

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Lucie Duffková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**BANDÁŽ ŽALUDKU A JEJÍ DOPAD NA ZDRAVOTNÍ
STAV KLIENTA**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Nováková

Plzeň 2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 7.3.2014

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Jaroslavě Novákové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji primáři MUDr. Václavu Karnosovi za poskytování odborných rad a pomoc s průzkumem.

Anotace

Příjmení a jméno: Duffková Lucie

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Bandáž žaludku a její dopad na zdravotní stav klienta

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Nováková

Počet stran – číslované: 69

Počet stran – nečíslované: 18

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 25

Klíčová slova: obezita, léčba obezity, bariatric, bandáž žaludku

Souhrn:

První část bakalářské práce obsahuje teoretické poznatky z oblasti obezity, její diagnostiky, prevence a zdravotních potíží vyskytujících se v souvislosti s ní. Dále se věnuje léčbě obezity, detailněji pak bandáži žaludku a specifické ošetrovatelské péči o obézního klienta.

Druhá část je věnována průzkumu zaměřenému na míru informovanosti klientů v dané problematice, dodržování doporučených režimových opatření, výskytu komplikací podkožně umístěného plnicího portu a vlivu operačního zákroku na choroby související s obezitou.

Annotation

Surname and name: Duffková Lucie

Department: Nursing and midwifery assistance

Title of thesis: Gastric banding and its impact on the health of the client

Consultant: Mgr. Jaroslava Nováková

Number of pages – numbered: 69

Number of pages – unnumbered: 18

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 25

Keywords: obesity , treatment of obesity , bariatric surgery, gastric banding

Summary:

The first part of this bachelor thesis presents theoretical information on obesity, its diagnostics, prevention and related health issues. Further, it deals with the treatment of obesity, particularly gastric banding and the specific nursing care for obese patients.

The second part of the thesis is dedicated to research focusing on the clients' awareness of this issue, the observance of recommended regimen measures, the incidence of complications connected with a subcutaneously placed filling port, and the effect of a surgical procedure on obesity related diseases.

OBSAH

OBSAH.....	6
ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1 OBEZITA	10
1.1 Příčiny vzniku.....	11
1.2 Diagnostika obezity	11
1.3 Prevence.....	12
2 POTÍŽE SOUVISEJÍCÍ S OBEZITOU	14
2.1 Komplikace obezity	14
2.1.1 Mechanické komplikace	14
2.1.2 Sterilita u žen	14
2.1.3 Psychické poruchy	15
2.2 Přidružené choroby.....	15
2.2.1 Metabolická onemocnění.....	15
2.2.2 Výskyt nádorů	15
3 LÉČBA OBEZITY	17
3.1 Nefarmakologické možnosti léčby	17
3.1.1 Úprava stravy.....	17
3.1.2 Zvyšování pohybové aktivity	18
3.1.3 Psychologická podpora.....	18
3.2 Farmakologické možnosti léčby.....	19
3.3 Chirurgická léčba obezity.....	20
3.3.1. Malabsorpční operace.....	21
3.3.2 Kombinované operace	21
3.3.3 Restriktivní operace.....	22
4 BANDÁŽ ŽALUDKU	24
4.1 Indikace a kontraindikace.....	25
4.2 Vyšetření.....	26
4.3 Předoperační péče.....	27
4.4 Perioperační péče.....	29
4.4.1 Operace.....	30

4.5 Pooperační péče	31
4.6 Specifika ošetrovatelské péče	32
4.7 Komplikace bandáže žaludku	33
4.8 Pooperační režim	34
PRAKTICKÁ ČÁST	35
5 FORMULACE PROBLÉMU	36
6 CÍL VÝZKUMU	36
6.2 Dílčí cíle	36
7 CHARAKTERISTIKA SOUBORU	37
8 METODA SBĚRU DAT	37
9 ORGANIZACE VÝZKUMU	38
10 ANALÝZA ÚDAJŮ	39
11 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	62
12 DISKUSE	65
ZÁVĚR	69
SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ	70
SEZNAM ZKRATEK	73
SEZNAM TABULEK	75
SEZNAM GRAFŮ	76
SEZNAM PŘÍLOH	77

ÚVOD

Trendem dnešní moderní doby je být úspěšný, sebevědomý a ve společnosti oblíbený. Při dosahování těchto vyšších lidských potřeb se objevují mnohé překážky. Jako jednu z nich můžeme uvést obezitu, která je do značné míry vnímána jako zdravotní, tělesný i společenský handicap.

Léčba obezity není pouze bojem s kilogramy, ve většině případů celoživotním. Je to především boj se zdravotními chorobami a psychickými problémy, které obezitu ruku v ruce doprovází. Není tedy jen nemocí těla, ale také duše.

V práci, kterou se chystáte číst, se zabývám obezitou v širším slova smyslu a zdravotními komplikacemi, které s sebou obezita přináší. Především se však zaměřuji na její léčbu, detailněji se věnuji laparoskopické bandáži žaludku jako jedné z možných léčebných metod. Popisuji způsoby předoperační, perioperační a pooperační péče a upozorňuji na specifika ošetrovatelské péče o obézního klienta.

V druhé části se pokouším prokázat, zda má operační řešení obezity metodou žaludeční bandáže vliv na zmírnění příznaků doprovázejících zdravotních potíží. Následně se zajímám o míru a způsob informovanosti klientů v jednotlivých nemocničních traktech a možnou souvislost mezi informovaností a dodržováním doporučených dietních a režimových opatření.

Troufám si říci, že obezita je jakousi daní civilizace. Stres, nedostatek času, sedavé zaměstnání, pohodlný životní styl a mnoho dalších faktorů mohou nepozorovaně a plíživě vést k nárůstu hmotnosti. V takovém případě je důležité nepodceňovat prevenci v oblasti zvýšení pohybu a zdravé výživy, sekundárně pak již v počátcích vzniku obezity být aktivní v boji proti tomuto zákeřnému nepříteli.

TEORETICKÁ ČÁST

1 OBEZITA

Obezita a nadváha představují závažný zdravotní, ekonomický a společenský problém. V posledních dvaceti letech se její výskyt dle Světové zdravotnické organizace ztrojnásobil. Právem ji tedy tato instituce začala nazývat celosvětovou pandemií. Pro představu jen v České Republice přesahuje počet osob s nadváhou či obezitou 50%. (17, s.20-23)

Obezita spočívá jednoduše řečeno ve zmnožení tělesného tuku nad určitou hranici. Jedná se o onemocnění, které významně mechanicky zatěžuje skelet a omezuje rozsah pohybových možností člověka (statický a dynamický aparát jedince). Přítomnost nadměrného tuku v organismu zapříčiňuje, že tento tuk přestává plnit svojí metabolickou a endokrinní úlohu v těle a spíše dochází k rozvrácení normálních tělesných pochodů. Hranice, kde začíná obezita u ženy a u muže je rozdílná, a to proto, že ženy mohou tuk využívat jako zásobárnu energie např. v těhotenství nebo při kojení. Tato hranice je vyjádřena zhruba 25% tělesné hmotnosti u žen a čím více je překročen tento podíl tuku v těle, tím více se zvyšuje riziko komplikací spojených s početím, o čemž bude podrobněji pojednáno níže. (17, s. 17-19)

Obezita postihuje osoby napříč sociálním a ekonomickým spektrem a paradoxně se stává častěji problémem v sociálně slabších vrstvách. Je to dáno hlavně tím, že v laciných potravinách je vysoký obsah jednoduchých cukrů a tuků, které významně zvyšují energetickou hodnotu těchto potravin. (23, s. 15)

Obezita má podstatný vliv na očekávanou průměrnou délku života. S obezitou se často spojuje termín metabolický syndrom. Je to soubor onemocnění, která se vyskytují u pacientů s nadměrnou hmotností. Patří sem diabetes mellitus 2. typu, dyslipidémie, hypertenze a tato onemocnění mohou být příčinou mnoha dalších chorob, která mohou zkrátit pacientův život. (22, s. 182-183)

Podle relativního rozložení tuku se uvádějí dva typy obezity. Prvním je tzv. gynoidní typ, který častěji převažuje u žen. Tuk se ukládá v oblasti stehen a hýždí a vytváří tak jakousi hruškovitou postavu. Druhým typem je tzv. androidní obezita, která převládá u mužů. U tohoto druhu obezity se tuk ukládá v oblasti břicha, nejčastěji v okolí pupku, a také na vnitřních orgánech - tzv. viscerální obezita, která je z hlediska zdravotních komplikací mnohem nebezpečnější. Postava takových pacientů připomíná jablko. (16)

1.1 Příčiny vzniku

Nejčastější příčinou ukládání energie ve formě tukových zásob je vyšší příjem energie z potravy než její výdej. energii přijatou formou potravy využívá tělo na základní metabolické pochody, na trávení a na fyzickou aktivitu, značnou část také využívá při boji s chorobami. Každý jedinec má jiné nároky na potřebu energie. Záleží na věku, pohlaví, tělesné konstituci, aktivitě jež vykonává a genetické výbavě. (17, s. 121-125)

Nejvýznamnějším faktorem podílejícím se na vzniku obezity je životní styl. Sedavý způsob života, nedostatečná pohybová volnočasová aktivita, zrychlený životní styl a s ním spojené stravování se v zařízeních rychlého občerstvení (fastfoodech), kde jsou k dispozici kaloricky bohaté, ale nutričně chudé potraviny, to vše může vést k nárůstu hmotnosti. (17, s. 121-125) Mezi další faktory ovlivňující vznik obezity patří např. chronický stres, různé druhy léků jako např. hormonální preparáty, antidepressiva nebo antiepileptika, dále pak endokrinologické poruchy, konzumace alkoholu, vzdělání, nedostatek spánku, ale také vstup do manželského svazku. Na vzniku obezity se bezpochyby podílí také dědičnost. (23, s. 21-47)

1.2 Diagnostika obezity

Podíl tuku k ostatním tkáním organismu tvoří optimálně u žen 25 až 30%, u mužů 15 až 20%. Procento tuku v těle hodnotíme dnes nejčastěji používaným výpočtem, všem známým Body Mass Indexem (dále BMI). Byl vymyšlen před více než sto lety a původně nazýván Queteletův index a zdá se, že ze všech dosud používaných vzorců pro hodnocení tělesného tuku zatím nemá konkurenci. Zajímavé je, že hranice stanovené pro populaci u nás a např. v Asii se výrazně liší. Asiáté jsou do kategorie nadváhy řazeni již s BMI 23 – 25 kg/m². (22, s. 18-20)

Vzorec pro výpočet není složitý, počítá s váhou v kilogramech vydělenou výškou v metrech na druhou:

Např.: $64 \text{ (kg)} / 1,72^2 \text{ (m}^2\text{)} = 21,63$

Tabulka 1 Kategorie BMI

BMI	KATEGORIE
Do 18,4	Podvýživa
18,5 - 24,9	Norma
25,0 - 29,9	Nadváha
30,0 - 34,9	obezita 1. stupně (mírná)
35,0 - 39,9	obezita 2. stupně (střední)
40,0 a více	obezita 3. stupně (těžká, morbidní)
50,0 a více	superobézní
60,0 a více	suprasuperobézní (ojedinělé označení)

Zdroj: vlastní

Vzhledem k rizikům, která sebou přináší abdominální ukládání tuku, se vyšetření klienta dnes doplňuje ještě měřením odvodu pasu. Ten se měří obvykle uprostřed vzdálenosti mezi lopatou kyčelní kosti a spodním žebrem. U žen je mírně rizikový obvod pasu nad 80 cm, výrazné riziko představuje obvod nad 88 cm. U mužů je zvýšené riziko u obvodu nad 94 cm a vysoké riziko nad 102 cm. (22, s. 18-21), (23, s. 9-13)

Další, v praxi méně používanou a méně přesnou metodou, je měření tělesného tuku pomocí bioimpedančního přístroje, který měří průchod proudu mezi horními končetinami. Jinou možností je měření kožních řas kaliperem. Existuje řada dalších možností hodnocení podílu tuku v organismu, ale jsou to metody používané spíše zřídka. (22, s. 18-21), (23, s.9-13)

1.3 Prevence

Je všeobecně známo, že prevence všech nemocí je vždy účinnější, jednodušší a levnější než jejich léčba. Předcházení obezitě by mělo začínat již v dětském věku, a to správnou výchovou v oblasti stravovacích návyků nejprve doma, poté ve školních zařízeních. Již první potrava ve formě mateřského mléka má příznivý vliv na prevenci nejen obezity, ale také např. cukrovky a jiných onemocnění. Doporučuje se kojit minimálně půl roku. (23, s. 27)

Dalším účinným bojem proti nárůstu váhy je zvýšení pohybové aktivity, změna stravovacích návyků s úpravou jídelníčku na několik menších, ale pestrých a zdravých

jídel denně, omezení pití alkoholu, dostatek spánku a v neposlední řadě také eliminace dlouhodobého stresu. (17, s. 24-34)

Mezinárodní instituce jako WHO (Světová zdravotnická organizace), EASO (Evropská společnost pro výzkum obezity – European Association for Study of Obesity) a IASO (Mezinárodní společnost pro výzkum obezity – International Association for Study of Obesity) zpracovaly několik strategií na prevenci a boj proti nadváze a obezitě. Tyto projekty si kladou za cíl především shromáždění všech informací týkajících se obezity a nadváhy, příčin jejich vzniku, prevence a léčby, zmapování výživových zvyklostí a životního stylu lidí, dále zajištění vyšší inteligence v oblasti stravování, zlepšení kvality potravin a další. (17, s. 24-34)

2 POTÍŽE SOUVISEJÍCÍ S OBEZITOU

Obezita sama o sobě může způsobovat některá onemocnění a potíže, které plynou z nadměrné tělesné hmotnosti a její zátěže pro organismus. O takových potížích hovoříme jako o komplikacích obezity. Zcela jiná jsou onemocnění, která nejsou následkem, ale vyskytují se ruku v ruce s obezitou. Budu se o nich dále zmiňovat jako o přidružených chorobách. (20, s. 27-28)

2.1 Komplikace obezity

2.1.1 Mechanické komplikace

Do této skupiny potíží spadají ty, které vyplývají z nadměrné statické a dynamické zátěže skeletu. Mezi nejčastější řadíme bolesti v oblasti páteře, onemocnění přetěžovaných nosných kloubů s jejich předčasnou artrózou, potíže s dýcháním v bdělém stavu nebo ve spánku (tzv. spánková apnoe). Můžeme zde také uvést zvýšené riziko pooperačních komplikací a ztíženou rekonvalescenci po úrazech či operacích. Proto do předoperační přípravy před plánovanou operací patří redukce hmotnosti. (20, s. 27-28)

V této skupině bychom měli zmínit také otoky a varixy dolních končetin, které jsou způsobovány zvýšeným nitrobřišním tlakem. Ten může rovněž způsobovat např. stresovou inkontinenci, gastroesofageální reflux nebo podporovat vznik hiátových i dalších břišních kýl. (18, s.19)

2.1.2 Sterilita u žen

Záměrně uvádím neplodnost u žen ke komplikacím obezity, přestože by se dala řadit spíše k metabolickým poruchám. Nemožnost otěhotnět totiž úzce souvisí s hodnotou BMI, ženy s vysokým indexem mají až třikrát nižší šanci že otěhotní než ženy s BMI v normě. Nejčastější příčinou sterility bývá syndrom polycystických ovarií (zkratka PCOS), který postihuje nejčastěji klientky s vyšší tělesnou hmotností. Syndrom je způsoben hormonální nerovnováhou s následnými anovulačními cykly. Kromě toho ženy často trpí zvýšenou rezistencí k inzulinu a následná hyperinzulinemie tak způsobuje vyšší produkci androgenů ve vaječnících. Zvýšená hladina těchto hormonů zapříčiňuje projevy hirsutismu, nadměrného ochlupení mužského typu. U těchto žen se může snáze rozvinout diabetes mellitus 2. typu. (17, s. 218)

Další hypotéza říká, že ženy s morbidní obezitou mají nižší hodnoty SHBG (sexual hormones binding globulin), bílkoviny, která váže a přenáší v krvi pohlavní hormony – androgeny a estrogeny. Následné hormonální disbalance opět vedou k poruchám menstruačního cyklu a tím ke snížené šanci spontánně otěhotnět. (4)

Fertilita se výrazně zlepšuje u žen, kterým se podaří snížit svoji tělesnou hmotnost, ať již bariatrickou operací nebo jinými dostupnými možnostmi. Ženám, které měly po operaci příliš velké hmotnostní úbytky se však minimálně půl roku po zákroku těhotenství nedoporučuje, neboť by plod mohl být ohrožen nedostatečným energetickým přísunem. (4) (17, s. 218) (10, s. 46-47)

2.1.3 Psychické poruchy

Obezita a deprese mají velmi úzký vztah. Někteří lidé trpící depresemi své smutky řeší přejídáním a následně tloustnou. Velká část antidepressivních léků má jako vedlejší účinek přírůstek na váze, některé naopak mohou váhu snižovat. Proto je důležité při antidepressivní terapii obézních vhodně zvolit druh předepisovaného preparátu. Podle výzkumů je zřejmé, že depresemi trpívají častěji obézní ženy než muži. (17, s. 217)

2.2 Přidružené choroby

2.2.1 Metabolická onemocnění

Mezi metabolické poruchy u obézních řadíme kupříkladu poruchu glukózové tolerance až vznik cukrovky, ukládání tuku na břišních orgánech jako jsou játra a pankreas, zvyšování hladiny LDL a triglyceridů, snižování HDL cholesterolu, zvýšení krevního tlaku a další. (22, s. 182-183)

Hypertenze, diabetes mellitus, dyslipidémie a abdominální obezita tvoří tzv. „smrtící kvarteto“ (Kaplan, 22, s. 182). Tyto choroby, vyskytující se ruku v ruce jsou společně nazývány metabolickým syndromem. Tyto choroby jsou základním stavebním kamenem pro vznik dalších, závažných onemocnění, kterými mohou být poruchy koagulace, ateroskleróza, ischemická choroba dolních končetin, ischemická choroba srdeční, infarkt myokardu a mozkové příhody. (22, s. 182-183)

2.2.2 Výskyt nádorů

Dle studií v posledních letech je jisté, že vznik některých nádorových onemocnění může mít souvislost se zvýšenou tělesnou hmotností. Např. kolorektální karcinom a karcinom prostaty je mnohem častější u mužů obézních než u hubených. U obézních žen

se zase častěji vyskytují gynekologické nádory, např. tumory prsou, dělohy a vaječníků. Vznik těchto nádorů může být závislý na hladině estrogenů, které se ukládají v tukové tkáni. Paradoxem se může zdát fakt, že obézní klienti s nádorovým onemocněním mohou přežívat déle, než klienti hubení, kteří nemají dostatečné zásoby živin. (17, s. 212)

3 LÉČBA OBEZITY

Pro obézního člověka odhodlávajícího se léčit je nejdůležitějším prvním krokem správná motivace. Pro mladší obézní, kteří např. nemají zatím přílišné obtíže spojené s obezitou, není nějaké to kilo navíc motivací k započetí léčby. Správným stimulem pak tedy může být třeba partner nebo společnost, kterou navštěvuje, případně potíže spojené s výběrem zaměstnání. V tomto smyslu je bohužel i v dnešní době zmiňována diskriminace obézních, kteří jsou považováni za pomalé až líné, nezdravé a někdy dokonce s nižší inteligencí. Dokonce bylo vysledováno, že již v mateřské školce patří obézní děti k méně oblíbeným. (20, s. 43)

Je velmi důležité si uvědomit, že hlavním cílem léčby obezity není co nejrychleji srazit ručičku na váze z původních 120 kg na ideálních 55 kg. Prospěšná je pomalejší, ale zato déle udržitelná jakákoliv redukce hmotnosti, která přináší své ovoce ve formě zmírnění obtíží a komplikací, zlepšení pohybových možností a celkového zlepšení stavu klienta. (20, s. 43)

