že po této době jsou pacienti nejvíce navyklí na nové životní zásady a režimová opatření. Sběr informací jsme provedli formou polostrukturovaného rozhovoru, byl proveden osobně s každým respondentem v domácím prostředí v odpoledních hodinách. Před začátkem rozhovoru respondenti podepsali informovaný souhlas (vzor informovaného souhlasu je přiložen v příloze č. 1). Jedna respondentka odmítla podepsat informovaný souhlas, ačkoli souhlasila s poskytnutím rozhovoru a s použitím získaných informací k výzkumnému šetření.

Pro lepší přehlednost v textu uvádíme věk, typ výkonu a dobu po operačním výkonu v tabulce. V tabulce 1 jsou uvedeny základní informace o respondentech, kteří se zúčastnili výzkumného šetření této bakalářské práce. Všemi respondenty se staly ženy. Nejmladší respondentce bylo 42 let a nejstarší respondentce bylo 51 let. Respondentky jsou v této práci označeny jako R1, R2, R3, R4, R5 a R6.

Tabulka 1 Základní informace o respondentech

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Věk	49	51	50	50	42	50
Typ výkonu	Tubulizace žaludku	Tubulizace žaludku	Plikace žaludku	Tubulizace žaludku	Gastrický bypass	Gastrický bypass
Doba po operačním výkonu (v letech)	5	5	2	6	7	1

(zdroj: autorka)

2.4 Průběh výzkumu

Sběr dat probíhal v období leden až březen 2020 osobně v domácím prostředí respondentů. Celkem bylo osloveno 6 respondentek. Každé respondentce jsme vysvětlili průběh výzkumného šetření. Dále jsme respondentky seznámili s tématem a cílem bakalářské práce. Respondentkám byl vysvětlen způsob sběru potřebných informací. Sběr informací byl proveden polostrukturovaným rozhovorem. Po přichystání potřebného materiálu k výzkumného šetření byli respondentky kontaktovány a informovány o datu konání rozhovorů. Před začátkem rozhovoru jsme každou z respondentek informovali o nahrávání jejich odpovědí na diktafon a poté o písemném zpracování získaných informací. Dále jsme vyčkávali na jejich souhlas. Informovaný souhlas byl podepsán 5 respondentkami, jedna z respondentek nesouhlasila s uvedením jejího jména na informovaný souhlas, avšak poskytnutí rozhovoru a použití získaných informací potřebných k výzkumnému šetření bylo povoleno. Pro zachování anonymity respondentek jsou informované souhlasy k dispozici u autorky bakalářské práce.

2.5 Zpracování získaných dat

Pro zpracování získaných dat jsme použili program Microsoft Office Word 365. Získané informace od respondentek byly zpracovány otevřeným kódováním. Výsledky výzkumného šetření byly porovnávány písemně nebo tabulkově na základě stanoveného cíle, na který se vztahují výzkumné otázky.

2.6 Analýza výzkumu rozhovorů

Cíl č. 1: Identifikovat specifika ošetrovatelské péče po bariatrickém výkonu z pohledu pacienta.

Cíl č. 2: Zmapovat, k jakým životním změnám u pacientů došlo po bariatrickém výkonu.

Výzkumné otázky vztahující se k cílům č. 1 a 2:

Výzkumná otázka č. 1: Jak pacienti hodnotí přístup a péči ošetrujících všeobecných sester před a po operaci?

Výzkumná otázka č. 2: K jakým životním změnám u pacientů došlo po bariatrické operaci?

Otázky položené respondentům vztahující se k výzkumné otázce č. 1:

1. Jak jste se dozvěděla o možnosti podstoupení bariatrického výkonu?
2. Jak hodnotíte přístup všeobecných sester při předoperační péči o Vás?
3. Jak byste zhodnotila přístup všeobecných sester při pooperační péči o Vás?
4. Jak jste zvládala péči o sebe po operaci, případně jak o Vás pečoval zdravotnický personál?
5. Jaký přístup k Vám měly ošetrující všeobecné sestry, jestliže jste měla nějaké potíže?

Otázky položené respondentům vztahující se k výzkumné otázce č.2:

6. Jaký byl Váš motiv k podstoupení bariatrického výkonu?
7. Do jaké míry se změnil po operaci Váš každodenní život?
8. Jaké pohybové aktivity jste začala dělat po zlepšení fyzického stavu po operaci?
9. Jaký dopad měla operace na Vaši psychiku?
10. Jaký dopad měla operace na Váš stravovací režim?
11. V jakých oblastech u Vás došlo ke zlepšení život?

12. Došlo u Vás v nějaké oblasti ke zhoršení života, pokud ano, z jakého důvodu?

2.6.1 Interpretace rozhovorů prováděných s respondentkami

Respondent č. 1

Žena ve věku 49 let podstoupila tubulizaci žaludku. Po bariatrické operaci je respondentka 5 let. Měla zdravotní potíže, byla nespokojená se svým vzhledem a psychicky nevyrovnaná. Pracuje jako účetní.

Na první otázku, jak se dozvěděla o zákroku respondentka uvedla, že ji o bariatrickém zákroku informoval lékař a dodala: „Vše mi vysvětlil a já jsem pochopila vše, co mi o zákroku říkal“. Dále respondentka zhodnotila předoperační péči a přístup sester. „Přístup sester byl skvělý. Občas se stalo, že byla nějaká sestra nepříjemná, ale jinak byly všechny velmi ochotné a vstřícné. Vše mi podrobně vysvětlily, řekli mi, co mám dělat a co dělat nemám. Odpověděly mi na všechny mé dotazy“. Z rozhovoru je jasné, že i pooperační péče probíhala bez problémů. „Pooperační péče byla v pohodě. Sestry i lékaři byli velmi ochotní, jak v péči o moji osobu, tak měli i příjemný přístup k mému manželovi“. Respondentka dále sdělila, že manželovi poskytli veškeré informace, které chtěl vědět. „Přibližně každé dvě hodiny za mnou na pokoj chodily sestry a ptaly se, jestli něco nepotřebuji. Většinou jsem od nich nic nepotřebovala, jen léky na bolest a aby mi pomohly po operaci si dojít na toaletu. Nemohu si na nic stěžovat“. První den po operaci byla respondentka závislá na personálu. „Měla jsem bolesti a potřebovala jsem pomoci. Personál mě musel doprovázet na toaletu“. Druhý den po operaci byl již lepší. „Druhý den už to bylo mnohem lepší a vše jsem zvládala už sama.“ Dále dodala, že personál byl ve všech věcech velmi ochotný. Během hospitalizace měla silné bolesti. Zhodnocení přístupu sester při těchto potížích byl následovný: „Personál byl v této situaci velmi ochotný a příjemný. Jakmile jsem potřebovala na toaletu nebo cokoli jiného, personál mi byl velice nápomocný“. Jejím hlavním motivem k podstoupení tohoto zákroku byla nespokojenost a též i zdravotní potíže. Po operaci se cítí čilejší a sebevědomější. Do svého každodenního života přidala i nějaké další fyzické aktivity. „Před operací jsem chodila na procházky a dělala jógu. Po operaci v tom dále pokračuji, ale přidala jsem si k tomu i jízdu na kole a občas chodívám i do posilovny“. Dále uvádí, že nikdy se necítila psychicky tak dobře, jak po operaci. Na otázku, jaký dopad měla operace na stravovací režim uvedla: „Bohužel se stravou to bylo horší. Je to ještě i dnes, pokud sním více, tak

zvracím. Bez prášků na zvracení jsem se neobešla tři roky. Dosud musím brát léky na pálení žáhy, které stále přetrvává“. Respondentka je pohyblivější a sebevědomější. Udává, že si jídlo více vychutnává, jen ji mrzí, že nějaké potraviny, které dříve měla ráda, dnes nesnese.

Respondent č. 2

Žena, 51 let po tubulizaci žaludku. Po bariatrické operaci je respondentka 5 let. Je sledována na endokrinologii pro hypothyreózu. Pracuje jako učitelka v mateřské školce.

O tubulizaci žaludku se dozvěděla od své kamarádky a na internetových stránkách. *„Vysvětlila mi vše, co to obnáší a jak vše snášela. Zbytek jsem studovala na internetových stránkách“.* Předoperační a pooperační péči respondentka zhodnotila velice kladně. *„Péče byla vzorová, bez problémů, sestry byly ochotné, všímavé, příjemné. Měla jsem tam ze všeho moc dobrý pocit. Bylo o mě postaráno velice dobře“.* K pooperační péči už jen dodala: *„Vše mi bylo vysvětleno lékařem, sestry byly starostlivé, příjemné. Nic mi nechybělo“.* Respondentka uvedla, že byla hospitalizovaná pět nebo šest dní, z toho jeden den byla na jednotce intenzivní péče. Operaci snášela dobře. Při potížích byly sestry velmi ochotné: *„Měla jsem akorát bolesti, když jsem si chtěla sednout. Sestry byly opět velice pozorné, milé a ochotné pomoci. Já jsem nepotřebovala ani léky na bolest, snášela jsem to velice dobře. Převážně jsem zvonila na sestru jen v případě, když jsem potřebovala odpojit drén a dojít si na záchod nebo chodit v rámci pohybu“.* Motivem k této operaci byla váha respondentky. *„Potřebovala jsem trochu tu moji váhu snížit. Mám nefunkční štítnou žlázu a stále přibírám na váze“.* Každodenní život se respondentce nezměnil. Po operaci začala jezdit na kole a chodit na procházky. *„Nikdy jsem neušla tolik, jak teď. Jsem spokojená“.* Na otázku, jaký dopad měla operace na psychiku odpověděla, že operace žádný dopad na psychiku neměla. Stravovací režim se dle rozhovoru změnil velice. Dietu nedrží. Sní velmi malé porce, jakmile sní více, začne zvracet. *„Když jdeme s manželem do restaurace, tak nikdy nesmím celou porci. Dáváme si s manželem pokaždé jídlo na půl a když něco zbyde, necháme si to zabalit. Pokud sním něco, co mi nesedí nebo toho je víc, zvracím“.* Na otázky, jestli došlo ke zlepšení nebo ke zhoršení života, respondentka řekla, že žádné pocity zlepšení ani zhoršení nepocituje. *„Bohužel pocit zlepšení nemám. Snad jen první rok po operaci. Sice jsem hned po operaci kila shodila, ale postupně zase pomalu nabírám“.*

Respondent č. 3

Žena, 50 let po plikaci žaludku. Po bariatrické operaci je respondentka 2 roky. Trpěla bolestmi kolenního kloubu, které ji omezovaly v aktivním pohybu. Její obezita měla vliv i na její psychický stav a začala se léčit u psychiatra, kde se léčila přibližně dva roky. Hospitalizace trvala 5 dní. Pracuje na pozici obchodní asistentky.

