

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

# **Specifika ošetrovatelské péče o pacienta po bandáži žaludku**

bakalářská práce

Autor práce: Veronika Zoubková  
Studijní program: Ošetrovatelství  
Studijní obor: Všeobecná sestra  
Vedoucí práce: mgr. Ivana Chloubová

Datum odevzdání práce: 2.5. 2012

## **Specifika ošetrovatelské péče o nemocné po bandáži žaludku**

Ve světě se obezita čím dál více rozmáhá, a proto je v bakalářské práci poukázáno na jednu z mnoha možností chirurgických řešení obezity. Obezita je v dnešní době nejčastěji se vyskytující onemocnění, zejména ve vyspělých zemích. Toto onemocnění je považováno za závažné, především proto, že obezita s sebou přináší mnoho komplikací a zároveň lidem s touto nemocí zkracuje život. Sledování obezity poukazuje na to, že v dnešní době obezitou trpí kolem padesáti procent populace.

Hlavními body v teoretické části je komplexní léčba obezity. Největší důraz je věnován chirurgické metodě, a to bandáži žaludku, především jejím specifickým. Dalšími body v teoretické části jsou anatomie a fyziologie žaludku, charakteristika obezity, komplexní léčba nemocného s bandáží žaludku, specifické komplikace bandáže žaludku a dietologická opatření.

Empirická část je zaměřena na zjištění specifík ošetrovatelské péče o nemocného s bandáží žaludku a to před i po operaci a je poukázáno na informace, které nemocní po propuštění do domácí péče postrádají. Výzkumné šetření bylo realizováno formou nestandardizovaného rozhovoru se sestrami, které pečují o pacienty před i po tomto výkonu a dále je rozhovor uskutečňován s pacienty, kterým byla bandáž provedena. Většina rozhovorů byla prováděna na Pražské klinice Iscare. S některými respondenty byl rozhovor prováděn v jejich domácím prostředí.

Cílem bakalářské práce je poukázat na specifika v předoperační a pooperační ošetrovatelské péči. Dílčím cílem je poukázat na komplexnost informací, které jsou pacientům podávány sestrami, popřípadě standardními deficitem v souhrnu těchto informací.

Toto výzkumné šetření může být prospěšné sestram, které pracují na oddělení, kde pečují o obézní pacienty ať už s bariatrickou léčbou či jiným léčebným řešením. Dále také pro osoby trpící obezitou, kterým byla léčba pomocí bandáže žaludku navržena nebo se o tuto problematiku blíže zajímají. Na základě získaných informací od sester a pacientů, byl vypracován informační leták, který je určený pro osoby trpící obezitou.

Jeho účelem je zasvětit laiky do průběhu léčebného režimu a poukázat na klady, které bandáž přináší.

## **The specifics of nursing care for patients with gastric banding.**

Obesity is spreading throughout the world, therefore this thesis points at one of many possibilities of surgical solutions of obesity. Especially in developed countries, obesity is the most common diseases in these days. This disease is considered to be serious, because it is followed by many complications and shortens life to people suffering with this disease. Observation of obesity shows that around fifty percent of population suffers with obesity in these days.

Main points in the theoretical part of thesis are about complex treatment of obesity. The main attention is dedicated to the surgical method called gastric banding, mainly to its specifics. Other points in theoretical part are anatomy and physiology of stomach, characteristics of obesity, complex treatment of patient with gastric banding, specific complications of gastric banding and dietary precautions.

Empirical part is focused on finding specifics of nursing care for patients with gastric banding both before and after the surgery. There is also reference to the information that patients miss after releasing to their homes. Research investigation has been realized using unstandardized dialog with nurses taking care of the patients before and after the surgery. The dialog has been also made with patients having the bandage. Most of the dialog has been made at the clinic Iscare in Prague, but with some respondents it has been made at their home.

Objective of the bachelor thesis is to point out the specifics of preoperative and post-operative nursing care. Partial objective is to show the complexity of the information provided to the patients by nurses and point out deficits in provided information.

This research investigation can be useful for the nurses taking care of obese patients with bariatric or any other weight loss cure. It also can be useful for the people suffering with obesity that are supposed to get the gastric banding as well as for people who are interested to these issues. For people suffering with obesity, there has been an informational prospectus made, based on the information earned both from nurses and patients.

Its purpose is to clarify the process of the treatment mode for public and point out positives of the bandage.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svojí bakalářskou práci na téma: Specifika ošetrovatelské péče o pacienta po bandáži žaludku jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích .....

.....

Podpis

## **Poděkování**

Velké poděkování patří paní PhDr. Staskové a paní mgr. Chloubové za jejich vedení mé bakalářské práce a cenné rady. Dále bych chtěla poděkovat všem mým respondentům a to sestřám a pacientům, za jejich ochotu v poskytování rozhovorů.

## **OBSAH**

<b>Úvod</b> .....	3
<b>1. Současný stav</b> .....	4
1.1 Anatomie a fyziologie žaludku.....	4
1.2 Obezita.....	5
1.3 Komplexní léčba obezity.....	7
1.3.1 Bariatrie.....	7
1.3.2 Nízkoenergetická dieta.....	7
1.3.3 Pohybová terapie.....	8
1.3.4 Edukace a behaviorální intervence.....	9
1.3.5 Farmakoterapie.....	9
1.4 Komplexní léčba nemocného s bandáží žaludku.....	10
1.4.1 Charakteristika bandáže žaludku.....	10
1.4.2 Neadjustabilní a adjustabilní bandáž žaludku.....	11
1.4.3 Švédská adjustabilní bandáž žaludku.....	12
1.5 Specifické komplikace bandáže žaludku.....	13
1.6 Dietologická opatření.....	14
1.6.1 Dieta před operací.....	14
1.6.2 Příprava pacienta před operací.....	14
1.6.3 Péče o pacienta po bandáži žaludku.....	16
1.6.4 Dieta po operaci.....	18
<b>2. Cíl práce a výzkumné otázky</b> .....	22
2.1 Cíl práce.....	22
2.2 Výzkumné otázky.....	22
<b>3. Metodika</b> .....	23
3.1 Metodika práce.....	23
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	23
<b>4. Výsledky</b> .....	24
<b>5. Diskuze</b> .....	51



<b>6. Závěr</b> .....	58
<b>7. Seznam použité literatury</b> .....	59
<b>8. Klíčová slova</b> .....	62
<b>9. Přílohy</b> .....	63

## Úvod

Obezita je jedním ze společenských celosvětových problémů. Často je v odborných knihách definována jako zvýšené zmnožení tuku v organismu jedince. Mluví se o ní neustále. Procento obézních lidí se čím dál více zvyšuje. Narůstající počty obézních jedinců jsou způsobeny několika faktory, mezi nimiž rozhodující místa zaujímají: sedavé zaměstnání, špatná životospráva a obecně pasivní životní styl. Obézní jedinci se stávají často terčem posměchů a diskriminace. I moje matka se rozhodla se svou obezitou bojovat a podstoupila operaci bandáže žaludku. Měla jsem možnost pozorovat tento zákrok spolu s dodržováním doporučeného režimu. Na základě těchto skutečností jsem se začala o tuto problematiku více zajímat, a můj zájem jsem se rozhodla spojit s vypracováním bakalářské práce. Cílem bakalářské práce je zjistit, zda existují nějaká určitá specifika v ošetrovatelské péči o pacienta před i po operaci bandáže žaludku.

Obezita a její léčba jsou stále více medializovaná témata. Lidé se tak mohou blíže dozvědět o obezitě včetně její léčby, ať už prostřednictvím knih, časopisů, internetu nebo televize. Pro obézní jedince mohou být tyto zmiňované zdroje informací přínosné. Mají možnost pozorovat, jak se stravují jiní lidé s obezitou. Následně si mohou porovnat, jakým způsobem se stravují oni a případně změnit své stravování.

V bakalářské práci se zaměříme na dospělé jedince různé věkové kategorie, kteří podstoupili operaci bandáže žaludku a na sestry, které pečují o tyto pacienty. Informací na téma bandáž žaludku není podle našeho názoru publikováno mnoho; zpočátku jsme očekávali, že nebude problém s jejich shromažďováním, ale postupem času bylo stále obtížnější doplňovat stávající informace dalšími zdroji, ze kterých bychom mohli čerpat další rozvíjející poznatky.

## 1. Současný stav

### 1.1 Anatomie a fyziologie žaludku

Anatomie a fyziologie žaludku bude popisována pro lepší představu umístění gastrické bandáže při operaci. Žaludek (gaster) je vakovitý orgán, který spojuje jícen a počáteční část střeva. Žaludek se nachází v dutině břišní a slouží k shromažďování potravy a jejímu zpracování. Žaludek je uložen pod levým obloukem žeber, ve směru k pupku. Tvar gastru je podobný háku, proto je jeho tvar nazýván hákovitý. Na žaludku jsou patrná dvojí zakřivení. První se nazývá malé zakřivení (curvatura ventriculi minor) a nachází se v horní části žaludku (gastra). Curvatura ventriculi minor je fixována malou předstěrou (malé omentum) ke spodině jater. Dalším zakřivením je velké zakřivení (curvatura ventriculi major). Od malého zakřivení se liší tím, že je umístěna v dolní části gastru. Velké zakřivení, neboli curvatura ventriculi major je fixována velkou předstěrou ke střevním kličkám. **(24,26)**

Česlo, neboli cardia je přechod mezi jícnem a žaludkem. Po česlu následuje tělo žaludku, neboli corpus ventriculi. Corpus ventriculi se vzápětí cestou vzhůru mění v klenbu (fornix, fundus) a cestou směrem dolů se stává užším až po vrátníkovou předsíň (antrum). Žaludek (gaster) je ukončen vrátníkem (pylorus), který obsahuje svalovinu, fungující jako svěrač. Důležité je zmínit se i o fyziologii gastru. **(26)**

Žaludeční šťáva obsahuje různé složky. První z nich je kyselina solná, neboli chlorovodíková, která má označení HCl. Kyselina solná (dále jen HCl) umožňuje žaludeční šťávě kyselou reakci. Má zásadní význam pro trávení bílkovin masa, jelikož díky HCl bobtná vazivo obsažené v masu. Dále kyselina solná pomáhá ke vstřebávání vápníku a železa a ochraně vitamínů C, B<sub>1</sub> a B<sub>2</sub>. Její kyselost způsobuje, že HCl působí antimikrobiálně. Druhou složkou, která je součástí žaludeční šťávy je hlen. Hlen má funkci ochrany, chrání sliznici žaludku proti působení HCl. Třetí složkou žaludeční šťávy jsou pepsinogeny. Pepsinogeny jsou díky působení HCl aktivovány na pepsin, který následně zahajuje trávení bílkovin. Další složkou obsaženou v žaludeční šťávě jsou žaludeční lipázy. Díky lipázám jsou tráveny jen emulgované tuky. Emulgované tuky jsou obsaženy v mléce a mléčných výrobcích. Poslední složkou je Castleho faktor,

který ochraňuje vitamín B<sub>12</sub>. Vitamín B<sub>12</sub> je velmi důležitý pro možnost vstřebávání v tenkém střevě. (26)

Do žaludku (gastra) je možné přijmout 1 – 2 litry již rozmělněné stravy. Po posledním přijatém soustu, dojde k uzavření česla a stěna žaludku se na zhruba půl hodinu stáhne směrem k žaludečnímu obsahu. Tento stah, neboli přimknutí žaludeční stěny k žaludečnímu obsahu je nazýván žaludeční peristolou. Následně dochází k uvolňování a prostupování kyselé žaludeční šťávy. V žaludku se začne objevovat peristaltika (pohyb žaludku), který je zpočátku slabý, postupně však síla peristaltiky zesiluje. Peristaltika způsobuje promísení žaludečního obsahu s vyprodukovanými žaludečními šťávami a vzápětí další mechanické úpravy potravy. Obsah žaludku se mění v tekutou tráveninu, nazývanou chymus. Posouvání tekuté tráveniny (chymu) do dvanáctníku umožňují peristaltické vlny. Doba peristaltických vln trvá až do úplného vyprázdnění žaludku. (26)

## 1.2 Obezita

Obezita je definována jako zmnožení tuku v organismu. Jedná se o multifaktoriálně podmíněnou metabolickou poruchu. Je ovlivněna několika faktory: věkem, pohlavím, vzděláním, výší příjmu, mateřstvím, genetickými vlivy, dietními zvyklostmi, kouřením, alkoholem a fyzickou aktivitou. Všechny zmíněné faktory řadíme do životních podmínek, životního stylu a životního prostředí. Obezitu lze posuzovat a rozdělovat podle kvantitativního a kvalitativního měřítka. Kvantitativně se obezita dělí do 3 stupňů. První stupeň (mírná obezita), druhý stupeň (střední obezita) a třetí stupeň (morbidní obezita). Další, tedy kvalitativní rozdělení specifikuje druh obezity podle míst, kde je tuk uložen. Pokud se hromadí v oblasti hrudníku a břicha, jedná se o obezitu androidního, neboli mužského typu. Je-li naopak tuk hromaděn v oblasti stehen a hýždí, jedná se o typ gynoidní, neboli ženský. Je nutné zdůraznit, že výše zmíněné formy (androidní a gynoidní) nejsou vždy vázány pohlavím. Znamená to tedy, že gynoidním (ženský) typem obezity může trpět i muž a naopak androidní (mužský typ) se může vyskytovat u žen. Dále je důležité zmínit se i o terapii obezity. K terapii obezity je zapotřebí komplexní a současně individuální přístup. Používá se několika metod:

nízkoenergetická dieta, pohybová terapie, behaviorální intervence a farmakoterapie. V léčbě obezity je zapotřebí kombinovat dietní a pohybovou aktivitu s behaviorální intervencí. **(1,2,3,7)**

Moderní léčba má za cíl redukovat hmotnost pacienta o 5-10 % a pomoci mu tuto hmotnost si i udržet. Pokles váhy o 10 % vede k poklesu kardiovaskulární morbidity až o 20 %, snížení četnosti výskytu nádorů, které se vážou na obezitu a poklesu výskytu diabetu mellitu až o 50 %. Indikací k začátku léčby obezity je BMI (Body Mass Index) vyšší než 30. BMI vzorec není složitý, a díky jeho jednoduchosti si ho může vypočítat každý. Stačí jen znát svoji váhu a výšku, následně se váha jedince (v kilogramech) vydělí výškou (v metrech umocněné na druhou). Důležité je správné zvolení léčebné metody, přičemž je třeba brát v potaz zejména věk, charakter rozložení tuku, stupeň nadváhy a přítomnost zdravotních komplikací obezity. **(1,2,3)**

Úzce spjatá je obezita se širokou a různorodou škálou přidružených onemocnění. Je dokázáno, že obezita velice souvisí s vyšší úmrtností obézních obyvatel. Mezi zmíněná přidružená onemocnění patří kardiovaskulární nemoci (arteriální hypertenze, poruchy srdečního rytmu, ischemická choroba srdeční), poruchy metabolismu (hypertriglyceridemie, hypercholesterolemie), diabetes mellitus 2.typu), nádorová onemocnění (prostaty, jícnu, tlustého střeva, jater, dělohy, prsu, ledvin, žlučníku a lymfatických uzlin), nemoci ledvin, onemocnění kostí, kloubů a pohybového aparátu (artróza, ploché nohy, bolesti zad), psychosociální problémy (samota, problém s nacházením partnera), psychiatrické nemoci (úzkost, deprese), komplikace v těhotenství, poruchy dýchacího systému (astma) a demence. Tato všechna onemocnění a poruchy jsou ošetrovatelským problémem. Obezita může způsobit i komplikace po chirurgických výkonech. U obézních pacientů je proto zapotřebí, aby mu sestra věnovala zvýšenou ošetrovatelskou péči. Není však striktně podmíněné aby každý obézní jedinec trpěl výše uvedenými nemocemi a problémy. **(29)**

## 1.3 Komplexní léčba obezity

### 1.3.1 *Bariatric*

Léčbě obezity se věnuje lékařský obor bariatric, nebo také nazýván bariatrickou chirurgií. Bandáž žaludku je jedním z řady chirurgických výkonů, které slouží k radikální formě léčby obezity. K operaci se přistupuje až po selhání konzervativní léčby. Musí být také splněny mezinárodně platné indikační podmínky, včetně bariatrických standardů, aby se k dané operaci přistoupilo. Přibližné věkové indikační rozmezí se pohybuje od 18 do 60 let. Další indikací pro provedení bandáže žaludku je BMI nad 40 nebo BMI nad 35 s přidruženými komorbiditami. Předpokládá se, že chirurgicky navozená redukce váhy bude mít vliv k jejímu zlepšení či lépe k jejímu vyléčení. Následně bude věnována pozornost obezitě a její léčbě, jelikož právě obezita je prvotním důvodem pro redukční léčbu obezity neinvazivní a invazivní metodou. Cena bandáží žaludku se pohybuje od 55 000 do 130 000. (4, str.679) (12,32)

### 1.3.2 *Nízkoenergetická dieta*

Dietoterapie patří k základním postupům v léčbě obezity u každého pacienta. Je dobré, pokud nutriční terapeut spolupracuje zároveň s psychoterapeutem. Jsou známy různé postupy dietní léčby obezity. Větší množství z nich je biologicky nevyvážených nebo doporučují velmi striktní energetickou restrikcí. Restrikce bývá důvodem deficitu nutričních faktorů. Dalším záporem komerčních diet je, že často zapominají na behaviorální intervenci. Takovéto chybné diety často končí poruchou příjmu stravy nebo tzv. „Jo-Jo“ efektem (obézní nemocný ztratí sice v rámci dietního programu větší či menší množství své hmotnosti, ale následně po ukončení diety přibere daleko více než zredukoval). Pro úspěšnou redukci hmotnosti doporučují obezitologové celoživotně změnit životní styl a jídelní zvyklosti. Tučnou a sladkou stravu by měli obézní jedinci nahradit stravou s vlákninou a nižším obsahem tuku. V žádném případě by nemělo dojít k tomu, aby obézní člověk, který se rozhodl pro léčbu své obezity měl pocit utrpení a

oběti. Člověk musí být smířen s následnou celoživotní změnou životního stylu a stravy. (2,3)

Větší příjem tuku sehrává primární roli ve vývoji obezity, proto obezitologové doporučují u morbidně obézních lidí nejdříve snížit příjem tuku v potravinách pod 30% denního energetického příjmu. Místo tuků je vhodné, aby obézní pacienti přijímali bílkoviny a sacharidy. „Při neúspěchu je možno použít nízkenergetické diety s omezením denního energetického příjmu (4-7MJ) nebo použít přísné nízkenergetické bílkovinné diety (1,5-3,5 MJ).“ (4, str.33) Pacienti, kteří dodržují tyto diety, by měli být samozřejmě pod dohledem lékaře. Řada obézních lidí se pokouší zredukovat svou váhu držením hladovky. Redukovat váhu hladovkou je zcela chybný a neefektivní. Léčba hladovkou se dnes již nepoužívá vzhledem k častým komplikacím a není doporučována lékaři. (2,3)

