



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Diplomová práce

# Role sestry v následné péči o bariatrického pacienta

Vypracoval: Bc. Tereza Dušičková  
Vedoucí práce: Mgr. Lenka Šedová, Ph.D.

České Budějovice 2015

# Abstrakt

## **Současný stav:**

Obezita je onemocněním charakterizované zvýšením podílu tuku v organismu nad určitou mez (Müllerová 2009). Podle Světové zdravotnické organizace trpělo v roce 2014 nadváhou více než 1,9 miliardy osob, z nichž bylo více než 600 miliónů lidí obézních (WHO 2015). V České Republice dle Evropského výběrového šetření bylo 54 % dotazovaných v kategorii nadváhy (ÚZIS 2008). Podle agentury STEM/MARK a VZP z roku 2013, trpí nadváhou 34% a obezitou 21% dospělé populace.

## **Předmět:**

Cíle práce jsou: Zjištění přípravy, péče, informovanosti a postupů u pacientů podstupujících bariatrickou léčbu. Vymezení kompetence sestry v následné péči o bariatrického pacienta. A zjištění specifických potřeb pacientů podstupujících bariatrickou léčbu obezity. K těmto cílům posloužily tři výzkumné otázky: Jak jsou pacienti informováni o celém průběhu bariatrické léčby? Jaké kompetence má sestra v následné péči o bariatrického pacienta? Jaké jsou potřeby pacientů podstupujících bariatrickou léčbu obezity?

## **Metodika:**

Pro získání potřebných dat k praktické části diplomové práce bylo využito technik kvalitativního výzkumu. Praktická část byla realizována formou individuálních polostandardizovaných rozhovorů se sestrami pracujícími na chirurgických odděleních a s pacienty podstupivšími bariatrickou léčbu.

V úvodu každého rozhovoru byly sestry a pacientky seznámeny s důvody prováděného výzkumu a byly ujistěny o anonymitě při zpracování dialogu. Ústředními tématy bylo uplatnění sester v následné péči o bariatrického pacienta a zjištění specifík u těchto pacientů.

Rozhovory byly přepsány a analyzovány pomocí kódování. Odpovědi sester a pacientek byly rozděleny na jednotky dle významu, kterým byl přiřazen kód. Kódy byly kategorizovány, tedy seřazeny podle souvislostí a pro přehlednost vizualizovány v diagramech.

### **Výzkumný soubor:**

Soubor tvořilo devět sester pracujících na specializovaném pracovišti, kde jsou prováděny bariatrické výkony a sedm pacientek, které podstoupily bariatrický zákrok. Sestry a pacientky byly s otázkami předem seznámeny, rozhovor byl zaznamenáván elektronicky. Výzkumné šetření bylo prováděno od února do března roku 2015.

### **Výsledky:**

Před výkonem pacienti podstupují chirurgické, interní, nutriční a psychologické vyšetření. Je jim odebrána krev na hematologické a biochemické laboratorní vyšetření. Z dalších vyšetření klienti podstupují gastroenterologické, plicní, vyšetření ve spánkové laboratoři a výtěr z krku a nosu. Před samostatným výkonem by měli klienti na doporučení lékaře snížit hmotnost.

Dále bylo zjištěno, že jsou pacienti informováni o předoperační a pooperační péči, dále o nutnosti dispenzarizace, frekvenci kontrol a možnostech zapojení se do bariatrických klubů a sdružení.

Sestra zaujímá následující kompetence. Před operací sestra edukuje klienta o předoperační a pooperační péči, odebírá mu krev, plní ordinace lékaře a motivuje pacienta. Po operaci sestra zajišťuje celkovou ošetrovatelskou péči, sleduje fyziologické funkce, edukuje pacienty o stravování a plní ordinace lékaře. Sestra musí znát dietní omezení, kdy je dán obecný postup, který se mění v jistých detailech podle druhu operačního výkonu a stavu pacienta. Z výzkumu vyplynulo, že se sestra stará spíše o biologické potřeby pacienta, než o jeho psychosociální potřeby. Pacientům chybí v následné péči psychická podpora a motivace.

Pacienti podstupující bariatrickou léčbu se potřebují připravit na operační zákrok (snížení hmotnosti) a osvojit si pooperační stravovací návyky. Jejich další potřeba je potřeba psychické podpory a motivace zprostředkované sestrami.

**Závěr:**

Jelikož množství lidí trpících nadváhou a obezitou v dnešní době stále stoupá, stává se léčba obezity nutností. V současnosti se u pacientů trpících obezitou II. a vyššího stupně hojně využívají bariatrické zákroky, proto je vhodné znát potřeby, informovanost, postupy v péči o pacienta před a po takovémto výkonu a v neposlední řadě kompetence sestry u těchto výkonů.

**Klíčová slova:**

ošetřovatelství, sestra, obezita, následná péče, bariatrická (chirurgická) léčba obezity

# **Abstract**

## **Current status**

Obesity is a disease characterized by the increased proportion of fat in the body over a certain limit (Müller 2009). According to the World Health Organization in 2014, more than 1.9 billion people suffered from overweight, of which more than 600 million people were obese (WHO 2015). In the Czech Republic according to the European Survey, 54% of the respondents were in the category of overweight (ÚZIS 2008). According to the agency STEM / MARK and VZP from the year 2013, there are 34% of overweight and 21% of obese people in the adult population.

## **Subject**

The aim of the work is the definition of competence nurses have in the aftercare of bariatric patients. Determination of preparation, care, patient awareness and procedures for patients undergoing bariatric treatment. And findings of specific needs of bariatric patients undergoing treatment for obesity. Three research questions have served towards these targets: What competences do nurses have in the aftercare of bariatric patients? How are patients informed throughout the bariatric treatment? What are the needs of patients undergoing bariatric treatment of obesity?

## **Methods**

Qualitative research techniques were used to obtain the necessary data for the practical part. The practical part was realized through individual semi-structured interviews with nurses working on surgical wards and patients who had undergone bariatric treatment. At the beginning of each interview, the nurse and the patient were apprised of the reason of the research conducted and were assured of anonymity in the processing of the dialogue. The central theme was the assertion of nurses in the subsequent care of bariatric patients and to determine the specifics of these patients.

Interviews were transcribed and analyzed using coding. Responses of nurses and patients were divided into units according to the significance, which had been assigned a code. Codes were categorized, sorted by context and for clarity visualized in graphs.

### **Participants**

The sample consisted of nine nurses working in a specialized center, where bariatric procedures are performed and seven patients who had undergone bariatric surgery. Nurses and patients were previously familiarized with the issues, the conversation was recorded electronically. The survey was conducted from February to March 2015

### **Results:**

Before the operation patients undergo surgical, internal, nutritional and psychological examinations. Blood is collected for hematological and biochemical laboratory tests. Among other examinations clients go through gastroenterology, pulmonary testing, also examination in a sleep laboratory and swabs are taken from the throat and nose. Before the particular operation clients should reduce weight on a doctor's recommendation.

It was also found that patients are informed about the preoperative and postoperative care, as well as about the need for dispensarisation, the frequency of follow-ups and possibilities of participation in bariatric clubs and associations.

Nurses cover the following competences. Before the surgery, the nurse educates the clients about the preoperative and postoperative care, takes their blood, fulfills what the doctor prescribes and motivates the patient. After the surgery, the nurse provides general nursing care, monitors physiological functions, and educates patients about their diet and carries out the doctor's prescriptions. The nurse must know the dietary restrictions, when it is determined by the general procedure, which varies in some detail according to the type of surgery and the patient's condition. The research showed that nurse cares more about the biological needs of the patients, rather than their psychosocial needs. Patients lack psychological support and motivation in aftercare.

Patients undergoing bariatric treatment need to prepare for surgery (weight loss) and acquire post operation eating habits. Their other needs are psychological support and motivation conveyed by nurses.

**Conclusion:**

As the number of people suffering from overweight and obesity at present is constantly growing, obesity treatment becomes a necessity. Currently, bariatric surgery is widely used for patients suffering from obesity of the II. and higher degree, so it is advisable to know the needs, knowledge, practices in patient care before and after such an operation and, ultimately, which competences do nurses have during them.

**Keywords:**

nursing, nurse, obesity, aftercare, bariatric (surgical) treatment of obesity

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracoval(a) 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 diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných 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 dne 18. 5. 2015

.....

Bc. Tereza Dušičková



## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala své vedoucí práce Mgr. Lence Šedové, PhD., za cenné rady, odborné vedení a vstřícnost při psaní diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat všem, kteří mi poskytli potřebné informace, veškerou pomoc a radu při vypracování práce.

# Obsah

1	Současný stav.....	15
1.1	Obezita.....	15
1.1.1	Hodnocení obezity.....	16
1.1.2	Zdravotní rizika a komplikace obezity.....	17
1.2	Bariatrické řešení obezity .....	20
1.2.1	Historie a vývoj chirurgického řešení obezity.....	21
1.2.2	Indikce k chirurgickému řešení obezity .....	24
1.2.3	Kontraindikace k chirurgickému řešení obezity.....	25
1.2.4	Principy účinku bariatrických operací.....	26
1.2.5	Druhy operačních zákroků v bariatrii.....	27
1.3	Předoperační příprava.....	29
1.3.1	Somatické vyšetření .....	29
1.3.2	Psychické vyšetření .....	30
1.3.3	Krátkodobá předoperační příprava.....	33
1.4	Následná péče o bariatrického P/K.....	34
1.4.1	Pooperační péče.....	34
1.4.2	Specifika pooperační péče.....	36
1.4.3	Dispenzarizace .....	40
1.4.4	Péče o psychiku pacienta.....	41

1.4.5	Kognitivně behaviorální terapie obezity .....	42
1.4.6	Behaviorální faktory .....	43
1.4.7	Kognitivní faktory .....	44
1.4.8	Interpersonální faktory .....	44
2	CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	46
2.1	Cíl: .....	46
2.2	Výzkumné otázky: .....	46
3	METODIKA .....	47
3.1	Použité metody .....	47
3.2	Specifika analýzy rozhovorů .....	48
3.3	Charakteristika výzkumného souboru .....	49
3.3.1	Pacientky/respondentky po bariatrickém zákroku .....	49
3.3.2	Sestry ošetřující bariatrické pacienty .....	50
4	VÝSLEDKY .....	52
4.1	Kategorizace respondentek po bariatrickém výkonu.....	52
4.1.1	Kategorie: <b>Informovanost pacientek</b> .....	52
4.1.2	Kategorie: <b>Stav před operací</b> .....	55
4.1.3	Kategorie: <b>Dědičnost</b> .....	55
4.1.4	Kategorie: <b>Předoperační péče</b> .....	56
4.1.5	Kategorie: <b>Pooperační péče</b> .....	59
4.1.6	Kategorie: <b>Psychologická péče</b> .....	62

4.1.7	Kategorie: <b>Život po operaci</b> .....	62
4.1.8	Kategorie: <b>Role sestry a přístup zdravotnického personálu</b> .....	63
4.2	Kategorizace sester pečujících o bariatrické pacienty .....	64
4.2.1	Kategorie: <b>Péče před operací</b> .....	64
4.2.2	Kategorie: <b>Péče po operaci</b> .....	68
4.2.3	Kategorie: <b>Používané postupy</b> .....	72
4.2.4	Kategorie: <b>Statistika a výhody bariatrické péče</b> .....	75
4.2.5	Kategorie: <b>Následná a psychologická péče</b> .....	76
5	DISKUZE .....	79
6	ZÁVĚR .....	86
7	SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ .....	88
8	PŘÍLOHY .....	94
8.1	Seznam příloh .....	94

## Seznam použitých zkratk

BMI	Body Mass Index
cm	centimetr
cm <sup>2</sup>	centimetr čtvereční
HDL	High density lipoproteins
kg	kilogram
LDL	Low density lipoprotein
m	metr
m <sup>2</sup>	metr čtvereční
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna České Republiky
WHO	World Health Organization

# Úvod

Problematika obezity mě provází celým mým studiem na vysoké škole. Již v prvním ročníku jsme se s kolegyněmi zabývaly dětskou problematikou obezity. Dále jsem navázala bakalářskou prací týkající se role sestry v prevenci obezity u dospělé populace a nyní se ve své diplomové práci zaměřuji na chirurgické řešení obezity. Toto téma je pro mě velice zajímavé, jelikož v dnešní době je mnoho lidí, kteří mají s váhou potíže.

Ve světě, ale i v České Republice stoupá počet lidí, kteří trpí nadváhou či obezitou. S tímto onemocněním se pojí řada komplikací. Obezita je ve většině případů spojena s diabetes mellitus, kardiovaskulárními, pohybovými obtížemi a diskriminací. Řešení této nemoci bývá problémem nejen kvůli tomu, že je potřeba změnit svůj dosavadní životní styl, ale také kvůli nepřebornému množství přípravků a prostředků vyskytujících se na trhu, mezi kterými je těžké rozlišit, zda v léčbě obezity opravdu pomohou.

Pro bližší prozkoumání současného stavu chirurgického řešení bariatrických zákroků a s ním spojené role bariatrických sester, byla data získána pomocí technik kvalitativního výzkumu. Praktická část byla realizována formou individuálních polostandardizovaných rozhovorů se sestrami pracujícími na chirurgických odděleních a s pacienty podstupivšími bariatrickou léčbu.

Empirická část se opírá o tyto cíle:

- 1) Vymezit kompetence sestry v následné péči o bariatrického pacienta.
- 2) Zjistit přípravu, péči, informovanost a postupy u pacientů podstupujících bariatrickou léčbu.
- 3) Zjistit specifické potřeby pacientů podstupujících bariatrickou léčbu obezity

# 1 SOUČASNÝ STAV

## 1.1 Obezita

„Obezita je choroba, která je charakterizovaná zmnožením tělesné tkáně v organismu nad určitou optimální mez“ (Müllerová, 2009, s. 17). Pro člověka se stává nevýhodou, protože zatěžuje mechanicky pohybový a statický aparát a zhoršuje fyziologické funkce. Organismus proto přestává plnit své metabolické a endokrinní funkce a produkuje látky, které zhoršují stabilitu celého organismu. Optimální zastoupení tuků v organismu je u mužů 20 % tělesné hmotnosti a u žen 25 % celkové hmotnosti. Ženy mají vyšší toleranci kvůli potřebě plnění rolí, jako je například těhotenství a kojení (Müllerová, 2009).

Adámková v knize Civilizační choroby – žijeme spolu (2010) uvádí, že na Zemi žije odhadem 300 milionů obyvatel, kteří trpí obezitou. Jejich Body Mass Index je vyšší než  $30 \text{ kg/m}^2$ . V zemích Evropy je výskyt obezity přibližně 10 - 40 % z populace. U žen je tato prevalence vyšší o 3 - 6 % než u mužů.

Dle statistických údajů WHO v roce 2014 trpělo nadváhou více než 1,9 miliardy osob starších 18 let. Z tohoto počtu bylo více než 600 miliónů obézních. Odhaduje se, že z celosvětové dospělé populace trpí obezitou 13% a nadváhou 39% osob („Anon“ WHO, 2015).

V roce 2006 bylo v České Republice přibližně 52% dospělé populace dle hodnot BMI nad hranicí normální hmotnosti. Z tohoto počtu 35% spadalo do kategorie nadváhy a 17% do kategorie obezity. Oproti roku 2001 stoupl počet osob se zvýšenou hmotností o 3% (Kunešová 2006). V Evropském výběrovém šetření o zdravotním stavu z roku 2008 se zjistilo, že z celkového počtu 1955 respondentů bylo 54% v kategorii nadváhy (ÚZIS 2008). Z výzkumu v roce 2013 prováděného VZP a agenturou STEM/MARK vyplynulo, že nadváhou trpí 34% a obezitou 21% dospělé populace („Anon“ STEM/MARK a VZP 2013).

### 1.1.1 Hodnocení obezity

K hodnocení distribuce (rozložení) tuků se používají metody antropometrické, do kterých se řadí obvod pasu, břicha a boků. Obvod břicha se měří ve výši pupku, obvod pasu je měřen v polovině vzdálenosti mezi spodním okrajem dolního žebra a crista iliaca v horizontální rovině. Hraničními hodnotami pro obvod pasu je u mužů více jak 94 cm a u žen více jak 80 cm (Hainer, 2011). Po řadu let se používal poměr obvodu pasu a boků, waist to hip ratio (WHR). Byly stanoveny hodnoty hranic androidní obezity u muže nad 1 a u ženy nad 0,80 nebo 0,85. Tento index je v dnešní době prakticky opuštěn a používá se pouze měření pasu (Svačina, 2008). Hainer (2011) uvádí, že k hodnocení distribuce obezity lze také použít index centralizace, což je poměr řasy nad tricepsem a subskapulární řasy. Nevýhodou tohoto měření je hodnocení poměru tukové tkáně na trupu a končetinách, nikoli podíl abdominálního tuku. Další měření sagitální abdominální rozměr (SAD) je provedeno pomocí pelvimetru. Ve vzpřímené poloze se měří vzdálenost mezi přední břišní stěnou a zády ve výši beder. Kasalický (2011) píše, že se nejčastěji k hodnocení obezity používá Body Mass Index. Hodnota BMI se počítá jako podíl hmotnosti v kilogramech a výšky v metrech na druhou. Adámková (2010) ve své knize píše, že za normální hodnotu je považováno BMI 18,5 až 24,9 kg/m<sup>2</sup>, mírnou nadváhou označujeme BMI 25 až 27 kg/m<sup>2</sup>. Hodnoty 27 až 30 kg/m<sup>2</sup> značí nadváhu a obezitu hodnoty větší než 30 kg/m<sup>2</sup>. Dle Součka (2005) lze obezitu rozdělit na I. stupně, kdy BMI je 30 až 35 kg/m<sup>2</sup>, II. stupně BMI 35 až 40 kg/m<sup>2</sup> a III. stupně BMI nad 40 kg/m<sup>2</sup>.

Další metody k hodnocení obezity jsou zobrazovací. Sem se řadí počítačová tomografie a nukleární magnetická rezonance. Tato vyšetření se nepoužívají často kvůli jejich finanční náročnosti a nedostatečné dostupnosti. Další metody, kdy se stanoví přirozený izotop draslíku v těle nebo celotělová uhlíková metoda, mohou být taktéž využity k měření obsahu tukové tkáně (Svačina, 2008).

Chirurgické řešení obezity se prokázalo, jako nejúčinnější způsob léčby pacientů s obezitou 2. stupně s některými přidruženými onemocněními či 3. stupeň obezity bez dalších onemocnění. Bariatrická chirurgie je nedílná součást komplexní péče o velmi obézní klienty. Dlouhodobé studie prokázaly, že po bariatrickém výkonu



dochází k poklesu úmrtnosti a snižuje se riziko a šíření nových chorob souvisejících s obezitou. Také se snižuje potřeba finančních nákladů a potřeba zdravotní péče (Müllerová, 2009).

### *1.1.2 Zdravotní rizika a komplikace obezity*

S obezitou souvisí výskyt řady onemocnění. Nejvíce rizikový pro výskyt komplikací je tzv. androidní typ obezity. Tento typ se projevuje hromaděním tukové tkáně v oblasti břicha. Způsobuje zvýšené riziko výskytu kardiovaskulárních onemocnění a diabetes mellitus II. typu. Druhý typ, obezita gynoidní, je méně rizikový, tuk se ukládá především do oblasti stehen a hýždí (Málková, 2014).

Svačina (2008) ve své knize *Jak na obezitu a její komplikace* uvádí, že obezitu doprovází dva druhy komplikací: mechanické a metabolické. Metabolické komplikace se nedají zcela zařadit do skutečných komplikací. Tyto komplikace mají s obezitou společný původ a nedá se u nich s jistotou říci, co je příčina a co následek. Metabolické obtíže mají společné příčiny s obezitou. Mezi metabolické komplikace se řadí například hypertenze a metabolický syndrom. V současnosti roste prevalence obézních jedinců, kteří také trpí onemocněním diabetes mellitus II. typu. 80 – 90% pacientů s diabetes mellitus II. typu má nadváhu či obezitu. Pokud klient trpí obezitou, prohlubuje se mu stupeň inzulínové rezistence. Tímto způsobem se zvyšuje nárok na sekreci inzulínu (Rybka, 2007).

Metabolický syndrom byl poprvé popsán v roce 1987 Reavenem. Jde o popis příznaků, které spolu vzájemně souvisejí a tvoří výrazné riziko pro rozvoj kardiovaskulárních onemocnění, diabetes mellitus i některých maligních onemocnění. V současnosti se Reavenův metabolický syndrom skládá z porušené glukózové tolerance, hyperinzulinémie, vysoké hladiny LDL cholesterolu a triglyceridů, nízké hladiny HDL cholesterolu a hypertenze (Pidrman, 2005).