K této bariatrické operaci se respondentka rozhodla na doporučení kamarádky. Poté kontaktovala lékaře, který se specializuje na bariatrickou chirurgii. *„Jeho informace byly pro mě dostačující, podal mi je srozumitelně a zodpověděl mi všechny moje dotazy“*. Na otázky, jaký přístup měly sestry při předoperační a pooperační péči, odpovídala velice kladně. Žádné problémy s personálem během hospitalizace neměla. *„Sestřičky byly velmi milé a měly velmi profesionální přístup. V prvních hodinách po operaci mi sestřičky nabízely doprovod na toaletu, což jsem nevyužila, snažila jsem se to zvládnout sama“*. Během rozhovoru bylo jasné, že byla velmi spokojená s péčí zdravotnického personálu. Už jen dodává: *„Nejvíce jsem ocenila, že při odběru krve, který je u mě problematický, ne každá sestra mi je schopná odebrat krev, protože mám špatné žíly, mě na požádání přišla rovnou nabrat zkušenější šikovná sestra“*. V oblasti osobní hygieny si vše zvládala dělat sama. Pomoc od zdravotnického personálu nepotřebovala. Po operaci neměla žádné potíže, ale i přesto byl zdravotnický personál velice ochotný. Před operací měla respondentka zdravotní potíže. Chtěla dělat různé sporty, ale kvůli zdraví to nezvládala. Její manžel byl ze začátku proti této operaci, ale nakonec ji podpořil. *„Chtěla jsem se líbit manželovi. Ten po mě sice zhubnutí nevyžadoval a zpočátku byl i proti operaci, ale nebránil mi, protože ví, že si stejně udělám, co chci“*. Respondentku také velmi mrzlo, že si nemůže koupit oblečení, které se jí líbilo. Už jen dodala: *„Samozřejmě mě štvalo, že si kvůli své obezitě nemohu koupit něco na sebe, co se mi líbí, protože to v mé velikosti XXL prostě nebylo“*. Dále pak uvádí, že se jí zvýšila fyzická zdatnost a že jí přestalo bolet koleno. Nemyslí si, že se jí změnil každodenní život, ale pociťuje menší únavu. Respondentka sportovala již před operací. Po operaci začala sportovat více se svojí dcerou. Jediné aktivity, které dělá sama je fitness a lyžování. *„Takže v zimě lyžuji, s dcerou bruslíme na kolečkových bruslích a chodíme na procházky 5–10 kilometrů 1 až 2krát týdně. Občas vyrazíme na kolo, jógu a občas si zajdu do fitness“*. Po zákroku se jí velice zvýšilo sebevědomí. Uvědomila si, že si toho všimlo i její okolí, proto neměla problém o této operaci říci svému okolí. Na otázku, jaký dopad měla operace na stravovací režim sdělila, že svůj jídelníček změnila minimálně. První rok po operaci ji

dělalo problém maso, kromě ryb. Už také ví, jaké množství jídla si může dovolit. „*Dnes už sním více, ale omezení objemu žaludku cítím stále. Už vím, kolik si mohu dovolit sníst*“. Na poslední otázky odpověděla velmi stručně. Udává, že se ji zlepšila fyzická zdatnost a zvýšilo se jí sebevědomí. Tímto odpověděla na otázku, v jakých oblastech se ji zlepšil život. Na otázku, jestli došlo ke zhoršení života odpověděla: „*Určitě ne*“.

Respondent č. 4

Žena, 50 let po tubulizaci žaludku. Po bariatrické operaci je respondentka 6 let. Snažila se nějaký čas zhubnout, později měla bolesti kloubů a byla omezena v pohybu. Byla unavená a nevykonná. Hospitalizace trvala 7 dní. Pracuje jako koncipientka.

Bariatrický výkon respondentce doporučil její lékař. „*Vše mi vysvětlil srozumitelnou formou*“. S předoperační a pooperační péčí byla respondentka velmi nespokojená. Zdravotnický personál byl velice neprofesionální a dávali jí najevo, že neměla žádnou operaci podstupovat. Respondentka si myslela, že ji před operací psychicky budou podporovat, ale bohužel ji zdravotnický personál ponižoval. Měla strach se personálu na cokoli zeptat. „*Přístup sester hodnotím trochu rozporuplně, byly až neprofesionální. Dávali mi najevo, že jsem nemožná. V předoperační době se o mě moc nezajímali. Po operaci jsem nekontrolovatelně zvracela, neudržela jsem žádnou tekutinu. Sestry mi dávaly najevo, že jsem ten zákrok nemusela a neměla podstupovat*“. Dále uvádí, že ne každá sestra byla neprofesionální a neochotná pomoci. Zdravotnický personál by měl každého pacienta psychicky podporovat, když vidí, že je pacient nervózní nebo má z operace strach. Během rozhovoru se respondentka svěřila, že před operací na tom nebyla moc dobře. „*Samozřejmě byly i výjimky. Myslím si, že by sestry měly podporovat i trochu psychiku pacienta. A zrovna mojí psychice moc nepomohly. Bála jsem se na něco i zeptat*“. Po operaci byla respondentka uložena na JIP. Zde byla zdravotní péče podle respondentky mnohem lepší než na standardním oddělení. Péči o sebe již druhý den zvládala bez pomoci personálu. Po operaci se necítila dobře a dle jejích slov byl personál ochotný, ale komentoval vše nevhodnými komentáři. „*Ne že by nebyly sestry schopné mi pomoci, ale neobešlo se to bez nevhodných komentářů, hlavně v noci. Vzpomínám si, že mi stále kapaly infuze a byla mi hrozná zima a po těch zkušenostech s nimi jsem si ani neřekla o další deku, ale snažila jsem se spát v županu*“. Hlavním motivem k operaci bylo to, že respondentka nedokázala sama zhubnout a později začala mít bolesti kloubů a byla omezena v pohybu. Na otázky, jak se změnil její každodenní život uvedla: „*Po operaci*

se vše obrátilo a ačkoli jsem se ještě asi tak týden po propuštění cítila slabě, vše jsem zvládala“. Po operaci hned nastoupila do práce, proto neměla tolik času na sport. Snažila se chodit na procházky a v létě chodit plavat, ale kvůli zaměstnání nechodila moc často. Dopad na psychiku měla operace pozitivní. „Na psychiku úžasný vliv, protože se mi zvedlo sebevědomí a začala jsem se sama sobě líbit“. Dnes nemá respondentka žádné problémy s potravou. Žádné potraviny ji nedělají žádné potíže, je schopná sníst vše. Avšak ze začátku ji nejvíce dělaly dobře silné a čisté vývary, které ji dodávaly sílu. Na otázky, jak se jí zlepšil a zhoršil život odpověděla následovně: „Myslím si, že mi operace pomohla k celkovému zlepšení života. Jsem mnohem aktivnější a pohyblivější. Ke zhoršení života určitě nedošlo“.

Respondent č. 5

Žena ve věku 42 let po bandáži žaludku. Po bariatrické operaci je respondentka 7 let. Už v dětství chodívala do léčeben pro obézní děti. Její váha se nezlepšila a nelíbila se jí její postava, proto se rozhodla podstoupit tuto operaci. Hospitalizace trvala 7 dní. Pracuje jako prodavačka.

Několik let hledala respondentka informace o gastrickém bypassu na internetových stránkách. „Bylo to na internetových stránkách dobře vysvětleno“. Respondentka uvedla, že s veškerou péčí zdravotnického personálu byla naprosto spokojená. Celkově byla hospitalizována týden. „Neměla jsem žádné velké bolesti, operaci jsem zvládla podle mě skvěle. Byla jsem ráda, že nemusím být na nikom závislá“. Po operaci žádné potíže neměla, proto jen dodala: „I přes to, že jsem žádné potíže neměla, sestry byly ochotné a milé“. Na otázku, do jaké míry se změnil každodenní život odpověděla: „Stala jsem se aktivnější matkou. S nadváhou jsem nebyla schopná si pořádně s dětmi hrát, hned jsem se u všeho zadýchala. Na výlety jsme také nemohli kvůli mně moc jezdit. Ted' jsem velice šťastná“. Už před operací respondentka chodila do posilovny, měla i trenéra. Po operaci ji začalo více bavit posilování a po vyndání stehů chodila do posilovny mnohem častěji. Jakmile se jí zlepšil fyzický stav, přestala s posilováním „mrzí mě, že mi to nevydrželo to cvičení déle“. Po operaci měla mnoho pocitů, nejradši by chtěla pomoci všem obézním lidem. „Střídalo se mnoho pocitů, byla jsem velká holka, co se nebála, pak jsem chvilka pocítovala zranitelnost. Časem jsem se srovnala a nejradši bych spasila svět a pomohla všem obézním s jejich nemocí“. Tato operace neměla žádný dopad na stravovací režim, respondentka mohla jíst vše, ale musela dodržovat malé porce jídla

s častějšími intervaly. Život se zlepšil v tom, že je více fyzicky aktivní. Na otázku, v jakých oblastech se zhoršil její každodenní život se svěřila, že se zhoršily vztahy v okolí. *„Lidi na vás nahlíží jinak. Zjistíte, jak povrchní jsou, jak důležitý je vzhled a kolik kamarádek vás opustí, protože vypadáte buď líp anebo žijete líp než ony sami. Konkurence a úspěch se neodpouští“.*

Respondent č. 6

Žena, 50 let po gastrickém bypassu. Po bariatrické operaci je respondentka 1 rok. Je sledována na diabetologii pro diabetes mellitus a na endokrinologii pro hypothyreózu. Začala více přibírat na váze a mít psychické problémy. Zhoršoval se její zdravotní stav, pociťovala dušnost a nemohla být pohybově aktivní, jak by potřebovala. Hospitalizace trvala 5 dní. Pracuje jako odborný referent.