Dalšími důležitými prvky v léčbě obezity je pravidelnost v jídle. Jídelníček má být rozdělen do 3-6 jídel denně, dle typu zvolené diety. Doba mezi jednotlivými jídlami má být 3-4 hodiny. U pacientů, kteří nejsou léčeni inzulinem je možno vynechat malá jídla a jíst pouze 3 hlavní chody. Poslední jídlo by měl člověk jíst v 18-21 hodin, přičemž prodleva mezi tímto posledním příjmem potravy a spánkem má být 2 hodiny. Dnešní tzv. „módní diety“ nejsou pro organismus zdravé, jelikož nezajišťují pravidelné rozdělení živin. K těmto dietám patří např. dieta vajíčková, bodová, tukožroutské polévky a další. (2,3)

### **1.3.3 Pohybová terapie**

V České republice je preference fyzických aktivit v průměru velmi nízko, přičemž příčinou úbytku fyzické aktivity bývá i věk. Sedavý životní styl, a tím i úbytek pohybu je hlavním důvodem zvyšujícího se výskytu obezity. Tento úbytek pohybu se podílí na nemocech středního a vyššího věku, jako je např. obezita a diabetes mellitus 2. typu. (1,11)

V léčbě obezity je fyzická aktivita důležitá. Pacient by měl být lékařem edukován o významu pohybu a jeho energetické náročnosti ve vztahu k léčení problémů spojených s nadváhou. Vhodné je kladení si určitých úkolů v běžných činnostech, například:

chodit po schodech a nejezdit výtahem, vystupovat z hromadné dopravy o zastávku dříve, projít se . Každý sportovní výkon, fyzická aktivita či práce se vyznačuje určitou energetickou náročností. **(1)**

Kladem fyzické aktivity o zvýšené intenzitě snižuje u lidí chuť k jídlu. Zvýšenou aktivitou se zároveň zvyšuje i tělesná teplota a úroveň ketocholaminů. Pokud je tělesná aktivita prováděna za horka nebo vlhka, je zvýšení teploty a ketocholaminů o to vyšší. Velký počet obézních lidí se chybně domnívá, že pokud budou provádět cviky jen např. na hýžd'ové partie, automaticky se jim bude tuk redukovat z těchto cvičených partií, ale není tomu tak. **(11)**

#### ***1.3.4 Edukace a behaviorální intervence***

Jak bylo výše zmíněno, edukace pacienta je velmi důležitá. Používají se 3 typy edukací. V základním dietním opatření je nejdůležitější základní edukace, k níž se mimo jiné řadí správný výběr diety a vhodných potravin. Po základní edukaci navazuje specializovaná edukace. Rozebírá potraviny z hlediska energie, sacharidů a tuků. Následující edukací je nazývána reedukace. Je nutné ji opakovat. Jejím hlavním účelem je konzultace průběhu léčby s pacientem, zaměřená na stravovací návyky a obecně životní styl. Pokud lékař shledá chybný vývoj v přístupu pacienta k léčbě, upozorňuje pacienta na nedostatky. Lze použít i kontrolu formou testů. O farmakoterapii obezity bude zmínka pouze okrajově, vzhledem k zaměření této bakalářské práce. **(2)**

Princip behaviorálního přístupu v léčbě obezity uvedl R.Stuart v roce 1967. Princip behaviorálního přístupu byl aplikován na pacienty v USA ve filadelfském centru pro průzkum obezity. O zavedení behaviorálního přístupu do praxe se zasloužili A.Stunkard a T.Wadden. Behaviorální postoj k redukčnímu systému umožňuje dlouhou úspěšnost. V redukčních klubech je tento přístup používán velmi často. **(25)**

#### ***1.3.5 Farmakoterapie***

Farmakoterapie je nedílnou součástí při léčbě obezity. Při podávání skupiny léků, sloužících k léčbě obezity, je nutné brát ohledy na jejich účinnost a také na možný



negativní dopad jako je například změna hmotnosti, která by mohl nastat po jejich vysazení. Léky podporující léčbu obezity můžeme rozdělit do tří skupin. První skupinu nazýváme Anorektika, tato skupina působí v centrálním nervovém systému a má za úkol zmírňovat chuť k jídlu. Do této skupiny léků patří např. Fentermin a Sibutramin. Léčba Fenterminem je omezena pouze na tři měsíce z důvodů vážných vedlejších zdravotních účinků jako jsou např.(psychózy, deprese, poruchy spánku a vertigo). V některých evropských zemích je dokonce léčba Fenterminem zakázaná. Léčba pomocí Sibutraminu je dlouhodobější. Tento lék může nemocný užívat kontinuálně jeden rok. Druhou skupinou jsou léky, nazývající se termogenní farmaka. Tato skupina zvyšuje energetický výdej u léčeného člověka. Třetí skupinou jsou léky, které působí v trávicím traktu, konkrétně tím, že snižují vstřebávání tuků ve střevě. Jejím zástupcem je Orlistat, který je v současné době jediným schváleným lékem. (3,9,11)

Nově objeveným antiobezitikem je lék nazývající se Tesofensin. Byl objeven v roce 2009, tudíž je poměrně nový. Tesofensin účinkuje jako inhibitor zpětného vychytávání dopaminu, serotoninu a noradrenalinu. Poprvé byl použit k eliminaci symptomů u lidí s parkinsonem. Tesofensin symptomy parkinsonu opravdu zmírňoval a to i bez vyvolání dyskinesie (porucha souhry normálních pohybů). Po užívání Tesofensinu byla pozorována i výrazná redukce váhy. Tento lék byl použit také u lidí s Alzheimerovou nemocí. Následně po dvou týdnech podávání léku u tohoto onemocnění byla opět patrná redukce váhy a to o 4% a to i bez dodržování dietních opatření nebo změnou životního stylu. (10)

## **1.4 Komplexní léčba nemocného s bandáží žaludku**

### ***1.4.1 Charakteristika bandáže žaludku***

Po roce 1993 se bandáže staly jedním z nejrozšířenějších bariatrických výkonů. Laparoskopickým provedením bandáže žaludku byla otevřena cesta, která dala naději morbidně obézním pacientům k trvalé redukci váhy. Řadí se k nejefektivnějším postupům v léčbě obezity. Restriktivní operace na žaludku jsou prováděny nejčastěji. Patří k nim vertikální bandážová gastroplastika, adjustabilní a neadjustabilní gastrická

bandáž. Omezení kapacity žaludku je základním principem účinku. Objem žaludku je chirurgicky snížen pomocí podvazu žaludku cévní protézou či speciální svorkou a tím je pacientovi mechanicky omezena možnost jíst větší porce jídla. I malým množstvím potravy je žaludek rychle naplněn a dochází tak k časnému pocitu nasycení. Zmenšená část žaludku se postupně vyprazdňuje tak, že po několika hodinách si může pacient vzít další malou porci jídla. Pacienti po restriktivních výkonech redukují váhu, aniž by měli větší pocit hladu. Snížený pocit hladu je jednou z velkých předností těchto výkonů. Jelikož jsou po aplikaci bandáže velmi dobré pooperační váhové úbytky a nízká pooperační morbidita a mortalita, je metoda operace bandáže žaludku široce oblíbena u bariatrických chirurgů v Evropských zemích. **(11)**

Rozdíl mezi adjustabilní a neadjustabilní bandáží je ten, že u neadjustabilního typu není možná pooperační regulace stupně zaškrcení žaludku. Adjustabilní bandáž má nesporné výhody, ke kterým patří zejména jednoduchá možnost nastavení regulace průměru mezi proximální a distální částí žaludku. Krátce zde budou popsány i kontraindikace bandáže žaludku. Do kontraindikací patří fakt, že se pacient doposavad nikdy nepokoušel redukovat svou váhu a nemá tak žádné zkušenosti s dietami. Vzniká tím riziko, že pacient nebude spolupracovat na pooperačním režimu dodržování diety. Dalším důvodem, kdy by se mělo od operace odstoupit je psychiatrické onemocnění (závažná neléčená deprese), neléčená závislost (alkoholismus) nebo drogová závislost. **(4,6,8)**

#### ***1.4.2 Neadjustabilní a adjustabilní bandáž žaludku***

Základy neadjustabilní bandáže žaludku položili v roce 1978 v USA Wilkinson a Molina, nezávisle spolu s nimi i Kolle z Norska. Prováděli tzv. horizontální gastroplastiku. Žaludek stáhli do tvaru přesýpacích hodin pomocí zevně přiložené dakronové manžety. U neadjustabilní bandáže není možné regulovat stupeň zaškrcení žaludku. Základem je vytvoření žaludečního rezervoáru s obsahem 50 - 60 ml. Takto vytvořený žaludeční rezervoár komunikuje s distální částí žaludku a jeho průměr je 12 – 16mm. Informací o neadjustabilní bandáži není publikováno zdaleka tolik jako o bandáži adjustabilní. **(4, 6, 11, 23)**

Chirurgická metoda – adjustabilní (upravitelná) bandáž žaludku (viz. Příloha 1) je řazena k základním operačním postupům. První adjustabilní bandáž žaludku byla provedena v roce 1985, což bylo o 7 let později než realizace první neadjustabilní bandáže. Vlastní bandáž byla vyrobena z měkkého silikonu. Její vnitřní plocha obsahovala nafukovací balonek. Balonek byl propojený úzkou hadičkou s komůrkou (port-katétrem), která byla umístěna v podkoží. O vyvinutí techniky adjustabilní bandáže se zasloužili v roce 1985 Hallberg a Forsell ze Švédska a o rok později (1986) Kuzmak z USA. „Již v této době vznikla ve Švédsku velmi úspěšná koncepce bandáže s velkým, měkkým balonem, pracujícím na velkoobjemovém a nízkotlakém fyzikálním principu, známá pod zkratkou SAGB (Swedish Adjustable Gastric Band).“ **(11, str. 225) (11, 23)**

Větší pozornost bude Švédské adjustabilní bandáži věnována v následujícím odstavci. Stejně jako u neadjustabilní bandáže i u adjustabilní se používá princip zaškrcení žaludku. Žaludek tak získá formu nesouměrných přesýpacích hodin, viz. v kapitole Neadjustabilní a adjustabilní bandáž žaludku. Rozdíl je v tom, že u adjustabilní bandáže je možné regulovat průměr zaškrcení. Tento průměr zaškrcení je možné ovlivňovat díky vpravení tekutiny (fyziologického roztoku) do balonku bandáže. Aplikace fyziologického roztoku do balonku se provádí injekčně skrz adjustační komůrku, která je umístěna v podkoží. Tento zákrok (úprava regulace zaškrcení) je prováděn ambulantně lékařem. Čím větší má pacient zaškrcení, tím déle mu potrava zůstává v žaludku a o to déle má pocit nasycení. Umístění bandáže musí splňovat dvě základní kritéria. „Po protažení kolem žaludku musí být vytvořen proximální pouch o objemu alespoň 10-20ml a mezi bandáží a stěnou žaludku je ponechána tuková tkáň.“ **(4, str.680) Druhým kritériem je, že umístění bandáže není přímo na stěně žaludku. (4,13,11)**

#### ***1.4.3 Švédská adjustabilní bandáž žaludku (SABG)***

K operaci SAGB (definice viz kapitola Adjustabilní bandáž žaludku) se využívá miniinvazivní laparoskopie. Tato technika je pro pacienty šetrnější než klasický řez.

Dříve při klasické resekcii u bariatrických operací vznikl řez dlouhý 15 a více cm. Během laparoskopické operace se provede 4 - 6 malých vpichů do dutiny břišní, dlouhých 5 – 20mm. Do vpichů jsou zaváděny trokary, pomocí kterých je možné do dutiny břišní zavádět úzké nástroje a optiku. Optika umožňuje chirurgovi sledovat operační nástroje a oblast, která je právě operována. Po laparoskopii je pooperační uzdravení rychlejší a pacienti nemají velké bolesti. Za zmínku stojí i výhody, které poskytuje švédská adjustabilní bandáž žaludku. Za prvé, pacient jí po operaci menší porce jídla v závislosti na velikosti bandáže. Operace nemá žádný vliv na vstřebávání potřebných živin. Za druhé, jelikož se operace provádí miniinvazivní metodou, následuje po ní hospitalizace v trvání pouze 24 - 48 hodin (po operačním zákroku). Za třetí, vzhledem k tomu, že se při operaci nijak chirurgicky nezasahuje do trávicího traktu (střev a žaludku), je relativně snadné bandáž odstranit, pokud by její odstranění bylo nezbytně nutné. Důležitá skutečnost, která se týká všech bandáží je dodržování diet (před operací i po operaci). (11)

### **1.5 Specifické komplikace bandáže žaludku**

Základní rozdělení komplikací po gastrické operaci je časné a pozdní. Mezi časné komplikace zařazujeme perforaci gastru, krvácení a problémy spojené s hojením operační rány. K pozdním komplikacím řadíme rozšíření (dilatace) gastru nad bandáží, eroze, migrace a sesun bandáže. Nutnost odstranění gastrické bandáže u pacientů, kdy je nezbytné žaludeční bandáž vyoperovat zpět dochází v přibližně 5 – 10 % případů, z důvodu vzniku komplikace nebo intolerance žaludeční bandáže. Tato procenta jsou získána dle dlouhodobého zkoumání na předních pracovištích v Evropě. (17)

Následně po operaci bandáže žaludku může u pacienta dojít k nauce (pocit na zvracení) nebo dokonce až k vomitu (zvracení). Jestliže sestra zpozoruje tyto komplikace pouze ojediněle, není důvod považovat komplikace za závažné. Musí je ovšem i přesto sdělit lékaři. Pokud ale sestra sleduje, že si pacient často stěžuje na nauseu nebo vidí, že pacient často zvrací, ihned pacientovi přinese emitní misku a vzniklé komplikace sdělí lékaři. Příčinou zvracení může být nedodržování dietních

postupů a rad nebo přílišné naplnění bandáže tekutinou (fyziologickým roztokem) během adjustace bandáže žaludku. Druhou dyspeptickou komplikací je obstipace (zácpa). Na obstipaci si pacienti stěžují velmi často. Ta vzniká náhlým a rapidním snížením příjmu potravy a následně proto se snižuje i množství a počet stolice. Sestra pacienta edukuje o správném a důsledném dodržování pitného režimu. (11)

## **1.6 Dietologická opatření**

### **1.6.1 *Dieta před operací***

Pacient je sledován, zda je schopen dodržovat diety a změnit natrvalo svůj životní styl. Dietní přípravu před operací bandáže žaludku dodržují všichni pacienti bez ohledu na to, zda mají nebo nemají již zkušenosti s opakovanými redukčními dietami. Důležité je také kontinuálně zlepšovat spolupráci mezi bariatrickým týmem a pacientem. Sestra by měla pacienta pozitivně motivovat k již zmiňované změně životního stylu. Pro schválení bandáže žaludku je zapotřebí ještě konzultace s nutriční terapeutkou a klinickou psycholožkou. Pokud pacient zredukuje intraabdominální a intrahepatální tuk, snižují se tím perioperační a pooperační rizika. Úbytku váhy bývá dosaženo nízkokalorickou dietou, kterou drží pacienti dva týdny před výkonem. Energetický obsah potravy by proto měl být 2512 – 3349 kJ (600 - 800 kCal) za den. (14)

### **1.6.2 *Příprava pacienta před operací***

Na komplexním interdisciplinárním vyšetření se podílí řada specialistů. K těmto specialistům je řazen internista (obezitolog), chirurg (specializovaný na bariatrické operace), anesteziolog, nutriční terapeut nebo dietolog, psycholog (případně psychiatr), a všeobecná sestra. Tento tým má za úkol dostatečně připravit pacienta k operaci bandáže žaludku. V první řadě je důležité, aby lékaři posoudili výživový a zdravotní aktuální stav pacienta. Jestliže pacient trpí přidruženými komorbiditami (např. diabetem mellitem, hypertenzí), je zapotřebí upravit léčbu těchto nemocí tak, aby se eliminovala

rizika, která by mohla vzniknout během chirurgického výkonu. Lékař se opět pacienta dotazuje, zda je zcela srozuměn se změnami, které budou následovat po operaci. Pacient musí před operací znát klady, důsledky a rizika, která mohou nastat po operaci. Dále lékař musí znát veškeré léky, které pacient užívá, zejména léky obsahující kyselinu acetylsalicylovou, např. Aspirin, Acylpyrin, Alnagon, Mironal, jelikož mohou zvýšit krvácení. Následně po rozhovoru by měl dostat pacient prostor pro kladení otázek. Důležitou součástí, bez které není možno operovat, je informovaný souhlas pacienta s jeho podpisem. Informovaný souhlas obsahuje seznam rizik, která mohou vzniknout při operaci nebo po ní. **(11,17,20)**

Pacient musí projít předoperačními vyšetřeními. Mezi nimi je abdominální sonografie (miniinvazivní ultrazvukové vyšetření bez přípravy předem). Dalším předoperačním vyšetřením je gastrokopie, což je endoskopické vyšetření zažívacího traktu. Sestra musí pacienta edukovat o přípravě ke gastrokopickému vyšetření. Pacient nesmí 6 – 8 hodin před výkonem nic pít, jíst ani kouřit. Většinou řekne sestra pacientovi aby od půlnoci nejedl, nepil a nekouřil. Při příchodu pacienta k vyšetření se musí sestra ujistit, zda dodržel pokyny k přípravě ke gastrokopii. Následně změří sestra pacientovi fyziologické funkce. Pokud má pacient zubní náhradu, je nutné ji po dobu vyšetření vyjmout, aby se předešlo možné aspiraci. Dále sestra podá pacientovi lokální anestezii sprejem pro znecitlivění nosohltanu. Do úst sestra pacientovi vloží plastový náustek. Zamezuje tím pacientovi ve skusu. Během průběhu gastrokopie kontroluje sestra polohu plastového náustku. Následují vyšetření manometrie a pH metrie jícnu. Tato vyšetření indikují lékaři při podezření na refluxní nemoc jícnu. **(17,28)**

PH metrie jícnu je prováděna pomocí sondy, kterou lékař zavádí přes nos dále do jícnu. Umístění sondy je přibližně 5 cm mezi začátkem žaludku a koncem jícnu. Doba, po kterou je sonda ponechána v jícnu, je 24 hodin. Hodnotu pH v jícnu zjišťují čidla, která jsou umístěna na konci sondy. Jediná příprava k tomuto vyšetření je přijít nalačno (tzn. nic nejíst a nepít). Sestra následně pacienta edukuje o přesném zapisování (co jedl, v kolik hodin, v jaké se nacházel poloze). Druhou diagnostickou metodou je manometrie. Manometrie je používána k diagnostice poruch funkcí jícnu. Pacientovi je zaveden tenký katétr přes nos do jícnu a poté až do žaludku. V katétru jsou otvory, skrz

keré je snímán okolní tlak. Dále je pacient položen na lůžko a injekční stříkačkou mu je podávána tekutina, kterou polyká. Přístroj mezitím stále sleduje změny tlaku v jícnu. Příprava na manometrii není složitá, pacient musí být 6 hodin před vyšetřením lačný. **(18,19)**