3.1 Nefarmakologické možnosti léčby

3.1.1 Úprava stravy

Klienti se silnou vůlí jsou schopni svoji váhu snižovat bez pomoci odborníků. Vytrvalí a cílevědomí lidé jsou ochotni změnit svůj dosavadní způsob života. Mezi možnostmi, kterými mohou ovlivnit svoji váhu sami, patří v první řadě redukční dieta, tedy úprava jídelníčku tak, aby příjem energie byl nižší než její výdej. Strava by měla splňovat zásady pravidelnosti a rovnoměrnosti, doporučuje se asi 5 porcí denně se spravedlivě rozdělenou energií. Samozřejmostí je omezení tuků, soli, vyloučení energeticky bohatých potravin a nápojů, zvýšení příjmu bílkovin a vlákniny. Pomoc při sestavení jídelníčku poskytují výživoví poradci. Pro dlouhodobé dodržování diety je podstatné, aby klient netrpěl hladem. (20, s. 49-50)

Nejčastější chybou při sestavování dietního jídelníčku je hned zpočátku příliš velké omezení kalorií, striktní zákaz konzumace některých oblíbených potravin, nerespektování chuťových preferencí. Klient může být těmito doporučeními velmi brzy znechucen, odrazuje jej to od dlouhodobého dodržování diety a tím se stále ocitá v bludném kruhu jo-jo efektů. (20, s. 49-50)

3.1.2 Zvyšování pohybové aktivity

Stejně důležité jako dieta je zvýšení pohybové aktivity. Sedavé zaměstnání ve většině případů změnit nelze, ale lze ovlivnit volnočasové aktivity a to velmi podstatně. Kdykoliv je to možné, měl by se obézní člověk vyhýbat jízdě autem a věnovat se pěší turistice, vyhnout se výtahu a vyšlapat schody pěšky. (1, s. 56-65)

Doporučovanými aktivitami pro hubnutí jsou kromě zmíněné chůze také jízda na kole, klidnější forma aerobiku, aqua-aerobik, cvičení s menší zátěží, ale častějším opakováním, jízda na kolečkových bruslích, veslování, běh na pásu a další cvičení, při kterých se zvyšuje tepová frekvence na hranici, potřebnou ke zvýšenému spalování tuků. Pro obézní jsou zcela nevhodné sporty, které zatěžují kloubní aparát, tedy např. step-aerobik, squash nebo volejbal. Při výběru sportovní činnosti je zapotřebí přihlížet ke stupni obezity a pohybovým možnostem klienta. Není nutné podávat vyčerpávající sportovní výkony, ale je přinejmenším prospěšné cvičit v pravidelných intervalech dlouhodobě. Ideální je věnovat se sportovním činnostem třikrát až čtyřikrát v týdnu po dobu minimálně 45 minut. (1, s. 56-65)

Cvičení nejenže pomáhá v prevenci a léčbě obezity, navíc je také prospěšné v prevenci jiných onemocnění, např. srdečních, cévních, nádorových, metabolických, ale také dokáže snížit výskyt depresí, trombóz a dalších potíží, vznikajících při nečinnosti. (23, s. 120-121)

3.1.3 Psychologická podpora

Psychoterapie je neméně důležitou součástí moderní léčby. Samotný rozvoj obezity může být ovlivněn dlouhodobým psychicky náročným obdobím. Proto i ti nejsilnější někdy potřebují radu nebo pomoc psychologa, v některých případech jsou ordinována psychofarmaka. (18, s. 28)

Je třeba si uvědomit, že obezita je jakési chronické onemocnění, a její léčba představuje většinou celoživotní boj a také celoživotní sebeovládání. Pro zvládnutí této náročné životní situace je důležité, aby si klient uvědomoval přínos všech aktivit a opatření, která v boji s obezitou podstupuje, a také je pozitivně vnímal a věřil jim. Pokud půjde s odporem do posilovny a se sebezapřením poobědvá připravenou odměřenou porci dietního jídla, pravděpodobně s těmito pocity dlouho v boji se zákeřnou obezitou neuspěje. Proto je vhodné mít dobrou motivaci a dokázat se za své úspěchy odměnit. (23, s. 67)

V posledních letech se hojně využívá tzv. kognitivně-behaviorální terapie (KBT), jejímž úkolem je poukázat na špatně naučené způsoby chování a myšlení, v tomto případě

hlavně v oblasti životního stylu, pohybu, stravování a sebepojetí a naučit jedince tyto nevhodné způsoby chování a myšlení změnit. KBT je neodmyslitelnou součástí všech možností léčby obezity. (17, s. 186)

Podporu obézním poskytují také redukční kluby, mezi nejvíce známý patří STOB (STop OBezitě). Klub pořádá pro své klienty např. kurzy snižování nadváhy, redukčně-kondiční pobyty, vydává elektronický časopis a poskytuje rady a podporu klientům s nadváhou. (17, s. 185)

3.2 Farmakologické možnosti léčby

Podávání léků obézním klientům je další možností terapie a spadá plně do rukou odborníka – lékaře. Antiobezitika nelze předepsat bez důkladného předchozího vyšetření, neboť některé medikamenty mají závažné vedlejší účinky a u klientů s přidruženým onemocněním je nelze podat. Kontraindikovány jsou např. u těžkých hypertoniků nebo u pacientů trpících ICHS. Existují v podstatě tři způsoby, jakými lze nadváhu a obezitu snižovat. Prvním je užívání centrálně působících anorektik, tedy léků potlačujících chuť k jídlu a tím snižujících příjem energie potravou. Velmi oblíbeným a účinným byl několik let užívaný sibutramin, pro většinu známý pod názvem Meridia nebo Lindaxa. Byl však pro své časté nežádoucí účinky na kardiovaskulární systém v roce 2010 stažen z trhu. V současné době se nejčastěji předepisuje např. Adipex retard, Bupropion (antidepresivum). Dnes se na trhu objevují další nové preparáty s minimem vedlejších účinků, jako např. Lorcaserin, který ovlivňuje pocit sytosti působením na serotoninové receptory přímo v hypothalamu. (22, s. 89-94), (17, s. 191-198)

Druhým typem antiobezitik jsou taková, která působí přímo ve střevě, omezují absorpci živin a tím tedy zvyšují výdej energie. Zástupcem této skupiny léků je zejména Orlistat (obchodní název Xenical), který se naváže na pankreatickou lipázu a tím omezuje vstřebávání tuků přibližně o 30%. Lék nemá závažné nežádoucí účinky, často však klienti hlavně z počátku užívání trpí obtěžujícími průjmy. (22, s. 89-94), (17, s. 191-198)

Poslední možností snížení váhy je podávání injekčních preparátů ovlivňujících hormony trávicího traktu, tzv. inkretiny. Do této skupiny patří Exenatid a Liraglutid. Tyto preparáty jsou však předepisovány zatím pouze diabetikům. (22, s. 89-94), (17, s. 191-198)

Úbytek váhy bývá také patrný při podávání některých antidepresiv a antiepileptik. Tyto preparáty by však měly být předepisovány pouze při chorobách, pro jejichž léčbu byly původně určeny. K dostání jsou na trhu též volně prodejné preparáty na bázi

syntetických polysacharidů, které po nabobtnání vodou v žaludku navozují pocit sytosti. Typickým představitelem je Obesimed Forte. (22, s. 89-94), (17, s. 191-198)

Ve fázi pokusů je také biologická léčba, která by ve své podstatě měla ovlivňovat a regulovat metabolismus, do budoucna se experimentuje i s termogenními vlivy farmak. Samozřejmostí při užívání jakýchkoliv medikamentů při léčbě obezity je zodpovědný klient, dodržující dietní opatření a dostatečnou pohybovou aktivitu. (22, s. 89-94), (17, s.191-198)

3.3 Chirurgická léčba obezity

Při léčbě těžkých forem obezity většinou nestačí konzervativní léčebné postupy a je někdy zapotřebí nabídnout klientovi alternativu pro zvládnutí situace v podobě operačního zákroku. Touto problematikou se zabývá tzv. bariatrická chirurgie, která v této oblasti za posledních 15 let udělala obrovské pokroky a je právem považována za nejúčinnější léčebnou metodu nejen při zvládnání morbidních forem obezity, ale také při léčbě diabetu 2. typu. Operační zákrok dlouhodobě, velmi často i trvale zajišťuje výrazné úbytky na váze, které bývají několikanásobně vyšší než hmotnostní úbytky při nechirurgickém léčení, pohybující se kolem 10 – 15%. (14, s. 61) Klient si však musí uvědomit, že chirurgický zákrok, který podstupuje mu v první řadě poskytne účinnější zvládnání komplikací a chorob souvisejících s obezitou, teprve v druhé řadě půjde o vylepšení vzhledu (21). Nejedná se tedy o kosmetickou operaci, která ale může samozřejmě poté následovat. (5, s.57-58)

Bariatrické operace zasahují svou podstatou do metabolismu organismu, proto se přibližně před 5 lety začal vyvíjet vedle bariatrie samostatný podobor – metabolická chirurgie. (5, s. 57-58)

Bariatrie, pojem odvozený od řeckého „baros“, znamenající „těžký, objemný“, je obor, zabývající se chirurgickou léčbou morbidní obezity a přidružených chorob, mající své kořeny již v padesátých letech 20. století. Do prvopočátků patřily operace, při nichž byla odstraněna část tenkého střeva. S uspokojivými výsledky se prováděly také velmi složité zákroky, při nichž bylo jaksí vyřazeno trávení živin obejitím trávicích částí střeva. Dlouhého trvání nemělo experimentování s mezičelistní fixací drátem, které bylo spojeno se spoustou komplikací. Později se lékaři soustředili na zmenšující operace žaludku, žaludeční bypassy, gastroplastiky a v poslední řadě se začaly používat a zdokonalovat gastrické bandáže. (8)

Dnes se bariatrické operace rozdělily do dvou základních proudů, a těmi jsou na jedné straně tzv. malabsorpční zákroky a na straně druhé zákroky restriktivní. Jako

doplňující zákrok může být dočasně zaveden silikonový intragastrický balón nebo využita myostimulace žaludku navozující pocit sytosti. Ve fázi klinických studií jsou na některých klinikách prováděny výkony jako kontinuita tenkého střeva přerušující ileální transpozice nebo duodenojejunální sleeve, při kterém se do duodena a počáteční části jejunu zavede igelitový rukáv, který zamezuje styku potravy s trávicími enzymy. (14, s. 57-61)

Ke všem bariatrickým zákrokům je základní podmínkou k indikaci klient, který se neúspěšně pokoušel snížit svoji tělesnou hmotnost nechirurgickou cestou, nebo hmotnost snížil a následně došlo opět k jejímu nárůstu i přes dodržování všech doporučených opatření, jeho BMI je nebo bylo vyšší než 40 kg/m², případně vyšší než 35 kg/m² a současně jsou přítomny přidružené choroby či komplikace, dále musí být schopen dobré spolupráce, nesmí být závislý na alkoholu či drogách a neměl by mít závažné psychiatrické onemocnění. Na těchto kritériích se dohodly dvě největší světové organizace, zabývající se bariatrickou chirurgií a těmi jsou IFSO (International Federation for the Surgery of Obesity) a ASBS (American Society for Bariatric Surgery). (6, s. 9)

3.3.1. Malabsorpční operace

Malabsorpční bariatrické operace jsou považovány za nejefektivnější metodu léčby morbidní obezity s výraznými a dlouhodobě udržitelnými hmotnostními úbytky i u nespolupracujících klientů, hlavní nevýhodou je však jejich ireverzibilita a také malabsorpce vitamínů a minerálů, které je potřeba celý život nahrazovat. S deficitem vitamínů a minerálů se mohou objevovat další choroby, jako např. anémie při nedostatku vitamínu B12 nebo železa, případně onemocnění kostní tkáně z nedostatku vápníku. Klienti velmi často trpí páchnoucími průjmy. (6, s. 10)

Nejrozšířenějším představitelem této skupiny operací je biliopankreatická diverze. Principem operace je vyřazení velké části tenkého střeva, kde dochází ke trávení a vstřebávání živin, tím pádem je příjem energie požitou potravou výrazně omezen. Zkrácení zažívací trubice a tím omezení její fyziologické funkce je hlavním úkolem těchto zákroků, vedle toho má operace také restriktivní funkci, neboť se odstraňují zhruba dvě třetiny žaludku a tím se následně zmenšuje celkový objem přijímané potravy. (8)

3.3.2 Kombinované operace

Mezi výkony, které jsou restriktivní a malabsorpční zároveň, patří např. gastrický bypass s Roux-Y kličkou nebo s omega kličkou. Operace spočívá v oddělení horní třetiny žaludku od distálních dvou třetin. Na horní třetinu se poté našije vzdálenější část tenkého

střeva a tím je obejito místo, kde potrava přichází nejvíce do styku s pankreatickými a biliárními trávicími enzymy, tedy duodenum a počáteční část jejunu. Trávení pak probíhá jen v kratším úseku střeva a vstřebávání živin je tak výrazně omezeno. (17, s. 238) Po gastrickém bypassu se mohou objevit závažné komplikace jako např. poruchy vyprazdňování žaludku, stenóza anastomózy, tvorba vředů nebo příliš velké, nechtěné hmotnostní úbytky. (7, s. 7)

Malabsorpční i kombinované výkony, které uvedeným způsobem zasahují do procesu trávení, jsou na jedné straně považovány za neúčinnější při léčbě vysokých stupňů obezity a diabetu 2. typu a váhové úbytky jsou velmi výrazné, na straně druhé je třeba důkladně zvážit, pro kterého klienta jsou vhodné, neboť sebou přináší poměrně vysoké riziko vzniku komplikací, které mohou některým klientům spíše uškodit. (17, s. 229-230)

3.3.3 Restriktivní operace

Restriktivní operace jsou založeny na principu zmenšení celkové kapacity žaludku, tím zmenšení objemu přijaté stravy a navození rychlejšího pocitu sytosti. Váhové úbytky se mohou zdát menší než při operacích malabsorpčních nebo kombinovaných, zato jsou výkony považovány za mnohem méně rizikové. (5, s. 69)

V České republice patří dnes k nejpobulárnějším výkonům především gastrická bandáž, na druhém místě se umístila tubulizace žaludku a na třetím gastroplicace. (3, s. 38-42)

Tubulizace žaludku, jinak také sleeve gastrektomie, neboli rukávová resekce žaludku, patří mezi nevratné zákroky, neboť se definitivně odstraňuje část žaludku. Výkon spočívá v resekci poměrně velké části – zhruba 80% žaludku v oblasti velké kurvatury, po jejím předchozím uvolnění ze závěsu. K resekci se nejčastěji využívá staplerové techniky. Ze žaludku tedy zbude pouze tenká trubice o objemu kolem 100 ml. Odstranění fundu a ostatních částí žaludku zapříčiňuje také nedostatečnou sekreci hormonu ghrelinu, který je secernován převážně buňkami v těchto částech žaludku a je odpovědný za pocity hladu. Díky tomu je metoda označována jako restriktivně hormonální. (15)

Podobnou, ale šetrnější a bezpečnější metodou zmenšení objemu žaludku, je jeho plikace. Zvenčí se žaludek jeví jako po sleeve resekci, ale zásadní rozdíl je v tom, že velká část žaludku se neresekuje, pouze se zanoří do lumen žaludku a zvenku zašije. Zanořená část navíc vyplňuje žaludeční dutinu a tím omezuje prostor pro příjem většího množství potravy. Výhodou operace oproti tubulizaci je její potenciální vratnost a menší výskyt pooperačních komplikací. (3, s. 179)

Velmi efektivní, oblíbenou, bezpečnou a relativně snadnou metodou je použití gastrické bandáže, o níž bude podrobněji pojednáno dále.

4 BANDÁŽ ŽALUDKU

První experimenty s použitím fixní gastrické bandáže se datují již v roce 1978, kdy doktor Wilkinson z USA použil ke stažení proximální části žaludku neadjustabilní úzkou manžetu. V dalších letech se k zaškrcení žaludku začaly používat cévní protézy, zpočátku pletené, později ke tkáním šetrnější gore-texové. Hlavní nevýhodou těchto pevných bandáží byla nemožnost ovlivnění průchodu otvoru v žaludku a s tím spojené komplikace. V roce 1983 se chirurgové pokoušeli naložit na horní část žaludku pevný gastroklip, jehož použití se ale pro výskyt závažných komplikací brzy opustilo. O dva roky později položili chirurgové Forsell a Hallberg ze Švédska základy libovolně plnitelné silikonové gastrické bandáži, jejíž princip je používán dodnes. V roce 1986 začíná zcela nezávisle na Švédech používat adjustabilní bandáž také doktor Kuzmak v USA. (9, s. 15-19)

V posledních letech je moderním trendem většinu operací provádět miniinvazivním přístupem. O rozvoj laparoskopicky prováděné gastrické bandáže se výrazně zasloužil kolektiv chirurgů 1. chirurgické kliniky Všeobecné fakultní nemocnice a 1. LF UK v Praze, kde byla v roce 1993 provedena první laparoskopická bandáž žaludku na světě. Od té doby se výkon provádí v naprosté většině případů laparoskopicky, přestože obezita byla v prvopočátcích laparoskopii považována za kontraindikaci. Stejně tak je snaha o miniinvazivní operování u všech ostatních bariatrických výkonů. (14, s. 57)

V Evropě je bandáž žaludku považována za nejoblíbenější druh bariatrického výkonu. Své prvenství si zasloužila jednak svojí efektivitou v poli hmotnostní redukce, jednak poměrně jednoduchou technickou proveditelností a následnou manipulací a v neposlední řadě nízkým rizikem výskytu pooperačních komplikací. Navíc lze bandáž kdykoliv odstranit, je to tedy jeden z mála vratných bariatrických výkonů. (9, s. 20)

Podstatou adjustabilní bandáže je implantace silikonové manžety s plnitelným balónkem na její vnitřní straně kolem proximální části žaludku. Tím je žaludek rozdělen na malou horní část nad manžetou a větší spodní část pod manžetou. Získává tak tvar asymetrických přesýpacích hodin. Do horní části žaludku se vejde pouze malá porce stravy o velikosti asi 150 ml, rozepjetím stěn fundu potravou a drážděním vláken nervus vagus je pak vyslán do mozku signál, že je žaludek nasycen. Následně potrava pomalu prochází zaškrceným místem do dolní části žaludku. Průsvit kanálku spojujícího horní a dolní část žaludku lze měnit naplněním, neboli adjustací balonku na vnitřní straně bandáže tekutinou, vpravovanou skrze podkožně uložený plnicí port spojený s bandáží silikonovou hadičkou.

Čím užší je průchod kanálkem, tím déle se zdržuje potrava v horní kapse žaludku a klient po delší dobu nepocítuje hlad. (17, s. 232)

4.1 Indikace a kontraindikace

Péče o obézního klienta je celoživotní záležitostí a musí být komplexní, zahrnuje multioborovou lékařskou i ošetrovatelskou spolupráci. Na indikaci klienta k operačnímu řešení obezity se podílí hned několik odborníků najednou. Od praktického lékaře se klient dostává do obezitologické poradny, případně na diabetologii. Současně se setkává s nutričním terapeutem, fyzioterapeutem a samozřejmě s všeobecnou sestrou. Po neúspěšných konzervativních pokusech o snížení váhy dostane doporučení na ambulanci bariatrické chirurgie, odkud je dále poslán na vyšetření psychologem, případně psychiatrem, internistou, gastroenterologem a anesteziologem. Tento tým specialistů dohromady rozhodne, zda je klient schopen operačního zákroku nejen po stránce zdravotní, ale také bude-li po operaci schopen důsledně spolupracovat s lékaři a dodržovat pooperační režim. Jedině s dobrou compliance klienta může být operace úspěšná. (5, s. 73)

Indikační kritéria pro doporučení klienta k bandáži žaludku jsou stejná, jako pro ostatní bariatrické zákroky a uvádím je v předchozí kapitole.