Diabetolog respondentce nabídl gastrický bypass a na doporučení kamarádky operaci podstoupila. *„Vzhledem k tomu, že se mi stav začal rapidně zhoršovat, tak mi doktorka nabídla operaci gastrického bypassu“.* Na otázku, jak by zhodnotila předoperační a pooperační péči odpověděla následovně: *„Vše mi vysvětlili a žádný problém jsem neviděla. Byly prostě strašně hodný, stále se ptaly, jestli mě něco nebolí, jestli něco nepotřebuji. Nebyl žádný problém“.* Z odpovědi je tedy patrné, že péče zdravotnického personálu byla profesionální a ochotni pomoci při potížích. První den po operaci respondentka žádala personál o doprovod do koupelny. *„První den po operaci, ještě večer, jsem za pomoci sestřiček došla do sprchy, tam mě pomohly se umýt, opláchnout a druhý den jsem se šla ráno sama umýt, na záchod, udělat hygienu. Nedělalo mi to vůbec žádný problém“.* Po operaci neměla žádné pooperační obtíže, ale i přes to sestry chodily na pokoj a vyptávaly se respondentky, jestli má bolesti či nepotřebuje něco jiného. Sestry byly opět velmi milé a vstřícné. Motivem k podstoupení bariatrického výkonu byla váha a zdravotní problémy. *„Vzhledem k tomu, že jsem začala strašně přibírat, zhoršoval se mi stav ze stránky diabetologické, začala jsem mít psychické problémy. Nemohla jsem pořádně dýchat, nemohla jsem se pohybovat, tak jak jsem potřebovala. Hlavně teda, když mi paní doktorka řekla, že po tomto zákroku se mě ta cukrovka zlepší, že se mi sníží, tak jsem se rozhodla po domluvě s rodinou, kde mám velkou oporu, tak jsme se dohodli, že jako na tu operaci půjdu, že ji podstoupím“.* Každodenní život se respondentce změnil velice. Může se volně pohybovat, ohnout se, dělat věci, které dříve dělat nemohla a může se vyspat tak, jak nikdy dříve. *„Dobře se mi dýchá, cukr mám v naprostém pořádku,*

chodím na pravidelné kontroly“. Na otázku, jaké pohybové aktivity začala dělat po zlepšení fyzického stavu uvedla: *„Začali jsme s manželem více chodit, máme rádi turistiku, takže jsme začali chodit po horách, začali chodit plavat“.* Po psychické stránce se respondentce změnil život k nepoznání. Je více pozitivní, sebevědomější. Dále říká, že si začala vybavovat šatník novými věcmi, které si dříve nemohla dovolit. *„Můžu si koupit nové věci, začala jsem si kupovat nový šatník. Začala jsem o sebe daleko víc pečovat. Doma mi všichni říkají, jak jsem zhubla, jak mi to sluší“.* Po operaci musela respondentka změnit svůj stravovací režim. Byla zvyklá jíst 3krát denně. Vzhledem k tomu, že je schopna sníst jen malé porce, začala jíst 5 - 6krát denně. Respondentka se svěřila, že první půl rok po operaci jedla nejvíce sladkosti. *„Vzhledem k tomu, že můj cukr asi dostal zabrat, tak jsem byla půl roku živa hlavně ze sladkostí, nevím proč, ale prostě mi sladkosti strašně chutnaly. Ted' už se to zase omezuje, už mi to nechutná tak, jak mi to chutnalo“.* Na dotaz, jestli se respondentce zlepšil nebo zhoršil život, odpověděla následovně: *„Fyzicky jsem na tom velice dobře a zvýšilo se mi velice sebevědomí. Zhoršení života určitě ne. Problémy nemám. Nemám problémy zdravotní, nemám problémy psychický, nemám prostě vůbec žádný problém“.*

2.6.2 Vizualizace výsledků výzkumu

Podotázky položené respondentům vztahující se k výzkumné otázce č. 1

Podotázka č. 1

Jak jste se dozvěděla o možnosti podstoupení bariatrického výkonu?

K zodpovězení těchto podotázek jsme použili polostrukturované rozhovory, které byly prováděné s respondenty (odpovědi respondentů jsou sepsány výše v kapitole 2.6.1). Ze získaných odpovědí z rozhovorů jsme určili kategorii a kódy.

Kategorie: ZDROJ INFORMACÍ

Kódy: Kamarádka, Lékař, Internetové stránky

Tabulka 2 Jak jste se dozvěděla o možnosti podstoupení bariatrického výkonu?

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Kamarádka		❖	❖			❖
Lékař	❖		❖	❖		❖
Internetové stránky		❖			❖	

(zdroj: autorka)

Data v tabulce ukazují, že o bariatrickém výkonu se respondentky dozvěděly od kamarádky, lékaře nebo z internetových stránek. Pouze R5 se o bariatrických výkonech dozvěděla z internetových stránek. „*Už několik let jsem hledala informace o bandážích na internetových stránkách*“. Respondentky, které se o zákroku dozvěděly od lékaře se shodly na jednoznačné odpovědi, a to takové, že jim daný zákrok byl lékařem srozumitelně vysvětlen. R3 uvádí: „*Sama jsem kontaktovala lékaře, který je jedním z předních odborníků na bariatrické výkony. Jeho informace byly pro mě dostačující, podal mi je srozumitelně a zodpověděl všechny moje dotazy*“. R6 o bariatrii informovala diabetoložka a poté dostala doporučení i od své kamarádky. R2 se o zákroku dozvěděla od kamarádky a poté si hledala další informace na internetových stránkách. „*Vysvětlila mi vše, co to obnáší a jak vše snášela. Zbytek jsem studovala na internetových stránkách*“.

Podotázka č. 2

Jak hodnotíte přístup všeobecných sester při předoperační péči o Vás?

K zodpovězení těchto podotázek jsme použili polostrukturované rozhovory, které byly prováděné s respondenty (odpovědi respondentů jsou sepsány výše v kapitole 2.6.1). Ze získaných odpovědí z rozhovorů jsme určili kategorii a kódy.

Kategorie: HODNOCENÍ PŘEDOPERAČNÍ PÉČE VŠEOBECNÝCH SESTER

Kódy: Spokojenost, Nespokojenost

Tabulka 3 Jak hodnotíte přístup všeobecných sester při předoperační péči o Vás?

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Spokojenost	❖	❖	❖		❖	❖
Nespokojenost				❖		

(zdroj: autorka)

Z dané tabulky je patrné, že pět ze šesti respondentek byly spokojeny s předoperační péčí všeobecných sester. Mezi časté odpovědi patřilo, že sestry byly ochotné, vstřícné a příjemné. V rozhovorech se respondentky zmínily i o zodpovězení jejich případných dotazů: „Odpověděly mi na všechny mé dotazy. Když jsem něco nevěděla, snažily se mi to vysvětlit“. Pouze R4 hodnotila přístup sester jako neprofesionální. „Dávaly mi najevo, že jsem nemožná. V předoperační době se o mě moc nezajímaly“.

Podotázka č. 3

Jak byste zhodnotila přístup všeobecných sester při pooperační péči o Vás?

K zodpovězení těchto podotázek jsme použili polostrukturované rozhovory, které byly prováděné s respondenty (odpovědi respondentů jsou sepsány výše v kapitole 2.6.1). Ze získaných odpovědí z rozhovorů jsme určili kategorii a kódy.

Kategorie: HODNOCENÍ POOPERAČNÍ PÉČE VŠEOBECNÝCH SESTER

Kódy: Spokojenost, Nespokojenost

Z rozhovorů vyplynulo, že při pooperační péči bylo opět spokojeno pět respondentek. Pouze jedna respondentka (R4) byla s pooperační péčí nespokojena. Proto jsme upustili od grafického znázornění. Až na R4, odpovídaly respondentky jednoznačně: „Naprostá

spokojenost“... „Nemohu si na nic stěžovat“... „Ptaly se, jestli něco nepotřebuji“... „Sestry byly starostlivé, příjemné“. R1 ocenila příjemný přístup sester k jejímu manželovi a R3 nejvíce ocenila přístup sester při odběru krve. „Ne každá sestra mi je schopná odebrat krev“... „na požádání přišla rovnou nabrat zkušenější šikovná sestra“. R4 po operaci nekontrolovatelně zvracela. „Sestry mi dávaly najevo, že jsem ten zákrok nemusela a neměla podstupovat. Nepodpořily mě, spíše mě ponižovaly. Bála jsem se na něco i zeptat“.

Podotázka č. 4

Jak jste zvládla péči o sebe po operaci, případně jak o Vás pečoval zdravotnický personál?

K zodpovězení těchto podotázek jsme použili polostrukturované rozhovory, které byly prováděné s respondenty (odpovědi respondentů jsou sepsány výše v kapitole 2.6.1). Ze získaných odpovědí z rozhovorů jsme určili kategorii a kódy.

Kategorie: ZHODNOCENÍ SOBĚSTAČNOSTI

Kódy: Částečně soběstačná, Zcela soběstačná

Tabulka 4 Jak jste zvládla péči o sebe po operaci, případně jak o Vás pečoval zdravotnický personál?