Jak bylo zmíněno na začátku této kapitoly, na komplexním interdisciplinárním vyšetření se podílí i psycholog (popřípadě psychiatr). Nynější postup předoperačního psychologického vyšetření je postaven na základě zahraničních zkušeností a doporučení, jelikož v České republice doposud není sestavena standardizace psychologického vyšetření před bariatrickou operací. Psycholog používá techniku polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovorem zjišťuje rodinnou situaci a rodinné zázemí pacienta, dále rodinnou a sociální anamnézu, a anamnézu hmotnosti. Následně psycholog zjišťuje jídelní zvyklosti a jídelní chování, kde se rozhovor zaměřuje na patologie v dané oblasti. Monitoruje se, jaké má pacient znalosti o morbidní obezitě a zjišťuje se stupeň jeho seznámení s předoperačním a pooperačním režimem u gastrické bandáže. Dále se psycholog dotazuje na životní situaci. Cílem celého psychologického vyšetření je pomoci zodpovědět lékařskému týmu potřebné otázky pro další možné postupy léčby. Ze zprávy psychologického předoperačního vyšetření můžeme vyčíst například v jakém duševním stavu se pacient nachází, zda momentálně netrpí stresovou zátěží, možné rizikové faktory k chirurgickému zákroku (bandáže žaludku), zda se pacient nachází v psychicky stabilizovaném stavu. Díky zprávě od psychologa se může bariatrický tým rozhodnout jaký druh operace bude pro pacienta optimálnější. **(6)**

### **1.6.3 Péče o pacienta po bandáži žaludku**

Ošetrovatelská péče o pacienta po implantaci bandáže žaludku není z chirurgického pohledu rozdílná od jiných laparoskopických miniinvazivních operací, uskutečňujících se v oblasti hiátu. Jakmile je pacient po operačním výkonu, anesteziolog musí u pacienta provést zkoušku, pomocí které zjistí zda je pacient schopen převozu na pooperační pokoj. Anesteziolog nejprve pacienta osloví jeho jménem. Po reakci na oslovení je pacient požádán anesteziologem, aby vyplázl jazyk a zvedl hlavu nad

úroveň operačního lůžka. Na pooperačním pokoji (tzv. dospávacím) sestra sleduje základní životní funkce pacienta (krevní tlak, pulz, dech, saturace O<sub>2</sub> a teplota). Po pacientově stabilizaci je převezen na standardní oddělení, kde dochází k převzetí pacienta a odvozu na pokoj. Po odeznění účinku analgetik a anestetik, může pacient pociťovat bolesti, které se nejčastěji vyskytují v oblasti operačních řezů a dále může bolest souviset se vstřebáváním CO<sub>2</sub> (podávané během anestézie). Dotazovaní pacienti uvádějí sestřím a ošetřujícím lékařům nepříjemné pocity, vyskytující se v okolí paží a klíčků. Sestra může pacientovi podat analgetika dle ordinace lékaře, která se nachází v dokumentaci. Další skupiny podávaných léků dle ordinace lékaře jsou antacida a antikoagulancia. (21,22)

Sestra pacienta nejprve edukuje o správném způsobu vstávání a až poté společně začnou postupně vstávat. Vstávat z lůžka smí pacient ještě týž den po operaci, přičemž si operační ránu přidrží a při tom se postupně posadí a následně vstane. Pokud by nastala situace, že by se u pacienta objevilo vertigo (závrať), měla by sestra nechat pacienta chvíli sedět dokud vertigo neustane a poté pokračovat ve vstávání. Sestra kontroluje dle lékařské ordinace fyziologické funkce (krevní tlak, dech, pulz, saturace O<sub>2</sub> a teplota), podává léky, parenterální tekutiny, sleduje specifickou hmotnost moči a bilanci tekutin. Dále sestra kontroluje bolest pacienta, obvazové krytí a operační ránu. Obvazová krytí, která jsou na operačních ranách by neměla prosakovat. Jakmile by sestra zjistila, že dochází k prosakování obvazu, kryje operační ránu tlakovým obvazem a ihned informuje lékaře. Sestra dále odebírá krev na vyšetření krevního obrazu, biochemické a hemokoagulační vyšetření. Odběry krve sestra odebírá při indikaci lékaře. Lékař se tak rozhoduje dle stavu nemocného. Pokud pacient udává bolesti, sestra mu podá analgetika dle ordinace lékaře. Následně sestry každé ráno a během dne kontrolují funkčnost bandáží na dolních končetinách. Bandáže dolních končetin vážou sestry po ranní hygieně a během dne dle potřeby. Veškeré výkony, které sestra provede pacientovi musí zapisovat do ošetřovatelské dokumentace. Následně po 4 až 6 hodinách od převozu pacienta po operaci mu smí sestra podat tekutiny. Tekutiny sestra podává po malých doušcích. Pacient je sestrou edukován o dietním režimu. První den po operaci



dostává pacient již tekutou stravu. Podrobněji je dieta po operaci popsána v kapitole: **Dieta po operaci. (6,21,22)**

Obvykle lékaři propouští pacienty do domácí péče 3. den po operaci, pokud nevzniknou žádné komplikace. Případně vzniklými komplikacemi by se pacientova hospitalizace prodloužila. Než je pacient propuštěn do domácí péče, musí být sestrou edukován o následném ošetřování operační rány, a předepsaných dietních opatření. Důvodem ošetřování operačních ran, je předejít případnému vzniku infekce. Dále sestra pacienta edukuje o pravidelných zápisech redukce váhy. Lékař sdělí pacientovi termín, kdy se má dostavit na kontrolu do ambulance. Kontrola probíhá po týdnu. Při této první kontrole v ambulanci sestra pacientovi odstraní stehy a lékař se ho ptá, zdali neměl v domácí péči nějaké problémy související s operací. Pozdější kontroly v bariatrické ambulanci probíhají v prvním, třetím, šestém a dvanáctým měsíci po operaci. Lékař postupně zvyšuje adjustaci gastrické bandáže. Následné kontroly a úprava adjustace závisí na množství redukované váhy a případných obtížích pacienta. **(22,30)**

#### **1.6.4 Dieta po operaci**

Dieta, kterou pacient dodržuje po aplikaci bandáže žaludku, je rozdělena do dvou období, ve kterých tvoří sestra po celou dobu nedílnou součást. Nejdůležitější rolí sestry v období, kdy je pacient již po chirurgickém zákroku bandáže žaludku, je role edukátorky. Jejím úkolem je edukovat pacienty o dodržování dietního režimu a další životosprávy. Dalšími rolemi, které sestry vykonávají jsou: mentorka, výzkumnice, nositelka změn, advokátka, manažerka a poskytovatelka ošetrovatelské péče. **(27)**

První období následuje bezprostředně po operaci a trvá přibližně jeden měsíc. Je důležité, aby sestra efektivně edukovala pacienta a stále jej učila zásady, které je nutné striktně dodržovat aby pacientovi nevznikly komplikace. Pacient má jíst pomalu po lžičkách a důsledně stravu rozžvýkat. Pacient nesmí pít zároveň s jídlem. Dieta dodržovaná bezprostředně po bandáži žaludku (tedy první období trvající týden) je rozdělena do 4 fází. První fáze začíná přímo operačním dnem a trvá do 1. dne po chirurgickém zákroku. Po převezení pacienta z chirurgického sálu je zaveden

parenterální příjem tekutin. Následně smí hospitalizovaný pít pouze po malých doušcích, přičemž by mezi jednotlivými doušky příjmu tekutin měl dodržovat 1 - 2 minutové pauzy. Maximální dávka 1 pití je 100 ml. Celkový příjem tekutin za den by měl činit 2litry. Druhé období je počítáno od 2. do 7. dne po operaci. Objem jednotlivých dávek pití je zvýšen na 200 ml. Výše energetického příjmu je 600 kJ (143,3 kCal). Pacientovi jsou podávány pouze tekutiny a tekutá strava, např. zeleninové a ovocné šťávy, bujóny a proteinové nápoje. Stejně jako u první fáze dodržuje pacient 1 - 2 minutové přestávky mezi jednotlivými doušky. Třetí fáze se nachází v rozmezí od 2. do 3. týdne. Nyní smí pacient jíst již stravu rozmixovanou (kaše, maso, zelenina a další). Pít je vhodné 5 - 15 minut před jídlem a po jídle se smí pít až po hodinové pauze. Čtvrtá a tím i poslední fáze diety po bandáži žaludku trvá od 3. do 4. týdne. Po dobu čtvrté fáze je pacientovi podávána lehká strava, která obsahuje nízké množství vlákniny. Maso je opět mixováno, ovšem změna nastává v podávání zeleniny. Zelenina nemusí být rozmixovaná, nýbrž stačí, pokud je povařená. Pití mezi jednotlivými jídly je doporučeno pít po doušcích. Dieta po operaci během tzv. prvního období trvá 1 měsíc. Během tohoto měsíce dochází k postupnému usazení bandáže. **(5,16)**

Následuje druhé období, kdy pacient přechází na běžnou stravu, která má ovšem některá specifika. Pacient by neměl konzumovat potraviny s obsahem měkkých kalorií. Jedná se o potraviny a nápoje, jako jsou například slazené a sycené nápoje, alkohol, šlehačka, omáčky, smetana, puding a další. I nadále je nutno se řídit pravidly, která eliminují obtíže spojené s charakterem a množstvím přijaté potravy. Jídlo je zapotřebí jíst pomalu a pořádně rozžvýkat. Důležité je snažit se dodržovat stejný objem potravy při každém jídle a nepřejídat se. Po jídle by si pacient neměl lehat. Došlo by tak k zpětnému vracení se jídla do jícnu a tím i k pocitům nausey (pocit na zvracení) nebo pyrózy (pálení žáhy). **(5,15)**

S dietním opatřením souvisí různé druhy potravin, které lze rozdělit na vhodné a nevhodné ke konzumaci po žaludeční bandáži. Nevhodné jsou z důvodu, že způsobují nadýmání, jsou těžce stravitelné nebo jsou vysokoenergetické. První skupinou potravin je ovoce a zelenina. Mezi vhodné druhy ovoce patří meruňky, jablka, švestky, broskve, ananas, mango, nektarinky a kompoty neslazené nebo slazené umělými sladidly.

Nevhodné druhy ovoce jsou mandarinky, třešně, citróny, pomeranče, rybíz, datle, papája, lunetky, ostružiny, granátová jablka a brusinky. K vhodné zelenině řadíme kopr, květák, lilek, cuketu, brambory, salát hlávkový, ledový a římský, kedlubny, rajská jablka, melouny, dýně a špenát. Naopak nevhodná zelenina je zelí, česnek, křen, pažitka, celer, kukuřice, nakládaná zelenina, červená řepa, pórek, feferonky, olivy, pórek, kapusta a výhonky vojtěšky. Dalšími potravinami, které je zapotřebí zmínit, jsou mléčné výrobky. Prakticky veškeré mléčné výrobky ať mléko, jogurty, tvarohy, kefíry či sýry jsou vhodné ke konzumaci, ale je dobré hlídat si obsah tuků, které jsou v nich obsaženy. Masné výrobky lze rozdělit do tří částí. A sice výrobky, které je vhodné konzumovat (telecí, kuřecí, králičí, rybí, krůtí maso a kapoun, následně produkty, které je doporučeno jíst pouze občas (koňské maso, zvěřina, vnitřnosti, skopové maso a šunky) a výrobky, které je nevhodné jíst (špekáčky, bůček, tučná sekaná, makrela, tlačenka, vepřová krkovice a hovězí přední). Pekárenské výrobky jsou dalšími potravinami, kde se nachází vhodné i nevhodné produkty. Vhodná pečiva a mlýnské produkty jsou pohanka, tmavá a celozrnná pečiva, pokud neobsahují velká zrna. K nevhodným se řadí veškerá sladká a tučná pečiva (croissant, bábovka, buchta, wafle a další). Poslední skupinou, která je třeba rozdělit, jsou bylinky. Bylinky jako bazalka, oregano, majoránka, saturejka a rozmarýn je možné a vhodné konzumovat. Nevhodné bylinky a přísady jsou maggi, masox, sojovka, chilli, worchester a pálivá paprika. **(8, 16)**

Pokud by pacient ihned nebo i déle po zákroku bandáže žaludku spolknul větší kus potravy, aniž by ho důkladně rozžvýkal, hrozí u pacienta riziko uvíznutí sousta v místě úzkého kanálku. Při ucpání kanálku, který spojuje obě části žaludku, dojde ke zvracení, a tím i ke ztrátě tekutin. Uvíznutí sousta ve spojovacím kanálku patří k akutním situacím, které je nutné aby sestra, popřípadě sám pacient začali urgentně řešit. Komplikaci (pokud vznikla během hospitalizace) sestra hlásí ihned lékaři, který poskytne sestře pokyny k následným opatřením. Pokud by tato komplikace vznikla v domácím prostředí, je důležité aby pacient vyhledal okamžitě lékařskou pomoc. Proto se sestra před propuštěním pacienta do domácího ošetřování musí ujistit, jak pacient chápe a rozumí komplikacím, které mohou vzniknout. Sestra také kontroluje, zda

pacient ví, jak by případné situace řešil a koho by v dané situaci vyhledal. K vyřešení této komplikace je důležitým pomocníkem laparoskopické vyšetření a následné odstranění uvíznutého sousta. K potravinám způsobujícím obstrukci patří výše zmíněné nevhodné druhy zeleniny, mas a ovoce, ale i potraviny, které nejsou zakázány, pokud jsou pečlivě rozkousány. Obtíže, které mohou vzniknout při nedodržování diety (množství přijaté potravy a druhu vhodných a nevhodných potravin) jsou obstipace (zácpa), diarhoe (průjem), nausea (pocit na zvracení) a vomitus (zvracení). **(11)**

## **2. Cíle práce a výzkumné otázky**

### 2.1 Cíle práce

- Cíl 1 Zjistit specifika ošetrovatelské péče o pacienta před bandáží žaludku.
- Cíl 2 Zjistit specifika ošetrovatelské péče o pacienta po bandáži žaludku.
- Cíl 3 Poukázat na informace, které postrádají pacienti při propouštění do domácí péče po bandáži žaludku

### 2.2 Výzkumné otázky

- V1 V čem spočívají specifika ošetrovatelské péče před a po bandáží žaludku?
- V2 Jaké informace pacienti postrádají při propouštění do domácí péče?

### **3. Metodika**

#### 3.1 Použitá metoda

K vyvrácení či potvrzení výzkumných otázek byla použita kvalitativní forma výzkumu. Metoda dotazování byla prováděna technikou nestandardizovaného rozhovoru. Otázky k rozhovoru byly rozděleny zvlášť pro sestry a pacienty. Otázky byly dále rozděleny na období před operací a na období po operaci bandáže žaludku.

#### 3.2 Charakteristika souboru

Do první výzkumné skupiny patří sestry, které pečují o lidi před a po bandáži žaludku. U sester není stanovené žádné věkové rozmezí. Sestry, které mi rozhovor poskytly pracují všechny na klinice v Praze, kde poskytovaly rozhovory. V druhé výzkumné skupině se nachází lidé, kteří jsou již po zákroku bandáže žaludku. Rozhovory se uskutečňovaly v jedné z kanceláří v pražské klinice nebo přímo v jejich domovech. Všechny rozhovory byly pořizovány na záznamový přístroj, po souhlasu dotyčného, s kterým měl být rozhovor uskutečněn. Časové rozmezí, kdy byly rozhovory realizovány, je od února do března.

## **4. Výsledky**

### **Rozhovory**

#### **Respondent 1 (sestra)**

První osobou, kterou jsem oslovila k rozhovoru, je všeobecná sestra pracující na této klinice již 6 let. Respondentce je kolem 25 až 30 let. Vystudovala střední zdravotnickou školu a poté nastoupila do práce jako všeobecná sestra. Sestra byla velmi ochotná v poskytování rozhovoru, avšak musela často odbíhat, protože jsme rozhovor uskutečňovaly za plného provozu, ráno kolem 9 hodiny na ambulanci. Sestra absolvovala odborné kurzy a semináře, které se týkaly bariatrických operací, kde získala mnoho informací o ošetrovatelské péči o pacienty před i po bandáži žaludku. Podmínkou pro práci na klinice, kde pracuje, je umět alespoň jeden světový jazyk, a to němčinu nebo angličtinu. Znalost jazyka je zde podmínkou z důvodu časté hospitalizace zahraničních klientů, převážně Němců a Angličanů. Tato sestřička umí jak němčinu, tak angličtinu. Na této ambulanci pracuje asi čtyři roky, před tím pracovala na lůžkovém oddělení.

Zásadní věcí, kterou musí pacient dodržovat před operací, je dodržování určité redukční diety. Stanovení procentuálního úbytku z celkové tělesné hmotnosti, které je nutné zredukovat, není stanoveno žádným jednoduchým postupem. U každého pacienta je počet kilogramů, o které musí svoji hmotnost zredukovat, individuální, stanovuje ho lékař. Pokud by pacienti nezhubli, bylo by obtížné bandáž umístit, neboli bandáž by nešla umístit přes játra. Před operací musí pacient absolvovat takzvané „kolečko“, které zahrnuje všechna předoperační vyšetření. K předoperačním vyšetřením patří gastroenterologické, ultrazvukové, psychologické a interní vyšetření. Také konzultace s nutričním terapeutem je nedílnou součástí vyšetření před operací.

O pacienty před i po bandáži žaludku se sestřička stará každý den, ale nyní již čtvrtým rokem v rámci její praxe na ambulanci. Sestra uvádí, že se občas dostane i na lůžkové oddělení. Právě na ambulanci přijde sestra do styku s pacienty před i po operaci bandáže žaludku. Sestra pacienty před operací informuje o specifickém předoperačním stravování, délce pobytu v nemocnici, o výkonu bandáže žaludku a o režimu, který bude

následovat po operaci. Pacienty před zákrokem nejčastěji zajímá, o kolik zhubnou a jaké případné komplikace zdravotního stavu se mohou vyskytnout. Na dotazy pacientů se snaží sestra odpovědět v rámci svých kompetencí. Snaží se podávat informace srozumitelným způsobem, aby je pacient pochopil. Pokud některé dotazy nedokáže sestra spolehlivě zodpovědět, odkazuje pacienta na lékaře.

Na otázku, zda sestra vidí nějaká specifika v přípravě pacienta na operaci, odpověděla, že žádná zvláštní příprava není. Pacient je připravován stejně jako před kteroukoliv jinou laparoskopickou operací. To znamená, že od půlnoci nesmí pacient nic per os, musí mít vyjmutou zubní protézu (pokud ji má) a sestra provede bandáž dolních končetin. Břicho se obvykle neholí, pokud není muž výrazně ochlupený. Sestra uvádí, že po operaci bandáže žaludku pije pacient pouze čaj po malých doušcích. Druhý den smí přijímat čaj, bujón a jogurt. Tekutá dieta, kterou pacient musí dodržovat, trvá pouze týden. Po týdnu tekuté diety smí pacient přijímat kašovitou (rozmixovanou) stravu. Na dotaz, kdy smí pacient přijímat stravu normální konzistence, odpověděla sestra, že normální konzistenci smí pacienti přijímat až po měsíci od chirurgického zákroku. Sestra pacienta po operaci edukuje hlavně o následném způsobu jeho stravování a úpravě životosprávy. Dále se musí pacient tělesně šetřit, což obnáší striktní požadavek nezvedat po dobu jednoho měsíce žádné těžké předměty a alespoň týden by se neměl pacient ohýbat a chodit do dřepu.