Kontraindikací k výkonu je klient, který nenavštěvoval obezitologickou poradnu a prokazatelně nepodstoupil žádné konzervativní léčení. Dále je-li zřejmé, že klient po zákroku nebude schopen nebo ochoten úzce spolupracovat a dodržovat lékařská doporučení, případně má-li závažné psychiatrické onemocnění. Operace se neprovádí u klientů s drogovou či alkoholovou závislostí a u klientů, jejichž zdravotní stav předpokládá krátkodobou prognózu. Samozřejmou kontraindikací jsou závažné choroby, které svojí rizikovostí nedovolují podstoupit celkovou anestézii, jako např. některá srdeční nebo plicní onemocnění. Za relativní kontraindikaci je považována malá hiátová hernie, za absolutní pak velká hiátová kýla a také refluxní esofagitýda, kterou je potřeba před zákrokem zaléčit. Těhotné ženy operaci rovněž nepodstupují. (5, s. 75-76)

Nezbytné je klientovi podrobně a srozumitelně vysvětlit všechny možnosti léčby, poučit ho o všem, co se bude v období operační léčby dít, jaké chování se od něho během léčby očekává a jaké reálné výsledky může také klient očekávat od operace. Jedině pokud klient opravdu všemu porozumí, může se následně rozhodnout, zda zákrok podstoupí či nikoliv. Pokud by nebyl dostatečně informován a ochoten spolupracovat a dodržovat všechna doporučení, byl by efekt operace ohrožen. (17, s. 230)

4.2 Vyšetření

K diagnostice stupně nadváhy či obezity je nejčastěji využíván BMI, jehož vzoreček pro výpočet jsem zmiňovala na začátku práce. Na ambulanci bariatrické chirurgie je klient v první řadě podroben důkladné anamnéze. Kromě klasické osobní, rodinné a pracovní anamnézy se ptáme na hmotnost v dětství, v období dospívání a u žen před těhotenstvím, v těhotenství a po porodu. Zaznamenáváme hmotnostní výkyvy, zajímáme se o výživové zvyklosti a fyzickou aktivitu klienta, o jeho psychický stav a zvládání životních těžkostí, o motivaci k léčbě. Při odběru osobní anamnézy se cíleně zaměřujeme na choroby související s obezitou, jako je vysoký krevní tlak, dyslipoproteinémie, diabetes mellitus 2. typu, srdeční a cévní choroby, bolesti zad a kloubů, dechové obtíže nebo spontánní otěhotnění u žen. Součástí anamnézy by měl být dotaz na sociální situaci a rodinné zázemí. (17, s. 131-132)

Následuje fyzikální vyšetření, při kterém sledujeme celkový stav klienta. Pohledem je hodnoceno rozložení tělesného tuku, stav kůže, přítomnost venter pendulus, nadměrné ochlupení u žen, nebo např. gynekomastie či hypogonadismus u mužů. Na dolních končetinách sledujeme přítomnost otoků a varixů. Pohmatem vyšetřujeme oblast břicha, kde pátráme po jizvách po předchozích operacích a kýlách, hlubší pohmat je však kvůli tukové vrstvě obtížný. Neopomeneme pohmatem vyšetřit velikost štítné žlázy. K fyzikálnímu vyšetření patří i měření krevního tlaku a pulzu. (17, s. 136)

Provedeme odběr krve na základní biochemické vyšetření, kde sledujeme hlavně glykémii, lipidogram, mineralogram, jaterní testy, ureu a kreatinin, CRP a celkovou bílkovinu, dále krev na krevní obraz a faktory, ovlivňující srážlivost krve (APTT, INR). Vyšetřujeme také hladiny hormonů štítné žlázy. V moči pátráme po přítomnosti krve, cukru, bílkoviny a leukocytů. Při podezření na obezitu přidruženou k primárnímu onemocnění, jako je např. Cushingův syndrom, hypogonadismus u mužů, hypothyreóza či jinak hormonálně podmíněná obezita necháváme stanovit hladiny příslušných hormonů. (17, s. 136-138)

Z ordinace bariatrické chirurgie je klient odeslán na další klinická vyšetření. Mezi standardní předoperační vyšetření patří EKG s interním předoperačním vyšetřením, při němž je potřeba myslet na relativně častý výskyt srdečních onemocnění, dále RTG plic a spirometrie. Před bandáží žaludku se ještě provádí gastrokopie, která odhalí případný výskyt žaludečních vředů nebo refluxní esofagitidy, jež je potřeba před chirurgickým výkonem zaléčit. Dále je provedeno sonografické vyšetření břicha jednak pro zjištění

přítomnosti konkrementů ve žlučníku, které je vhodné odstranit ještě před samotným bariatrickým výkonem, a jednak zjišťujeme velikost jater, hlavně jejich levého laloku, který může být u obézních pacientů tak veliký, že by svým objemem bránil implantaci bandáže. V tomto případě je klientovi často doporučováno dočasné zavedení intragastrického balónu, který je do žaludku vpraven gastrokopicky na dobu 3-6 měsíců. Během této doby se klientovi většinou podaří zhubnout i několik desítek kilogramů a dochází ke zmenšení jaterního laloku s následnou možností operovat v této lokalitě. (6, s.10) Dále je pomocí RTG kontrastní látky vyšetřen polykací akt k odhalení brániční kýly. (11) V některých případech je zapotřebí doplnit např. ergometrii, ECHO, plicní vyšetření, u klientů s refluxním onemocněním jícnu se ještě indikuje manometrie a pH metrie jícnu. O povaze jednotlivých výkonů a nutné přípravě na ně jsou klienti předem edukováni sestrou. (2)

4.3 Předoperační péče

Po úspěšném absolvování všech doporučených vyšetření s uspokojivými výsledky je klient objednan k operaci. Na chirurgické oddělení nastupuje většinou den před plánovaným výkonem, na pracovištích jednodenní chirurgie nastupuje až ráno před operací. (3, s. 59-60)

K dosažení těch nejlepších pooperačních výsledků, ať již v oblasti hmotnostních úbytků, nekomplikovaného pooperačního průběhu nebo spokojenosti klienta a tím i lékaře, je zapotřebí důkladná předoperační edukace klienta. Ten si musí uvědomit, že bez jeho důsledné spolupráce nemusí operační zákrok přinést takové výsledky, jaké se očekávají. Lékařský a ošetrovatelský tým musí před operací klientovi podat dostatek srozumitelných informací, týkajících se samotného operačního výkonu a možných komplikací s ním spojených, předoperační přípravy a pooperačního průběhu. Dále je nutné klienta opakovaně poučit o nutnosti dodržování doporučených dietních a režimových opatření, o pravidelném navštěvování ambulance bariatrické chirurgie a respektování všech pokynů lékaře. Klient se musí připravit na všechny změny, které pro něho po operaci nastanou, musí se naučit polykat malá a dobře rozžvýkaná sousta, počítat s velmi malými, ale pravidelnými porcemi jídla. Pro zajištění maximální informovanosti klienta je dobré mu poskytnout informační letáky a brožury, týkající se dané problematiky, případně mu doporučit návštěvu klubů, ve kterých se sdružují klienti se stejným zdravotním problémem a předávají si laické informace a cenné zkušenosti. Neopomíjíme se také zeptat, zda všemu

dobře rozumí a zda nemá sám nějaké dotazy. Je-li klient o všem náležitě informován, podepisuje informovaný souhlas s operací. (3, s. 59-60)

Ještě před nástupem k hospitalizaci je klient poučen o tom, které pravidelně používané léky má dále užívat a které vysadit, případně nahradit jinými. Léky na vysoký krevní tlak a diabetes užívá klient bez přerušení, antidiabetická léčba se během operace a těsně po ní reguluje dle aktuální glykémie infuzí glukózy s přidaným inzulínem. Užívá-li klient anopyrin, je nutné jej týden před operací vysadit. I všechna ostatní antikoagulancia jsou nahrazena nízkomolekulárním heparinem. (3, s. 66) Na některých pracovištích se v rámci premedikace profylakticky podávají inhibitory protonové pumpy nebo H2 blokátory s prokinetiky ke snížení žaludeční kyselosti a rizika aspirace. (5, s. 101)

Další příprava před gastrickou bandáží se již neliší od přípravy před jinou laparoskopickou operací. Zahrnuje tromboembolickou profylaxi podáváním nízkomolekulárního Heparinu, bandáží dolních končetin a následně včasnou mobilizací co nejdříve po výkonu. Vzhledem k tomu, že je do těla implantován cizorodý materiál, je na místě použití antibiotické clony k prevenci infekce. Pro snížení rizik spojených s anestézií klienti od půlnoci nejí, nepijí a nekouří, pro klidnější spánek dostávají v rámci premedikace večer před spaním anxiolytikum. (14, s. 66)

Bezprostřední předoperační příprava ráno před výkonem spočívá v důsledné celkové hygieně těla, odstranění všech šperků, zubních náhrad nebo jiných protetických pomůcek. V režii sestry je oholení operačního pole, kontrola a vyčištění pupku dezinfekčním roztokem, kontrola odlakovaných nehtů. Dle zvyklostí pracoviště je žilní vstup zajištěn buď na chirurgickém oddělení, nebo následně až na operačním sále. Součástí ošetrovatelské péče je také zklidnění klienta, zmírnění jeho obav, zodpovězení dotazů a tím uspokojení jeho psychických potřeb. Po telefonické výzvě anesteziologické sestry, asi 30 minut před převozem na operační sál, je na některých pracovištích ještě klientovi podána naordinovaná premedikace, nejčastěji kombinace Dolsinu a Atropinu. Před aplikací by se měl klient pokusit o spontánní vymočení, po premedikaci již neopouští své lůžko a sestra dohlíží na jeho bezpečnost. Klient je na sál odvezen zcela vysvlečen, pouze přikrytý peřinou, dle zvyklostí oddělení může být oblečen do ústavního bílého pláště nebo jednorázového obleku. Sestra předává klienta spolu s dokumentací ošetrovatelskému týmu operačního sálu. (13, s. 20)

4.4 Perioperační péče

Po přijetí na operační sál se klient v první řadě dostává do péče perioperační sestry, anesteziologické sestry a sanitáře. Je velmi důležité si uvědomit, že pro většinu klientů je prostředí operačního traktu neznámé a proto deprimující, prožívají pocity strachu a úzkosti, jsou zcela odkázáni na péči sálového personálu. Strach a úzkost může vyvolat nepříznivou somatickou reakci organismu a tím velmi negativně ovlivnit průběh operace. Stejně tak může mít vliv na výskyt perioperačních a pooperačních komplikací. Proto je potřeba věnovat klientovi řádnou individuální a profesionální péči po celou dobu pobytu v prostorách operačního traktu. (24, s. 65-67)

Sestra se po převzetí klientovi představí jménem i pracovním zařazením. Zkontroluje totožnost klienta, zdravotnické dokumentace a plánovaného operačního výkonu. Po celou dobu respektuje intimitu a stud klienta, který je při překládání na sálový vozík a následně na operační stůl nahý, přikrytý pouze prostěradlem. Vlasy jsou zakryty čepicí. Sestra se dotazy a vizuální kontrolou ujišťuje, zda má klient odstraněné veškeré šperky a protézy, zda je oholeno operační pole v potřebném rozsahu, zda byla provedena dostatečná očista pupku a je-li provedena kvalitní bandáž dolních končetin. Dále zjišťuje alergie v anamnéze a dodržené lačnění. (12, s. 155)

Nyní může být klient přeložen na operační stůl. O všech prováděných intervencích klienta průběžně informujeme. Na suchou kůži těla přikládáme neutrální elektrodu, která je nezbytná při použití elektrokoagulace. Klient je před uvedením do anestézie uložen do polohy na zádech, s rozpaženými horními končetinami pro snadnější přístup k žilnímu řečišti anesteziologickým týmem. Horní končetiny jsou připoutány ke dlahám pásky. Dolní končetiny jsou z důvodu prevence pádu také zabezpečeny pásem. Případnému prochladnutí zabraňuje přikrytí prostěradlem, termofólií nebo použitím vyhřívací podušky. (25, s. 133-135)

Speciální poloha se provádí až po uvedení klienta do celkové anestézie. Pro laparoskopickou bandáž žaludku je využívána nejčastěji poloha v polosedě nebo antiTrendelenburgova poloha s možností roznožit dolní končetiny, mezi nimiž může stát asistent. Při polohování je nezbytné respektovat fyziologii těla a dbát na prevenci otlaků predilekčních míst, poranění kůže a útlaku nervově cévních svazků s následným poškozením tkání, použitím měkkých podložek a správnou fixací jednotlivých částí těla. Následuje dezinfekce kůže operačního pole antiseptickým roztokem, při níž dbáme na dostatečné zaschnutí a nezatečení roztoku pod klienta, které by mohlo způsobit popáleniny

při elektrokoagulaci. Dalším krokem je sterilní zarouškování celého těla nepromokavým jednorázovým rouškovacím setem. Samozřejmostí je dodržování zásad asepse a udržování sterility během celého operačního výkonu. Instrumentující sestra sleduje průběh operace, asistuje a podává nástroje dle aktuální potřeby lékařům, kontroluje počty nástrojů a sušení a dbá na dodržování sterility. Obíhající sestra je jakousi spojkou mezi sterilní operační skupinou a nesterilním prostředím, obsluhuje přístroje, dodává potřebný materiál, podílí se na početní kontrole nástrojů a sušení, dbá na bezpečnost klienta a vede zdravotnickou dokumentaci. (12, s. 156, s. 187-191)

4.4.1 Operace

V dnešní moderní době se operace bandáže žaludku na většině pracovišť provádí výhradně laparoskopicky. Pouze ve výjimečných případech, kdy je laparoskopický výkon z nějakého důvodu kontraindikován, přistupuje se k laparotomickému operování. Proto se také ve své práci zabývám laparoskopickou žaludeční bandáží. (14, s. 57)

K samotné operaci se přistupuje po zarouškování klienta a přípravě laparoskopické věže a nástrojů. Ke komfortnímu průběhu operování se využívá pěti trokarů. Jedním z nich je zavedena optika, kterou asistent bedlivě sleduje operační pole. Druhý trokar slouží k zavedení retraktoru pro elevaci jater. Další tři trokary slouží k samotnému operování na žaludku. Bandáž žaludku se zavádí přes hepatogastrické ligamentum, tzv. „pars flaccida“ technikou. Je proto nutné se touto strukturou dostat k žaludku pomocí laparoskopických nástrojů, mezi něž patří např. grasper, disektor, klipovací kleště, nůžky, odsávačka nebo harmonický skalpel. Fundus žaludku je poté obejit nástrojem zvaným goldfinger, kterým je bandáž protažena vytvořeným tunelem za žaludkem a následně uzamčena. Před zavedením bandáže do dutiny břišní je nutné přezkontrolovat její funkčnost, aby nedošlo ke zbytečným pozdějším komplikacím. Hadička vedoucí z bandáže žaludku je vytažena z dutiny břišní a napojena na plnicí port. Ten je pomocí nevstřebatelných stehů přifixován podkožně k fascii, nejčastěji v levém epigastriu. Kapsa v podkoží, kde je port umístěn je vypláchnuta antiseptickým přípravkem. Plnicí port je jakási komůrka, která bude sloužit k pooperační adjustaci, neboli dofukování bandáže, čímž bude regulováno zaškrcení žaludku a klient si tak bude moci na restrikcii zvykat pozvolna. (3, s. 40) (14, s. 74)

Po vypuštění kapnoperitonea jsou zašity všechny incize po trokarech a ošetřeny sterilním krytím. Okolí operačního pole je omyto sterilním fyziologickým roztokem. (12, s.189)

4.5 Pooperační péče

Po operaci je klient uveden zpět do základní polohy a probuzen z celkové anestézie. Následně je pod dozorem anesteziologického týmu dle svého stavu odvezen na dospávací pokoj, JIP, ARO nebo standardní oddělení. Vzhledem k tomu, že obézní klienti trpívají syndromem spánkové apnoe, je u těchto nutné umístění v prvních hodinách po operaci na jednotku intenzivní péče, kde jsou pod neustálým dohledem. Bezprostřední pooperační období je pro všechny nemocné velmi rizikové. Je potřeba důsledně monitorovat stav vědomí, dýchání a krevní oběh. Jedině kvalitním a intenzivním sledováním stavu klienta lze včas odhalit možné komplikace, vyskytující se v ranném pooperačním období. Pooperační péče zahrnuje měření krevního tlaku, pulzu, teploty a dechu, saturaci kyslíkem, sledování operačních ran a obvazů, případně odpadu z drénu, byl-li zaveden. Dále je nutné pečovat o komfort nemocného na lůžku, což představuje hlavně péči o polohu a suché a čisté lůžkoviny. Neopomíjíme zabezpečit klienta proti pádu. Dle ordinací lékařů jsou podávány předepsané infuze a léky na tlumení bolesti. Nejpozději do 8 hodin po operaci by se měl klient spontánně vymočit, jinak je zapotřebí jej vycévkovat. Klienti s nadváhou často trpí po operaci nauzeou a zvracením, proto je na většině pracovišť preventivní antiemetická léčba doporučována. (12, s. 239-243)

Po překlenutí prvních několika hodin po operaci je již většina klientů umístěna na standardním oddělení, kde je ale i nadále potřeba je sledovat. Ošetrovatelská péče je stále zaměřena na sledování fyziologických funkcí v delších časových intervalech, převazy a kontrolu operačních ran, plnění dalších ordinací lékařů, zabezpečení všech biopsychosociálních potřeb a pohodlí klienta. Prevencí tromboembolické nemoci je včasná mobilizace, kterou zahajujeme nejlépe již večer po operaci. U klientů s chorobami dýchacího ústrojí je prováděna dechová rehabilitace. Na některých pracovištích je podáván Helicid či jiná antacida k zabránění vzniku vředové choroby žaludku. Pro kontrolu průchodnosti bandáže, případně zjištění poranění žaludku je možné provést první pooperační den pasáž žaludku pod RTG kontrolou. Při nekomplikovaném průběhu pooperačního období a dobrém celkovém stavu může být klient propuštěn již první nebo druhý pooperační den do domácího ošetřování. (12, s. 239-243)

Zpravidla 7.-10. den po operaci přicházejí klienti na první kontrolu, při níž jsou jim odstraněny stehy a zkontrolovány operační rány. Při této, ale i každé další kontrole, je nutné klientům stále znovu opakovat dodržování doporučených dietních a režimových opatření. (5, s. 218)

Další kontrola je plánována nejčastěji za 4 až 6 týdnů, kdy je možné provést první adjustaci bandáže dle váhového úbytku a subjektivních vjemů klienta. Přifouknutí bandáže fyziologickým roztokem provádí lékař pod možnou RTG kontrolou nápichem podkožně uloženého plnicího portu. Nečiní-li utažení bandáže klientovi potíže, probíhají další kontroly během prvního roku ve 2 až 3 měsíčním intervalu, v dalších letech postačí 1 až 2 kontroly za rok. Při těchto pravidelných kontrolách jsou sledovány hmotnostní úbytky, celkový nutriční stav zejména z hlediska odhalení nedostatku vitamínů s potřebou jejich doplňování, dále snášenlivost bandáže žaludku a přizpůsobení se novému životnímu stylu. Dle přání klienta a uvážení lékaře je možné bandáž opakovaně přifukovat. (5, s. 78-79)

4.6 Specifika ošetrovatelské péče

Ošetrovatelská péče o obézního klienta, který může mít navíc spoustu přidružených závažných chorob, má své zvláštnosti. Pro dobrou spolupráci a celkově dobrý výsledek léčby je nezbytná efektivní komunikace, profesionalita sestry a správně vedený ošetrovatelský proces zaměřený speciálně na obézního klienta. Přístup ke klientovi s nadváhou vyžaduje notnou dávku empatie, taktu a trpělivosti. (5, s. 209-219)