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Zcela soběstačná			❖		❖	
Částečně soběstačná	❖	❖		❖		❖

(zdroj: autorka)

Dle odpovědí z rozhovorů vyplynulo, že dvě respondentky byly po operaci zcela soběstačné (R3, R5) a čtyři respondentky částečně soběstačné (R1, R2, R4, R6). U R3 a R5 padaly odpovědi jako samostatná jsem byla hned, nepotřebovala jsem s ničím pomoci, vše jsem si zvládala dělat sama. Zbývající respondentky uváděly, že po operaci potřebovaly dopomoc od personálu. R1 uvedla, že první den po operaci byla závislá na personálu. „Měla jsem bolesti, potřebovala jsem pomoci“. R2 uvedla: „Převážně jsem zvonila na sestru jen v případě, když jsem potřebovala odpojit drén a dojít si na záchod nebo chodit v rámci pohybu“. R4 byla po operaci převezena na JIP. „Vlastně jen na té JIP mě sestry jen přidržovaly“... „Péči okolo sebe jsem již druhý den zvládala normálně

úplně vše bez pomoci“. Z rozhovorů tedy vyplynulo, že většina respondentek potřebovala pomoci od personálu v oblasti hygieny a doprovodu na toaletu, a to pouze několik hodin po zákroku. Poté již byly všechny respondentky zcela soběstačné.

Podotázka č. 5

Jaký přístup k Vám měly ošetřující všeobecné sestry, jestliže jste měla nějaké potíže?

K zodpovězení těchto podotázek jsme použili polostrukturované rozhovory, které byly prováděné s respondenty (odpovědi respondentů jsou sepsány výše v kapitole 2.6.1). Ze získaných odpovědí z rozhovorů jsme určili kategorii a kódy.

Kategorie: PŘÍSTUP VŠEOBECNÝCH SESTER PŘI POTÍŽÍCH

Kódy: Potíže – Vyhovující péče, Potíže – Nevhovující péče, Bez potíží

Tabulka 5 Jaký přístup k Vám měly ošetřující všeobecné sestry, jestliže jste měla nějaké potíže?

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Potíže – Vyhovující péče	❖	❖				
Potíže – Nevhovující péče				❖		
Bez potíží			❖		❖	❖

(zdroj: autorka)

V tabulce je znázorněno, že tři ze šesti respondentek neměly pooperační potíže (R3, R5, R6), přičemž ostatní respondentky uváděly, že pooperační potíže měly, z toho pouze jedna byla nespokojena s přístupem ošetřujících sester (R4). R1 a R2 uvedli, že po operaci měly bolesti. Jejich odpovědi zněly následovně: *„Měla jsem akorát bolesti, když jsem si chtěla sednout“* ... *„Po operaci jsem měla silné bolesti“*... *Personál mi byl velice nápomocný“* ... *„Personál byl ochotný, vstřícný a milý“*. R4 v rozhovoru uvedla, že ji po operaci byla zima. Po operaci ji stále kapaly infuze. Přístup ošetřujících sester zhodnotila následovně: *„Ne že by nebyly sestry schopné mi pomoci, ale neobešlo se to bez nevhodných komentářů“*. Dále ž jen uvedla, že i přes to, že ji byla zima, se neodvážila po těchto zkušenostech poprosit o další deku, a proto spala v županu.

Podotázky položené respondentům vztahující se k výzkumné otázce č. 2

Podotázka č. 6

Jaký byl Váš motiv k podstoupení bariatrického výkonu?

K zodpovězení těchto podotázek jsme použili polostrukturované rozhovory, které byly prováděné s respondenty (odpovědi respondentů jsou sepsány výše v kapitole 2.6.1). Ze získaných odpovědí z rozhovorů jsme určili kategorii a kódy.

Kategorie: MOTIV K PODSTOUPENÍ OPERACE

Kódy: Zhoršení zdravotního stavu (zdravotní potíže), Psychické problémy, Omezení v pohybu, Problémy s dýcháním (dušnost), Nespokojenost se vzhledem (postava), Váha (hmotnost), Neschopnost zhubnout, Bolesti kloubů, Únava a nevykonnost

Tabulka 6 Jaký byl Váš motiv k podstoupení bariatrického výkonu?

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Zhoršení zdravotního stavu (zdravotní potíže)	❖		❖			❖
Psychické problémy						❖
Omezení v pohybu				❖		❖
Problémy s dýcháním (dušnost)						❖
Nespokojenost se vzhledem (postava)	❖				❖	
Váha (hmotnost)		❖			❖	
Neschopnost zhubnout				❖		
Bolesti kloubů				❖		
Únava a nevykonnost				❖		

(zdroj: autorka)

V dané tabulce jsou znázorněny motivy respondentek k podstoupení bariatrického výkonu. Nejvíce uváděným motivem byly zdravotní potíže, ty uvedly R1, R3 a R6. Nejvíce motivů k podstoupení bariatrického výkonu měla R4 a R6. R4 uvedla: „*Můj motiv k operaci byl, že jsem nedokázala zhubnout a později nastaly i bolesti kloubů a omezení hybnost*“. R6 už jen dodala: „*když mi paní doktorka řekla, že po tomto zákroku se mě ta cukrovka zlepší, že se mi sníží, tak jsem se rozhodla, že ji podstoupím*“. Dalšími

uváděnými motivy se staly bolesti kloubů, psychické potíže, dušnost, neschopnost zhubnout, únava a nevykonnost.

Podotázka č. 7

Do jaké míry se změnil po operaci Váš každodenní život?

K zodpovězení těchto podotázek jsme použili polostrukturované rozhovory, které byly prováděné s respondenty (odpovědi respondentů jsou sepsány výše v kapitole 2.6.1). Ze získaných odpovědí z rozhovorů jsme určili kategorii a kódy.

Kategorie: ZMĚNA V KAŽDODENNÍM ŽIVOTĚ

Kódy: Beze změny, Částečná změna, Podstatná změna

Tabulka 7 Do jaké míry se změnil Váš každodenní život?

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Beze změny		❖				
Částečná změna	❖		❖			
Podstatná změna				❖	❖	❖

(zdroj: autorka)

Dle tabulky je patrné, že až na jednu respondentku (R2) se respondentkám změnil jejich každodenní život. R2 pouze dodala, že se musí hlídat porce k jídlu. Po operaci jí méně, ale častěji. R3 a R6 uvedly, že se jim změnil život ve fyzické oblasti. Zvýšila se jim fyzická zdatnost. „*Můžu se volně pohybovat, můžu se ohnout, můžu dělat věci, které jsem dřív nemohla, můžu se vyspat, nefuním*“, takto na otázku odpověděla R6. R3 uvedla, že se jí po operaci přestalo bolet koleno a že se jí zvýšila fyzická zdatnost. R3 už jen dodala: „*Asi bych ale neřekla, že se mi změnil každodenní život*“. R1 v rozhovoru uvedla pouze to, že je po operaci čilejší a sebevědomější. R5 řekla, že je teď velice šťastná. Dříve si nemohla hrát s dětmi tak, jak chtěla a kvůli ní nemohli jezdit ani na výlety. Teď už jen říká: „*Stala jsem se aktivnější matkou*“. R4 se po propuštění cítila slabě ještě asi týden. „*Po operaci se vše obrátilo*“ ... „*Pak se to jako by přehouplo a vše šlo jak po másle*“.

Podotázka č. 8

Jaké pohybové aktivity jste začala dělat po zlepšení fyzického stavu po operaci?

K zodpovězení těchto podotázek jsme použili polostrukturované rozhovory, které byly prováděné s respondenty (odpovědi respondentů jsou sepsány výše v kapitole 2.6.1). Ze získaných odpovědí z rozhovorů jsme určili kategorii a kódy.

Kategorie: POHYBOVÉ AKTIVITY

Kódy: Procházky, Jóga, Jízda na kole, Posilovna (fitness), Plavání, Turistika, Kolečkové brusle, Lyžování

Tabulka 8 Jaké pohybové aktivity jste začala dělat po zlepšení fyzického stavu po operaci?

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Procházky	❖	❖	❖	❖		❖
Jóga	❖		❖			
Jízda na kole	❖	❖	❖			
Posilovna (fitness)	❖		❖		❖	
Plavání				❖		❖
Turistika						❖
Kolečkové brusle			❖			
Lyžování			❖			

(zdroj: autorka)

V dané tabulce jsou znázorněny fyzické aktivity, které respondentky provádí po zlepšení jejich fyzického stavu. Nejčastější fyzickou aktivitou, kterou respondentky provádí po zlepšení fyzického stavu jsou procházky. Kromě R5 chodí všechny respondentky na procházky. R4 uvedla, že se snažila chodit na procházky, ale neměla na to tolik času. Jako druhá nejčastější fyzická aktivita se ukázala jízda na kole a chození do posilovny. R2 jen dodává: „*Jsem spokojená*“. R5 přestala cvičit celkově. Před operací respondenta chodila do posilovny, kde měla i svého trenéra. Po vyndání stehů začala znovu posilovat, ale jakmile se jí zlepšil fyzický stav, přestala. „*Jen mě mrzí, že mi to nevydrželo to cvičení déle*“. R3 své pohybové aktivity nezměnila ani po operaci. Svým fyzickým aktivitám se věnuje s větším komfortem a menším úsilím. Naopak R1 ke svým běžným fyzickým

aktivitám přidala jízdu na kole a chození do posilovny. Poslední respondentka (R6) se začala více věnovat plavání a turistice.

Podotázka č. 9

Jaký dopad měla operace na Vaši psychiku?

K zodpovězení těchto podotázek jsme použili polostrukturované rozhovory, které byly prováděné s respondenty (odpovědi respondentů jsou sepsány výše v kapitole 2.6.1). Ze získaných odpovědí z rozhovorů jsme určili kategorii a kódy.