Mechanické komplikace jsou v pravém smyslu komplikacemi, protože jsou spojovány s vysokou hmotností. Řadí se mezi ně například bolesti kloubů, zad, dušnost, spánková apnoe. A v neposlední řadě porodnické a chirurgické komplikace. Kdy je zhoršena z důvodu tukové tkáně přehlednost operační rány (Svačina, 2008).

Dle Pastuchy (2011) lze rozdělit komplikace dle funkčních orgánových soustav. Při poruchách pohybového aparátu dochází k přetížení svalového a kosterního systému. Tím vznikají funkční poruchy pohybového ústrojí, jako je např. špatné držení těla, špatné postavení kolenních kloubů, skolióza, ploché nohy apod. Dalšími komplikacemi mohou být kardiovaskulární obtíže, které jsou v první řadě způsobeny zvýšeným krevním tlakem. Tyto komplikace mohou v dospělosti vést k ischemické chorobě srdeční. Zejména u androidního typu obezity se objevují onemocnění: hypertrofie a dilatace levé komory srdeční, snížená kontraktilita myokardu, ischemická choroba srdeční, arytmie, zvýšený krevní tlak, cévní mozková příhoda, varixy, tromboembolická nemoc a náhlá smrt. Další obtíže mohou být metabolické a endokrinní. Hainer (2011) píše, že do metabolických poruch je zařazena inzulinorezistence (hyperinzulinemie, porucha glukózové tolerance, diabetes mellitus II. typu), porucha metabolismu lipidů (dyslipidemie, hypertriacylglycerolemie), hyperurikemie a zvýšená koncentrace fibrinogenu a PAI – 1. Do metabolických poruch se řadí hyperestrogenismus vznikající v tukové tkáni aromatizací androgenů v estrogeny, hyperandrogenismus u žen, hypogonadismus u mužů s těžkou obezitou, hyposekrece růstového hormonu, pozměněná aktivita sympatoadrenálního systému a funkční hyperkortizolismus s následnou poruchou plasticity a supresibility sekrece kortizolu. Mezi gastrointestinální obtíže autor řadí jaterní steatózu, kýly, gastroesofageální reflux, zánět žlučníku a žlučových cest a jaterní steatózu.

U obézních klientů se také může vyskytovat chrápání, které může být příznakem obstrukce horních cest dýchacích, která vede k obstrukční spánkové apnoei nebo také k syndromu zvýšeného odporu dýchacích cest. Syndrom spánkové apnoe se může vyskytovat v malé míře i u neobézních pacientů. Příčinou v tomto případě bývá zkrácená dolní čelist, malý hltan, zvětšené patrové mandle či změny obličejové kostry a jiné anatomické dispozice. Léčba spočívá v aplikaci přístroje, který zajišťuje dostatečný průchod horních dýchacích cest pomocí nosní masky. Přístroj funguje na přetlaku, klient dýchá vzduch o vyšším tlaku a tím se udržují dýchací cesty volné (Matoulek, 2008). Hainer (2011) doplňuje další respirační komplikace Pickwickův syndrom a bronchiální astma. Pavlačková (2008) popisuje Pickwickův syndrom

jako onemocnění, které je způsobeno velkým obsahem viscerálního tuku vyskytujícího se v dutině břišní. Příznaky tohoto onemocnění jsou nedostatečná ventilace a dušnost z důvodu útlaku plic. Dalším příznakem je gastroezofageální reflux, žlučové kameny, kýly, jaterní steatóza, záněty žlučníku, vertebrogenní obtíže, artróza nosných kloubů a kožní obtíže.

Gajdácsová (2010) ve svém článku poukazuje na komplikace spojené s tukovými záhyby, pod nimiž se mohou objevit zapáčky a plísňová onemocnění. Dalšími kožními obtížemi jsou otoky, celulitida a strie. Klientům trpícím obezitou se také pomaleji hojí rány.

V posledních letech bylo zjištěno, že i nádorová onemocnění souvisejí s obezitou. Prokázalo se, že pokud má pacient vyšší BMI, má zvýšené riziko vzniku nádorových onemocnění. Pokud obézní klient trpí diabetes mellitus, toto riziko ještě stoupá. Výzkumníci se zaměřují na důvody opětovného výskytu některých nádorů. Na vývoj nádorů mají vliv různé mechanismy. První z předpokladů je vliv inzulínu, jehož hladina je v krvi obézního mnohem vyšší než u zdravého jedince. Další předpokladem je, že nadměrná tuková tkáň je v podstatě největší hormonální žlázou v těle. Vytváří početné množství hormonů a látek, které jsou důvodem trvalého mírného zánětu. Tyto látky dlouhodobě stimulují jednotlivé buňky k nádorovému bujení. Pokud pacienti trpí obezitou, kdy je BMI vyšší než 40, zvyšuje se riziko vzniku nádoru dvakrát výš, než u jedince s normální hmotností. Na vzniku nádoru se krom obezity podílí i mnoho dalších faktorů, jako je například genetika, vliv prostředí a karcinogeny. Mezi nejčastější nádory vyskytující se u obézních klientů patří karcinom střeva, nádory prsu, dělohy a prostaty (Svobodová, 2009).

Málková (2014) uvádí, že nejen zdravotní obtíže, ale také zhoršený psychický stav vedou k celkovému zhoršení kvality života. Psychický stav bývá narušen diskriminací ze strany společnosti, sebepodceňováním pacienta, nevhodnými dietami apod. Obézní jedinci mívají nízké sebevědomí, trpí depresemi, úzkostí a sebeobviňováním. S těmito problémy souvisí i sexuální obtíže, které ovlivňují partnerský život. Patří sem například nepříjemný stud nebo impotence (Gajdácsová, 2010).

U obézních jedinců se ve zvýšené míře vyskytují depresivní a úzkostné stavy. Deprese postihují více jak čtvrtinu otlých. Vyskytují se případy, kdy depresivní pacienti přibývají na váze. To je způsobeno užíváním některých antidepresiv a nadužíváním jídla, které slouží jako protistresový prostředek. Lidé reagují na depresi dvěma způsoby. Někteří pacienti se přejídají, jiní při depresi nejí, a proto hubnou. U chronické deprese se lidé spíše přejídají, zatímco při akutním vzplanutí přestávají jíst. Po odeznění depresivního stavu většinou dochází ke zvýšení energetického příjmu. V laické veřejnosti je rozšířen názor, že otlé osoby jsou šťastné a spokojené. Obezita však přináší řadu psychických problémů (Matoulek, 2009).

Obezita má mnoho dopadů na život jedince, můžeme mezi ně zařadit psychický a společenský. Otylost je patrná již na první pohled a jak je známo první dojem si na člověka vytváříme při prvním kontaktu. Tento dojem působí zejména na ženy a dívky, které mají založené své sebevědomí na fyzickém vzhledu. Problém nastává ve chvíli, kdy nejsou samy se sebou (svou fyzickou stránkou) spokojeny nebo nesplňují partnerovu představu o tom, jak by měly vypadat (Kasalický, 2011).

## **1.2 Bariatrické řešení obezity**

Bariatrická chirurgie (chirurgie obezity) je úspěšný postup léčby, který nabízí dlouhodobé a trvalé snížení hmotnosti a to zvláště u těžkých typů obezity. Tento typ léčby obezity bývá perspektivně úspěšnější než konzervativní léčba. Chirurgická léčba je dlouhodobě úspěšná u 80 % pacientů, zatímco konzervativní léčba u těžkého typu obezity výhledově selhává. Po bariatrickém řešení obezity se snižuje úmrtnost a klesá riziko vzniku a postoupení nových chorob v souvislosti s obezitou. Díky tomu se zmírňuje například onemocnění diabetes mellitus II. typu. U 75 % diabetiků dochází k výraznému zlepšení onemocnění, nebo k jeho úplnému vyléčení (Hainer, 2011).

Bariatrické operace lze provádět otevřenou metodou nebo laparoskopicky. Rozdíl mezi těmito technikami spočívá v přístupu do dutiny břišní. Otevřená metoda se provádí přes abdominální incizi, která je dlouhá přibližně od 20 do 30 centimetrů. Tak získá

operatér přístup k žaludku a ke střevům. V současnosti se lékaři snaží operovat pomocí metody laparoskopické neboli miniinvazivní. Ty se provádějí pomocí 5 - 6 malých abdominálních řezů, do kterých jsou dány laparoskopické nástroje, přes tyto nástroje lze provést operaci. Při operaci se používá plyn, který rozšíří břišní dutinu, tak aby operatér měl lepší přehlednost a větší prostor v operovaném místě (Drake, 2006).

### *1.2.1 Historie a vývoj chirurgického řešení obezity*

Počátky chirurgického řešení obezity se objevují již v polovině 20. století. Tehdy v roce 1952 provedl Henriksson odstranění části tenkého střeva, které vedlo k ovlivnění nadváhy při velké obezitě. Roku 1953 byl pro léčbu těžké obezity proveden Vacem první jejunoieální bypass. Tuto metodu však zavedli do praxe až Payne a Scot roku 1957. Při operaci redukovali délku tenkého střeva na 45 centimetrů. Z důvodu častých komplikací a hlavně častých malnutričních stavů, bylo od této metody postupně ustoupeno (Kasalický, 2011).

Po této zkušenosti se chirurgové zaměřili na možnost zmenšení žaludku. K tomuto obrácení přispěl fakt, že u klientů podstupujících operaci dle Billrotha II. typu, dochází ke značným váhovým úbytkům (Fried, 2005). Proto roku 1966 byla zavedena Masonem metoda gastrického bypassu. Žaludek se chirurgicky přerušil v horní části, tím se vyřadila větší část zbylého žaludku, dvanáctníku a jejunu. Přes tuto změněnou pasáž byly vedeny pouze trávicí šťávy a žluč. Potrava se z horní části dostávala přes anastomózu do extrudované kličky jejunu (Brychta, 2014).

Jelikož byl gastrický bypass poměrně složitý a agresivní, bylo důležité najít nové méně komplikované cesty ve zmenšení žaludku. Avšak i přesto je v dnešní době tato metoda velmi oblíbená v různých modifikacích a to díky nepotřebě přísné diety, pro výrazné váhové úbytky a možnosti použití laparoskopické operace. Gastrický bypass se řadí mezi kombinovanou malabsorbční a restriční operaci a je stále hojně používán zejména v USA a v některých státech Evropy (Fried, 2005 a).

Roku 1973 Printen a Mason propagují rozdělení žaludku pomocí prošíání, tak že spojovací kanál zůstává při jeho velkém zakřivení, tzv. horizontální gastroplastika. Zjistilo se, že tato metoda vedla k nedostatečným váhovým ztrátám.

Protože docházelo k dilataci žaludeční stěny v oblasti fundu a tím se roztrhla linie prošíání žaludku. O 12 let později Mason referuje o metodě prováděné vertikálním prošitím žaludku tzv. vertikální gastroplastice. Ve snaze, o co nejšetrnější zmenšení objemu žaludku provedl roku 1976 Wilkinson podélné zabalení a stažení pomocí malexové síťky do tubulizovaného tvaru. Záhy se však od tohoto výkonu odstoupilo kvůli řadě závažných komplikací. Přesto tento zákrok položil základ gastrickým bandážím, které se provádí do tvaru přesýpacích hodin. Horní část žaludku je stažena pomocí manžety, která je vedena zevně. Tato operace byla provedena roku 1978 Wilkinsonem. Mezi největší nevýhody zařazuje Fried (2005 a) úzké terapeutické rozpětí omezené nemožností změny průměru vytvořeného stomatu (Fried, 2005 a).

Dle vědeckých studií rozdíl několika milimetrů v průměru stomatu, vedl u některých klientů k opakovanému zvracení, u jiných umožňoval zvýšený příjem potravy, a tím nedostatečné váhové úbytky. Roku 1979 se spojil Miller v experimentu s Wilkinsonem v klinické praxi a snažili se snížit objem žaludku zevnitř pomocí gastrického balónku. Tyto balónky se zaváděly velmi často připevněné na nasogastrickou sondu, vývod této sondy je ponechán k doplnění balónku tekutinou či vzduchem (Fried, 2005 a). Nejprve se používaly balónky z různých materiálů, od obyčejných dětských přes balóny z permanentních močových katetrů po silikonové prsní implantáty (Fred, 2011). Kvůli mnoha komplikacím se dnes používají speciální silikonové, měkké gastrické balóny. Tyto balónky jsou aplikovány krátkodobě a fungují, jako přípravná fáze k dalšímu chirurgickému navazujícímu zákroku. Terapie pomocí gastrického balónku se zavádí a odstraňuje endoskopicky ambulantně (Fried, 2005 a).

Na konci sedmdesátých let dvacátého století se krátkou dobu experimentovalo s mezičelistní fixací drátem. Teno výkon, nedosahoval delšího efektu. Pacienti se po odstranění fixace vraceli ke své původní váze a vlivem špatného (nezměněného) stravování docházelo často k jo-jo efektu (Doležalová, 2012).

V polovině 70 let se chirurgická léčba obezity vydává fyziologicko – chirurgickými směry. Ty od sebe oddělují výkony malabsorbční a restriktivní. Propagátorem malabsorbčních zákroků se stává Scopinario, tyto výkony vyřadí velkou část

gastrointestinálního traktu z procesu vstřebávání a trávení potravy. Tímto způsobem je snížena možnost resorpce a míra trávení (Fried, 2005 b).

Další metodou vyvinutou na konci sedmdesátých let byla Scopinariho biopankreatická diverze. Ta spočívá v odstranění dolní části žaludku a rozdělení tenkého střeva ve tvaru Roux Y kličky. Přívodná klička je spojena koncem ke straně přibližně půl metru od ileocekálního přechodu s distální částí tenkého střeva. Alimentární klička je připojena ke zbytku žaludku, až v konečných padesáti centimetrech společné části tenkého střeva, kde nastává vlastní trávení. Biliopankreatická diverze se používá u indikovaných pacientů především v Itálii a USA (Fried, 2005 a).

Ve fázi pokusu skončila metoda gastroklipu. Tato metoda spočívala v zavedení klipu kolem proximální části žaludku. Klip nechával prostor pouhých 12 milimetrů. Pro časté komplikace bylo od této metody upuštěno (Fried, 2005 a).

K tomu, aby pacient měl dlouhý pocit sytosti a zkonsumoval malé množství potravy, slouží restriktivní výkon. Snaha restriktivním výkonem zmenšit žaludek probíhala od poloviny 70 let. Nejdříve se chirurgové pokoušeli sevřít žaludek do jakéhosi krunýře z plastu, či sítě. Dalším výkonem sloužícím ke zmenšení objemu bylo horizontální předělení žaludku tuhou svorkou. Z těchto výkonů vznikla tzv. bandáž žaludku. Nejprve byla vyvinuta neadjustabilní bandáž. Principem je zavedení manžety kolem proximální části žaludku a poté stažením na 10-12 mm. Tím se žaludek zúží do tvaru přesýpacích hodin. Neadjustabilní bandáž byla vyvíjena Wilkinsonem roku 1974, který první operaci provedl na zvířeti a poté roku 1978 provedl tutéž operaci u obézního klienta (Fried, 2005 b.)

Roku 1985 byla vyvinuta metoda adjustabilní bandáže. Uvnitř této bandáže je nafukovací balónek, který je spojený hadičkou s podkožně uloženou komůrkou typu Port - katétru. Pomocí tohoto systému je možno regulovat průměr spojovacího stomatu mezi oběma oddíly žaludku. Tím se dá předejít známým nežádoucím komplikacím neadjustabilních bandáží. Metoda adjustabilní bandáže byla nezávisle na sobě vyvinutá dvěma lékaři roku 1985 Hallbergem a Forsellem ze Švédska a roku 1986 Kuzmakem z USA. Metoda Hallberga a Forsella, která pracuje velkoobjemovým, nízkotlakým

vnitřním balónkem je známá pod zkratkou SAGB (Swedish Adjustable Gastric Band). V posledních letech je metoda gastrické adjustabilní bandáže základní metodou bariatrické léčby obezity v Evropě. Zejména kvůli relativně snadné laparoskopické operaci, velmi nízkému počtu pooperačních komplikací, dobrým váhovým úbytkům a ambulantní regulovatelnosti (Fried, 2005 a).

Experimentálně se používá gastrická elektrostimulace. Tato metoda byla představena Cigainaem roku 1992. Laparoskopicky se do stěny žaludku do oblasti antra a fundu zavedou stimulační elektrody. Tyto elektrody jsou zapojeny ke zdroji podobnému kardiostimulátoru. Mechanismus působení není zcela znám, přesto dochází u některých pacientů k váhovým úbytkům (Fried, 2005 a). Brychta (2014) uvádí, že elektrickou stimulací se snižuje rozpínavost a evakuace žaludku. Jako další metodu uvádí blokádu nervus vagus, která by měla vést k potlačení apetitu.

Ve fázi laboratorních pokusů se nachází i další možnosti chirurgické léčby obezity, např. endoskopické endoluminální stentování zažívacího traktu, endoskopická možnost provedení bypassu apod. (Fried, 2005 a).

Svačina (2013) uvádí jako další invazivní metodu v léčbě obezity duodenojejunální sleeve, kdy je v pyloru zakotvena umělohmotná trubka, která omezuje v duodenu a horním jejunu kontakt tráveniny se sliznicí. Tato trubka se po roce vymění. Metoda je ve fázi studií, které jsou velmi perspektivní z pohledu snížení hmotnosti, tak i vymizení diabetes mellitus. Mechanismus účinku trubky není zcela jasný. Další možností léčby je metoda aspirační terapie. Pacientovi je po jídle speciálním automatickým instrumentářiem přes malou gastrostomii odsáta většina jídla, která se poté i se sáčkem vyhodí. Někteří tuto metodu zavrhují a považují ji za řízenou bulimii.

### *1.2.2 Indikce k chirurgickému řešení obezity*

V Interdisciplinárních Evropských závazných doporučeních pro chirurgickou léčbu těžké obezity (2008) autoři uvádějí, že mohou být operováni pacienti ve věku 18 až 60 let, kteří splňují následující. Jejich BMI je větší nebo rovno  $40 \text{ kg/m}^2$  nebo mají BMI 35 –  $40 \text{ kg/m}^2$  s komplikacemi, u kterých se předpokládá zlepšení po snížení hmotnosti, která bude navozena chirurgickým zákrokem. Těmito komplikacemi mohou být



kardiorespirační onemocnění, metabolické poruchy, významné kloubní onemocnění, podstatné psychologické problémy týkající se obezity. Takovéto hodnoty BMI mohou být aktuální anebo dokumentovány z dřívějších, přitom snížení hmotnosti, které je důsledkem intenzivní léčby před bariatrickým výkonem, není kontraindikací plánovaného chirurgického zákroku. A dále je chirurgický zákrok indikován u klientů, kteří podstoupili konzervativní léčbu, která byla úspěšná, avšak po čase pacienti znovu začali přibývat na váze. V neposlední řadě musí být patrné, že klienti dodržují lékařská doporučení.

U klientů trpících těžkou obezitou mladších 18 let lze přemýšlet o chirurgickém zákroku, pokud splňují následné. Jejich BMI je vyšší než  $40 \text{ kg/m}^2$ , je u nich přítomen jeden z chorobných stavů a pokud pacient podstoupil ve specializovaném centru po dobu 6 až 12 měsíců léčbu snížení hmotnosti a snaha selhala, nebo je vývojově zralý (včetně vývoje kostí). Klienti musí být schopni podstoupit komplexní lékařské a psychologické vyšetření před a po operaci a jsou ochotni se zavázat k pooperačnímu multidisciplinárnímu léčebnému programu. V neposlední řadě musí být zákrok prováděn v zařízení se specializovanou pediatrickou péčí, jak anesteziologickou, psychologickou, pooperační i ošetrovatelskou. Pokud trpí syndromem Pranderové a Williho, je velmi zásadní pečlivé posouzení odborného týmu, skládajícího se z obezitologa, chirurga a pediatra (Fried a kol. 2008).

### *1.2.3 Kontraindikace k chirurgickému řešení obezity*

Dle Hainera (2011) je kontraindikací kromě obecných chirurgických kontraindikací týkajících se celkové anestezie i to, že klient doposud nepodstoupil žádné konzervativní řešení ke snížení své váhy. Další kontraindikací je i neschopnost z nejrůznějších důvodů přizpůsobit se potřebám pravidelné pooperační spolupráci a kontrolám. Dále by neměli podstoupit bariatrické řešení obezity klienti, kteří se léčí s nestabilizovanými psychiatrickými či psychotickými onemocněními. Další kontraindikací je neléčená závislost na drogách či alkoholu. U těchto závislostí se požadují alespoň dva roky abstinence. V neposlední řadě jsou kontraindikováni pacienti, kteří mají krátkou životní prognózu.