Samotná změna životního stylu a zásadní změny v oblasti stravovacích návyků jsou pro klienty velice psychicky náročné. Velká část těchto lidí se navíc cítí ve společnosti diskriminována a pocíťuje stud. Sestra, která přichází do styku s bariatrickým pacientem, ať v ambulantní části, na lůžkovém oddělení nebo na operačním sále, má za úkol citlivě, srozumitelně a opakovaně vysvětlit klientovi vše, co potřebuje k dané problematice znát. Důležité je naslouchat a dávat najevo porozumění. O nutnosti dodržování pooperačního režimu a následné dlouhodobé spolupráci s lékařem by měl být klient edukován opakovaně, pokud možno co největším počtem zdravotnického personálu. (5, s. 209-219)

Předoperační a pooperační ošetrovatelská péče o obézního klienta se v některých oblastech liší od péče o klienty neobézní. Například samotné měření krevního tlaku vyžaduje použití dostatečně široké manžety, vyšetřovací lehátka, lůžka i židle musí mít větší nosnost než standardně mají. Rozdílly jsou například i v péči o osobní hygienu. Klient s nadměrnou hmotností se zvýšeně potí, je celkově méně pohyblivý a tím je ohrožena i jeho soběstačnost s následnou poruchou sebepojetí. Je-li po operaci navíc upoután na lůžko, dopomoc při hygieně může být velmi obtížná. Pozornost je nutné věnovat hlavně kožním záhybům, které by mohly být osídleny nečistotami a tím pádem zdrojem infekce. Při všech intervencích zachováváme důstojnost klienta a respektujeme jeho stud. V podstatě veškeré další činnosti, jako polohování, překlad, mobilizace a rehabilitace po

operaci jsou mimořádně fyzicky náročné a často vyžadují spolupráci většího počtu personálu, případně využití speciálních pomůcek. (5, s. 209-219)

Dalším častým specifickým problémem obézních jsou poruchy spánku spojené s obstrukčním syndromem spánkové apnoe. Tyto klienty ukládáme do polohy se zvýšenou horní částí těla. Pooperačně tento stav vyžaduje dočasnou hospitalizaci na ARO nebo JIP. (5, s. 209-219)

Perioperační péče má také svá úskalí. Operační sál musí být vybaven přepravním vozíkem a speciálním operačním stolem s nosností minimálně 250 kilogramů. Na operačním stole je vhodné klienta uložit do mírné, asi 30ti stupňové antiTrendelenburgovy polohy, která zajistí lepší ventilaci plic. Samotná intubace může být problematická vzhledem ke zvýšenému riziku regurgitace a aspirace žaludečního obsahu. Při intubaci je někdy nutné podložit hlavu více než u klientů neobézních. (5, s. 103) Vzhledem k silné vrstvě podkožní tukové tkáně nelze operaci provést bez prodloužených, speciálně pro bariatrickou laparoskopickou operativu upravených nástrojů, jako je Veressova jehla, trokary a další pracovní nástroje dlouhé až 50 cm. (14, s. 67)

4.7 Komplikace bandáže žaludku

Stejně jako u všech ostatních operačních zákroků, i u bandáže žaludku existuje riziko vzniku komplikací. Ke snížení jejich výskytu je důležitá pečlivá předoperační příprava a edukace klienta, k jejich brzkému odhalení a řešení je zapotřebí důsledná pooperační péče a samozřejmě opakovaná edukace. (3, s. 59-60)

Komplikace se v zásadě dají rozdělit do dvou časových rovin – perioperační a pooperační. Některé perioperační komplikace mohou vyžadovat konverzi z laparoskopického výkonu na otevřený laparotomický výkon. Všeobecně laparoskopické výkony jsou však pro klienty méně invazivní, navíc se při bandáži žaludku neoperuje na otevřeném gastrointestinálním traktu, jako u jiných bariatrických výkonů. Pro klienta jsou takovéto zákroky méně zatěžující a výskyt komplikací je tím výrazně snížen. Přesto v ojedinělých případech může dojít např. k perforaci žaludku, krvácení, nebo pneumothoraxu. (2)

Z pooperačních komplikací se může vyskytnout infekce v operačních ranách, nejčastěji v oblasti adjustačního portu. Nezřídka se objevují i jiné problémy s portem, které mohou vyžadovat reoperaci, například uvolnění portu s následnou dislokací, případně rozpojení portu a spojovací hadičky. Poslední uvedené komplikaci se dá celkem elegantně zabránit naložením smyčky na spojovací hadičku v místě, kde je napojena na port, a tato

smyčka je pak přišita k fascii. Tuto metodu používají např. lékaři z Chirurgické kliniky v Lausanne ve Švýcarsku. (19)

V ojedinělých případech se může vyskytnout intolerance cizorodého materiálu nebo porucha pasáže. Pak je často nutné bandáž z těla odstranit. K později se vyskytujícím komplikacím patří roztažení žaludku nad bandáží, dilatace jícnu, sklouznutí bandáže (tzv. slippage) nebo vznik žaludečních vředů. Ezofagitida jako následek častého zvracení také není výjimkou. Nejobávanější komplikací je migrace bandáže, při které dochází k proříznutí žaludku. (2).

Existuje řada dalších komplikací, nesouvisejících přímo s bandáží žaludku, ale vyskytujících se po jakémkoliv operačním zákroku, narůstajících s morbiditou nemocných. Jejich výčet pro účely této práce nepovažuji za důležitý.

4.8 Pooperační režim

Jak již bylo řečeno, večer po operaci je klient mobilizován. Stejně tak již večer po operaci může polknout prvních pár lžiček tekutin. Je vhodné zpočátku i další dny požívat tekutiny lžičkou, aby si klient přivykl na malé objemy. V prvním týdnu požívá pouze tekutou stravu v malých dávkách. Následujících 5 týdnů je nutné stravu důkladně mixovat. Po této době je již možné postupně přejít na tuhou stravu, přičemž je bezpodmínečně nutné ji velmi důkladně rozžvýkat. Užívá-li klient léky, doporučuje se polykat je rozdrcené alespoň první dva týdny po operaci. Vhodné je rozdělit jídlo během dne alespoň do 5 porcí, které nejsou zpočátku větší než 100 ml. Časem se žaludek mírně roztáhne a pojme i větší porci, ale k roztažení nesmí dojít násilně přejídáním. Podstatné je nepokračovat v jídle i přes pocit sytosti. Při požití velkých objemů hrozí přeplnění horní části žaludku nad bandáží, její bolestivé roztažení a následné zvracení. Při opakovaném zvracení se může po čase objevit zánět sliznice jícnu a jeho dilatace. Samozřejmostí je správný výběr potravin, bohatých na proteiny, vitamíny a minerály, ale chudých na tuky, cukry, kalorie a soli. Existují také potraviny, které nejsou po bandáži žaludku doporučovány. Patří mezi ně např. dužnaté ovoce, ovoce se slupkou, příliš vláknitá syrová zelenina nebo tuhé maso. Tyto potraviny by svou konzistencí mohly ucpat úzký kanálek mezi horní a dolní částí žaludku s nutností endoskopického ošetření. (17, s. 234-235) (11, s. 4)

Pít dostatečného množství tekutin je velmi důležité, ale horní část žaludku je tak malá, že se do ní nevejde strava a zároveň tekutiny. Proto se nedoporučuje pít při jídle, ale pouze v přestávkách mezi jídly. Klient by se měl vyhýbat syceným a vysokoenergetickým

nápojům. Po najezení by klient neměl odpočívat vleže, aby se spolykaná potrava nedostávala zpět do jícnu. (14, s. 75)

Po operaci je dále doporučováno zvýšit dle svých možností pohybovou aktivitu. Jedenkrát týdně by mělo dojít ke kontrolnímu vážení se zaznamenáním váhy. (14, s. 75)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 FORMULACE PROBLÉMU

Obezita s sebou přináší mnohdy velmi nebezpečné důsledky. K jejímu řešení je v některých případech zapotřebí použití razantnějších léčebných metod, jako je např. bandáž žaludku. Důležitou součástí terapie je také ošetrovatelská péče, citlivý přístup zdravotního personálu a efektivní předávání informací a specifických doporučení, která ale klienti někdy nedodržují. Mají klienti dostatečný přísun těchto informací nebo je problém někde jinde?

6 CÍL VÝZKUMU

Cílem mého šetření je především zjistit, zda je klientům indikovaným k operačnímu řešení obezity pomocí bandáže žaludku poskytnuto dostatečné množství srozumitelných informací, týkajících se zákroku a pooperačního režimu. Následně posuzuji, zda má míra informovanosti vliv na dodržování pooperačního režimu či nikoliv. Dále se zaměřuji na výskyt zdravotních obtíží před operací a vlivem operace na jejich zlepšení. Své šetření doplňuji sledováním výskytu pooperačních komplikací s podkožně umístěným plnicím portem.

6.2 Dílčí cíle

Cíl 1: Zjistit, zda jsou klienti dostatečně a srozumitelně informováni o pooperačním režimu.

Předpoklad 1: Předpokládám, že většině klientů byly poskytnuty srozumitelné informace, týkající se pooperačního režimu.

Kritérium: většina = 75%

Otázky č. 2, 3, 4, 5, 6, 20

Cíl 2: Zmapovat, do jaké míry klienti po operaci dodržují doporučená režimová opatření.

Předpoklad 2: Předpokládám, že většina klientů po operaci dodržuje doporučená režimová opatření.

Kritérium: Většina = 75%

Otázky č. 11, 12, 13, 14, 16

Cíl 3: Zjistit, do jaké míry působí podkožně umístěný plnicí port klientům obtíže.

Předpoklad 3: Předpokládám, že většina klientů nemá obtíže s podkožně umístěným plnicím portem.

Kritérium: většina = 75%

Otázky č. 17, 18, 19

Cíl 4: Zjistit, zda má bandáž žaludku pozitivní vliv na léčbu chorob a zdravotních obtíží, vyskytujících se v souvislosti s obezitou.

Předpoklad 4: Předpokládám, že více než polovina klientů po zákroku uvede zmírnění zdravotních obtíží, vyskytujících se v souvislosti s obezitou.

Kritérium: více než polovina = nad 50%

Otázky č. 7, 8, 9, 10, 15

7 CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Ke svému dotazníkovému šetření jsem využila spolupráce klientů po prodělané operaci bandáže žaludku. Klienti byli vybíráni náhodně bez ohledu na časový odstup od výkonu, věk, pohlaví či úroveň dosaženého vzdělání.

8 METODA SBĚRU DAT

Ke svému průzkumu a sběru informací jsem se rozhodla použít strukturovaný dotazník, který jsem složila z 21 otázek. Zhruba polovina otázek byly položeny jako uzavřené, zbytek otázek byl polootevřeného typu. První otázka zjišťuje časový odstup od prodělané operace. Další dotazy jsou zaměřené na míru informovanosti klientů, zdravotní obtíže vyskytující se před a po operaci, dodržování pooperačního režimu a výskyt komplikací spojených s podkožně umístěným plnicím portem. V poslední otázce sleduji důvody podstoupení zákroku.

9 ORGANIZACE VÝZKUMU

Respondenti byli o vyplnění dotazníku požádáni v období od září do listopadu 2013 na ambulanci bariatrické chirurgie Fakultní nemocnice Plzeň – Bory s povolením managementu zdravotnického zařízení a vedoucího lékaře ambulance. Ze 120 tištěných dotazníků bylo vyplněno a do anonymního boxu vhozeno 74, což představuje 61,5%. 2 dotazníky byly vyřazeny z důvodu nekompletního vyplnění, do průzkumu bylo tedy zařazeno celkem 72 dotazníků, tedy 60%.

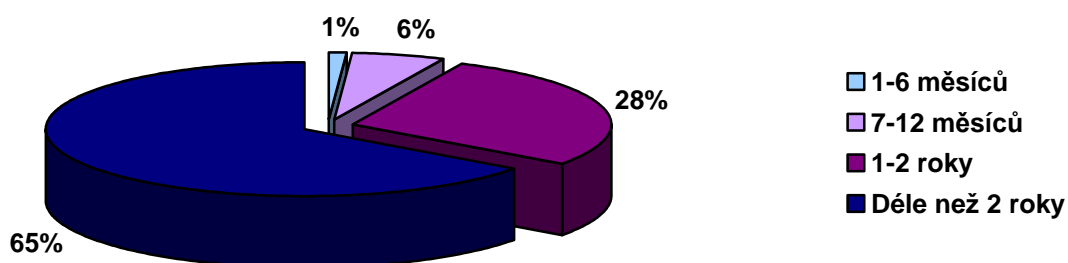
10 ANALÝZA ÚDAJŮ

Celkový počet respondentů činí 72. U otázek s možností vícečetné odpovědi (tyto otázky jsou označeny) bude proto četnost odpovědí vyšší, než je počet respondentů.

První otázka sleduje časový odstup od prodělané operace bandáže žaludku.

Otázka č. 1: **Jak dlouho jste po operaci?**

Graf 1 Časový odstup od operace



Zdroj: vlastní

1% (1) dotazovaných prodělalo operační zákrok před 1 – 6 měsíci, 6% (4) se operaci podrobilo před 7 - 12 měsíci, 28% (20) je po operaci 1 – 2 roky a zbytek, tedy 65% (47) oslovených má časový odstup delší než 2 roky.

Cíl 1: Zjistit, zda jsou klienti dostatečně a srozumitelně informováni o pooperačním režimu.

Předpoklad 1: Předpokládám, že většině klientů byly poskytnuty srozumitelné informace, týkající se pooperačního režimu.

Kritérium: většina = 75%

Otázky č. 2, 3, 4, 5, 6, 20

Kritéria pro hodnocení:

75% klientů v otázce č. 2 uvede odpověď „od lékaře“.

75% klientů v otázce č. 3 uvede alespoň 3 odpovědi.

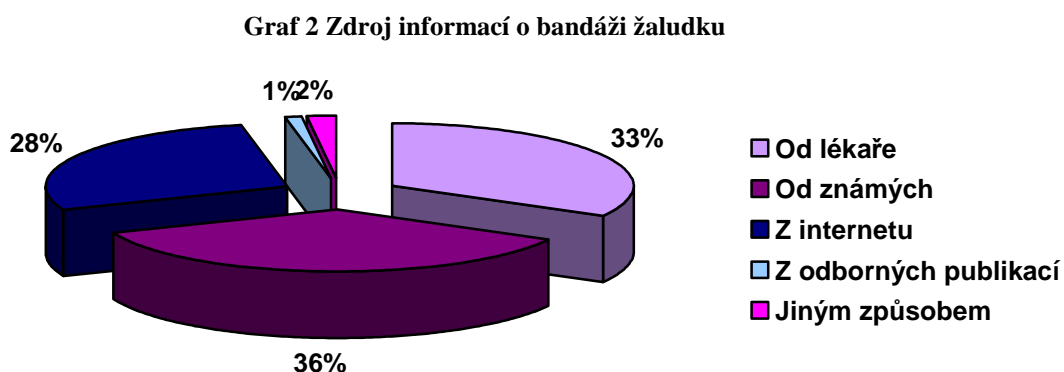
75% klientů v otázce č. 4 uvede všechny (tzn. 5) odpovědi.

75% klientů v otázce č. 5 uvede odpověď „ano“ nebo „spíše ano“.

75% klientů v otázce č. 20 uvede odpověď „ano, poučení bylo efektivní a účelné“.

Otázka č. 6 je doplňující.

Otázka č. 2: **Kde jste získal/a nejvíce informací o léčbě obezity pomocí bandáže žaludku? (lze označit více možností)**

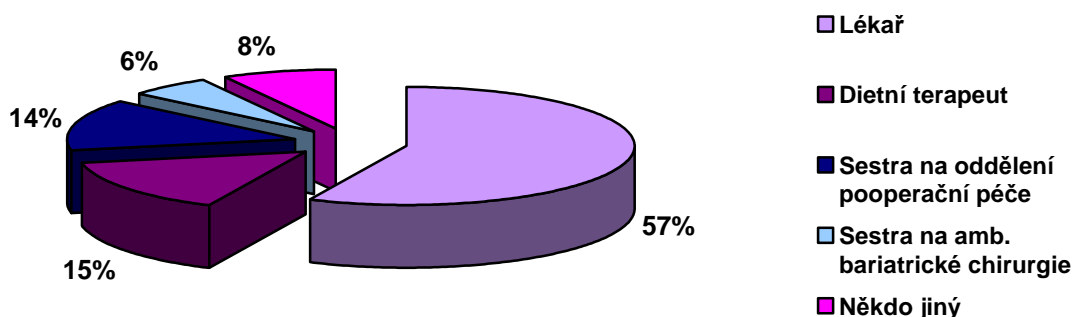


Zdroj: vlastní

V této otázce se snažím odhalit nejfrekventovanější zdroje, odkud klienti načerpali informace ohledně léčby obezity formou žaludeční bandáže. Nejčastěji udávaným zdrojem jsou známí, které uvedlo 36% (32) klientů. Na druhém místě to je lékař, který podal tuto informaci v 33% (29) případech. 28% (25) klientů si potřebné informace vyhledalo pomocí internetu. 2% (2) se o bandáži žaludku dozvěděl jiným způsobem, v obou případech jím byl rozhlas. Pouze 1% (1) dotazovaných si potřebné informace vyhledalo v odborných publikacích.

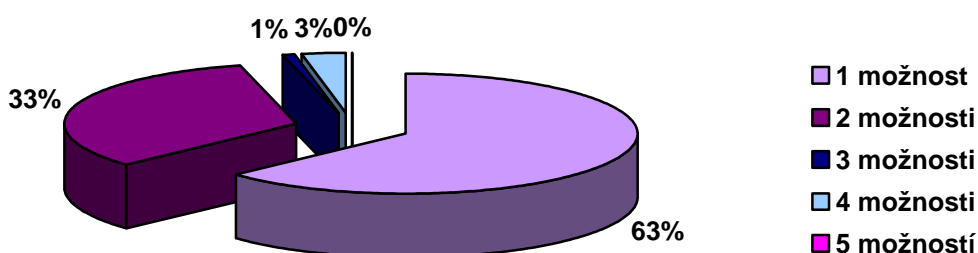
Otázka č. 3: **Kdo Vám podal informace o pooperačních dietních a režimových opatřeních? (lze označit více možností)**

Graf 3 Zdroj informací o doporučených opatřeních - doplňující



Zdroj: vlastní

Graf 4 Zdroj informací o doporučených opatřeních



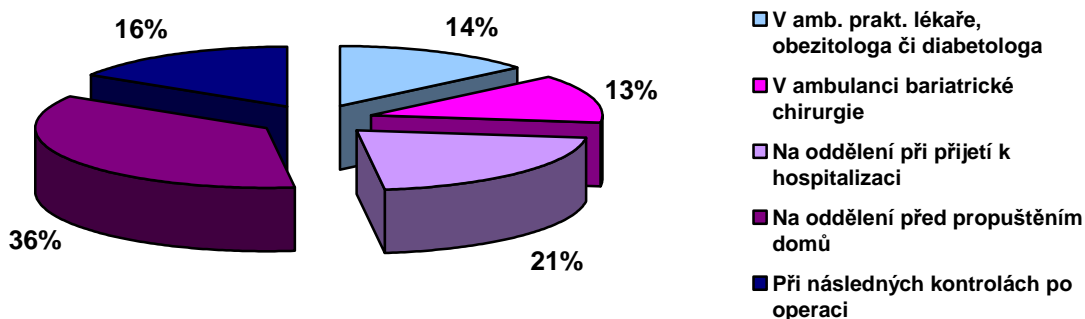
Zdroj: vlastní

Touto otázkou se pokouším zjistit, kdo hraje nejčastěji roli při předávání informací o doporučených dietních a režimových opatřeních. Nejčastěji uvedeným zdrojem je lékař a to v 57% (58) případů. Dietní terapeut se umístil jako druhý s 15% (15). Těsně za ním, se 14% (14) se umístila sestra na oddělení pooperační péče. V 8% (8) je zdrojem informací někdo jiný, nejčastěji uváděn známý. Sestra na ambulanci bariatrické chirurgie poskytla tyto informace 6% (6) klientů.