Odpověď na otázku: „Jak dlouho jsou obvykle pacienti po operaci bandáže žaludku hospitalizováni?“ mě velmi překvapila. Sestra odpověděla, že pacienti jsou po operaci hospitalizováni pouze jeden až dva dny. Záleží na celkovém zdravotním stavu pacienta: pokud se nevyskytnou žádné komplikace, může jít pacient po uvedeném jednom až dvou dnech do domácího ošetřování. Komplikací, které se mohou u pacienta vyskytnout, je mnoho. Sestra uvedla ucpání bandáže, migraci (posunutí) a prořezání bandáže. Prořezání bandáže vzniká dle jejích slov nejčastěji u lidí, kteří nechodí na kontroly k lékaři. Kontroly probíhají v určitých periodách. Na první kontrolu jde pacient po týdnu, kdy se provádí vyndání stehů. Druhá kontrola je po měsíci, třetí kontrola je po půl roce a pokud je vše v pořádku, dochází klient na kontroly jednou za rok. Při každé kontrole je pacienta zvážen a opakovaně edukován o stravovacím režimu.



Na otázku, kde jsem po sestře chtěla zodpovědět porovnání ošetrovatelské péče o pacienta po bandáži žaludku oproti klasické operaci žaludku, nemohla dotazovaná jednoznačně odpovědět. Uvedla jen, jaký je rozdíl mezi bandáží a tubulizací. Největší rozdíl mezi tubulizací a bandáží je podle sestry v příjmu tekutin. Po tubulizaci žaludku musí totiž pacienti více pít. Oproti tomu po bandáži musí pacient pít po malých dávkách o objemu přibližně 100 ml.

### **Respondent 2 (sestra)**

Druhé sestře, která mi poskytla rozhovor je kolem 25 let. Po střední škole šla pracovat jako všeobecná sestra do nemocnice IKEM. Specializační vzdělání nemá. Poté šla pracovat právě do této kliniky, kde je již druhým rokem. Na klinice ISCARE pracuje celé dva roky na ambulanci, kde pečuje i o pacienty po bandáži žaludku. Sestra byla při rozhovoru mírně bázlivá. Ovládá německý jazyk a uvedla, že prošla jedním vzdělávacím kurzem. Na dotaz, zda byla i na nějakém semináři týkajícím se bandáže žaludku, odpověděla negativně.

Pacient musí před operací zhubnout určité množství váhy, které mu určí lékař. Tím, že pacient zhubne, zlepší se operujícímu lékaři přístup k prostoru operace. Operovaný také musí mít odpovídající fyziologické hodnoty jaterních testů. Splňováním diety si pacient zároveň zvyká na pravidelný režim, který bude muset dodržovat i po operaci bandáže žaludku. Ne každý však dietu po operaci dodržuje. Časový odstup, kdy je dobré začít držet redukční dietu před operací, je zhruba jeden měsíc. Sestra uvedla, že příliš obézním lidem bandáž není umožněna. Před operací bandáže musí pacient projít několika vyšetřeními. Nejdříve pacient absolvuje konzultaci s chirurgem, následně ultrazvuk, gastroskopii, psychologické a interní vyšetření. Den před operací nesmí od půlnoci nic jíst, pít a nesmí kouřit. Dále se kontroluje, aby měl vyndanou zubní protézu, pokud ji má, odlíčený makeup z obličeje a odlakované nehty. Na otázku: „Jaké informace pacientům podává před operací?“ odpověděla, že se jí tato otázka zdá celkem rozsáhlá. Pacientovi před operací sestra sděluje, jaká předoperační vyšetření ho čekají, následně dostává pacient leták o redukční dietě, kterým by se měl řídit. Ptala jsem se

také sestry, jaká specifika pozoruje v přípravě pacienta na operaci. Uvedla, že žádná specifická příprava není, příprava je stejná jako na jakoukoliv laparoskopickou operaci.

Nejčastějšími dotazy, které pacienti sestře kladou, je jaké množství kilogramů shodí a jaká je úspěšnost bandáže žaludku. Sestra pacientům na tento dotaz odpovídá, že množství kilogramů úbytku tělesné hmotnosti je u každého pacienta po zákroku individuální a záleží hodně na nich samých, zda uposlechnou a dodržují dietní režim. Na dotazy, kteří nejsou v kompetenci sestry, odkazuje pacienta na lékaře. Jedním uvedeným příkladem, kdy sestra odkazuje pacienta na lékaře, je dotaz týkající se výsledků předoperačních vyšetření.

Bezprostředně po operaci drží pacient tekutou dietu, která trvá týden. Po týdnu již smí jíst kašovitou stravu. Normální stravu, jako například brambory nebo rýži, smí jíst po měsíci od operace. Na otázku, která se týká edukace pacienta po operaci, mi respondentka nedovedla plně odpovědět. Na lůžkovém oddělení v této klinice nepracovala; dosud byla zaměstnána pouze na ambulanci. Proto mě odkazovala na sestry, které pracují na lůžkovém oddělení.

Po operaci jsou pacienti hospitalizováni pouze jeden až dva dny. Komplikace, které se mohou vyskytnout, jsou zvracení, slepage (ucpání zúženého místa jídnem), hnisání rány a hematomy. Rozdíl mezi klasickou operací žaludku a bandáží vidí sestra v dietním režimu. Stále pacientovi připomínají, aby pil po malých doušcích maximálně 150 ml v rámci jednoho příjmu tekutiny. Dále pacienta edukují, aby se neohýbal a nedělal dřepy. Na otázku „Edukuje u vás v nemocnici pacienty ohledně bandáže jen jedna sestra nebo jich je víc?“ odpověděla, že každá sestra, která se stará o pacienty po bandáži žaludku, musí umět pacienta edukovat.

### **Respondent 3 (sestra)**

Sestře je 29 let. Na této klinice pracuje čtvrtým rokem. Už od dětství věděla, že chce být sestrou. Střední zdravotnickou školu vystudovala v Praze. Na vysokou školu se napoprvé bohužel nedostala, proto rok pracovala v jedné pražské nemocnici. Po tomto roce byla na vysokou školu přijata a vystudovala obor Všeobecná sestra. Ihned po škole byla přijatá jako všeobecná sestra na pražskou kliniku, kde pracuje až doteď. Je zde

velmi spokojená a práce s lidmi jí těší. Na klinice pracovala na ambulancích 2 roky a potom přešla na lůžkové oddělení.

Redukovat svou váhu musí pacienti pokud lékař na sonografickém vyšetření pozoruje vyšší množství tuku, které je uložené kolem jater. V tom případě operace nemůže proběhnout, protože si chirurg nemůže vytvořit dostatečný pracovní prostor v oblasti žaludku. Množství kilogramů, které pacient musí zredukovat, je individuální a určuje ho lékař. Před operací je pacient povinen projít několika předoperačními vyšetřeními. Mezi nimi je interní, psychologické, sonografické, gastroscopické vyšetření a konzultace s nutričním terapeutem. O pacienty po bandáži sestra pečuje každý den. Často jsou mezi nimi cizinci, proto sestra ovládá německý i anglický jazyk.

Pacienty sestra edukuje o délce pobytu. Většinou je délka pobytu 2 – 3 dny. Následně sestra pacienty edukuje také o tekuté dietě, kterou klient musí po operaci týden dodržovat, přičemž první den bude pít pouze čaj. Dále sestra pacientovi sděluje, který lékař ho bude operovat. Nejčastější dotazy pacientů se týkají redukce váhy. Je to pro ně hlavním bodem, na který se upnuli. Pacienti se ptají sestry, o kolik zhubnou po operaci a za jak dlouho budou vidět změny na jejich těle. Sestra na tuto otázku pacientům odpovídá, že redukce váhy záleží jen na nich samých.

#### **Respondent 4 (sestra)**

Sestře je 32 let. Vystudovala ekonomickou školu, po které pracovala rok v jedné bance. Tato práce jí nevyhovovala, a tak si podala přihlášku na dálkové studium oboru Všeobecná sestra. Po ukončení studia nastoupila v nemocnici v Plzni. Tam pracovala 6 let a potom odešla za prací do Prahy. Zde na klinice pracuje tři roky. Ovládá německý jazyk, jehož zvládnutí bylo podmínkou pro práci na této klinice. Po nástupu na kliniku prošla kurzem, ve kterém se mimo jiné učila pečovat o klienty po bandáži žaludku. Rok po nástupu na kliniku se zúčastnila semináře na téma bariatrické operace. O pacienty po zákroku bandáže žaludku pečuje sestra každý den.

Procento úbytku hmotnosti, o kolik jí musí pacient zredukovat, není striktně dané. Pokud je pacient hodně obézní, nebylo by možné operaci provést, protože by se chirurg nedostal k žaludku. Sestra uvedla, že je řada pacientů, kteří před operací nemusí držet

redukční dietu, ale musí dbát pouze na to, aby ještě více neztloustli. Velikost žaludku a jeho vzdálenost od jater zjistí lékař na sonografickém předoperačním vyšetření, na základě kterého určí počet kilogramů, o které je nutné tělesnou hmotnost klienta zredukovat. Další předoperační vyšetření jsou interní, psychologické, gastrokopické vyšetření a konzultace s nutričním terapeutem. Sestra edukuje pacienty o dietním režimu před operací, o dietním režimu po operaci bandáže žaludku, délce hospitalizace a o intervalech kontrolních prohlídek na klinice. Nejčastější dotazy pacientů se týkají rychlosti pooperačního úbytku na váze. Téměř pokaždé chtějí klienti vědět, za jak dlouho zhubnou a kolik. Na dotazy, které jí kladou pacienti, vždy reaguje pozitivně a snaží se jim pomoci. Specifika přípravy pacienta na operaci bandáže žaludku jsou totožná s přípravou pacienta na jakoukoli jinou laparoskopickou operaci.

Po operaci edukuje sestra pacienta o specifickém stravování a dále o tom, že nenařídí-li lékař aktuálně jinak, měl by klient vstát z lůžka nejpozději do 24 hodin od ukončení operace, obvykle za pomoci nebo přítomnosti zdravotní sestry. Pacient je poučen, že by se měl během řádově týdnů po operaci vyvarovat zvedání těžkých břemen. Po operaci smí pít pacient pouze čaj. Druhý den smí pít přesnídávky, čaj, bujón a nutridrinky. Po operaci jsou pacienti na klinice hospitalizováni jeden až dva dny. Celý týden drží tekutou dietu. Po týdnu jede pacient na kontrolní prohlídku, při které jsou mu odstraněny stehy. Následně přijímá jeden měsíc kašovitou stravu. Veškeré jídlo si musí rozmixovat. Po měsíci je třeba se opět dostavit na kontrolu, kde jsou pacienti mimo jiné zváženi. Lékař se jich také ptá, zda jim nevznikly komplikace. Po měsíci smí jíst normální stravu. Sestra pacienta edukuje, aby se vyhýbal nadýmavým potravinám. Pacient jí v intervalech tří hodin; konzumuje malé porce, které musí důkladně rozmělnit. Před jídlem nesmí 15 minut pít a po jídle 30 minut. Pít smí jen po malých doušcích. Objem jedné pitné dávky smí být maximálně 150 ml.

Komplikace, které se mohou vyskytnout, je ucpaní bandáže, nausea, zvracení, špatné hojení operačních ran, prořezání a migrace (posun) bandáže. Rozdíl mezi ošetrovatelskou péčí o pacienta po bandáži žaludku oproti klasické operaci žaludku je v dodržování specifického dietního režimu, a v intervalech kontrolních prohlídek.

### **Respondent 5 (sestra)**

Této sestře je 22 let, vystudovala střední zdravotnickou školu v Praze. Po škole pracovala rok v jedné nemocnici, a nyní pracuje na této klinice. Při práci dálkově studuje vysokou školu obor Všeobecná sestra. Ovládá anglický jazyk a částečně hovoří i německy. Sestra se zúčastnila kurzu, který se týkal bariatrických operací. Seminářů se zatím ještě neúčastnila.

Pacient by měl před operací zhubnout. Více obézní pacienti by měli začít redukovat váhu několik měsíců před operací. Operace by nebyla jinak možná, protože by chirurgové nemohli upevnit bandáž na žaludek. Každý pacient musí zhubnout o individuálně stanovený počet kilogramů. Pacientům dává sestra malou pomůcku ve formě letáku, kde je popsána redukční dieta. Do předoperačních vyšetření řadí sestra interní, gastroscopické, sonografické vyšetření a konzultace s chirurgem, nutričním terapeutem a anesteziologem. Četnost operací bandáže žaludku je na této klinice natolik významná, že jsou zde pacienti před nebo po této operaci hospitalizováni ve větším nebo menším počtu téměř každý den. Dle dotazované sestry jich každým rokem přibývá. Sestra se domnívá, že nárůst klientů je způsoben jejich nezdravým životním stylem a špatnou životosprávou. Pacienty před operací edukuje sestra o dietním režimu, který po operaci budou muset dodržovat. Týden musí jen pít, dodržují takzvanou tekutou dietu. Tekutou dietu po týdnu vystřídá kašovitá strava, kterou musí dodržet celý měsíc. Pacienti si mixují běžnou stravu, jako je maso, brambory a polévky. Po měsíci už mohou jíst normální stravu.

Pacient musí dojíždět na kliniku kvůli zdravotním prohlídkám. První kontrola je po týdnu, kdy jsou mu mimo jiné vyjmuty stehy. Další prohlídka probíhá po měsíci, následně po půlroce. Jestliže půlroční prohlídka dopadne dobře, a pacient neudává žádné problémy, jezdí na kontroly jen jednou za rok. Prohlídky se nerealizují na lůžkovém oddělení ale o patro níž, na ambulancích. Nejčastěji se pacienti sestry ptají na komplikace, které je mohou potkat. Na tuto otázku jim odpovídá, že mezi tyto patří: nausea, zvracení, slepage (ucpání), migrace (posun) a doslovně řečeno „přežrání“ bandáže. Sestra se snaží zodpovědět všechny kladené dotazy, pokud však neví odpověď,

vyhledá ji z rychle dostupných informačních zdrojů nebo pacienta odkáže na jeho ošetřujícího lékaře.

Specifikum přípravy na operaci dle sestry není žádné. Příprava na operaci bandáže žaludku je podle ní stejná jako na každou jinou laparoskopickou operaci. První den po operaci pije pacient pouze čaj a večer smí vypít kojeneckou výživu. Pít smí jen po malých doušcích, vždy jen maximálně kolem 100 – 150 ml. Večer v den operace smí pacient vstát z lůžka. První vstávání probíhá za asistence sestry. Sestra pacienta také edukuje, aby nezvedal těžké věci a nedělal pohyby, při kterých by musel jít do dřepu. Hrozilo by totiž prasknutí stehů. Hospitalizace trvá obvykle jeden nebo dva dny. Rozdíl v ošetrovatelské péči o pacienta po bandáži žaludku a o pacienta po klasické operaci žaludku, vidí sestra ve specifickém dietním režimu. Edukovat pacienty musí umět každá sestra, která pracuje na ambulancích nebo na lůžkovém oddělení.

#### **Respondent 6 (sestra)**

Poslední sestře, která mi poskytla rozhovor, je 25 let. Vystudovala střední zdravotnickou školu v západních Čechách. Ihned po škole odjela pracovat do Prahy, kde se náhodou vyskytla pracovní příležitost na klinice, kde pracuje dnes již šest let. Sestra si letos bude podávat přihlášku na vysokou školu, na dálkové studium oboru Všeobecná sestra. Ví, že to pro ni bude náročné, ale zatím nemá děti a tím i žádné závazky. Jejím snem je pracovat v zahraničí. Po příchodu na kliniku prošla sestra kurzem, aby ovládala ošetrovatelskou péči o pacienty, a to nejen po bandáži žaludku. Zúčastnila se také několika přednášek a seminářů. O pacienty po bandáži žaludku pečuje každý den.

Pacienti, kteří mají zájem o operační zákrok bandáže žaludku, musí nejdříve zatelefonovat na recepci, kde jim jsou poskytnuty další pokyny a je jim nabídnut termín první konzultace s lékařem. Na první konzultaci určí lékař pacientovi jeho BMI a buď mu bandáž žaludku schválí, nebo mu nabídne jinou bariatrickou operaci. Před vlastní operací musí pacient projít předoperačními vyšetřeními. Sestra uvedla konzultaci s nutričním terapeutem a psychologem. Dále musí pacient projít interním, sonografickým a gastroskopickým vyšetřením. Na základě sonografického vyšetření

určí lékař pacientovi, o kolik kilogramů je nutné, aby před operací zhubnul. Zredukovat musí svou váhu, aby se chirurgové lépe dostali k žaludku a bandáž upevnili. Před operací sestra edukuje pacienty o dietním režimu, jak přesně se budou stravovat po operaci a jak často budou dojíždět na kontroly. Nejčastěji pacienty podle sestry zajímá, kolik zhubnou po operaci. Sestra pacientům důrazně připomíná, že redukce váhy záleží jen na nich. Pokud se budou důsledně řídit dietním režimem, bude se jejich tělesná hmotnost postupně snižovat na požadovanou hodnotu. Sestra uvádí, že se setkala i s případy, kdy pacienti zhubli, ale následně po několika letech opět ztloustli na původní váhu. Na dotazy, které jí pacienti kladou, se snaží odpovědět. Snaží se vždy si vyhradit potřebný čas, aby se mohla pacientům naplno věnovat.

Specifická příprava před operací spočívá jen v dietě. Jinak je příprava stejná jako u všech laparoskopických operací. Po operaci musí pacienti pít je čaj. Tekutá dieta trvá týden. Po týdnu smí jíst kašovitou (mixovanou) stravu. Po měsíci smí pacient jíst běžnou potravu. Po operaci jsou klienti hospitalizováni většinou jen jeden až dva dny. U pacienta mohou vzniknout komplikace. Nejčastěji mají pacienti nauseu a zvrací. Bandáž se jim může také ucpat, nebo se může posunout. K dalším komplikacím patří špatně se hojící operační rány.

Na otázku, zda pozoruje specifika v ošetrovatelské péči o pacienta po bandáži žaludku oproti klasické operaci žaludku, mi respondentka neodpověděla. Uvedla, že ještě nikdy neošetřovala pacienta po klasické operaci žaludku. Umět pacienty edukovat musí ovládat všechny sestry.

### **Respondent 7 (pacient)**

Pacientce je 47 let, jako mladá si dlouho držela váhu v normále. Při svých 175cm vážila 68kg. Zlom přišel v roce 1984 po porodu prvního dítěte, kdy přibrala kolem 30kg. O operaci bandáže žaludku se dozvěděla od své kamarádky. Po porodu se snažila držet různé diety, ale nic jí nepomáhalo dlouhodobě. Pokaždé zhubla o přibližně 15 – 20kilogramů, ale po čase se jí původní váha opět vrátila, někdy i s větším či menším přírůstkem navíc. Poslední vyzkoušená dieta, kterou dodržovala, je dieta dělenou

stravou. První lékař, se kterým začala řešit svou obezitu, odeslal pacientku k dalšímu lékaři, který provedl operaci bandáže žaludku. Lékař doporučil pacientce plastiku břicha, která jí byla provedena ve Vojenské nemocnici. Před operací dostala pacientka prospekty, které se týkaly bandáže. Všechny prospekty si poctivě přečetla. Sama ale uvedla, že si spoustu informací hledala na internetu.