Fried a kol. (2011) píše o výše zmíněných kontraindikacích. Doplnují, že operaci nemohou podstoupit klienti, kteří nejsou schopni sebepéče bez dlouhodobého sociálního či rodinného zázemí, které by o ně pečovalo. Pacienti, kteří trpí nějakým dekompenzovaným závažným psychotickým onemocněním, mohou být přijati k bariatrii pouze na doporučení psychiatra, který má zkušenosti s obézními jedinci.

#### *1.2.4 Principy účinku bariatrických operací*

V knize Poruchy metabolismu a výživy (2010) se píše, že výkony lze dělit na restriktivní (sleeve gastrektomie, bandáž žaludku), zkratové, což jsou střevní bypassy a zákroky kombinující obě výše zmíněné metody. Do kombinovaných metod se zařazuje gastrický bypass. Brychta (2014) také uvádí dělení podle dvou efektů. Prvním z nich je restrikce a druhým malabsorpce.

Principem účinku restriktivních zákroků je omezení kapacity žaludku. Pacientovi se tedy mechanicky zamezí jíst větší porce potravy. Zmenšený žaludek se rychleji naplní a tím dochází u pacientů k časnému pocitu hladu. To je také výhodou těchto výkonů (Fried, 2008).

Fried (2011) uvádí, že malabsorbční výkony vycházejí z fyziologického předpokladu, že část potravy, která není natrávená na příslušné enzymy, nemůže být absorbována ve střevě. Toho lze docílit odvracením pankreatických enzymů a žluči tak, aby působily na potravu velmi omezeně v úseku distálního ilea. Pomocí tohoto omezení není ve střevě resorbováno velké množství karbohydrátů, tuků a proteinů.

Malabsorpce se nejčastěji docílí bypassem části trávicí trubice nebo její resekci. U většiny zákroků se v různé míře využívá obou mechanismů, tedy kombinace restrikce a malabsorpce. Po kombinovaných operacích se na snížení hmotnosti nejdříve podílí restrikce a poté malabsorpce, která má spíše udržet redukovanou hmotnost. Operace, které jsou založeny na restrikcii, bývají dočasné a bez spolupráce malabsorpce nemusí být dostačující. Důležitá je ochota pacienta ke spolupráci, na kterou má vliv mnoho faktorů. Například motivace, schopnost spolupráce, psychologický profil pacienta, pohybová aktivita a adekvátní pooperační podpora zdravotnickým personálem a okolím. Dlouhodobý efekt bariatrické operace je ovlivněn skutečností, do jaké míry změní

výkon funkci trávicího traktu a zda operace docílila suprese hladu (Brychta, 2014).

V bariatrické a metabolické chirurgii (2011) se píše, že hmotnostní a malabsorpční úbytky určují dva faktory. Prvním je délka alimentární kličky od gastroanastomózy k Bauhinské chlopni, kdy je její délka stanovena na 250 centimetrů. Druhým ukazatelem je délka společné kličky tenkého střeva, její délka je přibližně 50 centimetrů. Pokud je společná klička kratší zvyšuje se počet stolic a nadměrně se snižuje vstřebávání proteinů. To vede k nechtěným a vysokým hmotnostním úbytkům. Naopak delší společná klička bývá příčinou nedostatečných hmotnostních úbytků.

Rizikem malabsorpčních operací je zvýšení výskytu nutričních poruch, protože dochází ke sníženému trávení a vstřebávání bílkovin. Tento děj se nazývá hypoproteinemie. Lze ji ovlivnit parenterálním podáváním aminokyselin. Objevuje se nejčastěji v prvním půlroce po operaci. Ke spontánní úpravě dochází u většiny klientů při zvýšení příjmu potravy. Pokud se tato porucha objeví s delším odstupem od výkonu je mnohdy spojená s poruchami příjmu potravy, anorexií či bulimií. Po operaci se také mohou objevit anémie a poklesy hladiny kalcia. Kvůli tomu se doporučuje dlouhodobé užívání fumarátu a vitamínů skupiny A, B, C, K (Fried, 2011).

#### *1.2.5 Druhy operačních zákroků v bariatrii*

Bandáž žaludku je nejjednodušším postupem v bariatrickém řešení obezity. Při zákroku je žaludek podvázán cévní protézou či speciální svorkou. Vytvoří se ústí, které má 10-12 mm a tím se žaludek změní do tvaru přesýpacích hodin. V současnosti se používá tzv. adjustabilní bandáž žaludku, kdy je manžeta naplněna tekutinou propojenou s podkožím hadičkou, která vychází v komůrku, do které lze připichovat tekutina. Dle potřeby se může bandáž zmenšovat či zvětšovat (Svačina, 2013).

Tubulizace žaludku neboli sleeve gastrectomy je zákrok při kterém se podélně odřízne a přešije se v celé délce žaludek tak, aby tvořil rukáv, či trubici. Dle Doležalové (2013) je žaludek zmenšen přibližně o 80 %. Zbývající část žaludku se odstraní. Tímto způsobem je snížena kapacita žaludku, to vede k jeho rychlejšímu naplnění

a pocitu plnosti žaludku. Díky tomu se porce jídla zmenší a klient hubne. To vše se odehrává v podobném tempu a míře, jako je tomu u bandáže žaludku (Banding klub, 2006).

Biliopankreatická diverze se zařazuje čistě do malabsorbčních metod. Tato metoda je považována za nejradikálnější metodu v chirurgické léčbě obezity. Používá se jak pro léčbu morbidní obezity, tak pro léčbu přidružených metabolických onemocnění, zejména diabetes mellitus II typu. V současnosti se biliopankreatická diverze modifikovala na dva typy, které lze provádět jak laparotomicky, tak i laparoskopicky. Prvním typem je biliopankreatická diverze dle Scopinaria, kdy je klientovi provedena resekce dvou třetin žaludku s ponecháním proximální části o objemu 250 – 500 ml. Poté se provede gastroanastomóza. Tímto způsobem se sníží vstřebávání živin především tuků se zachováním správného vstřebávání minerálů a vitamínů. Druhým typem je biliopankreatická diverze duodenálního switchu. U tohoto zákroku je provedena resekce žaludku typu tubulizace žaludku. Gastrointestinální trakt je přerušen 5 cm za vrátníkem a na toto místo je přišita alimentární klička v délce 250 cm. Následně je slepě uzavřen distální dvanáctník. Tato metoda může být prováděna ve dvou operacích, v první je provedena tubulizace žaludku a s odstupem času se v druhé převede tubulizace žaludku na malabsorbční metodu (Kasalický, 2011).

Na stránkách Banding klubu Čierný (2011) uvádí, že gastrický bypass neboli bypass žaludku či žaludeční bypass, je chirurgické rozdělení žaludku na dva oddíly. Menší (horní) a větší (dolní) oddíl, který je vyřazen z pasáže i s částí tenkého střeva. Žaludeční bypass se řadí mezi nejúčinnější metody chirurgické léčby obezity a s obezitou spojených metabolických poruch. Tento výkon je prováděn laparoskopicky. Kombinuje se u něj zmenšení objemu žaludku (restrikce) s mírným zmenšením plochy vstřebávání (malabsorpce). Podle metody postupu napojení střeva lze gastrický bypass rozdělit na více druhů.

### 1.3 Předoperační příprava

Dle Workman (2006) je před každou operací důležité provést pečlivé předoperační vyšetření. Vyšetření se provádí lékařem 10 – 14 dnů před plánovaným výkonem. Díky předoperačnímu vyšetření se zkrátí nezbytná doba hospitalizace, pacienti nemusejí při hospitalizaci čekat na výsledky vyšetření a mají možnost seznámit se s výkonem. Tímto způsobem je snížena jejich úzkost a mají možnost připravit se na rychlé uzdravení.

Doba platnosti předoperačního vyšetření je ovlivněna změnou zdravotního stavu. Pokud k takovéto změně nedojde, je platnost obvykle jeden měsíc. Vyšetření je prováděno praktickým lékařem, popřípadě interním lékařem. Pacientovi je odebrána podrobná anamnéza, která je doplněna fyzikálními a pomocnými vyšetřeními. Jejím cílem je shrnout potřebná data a výsledky vyšetření spolu s dlouhodobou medikací a konziliárními vyšetřeními při přidružených onemocněních (Skalická, 2007).

V bariatrii je použito interdisciplinárního vyšetření, které provádějí specialisté v oboru interním – obezitolog, anesteziologickém, chirurgickém, psychologickém nebo psychiatrickém, ošetrovatelském - všeobecná sestra a odborníci ve výživě. Příprava před operací zahrnuje posouzení celkového výživového a zdravotního stavu. Takovéto vyšetření obsahuje: vysvětlení stravovacích změn, které jsou nutné po operaci, kompenzaci a úpravu ostatních onemocnění tak, aby se snížilo riziko bariatrického výkonu. Dále je důležité posoudit motivaci a informovanost pacienta o výhodách, rizicích a důsledcích výkonu. V neposlední řadě je třeba provést kontrolu informovaného souhlasu, který obsahuje prohlášení o možných rizicích výkonu a přijetí upravujících změn životního stylu a sledování (Fried a kol. 2008).

#### 1.3.1 Somatické vyšetření

Pacienti se dostávají z mnoha důvodů do bariatrických poraden. Pokud splňují kritéria daná bariatrickou společností jsou objednáni do ambulantního centra. Zde je klientovi změřena výška, obvod pasu, zvážena hmotnost a spočítáno BMI. Tyto hodnoty jsou nadále sledovány, pacienta se ujímá multioborový tým. Klienti jsou

dále vyšetřování v metabolické poradně, kde je jim odebrána krev na biochemické a endokrinní testy a vyšetření krevní skupiny. Sonograficky se vyšetřuje také rozsah jater v dutině břišní, pomocí fibroskopu jsou vyloučeny eroze a vředy. Pro zjištění správného dýchání a „udýchání“ rehabilitace po operaci je pacientovi prováděna spirometrie. Pacient musí dokázat, že je dlouhodobě schopný spolupracovat. To se zjišťuje pomocí psychologického vyšetření. Pokud po těchto vyšetřeních pacient neztratil vůli ke změně zdravotního stavu, přichází znovu do bariatrické poradny. Neobjeví-li se u klienta žádné kontraindikace, je k operačnímu zákroku indikován multidisciplinárním týmem. S chirurgem se domluví na typu a termínu operace. Nadále se pacienta ujímá sestra, která jej edukuje o předoperačních vyšetřeních, rozhovoru s anesteziologem, přípravy operačního pole (oholení), diety a vyprázdnění před operací. To vše klient dostává v písemné podobě. Dále podepíše souhlas s operací a transfuzí krve (Nosková, 2009).

### *1.3.2 Psychické vyšetření*

Pacienti mají představu o psychologovi, jako o člověku, který má posoudit, zda jsou či nejsou „normální“. Tudíž je velmi důležité klientům dobře vysvětlit důvod jejich odeslání k bariopsychologovi. Díky tomu může být navázána dobrá spolupráce pacienta s psychologem. Klienti nabydou náhledu na to, že psycholog nezastává roli soudce, či diktátora jeho dalšího života, není klientův nepřítel. Naopak se snaží být tím, kdo je na straně pacienta a i na straně léčebného týmu. Nutností je také upozornit klienty na to, že spolupráce s psychologem nekončí samotnou operací (Šporcová, 2009).

Cílem psychologické péče je prohloubit motivaci klienta k dodržování režimových a stravovacích doporučení, poskytnout předoperační i pooperační péči a edukaci při tvorbě léčebného plánu. U klientů, kteří by chtěli podstoupit chirurgickou léčbu obezity je z psychologického hlediska důležité znát anamnézu jejich předchozích pokusů redukce hmotnosti. Psycholog sleduje přístup klienta a průběh redukce jeho váhy. Hodnotí realističnost a přiměřenost dietních pokusů a kolísavost hmotnosti tzv. jo-jo fenomén. Výsledky těchto faktorů mohou odkazovat na zvýšenou míru

psychopatologie. Je vhodné pacientovi doporučit možnost vyzkoušet si pooperační režim ještě před operací (Herlesová, 2013).

Vyšetření psychologem probíhá většinou pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Skládá se z anamnestických dat, která je vhodné doplnit o psychologické testy. Rozhovor se týká témat jako je stravování a jídelní chování, růst váhy, historie pokusů o snížení hmotnosti, aktuálních životních podmínek, anamnézy psychologické či psychiatrické léčby a znalostí, které má klient o bariatrické léčbě a následném režimu po operaci. Dále je také rozhovor zaměřen na motivaci pacienta (Fried, 2011).

Při předoperačním vyšetření je hodnocen i výskyt návykového chování ve vztahu k užívání alkoholu, nikotinu, drog, hypnotik a anxiolytik. Jedinec nemusí být závislý na alkoholu, ale ten může oslabovat jeho vůli. Je spouštěčem chutí k jídlu a klient si většinou neuvědomuje další příjem kalorií. Po žaludečním bypassu se urychluje vstřebávání alkoholu a jeho odbourávání trvá déle. Mezi zdravotně rizikové chování z pohledu bariopsychologa je řazena impulzivita a kompulzivita. Impulzivita je chování, kdy jedinec jedná neočekávaně, bez kontroly následků a následného chování. Její nejzávažnější porucha- impulzivní typ emoční nestabilní poruchy osobnosti je kontraindikací k bariatrickému výkonu. Pokud je klientovi naměřené vyšší skóre impulzivity vzniká předpoklad, že po bariatrické operaci bude porušovat počáteční dietu. U takovýchto pacientů se objevuje záchvatovité přejídání nebo nějaká jiná forma sebepoškozujícího chování. Pokud se při psychologickém vyšetření objeví náznak impulzivního chování, je potřeba tyto rizikové faktory pečlivě prozkoumat. Kompulzivita je charakterizovaná nutkavým chováním. Mezi typické kompulzivní chování patří stresové a emoční jezení a kouření cigaret. Po zákroku je velké riziko přesunu nutkavého chování na druhou oblast např. jídlo, počítačové hry, sledování televize apod. (Herlesová, 2013).

Motivovaný pacient by měl mít reálný, konkrétní cíl. Poté bude ochotný vynaložit úsilí a čas ke změně dlouhodobých zvyků týkajících se pohybu, výběru potravin, stravování a přístupu ke svému okolí a k sobě samému. Pacientova motivace je většinou složena z částí majících různou váhu. Van Hout ve svém výzkumu uvádí, že nejsilnějším důvodem pro operaci je zdraví, a to z 94 %. Druhým důvodem,

který klienti uváděli je omezení pohybu. Významným faktorem je psychosociální dopad. Pacienti dostávají kritické poznámky od svého okolí a jsou nespokojeni se svým vzhledem. Bariatrický psycholog by měl odhalit klientova očekávání. Pokud má klient nereálné až přehnané očekávání, jako je např. snížení hmotnosti o 60 – 100 kg do jednoho roku, může se po operaci stát, že s výsledkem nebude spokojen. Tato nespokojenost může vést k frustraci, apatii a nedodržování stanoveného režimu (Doležalová, 2012).

Obézní klienti, kteří chtějí podstoupit chirurgickou léčbu obezity, by měli disponovat kognitivními schopnostmi. Tyto schopnosti by jim měli posloužit k porozumění chirurgickému zákroku a poté následné péči a rizikům výkonu. Je dobré alespoň orientačně posoudit klientovu míru intelektu. Pokud má nižší intelekt, je nutné posouzení fungování následné péče, např. edukace a spolupráce rodiny. Zdravotníci by měli počítat s dostatkem času, který bude potřeba věnovat přípravě kandidáta k operaci a využít např. písemnou i ústní formu edukace (Herlesová, 2013).

Herlesová (2013) uvádí, že při vyšetřování budoucího bariatrického pacienta jsou hodnoceny znalosti okolností spojených s operací - mechanika, povaha, rizika a komplikace. Výkon se může odložit za předpokladu, že pacient není schopen učinit rozhodnutí o podstoupení výkonu. Až do doby než klient porozumí jeho kladům a záporům. Nedostatečné znalosti v problematice hubnutí, operačního zákroku a následného režimu mohou být způsobeny jak kognitivním deficitem, tak i nedostačující motivací a pasivním přístupem k využívání zdravotnické péče klienta. K odkladu chirurgického výkonu dochází také při potřebě změny dosavadních zvyklostí, stabilizace sociálního zázemí či psychického stavu. Nedoporučení psychologem neznamená pro pacienta nedoporučení redukce hmotnosti. V současnosti by byl pro klienta zákrok příliš obtížný a hrozilo by zde riziko poškození zdraví nebo psychiky jednice (Fried, 2011).

Psychologické vyšetření by dále mělo objasnit duševní stabilitu klienta. Hodnotí zátěžové situace, stresory a chronickou zátěž v uplynulém roce, které na klienta i nadále působí. Také je hodnocena zátěž, která by mohla nastat v průběhu následujícího období (Herlesová, 2013).



### *1.3.3 Krátkodobá předoperační příprava*

Dále je potřeba upravit léčbu chronických onemocnění, tím se minimalizuje riziko operace. Klientovi je nutno vysvětlit výhody, důsledky a rizika bariatrické operace. Musí být dostatečně edukován o nutnosti pooperační spolupráce se zdravotnickým týmem. Poté se pacienti dozvídají o změně výživy a stravování (Kasalický, 2011). Svačina (2008) uvádí, že pacienti podstupují speciální dietu. Ta se nejprve skládá ze stravy čajové (tekuté) poté mixované (kašovitě) diety. Diety jsou objemově omezeny na obsah 50 – 150 ml, šetřící porce, při zachování více porcí za den. Takovéto diety jsou individuální, zachován je základ, který vychází z kombinace redukční a šetřící diety. Ze stravy jsou vyloučeny potraviny nadýmavé s tvrdými semeny a slupkami, nadýmavá zelenina, potraviny s vysokým energetickým obsahem (tučná masa, sýry, smetana apod.), alkoholické nápoje a čerstvé kynuté pečivo. Při tomto omezení je nutné nezpomalit pasáž v žaludku, kvůli tomu se klienti stravují potravinami neobsahujícími bobtnavé ovoce a zeleninu, netučným masem, mléčnými výrobky, rýží, těstovinami apod. Tato dieta vede k vyzkoušení stravovacích návyků po operaci, ale také k váhovým úbytkům. Váhové ztráty jsou nezbytné, vedou ke zmenšení steatotických jater a tím k lepšímu přístupu k žaludku (Medical Tribune, 2009).

Při předoperační přípravě je nutné věnovat pozornost kožním záhybům především v oblasti břicha, kde by mohlo dojít k různým kožním změnám. Dále je potřeba předcházet tromboembolické nemoci a to pomocí elastické komprese dolních končetin, zajištěním dostatečného žilního vstupu a podáváním nízkomolekulárního heparinu. Při zajištění žilního vstupu není potřeba kanylace centrální žíly. V posledních letech se odstoupilo od předoperačního podávání antibiotik, pokud k podávání není žádný jiný důvod než bariatrická operace (Fried, 2005 a).

## 1.4 Následná péče o bariatrického P/K

Scarano (2009) uvádí, že obézní klienti potřebují a zaslouží si stejnou ošetrovatelskou péči jako pacienti s normální váhou. Proto je důležité mít specializované zařízení a techniky. Sestry by měly být seznámeny s prací s těmito přístroji a péčí o obézní klienty. Aby se sestry byly schopny vyrovnat s fyzicky i psychicky náročnou péčí o tyto klienty, je potřeba specializovaného vzdělání, které by se mělo vyučovat na zdravotnických školách. Musíme si uvědomit, že obézní pacienti mají mnoho problémů po celý svůj život. Již od narození - porod, kde je potřeba většího porodního lůžka až po smrt, kdy je nutné mít specializované přístroje v márnících. Bariatričtí pacienti potřebují tzv. multidisciplinární přístup, mají specifické potřeby v péči o kůži, pohyblivost, výživu a farmakoterapii.