Jednu z uvedených možností označilo 63% (45) klientů. Dvě možnosti zvolilo 33% (24). Tři možnosti již uvedlo pouze 1% (1) a čtyři možnosti pouze 3% (2) sledovaných. Všech pět možností neuvedl nikdo.

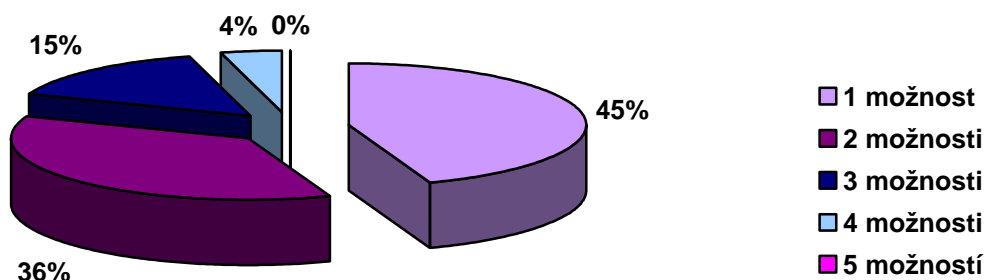
Otázka č. 4: **Kde Vám byly podány informace související s bandáží žaludku a pooperačním režimem? (lze označit více možností)**

Graf 5 Zdroj informací o pooperačním režimu - doplňující



Zdroj: vlastní

Graf 6 Zdroj informací o pooperačním režimu



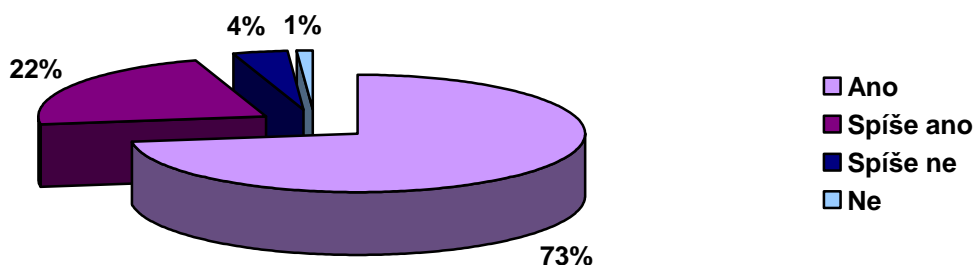
Zdroj: vlastní

Tato otázka je zaměřena na míru poskytování informací týkajících se pooperačního režimu jednotlivými ambulancemi či odděleními. Nejčastěji, tedy v 36% (46) se klienti tyto informace dozvídají na oddělení před propuštěním do domácího ošetřování. 21% (27) pak tyto informace obdrží na oddělení při přijetí k hospitalizaci. Při následných kontrolách po operaci je informováno pouze 16% (21) klientů. V ambulanci praktického lékaře, obezitologa nebo diabetologa se tyto informace dostaly pouze 14% (18) a v ambulanci bariatrické chirurgie pak již jen 13% (17) klientů.

Jednu z uvedených možností zaškrtno 45% (32) dotazovaných. Dvě možnosti označilo 36% (26), tři možnosti pak 15% (11) respondentů. Čtyři nabízené možnosti zvolily již jen 4% (3) a pět možností nikdo.

Otázka č. 5: Porozuměl/a jste všem informacím, které jste v souvislosti s bandáží žaludku dostal/a?

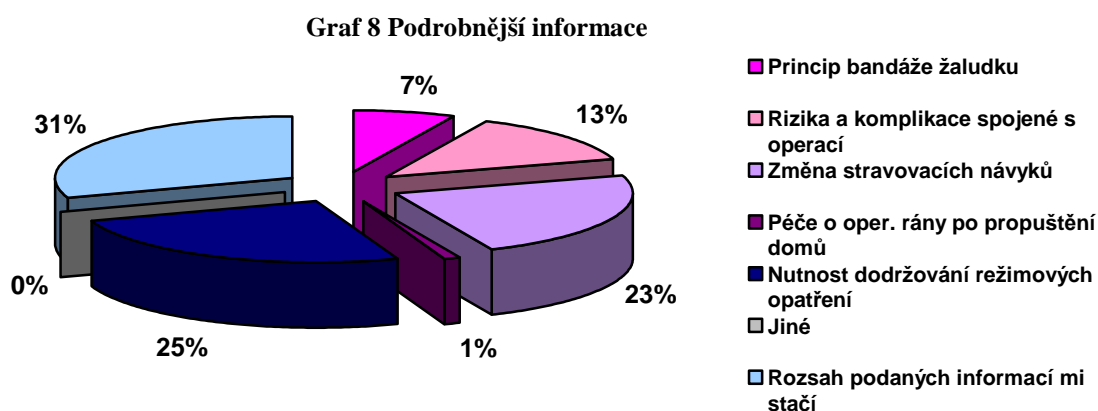
Graf 7 Srozumitelnost informací



Zdroj: vlastní

Tato otázka odhaluje, zda jsou podávané informace dostatečně srozumitelné. 73% (52) dotazovaných informacím plně rozumělo, 22% (16) uvedlo možnost spíše ano. 4% (3) klientů spíše nerozumělo obdržným informacím a jednomu klientovi přišly podané informace nesrozumitelné, což odpovídá 1% (1).

Otázka č. 6: **Ve kterých oblastech byste uvítal/a podrobnější informace? (lze označit více možností)**

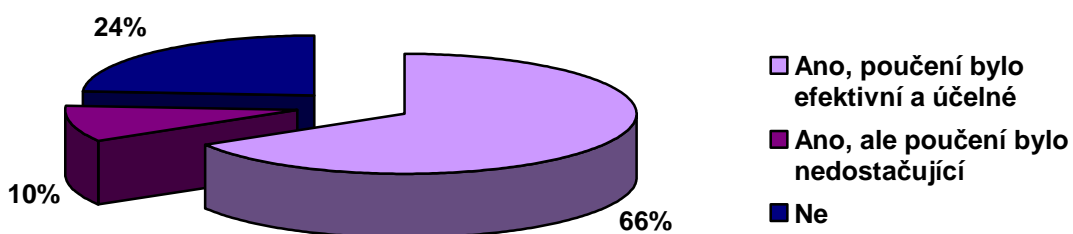


Zdroj: vlastní

Otázka číslo 6 se snaží odhalit oblasti, ve kterých je potřeba zdokonalit informovanost. 31% (30) respondentů uvedlo, že jim rozsah podaných informací stačí. 25% (25) klientů by uvítalo podrobnější informace v oblasti dodržování režimových opatření. 23% (23) by chtělo být lépe informováno o změně stravovacích návyků. 13% (13) operovaných by si přálo dozvědět se více o rizicích a komplikacích spojených s operací. 7% (7) klientů podrobněji zajímá princip bandáže žaludku a 1% (1) má zájem o lepší informace týkající se péče o operační rány po propuštění domů. Jinou možnost neuvedl nikdo.

Otázka č. 20: **Byl/a jste před propuštěním do domácího ošetřování poučen/a o péči o místo, kde je umístěn plnicí port?**

Graf 9 Poučení o domácím ošetřování



Zdroj: vlastní

Tento dotaz měl za úkol zmapovat, jsou-li klienti před propuštěním z nemocnice efektivně poučeni o následné domácí péči o oblast, kde je umístěn plnicí port. Pro 66% (48) respondentů bylo poučení efektivní a účelné. 10% (7) poučení dostalo, ale nebylo pro ně dostačující. 24% (17) nedostalo poučení žádné.

Cíl 2: Zmapovat, do jaké míry klienti po operaci dodržují doporučená režimová opatření.

Předpoklad 2: Předpokládám, že většina klientů po operaci dodržuje doporučená režimová opatření.

Kritérium: většina = 75%

Otázky č. 11, 12, 13, 14, 16

Kritéria pro hodnocení:

75% klientů v otázce č. 11 uvede odpověď „ne“ nebo „spíše ne“.

75% klientů v otázce č. 12 uvede odpověď „ano“ nebo „spíše ano“.

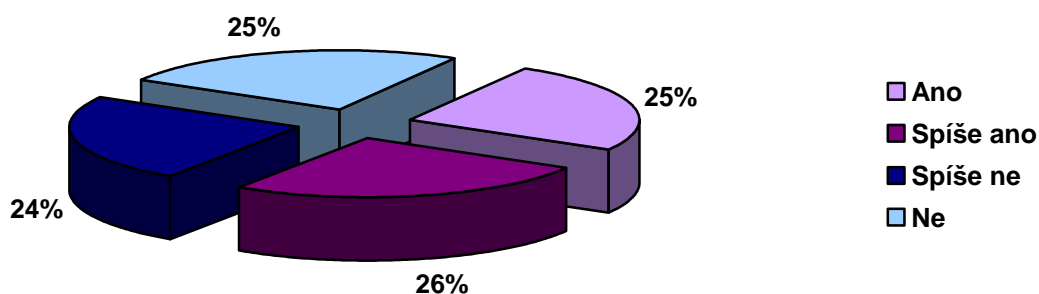
75% klientů v otázce č. 13 uvede odpověď „ne“.

Otázka č. 14 je doplňující.

75% klientů ve vědomostní otázce č. 16 uvede všechny správné odpovědi a těmi jsou: „jíst častěji malé porce jídla“, „jíst porce do objemu maximálně 200 ml“, „jíst citrusové ovoce“, „po jídle odpočívat vleže“, „vykonávat těžkou fyzickou práci“ a „pít velké množství tekutin najednou“.

Otázka č. 11: **Bylo pro Vás obtížné změnit po operaci Vaše dosavadní stravovací návyky?**

Graf 10 Změna stravovacích návyků

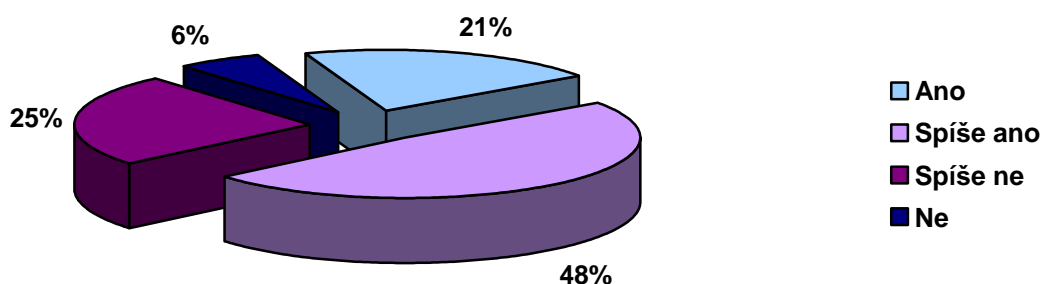


Zdroj: vlastní

Otázka sleduje náročnost změny stravovacích návyků po zákroku. Zde byly výsledky velmi vyrovnané, 25% (18) klientů uvedlo odpověď „ano“, 26% (19) „spíše ano“. 24% (17) operovaných odpovědělo „spíše ne“ a 25% (18) „ne“.

Otázka č. 12: **Dodrżujete i nyní doporučené stravovací návyky?**

Graf 11 Dodrżování stravovacích návyků

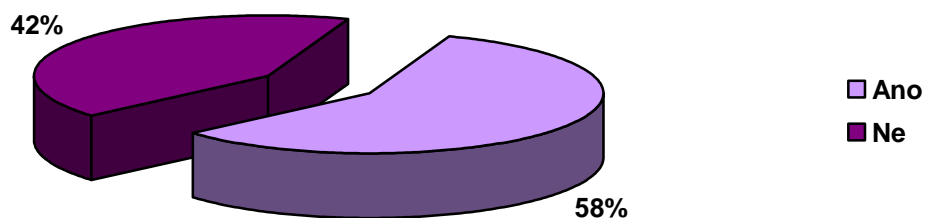


Zdroj: vlastní

Tímto dotazem se snařím odhalit, zda mají klienti i s odstupem času po zákroku dostatek vůle dodrżovat doporučené stravovací návyky. Skutečně pevnou vůli prokázalo 21% (15) klientů s odpovědí „ano“, 48% (35) statečných uvedlo odpověď „spíše ano“. 25% (18) oslovených doporučené stravovací návyky spíše nedodrżuje a 6 % (4) je nedodrżuje vůbec.

Otázka č. 13: **Došlo u Vás s odstupem času po operaci opět k nárůstu hmotnosti?**

Graf 12 Nárůst hmotnosti

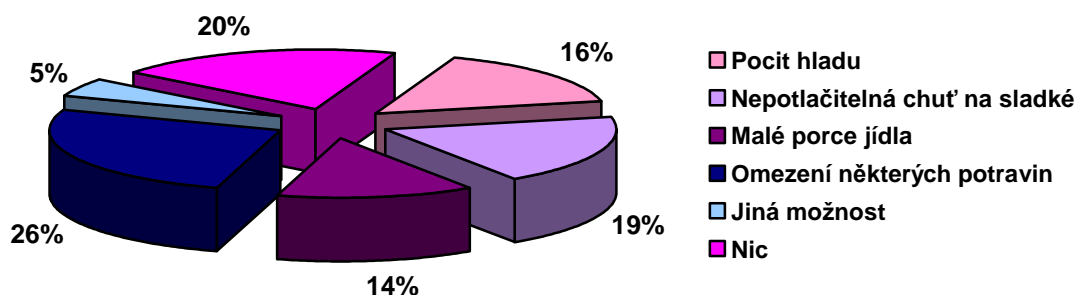


Zdroj: vlastní

Graf procentuelně vyjadřuje, u kolika klientů dochází s odstupem času po operaci opět k nárůstu hmotnosti. U více než poloviny, tedy u 58% (42) dotázaných se hmotnost po čase zvýšila, u 42% (30) k opětovnému nárůstu nedošlo.

Otázka č. 14: **Které z následujících možností Vám po operaci působily největší problém? (lze označit více možností)**

Graf 13 Největší problémy



Zdroj: vlastní

Zajímala jsem se také o to, co bylo pro klienty v období změny jídelníčku po operaci nejobtížnější. 16% (16) oslovených se těžce vyrovnávalo s pocitem hladu. 19% (18) považovalo za největší problém nepotlačitelnou chuť na sladké. 14% (14) klientů těžce snášelo malé porce jídla. Pro 26% (25) respondentů bylo nejnáročnější omezit některé potraviny a pro 5% (5) to byla jiná možnost, například stolování se zbytkem rodiny, pracovní rytmus, nutnost důkladně rozkousat sousta nebo pravidelnost v jídle. Překvapivě až 20% (19) oslovených nečinilo problém nic.

Otázka č. 16: **Která z následujících tvrzení jsou podle Vás správná?**

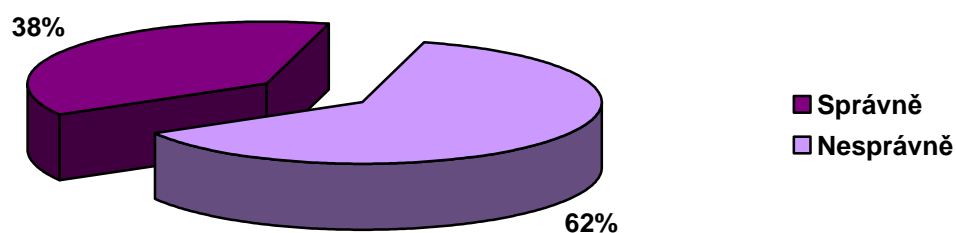
Po bandáži žaludku *je doporučováno*:

- jíst častěji malé porce jídla
- jíst maximálně 3x denně
- jíst porce do objemu maximálně 200 ml
- jíst porce do objemu maximálně 500 ml
- sousta zapíjet tekutinou
- jíst dostatek ovoce se slupkou

Po bandáži žaludku *se nedoporučuje*:

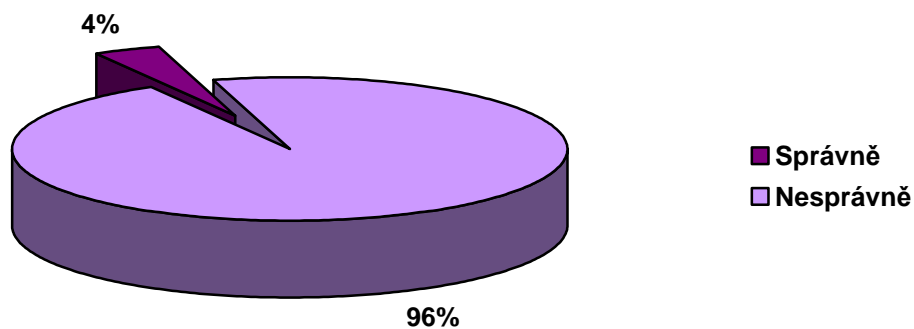
- jíst citrusové ovoce
- po jídle odpočívat vleže
- příliš zvyšovat tělesnou aktivitu
- vykonávat těžkou fyzickou práci
- pít velké množství tekutin najednou

Graf 14 Doporučovaná opatření



Zdroj: vlastní

Graf 15 Nedoporučovaná opatření



Zdroj: vlastní

Tato vědomostní otázka měla za úkol odhalit úroveň znalostí týkajících se pooperačních opatření, která jsou a nejsou doporučována, případně jsou zakázána. Všechny správné odpovědi týkající se doporučených opatření označilo 38% (27) klientů, nesprávně odpovědělo 62% (45). Nejčastěji klienti chybovali tím, že sousta se mají zapíjet tekutinou a porce se rozkládají maximálně do tří denních dávek. Nedoporučovaná tvrzení znala pouze 4% (3) tázaných a zbytek, tedy 96% (69) uvedlo nesprávné odpovědi. Z nich se valná většina mylně domnívá, že by se mělo jíst citrusové ovoce a po jídle odpočívat vleže.

Cíl 3: Zjistit, do jaké míry působí podkožně umístěný plnicí port klientům obtíže.

Předpoklad 3: Předpokládám, že většina klientů nemá obtíže s podkožně umístěným plnicím portem.

Kritérium: většina = 75%

Otázky č. 17, 18, 19

Kritéria pro hodnocení:

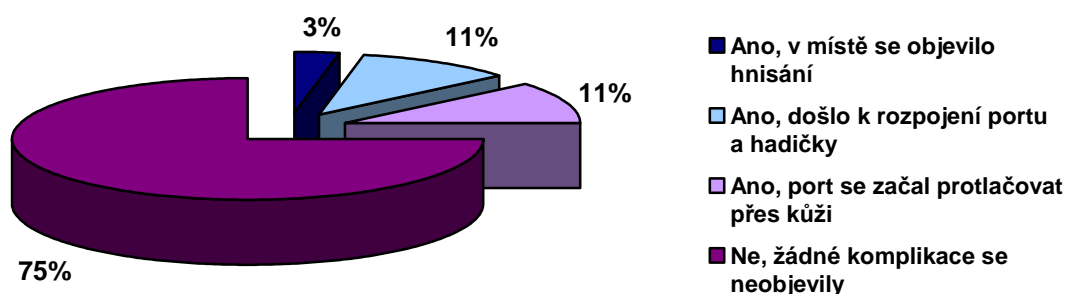
75% klientů v otázce č. 17 uvede odpověď „ne, žádné komplikace se neobjevily“.

75% klientů v otázce č. 18 uvede odpověď „nepůsobí žádné potíže“.

75% klientů v otázce č. 19 uvede odpověď „ano, umístění portu mi vyhovuje“.