Na dotaz, zda byla lékařem seznámena s riziky, která mohou nastat při průběhu operace nebo po ní, doslovně odpověděla: „Ano, pan doktor mě se všemi riziky seznámil. Také vím, že budu-li neukázněná, co se týče stravování, nebude mít operace žádný význam, česky řečeno bandáž mohu přejít.“ Na první konzultaci obdržela pacientka od sestry brožury, které se týkaly informací o bandáži žaludku a dietním opatření. Obdržené brožury shledala pacientka dostatečnými. Vyšetření, která byla prováděna před operací jsou krevní odběry, odběry moči, gastroskopie, sono a psychologické vyšetření. Lékař pacientce určil, že musí před operací zhubnout o 10kg, přičemž její váha před tímto hubnutím začínala na 165kg. Informace, které pacientce poskytly sestry, se jí zdály dostatečné. Sama ani o žádné zvláštní informace nestála při vidině, že jí operace konečně pomůže zdolat její velké životní trauma - obezitu. Uvedla, že vidina redukce váhy je pro ní na prvním místě i za cenu problémů, které by po operaci mohly nastat. I přesto, že je pacientka diabetik na PAD (perorálních antidiabetikách), hojily se jí rány po laparoskopické operaci velmi dobře bez vzniku komplikací.

Po operaci se pacientka cítila dobře, neobjevila se u ní nausea ani zvracení. Pacientka byla sestrou edukovaná o možném riziku aspirace, pokud by došlo ke zvracení. Proto dostala pacientka od sestry signalizační zařízení, tak aby na něj dosáhla, pokud by vznikla nějaká z komplikací. Ve večerních hodinách začala pacientka pociťovat bolest v místě operační rány. Sestra jí proto podala analgetika. Po zhruba půlhodině bolest ustala. Pacientka uvádí, že se jí sestra ptala na sílu bolesti, kterou měla popsát od 1 do 10, s tím, že 10 představuje nesnesitelnou bolest. Pacientka mohla ještě týž den večer sedět, chodit a sama si provést hygienu. Před tím, než pacienta poprvé vstala z lůžka, byla poučená sestrou o správném způsobu vstávání. Pacientka uvádí, že si musela operační ránu přidržovat, poté si lehnou na bok, a následně se posadit. Dále



nesměla zvedat žádné těžké předměty a nedělat žádné prudké pohyby, aby nedošlo k „prasknutí“ stehů. Druhý den kontrolovala sestra u pacienty operační ránu a převázala jí. O dietním režimu ji edukoval nejprve lékař a po něm i sestra. Způsob, jakým pacientku lékař i sestra edukovali, se jí velice líbil a kladně jej hodnotila. Uvedla, že si na ní udělali dostatek času a vše jí dostatečně vysvětlili. Poté dali pacientce čas na její dotazy, na které ihned odpověděli. Pacientka si z edukace zapamatovala, že nejméně týden nesmí zvedat žádné těžké předměty, nesmí se ohýbat do předklonu a pít má po doušcích, přibližně 100 – 150 ml tekutiny. Po dobu jednoho týdne má přijímat pouze tekutou stravu, po týdnu smí jíst stravu kašovitou a po měsíci může přijímat stravu o normální konzistenci. Potravu by měla řádně a dostatečně rozžvýkat. Klientka by se měla vyhýbat nadýmavé stravě jako jsou luštěniny, zelí, kapusta, hroznové víno a švestky. Jí osobně způsobuje potíže rýže. Pacientka uvádí, že potraviny, které jí způsobují potíže, poznávala časem po jejich konzumaci a dále je již nejedla. Před propuštěním do domácí péče, poučila sestra pacientku o tom, že si musí vést záznamy o redukci váhy. K tomu, aby si pacientka mohla záznamy o redukci váhy zapisovat, obdržela malou brožurku, ve které bylo vyhraněné místo pro zapisování aktuální váhy.

V nemocnici byla pacientka hospitalizovaná 4 dny. S přístupem sester byla naprosto spokojená. Dle jejích slov byly příjemné a ochotné. Pacientka nikdy nelitovala, že podstoupila operaci bandáže žaludku, naopak lituje, že na operaci nešla dříve. Kdyby se mohla vrátit do období před operací a rozhodovala se, jestli operaci podstoupí tak by neváhala ani chvíli. Na dotaz, zda si musela bandáž žaludku platit sama, odpověděla, že jí to zaplatila pojišťovna, ale že slyšela i o lidech o tom, že si zákrok museli platit sami. Před propuštěním do domácí péče, dostala pacientka od sestry ještě brožurky, ve kterých byly psané vhodné a nevhodné potraviny ke konzumaci. Získané brožurky hodnotila pacientka velmi kladně. Uváděla, že do nich často nahlížela, aby se ujistila, zda konkrétní potravina smí jíst, nebo nikoliv. Po propuštění do domácí péče u pacientky nastal občas pocit nevolnosti, žádné jiné komplikace ani situace, na které by nebyla upozorněná nevznikly. Jediné informace, které ji doma po propuštění chyběly, se týkaly péče o operační rány. Nevzpomínala si, že by jí sestra edukovala o způsobu ošetřování. Jen bylo pacientce sestrou řečeno, aby při sprchování dbala zvýšené

opatrnosti v místě operačních vstupů. Proto jediným deficitem, který pacientka pociťovala, byl nedostatek informací, týkající se ošetřování operační rány.

### **Respondent 8 (pacient)**

Druhé oslovené pacientce je 43 let. S obezitou se potýkala již od 18 let. V 18 letech otěhotněla a za těhotenství přibrala 30kg. Se svojí vahou se dostala na 90kg. Po porodu druhého dítěte se octla na 102kg. Tuto hmotnost už nikdy nedokázala zredukovat. Nejprve se pacientka o bandáži žaludku dozvěděla z jednoho televizního pořadu a časopisu. O bandáži žaludku uvažovala, ale tehdy si myslela, že tato operace stojí hodně peněz, a proto tuto myšlenku pustila z hlavy. Postupem času neustále přibírala na váze. Pracovala jako švadlena a po několika letech začala pracovat jako ošetřovatelka. Z každé služby byla velmi unavená a začal jí vadit už i kontakt s lidmi. Sama za sebe se velmi styděla. V srpnu roku 2010 byl na oddělení kde právě pracovala přijat pacient s velmi těžkou morbidní obezitou. Její kolegyně o něm mluvily jak je tlustý a ještě arogantní, jak si vůbec nepřipouští svou tloušťku. To byl zlom, kdy začala vážně přemýšlet o radikálním řešení své nadváhy. Zašla tedy za interní lékařkou, která jí neporadila, ale odkázala ji na kolegu internistu–obezitologa. Po popsání klientčina stravování jí sdělil, že se stravuje špatně. Pacientku přesvědčil, aby se pokusila dodržet dietu, kterou jí navrhne a ta na nabídku přistoupila. Už při první kontrole po měsíci u obezitologa mu lhala. Nevydržela jíst dle jeho doporučení a rozpisu a podle svých vlastních slov se „cpala vším jako dřív“. Lékař potom už pacientku od operace neodrazoval a poradil jí, kam se s žádostí o provedení bandáže žaludku obrátit. Pacientka si cíleně na internetu vyhledávala informace ohledně příslušného zákroku. Zaměřila se na dvě Pražské nemocnice. V první nemocnici pacientce sdělili, že bandáž žaludku neprovádí a nabídli jí jinou bariatrickou operaci, kterou odmítla. Druhým osloveným zařízením byla klinika, na které jsem prováděla rozhovory. Na internetových stránkách kliniky si přečetla, jak postupovat při prvním objednání na konzultaci. Zavolala na kliniku, kde s ní mluvila milá recepční. Ta se pacientky ptala na její jméno, bydliště, věk a hmotnost. Recepční sdělila klientce její BMI a rovnou jí navrhla termín

pro první schůzku s lékařem, seznámila jí s dotazníkem, který si musela stáhnout z internetových stránek kliniky, vyplnit ho a přivést na první konzultaci.

Diet, které klientka vyzkoušela, bylo mnoho. Nejprve si koupila knihu o dělené stravě od Lenky Kořínkové. Začala dělit dle jejích slov kyticí a zvířátka. Dlouho dělenou stravu nevydržela plnit. Následně v časopise objevila inzerát na zázračné tablety, které se zapíjí velkým množstvím vody a tím nabobtnají v žaludku a lidi po nich nemají pocit hladu a redukují svou váhu. Dva týdny prášky poctivě užívala, ale zjistila, že tyto prášky na ní příliš neúčinkovaly. Klientce po nich bylo zle a proto je přestala užívat. Další pokus byl s údajnými zázračnými polévkami. Polévky si objednala přes inzerát. Popisovala, že dodnes nemůže ani vidět instantní polévky a maggi. I přes veškerou snahu vůbec nezhubla. Její obvodní lékařka pacientce vystavila recept na Meridii. Po užívání Meridie zhubla přibližně o 5kg. Po půl roce poprosila lékařku o předepsání jiného léku. Lékařka jí předepsala Adipex. Po užívání Adipexu začala klientka hubnout. Po delším užívání se ale přestala cítit dobře. Uvedla, že jí začaly brnět končetiny a občas měla i výpadky paměti. Adipex vysadila a rozhodla se držet dietu dle vlastních pravidel. Jedla jen jednou denně ráno a po celý den nic dalšího. I přes varování a apelování rodiny si nedala poradit. Po 3 měsících se dostala z váhy 110kg na 90kg. Cítila se lépe a proto začala opět jíst jako před tímto hladověním. Opět nabrala kila a dostala se až na váhu 135kg. Vážením a váhám se začala velikým obloukem vyhýbat.

Na kliniku jela poprvé 25.11.2011. Po příchodu na kliniku se jí ujala sestra a vzala si od ní základní údaje i s již vyplněným dotazníkem, který s sebou měla klientka přinést na první konzultaci. Další sestra odebrala pacientce krev a moč, změřila ji a změřila tlak. Konzultace probíhala s panem primářem, který s pacientkou hovořil na téma obezita. Zajímal ho důvod, proč se rozhodla podstoupit tuto operaci a o to, jak se dozvěděla o klinice. Pan primář pacientce pověděl o různých dalších bariatrických operacích. I přesto trvala klientka na bandáži žaludku. Následně pan primář pacientce vysvětlil, jak bandáž vypadá, jak funguje, jaký stravovací režim je třeba po operaci dodržovat, jak lze bandáž upravovat, jak je důležité pít mezi jídly a seznámil jí s předoperačními vyšetřeními. Klientka dostala od sestry brožurku, kde byla bandáž

žaludku dopodrobna popsána i s příloženými obrázky. Tato brožurka se zdála pacientce dostatečná. Klientka již žádné otázky k lékaři neměla.

S komplikacemi, které souvisí s operací, byla pacientka seznámena panem primářem. Pan primář pacientce sdělil, kolik procent pacientů nepřijalo bandáž ve svém těle. Před operací musela pacientka projít různými vyšetřeními. První vyšetření bylo s interní lékařkou, která s pacientkou probírala rozborů krve a moči a jejich hodnoty. Následně měřila tlak a kontrolovala, zda pacientka nemá křečové žíly. Druhé vyšetření bylo s psycholožkou, která rozebírala dotazníky, které s sebou pacientka přinesla na první konzultaci na kliniku. Třetím vyšetřením bylo sonografické a dalším vyšetřením byla gastroskopie. Poslední kontrola proběhla u nutričního terapeuta. Po splnění všech nutných vyšetření byl pacientce sdělen termín operace.

Jelikož měla pacientka sonografické vyšetření v pořádku a játra nebyla zvětšená, nemusela před operací ani redukovat svou váhu. Stačilo jen, aby se její aktuální hmotnost do termínu operace udržela na stávající úrovni. Pacientka uvedla, že s informacemi, které jí poskytly sestry po příchodu na lůžkové oddělení, byla nadmíru spokojená. Informace ohledně pooperačního režimu pacientce byly sděleny už před operací od pana primáře, který jí i operoval a od sester. Při každém jídle (tekutém) dostala pacientka od sester informace, jaké množství může vypít. A kolik čaje nebo vody smí vypít. Vysvětlily jí, kde jsou jaké místnosti na oddělení, kde bude ležet a spousta informací o pooperačním režimu. Pacientka uvádí, že jí sestra poučila, že po operaci bude ležet 2 hodiny na pooperačním pokoji, kde jí budou pravidelně hlídat fyziologické funkce. Po uvedených 2 hodinách, převezze sestra pacientku na její pokoj. Dále si pacientka pamatuje, že byla sestrou poučena o správném způsobu sedání na lůžku a vstávání z lůžka.

Po provedení operace měla pacientka nízký tlak a zvracela. Na štěstí u pacientky nevznikla aspirace. Po dotazu, zda jí sestra informovala o možném riziku vzniku aspirace, uvádí pacientka, že jí žádná sestra needukovala o tomto riziku. Sestra chodila pacientku často kontrolovat, přičemž měřila pacientce fyziologické funkce, kontrolovala operační vstupy a tázala se pacientky, zda nemá bolest. Navečer se pacientce udělalo lépe a i tlak měla již v normě. Večer, v den operace se směla pacienta posadit a vstát za

asistence sestry. Než se pacientka posadila, musela si operační ránu držet, lehnout si na bok a až poté se směla posadit. Pacientka si vzpomíná, že jí sestra poučila o možné závratě, která by se mohla při posazování a vstávání objevit. Po 6 hodinách po operaci se směla pacientka poprvé napít. Před tím jí ale sestra poučila, že musí pít po malých douškách a pomalu. Pacientka si sestře stěžovala na bolest, a ta jí ihned podala analgetika. Operační rány pacientce sestra každý den převazovala a poučila jí, které speciální náplasti si má koupit v lékárně, aby si operační ránu mohla ošetřovat sama doma. Před propuštěním do domácí péče dostala pacientka od sestry informační leták, který se týkal výživy. Na dotaz, zda dostala pacientka od sester brožurku pro zapisování váhy, odpověděla, „Ono něco takového je?“. Leták, týkající se výživy po operaci přišel pacientce nedostačující. Po dotazu, v čem se jí zdál leták nedostačující, mi nebyla schopná odpovědět.

Po osmi týdnech po operaci se pacientce utvořila malá bulka v jedné operační ráně. Jela proto na kliniku do Prahy, kde jí pan primář předepsal antibiotika. Sestra pacientku edukovala, že si musí ATB (antibiotickou) mast pravidelně nanášet na postižené místo tenkou vrstvou. Dále musela užívat ještě ATB prášky, jejichž název si již nevybavuje. Po pár tabletách a nanášení masti, pacientce boule zmizela. Při následné kontrole bylo vše v pořádku.

Od operace začal pacientce speciální stravovací režim, kterým se musela řídit. Jeden týden (do odstranění stehů) musela pacientka jíst jen tekutou stravu, pravidelně po třech hodinách. Mezi tekutou stravou, kterou přijímala, byly vývary, ovocné šťávy, mléko, mléčné zákysy, nutridrinky. Vše muselo být bohaté na vitamíny a bílkoviny, ale chudé na tuky a cukry. V této dietě tekuté vše měřila na mililitry. Mezi jídly popíjela výživné nápoje, ovocné čaje a vodu. Učila se tak pravidelnému stravovacímu režimu, který před operací postrádala. Po odstranění stehů a důkladné kontrole pacientce pan primář sdělil, že může přejít na mixovanou neboli kašovitou stravu. Doba, po kterou přijímala pouze mixovanou stravu, trvala 6 týdnů. Opět musela dodržovat tříhodinový rozestup mezi jídly, ale změna nastala v příjmu pití: pacientky směla jíst nejdříve 15 minut po napití a po jídle se mohla napít po 15 – 30 minutách. S jídlem nesměla pít zároveň, jelikož by se tím zvýšil objem jídla. Mixovat si mohla jakékoliv jídlo, které šlo

rozmělnit na jemnou konzistenci. Strava musela být pestrá na živiny, minerály, vitamíny a bílkoviny. Ve vlastním zájmu pacientky by strava měla obsahovat co nejméně tuků a cukrů. Taková disciplína je nutná pro co největší úbytek na váze. V jídle by neměly být slupky a jádérka a mixovaná zelenina by měla být nejlépe vařená. Každé jídlo jedla klientka velice pomalu a ještě jej rozměľňovala v ústech, aby si nacvičovala na další fázi stravování. V této době musela dbát na vše, co se týče diet, protože bandáž na žaludku ještě nebyla zcela zapouzdřená a mohlo by dojít k jejímu sklouznutí a tím i narušení principu bandáže. Jako příklady mixované stravy, které pacientka jedla uvedla: rozmixovanou polévku, jogurty (bílé aktívie), pudink, bramborovou kaši, tvaroh, mixované maso a příkrmy pro kojence. Pacientce se zdálo držení mixované diety po dobu 6 týdnů těžké, ale dokázala vydržet předepsaný režim bezvýhradně dodržet, protože ji dosažení okamžitého úbytku váhy nadchlo a dále motivovalo. Po 6 týdnech jela pacientka opět na kontrolu na kliniku, kde jí lékař dovolil jíst normální stravu. I když už měla povolenou běžnou stravu, stále musela dodržovat 3 hodinový rozestup mezi jednotlivými jídly, s omezením tuků a cukrů. Lékař jí doporučil jíst pestrou stravu o hmotnosti 110g denně, hodně pít, ale ne těsně před jídlem, a naopak počkat s pitím alespoň 30 minut po jídle. Stravu bylo třeba i nadále důkladně kousat a tím i rozměľňovat.

Pacientka byla hospitalizovaná déle než ostatní pacienti, jelikož se v den, kdy měla být propuštěná necítila dobře. S přístupem sester byla nadmíru spokojená; doslova si „připadala jako Alenka v říši divů“. V době, kdy pacientka zvracela a nebylo jí dobře, jí sestry chodily často kontrolovat a měřit tlak. Pacientka uvádí, že před každým vstupem na pokoj zaklepaly, na každou prosbu okamžitě reagovaly a pokud přišla na pokoj sestra, která na něm ještě nebyla tak se představila. Na otázku: „Kdybyste se mohla opět vrátit do období před operací, rozhodla byste se opět, že ji podstoupíte?“ pacientka odpověděla: „Jelikož jsem nadšená z úbytku své váhy, z perfektního přístupu na klinice a z pocitu, že o mě na klinice stále vzorně pečovali, jsem moc ráda, že jsem tuto operaci podstoupila. Nikdy jsem nelitovala a nikdy litovat nebudu. Tím myslím, že nebudu litovat ani výběru kliniky. Pokud někdo chce, ráda mu povím, co bandáž žaludku obnáší a poradím, jak se objednat na kliniku. Víte, ona samotná bandáž za člověka nezhubne.“

Je to jen berlička - člověka podrží v jeho boji s obezitou.“ Nenadálá situace, na kterou by pacientka nebyla upozorněná, nastala. V místě operačního vstupu se jí utvořila boule. Všechna dietní doporučení, která jí byla sdělena, se snažila dodržovat.