### 1.4.1 Pooperační péče

Pooperační péče má za úkol pomoci klientovi zotavit se z anestezie, předcházet pooperačním komplikacím, udržovat tělesný systém, zmírňovat nepohodu a pooperační bolest. Proto je potřeba pacienta kontinuálně sledovat a provádět preventivní opatření, která by zamezila vzniku komplikací. Musíme si uvědomit, že ne vše nahradí zkušenou sestru. Do priorit pooperační ošetrovatelské péče zařazujeme monitoring vitálních funkcí (krevní tlak, pulsy, dechy, stav vědomí, tělesná teplota, EKG), monitoring nasycení kyslíkem v organismu, sledování bilance tekutin a péče o klienta s umělou plicní ventilací. Pokud hladiny saturace neodpovídají normě, je nutné pacientovi nasadit oxygenoterapii pomocí kyslíkových brýlí nebo masky. Sledování bilance tekutin se provádí pomocí sledování diurézy. Klient má zaveden permanentní močový katetr a diuréza se může sledovat po hodině případně po dvou hodinách. Dále se sleduje operační rána, její bolestivost, prosakování. Pečuje se o drény, tlumí se pooperační bolest, aplikují se předepsané medikamenty, sleduje se obnova střevní peristaltiky, je zajištěna preventivní péče o kůži klienta, která vede k předcházení vzniku dekubitů. V neposlední řadě je věnována pacientovi individuální ošetrovatelská péče s dostatečným udržováním verbální i neverbální komunikace (Zeleníková, 2005).

Nicholls (2006) poukazuje na riziko tromboembolické nemoci. Této komplikaci se předchází například podáváním heparinu subkutánně, používáním kompresivních bandáží či punčoch a časnou mobilizací. Dalším problémem je zvýšené riziko infekcí nejčastěji raných a plicních. Infekcím se dá předcházet pomocí vhodně zvolené antibiotické léčby. Harington (2006) dále doporučuje zvýšit polohu do polosedu přibližně na úhel 35 - 45°. Tím dojde ke snížení tlaku na dutinu břišní (bránici) a maximalizuje se tak dechový objem. Pacientovi poskytujeme plicní toaletu s důrazem na hluboké dýchání. Toho docílíme používáním dechové rehabilitace.

Dle Blackwood (2005) se u obézních pacientů často vyskytuje obstrukční spánková apnoe. Léčba spočívá ve zvýšení pozitivního tlaku v dýchacích cestách speciálním přístrojem, který má pacient doma. Je žádoucí, aby si jej přinesl do nemocnice. Pokud by tento problém nebyl zjištěn a léčen, může u pacientů vzniknout plicní hypertenze a pravostranné srdeční selhání (Checky, 2005).

Operační rány jsou sterilně kryty. Pokud krytí neprosakuje, je dle zásad asepticky vyměněno až druhý den. Dále se krytí mění dle potřeby, minimálně však jednou denně. V průběhu operace bývá zaveden Redonův drén, u něhož je nutná kontrola místa zavedení, funkčnosti a množství (vzhled, barva) odvedeného sekretu. Pokud není přítomná výrazná sekrece, je drén odstraňován nejčastěji první den po operaci. Odstranění stehů se provádí kolem 7-10 dne (Janíková, 2013).

V péči o pokožku pacienta je nutná každodenní kontrola kožních záhybů – pod krkem, prsy, břichem a záhybech v okolí genitálu. Kůže by se měla udržovat čistá a suchá. Na ošetření záhybů by se nemělo používat pudru, který se spéká a dráždí kůži. Místa lze vypodložit absorpčním materiálem jako je např. gáza. Pacientovi je nutné dopomoci při hygieně a udržovat jej v čistém a suchém prádle (Harrington, 2006).

Po operaci má pacient speciální dietu. Cílem výživy je adaptace gastrointestinálního traktu na operační výkon a rychlé snížení hmotnosti (Fried, 2011). Obecně se dodržuje následující postup. První den po operaci smí klient pouze tekutiny po doušcích. Poté dle stavu klient jí druhý až třetí týden čisté masové vývary, jogurtové nápoje, kefíry. Ve třetím až čtvrtém týdnu přechází na stravu kašovitou. Například řídká bramborová kaše, mixované ovoce bez slupek a zrněk, rozmixovaná vařená zelenina,

jogurtové nápoje apod. V pátém týdnu je dle stavu doporučována polotuhá a mletá strava, odpovídá stravě, kterou lze rozmačkat vidličkou. Po této fázi nastává přechod na běžnou tuhou stravu. Klienti by měli dodržovat zásady: pravidelnosti v konzumaci jídla, porce by měla mít maximálně 150 ml, je nutné oddělovat tekutiny od konzumace jídla, potrava by měla být řádně rozmělněná v ústech a ovoce a zelenina by měla být zbavená slupky (Sadílková, 2014).

Fyzická aktivita po bariatrickém výkonu se ihned po operaci neliší od běžné pooperační rehabilitace, která je nutná k prevenci tromboembolické nemoci. V prvních 4 - 6 týdnech nesmí klienti provádět pohybovou aktivitu, která vede k zvětšení nitrobřišního tlaku. V tomto případě není žádný rozdíl mezi přístupem laparotomickým či laparoskopickým. V obou případech může vzniknout následkem předčasného zatížení kýla v jizvě. Pokud nejsou postiženy nosné klouby, je vhodným pohybem chůze, nebo jízda na ergometru bez zátěže. Pokud se v nějakém pohybu objeví bolest, je nutné fyzickou aktivitu ukončit. Pohyb je doporučováno provádět denně, se cviky by měl radit zkušený fyzioterapeut, protože nevhodný pohyb může vést ke zhoršení stavu. Nejprve je doporučováno provádět cviky s mírnou intenzitou a raději prodlužovat čas. Po zhojení jizev, od třetího měsíce, se doporučuje postupně zvyšovat intenzitu při zátěži i posilování. Dále je dobré postupovat podle individuálních projevů kardiovaskulárního a pohybového aparátu (Doležalová, 2012).

#### *1.4.2 Specifika pooperační péče*

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

Večer v den operace klient může pít čaj a většinou vstává z lůžka. První operační den pacient může jíst jogurtový nápoj nebo bujón. Pouze tekutá strava je doporučována v prvním týdnu po operaci. Následujících pět týdnů by klient měl jíst normální rozemletou potravu. Po takovémto přechodném období lze jíst racionální stravu, jako má okolí klienta, avšak s ohledem na dietní omezení. Omezení spočívají v nezvyšování nadměrného množství jídla a nepřejídání se. Při opakovaném porušování dietních omezení může dojít ke komplikacím. Klientům se nedoporučuje konzumovat dužiny pomerančů a jiných plodin a nedopečené maso. Toto omezení je potřeba

dodržovat, kvůli možnosti uváznutí potravy a následnému zvracení. Je vhodné omezit vysoko kalorické potraviny a stravovat se pětkrát denně. Pokud klienti užívají tablety větších rozměrů je potřeba je púlit nebo čtvrtit. Avšak po bariatrické operaci často dochází k ústupu přidružených onemocnění až k jejich vymizení. Proto není potřeba medikamentózní léčby (Kasalický, 2011).

Dle Hainera (2011) je důležité pacienty sledovat. První sledování je po měsíci od operace a v průběhu prvního roku by měly probíhat kontroly nejpozději každé tři měsíce, až po dobu kdy je dosaženo uspokojivého váhového úbytku. Pokud je zapotřebí s opakovanou adjustací. Tu provádí zkušený zdravotnický pracovník (chirurg, internista, všeobecná sestra, radiolog zaměřený na bariatrickou chirurgii), na základě individuálního poklesu hmotnosti klienta, typu bandáže a klinickém vyšetření. Dále intervaly sledování nemají být delší než jeden rok. Je potřeba sledovat výživový a metabolický stav tak, aby se zabránilo vitamínovým deficitům a byla poskytnuta dostatečná suplementace. Stejný počet a postup kontrol je použit i u neadjustabilní bandáže, plikace velkého zakřivení a tubulizace žaludku. S výjimkou adjustace bandáže.

### **Tubulizace žaludku**

Klient je z pooperačního pokoje překládán na standardní oddělení, popřípadě na intermediální jednotku. Je mu zde zajištěn parenterální příjem tekutin a léků. Doporučuje se klienty verbalizovat do stoje a chůze s dopomocí ještě v den překlada, na standardním oddělení. Pacient může přijímat malé množství tekutin per os. Pokud klient trpí nauzeou či zvracím, není doporučováno zavádět nasogastrickou sondu, ale podat antiemetika. První pooperační den se doporučuje klientům provést rentgenové vyšetření s kontrastní látkou. Toto vyšetření slouží k zjištění možného úniku kontrastní látky přes operační ránu na žaludku. Pokud se prokáže únik, je nutná operační revize, kterou lze provést laparoskopicky. K označení místa úniku při reoperaci lze použít methylenovou modř a poté místo uzavřít stehem. Pokud je vše v pořádku může pacient přijímat per os vodu nesycenou oxidem uhličitým nebo čaj a volně chodit (Kasalický, 2007).

Druhý den po operaci je klientovi možné, pokud to jeho stav dovolí, odstranit drén z dutiny břišní. Třetí až čtvrtý pooperační den, za předpokladu plné funkčnosti zažívacího traktu, závažnosti přidružených onemocnění a jejich stabilizaci po operaci, je možno klienta propustit do domácího ošetřování. V některých pracovištích je zvykem pacienty propouštět již po dvou dnech, pokud nemají žádná přidružená onemocnění. V prvních pěti dnech je klientům doporučována čajová dieta, poté je možné přejít na dietu tekutou. Aby došlo k dobrému zhojení resekční linie, je dobré nechat klienta na tekuté stravě po dobu 30 dnů (Kasalický, 2007). Fried (2011) uvádí, že by se po sleeve gastrektomii měla dodržovat první den po operaci parenterální výživa, druhý až třetí den čiré tekutiny, po třech týdnech je možnost přechodu na kašovitou stravu a od 6. týdne je možné převést klienta na redukční dietu.

Z důvodu zhojení rány a sžití se klienta se zmenšeným žaludkem je upravená doba pracovní neschopnosti na 10 – 14 dní od operace. Klient po prvním měsíci postupně přechází na redukční stravování. Pokud pacient nebude dodržovat dietní doporučení, jako je snížení celkového objemu kalorií za den, nemusí dojít k výraznému snížení hmotnosti. Po dvou týdnech od operace je možno do redukčního režimu zapojit i fyzickou aktivitu. Cvičení je dobré provádět v kolektivu obézních jedinců pod odborným dohledem (Kasalický, 2007).

Po tubulizaci žaludku jsou klienti zváni ke kontrolám v bariatrické ambulanci v intervalu 30 dní, 3 měsíce, 6 měsíců a 1 rok. Další kontroly jsou prováděny po roce (Kasalický, 2007).

### **Biliopankreatická diverze**

První pooperační den je klientovi provedeno rentgenové vyšetření s kontrastní látkou, které prokáže či neprokáže únik kontrastní látky mimo zažívací trakt. Od té doby může volně čaj či vodu po douškách. Pokud je nekomplikovaný pooperační průběh, převádí se pacient druhý den na čistou tekutou dietu. Čtvrtý nebo pátý den, po obnovení peristaltiky gastrointestinálního traktu, je převeden na tekutou až řídce kašovitou stravu. Do domácího ošetřování je propuštěn klient bez komplikací 6 – 8 pooperační den. Po 14 dnech je pacient postupně převeden na racionální dietu s omezeným obsahem tuků

a s vyšším obsahem bílkovin. Klienti by se měli vyvarovat příjmu sladkých jídel, nápojů sycených oxidem uhličitým a pití tvrdého alkoholu. Dle některých autorů mohou klienti pít malé množství vína, které by mělo být nejlépe ve formě vinného stříku. Při nedodržování dietních opatření s omezením příjmu tuků, trpí pacient opakovanými mastnými stolicemi. Někteří pacienti udávají problémy s nadýmáním a flatulencí. Tento problém lze částečně řešit medikamentózně (Kasalický, 2011).

Doležalová (2012) píše, že by měl klient podstoupit pooperační kontrolu měsíc po operaci, dále by měl navštěvovat lékaře minimálně každé 3 měsíce v průběhu prvního roku, v průběhu druhého roku dvakrát a poté jednou ročně. K těmto prohlídkám se také váže laboratorní vyšetření, které je prováděno první, čtvrtý a dvanáctý měsíc od operace a dále jednou ročně. Laboratorní rozborů vedou ke sledování nutričního a metabolického vývoje a je podle nich možno změnit medikaci a doplňovat chybějící látky. Z krve jsou zjišťovány hodnoty jaterních testů, krevního obrazu, hladiny glykemie a glykovaného hemoglobinu, B<sub>12</sub>, parathormonu, vitamínu D<sub>3</sub>, ferritinu, kalcia, albuminu, celkové bílkoviny, kostní alkalické fosfatázy, kreatininu, transferinu a protrombinový čas. Dále je také vyšetřována moč.

### **Gastrický bypass**

Kasalický (2011) uvádí, že pokud kontrastní láka neuniká mimo zažívací trakt, mohou pacienti po douškách pít vodu nebo čaj. V případě nekomplikovaného pooperačního průběhu, přechází druhý den klient na tekutou dietu. Čtvrtý den je převeden na tekutou až řídce kašovitou potravu. Po plné obnově zažívacího traktu je pacient propuštěn do domácího ošetřování, to bývá nejčastěji čtvrtý až šestý den po operaci. Na racionální dietu s omezeným obsahem tuků je klient převeden po dvou týdnech.

Doležalová (2012) ve své knize poukazuje na četnost pooperačních kontrol. Klienti jsou k pooperačním kontrolám zváni měsíc po operaci, dále v prvním roce každé 3 měsíce, v průběhu druhého roku po půl roce a poté alespoň jednou ročně. Kasalický (2011) píše, že u klientů po žaludečním bypassu dochází k zhoršenému vstřebávání železa vitamínů, vápníku a někdy i zinku. Jelikož má výkon malabsorbční složku rutinně

se předepisují suplementy vitamínů a mikronutrientů ke kompenzaci deficitu po operaci. Jednou ročně je pacientovi provedeno laboratorní vyšetření. Testy obsahují glykemii na lačno, jaterní testy, vitamin B<sub>12</sub>, vitamin D<sub>3</sub>, renální funkce, ferritin, parathormon, kalcemii, albuminy, hemoglobin, zinek a Mg<sup>2+</sup>. Podle výsledků testů je možná úprava deficitu vitamínů a mikronutrientů (Doležalová, 2012).

#### 1.4.3 *Dispenzarizace*

Základní a nejdůležitější podmínka správného výsledku bariatrického zákroku je pooperační spolupráce pacienta s multidisciplinárním týmem. Jinak by nemusely být udrženy dosavadní váhové úbytky (Doležalová, 2012).

Předoperační a dlouhodobá pooperační péče sleduje zdravotní i sociální stav, může odhalit chyby ve výživě a deficity u malabsorpcí. Edukace každým členem multidisciplinárního týmu vede k upevnění pacientovy změny stravování (Fried, 2011).

Kontroly, které jsou doporučovány, tj. 1 týden po operaci, následně v prvním roce po operaci by měl být klient sledován v 3 měsíčních intervalech, v druhém roce po 6 měsících a v následujících letech jednou ročně, jsou prováděny bariatrickým chirurgem nebo obezitologem. Ti mají možnost v případě potřeby klienta odeslat k psychologovi nebo nutričnímu terapeutovi. Zvýšená pozornost se věnuje klientům, kteří mají malý nebo velmi pomalý váhový úbytek nebo naopak mají velký neočekávaný úbytek a klientům, kteří mají nově vzniklou poruchu příjmu potravy. S rychlým úbytkem hmotnosti mohou nastat problémy, jako je únava, lomivost nehtů a padání vlasů (Fried, 2011).

Doležalová (2013) píše, že bariatrickí pacienti vyžadují celoživotní sledování, které je možno ponechat na diabetoložích. V publikaci Léčba obezity dospělých: Evropská doporučení pro praxi (2009) je uváděno, že by pacienti měli být odesláni do zdravotnického zařízení, které je schopno zajistit multidisciplinární přístup, jak před operací, tak i v následné péči.

Podle Interdisciplinárních Evropských doporučení (2008) je za pacienta odpovědný chirurg a ošetřující lékař. Ti by mu měli nejlépe poskytnout vzájemně se doplňující způsoby následné péče. Odpovědnost chirurga se váže k možným



krátkodobým a dlouhodobým příhodám, které jsou v přímém vztahu k operaci. Internista (obezitolog) by měl být zodpovědný za dlouhodobé sledování klienta a za léčení přidružených nemocí spojených s obezitou. Dlouhodobý výsledek léčby je závislý na přístupu a spolupráci pacienta.

V období kdy dochází k rychlému poklesu hmotnosti, je důležité věnovat se úpravě léčby onemocnění doprovázejících obezitu a možným výživovým deficitům např. bílkovin, vitamínů a jiných mikronutrientů. Bariatričtí klienti vyžadují celoživotní sledování. Měla by jim být zajištěna možnost 24 hodinové naléhavé péče v chirurgických centrech (Fried a kol. 2008).

Dále mohou být pacientovi nápomocné i podpůrné skupiny. Jako je Banding klub, který sdružuje pacienty po bandáži žaludku a pacienty mající zájem o chirurgickou léčbu obezity (Banding klub 2006). Klienti mohou také navštěvovat Banding klub při VŠTJ Medicina Praha, který mohou navštívit v Praze a Českých Budějovicích (VŠTJ Medicina Praha, 2015).

#### *1.4.4 Péče o psychiku pacienta*

Obezita je úzce spojena s psychickým stavem člověka. Často se tato nemoc vyvine jako výsledek přejídání při řešení emocionálního stavu, z nepohody, kterou člověk zažívá. Může to být rozchod partnerů, ztráta zaměstnání nebo frustrace z neřešitelnosti nějakého problému. To vše může vést ke zvýšené potřebě konzumace jídla nebo preferování sladkých potravin, jako řešení těchto problémů (Owen, 2012).

Stárková (2010) se ve svém článku zmiňuje o možnosti vzniku jakékoli duševní poruchy, která nastane po bariatrickém výkonu. Klienti mohou trpět depresemi, sebevražedným jednáním, závislostí na alkoholu nebo úzkostnou poruchou. Většinou však nejčastější jsou komplikace poruch příjmu potravy. Mezi zahraničními odborníky roste potřeba spolupráce s pacienty, u kterých selhala bariatrická chirurgie. Tito klienti se znovu vracejí do „začarovaného kruhu“ svých problémů s potravinami a stravováním. Zejména se jedná o pacienty, kteří se po výkonu vracejí k záchvatovému přejídání, trpí bulimií nebo tzv. syndromem nočního přejídání. Záchvatovité přejídání neboli binge eating disorder je prezentován těžkým, opakovaným, exesivním

přejídáním. Charakterem je podobné mentální bulimii, avšak není provázeno zvracením, užíváním laxativ apod. Pacienti se stravují v době, kdy nemají hlad ani potřebu jíst. Takovéto chování se může vyvinout v obezitu nebo až morbidní obezitu. Objevuje se nejčastěji ve věku 40 – 50 let. Po záchvatovém přejídání trpí klient pohrdáním sám sebou a pocity viny, dále může trpět depresí nebo úzkostí. Tato nemoc je tzv. „ego-dystonní“, klientovo onemocnění negativně ovlivňuje jeho ego, nevyhovuje mu a nedokáže jí zabránit, má snahu jí skrývat. Z toho tedy vyplývá, že následná psychologická či psychiatrická péče je nutná ve všech případech, kdy nedošlo zákrokem k naplnění očekávání, které měl pacient před výkonem, nebo pokud léčba selhala.

#### *1.4.5 Kognitivně behaviorální terapie obezity*

Tato terapie vznikla v sedmdesátých letech dvacátého století spojením kognitivní a behaviorální terapie. Základem behaviorální terapie je analyzování patrného chování jedince v problémových situacích. Terapií se posiluje žádoucí chování. Zatímco kognitivní terapie se zaměřuje na analyzování myšlení, postojů, názorů a přesvědčení (Müller, 2014). Kasalický (2011) ve své publikaci uvádí, že tato terapie vychází z principu odnaučení se nevhodného stravování stejným způsobem, jako se mu člověk naučil. Hladná (2011) uvádí, že kognitivně behaviorální terapie pomáhá pacientovi v uvědomění si svého zkresleného a dysfunkčního jednání. Takovéto jednání se mění pomocí systematického rozhovoru a behaviorálních úkolů. Kognitivně behaviorální terapie vychází z koncepce, podle níž jsou poruchy chování naučenou reakcí. Léčba pomocí této terapie spočívá na přeučování a osvojování si nového chování.