Otázka č. 17: Vyskytly se u Vás po operaci komplikace spojené s podkožně umístěným plnicím portem? (lze označit více možností)

Graf 16 Výskyt pooperačních komplikací v místě plnicího portu

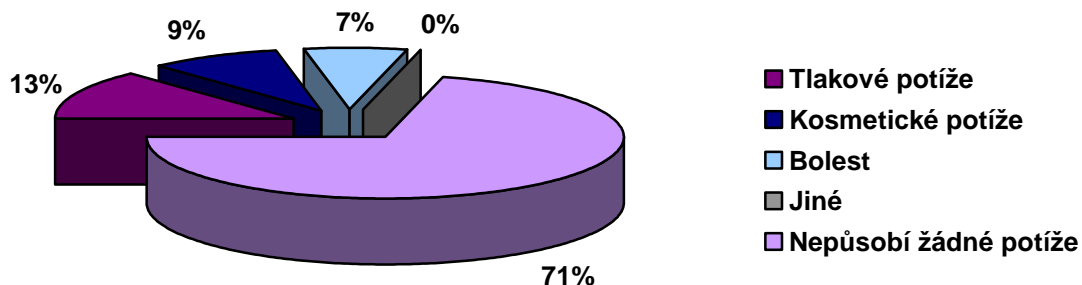


Zdroj: vlastní

Dalším středem mého zájmu se stal výskyt pooperačních komplikací spojených s podkožně umístěným plnicím portem. 3% (2) komplikací představovalo infekci v místě portu, v 11% (8) se jednalo o rozpojení portu a hadičky a u 11% (8) došlo k protlačení portu přes kůži. Celé tři čtvrtiny, tedy 75% (56) se obešly bez komplikací.

Otázka č. 18: **Působí Vám plicní port některé z následujících potíží? (lze označit více možností)**

Graf 17 Obtíže způsobené plicním portem

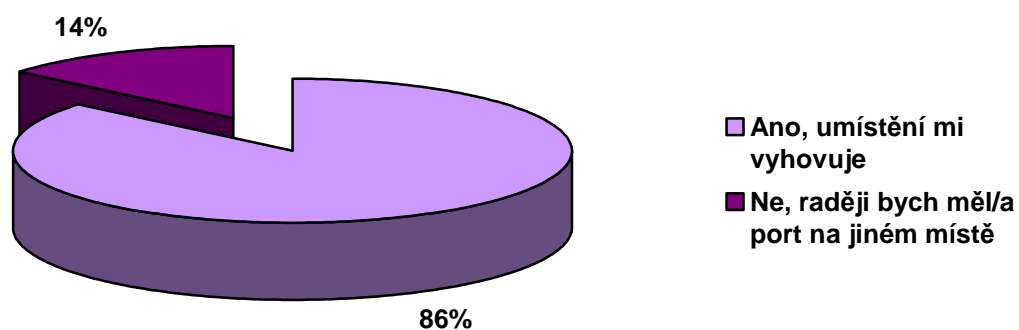


Zdroj: vlastní

Také jsem se zaměřila na obtíže, které by mohl implantovaný plicní port způsobovat. 13% (10) respondentů mají tlakové potíže, 9% (7) trápí kosmetické potíže. Bolest pociťuje 7% (5) respondentů. Jinou možnost nevedl nikdo a 71% (53) žádné potíže nemá.

Otázka č. 19: **Jste spokojen/a s umístěním plnicího portu?**

Graf 18 Spokojenost s umístěním plnicího portu



Zdroj: vlastní

Na míru spokojenosti s umístěním plnicího portu byla zaměřena otázka s číslem 19. Místo, kde je port uložen vyhovuje 86% (62) oslovených, 14% (10) by preferovalo jiné místo.

Cíl 4: Zjistit, zda má bandáž žaludku pozitivní vliv na léčbu chorob a zdravotních obtíží, vyskytujících se v souvislosti s obezitou.

Předpoklad 4: Předpokládám, že více než polovina klientů po zákroku uvede zmírnění zdravotních obtíží, vyskytujících se v souvislosti s obezitou.

Kritérium: více než polovina = nad 50%

Otázky č. 7, 8, 9, 10, 15

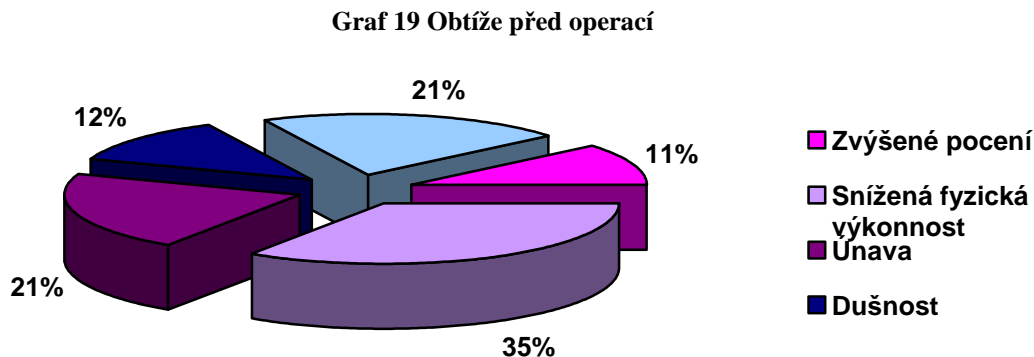
Kritéria pro hodnocení:

Uvedou-li klienti v otázce č. 7 některou z odpovědí, pak v otázce č. 8 uvede minimálně 51% klientů odpověď „zlepšilo se“ nebo „částečně“.

Uvedou-li klienti v otázce č. 9 některou z odpovědí, pak v otázce č. 10 uvede minimálně 51% klientů odpověď „ano“ nebo „částečně“.

Otázka č. 15 je doplňující.

Otázka č. 7: **Pocit'oval/a jste před operací některé z následujících obtíží? (lze označit více možností)**

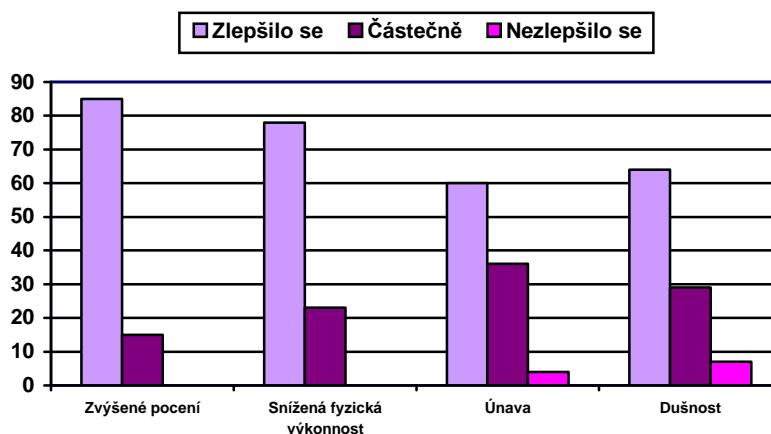


Zdroj: vlastní

Dotaz je zaměřen na obtíže, které mohou doprovázet obezní jedince. Z mého dotazníkového šetření vyplývá, že lidé s nadměrnou tělesnou hmotností mají nejčastěji sníženou fyzickou výkonnost a to ve 35% (40). 21% (25) trpí únavou a 12% (14) dušností. 11% (13) obezních sužuje zvýšené pocení. 21% (25) z celkového počtu žádné potíže nemají.

Otázka č. 8: Došlo po operaci k úpravě výše uvedených obtíží?

Graf 20 Zlepšení obtíží

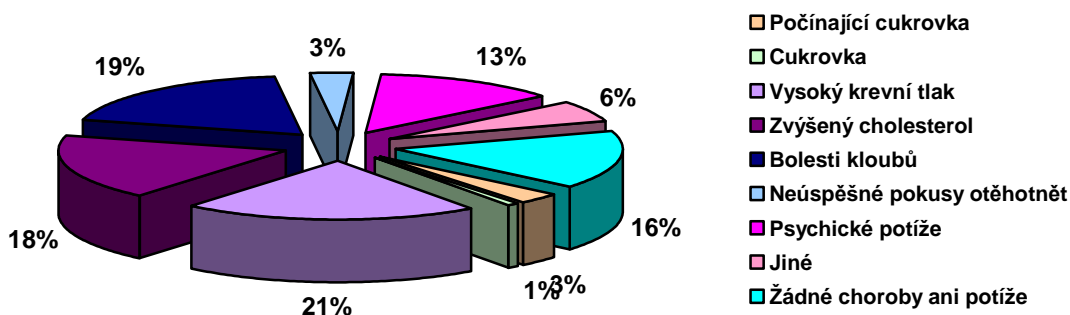


Zdroj: vlastní

Pro lepší přehlednost jsem výsledky dotazu na zlepšení obtíží uvedených v předchozí otázce znázornila sloupcovým grafem. Zvýšené pocení se zlepšilo u 85% (11) klientů, 15% (2) pocíťovalo částečné zlepšení. Ke zvýšení fyzické výkonnosti došlo u 78% (31) dotazovaných, ve 23% (9) došlo k částečnému zvýšení. Odeznění pocitů únavy udalo 60% (15) oslovených, u 36% (9) se dostavila částečná úprava a u 4% (1) se únava po zákroku nezlepšila. Zmírnění dušnosti uvedlo 64% (9) respondentů, částečné zmírnění 29% (4) a 7% (1) trápí dušnost i nadále.

Otázka č. 9: Vyskytovala se u Vás před operací některá z následujících chorob nebo zdravotních potíží? (lze označit více možností)

Graf 21 Choroby a zdravotní potíže před operací

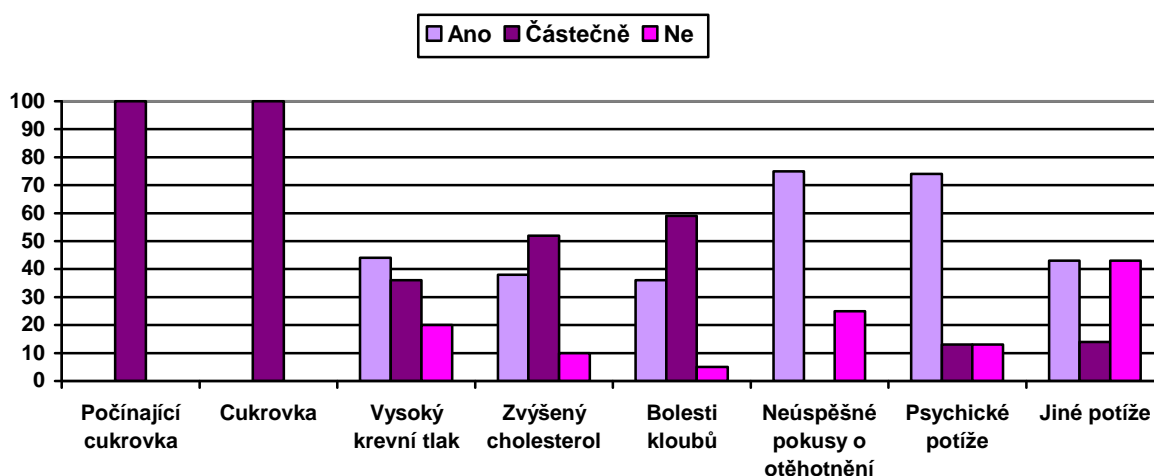


Zdroj: vlastní

Pokusila jsem se také vysledovat, které z chorob a zdravotních obtíží jdou nejčastěji, a které méně často ruku v ruce s obezitou. Nejvíce klientů, tedy 21% (25) trpí hypertenzí. Poměrně často, v 19% (22) se vyskytují bolesti kloubů. Hypercholesterolemie postihuje 18% (21) obézních. Docela velká 13% (15) skupina prožívá psychické potíže. 3% (4) oslovených se potýkalo s neúspěšným pokusem o otěhotnění. Překvapivě jen 3% (4) klientů trpí sníženou tolerancí cukru a 1% (1) klasickým diabetem mellitem. V 6% (7) šlo o jiné komplikace, např. o spánkovou apnoei, bolesti žaludku, pálení žáhy, nespavost nebo astma. Žádné choroby ani potíže nemá 16% (19) respondentů.

Otázka č. 10: Zlepšily se projevy uvedených chorob?

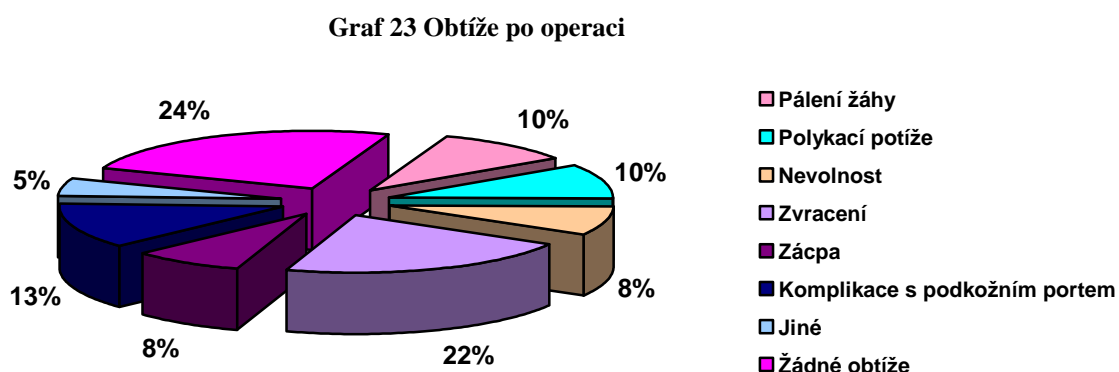
Graf 22 Zlepšení chorob a zdravotních potíží



Zdroj: vlastní

Také v otázce na zlepšení chorob a zdravotních potíží z předešlé tabulky mi připadala sloupcová prezentace výsledků přehlednější. Sníženou toleranci cukru se podařilo částečně zkorigovat všem klientům, kteří ji uvedli (4). Rovněž projevy diabetu mellitu se částečně zmírnily u 100% (1). Ke snížení hypertenze došlo u 44% (11) oslovených, částečné snížení nastalo u 36% (9) a 20% (5) má stejné hodnoty hypertenze i po operaci. Hypercholesterolemie se zlepšila u 38% (8) klientů, částečné zlepšení vykazovalo 52% (11) a žádné zlepšení 10% (2). Bolesti kloubů se zmírnily u 36% (8) takto postižených, k částečnému zmírnění došlo u 59% (13) a 5% (1) trpí bolestmi i nadále. Neúspěšné pokusy o otěhotnění se vyřešily u 75% (3) žen, 25% (1) takové štěstí nemělo. Zlepšení psychických potíží označilo 74% (11) respondentů, 13% (2) pocítilo částečné zlepšení a 13% (2) má psychické potíže stále stejné. Jiné potíže se částečně zmírnily u 43% (3) dotazovaných, 14% (1) uvedlo částečné zlepšení a 43% (3) sužují problémy i nadále.

Otázka č. 15: Vyskytly se u Vás po operaci některé nově vzniklé obtíže? (lze označit více možností)

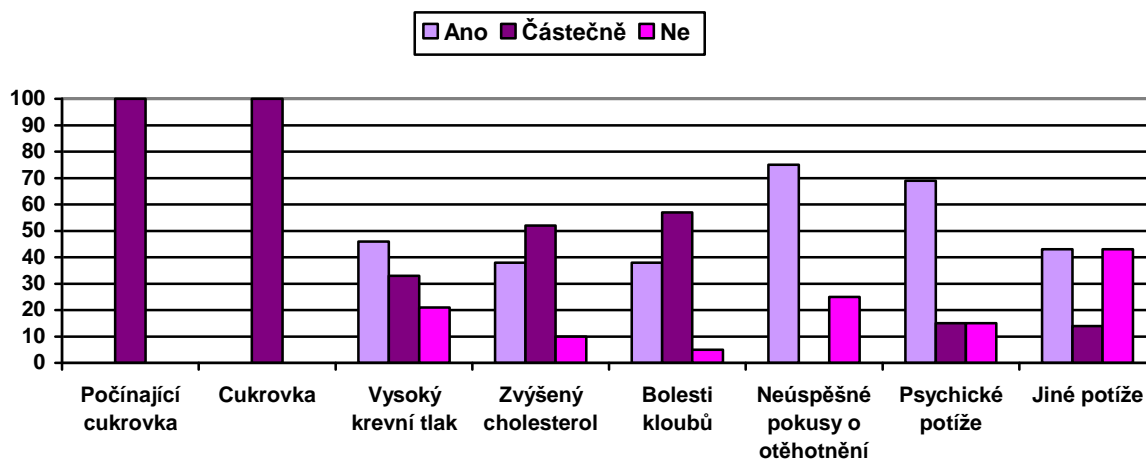


Zdroj: vlastní

Cílem této otázky bylo zjistit, jaké obtíže s sebou může přinést samotný operační zákrok. 10% (10) klientů trpělo po operaci pálením žáhy, stejné procento mělo polykací potíže. Nevolnost uvedlo 8% (8) dotázaných. Zvracení se vyskytlo až u 22% (23). Zácpa postihla 8% (8) respondentů a 13% (13) zažilo komplikaci s podkožním portem. 5% (5) klientů uvedlo tyto jiné obtíže: padání vlasů, tlak na plicích vleže, stálé říhání, bolesti žaludku a ucpání kanálku špatně rozkousanou potravou. U 24% (26) operovaných se žádné potíže nevykly.

Pro zajímavost jsem se zaměřila na klienty, kteří v otázce č. 21 jako hlavní důvod pro podstoupení operace uvedli „zlepšení zdravotních obtíží“. Zajímalo mě, zda bylo jejich očekávání naplněno a zdali se jejich zdravotní stav zlepšil. Tento důvod označilo 56% (57) oslovených. Následující graf znázorňuje odpovědi 46 klientů, kteří uvedli zdravotní potíže před operací a jejich zlepšení v otázkách č. 9 a 10.

Graf 24 Zlepšení zdravotních potíží u vybraných klientů



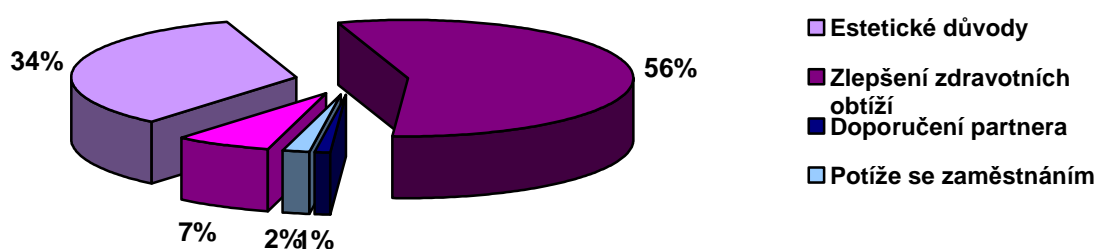
Zdroj: vlastní

Z grafu lze snadno vyčíst, že očekávání klientů byla z větší části naplněna. Snížená tolerance cukru se částečně zlepšila u všech klientů (3) a diabetes mellitus taktéž u 100% (1). Normalizace hodnot krevního tlaku se dočkalo 46% (11), k částečné úpravě došlo u 33% (8) a 21% (5) respondentů má hodnoty stále stejné. Hladiny cholesterolu se upravily u 38% (8), částečná úprava nastala u 52% (11) a 10% (2) má hladinu stejnou i po zákroku. Klouby přestaly bolet 38% (8) oslovených, k částečné úlevě dospělo 57% (12) a 5% (1) trpí bolestmi i nadále. 75% (3) žen otěhotnělo, 25% (1) se to nepodařilo. Zlepšení psychických potíží uvedlo 69% (9) dotazovaných, částečné zlepšení nastalo u 15% (2) a u 15% (2) k žádnému zvratu nedošlo. Očekávané zlepšení jiných obtíží nastalo u 43% (3), částečné zlepšení označilo 14% (1) a 43% (3) žádné zlepšení nepocítilo.