Kategorie: DOPAD NA PSYCHIKU

Kódy: Pozitivní, Žádný, Smíšené pocity

Tabulka 9 Jaký dopad měla operace na Vaši psychiku?

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Pozitivní	❖		❖	❖		❖
Smíšené pocity					❖	
Žádný		❖				
Zvýšené sebevědomí	❖		❖	❖		❖

(zdroj: autorka)

Z rozhovorů vyplynulo, že čtyři respondentky (R1, R3, R4, R6) zaznamenaly pozitivní dopad na jejich psychiku. R5 uvedla: „*Střídalo se mnoho pocitů*“... „*Nejradši bych spasila svět a pomohla všem obézním s jejich nemocí*“. Pouze R2 uvedla, že operace žádný vliv na její psychiku neměla. Ostatní respondentky (R1, R3, R4, R6) se shodly na jednoznačné odpovědi a pouze dodaly, že se jim zvýšilo sebevědomí.

Podotázka č. 10

Jaký dopad měla operace na Váš stravovací režim?

K zodpovězení těchto podotázek jsme použili polostrukturované rozhovory, které byly prováděné s respondenty (odpovědi respondentů jsou sepsány výše v kapitole 2.6.1). Ze získaných odpovědí z rozhovorů jsme určili kategorii a kódy.

Kategorie: DOPAD NA STRAVOVACÍ REŽIM

Kódy: Beze změny, Částečná změna, Podstatná změna

Tabulka 10 Jaký dopad měla operace na Váš stravovací režim?

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Beze změny					❖	
Částečná změna			❖	❖		❖
Podstatná změna	❖	❖				

(zdroj: autorka)

V této tabulce je znázorněno, jestli měla operace dopad na stravovací režim respondentek. Pouze jedna respondentka (R5) uvedla, že žádné změny na stravovací režim operace neměla. Tři respondentky (R3, R4, R6) provedly pouze částečnou změnu ve svém stravovacím režimu a dvě respondentky (R1, R2) uvedly podstatnou změnu ve svém stravovacím režimu. R3 se jídelníček změnil velmi málo. První rok ji dělalo problém jakékoli maso, kromě rybiho. „Byla jsem schopna pozřít velmi malé množství. Už vím, kolik si mohu dovolit sníst“. R4 uvádí, že ze začátku to bylo složité. Jedla pouze silné a čisté vývary. „Chvíli to trvalo, než jsem se přehoupla k normální stravě“. R6 začala po operaci jíst méně a častěji. Dříve byla respondentka zvyklá se stravovat 3krát denně, teď už jí 5 až 6krát denně. V rozhovoru už jen dodala: „Vzhledem k tomu, že můj cukr asi dostal zabrat, tak jsem byla půl roku živa hlavně ze sladkostí, nevím proč, ale prostě mi sladkosti strašně chutnaly“. R2 dietu nedrží. Po operaci sní respondentka velmi malé porce a nedělají jí dobře smažená jídla. „Pokud sním něco, co mi nesedí nebo toho je víc, zvracím“. Též i R1 tvrdí, že pokud sní více, tak zvrací. Léky na zvracení brala tři roky. I dnes musí brát léky na pálení žáhy. „Již si nemohu dát některé potraviny, které jsem dříve milovala. Začalo mi vadit i více majoránky“.

Podotázka č. 11

V jakých oblastech u Vás došlo ke zlepšení života?

K zodpovězení těchto podotázek jsme použili polostrukturované rozhovory, které byly prováděné s respondenty (odpovědi respondentů jsou sepsány výše v kapitole 2.6.1). Ze získaných odpovědí z rozhovorů jsme určili kategorii a kódy.

Kategorie: ZLEPŠENÍ ŽIVOTA PO OPERACI

Kódy: Zvýšené sebevědomí, Fyzická zdatnost, Žádné

Tabulka 11 V jakých oblastech u Vás došlo ke zlepšení života?

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Zvýšené sebevědomí	❖		❖			❖
Fyzická zdatnost	❖		❖	❖	❖	❖
Žádné		❖				

(zdroj: autorka)

V této tabulce je zobrazeno, v jakých oblastech u respondentek došlo ke zlepšení života. Z tabulky tedy vyplývá, že pouze jedna (R2) neudává žádné zlepšení života v jakékoli oblasti. Třem respondentkám (R1, R3, R6) se po operaci zvýšilo sebevědomí. Jinak je z tabulky patrné, že všem, kromě R2 se zlepšila fyzická zdatnost. R1 už jen dodala: „*Více si to jídlo vychutnávám*“. R2 uvedla: „*Sice jsem hned po operaci kila shodila, ale postupně zase pomalu nabírám, ale o hodně pomaleji než před operací*“.

Podotázka č. 12

Došlo u Vás v nějaké oblasti ke zhoršení života, pokud ano, z jakého důvodu?

K zodpovězení těchto podotázek jsme použili polostrukturované rozhovory, které byly prováděné s respondenty (odpovědi respondentů jsou sepsány výše v kapitole 2.6.1). Ze získaných odpovědí z rozhovorů jsme určili kategorii a kódy.

Kategorie: ZHORŠENÍ ŽIVOTA PO OPERACI

Kódy: Vztahy, Snášelnost potravin, Žádné

Tabulka 42 Došlo u Vás v nějaké oblasti ke zhoršení života, pokud ano, z jakého důvodu?

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Vztahy					❖	
Nesnášenlivost potravin	❖					
Žádné		❖	❖	❖		❖

(zdroj: autorka)

Data v tabulce ukazují, jestli u respondentek došlo v nějaké oblasti ke zhoršení života. Pouze u dvou respondentek (R1, R5) bylo zaznamenáno zhoršení života po operaci. Ostatní respondentky (R2, R3, R4, R6) neudávají zhoršení života v žádné oblasti. R3 dodala: „*Myslím si, že se mám spíše lépe než před tím*“. R1 v rozhovoru uvedla problémy v oblasti snášelnosti potravin. „*Vadí mi, že některé potraviny již nesnesu*“. Za to R5 uvedla, že se zhoršily vztahy v jejím okolí. „*Lidé na vás nahlíží jinak, zjistíte, jak povrchní jsou, jak důležitý je vzhled a kolik kamarádek vás opustí, protože vypadáte buď líp anebo žijete líp než ony sami, konkurence a úspěch se neodpouští*“.

3 Diskuze

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou týkající se ošetrovatelské péče u pacientů po bariatrickém výkonu. Celkem jsme oslovili šest respondentek, které podstoupily bariatrický výkon. Pro sběr dat jsme zvolili kvalitativní metodu, kterou jsme pomocí polostrukturovaných rozhovorů zpracovali a analyzovali. Polostrukturovaný rozhovor byl proveden se šesti respondentkami. Se všemi respondentkami byl proveden rozhovor, který byl realizovaný v jejich domácím prostředí.

V bakalářské práci na téma Ošetrovatelská péče u pacientů po bariatrickém výkonu jsme stanovili dva základní cíle. V prvním cíli bylo za úkol identifikovat specifika ošetrovatelské péče po bariatrickém výkonu z pohledu pacienta. Druhý cíl je zaměřen na zmapování životních změn u pacientů po bariatrické operaci. Ke každému cíli byla stanovena jedna výzkumná otázka. Výzkumné otázky vztahující se ke stanoveným cílům této práce jsou následující. Jak pacienti hodnotí přístup a péči ošetřujících sester před a po operaci? K jakým životním změnám u pacientů došlo po bariatrickém výkonu? V samotné diskuzi se zajímáme o jednotlivé výzkumné otázky.

Výzkumná otázka č. 1: Jak pacienti hodnotí přístup a péči ošetřujících sester před a po operaci?

K první výzkumné otázce se vztahují podotázky č. 1, 2, 3, 4 a 5 Z tabulky 2 (s. 36) je zřejmé, že informace o bariatrické operaci získaly během rozhovoru s lékařem nebo na internetových stránkách. Z rozhovorů s respondentkami vyplynulo, že tři respondentky se o daném zákroku dozvěděly od kamarádky. Z toho dvě respondentky byly dále informovány o zákroku lékařem a jedna respondentka si hledala další informace na internetových stránkách. Všechny respondentky sdělily, že jim informace o zákroku byly dostatečně vysvětleny, přičemž jedna respondentka dodala, že ji byly zodpovězeny i všechny její dotazy. Každý pacient, který jde na operaci musí být informován o zákroku i možných komplikací. Pacienta informuje vždy lékař. Dle Ptáčka (2011) musí každý informovaný souhlas uznávat individualitu pacienta, jeho profesi, psychický stav aj. Lomozová (2018) ve své práci na téma Hodnocení informovanosti pacientů po kardiochirurgické operaci uvádí, že z celkového počtu respondentů 52 (100 %), bylo 47 (90,4 %) respondentů nejvíce informováno od indukujícího lékaře. Dále 28 (53,8 %) respondentů bylo informováno na příjmové ambulanci, 6 (11,5 %) dostali informační

materiály, 9 (17,3 %) si zjistilo informace o zákroku na internetu a 13 (25 %) respondentů měli informaci od jiných pacientů či jiných zdrojů. Obě tyto práce se shodují v tom, že velká většina respondentů byli informováni od lékaře.

Předoperační péče je u jakékoli operace velice důležitá. Do předoperační péče se zahrnuje příprava operačního pole, edukace pacienta a též i psychická podpora před výkonem. Z tabulky 3 (s. 37) je patrné, že pouze jedna z respondentek nebyla spokojena s přístupem a péčí před operací. Uvedla, že přístup sester byl až neprofesionální, a že se v předoperační době o respondentku sestry nezajímaly. Během tohoto rozhovoru bylo možno upozorovat její nespokojenost i neverbálně. Zbylých pět respondentek během rozhovoru uvádělo spokojenost s péčí o ně. Během předoperační péče je velmi důležitá edukace pacienta.