Marinov (2012) uvádí, že kognitivně behaviorální terapie patří mezi nejefektivnější psychoterapie v případě návykových problémů, jako je obezita. Nejprve se konkrétně a jasně diagnostikuje problém obézního pacienta a poté je zvolena jasná terapie obezity. U pacientů trpících obezitou je důležitá technika sebekontroly, kterou se vyvíjí správný postoj k chování při jídle, k samotnému jídlu a pohybu. Tato technika je stále posilována a upevňována terapeutem, či celou terapeutickou skupinou. Někdy se stává, že problém klient špatně chápe, vytváří si tzv. dysfunkční schémata. To se změní

za předpokladu prozkoumávání vlastního myšlení s prožíváním, kdy se změní postoj k danému problému a tím se otevřou nová netušená řešení problému (Málková, 2014).

Kognitivní terapie je zaměřená na nevhodné myšlenky pacienta, které hrají svou roli při vzniku obezity. Do kognitivně behaviorální terapie patří: behaviorální, zaměřené na chování; relaxační, zaměřené na emoce a v neposlední řadě kognitivní zaměřené na kognici. Tyto techniky jsou kombinovány se základní technikou, která je zaměřená na složku osobnosti, kterou je potřeba změnit (Marinov, 2002).

Metody kognitivně behaviorální terapie vycházejí ze tří modelů učení. Z klasického podmiňování, operativního podmiňování a kognitivní teorie. Z klasického podmiňování vycházejí metody založené na učení a odnaučování se vztahů mezi podnětem a reakcí. Klasické podmiňování vychází z podnětu, kterým je hlad a reakce, což je najezení. Problém obezity nastává ve chvíli, kdy správně nefungují signály spouštěče hladu. Otlíjí jedinci nedokáží odhadnout, co je přirozená a normální porce. Podnět ke konzumaci jídla je podmiňován řadou vnějších a vnitřních podnětů, nekonzumují potravu na základě fyziologické potřeby. Operativní podmiňování je založeno na vztahu mezi reakcí a následkem. Cílem tohoto modelu je změna chování pomocí manipulace s následky. Změna, která je pozitivně odměněna, posílena se udrží, a ta co je trestána vymizí. Kognitivní teorie jsou postaveny na kognitivním zpracování podnětu a jeho emoční reakci a chování (Málková, 2006).

#### *1.4.6 Behaviorální faktory*

Mezi behaviorální faktory patří nevhodné stravovací a pohybové návyky. Do nevhodných stravovacích návyků zařazujeme velký příjem nepřiměřeného množství potravy, příjem potravy, která má nesprávnou skladbu, výběr nevhodného jídla při nevhodném režimu a nepřiměřený pitný režim. Mezi nevhodné pohybové návyky lze zařadit: nulovou pohybovou aktivitu a aktivitu, která může být prováděná nevhodným způsobem a sedavý styl života (Hainer, 2011).

#### *1.4.7 Kognitivní faktory*

Hlavní roli při vzniku a přetrvávání obezity mají kognitivní mechanismy. Problém bývá ve špatně vytyčených nereálných cílech. V tomto případě je typické černobílé myšlení, to znamená, že pokud klient nedosáhne nejvyššího cíle, nemá žádnou potřebu udržovat dosažených dílčích cílů. Kvůli tomu se vrací k původním nevhodným návykům. Tento problém se vztahuje, jak na cíle týkajících se váhových úbytků a také na další cíle. Například lepší profesní zařazení, zvýšení sebedůvěry, vykonání pohybové aktivity a podobně. Druhou chybou je nevhodná volba způsobů redukce nadváhy. Po zvolení přísné diety či nevhodné fyzické aktivity dochází po čase k porušení nepříjemného způsobu redukce nadváhy. Dopadem jsou automatické negativní myšlenky, které navozují zhoršení nálady. Výsledkem je negativní chování kdy se obézní přestane zcela kontrolovat a hledá útěchu v jídle. Další problém, který bývá spouštěčem zvýšeného příjmu potravy a důvodem opomíjení pohybové aktivity je zkreslené vnímání vlastního těla. Pod tímto pojmem se rozumí představa nezávislá na reálné hmotnosti a tvaru postavy. Tyto představy si vytváříme na základě faktorů od dětství, zde jsou důležité postoje rodičů, lékařů, vrstevníků a i partnerů (Hainer, 2011).

#### *1.4.8 Interpersonální faktory*

Interpersonální faktory mají velmi důležitou roli pro vznik a udržení obezity, jelikož je to konverzační téma zejména žen. Negativní vliv má tzv. toxické prostředí, kdy jsou obézní povzbuzováni ke konzumaci nevhodných potravin ve větších dávkách. Konzumace potravin je propojována s určitým životním stylem. Například nadprůměrné porce v restauracích, pravidelné stravování v provozovnách rychlého občerstvení, reklama v televizi. Druhou stranou je fakt, že současná civilizovaná společnost vytváří nevhodné postoje k obézním. V masových médiích je poukazováno na důležitost vyhublosti a obézní jsou zde zesměšňováni. Nabízejí klamavou (škodlivou) reklamu, která převážnou část hubnoucích nutí k nesmyslným způsobům hubnutí. Proti takovýmto škodlivým reklamám se snaží pozitivně působit na hubnoucí edukativní programy, jako je například sebekoučink na webových stránkách STOB klubu.

Rozsah těchto programů je však výrazně nižší než množství klamavých nabídek na hubnutí (Hainer, 2011).

## **2 CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### **2.1 Cíl:**

Zjistit přípravu, péči, informovanost a postupy u pacientů podstupujících bariatrickou léčbu.

Vymezit kompetence sestry v následné péči o bariatrického pacienta.

Zjistit specifické potřeby pacientů podstupujících bariatrickou léčbu obezity.

### **2.2 Výzkumné otázky:**

Jak jsou pacienti informováni o celém průběhu bariatrické léčby?

Jaké kompetence má sestra v následné péči o bariatrického pacienta?

Jaké jsou potřeby pacientů podstupujících bariatrickou léčbu obezity?

## 3 METODIKA

### 3.1 Použité metody

Pro získání potřebných dat k praktické části diplomové práce bylo využito technik kvalitativního výzkumu. Praktická část byla realizována formou individuálních polostandardizovaných rozhovorů se sestrami pracujícími na chirurgických odděleních a s pacienty podstoupivšími bariatrickou léčbu.

Kritériem pro zařazení do výzkumného šetření bylo rozhodnutí klienta, dále sestra pracující na specializovaném pracovišti, kde jsou prováděny bariatrické výkony a pacient, který podstoupil bariatrický výkon.

Pacienti, kteří podstoupili bariatrický výkon byli námi osloveni přes banding klub, který pacienty po chirurgickém řešení obezity sdružuje a pomocí metody „sněhové koule“. Tato metoda je založena na výběru jedinců, při které nás původní informátor spojí s jinými členy naší cílové skupiny (Disman, 2000).

Ústředními tématy bylo uplatnění sester v následné péči o bariatrického pacienta a zjištění specifik u těchto pacientů. V úvodu každého rozhovoru byly sestry a pacientky seznámeny s důvody prováděného výzkumu. Námi oslovené dotazované byly ujistěny o anonymitě v rámci zpracování rozhovorů v této práci.

Rozhovory se týkaly obezity, bariatrické chirurgie, předoperační přípravy, následné péče a psychoterapie v této problematice. Sestry odpovídaly celkem na 32 otázek, rozhovory trvaly přibližně 20 minut a prováděli jsme je na pracovištích sester. Rozhovory s respondentkami obsahovaly 38 otázek, byly prováděny na předem smluvených místech (kavárny, banding klub) nebo po telefonu. Tyto rozhovory trvaly přibližně 30 minut. Každý rozhovor byl se souhlasem dotazované nahráván na diktafon.

### 3.2 Specifika analýzy rozhovorů

Nahrávky rozhovorů byly přepisovány pomocí programu Transcriber. Program slouží k doslovnému přepisu rozhovorů. Přepsaná data byla rozebrána pomocí kódování. „To představuje operace, pomocí nichž jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a opět složeny novými způsoby“ (Strauss, 1999, s. 39).

Součástí vyhodnocení výzkumného šetření této práce, byla provedena transkripce rozhovorů (viz Příloha 1, 2) s následným otevřeným kódováním a kategorizací dat. Kódování bylo prováděno pomocí metody „papír-tužka“. Kódy v kategorizaci byly seřazeny podle souvislostí. Pro lepší názornou představu jsou v transkripcích (viz Příloha 1, 2) barevně označeny jednotlivé kódy.

V popisu jsou tučně a kurzívou označeny kategorie, tučně podkategorie a kurzívou jsou k nim doplněny odpovědi sester a respondentek bez jazykové úpravy. Pro orientaci jsou sestry označeny S1-S9 a pacientky R1-R7. Nejzajímavější vzniklá data byla skládána do kategorizačních schémat, která byla vyjádřena diagramy pomocí programu „FreeMind“.

Otázky pro pacientky obsahovaly deset okruhů. V prvním okruhu jsme zjišťovali úvodní identifikační údaje. V druhém okruhu jsme se pacientek ptali na stav před operací. Třetí okruh zahrnoval podstupovanou léčbu před operací. Ve čtvrtém okruhu jsme zjišťovali, rodinnou náchylnost k obezitě. V pátém okruhu jsme se zbývali předoperační péčí. V šestém okruhu pooperační péčí, v sedmém okruhu psychologickou péčí, v osmém okruhu životem po operaci. V devátém okruhu jsme se dotazovali respondentek na následnou péči a v desátém okruhu na přístup zdravotnického personálu.

Otázky pro sestry byly rozděleny do sedmi okruhů. V prvním okruhu jsme zjišťovali úvodní identifikační údaje. V druhém okruhu jsme se sester ptali na předoperační přípravu. Třetí okruh zahrnoval péči o pacienty po operaci. Ve čtvrtém okruhu jsme zjišťovali, jaká dokumentace a s ní spojené ošetřovatelské testy a diagnózy se používají. V pátém okruhu jsme se zabývali statistikou a výhodami bariatrické péče a šestý okruh zahrnoval následnou a psychologickou péči.



### 3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo devět sester pracujících na specializovaném pracovišti, kde jsou prováděny bariatrické výkony a sedm pacientek, které podstoupily bariatrický zákrok. Z důvodu snížení možnosti identifikace a zajištění anonymity zde záměrně nezveřejňujeme názvy zdravotnických zařízení, se kterými jsme spolupracovali. Sestry jsme si označily jako S1 – S9 a pacientky, jako respondentky tedy R1 – R7. Sestry a pacientky byly s otázkami předem seznámeny, rozhovor byl zaznamenáván elektronicky. Výzkumné šetření bylo prováděno od února do března roku 2015.

Pacientka/ respondentka	Věk	Vzdělání	Bariatrický výkon
1	66 let	Vysokoškolské	Sleeve resekci
2	44 let	Středoškolské s maturitou	Bandáž žaludku
3	70 let	Středoškolské s maturitou	Bandáž žaludku
4	30 let	Středoškolské s maturitou	Bandáž žaludku
5	33 let	Středolškolské bez maturity	Plikace žaludku
6	50 let	Středolškolské bez maturity	Bandáž žaludku
7	30 let	Vysokoškolské	Bandáž žaludku

#### 3.3.1 Pacientky/respondentky po bariatrickém zákroku

RESPONDENTKA 1: Je vysokoškolsky vzdělaná, které je 66 let. Podstoupila před 5 lety sleeve resekci žaludku.

RESPONDENTKA 2: Je jí 44 let. Vystudovala střední odbornou školu (bez specifikace). Podstoupila před 5 lety bandáž žaludku.

RESPONDENTKA 3: Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské – dětská sestra. Je jí 70 let a podstoupila před 20 lety bandáž žaludku.

RESPONDENTKA 4: Je jí 30 let. Nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské, podstoupila před 3 roky bandáž žaludku.

RESPONDENTKA 5: Je vyučena v oboru prodavačka. Je jí 33 let. V roce 2011 podstoupila první plikaci žaludku.

RESPONDENTKA 6: Je jí 50 let, vyučena v oboru prodavačka. 8 let je po bandáži žaludku. Letos v únoru jí byla bandáž vyjmuta.

RESPONDENTKA 7: Je vysokoškolsky vzdělaná, je jí 30 let a před rokem podstoupila bandáž žaludku.

Sestra	Věk	Vzdělání	Délka praxe	Specializace
1	36 let	VOŠ zdravotnická	13 let	Všeobecná sestra
2	39 let	SZŠ	10 let	ARIP
3	53 let	SZŠ	35 let	-
4	23 let	Vysokoškolské	3,5 roku	-
5	31 let	VOŠ zdravotnická	8 let	Všeobecná sestra
6	51 let	SZŠ	31 let	-
7	30 let	VOŠ zdravotnická	9 let	Všeobecná sestra
8	31 let	SZŠ	10 let	-
9	40 let	VOŠ zdravotnická	15 let	Zdravotnický záchranář

### 3.3.2 Sestry ošetřující bariatrické pacienty

SESTRA 1: Je všeobecná sestra, které je 36 let. Nejvyšší dosažené vzdělání je vyšší odborné. Ve zdravotnictví pracuje 32 let, jako specializaci uvedla – všeobecná sestra.

SESTRA 2: Je jí 39 let v praxi působí 10 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské – všeobecná sestra. Má specializaci ARIP.

SESTRA 3: Je všeobecná sestra, které je 53 let. Nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské. Ve zdravotnictví pracuje 35 let.

SESTRA 4: Je všeobecný ošetřovatel, kterému je 23 let. Jeho nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské – všeobecná sestra (všeobecný ošetřovatel). Ve zdravotnictví pracuje 3,5 roku.

SESTRA 5: Je jí 31 let. V praxi působí 8 let. Nejvyšší dosažené vzdělání je vyšší odborné. Jako specializaci uvedla – všeobecná sestra.

SESTRA 6: Je všeobecná sestra, která vystudovala střední zdravotnickou školu. V praxi působí 31 let.

SESTRA 7: Je jí 30 let. Nejvyšší dosažené vzdělání je vyšší odborné – všeobecná sestra. Ve zdravotnictví pracuje 9 let. Jako specializaci uvedla – všeobecná sestra.

SESTRA 8: Je všeobecná sestra, které je 31 let. Nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské. V praxi působí 10 let.

SESTRA 9: Je jí 40 let. Vystudovala obor všeobecná sestra a zdravotnický záchranář na vyšší odborné škole zdravotnické. Ve zdravotnictví pracuje 15 let.

## 4 VÝSLEDKY

### 4.1 Kategorizace respondentek po bariatrickém výkonu

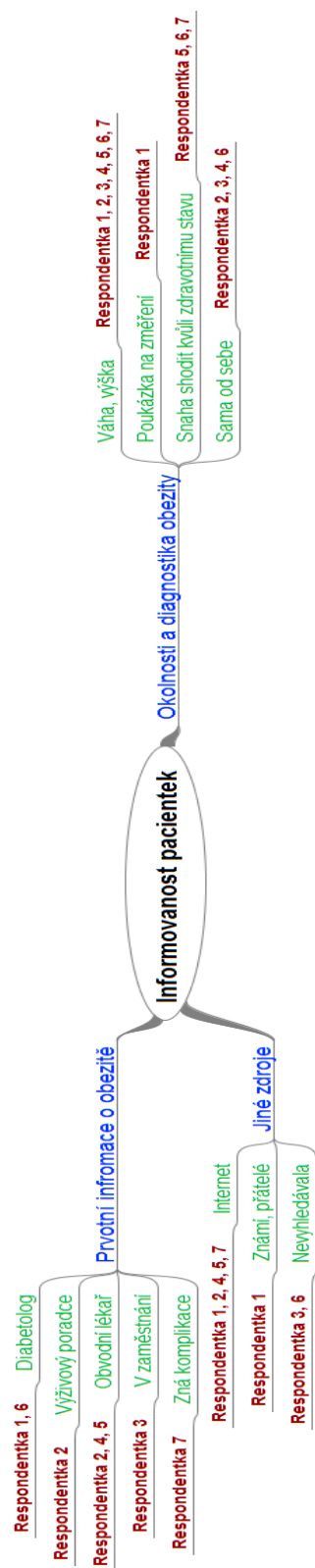
#### 4.1.1 Kategorie: *Informovanost pacientek*

Pacientky prvotní informace o svém onemocnění dostávaly od **obvodních lékařů** (R2, R4, R5), **diabetologů** (R1, R6), **výživového poradce** (R2), **v zaměstnání** (R3) a respondentka R7 **zná komplikace**. R1: „*Informace mi poskytla diabetologická lékařka asi tak před 5-6 lety, během půl roku mě doporučila operaci v Břeclavi. Kvůli tomu, že by nastaly u mě komplikace, kdybych měla cukrovku, měla jsem snížit váhu ještě před vznikem diabetu*“ R3: „*To jsem se dozvěděla v práci tak nějak náhodou, protože k nám chodil doktor na návštěvu teda za pacientem, chirurg, kterej se specializoval na tohle. Tak jsme se tam o tom bavili, no a on si mi pozval do vojenský na vyšetření a řekl, že mi to teda udělá.*“ R4: „*Řekl mi o tom lékař pro děti a mládež*“ R7: „*...k lékaři jsem se rozhodla až sama když to nějak vyhraničilo s tou RSkou, protože já jsem brala kortikoidy a strašně rychle jsem jako nabrala asi 30 kg, takže pak už to bylo špatně... Já jsem žádný informace nedostala. Vlastně tím, že jsem sama zdravotně vzdělaná, tak o tom vím, znám, slyším.*“ Další informace respondentky nejčastěji získávaly pomocí **internetu** (R1, R2, R4, R5, R6, R7). R5: „*Informace jsem hledala na internetu. Na různých diskuzích, třeba na kafemlejnkách...*“ Pacientka R3 odpověděla, že za doby, kdy jí byla prováděna operace nebyla možnost zjistit informace jinak než přes chirurga, který jí indikoval k bariatrickému výkonu. Proto také informace **nevyhledávala**. R3: „*V té době ani v televizi nic nebylo.*“ R6 další informace **nevyhledávala**, jelikož byla dostatečně poučena lékařem před výkonem.

Všem respondentkám (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7) byla změřena váha a výška. R2: „*Pomocí váhy výšky, krevní testy my vyšly úplně v pořádku.*“ Respondentky R2, R3, R4, R6 chtěly snížit **váhu samy od sebe**. R2: „*Důvody, že ráda sportuju, mám vlastně dvě dcery a omezovalo mě to v takových těch rodinných zábavách, jak se řekne: lyže, voda, prostě, jako měly tlustou maminku.*“ Respondentka R1 dostala o rodiny **slevový**

**kupon** na zmeření přístrojem InBody „... vše jsem na něm měla špatně a to mě popíchlo k nějaké změně.“ Respondentky R5, R6, R7 se snažily snížit váhu kvůli **zdravotnímu stavu**. R6: „...mě vlastně diagnostikovali cukrovku spojenou s obezitou, tak proto jsem se snažila zhubnout.“ Respondentka R7 trpí roztroušenou sklerózou, k jejíž léčbě jí byly předepsány kortikoidy. Za dobu užívání těchto léků přibrala na váze o 30 kg na váhu 148 kg.

Diagram 1 Informovanost pacientek



#### 4.1.2 Kategorie: *Stav před operací*

Většině respondentek (R1, R2, R6, R7) byla obezita diagnostikována v **dospělosti**.

R1: „Přes známé – kamarádka mi pomohla k operaci, dále mi jí doporučila diabetologická lékařka, zkoušela jsem kopici diet a ani jedna mi nepomohla.“

R2: „Po úmělém oplodnění v roce 2001.“ Respondentkám R3, R4, R5 byla obezita diagnostikována v **dětství**. R5: „Na základní škole, to mi mohlo být nějakých 10 nebo 12. Doktorka mi nabízela různé typy diet a i ten ozdravnej pobyt, na kterej sem nejela.“

Před operací všechny respondentky absolvovaly léčbu pomocí **diet**. R6: „Držela jsem diety a váha šla nahoru dolů, jojo efekty.“ **Pohyb** k dietě zařadila pouze respondentka R4: „Měla jsem diety a sportovala jsem, jinou léčbu jsem nepodstoupila.“ Respondentka R5 používala v léčbě obezity i **farmaka**. R5: „...diety, a pak jsem zkoušela léky, nějakej Herbalajf už nevím, jak se to přesně jmenovalo.“

Pacientka R1 podstoupila bariatrický zákrok **tubulizace žaludku**, před výkonem vážila 116 kg, nyní 87 kg při výšce 160 cm. Respondentky R2, R3, R4, R7 podstoupily **bandáž žaludku**. Respondentka R2 vážila před výkonem 118 kg, nyní 100 kg s výškou 160 cm. Respondentka R3 měří 167 cm, před výkonem vážila 90 kg, nyní váží 75 kg. Respondentka R4 při výšce 170 cm vážila před zákrokem 132 kg, nyní váží 100 kg. Respondentka R6 vážila před zákrokem 148 kg, nyní váží 123 kg s výškou 174 cm. Respondentka R5 podstoupila **plikaci žaludku** s výškou 164 cm vážila před operací 135 kg, nyní váží 99 kg. Šestá respondentka (R6) podstoupila neadjustabilní **bandáž žaludku**, která jí v únoru 2015 byla **odstraněna**, před zákrokem vážila 165 kg, nyní má 130 kg s výškou 178 cm.