Poslední otázka mapuje nejčastější důvody, pro které se klienti rozhodují operační zákrok podstoupit.

Otázka č. 21: **Jaký byl hlavní důvod, pro který jste se rozhodl/a operaci podstoupit? (lze označit více možností)**

Graf 25 Důvody k operaci



Zdroj: vlastní

Otázka na konci dotazníku měla za úkol zjistit, co vede obézní klienty nejčastěji k rozhodnutí podstoupit operační zákrok. Nejčastěji, v 56% (57) se jedná o zlepšení zdravotních obtíží. Na druhém místě jsou to estetické důvody, ty uvedlo 34% (35) dotazovaných. 2% (2) k rozhodnutí přivedly potíže se zaměstnáním a v 1% (1) hrálo roli doporučení partnera. Ze 7% (7) jiných důvodů se nejčastěji jednalo o dobrý pocit ze svého těla, zlepšení pohyblivosti, psychické potíže a změnu životního stylu.

11 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Cíl 1: Zjistit, zda jsou klienti dostatečně a srozumitelně informováni o pooperačním režimu.

K prvnímu cíli se vztahovaly otázky č. 2, 3, 4, 5, 6 a 20. Dotazovala jsem se respondentů na nejčastější zdroje a srozumitelnost informací souvisejících s operačním zákrokem, pooperačním režimem a režimovým a dietním opatřením.

K prvnímu cíli se vztahoval **předpoklad 1:** Předpokládám, že většině klientů byly poskytnuty srozumitelné informace týkající se pooperačního režimu.

Podkladem byly otázky č. 2, 3, 4, 5 a 20. Kritériem pro potvrzení či vyvrácení mého předpokladu bylo 75% odpovědí „od lékaře“ v otázce č. 2. Takto odpovědělo ale pouze 33% klientů. V otázce č. 3 jsem předpokládala v 75% uvedení alespoň 3 nabízených možností. Ty uvedlo však pouze 1% sledovaných. Dalším kritériem bylo 75% označení všech pěti možností v otázce č. 4 a opět byl můj předpoklad vyvrácen, neboť 5 možností označilo jen 15% respondentů. Dále jsem se domnívala, že v otázce č. 5 uvede alespoň 75% klientů odpověď „ano“ nebo „spíše ano“. Tato domněnka byla správná, odpovědí bylo více než 75%. V otázce č. 20 mělo být opět minimálně 75% odpovědí „ano, poučení bylo efektivní a účelné“. Zde bylo takových odpovědí však pouze 66%. Výsledky tedy ukazují, že klienti podaným informacím většinou rozumí, ale nedostávají je v takové míře, jak by bylo zapotřebí.

Předpoklad 1 se nepotvrdil.

Cíl 2: Zmapovat, do jaké míry klienti po operaci dodržují doporučená režimová opatření.

Ke druhému cíli se vztahovaly otázky č. 11, 12, 13, 14 a 16. Dotazy byly zaměřené na změnu, dodržování a znalost doporučených dietních a režimových opatření.

Ke druhému cíli se vztahoval **předpoklad 2:** Předpokládám, že většina klientů po operaci dodržuje doporučená režimová opatření.

Moje domněnka se opírala o otázky č. 11, 12, 13 a 16. Jako kritérium uvádím, že 75% klientů v otázce č. 11 vybere odpověď „ne“ nebo „spíše ne“. Ze zjištěného vyplývá, že odpověď „ne“ zvolilo 25% a „spíše ne“ 24% respondentů. Následně jsem si myslela, že v otázce č. 12 zvolí 75% dotazovaných možnost „ano“ nebo „spíše ano“. Znovu jsem se mylila, neboť volbu „ano“ uvedlo 21% a „spíše ano“ 48%, dohromady tedy 69% klientů. Třetím kritériem bylo 75% zvolení odpovědi „ne“ na otázku č. 13, ale takto odpovědělo pouze 42% operovaných. Na závěr jsem předpokládala, že na vědomostní otázku č. 16 uvede minimálně 75% dotázaných všechny správné odpovědi, učinilo tak ale jen 42%. Z uvedeného plyne, že více než 30% oslovených doporučená opatření nedodrží, neboť je to pro ně obtížné, případně jejich znalosti v této oblasti nejsou příliš hluboké.

Předpoklad 2 se také nepotvrdil.

Cíl 3: Zjistit, do jaké míry působí podkožně umístěný plnicí port klientům obtíže.

Ke třetímu cíli se vztahovaly otázky č. 17, 18 a 19, jež měly za úkol odhalit procento pooperačních komplikací a obtíží spojených s plnicím portem a dále spokojenost jednotlivců s jeho umístěním.

Ke třetímu cíli se vztahoval **předpoklad 3:** Předpokládám, že většina klientů nemá obtíže s podkožně umístěným plnicím portem.

Můj předpoklad podporovaly otázky č. 17, 18 a 19. Stanovila jsem si kritérium 75% zodpovězení nabízené možnosti „ne, žádné komplikace se neobjevily“ v otázce č. 17. Tuto možnost zvolilo přesně 75%. Domnívala jsem se, že na otázku č. 18 odpoví alespoň 75% klientů „nepůsobí žádné obtíže“, avšak mylila jsem se, odpovědělo tak pouze 71%. V otázce č. 19 označilo dle mých očekávání 86% klientů možnost „ano, umístění portu mi vyhovuje“.

Předpoklad 3 se potvrdil.

Cíl 4: Zjistit, zda má bandáž žaludku pozitivní vliv na léčbu chorob a zdravotních obtíží, vyskytujících se v souvislosti s obezitou.

K poslednímu cíli se vztahovaly otázky č. 7, 8, 9, 10 a 15, které zachycují výskyt chorob a zdravotních obtíží souvisejících s obezitou, dále možné ovlivnění jejich projevů operačním zákrokem, případně výskyt nových obtíží po zákroku.

K poslednímu cíli se vztahoval **předpoklad 4:** Předpokládám, že více než polovina klientů po zákroku uvede zmírnění zdravotních obtíží, vyskytujících se v souvislosti s obezitou.

Své hypotetické úvahy jsem se pokusila prokázat otázkami č. 8 a 10. Kritérium minimálně 51% odpovědí „zlepšilo se“ nebo „částečně“ v otázce č. 8 bylo naplněno, neboť 98% klientů uvedlo částečné nebo úplné zmírnění obtíží. Kritérium minimálně 51% odpovědí „ano“ nebo „částečně“ v otázce č. 10 bylo také splněno, těchto odpovědí bylo celkem 86%.

Rozbor těchto položek jsem prováděla bez ohledu na časový odstup od operace, neboť procento odpovědí uvádějící částečné nebo úplné zlepšení bylo u všech skupin velmi podobné.

Předpoklad 4 se potvrdil.

12 DISKUSE

Snad každého z nás v životě potkalo období, kdy jsme se pokoušeli dodržovat alespoň pár dní či týdnů nějakou dietu, ať už kvůli redukci hmotnosti, vyrýsování svalů nebo zkrátka jen tak pro dobrý pocit.

Pro člověka s nadváhou se takové diety stávají dlouhodobou, často i celoživotní záležitostí. Při selhání konzervativních možností snižování hmotnosti je na místě jedincům s vyšším stupněm obezity nabídnout pomocnou berličku v podobě operačního zákroku. Žaludeční bandáž se dnes jeví jako velice elegantní metoda v oblasti bariatrické chirurgie.

V nemocnici, kde pracuji, tento zákrok provádíme, proto jsem se rozhodla oslovit naše klienty po operaci a získat tak informace, které by případně mohly vést například ke zkvalitnění edukace budoucích klientů. Svůj průzkum jsem uskutečnila pomocí 120 dotazníků, náhodně rozdaných klientům při kontrolách na ambulanci bariatrické chirurgie, s 62% návratností.

Cílem mého průzkumu bylo v první řadě zmapovat, v jaké míře a srozumitelnosti se klientům dostávají potřebné informace a kdo je jejich nejčastějším zdrojem. Otázkou č. 2 jsem zjistila, že o bandáži žaludku jako jedné z možností léčby se nejčastěji respondenti dozvěděli od známých. Čekala jsem, že původcem těchto informací bude v 75% lékař. Třetí otázkou jsem zkoumala, kolikrát je klient informován o pooperačních dietních a režimových opatřeních. Domnívala jsem se, že 75% oslovených dostalo informace alespoň od tří nabízených zdrojů, výsledky ale ukazují pouze na 1%. Dvěma zdroji bylo informováno 33% a jedním zdrojem 63%. Tím nejčastěji uváděným byl lékař, v 57% případech. Dietní terapeut a sestra na oddělení pooperační péče edukovali 15% klientů, sestra na ambulanci bariatrické chirurgie edukovala 6%. Ve čtvrté otázce jsem pátrala po tom, na kolika místech během průchodu zdravotnickým traktem je klient edukován o bandáži žaludku a pooperačním režimu. Očekávala jsem, že alespoň 75% klientů bylo poučeno na každém oddělení nebo ambulanci, kterou prošel. Takovou odpověď ale nevedl nikdo. 45% klientů uvedlo, že tyto informace dostalo pouze na jednom místě, 36% na dvou místech. Z odpovědí plyne, že nejčastěji jsou tyto informace poskytovány na oddělení před propuštěním domů, v ambulantních sférách byly tyto informace předány v menší míře. Otázkou č. 5 jsem zjistila, že 95% klientů považuje podané informace za srozumitelné. Výsledky odpovědí na otázku č. 20 již tak optimistické nejsou. Dotaz měl potvrdit, že

alespoň 75% operovaných bylo efektivně a účelně poučeno o domácím ošetřování místa, kde je umístěn plnicí port. Takto ale vnímalo poučení pouze 66%.

Předpoklad prvního cíle, že většině klientů se dostalo srozumitelných informací, se nepotvrdil. Na základě výsledků je asi důležité se zamyslet především nad tím, jaká je relevantnost odpovědí. Je totiž možné, že klienti přirozeně vlivem stresu přijaté informace zapomínají a tím mohou být výsledky zkreslené. Budeme-li však těmto výsledkům věřit, pak by asi bylo vhodné klienty edukovat častěji, na všech odděleních, kde se během své léčby ocitají. Doplnující otázkou č. 6 jsem zjistila, že by klienti uvítali podrobnější informace v oblasti dodržování režimových opatření a změny stravovacích návyků, menší procento by toužilo vědět více o principu bandáže žaludku a rizicích a komplikacích spojených s operací.

Následně jsem se zajímala o dodržování doporučených režimových opatření, které do značné míry může souviset právě s informovaností a získanými znalostmi. Otázka č. 11 ukázala, že pro více než polovinu oslovených bylo obtížné změnit po operaci dosavadní stravovací návyky. Očekávala jsem, že tuto možnost uvede jen čtvrtina klientů. Dvanáctá otázka odhalila 31% respondentů, kteří nedodržují doporučení týkající se stravování. Ze třinácté otázky je zřejmé, že 58% klientů se s odstupem času po operaci potýkalo s opětovným nárůstem hmotnosti. Vědomostní otázka č. 16 odhalila celkem velké nedostatky znalostí, týkajících se doporučovaných a nedoporučovaných opatření. Doporučovaná opatření znalo pouze 38%, nedoporučovaná pak jen 4% dotazovaných, což je velmi znepokojující.

Můj druhý předpoklad, že většina klientů po operaci dodržuje doporučená režimová opatření, také nebyl potvrzen. Dlouhodobé dodržování dietních omezení je psychicky velmi náročné, nelze se tedy divit těm, kteří nedokáží po celou dobu nepřekračovat nastavené hranice. Díky otázce čtrnácté jsem se dozvěděla, že problémy klientům činí omezení některých potravin, nepotlačitelná chuť na sladké, pocit hladu a malé porce jídla. Přestože klienti dostávají podrobnou informační brožuru, kde je detailně a přehledně popsáno vše, co je nutné vědět a znát po prodělaném zákroku, ukázalo se, že převážná většina tyto informace nezná. Apeluji proto na sestry všech stanic, ať lůžkových či ambulantních, aby stále dokola svým klientům opakovaly a připomínaly, co se od nich po zákroku očekává, aby byl výsledek operace co nejlepší.

Další oblastí mého zkoumání se staly pooperační komplikace spojené s podkožně umístěným plnicím portem. Na základě odpovědí na otázku č. 17 lze usuzovat, že u tří

čtvrtin klientů se žádné komplikace neobjevily. V otázce 18 se dozvídáme, že 13% klientů má tlakové potíže, 9% kosmetické potíže a 7% pociťuje v daném místě bolest. Zbytek, tedy 71% žádné potíže neudalo. Otázka 19 potvrzuje, že 86% je s umístěním plnicího portu spokojeno.

Dle mých očekávání se potvrdil můj třetí předpoklad, že většina klientů nemá obtíže s podkožně umístěným plnicím portem. Považuji však za důležité právě zde upozornit na nesrovnalost ve zjištěných výsledcích. V otázce č. 17 uvedlo dohromady 25% respondentů, že utrpělo některou z uvedených pooperačních komplikací v místě plnicího portu. V otázce č. 15 jsem se dotazovala na tytéž komplikace a přiznalo je pouze 13% oslovených. To mě vede k zamyšlení, zda byly otázky a nabízené odpovědi zvoleny správně, nebo klienti dotazníku při jeho vyplňování nevěnovali dostatečnou pozornost.

Své šetření jsem doplnila zájmem o možné ovlivnění zdravotních obtíží chirurgickým zákrokem. Výsledky jednoznačně prokázaly potvrzení mých očekávání, že více než polovina klientů po operaci uvede zmírnění zdravotních obtíží. Podíváme-li se detailněji na jednotlivé zdravotní obtíže a jejich zlepšení, je zajímavé, že zvýšené pocení a snížená fyzická výkonnost vyskytující se před zákrokem se po operaci zlepšily u všech respondentů, kteří je uvedli. Zlepšení únavy uvedlo 96% a příznaky dušnosti se zmírnily u 93% operovaných. Budeme-li podrobněji zkoumat choroby a zdravotní potíže, pak částečné zmírnění příznaků snížené tolerance cukru a diabetu mellitu uvedlo 100% těch, kteří jimi trpěli. K úpravě hypertenze došlo u 80% a zlepšení projevů hypercholesterolemie označilo 90%. Bolesti kloubů se zmírnily u 95% klientů a otěhotnět po operaci se podařilo 75% žen. Psychické potíže se operací podařilo částečně nebo úplně odstranit v 87%. Na ostatní potíže měla operace pravděpodobně menší vliv, neboť ke zlepšení došlo pouze u 57% respondentů. Při celkovém pohledu uvedlo zmírnění zdravotních obtíží 98% operovaných a ke zmírnění příznaků chorob došlo u 86%. Zjištěné procentuální hodnoty jsou poměrně vysoké, což je myslím velice uspokojivé.

Petra Jungvirtová se ve své bakalářské práci s názvem „Vliv bandáže žaludku na život klientů“ (2009) zabývala také zlepšením zdravotních problémů po zákroku. Pro srovnání, dle jejích výsledků došlo ke zlepšení jen u 67% oslovených.

Jen okrajově bych zmínila, že u čtvrtého cíle jsem pro zajímavost doplnila graf, který vyjadřuje míru naplnění očekávání klientů, kteří zákrok podstoupili s cílem zlepšit své zdravotní problémy. Překvapivé je, že 19% těch, pro které bylo zlepšení zdravotních potíží hlavním důvodem, neudalo v otázce č. 9 žádnou chorobu či zdravotní potíž, která

by se u nich před operací vyskytovala. Zbývajících 81% se zlepšení zdravotních potíží ve většině případů dočkalo.

Při uspokojující redukci hmotnosti lze předpokládat, že následně dojde ke zvýšení sebehodnocení, sebeúcty a tedy k celkové spokojenosti se sebou samým. Z grafu č. 12 je zřejmé, že 58% klientů s odstupem času po zákroku začalo znovu přibírat na váze, přesto poměrně velká část i těchto klientů do dotazníku připsala svými slovy, že jsou s operací a jejími výsledky velmi spokojeni, příště by se rozhodli stejně nebo by zákrok doporučili svým blízkým. Lze se tedy oprávněně domnívat, že bandáž žaludku je pro většinu obézních velkým přínosem.

Návrh doporučení pro praxi:

- opakovaně edukovat klienty o nutnosti dodržování dietních a režimových opatření při všech kontrolách na ambulanci bariatrické chirurgie
- specifická edukace klientů na všech odděleních i ambulancích, na kterých se během léčby vyskytují
- uspořádat seminář na dané téma pro zdravotnický personál s možností přítomnosti klientů

ZÁVĚR

Obezita je z pohledu laické veřejnosti považována spíše za estetický problém, odborníci se však na ni dívají jako na zákeřnou a nebezpečnou chorobu, která s sebou přináší celou řadu zdravotních problémů.

Při zvládnání morbidních forem obezity si musí podat ruku všechny dostupné možnosti léčby. Bariatrická a metabolická chirurgie považuje za nejdůležitější svou podstatou ovlivnit zdravotní komplikace spojené s obezitou, zlepšení vzhledu je pak považováno spíše za jakýsi bonus.

Bandáž žaludku je šetrnou metodou, která poskytuje obézním jedincům podporu při dlouhodobém dodržování redukčních diet a dává jim šanci tuto obtížnou situaci lépe zvládat. K tomu, aby byla operace úspěšná, komplikace minimalizovány a výsledek pokud možno trvalý, je zapotřebí dokonalá spolupráce klienta, který musí být o principu žaludeční bandáže a specifickém pooperačním režimu opakovaně a dostatečně edukován zdravotnickým personálem. Je důležité mít na paměti, že tyto informace je zapotřebí klientům aktivně nabízet, neboť oni sami se na ně dotazovat nebudou.

Průzkum, který jsem v této oblasti uskutečnila je důkazem toho, že klienti nemají tolik potřebných znalostí, kolik jsem očekávala. Uvědomuji si, že tyto nedostatky mají svůj původ pravděpodobně v přirozeném zapomínání, proto je opakovaná edukace tolik důležitá.