Pouze jedna z respondentek (R4) byla nespokojená s pooperační péčí. Z rozhovoru je patrné, že po operaci měla respondentka potíže. Podle Reedy a Blum (2010), kteří napsali studii na téma Aplikace ošetrovatelské teorie středního rozsahu na pacienty s bariatrickou operací uvedli, že sestry mají důležitou roli v péči o pacienta po bariatrické operaci v průběhu celé péče, včetně podpory pacienta. Sestry mají za úkol se přizpůsobit významné změně v životě pacienta. Z rozhovorů tedy vyplynulo, že u jedné z respondentek byly sestry neprofesionální a nepociťovala žádnou podporu. V naší bakalářské práci bylo tedy zjištěno, že 5 z 6 respondentek byly spokojeny jak s předoperační, tak i s pooperační péčí sester.

Dále jsme se zaměřili na soběstačnost respondentek po operačním výkonu. Z rozhovorů vyplynulo, že tři respondentky byly po operaci zcela soběstačné a tři částečně soběstačné. Pouze jedna z respondentek (R4) byla po operačním výkonu uložena na JIP. Ostatních pět respondentek bylo uloženo na standardní oddělení. Všechny respondentky byly s péčí po operaci spokojeny. U třech respondentek byla potřebná pomoc personálu v oblasti hygieny. Dvě respondentky uvádějí, že v oblasti hygieny potřebovaly pomoci kvůli bolestem po operaci. Tuto skutečnost můžeme porovnat Dušíčkovou (2015), která ve své práci na téma Role sestry v následné péči o bariatrického pacienta uvádí, že všech sedm respondentů (100 %) potřebovalo pomoci při vertikalizaci po operaci, přičemž v naší práci potřebovaly pomoci pouze tři respondentky z šesti. Problém v oblasti sebepéče v pooperačním období popisuje i Šeráková (2017), která zhodnotila úroveň sebepéče pacientů po kardiochirurgické operaci. Celkový počet sledovaných respondentů v této

práci byl 238. Popsala, že v časném pooperačním období měli pacienti problém v oblasti sebezpečí. Úroveň sebezpečí hodnotila body od 1 do 4, přičemž 4 znamená nejlepší hodnocení. Uvádí, že 1. den po operaci byl nejmenším problémem pro respondenty najedení a napití, kdy tyto činnosti respondenti zvládali zcela sami. V oblasti vyprazdňování však popisuje, že 1. den po operaci se většina respondentů se vyprazdňovalo na lůžku, čímž se liší i zhodnocení respondentů v této bakalářské práci. V této bakalářské práci zvládali 4 respondentky z 6 sebezpečí zcela sami a pouze 2 respondentky potřebovaly pomoci v oblasti hygieny a vyprazdňování (dopomoc při dojití i na toaletu či do sprchy).

Dle tabulky 6 (s. 40) je jasné, že po operaci neměly potíže tři respondentky, a to R3, R5 a R6. Pooperační potíže měly respondentky R1, R2 i R4. Pouze R4 udává, že při potížích byl zdravotnický personál velmi ochotný, ale neprofesionální. Respondentka po operaci zvracela a byla jí zima. Během těchto potíží se zdravotnický personál nezdržoval nevhodných komentářů. Odlišné výsledky uvádí Kameníková (2010), že z celkového počtu 532 respondentů mělo pouze 26 (5 %) respondentů pooperační potíže. Myslíme si, že hlavním úkolem v pooperačním období je vyloučit nebo zvládnout pooperační komplikace a co nejdříve pacienta navrátit k jeho běžnému životu. K tomuto velice přispívá pooperační péče všeobecných sester, které se snaží předcházet infekčním komplikacím a napomáhají pacientům k návratu do běžného života.

Výzkumná otázka č. 2: K jakým životním změnám u pacientů došlo po bariatrické operaci?

K druhé výzkumné otázce se vztahují podotázky č. 6, 7, 8, 9, 10, 11 a 12. Nejčastějšími motivy k provedení bariatrického výkonu byly zdravotní potíže, nespokojenost s vlastním vzhledem a hmotnost. Tato skutečnost se prokázala u většiny respondentek. Dostalo se mi potvrzení od Šopíkové (2012), která uvádí, že zdravotní potíže spojené s obezitou snižují kvalitu života. Dále uvádí, že nejčastějšími důvody k postoupení bariatrické operace byly zdravotní potíže respondentů. Tři respondentky uvádí, že měly před operací zdravotní potíže, a proto chtěly podstoupit tento zákrok, přičemž jedna z nich uvedla, že kvůli svému zdravotnímu stavu nemohla provádět stejné sporty, které dříve dělala. Pouze jedna respondentka uvedla, že jedním z motivů byly začínající psychické problémy a problémy s dýcháním. Z výše uvedených výsledků vyplynulo, že častými motivy k postoupení operace jsou vzhled a zdravotní potíže. Je zřejmé, že postupné zhoršování

jejich zdravotního stavu mělo dopad i na jejich každodenní život. V tabulce 7 (s. 41) je zobrazeno, že respondentky R1 a R5 byly nespokojené se svým vzhledem a respondentky R2 a R5 měly za motiv k operaci svoji váhu. R4 uvádí, že pro ni byly hlavními motivy omezení v hybnosti, bolesti kloubů a únava. Též ji trápilo, že za poslední dobu nebyla schopna zhubnout. Překvapivým zjištěním pro nás bylo, že více jak polovina respondentů neuvedlo za hlavní motiv zhoršení zdravotního stavu. Tuto skutečnost můžeme porovnat s prací Churé (2011) která uvádí, že nejvíce respondentů podstoupilo zákrok z vlastního rozhodnutí a poté jako další motiv uvedlo 14 respondentů z 51 zdravotní potíže (27,45 %). Název této práce je *Bandáž žaludku – úskalí a efektivita z pohledu nemocných*. V těchto pracích se liší hlavní motivy respondentů k podstoupení operace. V práci Churé (2011) je hlavním motivem vlastní rozhodnutí k provedení operace, ale v naší práci byly hlavním motivem zdravotní potíže, vzhled respondentek a jejich váha.

Bužgová (2011) ve svém článku, kde hodnotí kvalitu života 26 žen po laparoskopické operaci, který je publikován v časopisu Endoskopie uvádí, že po 3 měsících po operaci dochází ke zlepšení kvality života v oblasti fyzického i psychického zdraví u všech 26 tázaných žen. Z daných rozhovorů vyplývá, že většině respondentkám se podstatně změnil jejich každodenní život. R2 uvádí, že se její každodenní život nijak nezměnil. R1 a R3 se každodenní život změnil pouze částečně. Obě respondentky uvádí, že se jim zlepšil zdravotní stav. Pouze třem respondentkám se život změnil. Churá (2011) ve své práci uvádí, že 36 respondentů (70,59 %) uvedlo, že se jim po operaci žaludku zlepšily zdravotní potíže a 13 respondentů (25,49 %) označilo, že po operaci jejich zdravotní potíže vymizely. Dle analýzy výsledků výzkumu se všechny respondentky věnují fyzickým aktivitám. Tuto skutečnost neprokázala Lišková (2012) ve své práci *Kvalita života klientů po bariatrické operaci*, kde uvádí, že pouze 20 % respondentů začalo pravidelně provádět nějaký sport. Avšak v práci Churé (2011) je uvedeno, že 23 (45,10 %) respondentů zhodnotilo kvalitu jejich života nejlépe, dobře a velmi dobře kvalitu života zhodnotilo 20 (39,22 %) respondentů, pouze 1 (1,96 %) respondent uvedl kvalitu života po operaci jako uspokojivě.

Myslíme si, že většina pacientů po operaci mají s pravidelným pohybem problémy. Například R1 dodržuje pravidelný pohybový režim. Uvedla, že před operací chodila na procházky a dělala jógu. V těchto aktivitách nadále pokračuje a přidala k nim jízdu na kole a chození do posilovny. Další, kdo dodržuje pravidelný pohyb je R2. Respondentka

uvádí, že častěji jezdí na kole a chodí na dlouhé procházky. Je spokojená. R3 i R6 v rozhovoru řekly, že začaly chodit na delší procházky. Tuto fyzickou aktivitu začaly dělat 1 až 2krát týdně, kdy ujdou přibližně 5 až 10 kilometrů. R3 další aktivity již nezměnila, věnuje se jim s větším komfortem a menším úsilím. R4 a R5 uvedli, že na sportovní aktivity neměly čas. R5 řekla, že po vyndání stehů cvičila každý den, ale přestala hned poté, co se jí zlepšil její fyzický stav. Tuto skutečnost jsme mohli porovnat se Zákoutskou (2016), která ve své práci popisuje kvalitu života po bariatrické operaci. Uvádí, že 65 (92,6 %) respondentům, z celkového počtu 70 (100 %), se zlepšila fyzická kondice, celkem 4 (5,7 %) respondenti řekli, že mají stejnou fyzickou kondici, jako před operací a pouze jeden respondent (1,4 %) uvedl, že se mu jeho fyzická kondice zhoršila. Je zřejmé, že bariatrické operace přispívají k lepší fyzické kondici, jak jsme zpozorovali z porovnání těchto prací.

Kubik a kol. (2013) ve svojí práci, ve které popisují vliv bariatrické chirurgie na psychologické zdraví říkají, že u každého jedince je důležitým faktorem přispívajícím k pooperačnímu duševnímu zdraví pocit převzetí kontroly nad svým životem. S touto prací můžeme porovnat další analýzu výsledků z výzkumu. Podle tabulky 10 (s. 44) je zřejmé, že více jak polovina respondentek zjistila, že bariatrická operace měla pozitivní vliv na jejich psychiku. Čtyři respondentky se shodly na jednoznačné odpovědi, a to takové, že se jim zvýšilo jejich sebevědomí. Operace u R2 žádný dopad na psychiku neměla. Uvádí, že byla a je spokojená. Pouze jedné respondentce se střídalo více pocitů z operace. V rozhovoru uvedla, že by chtěla pomoci všem obézním lidem.