#### 4.1.3 Kategorie: *Dědičnost*

Převážná část respondentek (R1, R2, R5, R6) se domnívá, že obezita **není dědičné onemocnění**. R1: „No nemuselo by být“ R2: „Ne, u nás jsou všichni štíhlí. Já jsem vlastně nemohla mít děti a pořád do mě prali hormonální prášky, takže tu obezitu mám z úmělého oplodnění a vlastně zjistili, že se mi rozhodil metabolismus a ještě štítná žláza.“ Respondentky R3, R4, R7 si naopak myslí, že obezita **je dědičné onemocnění**.

R7: „Asi jo, je to určitě výchovou v rodině, protože že jo, ty rodiče vám dávají něco na talíř.“

V rodinách pacientek jsou buď obézní **nejbližší příbuzní** (rodiče, prarodiče) (R1, R3, R4, R5, R6) nebo **nikdo** (R2, R7). R1: „U nás tím trpím jen já a mamka, moji prarodiče a dcera jí taky nemá.“ R7: „V naší rodině jsou silnější všichni bych řekla, protože prostě rádi jíme, tak to je.“

#### 4.1.4 Kategorie: **Předoperační péče**

Klientky nejčastěji uváděly, že před operací podstoupily vyšetření **chirurgickým** (R1, R3, R6, R7) a **interním** (R1, R3, R4, R5, R6, R7) **lékařem**. Respondentky R4, R5, R6 uvedly, že byly před operací vyšetřeny **diabetologem** nebo **výživovým poradcem** R4: „...vyšetření výživovým poradcem, internistou, diabetologem...“ Respondentka R1 uvedla, že byla ještě vyšetřena **praktickým lékařem**.

Dále byla respondentkám **odebrána krev** na laboratorní vyšetření (R1, R4, R5, R6). R1: „odebírali mi krev, hodnotili tam 5 faktorů, které jsem měla na lístečku z Břeclavi.“ R4: „Nejprve byly náběry... Respondentky R4, R6 musely před výkonem **snížit hmotnost**. R4: „... pak jsem musela snížit váhu o 5kg...“ Respondentka R5 podstoupila pře výkonem **plicní vyšetření**.

Respondentkám R2, R4, R5, R7 bylo provedeno **gastroskopické vyšetření**. R2: „...byl pohovor s psychiatrem, pak mi dělali, takovou tu nepříjemnou sondu do žaludku, všechno mi tam podrobně vysvětlili, co mě čeká, jaký jsou možný rizika a no a to je asi všechno.“ R4: „...podstoupila jsem gastroskopi...“ R7: „Předoperační vyšetření no to byla ta fibroskopie, klasicky, psychologický vyšetření potom nějaký psaní toho jídelníčku a interní vyšetření.“

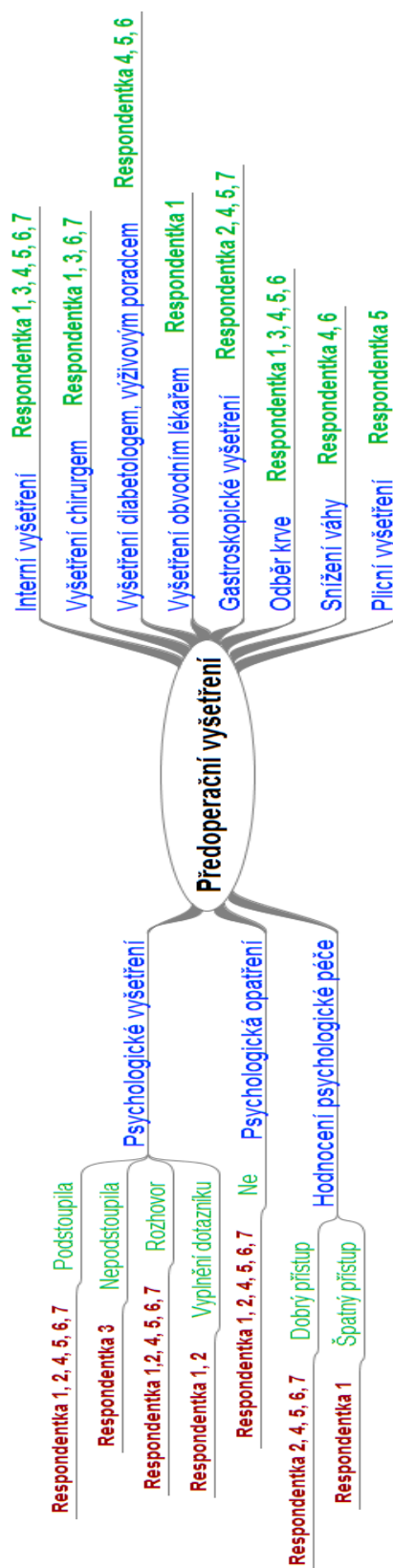
Většina respondentek (R1, R2, R4, R5, R6, R7), krom respondentky R3, **podstoupily** psychologické vyšetření. R6: „Bylo sezení tam vlastně mi vysvětlili, že ta operace bude mít nějaký postup, já se budu muset přizpůsobit, že to není jenom, že ta operace vyřeší všechno to ne.“ R3: „ V té době se to nedělalo... mám bandáž už dvacet let.“ Všechny respondentky absolvovaly při vyšetření **rozhovor** s psychologem. R5: „Bavili jsme se ovšem možným, jsem z vesnice, takže o životě tady,



*o léčbě, o tom kdo mi bude pomáhat. Měla jsem z toho strach, ale bylo to v pohodě,...měla jsem pocit, jako když se bavím s kamarádkou.“ Respondentky R1, R2 vyplnili k rozhovoru **dotazník**. R2: „...něco jsem tam zaškrtovala, ale já už si moc nepomatuju.“*

Respondentkám (R1, R2, R4, R5, R6, R7) **nebyla doporučena** žádná psychologická opatření. R6: *„Nebyla mi doporučena žádná psychologická léčba.“* Respondentka R1 **nebyla spokojená s přístupem** psychologa. R1: *„Všechno špatně. Nic důležitého mi neřekl a vzal si za to 1000 Kč. Neměl na mě čas...nebyl prostor se na spoustu věcí zeptat, pak jsem tam šla po druhé pro výsledky dotazníku a pak jela do Břeclavi.“* R2: *„psychologická péče mi nepomohla, mohla by být větší. Jako jedno sezení s psychiatrem na takovouhle operaci si myslím, že je docela málo“.*

Diagram 2 Podstupovaná předoperační vyšetření



#### 4.1.5 Kategorie: *Pooperační péče*

Po operaci pacientky potřebovaly dopomoci při **celkové péči**. Nejčastěji jim sestry pomáhaly při **vertikalizaci** (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7). R5: „*Sestřičky nám pomáhaly ve všem možná, až moc často za náma chodily na pokoj. Třeba když někdo zvracel, tak hned přišly, pomohly mu a bylo to.*“ S respondentkou R1 byla prováděna **dechová rehabilitace**. R1 „*Po narkóze se mi špatně dýchalo, dostala jsem takový ten foukací přístroj s balonky, do kterého jsem dýchala. Měla jsem pocit, že se nemůžu dodechnout, takový pocit, že se mi zastaví dech.*“ Respondentky R1, R3 měly zaveden drén. R1: „*...měla jsem zavedenou hadičku na čůrání a drén v břiše.*“ Respondentka R2 měla zavedenou **nasogastrickou sondu**. R2: „*Před operací jsem měla zavedenou hadičku do břicha přes nos a po ní už ne.*“ Respondentka R3 měla po výkonu zavedeny dva **drény**.

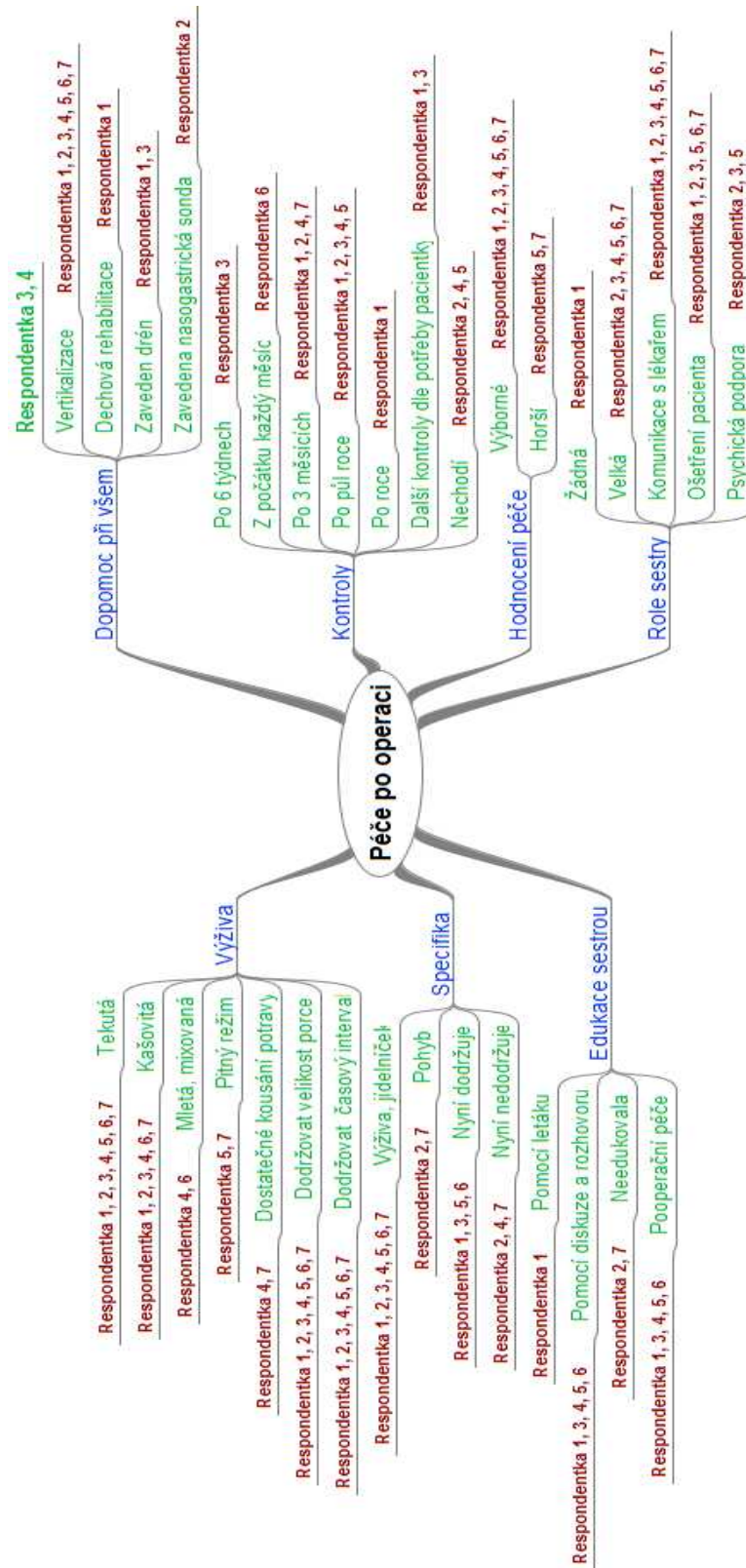
Po operaci měly respondentky **tekutou stravu**.(R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7) R6: „*Nejdřív tam byla vlastně strava tekutá, potom byla kašovitá, potom bylo mletý, pak se dalo přejít na normální stravu a omezení určitejma porcema a gramáží.*“ Poté respondentky R1, R2, R3, R4, R6, R7 přecházely na stravu **kašovitou** a dále respondentky R4 a R6 na stravu **mletou (mixovanou)**. Všechny respondentky musely **dodržovat velikost porce a časový interval** stravování. R6: „*vlastně dodržování striktní toho jídelníčku, protože bych si ublížila sama sobě. No a následovně se prostě tomu nepoddávat, že mám hlad, ale řídit se podle toho, aby se ten žaludek nevytáhnul. Prostě poslouchat*“ Respondentky R1, R3, R4, R5, R6 **dodržují specifika** i nadále. R3: „*No dodržuju, protože se nedá sníst velký množství, to by mi bylo špatně. Od té doby jim menší dávky, ale žádný problémy jsem neměla zažívací, žádný zvracení, žádný průjmy, nic takovýho, úplně v pohodě.*“ Respondentky R2 a R7 nyní tyto **specifika nedodržují**. R2: „*To si pomatuju do teďka což nedodržuju. Půlku kelímku od jogurtu mi tam furt ukazovali... No dneska už by to nepodstoupila v žádným případě. Dneska mám žaludek vytažený a mám ho i trošku utažený*“ R7: „*Dodržovala striktně, chutě samozřejmě nějaký byly, pak jsem i začala cvičit hodně, ale tím postupem toho času, jak jsem rok po té operaci tak začínám mít čím dál tím větší hlad. Takže se zvětšuje ta velikost těch porcí a problém je třeba i v práci, že nemůžete dost dodržovat ten časovej*

*harmonogram, takže tím jak se mi roztahuje zpátky ten žaludek tak ty porce už nejsou prostě 150g, ale sním toho strašně moc zase.“*

Pacientky byly po operaci edukovány sestrou o **pooperační péči** (R1, R3, R4, R5, R6), která se zabývala převážně stravováním a jídelními doporučeními. R1: *„Dostala jsem od sestřičky leták, pak jsme spolu diskutovaly...mohla jsem se na všechno zeptat, ale mě bylo vše jasné.“* R3: *„Před tou operací, jako co to obnáší, nebo co budu muset, jak budu muset, pokud bych teda na to šla. A po operaci, my zase řekli, co nemám dělat a za šest týdnů jsem šla normálně na směny do práce.“* R5: *„Dávaly nám rady, co můžeme a co ne. Jak co pít, že si máme nejdřív otírat pusou a pak po lžičkách malé množství.“* Sestry **needukovaly** respondentky R2 a R7. R2: *„No sestry ne spíš ta doktorka ten primář. Sestřičky ne ty spíš chodily, jak se to hojí a jako že se mám procházet, prohlížely mi ty rány.“* R7: *„Já jsem asi nic nepotřebovala tak mě nic neříkaly.“*

Na kontroly chodily respondentky nejčastěji **po 3 měsících** (R1, R2, R4, R7) a následně **po půl roce** (R1, R2, R3, R4, R5). R1: *„Chodila jsem na kontroly v prvním roce po třech měsících, v druhém roce po 6 měsících, třetí rok po půl roce a pak už ne. Řekl mi, že se po třech, čtyřech letech začnu spravovat, že jde potom udělat bypass, ale to já nechci a proto nabírám.“* R2: *„Byly daný časový rozmezí. Myslím, že to bylo tejdén po tom zákroku pak asi 14 dní a potom jsem tam jezdila pravidelně asi každý 3 měsíce.“* R3: *„No ze začátku jsem chodila asi po šesti týdnech. A pak jsem chodila nějak po půl roce, pak po roce a teď už vůbec, jenom jsem domluvena, kdybych měla nějaký komplikace, že můžu kdykoliv tam přijít.“*

Diagram 3 Péče po operaci



#### 4.1.6 Kategorie: *Psychologická péče*

Respondentky (R1, R2, R4, R5, R6, R7) podstupovaly psychologické vyšetření **předoperačně**. Všechny respondentky (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7) po operaci **nepotřebovaly** psychologickou péči. R1: „*Ne, jsem psycholog sama sobě.*“ R3: „*Já jsem takový rázný člověk i na sebe, takže jsem nic nepotřebovala.*“ Respondentkám R1, R2, R4, R5, R7 **nepomohla** psychologická péče. R2: „*Já si myslím, že ne. Jako vysvětlili mi všechny otázky, co jsem chtěla vědět, tak to mi řekla.*“ Respondentka R6 odpověděla, že jí určitě psychologická péče **pomohla**, díky ní si uvědomila spoustu věcí. Všechny respondentky (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7) **nenavštěvují** psychologa. Respondentkám R1, R2, R3, R5, R6, R6 **nebyla** nabídnuta možnost psychologické podpory po operaci, zatímco respondentce R4, tato možnost **byla** nabídnuta. R4: „*Byla mi nabídnuta pomoc i když jsem jí nepotřebovala, sestřička se zmínila, že je tu ta možnost, takže jsem ani nic nepodstoupila.*“

#### 4.1.7 Kategorie: *Život po operaci*

Přímo po zákroku **netrpěly** žádnými **obtížemi** všechny respondentky (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7). S odstupem času začaly mít respondentky R1, R2, R6 **potíže při nebo po stravování**. R1: „*Jedinej můj problém je, že nemůžu květák, protože mě nadýmá, ale jinak mi nic nedělá. A pálí mě žáha...*“ R2: „*Dělá mi problém, že se nemůžu po jídle hned napít a potom suchá rýže nebo rizoto to prostě nepolknu.*“ Obtížemi **při nebo po stravování netrpí** respondentky R3, R5, R7. Respondentce R3 se po delším čase objevila **kýla** v jizvě. R3: „*Mám klasickéj řez, takže jediná komplikace, kterou jsem měla byla, že se mi udělala kýla v jizvě. Takže jsem byla potom ještě na kýle.*“ Respondentka R7 byla účastnicí autonehody, narazila břichem do volantu a od té doby **cítí port a bolest**. Pacientka R5 uvedla, že má problémy s vypadáváním vlasů a zimomřivostí. R5: „*No akorát je vám furt zima, předtím bylo pořád horko. Ale i teď když jedu v autě a je venku třicet, tak jsem navlečená...a taky mi vypadávají vlasy, ale o tom všem mi řekli ještě před operací.*“

Většinu respondentek (R1, R2, R3, R4, R5, R6) **byla doporučena možnost** plastické chirurgie. Tuto možnost využila pouze respondentka R5 a R6: „*Mám jenom*

*břicho, jo nemam kotvu. Mám jenom kříž přes břicho, protože bylo mi řečeno, že kdyby se stalo, že zhubnu tak vlastně můžu jít ještě na druhou plastiku.“ R3: „ Já jsem plastiku nepotřebovala.“ Respondentce R7 možnost plastického výkonu **nebyla nabídnuta**. R7: „Ještě ne protože až po porodu, protože uříznout břicho a pak rodit je hloupost. Což docela chápu, ale do budoucna bych o tom určitě uvažovala.“*

Pro většinu respondentek (R1, R3, R5, R6, R7) přinesla operace **velkou životní změnu**. R1: „Úžasný... změna od základu, měla jsem pocit, že jsem omládlá. Přestala jsem mít pocit, že když jdu s taškou s nákupem, tak se pode mnou třese zem. Udělala jsem si kopu radosti, protože jsem vyházela svůj starý šatník a nakoupila nové věci. Prostě velká změna.“ R4: „Lépe se cítím, jinak je vše stejné až na nakupování věcí. Nenakupuji věci na slona, ale na člověka.“ Pro respondentku R2 bariatrická operace **nepřinesla změnu žádnou**. R2: „No nijak, nebyl na to asi čas no. Jako po tej operaci jsem jako docela dost spadla no, ale pak jsem to začala postupně, když jsem to prostě nedržela, tak jsem to postupně začala nabírat, no a pak se to stalo s tím manželem, takže nějaký diety a bandáže prostě to šlo úplně mimo mě.“

Většina respondentek (R1, R3, R4, R6) jsou **spokojeny** se svou dosavadní léčbou R6: „Hodně, už se tolik necítím jako méněcenná... S léčbou spokojená jsem, ale s váhou ne.“ Respondentky R2, R5, R7 s dosavadní léčbou **nejsou spokojeny**. R5: „Nejsem spokojená, proto jdu na novou plikaci. Snad už bude poslední.“

#### 4.1.8 Kategorie: **Role sestry a přístup zdravotnického personálu**

Dle všech respondentek (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7) byla péče **výborná** R1: „Všichni byli milí, vstřícní, příjemní, měli tam dobrý kolektiv.“ avšak pacientky R5 a R7 hodnotily péči, jak **kladně** tak i **záporně**.: R5: „ta brzká pooperační péče byla v pohodě...známka jedna...sestřičky se k nám chovaly hezky, pomáhaly nám...možná až moc často za náma chodily na pokoj...Ta dlouhodobá to je horší, tak za tři... když tam jedete na kontrolu a oni se vám věnujou 5 minut. Přišlo mi, já to nechci říct ošklivě, že když viděli, že z toho nebudou mít nějaký operace a peníze, tak to neřešili. Ani mě neposílali na žádný kontroly, dokud jsem si o to neřekla tak mi jí nenabídli.“ R7: „Byly hrozně příjemný, já si tam nemůžu stěžovat absolutně na nic, na ty sestry,