Závěrem bych chtěla dodat, že je bezpochyby žádoucí u klientů vyzdvihnout význam motivace k započetí léčby a dosažení jimi vytyčených cílů. Budeme-li sebevíce edukovat a poučovat klienta, který nemá dostatek potřebné vůle a chuti dodržovat režim, ztratil motivaci, pociťuje bezmocnost nebo dokonce rezignoval, pak bude veškerá naše snaha marná.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

1. ADÁMKOVÁ, Věra. *Obezita: příčiny, typy, rizika, prevence a léčba*. Vyd. 1. Brno: Facta Medica, 2009, 122 s. ISBN 978-809-0426-054
2. ČIERNY, M., ZEMAN, D., VLACHOVÁ, H., OCHMANN, J. Laparoskopická bandáž žaludku v boji s obezitou. *Praktický lékař*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2005, roč. 85, č. 9, s. 498-502. ISSN 0032-6739. Dostupné z [www: http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-clanek/laparoskopicka-bandaz-zaludku-v-boji-s-obezitou-5923](http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-clanek/laparoskopicka-bandaz-zaludku-v-boji-s-obezitou-5923)
3. DOLEŽALOVÁ, Karin. *Bariatrická chirurgie a primární péče*. 1. vyd. Praha: Axonite CZ, 2012, 200 s. Asclepius. ISBN 978-80-904899-2-9
4. DOLEŽALOVÁ, Karin, FRIED, Martin. Infertilita ovlivněná bariatrickou léčbou obezity – kasuistika. *Miniinvazivní chirurgie a endoskopie*. Banská Bystrica: Marko BB, 2009, roč. 13, č. 1, s. 4-6. ISSN 1336 – 6572. Dostupné z [www: http://laparoskopia.info/pdf/CASO-1-2009.pdf](http://laparoskopia.info/pdf/CASO-1-2009.pdf)
5. FRIED, Martin. *Bariatrická a metabolická chirurgie: nové postupy v léčbě obezity a metabolických poruch*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011, 266 s. Aeskulap. ISBN 978-802-0424-242
6. FRIED, Martin. Bariatrická chirurgie – historie a současnost. *Miniinvazivní chirurgie a endoskopie*. Banská Bystrica: Marko BB, 2005, roč. 9, č. 1, s. 9-13. ISSN 1336 – 6572. Dostupné z [www: http://laparoskopia.info/pdf/CASO-1-2005.pdf](http://laparoskopia.info/pdf/CASO-1-2005.pdf)
7. FRIED, Martin. Bariatrická chirurgie – historie a současnost II. část. *Miniinvazivní chirurgie a endoskopie*. Banská Bystrica: Marko BB, 2005, roč. 9, č. 2, s. 5-8. ISSN 1336 – 6572. Dostupné z [www: http://laparoskopia.info/pdf/CASO-2-2005.pdf](http://laparoskopia.info/pdf/CASO-2-2005.pdf)

8. FRIED, Martin. Bariatrická chirurgie. *Medicína po promoci*. Praha: Medical Tribune, 2007, roč. 8, č. 2, s. 88-93. ISSN 1212-9445
9. FRIED, Martin. *Moderní chirurgické metody léčby obezity*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 125 s. Malá monografie. ISBN 80-247-0958-9
10. HAINER, Vojtěch. *Základy klinické obezitologie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011, xxvi, 422 s., 16 s. barev. obr. příl. ISBN 978-802-4732-527
11. HOUSOVÁ, Jitka, JIRÁČKOVÁ, Lucie. *Obesity news – noviny pro prevenci a léčbu obezity* [online]. Praha: NOL, 2008, č. 3. MK ČR E 17352. [cit. 18. 3. 2008]. Dostupné z www: http://www.obesitynews.cz/archiv/obesity_news_2008_3.pdf
12. JEDLIČKOVÁ, Jaroslava. *Ošetrovatelská perioperační péče*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012, 268 s. ISBN 978-807-0135-433
13. KALA, Zdeněk a Igor PENKA. *Perioperační péče o pacienta v obecné chirurgii*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010, 145 s. ISBN 978-807-0135-181
14. KASALICKÝ, Mojmír. *Chirurgická léčba obezity*. Vyd. 1. Prague: Ottova tiskárna, 2011, 118 s. ISBN 978-80-254-9356-4
15. MARKO, Ľubomír. Sleeve resekcie žalúdka pre morbidnu obezitu. *Miniinvazívna chirurgia a endoskopia*. Banská Bystrica: Marko BB, 2010, roč. 14, č. 2, s. 17-19. ISSN 1336 – 6572. Dostupné z www: <http://laparoskopia.info/pdf/CASO-2-2010.pdf>
16. MÁLKOVÁ, Iva a HANYŠOVÁ, Nikola. Měření obezity. In: *Stob.cz* [online]. 23.02.2009. Dostupné z www: <http://www.stob.cz/zaciname-hubnout-mereni-nadvahy-a-obezity/mereni-obezity>

17. MÜLLEROVÁ, Dana. *Obezita - prevence a léčba*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2009, 261 s. ISBN 978-80-204-2146-3
18. OWEN, Klára. *Moderní terapie obezity*. Praha: Maxdorf, 2012, 64 s. ISBN 978-80-7345-301-5
19. SUTER, M., V. GIUSTI, E. HÉRAIEF, F. ZYSSET a J. -M. CALMES. Laparoscopic gastric banding. *Surgical Endoscopy*. 2003-9-1, vol. 17, issue 9, s. 1418-1425. DOI: 10.1007/s00464-002-8630-3. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s00464-002-8630-3>
20. SVAČINA, Štěpán a Alena BRETŠNAJDROVÁ. *Jak na obezitu a její komplikace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 139 s. Doktor radí. ISBN 978-802-4723-952
21. SVAČINA, Štěpán. Nejvýznamnější novinkou je potvrzení významu bariatrie. *Medical tribune*. Praha: Medical Tribune, 2009, roč. 4, č. 6., příl. Nemocniční speciál. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/15712-nejvyznamnejsi-novinkou-je-potvrzeni-vyznamu-bariatrie>
22. SVAČINA, Štěpán. *Obezitologie a teorie metabolického syndromu*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2013, 286 s. Lékařské repetitorium. ISBN 978-80-7387-678-4
23. VÍTEK, Libor. *Jak ovlivnit nadváhu a obezitu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-802-4722-474
24. WENDSCHE, Peter, Andrea POKORNÁ a Ivana ŠTEFKOVÁ. *Perioperační ošetrovatelská péče*. Praha: Galén, 2012, 117 s. ISBN 978-80-7262-894-0
25. WICHISOVÁ, Jana. *Sestra a perioperační péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 192 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3754-6

SEZNAM ZKRATEK

(Zkratky jsou řazeny tak, jak se objevují v textu)

BMI – Index tělesné hmotnosti (Body Mass Index)

WHO - Světová zdravotnická organizace (World Health Organisation)

EASO - Evropská společnost pro výzkum obezity (European Association for Study of Obesity)

IASO - Mezinárodní společnost pro výzkum obezity (International Association for Study of Obesity)

PCOS - Syndrom polycystických ovarií (Polycystic Ovary Syndrome)

SHBG – Globulin vážící pohlavní hormony (Sexual Hormones Binding Globulin)

LDL – Nízkodenzitní lipoprotein (Low Density Lipoprotein)

HDL – Vysokodenzitní lipoprotein (High Density Lipoprotein)

KBT - kognitivně-behaviorální terapie

ICHS – ischemická choroba srdeční

IFSO - Mezinárodní federace pro chirurgii obezity (International Federation for the Surgery of Obesity)

ASBS – Americká společnost pro bariatrickou chirurgii (American Society for Bariatric Surgery)

USA – Spojené Státy Americké (United States of America)

LF UK – Lékařská fakulta Univerzity Karlovy

CRP – C-reaktivní protein

APTT - Aktivovaný částečný tromboplastinový čas (Activated Partial Thromboplastin Time)

INR – protrombinový čas

EKG - Elektrokardiogram

RTG – Rentgenové vyšetření

ECHO - Echokardiografie

JIP – Jednotka intenzivní péče

ARO – Anesteziologicko resuscitační oddělení

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Kategorie BMI.....	12
Tabulka 2 Oblasti edukace.....	Přílohy

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Časový odstup od operace.....	41
Graf 2 Zdroj informací o bandáži žaludku	42
Graf 3 Zdroj informací o doporučených opatřeních - doplňující	43
Graf 4 Zdroj informací o doporučených opatřeních.....	43
Graf 5 Zdroj informací o pooperačním režimu - doplňující.....	44
Graf 6 Zdroj informací o pooperačním režimu	44
Graf 7 Srozumitelnost informací	45
Graf 8 Podrobnější informace.....	46
Graf 9 Poučení o domácím ošetřování	47
Graf 10 Změna stravovacích návyků.....	48
Graf 11 Dodržování stravovacích návyků	49
Graf 12 Nárůst hmotnosti	50
Graf 13 Největší problémy	51
Graf 14 Doporučovaná opatření	53
Graf 15 Nedoporučovaná opatření	53
Graf 16 Výskyt pooperačních komplikací v místě plnicího portu	54
Graf 17 Obtíže způsobené plnicím portem.....	55
Graf 18 Spokojenost s umístěním plnicího portu	56
Graf 19 Obtíže před operací	57
Graf 20 Zlepšení obtíží	58
Graf 21 Choroby a zdravotní potíže před operací	59
Graf 22 Zlepšení chorob a zdravotních potíží	60
Graf 23 Obtíže po operaci	61
Graf 24 Zlepšení zdravotních potíží u vybraných klientů.....	62
Graf 25 Důvody k operaci	63

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Dotazník

Příloha č. 2 Bandáž žaludku

Příloha č. 3 Návrh edukačního plánu

Příloha č. 4 Povolení výzkumného šetření

Vážení klienti,

jmenuji se Lucie Duffková a pracuji ve Fakultní nemocnici Plzeň jako všeobecná sestra. V rámci zvyšování kvalifikace provádím průzkum, zabývající se vlivem bandáže žaludku na zdravotní stav klienta, zkvalitněním péče a zvyšováním úrovně edukace klientů v oblasti dietních a režimových opatření. Dotazník je anonymní.

Předem děkuji za Váš čas a ochotu při vyplňování. Duffková Lucie.

1. Jak dlouho jste po operaci?

- 1 – 6 měsíců
- 7 – 12 měsíců
- 1 – 2 roky
- déle než 2 roky

2. Kde jste získal/a nejvíce informací o léčbě obezity pomocí bandáže žaludku? (lze označit více možností)

- od lékaře
- od známých
- z internetu
- z odborných publikací
- jiným způsobem (jakým?)

3. Kdo Vám podal informace o pooperačních dietních a režimových opatřeních? (lze označit více možností)

- lékař
- dietní terapeut
- sestra na oddělení pooperační péče
- sestra na ambulanci bariatrické chirurgie
- někdo jiný (kdo?)

4. Kde Vám byly podány informace související s bandáží žaludku a pooperačním režimem? (lze označit více možností)

- v ambulanci praktického lékaře, obezitologa nebo diabetologa
- v ambulanci bariatrické chirurgie
- na oddělení při přijetí k hospitalizaci
- na oddělení před propuštěním domů
- při následných kontrolách po operaci

5. Porozuměl/a jste všem informacím, které jste v souvislosti s bandáží žaludku dostal/a?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

6. Ve kterých oblastech byste uvítal/a podrobnější informace? (lze označit více možností)

- princip bandáže žaludku
- rizika a komplikace spojené s operací
- změna stravovacích návyků
- péče o operační rány po propuštění domů
- nutnost dodržování režimových opatření spojených s bandáží žaludku
- jiné (jaké?).....
- rozsah podaných informací mi stačí

7. Pociťoval/a jste před operací některé z následujících obtíží? (lze označit více možností)

- zvýšené pocení
- snížená fyzická výkonnost
- únava
- dušnost (dechové potíže)
- nepociťoval/a jsem žádné obtíže

Pokud jste v otázce č. 7 označil/a odpověď „nepociťoval/a jsem žádné obtíže“, přeskočte na otázku č. 9, jinak pokračujte otázkou č. 8.

8. Došlo po operaci k úpravě výše uvedených obtíží? (ty, jež jste označil/a v předchozí otázce)

zvýšené pocení	zlepšilo se	<input type="checkbox"/>	částečně	<input type="checkbox"/>	nezlepšilo se	<input type="checkbox"/>
snížená fyzická výkonnost	zlepšila se	<input type="checkbox"/>	částečně	<input type="checkbox"/>	nezlepšila se	<input type="checkbox"/>
únava	zlepšila se	<input type="checkbox"/>	částečně	<input type="checkbox"/>	nezlepšila se	<input type="checkbox"/>
dušnost	zlepšila se	<input type="checkbox"/>	částečně	<input type="checkbox"/>	nezlepšila se	<input type="checkbox"/>

9. Vyskytovala se u Vás před operací některá z následujících chorob nebo zdravotních potíží? (lze označit více možností)

počínající cukrovka (snížená tolerance cukru)	ano	<input type="checkbox"/>	ne	<input type="checkbox"/>	nevím	<input type="checkbox"/>
cukrovka (diabetes mellitus)	ano	<input type="checkbox"/>	ne	<input type="checkbox"/>	nevím	<input type="checkbox"/>
vysoký krevní tlak	ano	<input type="checkbox"/>	ne	<input type="checkbox"/>	nevím	<input type="checkbox"/>
zvýšený cholesterol	ano	<input type="checkbox"/>	ne	<input type="checkbox"/>	nevím	<input type="checkbox"/>
bolesti kloubů	ano	<input type="checkbox"/>	ne	<input type="checkbox"/>	nevím	<input type="checkbox"/>

neúspěšné pokusy o otěhotnění (ženy)	ano	<input type="checkbox"/>	ne	<input type="checkbox"/>	nevím	<input type="checkbox"/>
psychické potíže	ano	<input type="checkbox"/>	ne	<input type="checkbox"/>	nevím	<input type="checkbox"/>
jiné potíže (jaké?)	ano	<input type="checkbox"/>	ne	<input type="checkbox"/>	nevím	<input type="checkbox"/>
žádné choroby ani potíže se nevyskytovaly				<input type="checkbox"/>		

10. Zlepšily se projevy uvedených chorob? (ty, u nichž jste v předchozí otázce označil/a „ano“)

počínající cukrovka (snížená tolerance cukru)	ano	<input type="checkbox"/>	částečně	<input type="checkbox"/>	ne	<input type="checkbox"/>
cukrovka (diabetes mellitus)	ano	<input type="checkbox"/>	částečně	<input type="checkbox"/>	ne	<input type="checkbox"/>
vysoký krevní tlak	ano	<input type="checkbox"/>	částečně	<input type="checkbox"/>	ne	<input type="checkbox"/>
zvýšený cholesterol	ano	<input type="checkbox"/>	částečně	<input type="checkbox"/>	ne	<input type="checkbox"/>
bolesti kloubů	ano	<input type="checkbox"/>	částečně	<input type="checkbox"/>	ne	<input type="checkbox"/>
neúspěšné pokusy o otěhotnění (ženy)	ano	<input type="checkbox"/>	částečně	<input type="checkbox"/>	ne	<input type="checkbox"/>
psychické potíže	ano	<input type="checkbox"/>	částečně	<input type="checkbox"/>	ne	<input type="checkbox"/>
jiné potíže	ano	<input type="checkbox"/>	částečně	<input type="checkbox"/>	ne	<input type="checkbox"/>

11. Bylo pro Vás obtížné změnit po operaci Vaše dosavadní stravovací návyky?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

12. Dodržujete i nyní doporučené stravovací návyky?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

13. Došlo u Vás s odstupem času po operaci opět k nárůstu hmotnosti?

- ano
- ne

14. Které z následujících možností Vám po operaci působily největší problém? (lze označit více možností)

- pocit hladu
- nepotlačitelná chuť na sladké
- malé porce jídla
- omezení některých potravin
- jiná možnost (jaká?).....
- nic mi nečinilo potíže

15. Vyskytly se u Vás po operaci některé nově vzniklé obtíže? (lze označit více možností)

- pálení žáhy
- polykací potíže
- nevolnost
- zvracení
- zácpa
- komplikace s podkožním portem (komůrka pro přifouknutí bandáže)
- jiné (jaké?)
- žádné obtíže se nevyskytly

16. Která z následujících tvrzení jsou podle Vás správná? (lze označit více možností)

- Po bandáži žaludku *je doporučováno*:
- jíst častěji malé porce jídla
 - jíst maximálně 3x denně
 - jíst porce do objemu maximálně 200 ml
 - jíst porce do objemu maximálně 500 ml
 - sousta zapíjet tekutinou
 - jíst dostatek ovoce se slupkou

- Po bandáži žaludku *se nedoporučuje*:
- jíst citrusové ovoce
 - po jídle odpočívat vleže
 - příliš zvyšovat tělesnou aktivitu
 - vykonávat těžkou fyzickou práci
 - pít velké množství tekutin najednou

17. Vyskytly se u Vás po operaci komplikace spojené s podkožně umístěným plnicím portem? (lze označit více možností)

- ano, v tomto místě se objevilo hnisání
- ano, došlo k rozpojení portu a hadičky
- ano, port se začal protlačovat přes kůži
- ne, žádné komplikace se neobjevily

18. Působí Vám plnicí port některé z následujících obtíží? (lze označit více možností)

- tlakové potíže
- kosmetické potíže
- bolest
- jiné (jaké?)
- nepůsobí žádné potíže

19. Jste spokojen/a s umístěním plicního portu?

- ano, umístění portu mi vyhovuje
- ne, raději bych měl/a port na jiném místě břišní stěny

20. Byl/a jste před propuštěním do domácího ošetřování poučen/a o péči o místo, kde je umístěn plicní port?

- ano, poučení bylo efektivní a účelné
- ano, ale poučení bylo nedostačující
- ne

21. Jaký byl hlavní důvod, pro který jste se rozhodl/a operaci podstoupit? (lze označit více možností)

- estetické důvody
- zlepšení zdravotních obtíží
- doporučení partnera (přátel)
- potíže se zaměstnáním
- jiný důvod (jaký?)

Příloha č. 2:

BANDÁŽ ŽALUDKU



Zdroj: Účinnost bandáže lze regulovat portem, [online]. Dostupné z [www: http://plzensky.denik.cz/zpravy_region/bandaz_hubnuti_20071019.html](http://plzensky.denik.cz/zpravy_region/bandaz_hubnuti_20071019.html), [cit. 2007-10-19].

Tabulka 2 Oblasti edukace

EDUKAČNÍ OBLAST	SPECIFICKÉ CÍLE	HLAVNÍ BODY PLÁNU
Dodržování doporučených opatření	Klient pochopí nutnost dodržování doporučených opatření	Vysvětlení principu gastrické bandáže Výčet možných komplikací při nerespektování režimu
Dietní opatření	Klient bude seznámen se specifickou dietou, dovede vybrat vhodné a nevhodné potraviny, sestaví si vzorový jídelníček s gramáží	Upozornění na omezenou kapacitu žaludku a nutnost dokonalého rozžvýkání soust Doporučení vhodných a zakázaných potravin Ukázka vzorového jídelníčku
Režimová opatření	Klient bude umět vysvětlit, proč nemá po jídle odpočívat vleže a zapíjet sousta tekutinou. Bude umět vysvětlit, která fyzická aktivita je pro něho vhodná.	Vysvětlení významu polohy vsedě po jídle a omezení příjmu tekutin společně s jídlem Doporučení vhodných a nevhodných aktivit
Pooperační komplikace	Klient bude znát projevy možných pooperačních komplikací, při jejich výskytu včas upozorní lékaře nebo sestru	Popis pooperačního průběhu Výčet možných komplikací Upozornění na nutnost dodržování pravidelných kontrol na ambulanci bariatrické chirurgie a respektování pokynů lékaře
Svépomocné skupiny	Klient bude obeznámen s existencí klubů pro obézní klienty a možností jejich navštívení	Poskytnutí informací o skupinách sdružujících klienty s podobným zdravotním problémem Předání kontaktů na tyto skupiny

Zdroj: vlastní

Pomůcky: letáky, brožury, odborné časopisy, demonstrační žaludeční bandáž

Výukové metody: diskuse, rozhovor, sestavení vzorového jídelníčku

Příloha č. 4 **POVOLENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ**

Vážená paní

Lucie Duffková

Studentka oboru Všeobecná sestra - Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň povolují Vaše výzkumné šetření pomocí dotazníků, rozdaných pacientům Chirurgické kliniky FN Plzeň, v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „*Bandáž žaludku a její dopad na zdravotní stav klienta*“, za níže uvedených podmínek.

Podmínky pro umožnění sběru informací tazatelům ve FN Plzeň (v rámci studentských – výzkumných / dotazníkových šetření):

- Vrchní sestra osloveného pracoviště souhlasí s Vaším šetřením.
- Vaše výzkumné šetření osobně povedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického řádu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372 / 2011 Sb..

Po zpracování Vámi zjištěných údajů zašlete Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň závěry Vašeho výzkumu na níže uvedený e-mail.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků, pacientů / respondentů s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, či pokud by spolupráci s Vámi pacient / respondent pocítoval jako újmu. Účast na Vašem šetření je dobrovolná a je vyjádřením ochoty oslovených zaměstnanců / pacientů / respondentů FN Plzeň ke spolupráci s Vámi.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

*Mgr., Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči*

*Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel.: 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovas@fnplzen.cz*

10. 9. 2013