Otázku, jaký dopad měla operace na stravovací režim, jsme porovnali s prací Liškové (2012), která ve své práci na téma Kvalita života pacientů po bariatrické operaci uvádí, že největším problémem klientů bylo dodržování nového stravovacího režimu a to u 77,30 % respondentů z celkového počtu 75 respondentů. Dále uvádí, že 54,70 % respondentů doporučené zásady životosprávy dodržují. Z analýzy našeho výzkumu vyplývá, že u 3 respondentek došlo k částečné změně ve stravovacím režimu a pouze u 2 respondentek došlo k podstatné změně ve stravování. Pouze R5 v rozhovoru uvedla, že žádné změny ve svém stravovacím režimu neprováděla. Pravidelnost ve stravovacím režimu je velmi důležitá. Pouze jedna respondentka v rozhovoru uvedla, že po operaci je zvyklá jíst až 6krát denně. Pravidelnost ve stravování jsme porovnali se Zákoutskou (2016), která ve své práci na téma Kvalita života po bariatrické operaci uvádí, že

35 oslovených respondentů (50 %), z celkového počtu se stravují pravidelně, 34 (48,6 %) respondentů se stravují většinou pravidelně a pouze 1 respondent (1,4 %) pravidelné stravování nedodržuje.

Domníváme se, že kvalita života pacienta po bariatrické operaci se během několika měsíců zlepší. Z rozhovorů vyplývá, že všem respondentkám, kromě jedné se zlepšil život. R1, R3 a R6 udávají, že se jim zlepšil život v oblasti fyzické zdatnosti a že se jim zvýšilo sebevědomí. R4 a R5 udávají, že se jim pouze zvýšila fyzická zdatnost. Pouze R2 neudává žádné zlepšení ve svém životě. Potvrzení se nám dostalo i od Liškové (2012), kdy cílem práce bylo zjistit míru změn kvality života u klientů po bariatrickém výkonu. Ve své práci uvádí, že kvalita života pacientů po bariatrické operaci se v různých oblastech a váhovém úbytku zvyšuje.

Ke zhoršení života došlo pouze u R5, kdy uvádí, že se zhoršily vztahy v jejím okolí. Uvádí, že někteří lidé ji opustili anebo ji neodpustili konkurenci s úspěchem. Během rozhovoru R1 uvedla, že ji vadí nesnášenlivost potravin, které mívala ráda, ale přímo neuvádí, že by se ji zhoršil její život. Z toho vyplývá, že většina respondentek byla spokojena s předoperační i pooperační péčí a jsou po bariatrické operaci spokojeny se svým vzhledem i s tím, jak vše zvládají. Tuto skutečnost můžeme porovnat s Reedy a Blum (2010), kteří ve své studii zabývající se aplikováním ošetrovatelské teorie pacientům s bariatrickou operací uvedli, že pouze u 32 lidí z celkového počtu 77 tázaných došlo ke zhoršení jejich života, což je méně jak polovina tázaných.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Na základě získaných dat a jejich analýzy z výzkumu bakalářské práce bychom uvedli návrh řešení a doporučení pro praxi v ošetrovatelské péči u pacientů po bariatrickém výkonu.

Obezita je nejčastějším metabolickým a civilizačním onemocněním ve světě a počet nemocných stále stoupá. Pokud nechceme, aby se počet nemocných stále zvyšoval, je nutné nepodceňovat prevenci a zvýšit informovanost a rozvážnost obyvatel za své zdraví. Je zapotřebí informovat širokou veřejnost o předcházení možných nemocí a edukaci o správné životosprávě. Mezi nejdůležitější faktor, který ovlivňuje naše zdraví patří životní styl. Jakákoli změna ve stravovacích návycích, pohybových aktivitách či prostředí, ve kterém žijeme, může výrazně snížit riziko vzniku civilizačního onemocnění. Mezi hlavní zásady zdravého životního stylu patří dostatek spánku, nekouření, zdravá výživa a pohybová aktivita. Nedostatek kvalitního spánku může způsobit zvýšené chutě k jídlu a následnému přibývání na váze. Proto je velice důležité dodržovat interval spánku nejméně sedm hodin denně. Kouření je problém většiny populace. Jak aktivní, tak i pasivní kouření je velice škodlivé pro naše tělo. Proto je vhodné nezdržovat se v zakouřených prostorách a raději se vydat do přírody. Dalším problémem populace je nadměrná konzumace nevhodných potravin. Každý člověk, který si váží svého těla, by si měl uvědomit, jaké potraviny tělu škodí. Je tedy zapotřebí omezit konzumaci živočišných tuků, vyřadit z jídelníčku jednoduché cukry a do jídelníčku zařadit co nejméně bílého a sladkého pečiva. V každém jídelníčku nesmí chybět dostatečné množství ovoce či zeleniny. Tím se zvýší příjem vlákniny a zamezí se tak špatnému trávení. Nesmí se opomenout i samotná příprava jídel. Za nejlepší přípravu jídel se považuje vaření, pečení a dušení. Do zdravé výživy patří též i příjem tekutin. Za jeden den by měl každý člověk vypít minimálně 1,5 až 2 litry tekutin. K tomu, aby se zrychlilo spalování tuků je zapotřebí do svého dne zapojit i různé pohybové aktivity. Nejen že pohybové aktivity spalují tuky, ale též přispívají ke zpevnění svalstva, odbourávání stresu, zlepšení kondice a zachování obratnosti a pohyblivosti. Ti, kteří nesportují pravidelně, by měli sportovat aspoň 30 minut denně a postupně intenzitu pohybové aktivity zvyšovat.

Myslíme si, že každý, kdo si váží svého zdraví a chtějí o sebe pečovat, by se měli těmito zásadami začít řídit.

Závěr

V bakalářské práci na téma „Specifika ošetrovatelské péče u pacientů po bariatrickém výkonu“ jsme se zaměřili na pacienty, kteří tento výkon podstoupili. Toto téma jsme si vybrali z důvodu neznalosti široké veřejnosti o bariatrické chirurgii. Práce se zabývá předoperační a pooperační péčí z pohledu pacienta a změnami v jejich každodenním životě.

Teoretickou část jsme vypracovali na základě odborné literatury. V teoretické části jsme popsali anatomii žaludku a duodena, obezitu a její komplikace a léčbu, vyšetření obézního pacienta. Dále jsme v teoretické části zpracovali téma bariatrickou chirurgii, její historii, typy bariatrických operací, indikace a kontraindikace bariatrických výkonů, specifika předoperační a pooperační péče, edukaci pacienta před a po operaci, diety a jako poslední změny životního stylu.

Sběr dat probíhal v období leden až březen 2020. Probíhal formou polostrukturovaného rozhovoru s respondenty v jejich domácím prostředí. Pro tuto problematiku jsme určili dva výzkumné cíle. Ke každému výzkumnému cíli byla zvolena jedna výzkumná otázka. Během polostrukturovaného rozhovoru byly respondentům pokládány 12 podotázek, které se vztahovaly k výzkumným otázkám.

Bakalářská práce specifikovala bariatrické operace, které si respondentky zvolily po neúspěšné konzervativní léčbě. V první výzkumné otázce jsme se zabývali předoperační a pooperační péčí u pacientů po bariatrickém výkonu. Z analýzy výzkumu jsme zjistili, že pouze jedna respondentka nebyla spokojena jak s předoperační, tak i s pooperační péčí. Tato respondentka upozorňovala na neprofesionalitu zdravotnického personálu. Dále jsme zjišťovali sebedůvěru respondentek po operaci. V této problematice jsme zjistili, že pouze dvě respondentky byly zcela soběstačné a zbylé 4 respondentky potřebovaly po operaci pomoci hlavně v oblasti hygieny a vyprazdňování. Nejčastěji potřebovaly respondentky doprovod na toalety. Přístup ošetřujících sester ošetřujících sester byl zhodnocen od každé respondentky. Tři respondentky neměly žádné potíže po operaci, tudíž nepotřebovaly pomoc ošetřujících sester. Dvě respondentky uváděly pooperační bolesti a přístup ošetřujících sester hodnotily velice kladně. Pouze jedna respondentka měla velké potíže po operaci a zhodnotila přístup ošetřujících sester negativně a neprofesionálně. Z těchto výsledků tedy vyplývá, že velká většina respondentek byla velice spokojena s předoperační i pooperační péčí zdravotnického personálu.

Ve druhé výzkumné otázce jsme se zaměřili na změny v každodenním životě u každé respondentky. Respektive polovina respondentek uvádí velké změny ve svém životě. Nejčastější změnou byla **zvýšená fyzická zdatnost** a **zvýšené sebevědomí**. Po bariatrickém výkonu začaly respondentky vykonávat fyzické aktivity. Nejčastější fyzickou aktivitou se staly procházky, jízda na kole a chůze do posilovny. Avšak jedna respondentka uvedla, že s cvičením přestala chvíli poté, co ji vyndali stehy. Některé respondentky začaly provozovat i jiné aktivity, než které dělaly před operací.

Bariatrická operace měla velký vliv **na psychiku** u některých respondentek. Až na jednu respondentku měla operace na respondentky **pozitivní vliv** a také se respondentkám velmi zvýšilo jejich sebevědomí. Také v oblasti stravování se většině respondentkám změnil život. Většina respondentek uvedlo, že částečně i podstatně změnily svůj jídelníček. V poslední řadě jsme se věnovali zlepšení a zhoršení života respondentek. Všechny respondentky uvedly, že **cítí změnu ve svém životě**, a to hlavně v oblasti fyzické zdatnosti a zvýšeného sebevědomí. Pouze jedna respondentka žádné zlepšení života neuvádí. V oblasti zhoršení života byly uvedeny vztahy a nesnášenlivost potravin. Jedna respondentka uvedla, že se jí zhoršily vztahy v jejím okolí, kdy řekla, že se na ni lidé nahlíží jinak a že ji opustily kamarádky. Jedna z respondentek uvedla, že potraviny, které dříve měla velmi ráda, po operaci již nesnese. Čtyři respondentky žádné zhoršení života neuvádí.