### **Respondent 9 (pacient)**

Další oslovené pacientce je 45 let. Když byla mladá, chodila do zájmového kroužku mažorettek. Zlom, kdy začala nabírat na váze přišel po narození první dcery. Po prvním porodu přibrala pacientka zhruba 20kg, takže se dostala na 85kg. Po dvou letech se narodila druhá dcera, po které pacientka přibrala dalších 25kg. Celkově v té době vážila již 110kg. První dcera se pacientce narodila ve 20 letech, takže s obezitou bojuje nepřetržitě 25 let. Pacientka si myslí, že důvodem jejího přibírání na váze bylo její nespokojené manželství a problémy v něm. O operaci bandáže se pacientka dozvěděla od své sestry, která pracuje jako zdravotní sestra v jedné z pražských nemocnic. Diet, které pacientka vyzkoušela, je nespočet. Mezi dietami je například tukožroutská, rýžová, dělená strava, neslaná, hladovka a užívání léků na redukci váhy. Nejvíce pacientka zhubla po vyzkoušení dělené stravy. Zhubla tehdy asi o 21kg. Po každém pokusu zhubnout u pacientky nastal takzvaný jojo-efekt.

Na první konzultaci s lékařem pacientka obdržela základní prospekty týkající se bandáže žaludku. Zdálo se jí ale, že tyto materiály obsahují méně než by chtěla vědět, a proto si více informací našla na internetu. Za nedostačující je považovala, protože se v nich nedočetla, jaké mohou vzniknout komplikace po operaci. Za přínosná považuje diskusní fóra na internetových stránkách. Z těch se dozvěděla, jak byli jiní lidé spokojení s operací, jestli jim nevznikly nějaké komplikace a o kolik kilogramů dokázali za určitý časový úsek zredukovat svoji tělesnou hmotnost.

S možnými komplikacemi, které by mohly vzniknout, byla pacientka seznámena lékařem, který jí i operoval. Sdělil jí, že po operaci může mít pocit na zvracení nebo i zvracet. Může nastat situace, kdy se jí operační rány budou špatně hojit. Lékař pacientce sdělil, že bandáž nemusí tělo přijmout, což by znamenalo její okamžité vytažení. Pacientka uvádí, že naděje na to, že konečně po tolikaletém boji s obezitou zhubne, způsobila, že jí možnosti komplikací ani nezajímaly a nevěnovala jim pozornost. Před

vlastní operací prošla pacientka několika předoperačními vyšetřeními. Nejdříve navštívila dietologa. Ten s ní probíral dietní režim, který brzy bude muset dodržovat. Další vyšetření bylo psychologické. Paní doktorka si s pacientkou povídala o jejím celém životě a problémech, který měla v rodině. Na interním vyšetření odebírali pacientce krev a moč a následně lékař vyhodnocoval výsledky. Bohužel měla klientka zjištěnou sníženou funkci štítné žlázy. Proto jí lékař předepsal Euthyrox. Poslední vyšetření bylo kardiologické, sonografické a gastrokopické. Pacientka uvádí, že gastrokopické vyšetření pro ní bylo velice nepříjemné dostavilo se silné nucení ke zvracení. Dle sonografického vyšetření měla pacientka žaludek a játra v pořádku, proto nemusela před operací ani hubnout. Informace, které se týkaly operace a komplikací, sděloval pacientce lékař. Každá sestra se pacientce představila. Sestry ji edukovaly o dietním režimu, pooperačním režimu, chodu oddělení a jeho uspořádání. Pacientka si vzpomíná, že jí sestry edukovaly o tom, že bezprostředně po operaci bude z operačního sálu odvezena na pooperační pokoj, kde bude sledována přibližně 2 hodiny, pokud nevzniknou žádné komplikace. Dále sestry pacientku edukovaly, že se bude moct poprvé napít až po 4 – 6 hodinách po operaci. Na dotaz, zda bude pacientka moct po operaci vstávat, jí sestry odpověděly, že ano ale až večer a poprvé za jejich asistence. S přístupem sester a lékařů byla klientka velmi spokojená.

Po operaci se pacientka cítila „jako zbitý pes“. Měla pocity na zvracení a dvakrát i zvracela. Na dotaz, zda byla pacientka sestrou edukována o možném riziku zvracení a aspirace odpověděla, že ano. Sestry jí měřily pravidelně krevní tlak a teplotu. V nemocnici se pacientce špatně spalo. Měla velké problémy s usínáním.

Pacientka dostala od lékaře a od sester před propuštěním domů mnoho informací o dietním režimu. Také ji sestra edukovala, aby se přibližně týden neohýbala, nenosila těžké věci a nedělala prudké pohyby a dřepy. První týden pacientka přijímala pouze tekutou dietu (čaj, šťávy, nutridrinky a bujóny). Po týdnu musela pacientka na kontrolu a vyjmutí stehů. Po týdnu také mohla přejít na mixovanou stravu; tento režim pak dodržovala přibližně jeden měsíc. Mixovala si polévky, maso, vařenou zeleninu a brambory. Po měsíci jela pacientka opět na kontrolu, kde byla panem doktorem pochválená a pak již mohla přijímat normální stravu. Ať při tekuté, mixované či



normální dietě musela dodržovat pacientka určité předepsané postupy a závazná pravidla: jedla po třech hodinách. Po jídle nesměla ihned pít. Napít se směla až po půlhodině po jídle nebo 15 minut před jídlem. Každé sousto musela důkladně rozkousat a rozmělnit. Pacientka byla v nemocnici hospitalizovaná 3 dny.

Nikdy ani na chvíli nelitovala, že tuto operaci podstoupila. Doporučuje ji i ostatním pacientům, kteří bojují s obezitou. Kdyby se měla opět rozhodnout zda bandáž žaludku podstoupí, neváhala by a opět by ji absolvovala. Komplikace v domácím prostředí pacientce vznikla. Pacientka uvedla, že se jí špatně hojily operační rány. Na kontrolu k lékaři nešla. Zavolala své sestře, která jí poradila, aby si z operačních ran hnis vymačkávala. Všechny operační vstupy se pacientce po vymačkání hnisu zacelily a zahojily, ale poslední operační rána se vůbec nehojila. Pacientka byla v šoku, když při vymačkávání hnisu z rány vylezl i kus nitě, který byl zhruba 2cm dlouhý. Po vymačkání tohoto kusu nitě se rána jako zázrakem zacelila. Pacientka uvádí, že informace, které dostala od sestry, týkající se způsobu ošetřování ran, shledává za nedostatečné. Byla sice sestrou i lékařem upozorněná na riziko špatně hojících se operačních vstupů, ale ne na to, že jí z operační rány vyleze i kus nitě ne.

### **Respondent 10 (pacient)**

Pacientce, která mi poskytla rozhovor je 42 let. Byla velmi ochotná a příjemná. O operaci bandáže žaludku se dozvěděla od své kamarádky, která zmíněnou operaci také podstoupila, ale v nemocnici v Brně. Nabírání na váze u pacientky nastalo po prvním porodu, který měla ve dvaceti letech. Před porodem vážila 56kg. Po něm přibrala na váze 36kg a dostala se na váhu 92kg. Tehdy ještě byla schopná dosáhnout snížení své tělesné hmotnosti na původní hodnotu. Začala více cvičit a méně jíst a váhu zredukovala na 62kg. Tři roky se pacientka držela kolem hranice 70kg. Po druhém porodu přibrala 30kg. Po druhém porodu tedy vážila přibližně 100kg. Tuto hmotnost už nedokázala bez cizí pomoci zredukovat. Kvůli vysoké váze se u pacientky začaly projevovat problémy s kyčlemi. Příslušnými vyšetřeními bylo zjištěno, že nemá doslovně řečeno „stříšky“ a musela tak podstoupit operaci obou kyčlí. V tu chvíli začala

pacientka řešit svou obezitu. Našla si informace na internetu. Pana primáře kliniky, kde byla později operována ji doporučil její ortoped.

Diety vyzkoušela pacientka různé. Držela hladovku nebo jeden čas pila jen stříky. Tyto diety však nefungovaly. Sama nyní ví, že byly velikou chybou, kterou by už neopakovala. Vyzkoušela i dělenou stravu a tukožroutskou dietu. Při dělené stravě zredukovala váhu o 30kg, ale během několika dalších měsíců dosáhla její hmotnost opět původní hodnoty a potom se dokonce ještě zvýšila o 5 – 7kg. Poslední dietu kterou držela, si sama vymyslela. Vůbec při ní nekonzumovala následující potraviny: rohlíky, chléb, rýži a brambory. Ke každému hlavnímu jídlu jedla jako přílohu jenom dušenou zeleninu. Takto se pacientka vydržela stravovat déle než jeden rok. Uvedla, že jí toto stravování i moc chutnalo. Například místo klasické vepřové pečeně s knedlíkem se zelím si pacientka uvařila dušenou zeleninu, zelí a vepřové maso. V této souvislosti uvedla svou domněnku, že pokud člověk jí hodně masa, tak zároveň i hubne.

Prospekty týkající se bandáže žaludku obdržela pacientka hned na první schůzce s lékařem. Vše si přečetla vícekrát, aby nic nepřehlédla. Informace, které se nacházely v získaných brožurách shledávala dostatečnými. Pan doktor jí seznámil se všemi možnými riziky před i po operaci. Vzpomíná, že byla poučena o rizicích narkózy (nausea, zvracení). Následně lékař uvedl výhody bandáže žaludku, například to že je zde možnost zpětného vyjmutí bandáže, pokud by nastala situace, že by ji tělo nepřijalo. Před operací prošla pacientka několika předoperačními vyšetřeními. Bylo to interní, psychologické, kardiologické vyšetření a konzultace s nutričním terapeutem. Před operací držela pacientka dietu, přestože ji neměla nařízenou od lékaře. Držela ji dobrovolně kvůli zvykání si na příjem malých porcí stavy. Těsně před operací nesměla pacientka od půlnoci pít, jíst ani kouřit. Sestry se pacientce při přijetí na oddělení představily a seznámily jí s oddělením a jeho chodem. Potom pacientce ukázaly její pokoj. Sestry poučily pacientku o obvyklém pooperačním režimu. Pacientce sestry uvedly, že ihned po operaci bude sledována na pooperačním pokoji. Teprve až lékař rozhodne, že je možné pacientku převést na standardní oddělení, smí sestra pacientku převést. Dále uvedly, že první den po operaci bude pít pouze čaj a to až po 4 – 6 hodinách po operaci, druhý den může jíst již jogurt. Tekutou dietu dodržovala pacientka

týden. Celkově byla klientka s přístupem sester spokojená. Žádné informace nepostrádala a pokud s něčím potřebovala pomoci nebo zodpovědět jakoukoli otázku, sestry si na ní udělaly čas a všechny otázky trpělivě zodpověděly, popřípadě ji odkázali na lékaře.

Po operaci se cítila pacientka dobře, nebylo jí na zvracení ani nezvracela. Po dotazu, zda ji sestry informovaly o možném riziku vzniku aspirace, odpověděla pacientka, že ano. Sestra pacientce měřila tlak a ptala se jí, jak se cítí a zda nemá bolesti. Pacientka si vzpomíná, že ji sestra edukovala o způsobu posazování a vstávání. Bohužel tento způsob si již nevybavuje. Poprvé vstala pacientka bez dohledu sester. Uvedla, že se jí zamotala hlava a raději si opět lehla. Před dalším vstáváním si pacientka raději přivolala sestru, která jí opět zopakovala jak se má posadit a jak vstát. Pacientka se upnula k myšlence hubnutí a čím dál víc se těšila na dodržování dietního režimu a reakcí jejího okolí. O dietním režimu pacientku edukoval lékař a sestra. Od sestry obdržela pacientka informační letáky včetně brožurky pro zapisování aktuální váhy. Pacientka byla sestrou poučena, aby 15 minut před jídlem a 30 minut po jídle nepila. Dále by pacientka neměla jíst nadýmavá jídla. Jíst má v tříhodinovém intervalu. Každé sousto musí nejdříve dokonale rozmělnit než ho spolkne.

První týden přijímala pacientka pouze tekutou stravu (šťávy, čaje, jogurty, bujón, nutridrink). Po týdnu navštívila lékaře kvůli vyjmutí stehů. Vyšetření dopadlo dobře a pacientce nevznikly do té doby žádné komplikace. Mohla tedy přejít na mixovanou stravu (bramborová kaše, rozmixované maso a vařená zelenina a přesnídávky). Mixovanou stravu jedla měsíc. Po měsíci jela klientka opět na kontrolu do Prahy. Tato kontrola dopadla také dobře a pacientka už směla jíst normální stravu. Stále však musí dodržovat tříhodinové intervaly mezi jídly. Vypozorovala, že trpí zažívacími těžkostmi po konzumaci kysaného a syrového zelí, a dokonce i zelí po tepelné úpravě.

Klientka údajně nikdy ani na okamžik nelitovala, že operaci podstoupila. Svěřila se mi, že se nyní když zhubnula cítí psychicky nesrovnatelně lépe než před operací. Komplikace pacientce v domácím prostředí nevznikly.

### **Respondent 11 (pacient)**

Dalšímu pacientovi, se kterým jsem prováděla rozhovor, je 48 let. S obezitou se potýká už od dětství. Celý život mu vadí, že je velmi obézní, ale chuť k jídlu u něj vždy zvítězila, i přes negativní reakce okolí. Nikdy během života nedržel diety. Když byl na vojně, zhubnul kolem 30kg. Operaci bandáže žaludku podstoupil před dvěma roky. Pacient na mě při příchodu působil velmi nervózně. Postupně během rozhovoru z něho nervozita odpadla. Vzhledem k jeho proporcím mi připadal, jako by se na operaci teprve připravoval. Když mi pověděl, že byl na operaci před 2 lety, byla jsem celkem v šoku. Před operací vážil 156kg a nyní váží 160kg.

O bandáži žaludku se pacient dozvěděl z televize. Náhodou totiž viděl pořad o obezitě a její chirurgické léčbě. Potom navštívil svou lékařku, která mu poradila, jak má postupovat dál. Zavolal na kliniku, kde sdělil své jméno, příjmení, výšku a váhu. Slečna, která s ním telefonovala, mu vyhledala termín, kdy má přijet na konzultaci s lékařem. Při první konzultaci s lékařem na klinice obdržel pacient od sestry několik brožur a prospektů o obezitě a o bandáži žaludku. Informace, které se v brožurách nacházely, mu přišly dostatečné a všechny si dvakrát přečetl. Lékař pacienta poslal na několik předoperačních vyšetření. Mezi nimi bylo sonografické, gastrokopické, kardiologické, psychologické vyšetření a konzultace s nutričním terapeutem. S riziky, která se mohou vyskytnout po zákroku bandáže žaludku byl seznámen lékařem i sestrou. Uvedl, že si všechny komplikace dnes už moc nepamatuje, ale na některé si vzpomněl. Mezi nimi je, že se bandáž může ucpat větším soustem potravy, zvracení, odmítnutí bandáže tělem pacienta a prořezání. Naštěstí se u pacienta ani jedna z komplikací neobjevila.

Počet kilogramů, které musel pacient zredukovat mu určil pan primář. Ten určil pacientovi, aby zredukoval svou váhu o 5kg. To ale bohužel nesplnil, i když dodržoval dietu. Snažil se jíst menší porce než jedl obvykle. Podařilo se mu zhubnout však jen o 1kg. I přes nedodržení stanovených kil, které měl zredukovat, mu lékař povolil operaci. O pooperačním režimu pacienta informovala sestra i lékař. Edukovali ho o tom, že první týden bude moci přijímat jen tekutou stravu. Dále bude měsíc jíst pouze mixovanou stravu a po mixované stravě přejde na běžnou potravu. Mezi jednotlivými jídly musel

dodržovat tříhodinové intervaly. Patnáct minut před jídlem a třicet minut po něm nesměl pít. Sestra pacienta před operací edukovala o tom, že mu po operaci budou sledovány fyziologické funkce. Po dotazu zdali byl edukován o správném posazování a vstávání, odpověděl pacient, že ho žádná sestra needukovala. Sám pacient přiznal, že se neřídil poctivě dietním opatřením. Spoléhal, že voperovaná bandáž žaludku zajistí, aby zhubl. Zjistil, že některé pochutiny jako coca-cola, sušenky a jiné sladkosti může jíst nebo pít, aniž by mu způsobovaly obtíže.

Po operaci se cítil lépe než nyní. Po několika hodinách po operaci začal pacient cítit bolest. Požádal sestru o léky na bolest. Během chvíle se sestra vrátila i s injekcí. Pacient uvedl, že se ho sestra ptala na sílu bolesti. Po půlhodině se sestra vrátila pacienta zkontrolovat a zeptat se, zdali bolest ustala. Jediné co způsobovalo pacientovi problémy, byl spánek. Sestry mu měřily každé 2 hodiny tlak, a tím ho i budily. Před propuštěním byl pacient sestrou edukován o správném způsobu ošetřování operačních ran. Z edukace si vybavuje, že si musí dávat při sprchování pozor, aby mu voda nenatekla na operační rány, každý den by si měl vyměnit náplasti na místech, kde jsou operační vstupy. Dále mu sestra zdůrazňovala, aby ihned informoval lékaře, pokud by mu vznikly nějaké komplikace. Pacient uvedl, že okolí operačních vstupů měl zhruba tři dny zarudlé.

Postupně zhubl o 10kg a to ho velmi potěšilo a navnadilo. Psychicky se cítil o mnoho lépe. Na klinice byl hospitalizovaný necelé 2 dny. Pokud by měl rozhodnout, zda by operaci podstoupil znovu, uvedl, že by neváhal a zopakoval ji. Nikdy nelitoval, že operaci podstoupil. Přístup sester hodnotí velmi kladně. Pokaždé, když potřeboval, si na něho udělaly čas a vše mu vysvětlily.

### **Respondent 12 (pacient)**

Oslovené pacientce je 50 let. Na operaci bandáže žaludku byla před osmi měsíci. S vyhledáním informací ohledně této bariatrické operce jí hodně pomohl její manžel. S obezitou bojuje pacientka od dětství. Rodiče jí sladkosti nikdy neodepírali, a proto její spotřeba cukrů a částečně i tuků byla dlouhodobě vysoká. To se následně podepsalo i na její postavě. Pacientka byla často i terčem posměchu. V průběhu života vyzkoušela

mnoho diet. Mezi nimi byla tukožroutská, zelná, dělená, rýžová, mléčná a doslovně řečená „herbalife“ dieta. Nejúčinnější dieta, při které zhubla kolem 20 kilogramů, byla právě „herbalife“. Herbalife je komplex prášků (koktejlů), které si rozpouštěla v neperlivé vodě. K účinnějším dietám patřil i jídelníček od jednoho kondičního trenéra. Pacientka se dle jeho rozpisu stravovala a docházela k němu i cvičit. Cvičit vydržela jen tři měsíce. Po ukončení cvičení ztloustla opět na původní váhu, jakou měla předtím. Pacientka uvedla, že jí připadá, jakoby u ní každá dieta účinkovala jen tři měsíce.