*který se tam o mě postaraly, na doktory, jako tam zážitek nemám. Pokud do tý pooperační péče zahrneme i ty následný kontroly třeba po roce nebo takhle, tak to už jakoby je horší, to už jsem byla zklamaná jo, to už ta paní doktorka neprojevovala takovej zájem. Už jste byla řadovej pacient a když jsem řekla o nějakým problému, tak řekla musíte dodržovat ty porce a tím jsem skončila“*

Dle respondentek sestra zastává **velkou roli** (R2, R3, R4, R5, R6, R7) v péči o bariatrického pacienta, **ošetřuje jej** (R1, R2, R3, R5, R6, R7), je mu **psychickou podporou** (R2, R3, R5) a **komunikuje s lékařem** (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7). R2: *„Já si myslím, že velkou, že když není zrovna ten doktor k dispozici, tak je tam ta sestřička.“* R3: *„Roli... no já myslím, že určitě velkou i ze své praxe vím, že osmdesát procent léčí dobré slovo a dobrá péče a dvacet procent to druhé. I kdyby měli nejlepší léky, nejlepší všechno a chovaly by se k němu ošklivě, tak mam dojem, že by to psychicky zvládl špatně.“* Pouze R1 řekla, že nemá **žádnou** roli a následně určila dvě role. R1: *„Nejspíš žádnou...komunikuje s doktorem, ošetřuje...“*

## **4.2 Kategorizace sester pečujících o bariatrické pacienty**

### *4.2.1 Kategorie: Péče před operací*

Nejčastěji sestry odpovídaly, že se před bariatrickým výkonem provádí **interní** (S2, S6, S7, S8, S9) **psychologické** (S2, S6, S7, S8, S9) a **chirurgické vyšetření** (S2, S4, S6, S7, S8, S9). S9: *„Předoperační příprava: mají interní, chirurgické vyšetření, EKG, pak nějaké ty běžné, co se týče biochemie, krevního obrazu a Quick.“* S7: *„Před tou operací musejí navštívit psychologa...seznam vyšetření teď vám nepovím přesně kterejch, ale vim, že tam je psychologickéj pohovor.“* S4: *„Psychologické vyšetření? To nemůžu říct, to nevím.“* Sestra 2 uvedla: *„Vidím ty klienty po sále, nevím přesně, jak to chodí před operací, ale budou mít taky chirurgický a interní vyšetření“* V průběhu rozhovoru zmínila, že klienti předoperačně spolupracují s psychologem. Sestra 6 doplnila: *„Musí mít všechno hotový, s tím, že se udělají **výtěry nosu a krku**, ale to už jen u těch starších, mám dojem od 55.“* a sestry 7 a 9 uvedly, že klienti musejí ještě



podstoupit **gastroskoenterologické** vyšetření. S9: „...projdou chirurgem, gastroenterologem, kde se teda dělá vyšetření toho žaludku zevnitř, že jo, invazivní a samozřejmě psycholog.“ Sestra 7 uvedla dále **spirometrické** vyšetření, vyšetření ve **spánkové laboratoři** a **nutriční vyšetření**. S7: „...případně u nás je navíc spirometrie, ta je podmínkou předoperačního, ... nebo hodně lidí trpí spánkovou apnoí, takže musí ještě do spánkové laboratoře, aby získali CPAP a tak dále.“ Sestry S3, S4, S6 označili předoperační přípravu za **běžnou**. S3: „Normálně běžná předoperační příprava“

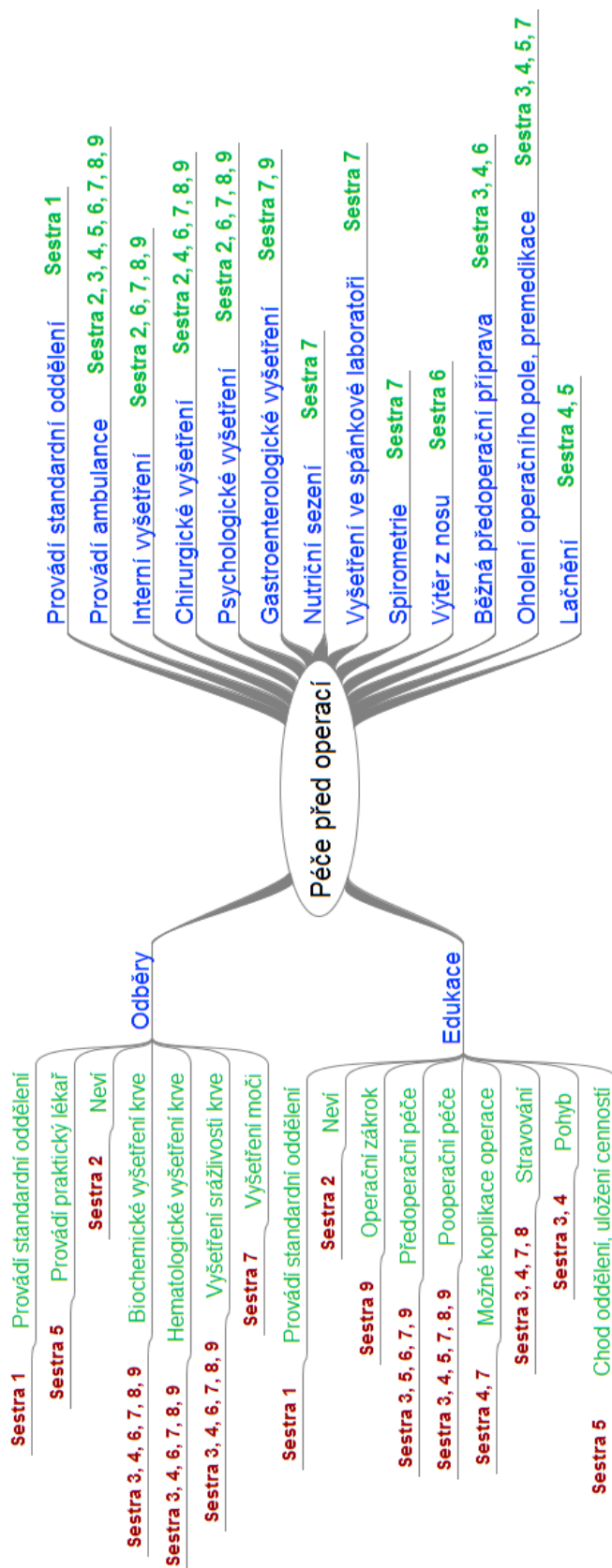
Sestry nejčastěji uváděly, že je v předoperační příprava prováděna v **ambulanci** (S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9). Sestra S1 uvedla, že je předoperační vyšetření prováděno na **standardním oddělení**. Před operací jsou klientům provedena vyšetření krve: **hematologie, krevní obraz a srážlivost** (S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9). Sestra S7 dodala ještě **moč + sediment**. S7: „Na té ambulanci vlastně tam je ta biochemka, základní - to jsou minerály, jaterní testy, ledvinové složky, glykemie; pak krevní obraz, koagulace a moč plus sediment.“ S9: „... Normálně běžná předoperační příprava standardní laboratorní vyšetření - srážlivost, krevní obraz, biochemie...“ S2: „Vidím pacienty po sále, nevím, jak to chodí předtím.“

Sestry předoperačně edukují pacienty zejména o **předoperační přípravě** (S3, S5, S6, S7, S9) a **pooperační péči** (S3, S4, S5, S7, S8, S9). Sestry S3, S4, S7, S8 řekly, že před operací klienty edukují o **stravování**. S3: „Informujeme o předoperační přípravě, co bude po operaci, stravování, pohyb, edukace o všem.“ S8: „Hlavně je informujeme o tom, jaká bude dieta po operační, aby s tím počítali, hlavně, že nesmí pít a musejí poslouchat naše pokyny po operaci.“ Sestra S7 dodala: „Tam je to jednoduchý, oni musí být edukováni v rámci toho ambulantního procesu, protože to je výkon, u kterého je nezbytný aby ti lidi spolupracovali až dokonce života, takže oni musí chápat všechny informace, který se jim řeknou. Takže tam musí přijít s balíčkem informací, že přesně vědí na co jdou, proč na to jdou, co to znamená pro ně do konce života, jaká strava bude následovat a už domácnost by na to měli mít připravenou...když se třeba ptají tak jim je dobrý říct, že můžou mít po určitým typu výkonu zase není to u všech... nevolnosti až zvracení, takže je dobrý, když jsou ti lidi na tohle připravený,

*oni to řeknou i doktoři chirurgové, ale těch informací, kteří ti lidi dostanou je tolik, že prostě zákonitě X věcí jim vypadne a najednou neví...“* Dále sestry pacienty edukovaly o **pohybu** (S3, S4), **chodu oddělení, uložení cenností** (S5), **operačním zákroku** (S9) a **možných komplikacích** (S4, S7). S4: „...*jaká jsou rizika vysvětlujeme, že se musí šetřit, jak se mají pohybovat...“*

Večer před operací pacienti **lační** (S4, S5). S5: „... *už v den toho nástupu jenom bujon, čili už nic nejí, aby ten žaludek byl vyprázdněný. Jinak někdy i pan profesor vyžaduje glycerinové čípky, aby se i vyprázdnil, někdy ne, záleží to vlastně pacient od pacienta. A jinak se objednávají standardně krve před tou operací, zajistí se žilní vstup a eventuálně někteří rizikovní pacienti dostanou preventivně antibiotika.*“ Těsně před operací je pacientům podávána **premedikace** a **oholeno operační pole** (S3, S4, S5, S7). S7: „... *předoperační příprava sesterská, to znamená oholí si operační pole, nasadí si trombotické punčošky, převlečou se do košilky, odstraní zuby, šperk, kontaktní čočky...“*

Diagram 4 Příprava pacienta před operací



#### 4.2.2 Kategorie: *Péče po operaci*

Podle sester S3, S7, S8, S9 jsou pacienti těsně po operaci ukládáni na **pooperační pokoj**, dle sester S1, S2, S4, S5, S6 na **jednotku intenzivní péče**. Zde jsou jim sledovány **fyziologické funkce** (S1, S2, S3, S7, S8, S9), **podávána parenterální výživa** (S1, S2, S3), **podávána kyslíková terapie** (S1, S2), **prováděna kontrola pasáže** (S1, S4, S5, S6) a **plní se ordinace lékaře** (S1, S2). S4: „*Oni když jsou po výkonu tak potom končí pravidlem na JIPce, když to probíhá dobře, když je tam nějaká komplikace tak na ARu.*“ S1: „*Napojí se na monitor, dá se mu kyslík, všechno vlastně, saturace se připojí, naberou se ty kontrolní náběry, no a pak už se vlastně řídíme ordinacemi lékaře... druhý den se mu dělá kontrolní polykací akt, jestli to funguje, pokud je to všechno v pořádku tak se přendává na standardní oddělení.*“ S2: „*Napojíme na monitor a provádíme ordinace dle lékaře.*“ S3: „*Běžná pooperační péče na chirurgii. Kontroluje se tlak, puls, fyziologické funkce, operační rána.*“

Následně jsou pacienti převezeni na **standardní oddělení**, S9: „*...potom vlastně jde na pokoj sem na oddělení. Tady se kontrolují fyziologické funkce á 3hodiny...*“, kde sestry pečují o **operační ránu** (S3, S4, S7), pacientům provedou **sérii odběrů** (S4, S5, S6), S6: „*To se dělá první, třetí a pátý den. Většinou pacienti jdou třetí nebo čtvrtý den domů. Takže ten pátý den už se to v podstatě nestíhá nabírat. Nicméně se tam nabírá krevní obraz, glykovaný hemoglobin, z biochemie teď nevím konkrétně, co se tam nabírá ale od těch klasických CRP, všechno co potřebují, minerály, co si napíše pan doktor.*“ Ostatní sestry uváděly z odběrů krve vyšetření **biochemické a hematologické** (S1, S2, S4, S5, S6, S9). S1: „*Běžný odběry, jako u každého operanta. Takže krevní obraz, biochemii, srážlivost.*“ R9: „*Potom samozřejmě když je nějaká větší krevní ztráta hemoglobinu se odebírá, krevní skupina, srážlivost znova, minerály hodně.*“ Dle sester S3 a S8 záleží vždy na **ordinaci lékaře**. S8: „*Po operaci zase záleží na doktorovi, jestli chce něco doplnit zvláštního, jako krevní obraz. Jinak nekontrolujeme, standardně se to nedělá*“ Dále jsou jim **doplňovány tekutiny** (S7, S8), a **výživa parenterálně** (S4). Po parenterální výživě pomalu pacienti přecházejí na enterální stravování s **dodržováním dietních omezení** (S3, S4, S5, S6,

S7, S8, S9). S3: „Pacienti postupně po operaci začínají tekutiny po lžičce určitý množství se přidává. Na ambulanci na kontrolu jdou ještě s tekutou stravou. Množství v jedné dávce asi 100 ml s tím, že mají častější dávky.“ S5: „Je to v tom množství, že musí jíst méně, často, po malých dávkách nedráždívou stravu. A hlavně teda u nás když jsou tak zatím jsou jenom pouze na tekuté stravě. Čili tekutiny a bujón. Oni to pak sami poznají, že se cítí takový nafouklejší, a že je to břicho i bolí. Organismus si řekne sám.“ S7: „...dle typu výkonů, například bandáž tam už v den operace můžou třeba po lžičkách opatrně začít popíjet nějakou tekutinu a následně druhý den mají lžičku bílého jogurtu k snídani, v poledne bujón, k večeři bujón a v průběhu dne popíjení po doušcích... u té plikace tam je to zase, že začínají na kostkách ledu - cucat a když tohle zvládnou, tak přecházejí na tekutiny po lžičkách pak na tekutiny po doušcích a nejvyšší level je bujón. Dietní omezení je taky podle stavu.“ S8: „...Když je to plikace, tak se začíná s těma ledama, dva týdny na tekutý potom se postupně jde na kašovitou postupně teda pomalinku. U bandáže to je zase něco jinýho, tam už vlastně tekutá ten den operační pomalu se začíná...“ S9: „... jsou po bariatrický operaci a nezvrací ty lidi, cítí se dobře tak můžou zkusit ledy, oni teda zkoušejí jestli tam je průchodnost, pro ten nějaký malej kousek té tekutiny, malý množství, protože ten žaludek je smotaný, je nateklej, je na jiným místě, musí se teda usadit, najít si svoji polohu...“

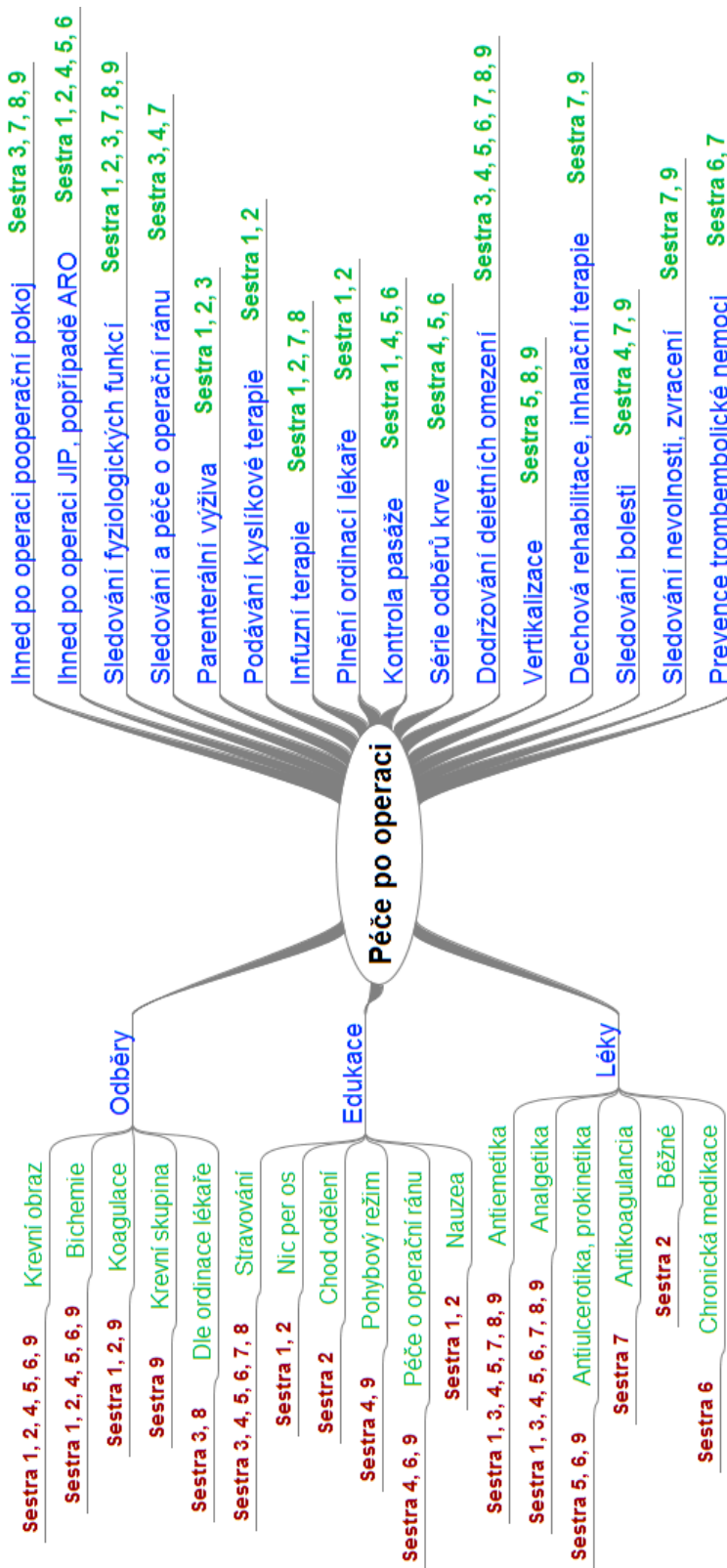
Po operaci je s pacienty prováděna **dechová rehabilitace a inhalační terapie** (S7, S9). R7: „... ta dechovka tím ty plíce rozvine, nutí je odkašlávat a ty plíce se čistí. Fakt se dá předejít mnohem dalším komplikacím, který u těch obézních jakoby jsou. Takže ta dechová rehabilitace ta už je víceméně po celou dobu hospitalizace.“ Dále jsou pacienti **vertikalizováni** (S5, S8, S9). S9: „...při tom vstávání, protože nesměj zapínat břišní lis, takže se vstává do boku, aby prostě si nepoškodili ty operační rány, jak mají dýchat při tom, kam jak mají koukat, protože když koukaj do země víc se jim točí hlava, okno otevřít, prostě takový věci, aby jim to bylo, co nejvíc příjemný.“ Sestry S6 a S7 uvedly prevenci **trombembolické nemoci** (S6, S7). S7: „Dostávají léky k analgezií, proti nevolnosti, antikoagulační léčbu, infuze...“

U klientů po operaci se **sleduje bolest** (S4, S7, S9), **nevolnost a zvracení** (S7, S9). Pacientům jsou nejčastěji podávána **analgetika** (S1, S3, S4, S5, S7, S8, S9)

a **antiemetika** (S1, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9) S5: „*Tak na bolest standardně máme Novalgin, Paracetamol eventuálně při velkých bolestech Morfin.*“ S8: „*...léky proti nevolnosti plus analgetika, pravidelně.*“ Sestry S5, S6, S9 také uvedly podávání **antiulcerotik, prokinetik** S5: „*A pak dostávají časovaný po 12 hodinách Controlog, což je jakoby taková i prevence vředu, pomáhá lepšímu trávení a Degan.*“ Sestry S6 a S9 doplnily ještě **chronickou medikaci**. S9: „*Nejčastěji jsou to analgetika na bolest, antiemetika proti zvracení, potom už je to individuální. Na vysoký tlak to už není standart to je prostě chronickou medikací, to je už pacient od pacienta. A standardně se podává Helicid po plikaci...*“ S2 používá pro bariatrické pacienty **běžnou medikaci**.