V současnosti je tato problematika velmi aktuální. Počet obézních lidí se postupně zvyšuje a zrovna bariatrická chirurgie se touto problematikou zabývá. V současnosti je mnoho možností, jak léčit obezitu, ale bariatrická chirurgie je v tomto případě neúčinnější.

Seznam použité literatury

BARTŮŇEK, Petr a kol., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing, Sestra (Grada). 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.

BERGEROVÁ, Yvonne a kol., 2014. *Estetická plastická chirurgie a korektivní dermatologie*. Praha: Grada. 329 s. ISBN 978-80-247-0795-2.

BUŽGOVÁ, R., 2011. *Hodnocení kvality života žen 6 měsíců po laparoskopické tubulizaci žaludku*. In *Casopisendoskopie.cz* [online]. [cit. 2020-04-20]. Dostupné z: <https://www.casopisendoskopie.cz/pdfs/end/2011/03/11.pdf>

ČOUPKOVÁ, Hana a Lenka SLEZÁKOVÁ, 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada, Sestra (Grada). 268 s. ISBN 978-80-247-3129-2.

DUŠIČKOVÁ, Tereza. *Role sestry v následné péči o bariatrického pacienta*. České Budějovice, 2015. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta Katedra ošetrovatelství a porodní asistence.

FIALA, Pavel, Jiří VALENTA a Lada EBERLOVÁ, 2015. *Stručná anatomie člověka*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. 243 s. ISBN 978-80-246-269-32.

FRIED, Martin a Štěpán SVAČINA, 2018. *Moderní trendy v léčbě obezity a diabetu*. Mlečice: Axonite CZ. Asclepius. 136 s. ISBN 978-80-88046-15-8.

FRIED, Martin, 2011. *Bariatrická a metabolická chirurgie: nové postupy v léčbě obezity a metabolických poruch*. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. 266 s. ISBN 978-80-204-2424-2.

HAINER, Vojtěch, 2011. *Základy klinické obezitologie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 464 s. ISBN 978-80-247-3252-7.

CHURÁ, Dagmar, 2011. *Bandáž žaludku – úskalí a efektivita z pohledu nemocných*. [online]. Brno, 2011 [cit. 2020-03-18]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/intc6/>.
Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta.

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELEŇÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 249 s. ISBN 978-80-247-4412-4.

JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. 77 s. ISBN 987-80-247-2171-2.

KAMENÍKOVÁ, Dana. *Klasická versus laparoskopická cholecystektomie, komplikace, pooperační péče*. Pardubice, 2010. [cit. 2020-03-18]. Dostupné z: <https://dk.upce.cz/handle/10195/36896>. Diplomová práce. UNIVERZITA PARDUBICE FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ.

KASALICKÝ, Mojmir, 2018. *Bariatric: chirurgická léčba obezity a cukrovky*. Praha: Maxdorf. Jessenius. 134 s. ISBN 978-80-7345-593-4.

KASALICKÝ, Mojmir, 2011. *Chirurgická léčba obezity*. Prague: Ottova tiskárna. 118 s. ISBN 978-80-254-9356-4.

KUBIK, J.F. a kol. *The impact of bariatric surgery on psychological health*. *Journal of Obesity*, [online]. 2013 [cit.2020-04-20].

Dostupné z:<https://www.hindawi.com/journals/job/2013/837989/>

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

LIBOVÁ, Ľubica, Hilda BALKOVÁ a Monika JANKECHOVÁ, 2019. *Ošetrovatelský proces v chirurgii*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). 168 s. ISBN 978-80-271-2466-4.

LIŠKOVÁ, Veronika. *Kvalita života klientů po bariatrické operaci*. Brno, 2012. [cit. 2020-04-28]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/358619/lf_b/. Bakalářská práce. Masarikova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství.

LOMOZOVÁ, Lenka. *Hodnocení informovanosti pacientů po kardiochirurgické operaci*. Praha, 2018. [cit. 2020-03-15]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/177904/> Diplomová práce. UNIVERZITA KARLOVA, 1. lékařská fakulta.

MITCHELL, James E. a Martina DE ZWAAN, 2012. *Psychosocial assessment and treatment of bariatric surgery patients*. New York: Brunner-Routledge. 267 s. ISBN 978-0-415-89219-3.

MÜLLEROVÁ, Dana, 2009. *Obezita - prevence a léčba*. Praha: Mladá fronta. 261 s. ISBN 978-80-204-2146-3.

NAŇKA, Ondřej a Miloslava ELIŠKOVÁ, 2015. *Přehled anatomie*. Třetí, doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén. 416 s. ISBN 978-80-7492-206-0.

OWEN, Klára, 2012. *Moderní terapie obezity: [přívodce pro každodenní praxi]*. Praha: Maxdorf. Jessenius. 64 s. ISBN 978-80-7345-301-5.

PARKER, Steve, 2016. *Lidské tělo*. Druhé rozšířené vydání. Přeložil Jiří BRABEC, přeložil Sergej Vladislav BULDOV, přeložil Stanislav CITA, přeložil Irena CITOVÁ, přeložil Veronika NĚMCOVÁ, přeložil Zdeňka NOVÁKOVÁ, přeložil Jaromíra SMAZALOVÁ, přeložil David KACHLÍK. Praha: Knižní klub. Universum (Knižní klub). 288 s. ISBN 978-80-242-5301-5.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮŇEK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, c2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.

REEDY, S., BLUM, K., 2010. *Applying middle-range nursing theory to bariatric surgery patients: experiencing transitions* [online]. Bariatric Nursing and Surgical Patient Care [cit. 2020-04-20]. Dostupné z: <<https://www.researchgate.net/publication/273894141>>.

SANJAY, Agrawal, ed., 2016. *Obesity, Bariatric and Metabolic Surgery*. Switzerland: Springer International Publishing. 723 s. ISBN 978-3-319-04342-5.

SVACHINA, Štěpán a Alena BRETŠNAJDROVÁ, 2008. *Jak na obezitu a její komplikace*. Praha: Grada. Doktor radí. 139 s. ISBN 978-80-247-2395-2.

ŠOPÍKOVÁ, Petra, 2012. *Specifika ošetrovatelské péče o bariatrického pacienta* [online]. České Budějovice, 2012 [cit. 2020-04-18]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/qbxrwh/>. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.

ŠPIČÁK, Julius, 2017. *Novinky v gastroenterologii a hepatologii II*. Praha: Grada Publishing. 320 s. ISBN 978-80-271-0318-8.

VYTEJČKOVÁ, Renata a kol., 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). 303 s. ISBN 978-80-247-3421-7.

WEDMAN-ST. LOUIS, Betty, 2017. *Bariatric surgery patients: a nutritional guide*. Boca Raton: CRC Press, Taylor & Francis Group. 218 s. ISBN 978-149-876-56-19.

WICHISOVÁ, Jana, 2013. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 192 s. ISBN 978-80-247-3754-6.

ZÁKOUTSKÁ, Dominika. *Kvalita života po bariatrické operaci*. [online]. Praha, 2016. [cit. 2020-04-18]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/165373/?lang=en>. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta.

ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA, c2014. *Speciální chirurgie*. 3., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén. 590 s. ISBN 978-80-7492-128-5.

Seznam použitých zkratk

ABG	adjustabilní bandáž
Aj.	a jiné
Apod.	a podobně
ATB	antibiotika
BMI	body mas index
BPD	biliopankreatická diverze
Č.	číslo
DM	diabetes mellitus
DS	duodenální switch
GBP	gastrický bypass
JIP	jednota intenzivní péče
Např.	například
PŽK	periferní žilní katétr
RYGBP	Roux-Y gastrický bypass
SG	sleeve gastrectomy, tubulizace žaludku
TEN	trombembolická nemoc
Tj.	to jest
Tzv.	tak zvaně

Seznam tabulek

Tabulka 1 Základní informace o respondentech.....	26
Tabulka 2 Kdo Vás informoval o operačním výkonu a jak se vyjadřoval?.....	36
Tabulka 3 Jak hodnotíte přístup sester při předoperační péči o Vás?	37
Tabulka 4 Jak jste zvládla péči o sebe po operaci, případně jak o Vás pečoval zdravotnický personál?	38
Tabulka 5 Jaký přístup k Vám měly ošetřující sestry, jestliže jste měla nějaké potíže?	39
Tabulka 6 Jaký byl Váš motiv k podstoupení bariatrického výkonu?	40
Tabulka 7 Do jaké míry se změnil Váš každodenní život?.....	41
Tabulka 8 Jaké pohybové aktivity jste začala dělat po zlepšení fyzického stavu po operaci?	42
Tabulka 9 Jaký dopad měla operace na vaši psychiku?.....	43
Tabulka 10 Jaký dopad měla operace na Váš stravovací režim?.....	44
Tabulka 11 V jakých oblastech u Vás došlo ke zlepšení života?	45
Tabulka 12 Došlo u Vás v nějaké oblasti ke zhoršení života, pokud ano, z jakého důvodu?.....	46

Seznam příloh

Příloha č. 1: Vzor informovaného souhlasu s podáním anestezie

Příloha č. 2: Vzor informovaného souhlasu k operaci – adjustabilní gastrická bandáž

Příloha č. 3: Vzor informovaného souhlasu se zákrokem – obecný

Příloha č. 4: Vzor edukačního materiálu

Příloha č. 5: Vzor edukačního materiálu – stravování po výkonu

Příloha č. 6: Vzor edukačního materiálu – předoperační příprava

Příloha č. 7: Vzor informovaného souhlasu pro účastníky výzkumu

Příloha č. 8: Vzor zpracování rozhovoru