Při první konzultaci na klinice dostala pacientka od sestry informační letáky ohledně obezity, bandáže žaludku a redukční diety. Veškeré letáky si pacientka prostudovala, ale nezdály se jí dostatečné, a proto si hledala informace dál na internetu. Pacientka uvedla, že jí v prospektech chyběly zkušenosti od jiných pacientů. Pan doktor se ptal pacientky na její celý život a na diety, které vyzkoušela v průběhu života. Potom klientce vysvětloval principy bandáže, postup operace, pooperační rizika a poslal jí na předoperační vyšetření. Mezi předoperačními vyšetřeními byla gastrokopie, sonografie, interní vyšetření, psychologické vyšetření a konzultace s nutričním terapeutem. Na gastrokopickém vyšetření pacientce diagnostikovali nález na sliznici v jícnu. Kvůli tomuto nálezu musela užívat léky, které jí na nález předepsal lékař. Určitý počet kilogramů, o kolik by měla pacientka zredukovat svou váhu, lékař neurčil. S edukací, kterou jí poskytli sestra a lékař, byla pacientka spokojená.

Po příchodu na oddělení se ujala pacientky sestra, která se jí představila, ukázala pacientce pokoj a sepsala s ní ošetřovatelskou anamnézu. Nutričním terapeutem a sestrou byla pacientka edukována o dietě po operaci a o pooperačním režimu. Od půlnoci nesměla jíst, pít a kouřit. Než pacientku odvezly sestry na sál, podaly jí premedikaci. Co následovalo na sále, si pacientka nevybavuje. Po operaci byla odvezena na pooperační pokoj, kde jí sestry měřily pravidelně fyziologické funkce. Necítila se moc dobře, přibližně čtyřikrát zvracela a udávala bolest v místě operačních vstupů. Sestra podala pacientce analgetika, po kterých bolest ustala. Jak dlouho ležela pacientka a po operačním pokoji, si přesně nepamatuje. Ale sestrou byla před výkonem edukována, že na pooperačním pokoji bude ležet 2 hodiny. Poprvé se směla pacientka napít až po 6 hodinách. Na otázku zda ji sestra edukovala o komplikaci zvracení a riziku

aspirace, odpověděla pacientka, že částečně. O komplikaci zvracení byla pacientka edukována před operací. O riziku aspirace uvádí pacientka, že ji nikdo neinformoval. Týž den večer, se směla pacientka posadit, vstát a provést večerní hygienu. Při prvním posazování a vstávání byla přítomna sestra. Ta edukovala pacientku, jak postupovat správně, aniž by došlo k ruptuře stehů. Pacientka si pamatuje, že si nejprve musela lehnout na bok, přidršet si operační vstupy a poté se posadit. Na břicho má pacientka 5 jizev od operačních vstupů. Na můj dotaz, zda se jí při prvním posazení neudělalo mdlo odpověděla, že ne. První den po operaci směla pacientka pít pouze čaj. Druhý den jedla už jogurt a přesnídávku. Před propuštěním do domácí péče byla pacientka edukována sestrou, aby se vyvarovala zvedání těžkých předmětů a ohýbání. Sestra dala pacientce sebou domů několik náplastí, aby si sama mohla operační rány převazovat. Sestra kladla pacientce na srdce, aby udržovala operační vstupy v čistotě a tím předešla i možnosti vzniku infekce. Převaz operační rány sestra ukázala názorně pacientce. Na otázku, zda obdržela nějaké letáky či brožury i při popouštění odpověděla, že ne. Obdržela pouze jeden leták, který se týkal dietního režimu po operaci, ale ten shledala za nedostatečný. Celý operační výkon byl pacientce hrazen zdravotní pojišťovnou. Tekutá dieta trvala jeden týden. V nemocnici byla pacientka hospitalizovaná dva dny. Na první kontrolu na kliniku jela po týdnu, aby jí zde sestra odstranila stehy. Další následující měsíc přešla na mixovanou stravu. Jíst směla pouze po 3 hodinách. Před jídlem ani po jídle nesměla pít. Doma si vařila kaše, mixovala maso nebo vařenou zeleninu. Po měsíci mixované stravy začala jíst běžnou stravu. Komplikace se u pacientky nevyskytly žádné. Situace, kdy se pacientka necítila dobře bylo po nedůkladně rozkousaném masu nebo rohlíku. Po spolknutí špatně rozkousaného jídla cítí pacientka veliké bolesti.

Přístup sester si nemůže pacientka vychválit. Každá sestra se jí při příchodu na její pokoj představila. Pacientka uvádí, že si nepřipadala jako pacient v nemocnici, ale jako host v nějakém luxusním hotelu. Nikdy ani na okamžik nelitovala, že operaci podstoupila. Před operací vážila pacientka 101kg, nyní po osmi měsících váží 88,5kg. V domácím prostředí pacientka neudává žádné vzniklé komplikace. Dodržovala veškeré doporučení, které jí byly podány sestrou (ohledně převazování operačních ran a dietního režimu).

### **Respondent 13 (pacient)**

Poslední pacientce, která podstoupila bandáž žaludku loni v červenci, je 35 let. Obezitou trpí od dětství. Uvádí, že většina členů její rodiny je obézních. O operaci bandáže žaludku se dozvěděla od své tety, která byla na téže operaci také. S operací je její teta velmi spokojená, a tak ji doporučila i mé respondentce. Diety, které pacientka během života vyzkoušela, byly účinné vždy jen krátkodobě, mezi nimi byla tukožroustská dieta, dělená strava, omezení tuků a počítání kalorií. Po dělené stravě zhubla o 10kg, ale po několika měsících přibrala na váze o 15kg. Tímto jo-jo efektem probíhaly všechny vyzkoušené diety. Brzy tak vážila přes 100kg.

Jakým způsobem se objednat na kliniku k prohlídce, poradila pacientce její teta. Pacientku objednala na první konzultaci slečna, která byla na recepci a mluvila s ní po telefonu. Při návštěvě kliniky si pacientka připadala doslovně řečeno „jako v pohádce“. Přístup veškerého personálu byl velmi přátelský a profesionální. Lékař se jí představil a hned se jí začal ptát, co jí vedlo k rozhodnutí podstoupit bandáž, jaké diety zkoušela dodržovat v průběhu let a jak byly účinné. Zajímalo ho také, jakými onemocněními případně pacientka trpí. Na tuto otázku odpověděla lékaři, že trpí astmatem. Pacientka dostala od sestry několik informačních letáků, které si všechny důkladně přečetla po cestě domů. Doma se jim moc nevěnovala, protože spoustu informací již věděla od své tety. Lékař a sestra edukovali pacientku o komplikacích, které mohou vzniknout během operace a po ní. Pacientka si jich zapamatovala jen pár. Ke komplikacím patří nevolnost, zvracení, špatně se hojící rány, ucpaní a prořezání bandáže. Před operací musela klientka projít několika předoperačními vyšetřeními. Vzpomněla si, že byla na sonografickém, kardiologickém, gastrokopickém a psychologickém vyšetření. Poslední vyšetření, které bylo u pacientky prováděno, byla konzultace s nutričním terapeutem. Po provedení sonografického vyšetření sdělil lékař pacientce, že dopadlo dobře, a proto nebude třeba před operací povinně hubnout. Se všemi poskytnutými informacemi od sester i od lékaře byla pacientka spokojená.

Před operací edukovala sestra pacientku a po operačním režimu. Sdělila jí, že bude po operaci nejdříve převezena na dospávací pokoj, kde bude ležet přibližně 2hodiny.



Z dospávacího pokoje bude následně převezena na svůj pokoj na standardním oddělení. Pacientka se směla napít teprve až po 5 hodinách. Po operaci se klientka cítila jako vyměněná. Sestra jí pravidelně měřila fyziologické funkce. Celý den prospala. Poprvé vstala pacientka k večeru. Sestrou nebyla edukována o správném způsobu vstávání. Po prvé se směla pacientka napít až po 6 hodinách od operace. Pacientka popisuje, že jí sestra chodila často kontrolovat operační rány a ptát se na bolest. Hospitalizovaná byla pouze dva dny. Před propuštěním domů, byla sestrou edukována o správném ošetřování operačních vstupů a dietním režimu. Žádné komplikace spojené s operací se nevyskytly. Od sestry dostala pacientka několik prospektů včetně zápisníku váhy. Psychicky se cítila o mnoho lépe než před operací. Bandáž žaludku vnímala jako start nové fáze života. Věděla, že bude brzy konec veškerému jejímu trápení, které s obezitou zažívala. O dietním režimu, který bude pacientka muset dodržovat, jí edukovala sestra na oddělení a nutriční terapeut. Tekutou dietu dodržovala jeden týden. Směla pouze pít čaj, nutridrinky, přesnídávky a džusy. Následoval měsíční příjem mixované stravy, který nedělal pacientce žádný problém, a dokonce ji i velmi zachutnalo jíst mixovanou stravu. Po měsíci směla pacientka přejít na běžnou stravu. Mezi jídly musela mít minimálně tříhodinové přestávky, přičemž těsně před jídlem a po jídle nesměla pít. Sestry klientce stále připomínaly, že v rámci přijímání potravy po bandáži žaludku je bezpodmínečně nutné každé sousto důkladně rozmělnit a teprve až potom ho spolknout. Pokud by tak neučinila, hrozilo by ucpání bandáže.

Přístup sester hodnotila dotazovaná klientka kladně. Nikdy neměla pocit, že by se musela o cokoli doprošovat. Naopak v jiné nemocnici, kde byla hospitalizovaná dříve, měla pocit, jako by sestry obtěžovala. Pokud by se měla nyní rozhodnout, zda by bandáž žaludku nebo jinou podobnou operaci opět podstoupila, neváhala by a zopakovala ji. Bandáž žaludku je pro pacientku vysvobozením a tak nikdy nelitovala, že ji absolvovala.

## 5. Diskuze

Bakalářskou prací se snažíme zjistit specifika ošetrovatelské péče o pacienty před i po bandáži žaludku a poukázat na informace, které pacienti postrádají při propouštění do domácí péče. Cílem této bakalářské práce je prokázat, zda se v ošetrovatelské péči o pacienty před a po bandáži žaludku vyskytují určitá specifika. Na základě těchto cílů byly stanoveny dvě výzkumné otázky. Výzkumná otázka 1: V čem spočívají specifika ošetrovatelské péče před a po bandáži žaludku? Výzkumná otázka 2: Jaké informace respondenti (pacienti) postrádají při propuštění do domácí péče? Celkem bylo osloveno 10 pacientů, z toho 7 pacientů poskytlo rozhovor. Zbývající 3 pacienti rozhovor odmítli. Jeden z nich uvedl jako důvod nedostatek času a pracovní vytíženost, zatímco zbylí dva neuvedli důvod žádný. Následně bylo osloveno 6 sester. Všechny oslovené sestry svolily k poskytnutí rozhovorů. Sestry, které rozhovor poskytly, pracují všechny na klinice Iscare v Praze. Dvě sestry pracují na zmiňované klinice v ambulanci a zbývající, tedy čtyři, pracují na lůžkovém oddělení. Všechny sestry se věkově pohybovaly v rozmezí od 25 do 35 let. Myslíme si, že jedním z hlavních důvodů, proč na klinice pracují převážně sestry mladší 35 let je podmínka ovládat alespoň jeden světový jazyk. Dle výpovědí sester je znalost jazyka nutná kvůli časté hospitalizaci zahraničních klientů, zejména z Německa a Velké Británie. Dále jsme výzkumné šetření prováděli s pacienty, kteří přijeli na kliniku na kontrolu (čtyřmi) nebo s pacienty přímo u nich v domácím prostředí (třemi). Pacienti, se kterými jsem prováděla rozhovory se věkově pohybovali od 35 do 55 let.

První dojem z kliniky Iscare byl pro mě velikým zážitkem. Nabyla jsem pocitu, že se jedná o skutečně špičkové pracoviště. Nejdříve byl nutný zápis do návštěvní knihy ve vestibulu budovy, a až poté mě recepční propustila dále. Prostředí na klinice na mě působilo velice nadstandardně. Než jsem byla vpuštěna na ambulantní oddělení, musela jsem nahlásit své rodné číslo dvěma sestřím na recepci u ambulancí.

Obezita je dle MÜLLEROVÉ (2009), KASALICKÉHO (2007) a SVAČINY (2008) definována jako zmnožení tělesného tuku v lidském organismu nad ideální hranici. Na stále se zvyšující procento obézních jedinců má vliv, dle MÜLLEROVÉ (2009), nynější životní styl, nedostatečná fyzická aktivita a vyšší příjem energie. Za

obezitu, dle výpovědi mých respondentů (pacientů) u nich může z větší části porod. Čtyři pacientky uvedly, že před porodem svého prvního dítěte byly relativně štíhlé. Zlom u nich nastal po porodu, kdy se jim tělesnou hmotnost již nepodařilo zredukovat a vrátit na původní předporodní váhu. Zbývající dvě pacientky a jeden pacient odpověděli, že obezitou trpí již od dětství. Jednou z chirurgických metod řešení obezity je bandáž žaludku. FRIED (2008) považuje za hlavního představitele restričních výkonů adjustabilní gastrickou bandáž. V porovnání s jednoduššími typy bariatrických metod umožňuje adjustabilní bandáž žaludku flexibilní a individuální reakci na momentální stav pacienta. Složitější verze bariatrických zásahů mohou v některých případech vést k přesvědčivějším výsledkům, což může být přínosem zejména v případech těžké morbidní obezity. V neprospěch operací typu by-pass však hovoří vyšší složitost a komplikovanější zásah do pacientova organismu, a z toho vyplývající zvýšené riziko výskytu pooperačních komplikací. Další nevýhodou operací typu by-pass je, že se jedná o v podstatě nevratný proces MÜLLEROVÁ A KOL. (2009).

Otázky, které byly kladeny, byly rozděleny zvlášť pro pacienty a zvlášť pro sestry. Pacienti byli v poskytování rozhovoru oproti sestřím sdílnější. Protože se jednalo o nestandardizovaný rozhovor, nemohu citovat přesné znění otázek v jednotlivých případech všech oslovených. Struktura těchto otázek měla vést k co nejjednoznačnějšímu určení specifických odpovědí na klíčové otázky rozhovorů, které jsou stanoveny na začátku bakalářské práce. Rozhovory se sestrami musely být uskutečňovány podle časových možností respondentek. Vzhledem k maximálnímu nasazení sester v klinice Iscare muselo docházet k určité diskontinuitě rozhovorů. Přesto lze říci, že díky kvalifikovanosti a vstřícnosti všech oslovených sester bylo možné ve všech případech získat všechny požadované informace v kompaktním celku.

Respondenti z řad pacientů, si pro rozhovor v drtivé většině vyčlenili odpovídající množství času. Z jejich odpovědí bylo patrné, že o absolvovaném zákroku rádi hovoří. Z průběhu rozhovorů bylo více než patrné, že v souladu z všeobecně přijímanými požadavky na proporce lidského těla pro klienty bariatrických zásahů znamená úspěšná bandáž žaludku až nepředstavitelně významný zásah do jejich psychiky. Z hlediska definice zdraví podle WHO (ČELEDVÁ, ČEVELA) je zdraví stav úplné tělesné,

psychické a sociální pohody a ne jen nepřítomnost vady nebo onemocnění. Právě tato psychická složka je v důsledku výrazné redukce tělesné hmotnosti možná ne zcela doceněnou součástí poklesu počtu komorbidit souvisejících s obezitou. Tuto myšlenku podporuje i případ jediného respondenta, u něhož provedení adjustabilní bandáže žaludku nevedlo k požadovaným výsledkům. Ze způsobu vyjadřování a mimoděk vyslovených životních názorů a postojů respondenta vyplývá, že jeho psychika je jeho současným stavem natolik poznamenána, že by mohla mít vliv na celkové zdraví a další vývoj osobnosti.

Výzkumná otázka č.1 se týká zjištění specifik ošetrovatelské péče před a po bandáži žaludku. Za první podotázku výzkumné otázky č.1 lze považovat názor sester na specifika předoperační ošetrovatelské péče u pacienta ve srovnání s jinými laparoskopickými operacemi. Všechny dotazované sestry (7 dotazovaných) uvedly, že si nejsou vědomy žádných specifických ošetrovatelských úkonů. Také v oblasti edukace pacienta sestra postupuje v souladu s pravidly edukace pacienta při jakékoli jiné laparoskopické operaci. Jediná, až periferní odlišnost vyplývá z přístupu pacientů k operaci bandáže žaludku. Toto vnímání operace ze strany pacienta se zákonitě musí promítat i do práce sestry, která s tímto pacientem pracuje. Po málokteré jiné operaci má totiž pacient naději na pozitivní změnu stavu, aniž by došlo k výraznějším negativním omezením v jeho způsobu životosprávy a životního stylu. V souvislosti s očekáváním pozitivních změn ve svém životě jsem u respondentů vypožadovala i sklon k bagatelizování komplikací, které jsou spojené s operačním zásahem. S odstupem času, který uběhl od operace nedokážeme ovšem říci, jestli toto podceňování rizik nevzniklo až právě díky tomuto časovému odstupu. Měla jsem pocit, že čím delší doba uběhla od operace, tím více respondent zdůrazňoval skutečnost, že se před operací vůbec ničeho neobával. Při statisticky omezeném počtu respondentů tento jev nemá patřičnou vypovídací hodnotu. Jak už bylo uvedeno, výše uvedená specifika ošetrovatelské péče o pacienta před bandáží žaludku jsou natolik okrajová, že je třeba souhlasit s názorem dotazovaných sester. Z hlediska jejich praxe je příprava pacienta před operací bandáže žaludku shodná s přípravou pacientka před jakoukoli jinou laparoskopickou operací.

Za druhou podotázku výzkumné otázky č.1 můžeme považovat ošetrovatelskou péči po podstoupení operace bandáže žaludku. Podle ZACHOVÉ A ŠKOCHOVÉ (2006) jsou základní pravidla ošetrovatelské péče a příslušné edukace dána několika základními pravidly: „Ještě v den operace se pacient může s dopomocí posadit nebo postavit vedle lůžka. Sestra v pravidelných intervalech měří fyziologické funkce – TK, P, D, saturaci O<sub>2</sub>, TT, specifickou hmotnost moči, bilance tekutin. Kontroluje obvazové krytí operačních vstupů a zjišťuje, zda nekrvácejí. Podle stavu nemocného a indikace lékaře odebírá krev na vyšetření krevního obrazu, hemokoagulační a biochemické vyšetření. První den popíjejí nemocní v malých dávkách čaj a je jim povolena chůze kolem lůžka.“ V rámci této citace poskytovalo pooperační péči všech 6 dotazovaných sester. Pokud se vyskytovaly drobné odchylky, byly vždy podloženy aktuálním rozhodnutím lékaře, popřípadě v jednom velmi výjimečném případě, kdy se jednalo o pacienta s výrazným omezením pohybového ústrojí byl opět na základě rozhodnutí odborných lékařů změněn režim pooperační péče, a to tím, že aktivizace zejména chůze pacienta byla řízená jako velmi pomalá. Jednalo se však z různých důvodů o opravdu výjimečný případ, na který i sestra vzpomínala jen rámcově, a proto není v konkrétním rozhovoru uveden. Ve zodpovězení této druhé podotázky byla u všech sester zaznamenána až neobvykle přesná shoda. Toto je zapříčiněno zejména skutečností, že všechny sestry pracují na stejné klinice. Z dostupné literatury zabývající se léčbou obezity je možné usuzovat, že bychom velmi podobné informace získali i od sester, pracujících v jiných nemocničních zařízeních. Vzhledem k poměrně malému množství literatury, vydané na téma specifika ošetrovatelské péče o nemocné před a po bandáži žaludku je pravděpodobné, že odchylky v ošetrovatelské péči o pacienty vycházejí pouze z případné odlišnosti přístupu lékařů k dané problematice.

Nedílnou součástí péče o pacienta je při jakémkoliv zásahu jeho edukace, kterou provádí sestra. U bariatrické operace je výsledek celého procesu do značné míry závislý na aktivní účasti pacienta na tomto procesu. Tím se význam edukace ještě umocňuje, proto shledávám edukaci pacienta sestrou za velmi důležitou. Všichni mnou oslovení pacienti, se vyjadřovali k tomu o čem všem byli sestrami edukováni. I zde jsem zaznamenala shodu v informacích od jednotlivých respondentů. Základem edukace byly

vždy tři základní obory: dietologická opatření, ošetrovatelský režim s přihlédnutím k časovému rozvrhu pravidelných kontrol u lékaře. Třetím oborem edukace je poučení pacienta o celkové potřebě změny stylu života, a to zejména ve smyslu rozvržení fyzické zátěže a obecně fyzických aktivit. Letáčky a brožurky, které se týkají dietního režimu a bandáže žaludku obdrželo od sester všech 7 tázaných respondentů. Pacientům č. 7, 8, 10, 11 se zdály získané brožury dostatečné. Pacientka č. 13 shledala informace v brožurách také za dostačující, ale přiznala se, že je moc nečetla, protože jí stačily informace, které pacientce poskytla její teta, která na bandáži žaludku byla také. Pacientky č. 9 a 12 shledaly informace v brožurách za nedostatečné. Proto si informace hledaly dál na internetu, kde jim ke snížení deficitu jejich informací pomohla diskusní fóra, kam psali lidé, kterým byla bandáž žaludku již provedena. O možném riziku vzniku aspirace a zvracení byli edukováni respondenti č. 7, 9, 12. Respondentka č. 12 ovšem udává, že byla sice edukována o možném riziku zvracení, ale nebyla poučena o riziku aspirace. Zbývající respondenti č. 8, 10, 11 a 13 nebyli sestrou edukováni o riziku zvracení a možné aspiraci. Dále respondenti č. 7, 8, 9, 10, 12 a 13 vypověděli, že byli od sestry edukováni o správném způsobu posazování a vstávání. Jediný respondent č. 11 nebyl o správném způsobu posazování a vstávání edukován. Zde mohu pozorovat, že se převážná většina respondentů shodla. Dále, o čem byli respondenti dle jejich výpovědí edukováni, je kvalitativní i kvantitativní míra jimi podstupované fyzické zátěže. Edukováni byli respondenti č. 7, 9 a 12. Zbytek respondentů, celkem 4, edukováni o nutnosti se fyzicky šetřit nebyli. Velmi kladně bych ohodnotila, že o pooperačním režimu bylo edukováno všech 7 respondentů. Ohledně dietního režimu bylo poučeno všech 7 tázaných respondentů. Chtěli bychom také upozornit na to, že nausea a zvracení nastala po operaci u respondentů č. 8, 9 a 12. Ostatní respondenti po operaci nepocítovali nauseu ani nezvraceli. Z uvedeného rozboru edukace vyplývá, že všichni pacienti byli zřejmě dostatečně informováni, a to z hlediska didaktického a zejména odborného. To jsme usoudili na základě toho, že jednotlivé informace, které pacienti obdrželi v rámci pooperační edukace, řadili tito pacienti z hlediska důležitosti do přibližně stejné posloupnosti. Za akutně nejdůležitější činnost bezprostředně po operaci všichni respondenti z řad pacientů považují péči o ránu a omezení pohybu,

zejména v souvislosti s pohybem do dřepu a prudkými pohyby. Následuje podrobná znalost pitného režimu. Z dlouhodobé edukace pacienti většinou zdůrazňují následný dietní režim, který většinou dodržují. Jedinou výjimkou, kdy se pacient sám přiznal k nedodržování dietního režimu, byl respondent č. 11. I on si však dobře vzpomíná, jak byl v tomto směru edukován.

Druhým cílem, který jsme stanovili, bylo zjištění, zda pacienti postrádali určité informace při propuštění do domácí péče, popřípadě informace potřebné pro celý další život. Mimo rozsah prováděných rozhovorů je možné poznamenat, že vzhledem k počtu prováděných bandáží žaludku je množství dostupné literatury na toho téma nedostatečné. To se týká zejména literatury pro laiky, kteří jsou tak odkázáni na materiály, které si jednotlivá zdravotní zařízení pořizují ve své režii. To může v některých potencionálních pacientech vzbuzovat pocit nedůvěry vůči léčebnému procesu. Asi nejzávažnějším nedostatkem edukace pacienta písemnou formou je nedostatek informací na téma pooperační péče o ránu. Jak uvádí respondentka č. 8 po operaci může dojít k vytvoření novotvaru ve tvaru bulky nebo podle slov respondentky č. 9 může některá z operačních ran začít hnisat a může dokonce obsahovat malý ústřížek chirurgické nitě. V obou uvedených případech byly pacientky možná zbytečně vystaveny zbytečným obavám, kterým bylo možné předejít správnou edukací ze strany sestry. Objektivně je ale třeba poznamenat, že informovanost v tomto směru by mohla zapříčinit, že by pacientka mohla v krajním případě vážnou pooperační komplikaci považovat za neškodný absces malého rozsahu, což může mít těžké až tragické následky. Jak už bylo tedy uvedeno, hlavním informačním zdrojem pro většinu pacientů i nadále zůstávají informační letáky. Dostupné informační materiály tohoto typu, které jsme měli možnost prostudovat, obsahují všechny potřebné informace, avšak často seřazené nebo graficky zpracované tak, že mohou v klientovi vzbuzovat pocit, že se jedná o příliš komplikované čtení, které se nelze aplikovat v běžném životě. Jedná se sice opravdu jenom o pocit, ale jak je obecně známo, první náhled do informačního materiálu často rozhoduje. To se týče zejména brožur. U nejjednodušších informačních materiálů na bázi jedno nebo dvoustranných letáků formátu A4 nebo A5 může klient nabýt dojmu, že se jedná o něco nepodstatného až primitivního. Přímo se zde vnucuje

podobnost s běžně distribuovanými reklamními letáčky. Zde je opět úkolem sestry, aby se s informačními materiály sama dobře seznámila a na základě toho aby pacientovi vysvětlila, jakým způsobem má danou brožuru studovat a pokud například této v brožuře našla hůře pochopitelné informace, může pacienta příslušně koedukovat.



## 6. Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče o pacienta před a po bandáži žaludku a poukázat na deficit informací, které pacienti při propouštění do domácí péče postrádají. V nacházení odpovědí na kladené cíle nám pomohly rozhovory uskutečněné se sestrami a pacienty. První výzkumná otázka zněla: V čem spočívají specifika ošetrovatelské péče před a po bandáži žaludku? Specifika ošetrovatelské péče před bandáží žaludku byla jednohlasně potvrzena, že nejsou. Všechny sestry, které byly tázány, zda vidí rozdíl mezi ošetrovatelskou péčí o pacienta před operací bandáže žaludku uvedly, že ošetrovatelská péče o pacienta před bandáží se nijak neliší od ošetrovatelské péče o pacienta před jakoukoli laparoskopickou operací. Jediné specifikum, které je možné zdůraznit je, že podle některých výpovědí pacientů museli před operací držet redukční dietu, aby se usnadnil chirurgům přístup k žaludku.

Na otázku, v čem spočívají specifika ošetrovatelské péče po bandáži žaludku je z výzkumného šetření patrné, že k velmi důležitým faktorům patří edukace ze strany sester k pacientům. Sestry a lékaři jsou podle námi zjištěných skutečností hlavními zprostředkovateli informací, které jsou pro pacienta nezbytně nutné. Edukace se váže zejména k dietnímu a pooperačnímu režimu, které jsou blíže rozepsané s diskuzi.

Poslední výzkumnou otázkou bylo zjistit, zda pacienti postrádají informace při propouštění do domácí péče. Vzhledem k výpovědím pacientů je patrné, že někteří pacienti postrádají bližší informace o dietním režimu a o způsobu ošetřování ran. Proto by sestry, které se starají o pacienty po bandáži žaludku, měly o tyto údaje rozšířit komplexní informační a edukační komplex poskytovaný pacientům před propuštěním do domácí péče.

Ačkoli nebyla popsána žádná bližší specifika, měla by tato práce přispět sestram k rozšíření znalostí o dietním režimu, který musí dodržovat pacienti po bandáži žaludku. Správná edukace pacientů ze strany sester je důležitým faktorem úspěšného zakončení celkového léčebného procesu. Dále by tato práce mohla sloužit jako zdroj informací pro lidi, kteří se blíže zajímají o problematiku obezity a jejího řešení nebo pro potenciální klienty, kteří se rozhodují, zda podstoupí operaci bandáže žaludku. Pro potenciální zdroj informací pro obézní jedince byl vypracován informační leták (viz. Příloha 2).

## 7. Seznam použité literatury

1. BRETŠNAJDROVÁ, A.; SVAČINA, Š. *Jak na obezitu a její komplikace*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2008. 144s. ISBN 948-80-247-2395-2.
2. BRETŠNAJDROVÁ, A.; SVAČINA, Š. *Dietologický slovník*. 1. Vyd. Praha: Triton, 2008. 271s. ISBN 978-80-7387-062-1.
3. KASALICKÝ, M. *Tubulizace žaludku: Chirurgická léčba obezity*. 1. Vyd. Praha: Triton, 2007. 89s. ISBN 978-80-7254-957-3.
4. FRIED, M. Bariatrická chirurgie a obézní pacient. *Postgraduální medicína: Obezitologie*. 2008, 10, č.6 s.678-683. ISSN 1212-4184.
5. BORKOVÁ, P.; ŘEHOŘKOVÁ, M. Bandáž žaludku a pooperační opatření. *Florence*. 2009, 11, č.11, s.21. ISSN 1801-464X.
6. ZACHOVÁ, V.; ŠKOCHOVÁ, D. Chirurgická léčba obezity. *Florence*. 2006, 11, č.11, s.26-27. ISSN 1801-464X.
7. GROFOFOVÁ, Z. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2007. 237s. ISBN 978-80-247-1868-2
8. SVAČINA, Š., et al. *Klinická dietologie*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2008. 384s. ISBN 978-80-247-2256-6.
9. MARTÍNKOVÁ, J., et al. *Farmakologie: Pro studenty zdravotnických oborů*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2007. 380s. ISBN 978-80-247-1356-4.
10. HAINER, V.; STÁRKA, L. Nové antiobezitikum na obzoru? *Praktický lékař*. 2009, 89, č.3, s.131-133. ISSN 0032-6739.
11. MÜLLEROVÁ, D., et al. *Obezita: Prevence a léčba*. 1. Vyd. Praha: Mladá fronta, 2009. 261s. ISBN 978-80-204-2146-3.
12. BANDING KLUB ČR. *Jaké operace se využívají při léčbě obezity?* [online]. [2011-11-2]. Dostupné z: <http://www.bandingklub.cz/bariatricke/operacni-lecba-obezity-gastricky-bypass-bandaz-tubulizace>
13. BARIATRIC EDGE. *Chirurgická léčba obezity: Bandáž žaludku*. [online]. [2011-11-10]. Dostupné z: <http://www.chcizhubnout.cz/cs/lecba-obezity/chirurgicka-lecba/druhy-chirurgicke-lecby/bandaz-zaludku/>

14. KALINOVÁ, E.; KUBEŠOVÁ, J.; TOBĚRNÝ M. Psychologická péče jako součást interdisciplinární přípravy pacienta k bariatrické operaci. *Časopis lékařů českých*. 2011, 4-5, s.240-242. ISSN 0008-7335.
15. OB KLINIKA a.s. *Bandáž žaludku*. [online]. [2011-11-15]. Dostupné z: [http://www.obklinika.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=22&Itemid=40&lang=cs](http://www.obklinika.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=22&Itemid=40&lang=cs)
16. BANDING KLUB ČR. *Stravování po adjustabilní bandáži žaludku*. [online]. [2011-11-15]. Dostupné z: <http://www.bandingklub.cz/poasb.htm>
17. ČIERNY, M.; OCHMANN, J.; VLACHOVÁ, H.; ZEMAN, D. Laparoskopická bandáž žaludku v boji s obezitou. *Praktický lékař*. 2005, 85, č.9, s.498-502. ISSN 0032-6739.
18. IKEM. *24 hodinová pH-metrie*. [online]. [2011-11-18]. Dostupné z: <http://www.ikem.cz/www?docid=1004343>
19. IKEM. *Manometrie jícnu*. [online]. [2011-11-18]. Dostupné z: <http://www.ikem.cz/www?docid=1004178>
20. ESTHETICON. *Laparoskopická bandáž žaludku*. [online]. [2011-11-23]. Dostupné z: <http://www.plasticka-chirurgie.info/zakroky/laparoskopicka-bandaz-zaludku>
21. DANA MAŇÁSKOVÁ. *Bandáž žaludku*. [online]. [2012-12-6]. Dostupné z: <http://www.medicinman.cz/?p=metody/bandaz-zaludku>
22. CHURÁ, Dagmar. *Bandáž žaludku – úskalí a efektivita z pohledu nemocných*. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, 2011. 82stran. Bakalářská práce. Vedoucí práce PhDr. Andrea Pokorná, Ph.D.
23. IMECHANICS WEB. *Bandáž žaludku*. [online]. [2012-12-2]. Dostupné z: [http://www.iscare.cz/bandaz\\_zaludku.html](http://www.iscare.cz/bandaz_zaludku.html)
24. ELIŠKOVÁ, M.; NAŇKA, O. *Přehled anatomie*. 2.,dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2009. 416 s. ISBN 978-80-7262-612-0.
25. HAINER, V. et al. *Základy klinické obezitologie*. 2.,dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2011. 448s. ISBN 978-80-247-3252-7.

26. MERKUNOVÁ, A.; OREL, M. *Anatomie a fyziologie člověka: pro humanitní obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 304s. ISBN 978-80-247-1521-6.
27. FARKAŠOVÁ, D. et al. *Ošetrovatelství: teorie*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 211s. ISBN 80-8063-227-8.
28. LUKÁŠ, K. et al. *Gastroenterologie a hematologie pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 287s. ISBN 80-247-1283-0.
29. VÍTEK, L. *Jak ovlivnit nadváhu a obezitu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 160s. ISBN 978-80-247-2247-4.
30. MAŘAR, M.; PODSTATOVÁ, R.; ŘEHOŘOVÁ, J. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 178s. ISBN 80-247-1673-9.
31. ČELEDOVÁ, L.; ČEVELA, R. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010. 128s. ISBN 978-80-247-3213-8.
32. ESTHETICON. *Ceníky: Laparoskopická bandáž žaludku*. [online]. [2012-23-4]. Dostupné z: <http://www.plasticka-chirurgie.info/ceniky/laparoskopicka-bandaz-zaludku>

## **8. Klíčová slova**

Bandáž žaludku

Ošetrovatelská péče

Obezita

Sestra

Pacient

## **9. Přílohy**

Příloha 1: Vzhled a princip funkce bandáže žaludku

Příloha 2: Informační leták

## Příloha 1



Žaludek po provedení bandáže.



Potrava prochází jícnem a naplňuje horní žaludeční kapsu.



Potrava prochází úzkým kanálkem.

### Vzhled a princip funkce bandáže žaludku

Zdroj: Chirurgická léčba obezity: Bandáž žaludku (13)

Příloha 2

Co je to BANDÁŽ žaludku??

Kde se dozvím VÍCE??

Jak DLOUHO budu hospitalizován??

Kolik můžu ZHUBNOUT??

Kdo operaci ZAPLATÍ??

Co mohu po bandáži JÍST??

Co musím udělat, když CHCI bandáž??



ZÍSKEJ zpět své ztracené SEBEVĚDOMÍ!!  
Udělej PRVNÍ krok do NOVÉHO života!!

PODÍLEJ se na své PROMĚNĚ  
a sleduj VÝSLEDKY!!

První informace  
již na druhé straně letáku!!.





### **Co je bandáž žaludku?**

Bandáž žaludku je miniinvazivní chirurgický zákrok, který je prováděn v celkové anestezii.

Principem operace je přiškrcení žaludku v jeho horní části za pomoci adjustabilního silikonového kroužku. Adjustabilní znamená, že se jeho síla zaškrcení dá upravovat

### **Jak dlouho budu hospitalizován?**

Jeden až dva dny.

### **Kdo operaci zaplatí?**

Většina operací je placena pojišťovnami.

### **Kde se dozvím více?**

U obezitologa základní informace.

Bližší informace následně u bariatrického lékaře..

### **Co musím udělat když chci bandáž?**

Zjistit si, v jakých zdravotnických zařízeních provádí tento chirurgický zákrok a kontaktovat je.

### **Co mohu po bandáži jíst?**

První den pouze čaj. Následně první týden

pouze stravu tekutou. Měsíc kašovitou stravu.

Po tomto období lze kombinovat běžnou stravu.

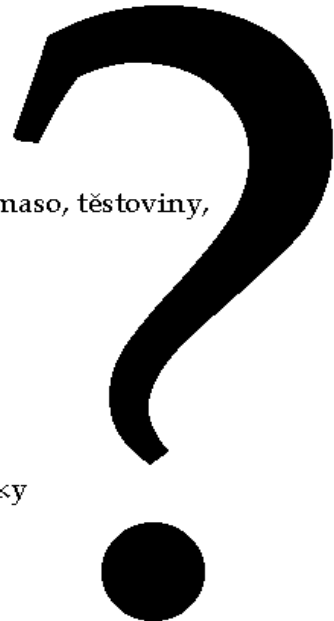
Vyvarovat se těžce stravitelného jídla jako je: tuhé maso, těstoviny, rýže, syrová zelenina, houby, ovoce se slupkou..

Důležité je dbát na dostatečné rozmělnění potravy před spolknutím, nepít brzy před a po jídle.

Pít pomalu - "po doušcích".

### **Kolik mohu zhubnout?**

První měsíc po bandáži žaludku je váhový úbytek zhruba 2-10kg. Podle studie je váhový úbytek 2 roky po operaci přibližně 23-38 kg.



Informační leták

Zdroj: Vlastní tvorba