Pacienti jsou edukováni zejména o **stravování** (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8), **péči o operační ránu** (S4, S6, S9) a **pohybovém režimu** (S4, S9). S1: „*Nesmí jíst, nesmí pít, jen svlažovat rty... Svlažují si ústa do doby, než je jim udělán polykací akt, vypijou já asi tak stovku za tu dobu....*“ S3: „*Po operaci hlavně teda stravování. Postupně po operaci začínají tekutiny po lžičce určitý množství přidává se. Na ambulanci na kontrolu jdou ještě s tekutou stravou.*“ S9: „*O tom jak se mají prostě pohybovat na tom lůžku, třeba se chtěj posunout nahoru takže, edukujeme o polohování*“ Sestry S1 a S2 doplnily, že při edukaci pacienty upozorňují na možnost **nauzei**. Sestra S2 edukuje ještě klienty o **chodu oddělení**. S2: „*Edukujeme je tady k oddělení... tak jim říkáme, co smí a nesmí, o nauzee...*“

Diagram 5 Péče o bariatrického pacienta po operaci



#### 4.2.3 Kategorie: *Používané postupy*

V péči o bariatrického pacienta většina sester **nevychází ze standardu ošetrovatelské** péče, protože na jejich pracovišti není vypracován (S1, S2, S3, S6, S7, S8, S9). S1 *„Tady máme standardy na všechny pacienty. Nerozdělujeme je, máme je stejné jako třeba traumačka, prostě celonemocniční.“* S6: *„No je to běžná péče o operanty, to není, jako že by byla úplně jiná. Akorát jsou tam jiné odběry, že to není u každého pacienta, jen tady u těch bariatrii. Jinak je péče o pacienty stejná jako u každého jiného operanta, to je fakticky jen v podstatě laparoskopický výkon.“* Sestry S4 a S5 uvedly, že na svém pracovišti **mají vypracovaný standard ošetrovatelské péče**.

Z ošetrovatelských testů nejčastěji sestry používají **test Bartel** (S2, S4, S5, S6), **Norton** (S3, S5, S6) a **Morse** (S4, S5, S6). S5: *„Tak určitě riziko dekubitů - Norton, ale většinou jsou to pacientky chodící. A potom Bártela samozřejmě, jak jsou moc soběstačný, což většinou jsou a potom ještě Morse, riziko pádů, přece jenom jsou po operaci a to riziko tam většinou je.“* Všeobecný ošetrovatel S4 doplnil, že na pracovišti používá **nutriční screening a vizuální analogovou škálu**. S4: *„...na stravování teď si nevzpomenu...jo nutriční screening...Pak na hodnocení bolesti máme škálu od jedničky po desítku. Pacientovi vysvětlíme, že jednička nebo nula je nic a desítka je nejvíc a podle toho se jich ptáme, jak by jí označili, potom ještě na charakter...“* Sestra S6 uvedla, že k hodnocení pacienta ještě používají **anamnézu**. Sestra S1 odpověděla, že ošetrovatelské testy **neklasifikují**, protože všichni klienti jsou na jejich pracovišti bráni, jako riziková.

Sestry používají k hodnocení pacienta nejčastěji ošetrovatelské diagnózy: **bolest** (S1, S2, S3, S4, S5, S6), **riziko vzniku infekce** (S1, S2, S4, S5, S6), **riziko pádu** (S3, S4, S5) a **prevence tromboembolické nemoci** (S4, S5, S6). S2: *„My máme předepsané, používáme hlavně nebezpečí vzniku infekce a bolest, když by nám nestačily, tak si můžeme vypsát novou diagnózu.“* S4: *„Když jsou polymorbidní a mají třeba problémy s klouby nebo můžou přijít o hůlce, tak mají riziko pádu, jinak to nedáváme standardně při příjmu. Potom dostávají různou antibiotickou profylaxi, tak musíme*

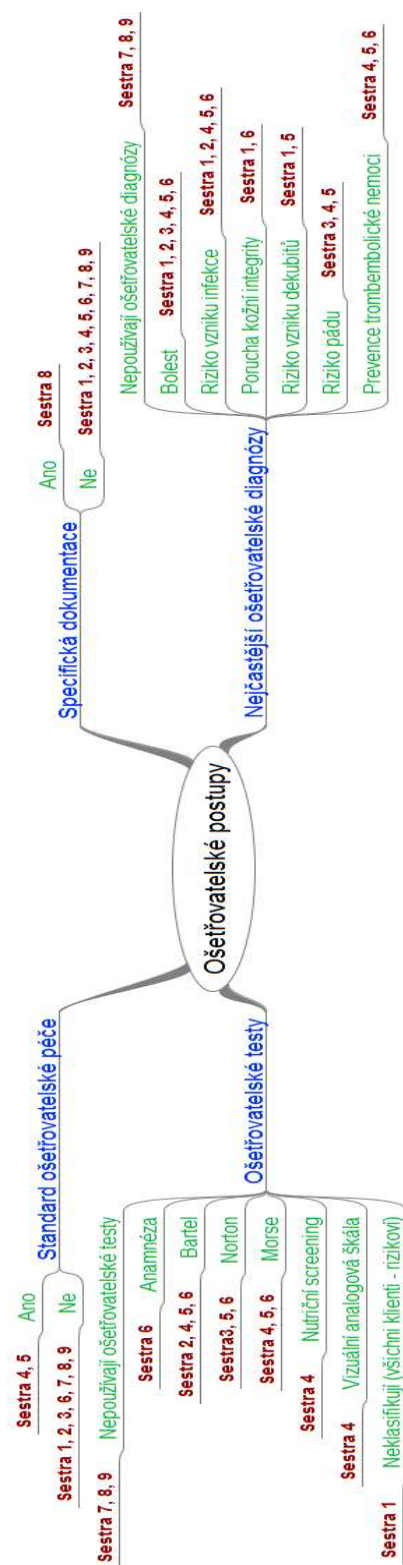


*zavést PŽK tak už mají i s tímhle riziko infekce, plus do rizika pádu, můžou mít bolesti...“*

Sestry S7, S8, S9 na svém pracovišti **nepoužívají ošetrovatelské testy, standardy a diagnózy**. S7: *„Nic takovýho se u nás nepoužívá.“* R8: *„Tady na to není čas. Tady se to tak rychle obměňuje.“* S9: *„Ne. My jsme malej kolektiv a pan profesor má standardy jak chce, aby my jsme potom postupovali a my si to předáváme... Je to individuální, protože ty lidi se nechovaj stejně po tý operaci, takže i ta sestra to musí odhadnout. Kdy může, co podal, že nemůžeme běhat za doktorem pořád, jestli mu může dát led nebo ne. Je to hodně specificky ta bariatricie.“*

Sestry uváděly, že pro bariatrické pacienty **nemají** vypracovanou **specifickou dokumentaci** (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S9), pouze sestra S8 poukázala na specifickou dokumentaci: *„Je tam speciální složka předoperační a pooperační péče, co se vlastně týká péče na JIPce. A potom tady na oddělení to je vlastně jeden papír - ten operační den a potom se postupně přechází už na dokumentaci normální, tady oddělení.“*

Diagram 6 Používané ošetrovatelské postupy



#### 4.2.4 Kategorie: *Statistika a výhody bariatrické péče*

Všechny sestry (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9) shodně vypověděly, že **neví**, kolik je doporučováno pacientů po bariatrickém zákroku k plastickému výkonu. Dále sestry S1, S2, S5, S7, S9 **neví** kolik je ošetřováno celkově pacientů na oddělení. S1: „*Statistiku si nevedeme, my tomu říkáme raport, kde je přehled pacientů, který se tady otočí...nevím kolik jich je za měsíc.*“ Sestra S3 uvedla, že na jejich pracovišti, které čítá 4 oddělení, ošetří za rok **4500 pacientů**. **Nemá** představu kolik je pacientů bariatrických. Všeobecný ošetřovatel S4 uvedl, že na oddělení je prováděno **10 - 20** bariatrických zákroku za rok. S4: „*Co se týče plastiky tak myslím, že se to asi všechno řeší přes ambulanci a určitě to bude spojené nějak jestli dodržují režim, jestli tam je váhový úbytek, jak moc je markantní a podle toho jestli tam je nějaká ta kožní rása větší.*“ Na pracovišti sestry S5 se za rok provede přibližně **50** bariatrických výkonů. Sestra S6 uvedla, že na jejich pracovišti ročně ošetří v průměru asi kolem **2800** pacientů. **Neví** kolik je z těchto pacientů bariatrických. Sestra S8 uvedla, že ročně ošetří kolem **1000** pacientů.

Opětovně sestry označily, že se na jejich pracovišti provádí **břišní chirurgie** (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7). S2: „*Podle období resekcce břicha ty střeva, anastomózy, pak je období, že je hodně krčků, pak období hodně pneumotoraxů. Nebo se to tak jako prolíná, těch bariatrických tu zas tolik není.*“ Na pracovišti sester S1, S2, S6 se provádějí ještě operace **hrudníku**. Sestry S1 a S2 přidaly **traumatologické operace**. Sestra S6 doplnila navíc **chirurgii hlavy a krku**. Sestry S8 a S9 **plastické operace**. Z bariatrických zákroků se nejčastěji provádí **bandáž žaludku** (S1, S2, S3, S4, S5, S7, S8, S9) S5: „*Sleeve gastrectomii, ty tubulizace, pak biliopankreatické diverze a občas ještě bandáž, ale od těch pan profesor ustupuje, protože potom byly komplikace.*“ **plikace žaludku** (S7, S8, S9), **biliopankreatické diverze** (S5, S9) a **tubulizace žaludku** (S4, S5) S4: „*Oni většinou přijdou se sleeve a nebo s tím kdy přejí tu manžetu, když jsou na bandáž tak oni jí jednoduše přejí a ona se jim sroluje nad žaludek nebo nějakým způsobem a to je ještě komplikace*“. Sestra S9 dodala operace **gastrického bypassu a balónu**. S9: „*Jako operační, je to takzvaná plikace. ... bandáž žaludku... dělají abdomino plastiky, ... v rámci ty gastroenterologie se dělají*

*takzvaný bibijky, to jsou balony, který jsou nafouknutý, napuštěný modrou tekutinou, vlastně se ten obsah žaludku plní tím balonem a taky se necha jenom jakoby určity množství jenom toho žaludku volně, takže to jsou ty bibi. ...Dělali jsme i ty bipidíčka, ty baypassy ... a ještě se dělá enteroastomosa, kdy teda, to je vyložene pro diabetiky, je to nějaká nová studie tady, takže jsme s tím začali poměrně nedávno.“*

Jako výhody sestry označily **snížení váhy** (S1, S5, S7), **úprava onemocnění** souvisejících s obezitou (S3, S4, S5, S7, S9), **zlepšení sebevědomí** (S5, S7) a lepší **kvalita života** (S2, S6). S4: *„Tak mezi základní výhody bych asi zařadil úlevu pro pohybovej aparát, tam bezesporu to může být. Potom nám pan profesor říkal, že tam je celkem výhoda, že neví jak to funguje nebo proč, ale aj u diabetes mellitus kteří mají obezitu. Když se sníží váha tak se jim celkem dobře zkoriguje i diabetes. Že tam na něco přišli s nějakou sekrecí, že to je další věc.“* Nevýhody vidí sestry nejčastěji v **komplikacích**, které souvisejí s operačním zákrokem (S1, S4, S6, S7, S8). S1: *„... komplikace - sklouznutí, špatně nafouklá manžeta, nedostatečný vyšetření potom. Neudělá se gastrokopie čeká na ní rok člověk jako.“* Dále jsou dle sester **nadužívány bariatrické** zákroky u lidí v mladém věku (S3, S9). S9: *„Na druhou stranu jsou tady některý hodně mladý lidi, tak si říkám jestli by to nešlo konzervativně, než třeba podstoupit tohle nevím to už je na každým ať se rozhodne sám.“* Podle sestry S5 je **nemožné navrátit** žaludek do původního stavu. Sestra S2 uvedla, že nevýhodou je **vlastní iniciativa pacienta**.

#### *4.2.5 Kategorie: Následná a psychologická péče*

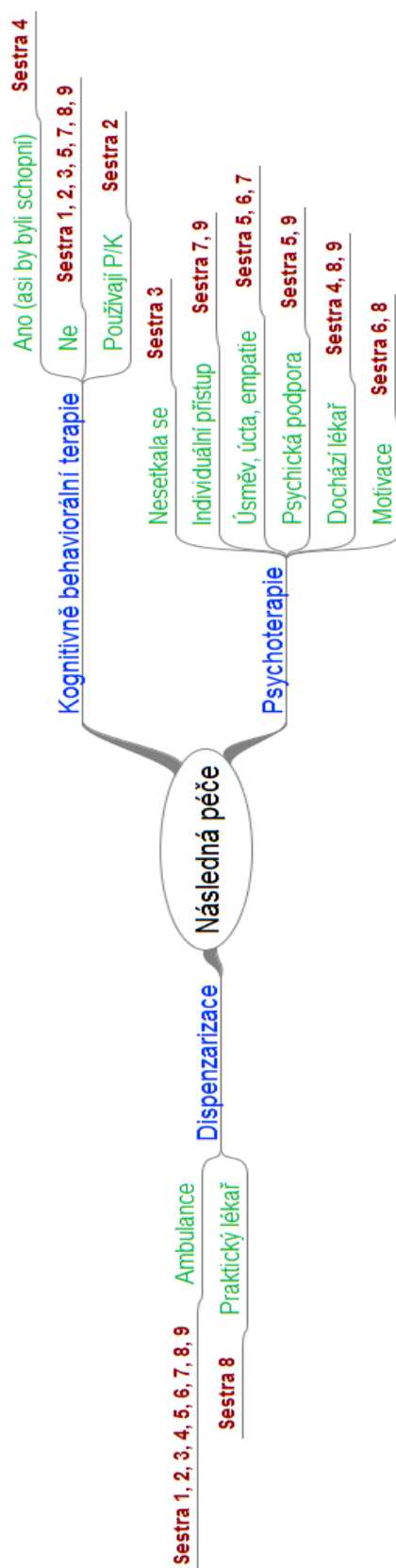
Následná péče o bariatrického pacienta po propuštění ze standardního oddělení pokračuje na **ambulanci** (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9). S6: *„... mají různý poradny buď je bariatrická poradna, cévní poradna, pak je tam kolorektální karcinom, pankreas, je to tam rozdělený a jinak je tam klasická ambulanti péče.“* S7: *„Chodí, jsou objednaní na kontrolu týden po operaci, pak nevím jak je to dál, ale myslím si, že po měsíci mají interní, pak maj asi za tři měsíce chirurgickou. Ti lidi by měli docházet už trvale sem v nějakých intervalech na kontrolu.“* S8: *„... dochází tady*

*na kontroly a jsou sledování. Jak jim to jde, jak pokračují, jestli jim to hubnutí jako jde správným směrem, určitě jsou dispenzarizováni.“*

Na odděleních kde sestry pracují, se ve většině případů **nepoužívají prvky kognitivně behaviorální terapie** (S1, S2, S3, S5, S6, S7, S8, S9). S6: *„Ne, já si myslím, že k těm pacientům máme přístup takovej, jako máme. Člověk se k nim musí chovat tak jak má. Ten pacient je hodnej, je zlej, ale ty se k němu musíš chovat stejně, příjemně.“* Sestra S2 odpověděla, že prvky kognitivně behaviorální terapie **používají pacienti**. S2: *„Používají je pacienti, oni jsou připravení. Ta spolupráce s tím psychologem je už dopředu.“* Všeobecný ošetřovatel S4 se domnívá, že by sestry **byly schopny** používat prvky kognitivně behaviorální terapie, ale v současnosti na tuto péči nemají čas. Pokud pacienti potřebují takovou péči, pozvou si na oddělení speciální týmy, které se touto problematikou zabývají.

V rámci psychologické pomoci sestry využívají **individuálního přístupu** (S7, S9), **úsměvu, úcty, empatie** (S5, S6, S7), **motivace** (S6, S8), **psychologické podpory** (S5, S9) **a pomoci lékaře** (S4, S8, S9). S6: *„Musí se mu to nějakým způsobem vysvětlit. Spíš ho motivovat k něčemu, ono se to nemá bagatelizovat.“* S7: *„... ne nějakou cílenou, jakože bysme byly nějak naučený, ale myslím si, že přístupem a úsměvem.“* S8: *„... dochází sem doktorka, když je to potřeba.“*

Diagram 7 Následná péče o bariatrického pacienta



## 5 DISKUZE

Diplomová práce je zaměřena na roli sestry v následné péči o bariatrického pacienta. Pro tyto účely byly stanoveny cíle: Vymezit kompetence sestry v následné péči o bariatrického pacienta. Zjistit přípravu, péči, informovanost a postupy u pacientů podstupujících bariatrickou léčbu. Zjistit specifické potřeby pacientů podstupujících bariatrickou léčbu obezity. K těmto cílům se vážou výzkumné otázky: Jaké kompetence má sestra v následné péči o bariatrického pacienta? Jak jsou pacienti informováni o celém průběhu bariatrické léčby? Jaké jsou potřeby pacientů podstupujících bariatrickou léčbu obezity? Výzkumné šetření probíhalo se sestrami v pracovištích, kde se provádí bariatrická léčba obezity. Dále byly prováděny rozhovory s pacienty, kteří podstoupily bariatrický zákrok.

V první fázi bylo nutné zajistit dostatečný počet respondentů z řad pacientů. Zde jsme oslovovali respondenty pomocí banding klubu, STOB klubu a přes známé. Problém nastal již v počátku našeho oslovování, klienti nechtěli spolupracovat. Klienti oslovení přes banding klub neodpovídali na zprávy. Domnívám se, že neochota oslovených respondentů spolupracovat je způsobena předsudky kdy se obézní lidé domnívají, že jakýkoli kontakt může představovat příležitost k jejich zesměšnění. Podobně uvádí Málková (2014), která poukazuje na zhoršený psychický stav, který bývá narušen diskriminací ze strany společnosti a sebepodceňováním pacienta.

Pacientky se nejčastěji dozvídaly o problematice obezity od obvodních lékařů, kteří jim provedli prvotní diagnostiku. Domnívám se, že tento postup je správný, protože obvodní lékař je první lékař, za kterým pacient přijde, když má nějaký problém. Přesto byl tento postup zaznamenán pouze u tří ze sedmi rozhovorů, i když obvodní lékaři mají k dispozici metodické příručky poskytované Centrem doporučených postupů pro praktické lékaře. Kde je podrobně popsán diagnostický a léčebný postup (Kunešová, 2005). Ostatní respondentky si získávaly informace v dané problematice vlastním přičiněním

Všechny pacientky v prvotním zjišťování obezity podstoupily měření váhy a výšky. Z těchto hodnot jim bylo pravděpodobně vyhodnoceno BMI, které se používá nejčastěji k hodnocení stupně obezity (Kasalický, 2011). Takovéto hodnocení má jisté nevýhody, protože Body Mass Index nepočítá se stanovením obsahu tuku a váhou svalové hmoty. Kdyby hodnocení podstoupil např. kulturista, může mít zvýšené BMI a být v poli obezity. Je tedy nutné, aby lékař, který vypočítává hodnoty Body Mass Indexu, byl v bezprostředním kontaktu s vyšetřovaným pacientem.

Podle Frieda a kol. (2008) jsou bariatrickí pacienti před operací vyšetřováni interním, anesteziologickým, chirurgickým lékařem, psychologem či psychiatrem a odborníky ve výživě. Respondentky nejčastěji uváděly, že před operací byly vyšetřeny interním a chirurgickým lékařem, kteří je ve většině případů informovali o možnostech léčby a jejich komplikacích. Podobně jako respondentky odpovídaly i sestry, většiny z nich podstupují pacienti interní, chirurgické a psychologické vyšetření.

Nosková (2009) doporučuje, aby klienti před výkonem podstoupili ještě fibroskopii k vyloučení či potvrzení erozí a vředů v žaludku. Toto vyšetření podstoupily pouze čtyři klientky. Ostatní respondentky toto vyšetření při rozhovoru nezmínily. Myslím si, že toto nepříjemné vyšetření je stejně důležité jako například vyšetření anesteziologem. Protože pokud má pacient změny na sliznici žaludku a lékaři provedou operaci, může se stát, že pacient kvůli špatné diagnostice zbytečně podstoupí narkózu. Nebo u něj mohou vypuknout maligní změny na zbytku žaludku (v případě resekcí operací) a klientovi nebude možno odstranit napadenou tkáň. Pouze dvě sestry (S7, S9) odpověděly, že pacienti podstupují fibroskopii.

Respondentky R1, R4, R5, R6 uvedly, že podstoupily odběr krve k laboratornímu vyšetření. Toto vyšetření bylo pravděpodobně provedeno všem respondentkám, i když to přímo neřekly. Sestry shodně vypověděly, že pacienti před bariatrickým výkonem podstupují vyšetření krevního obrazu, hematologie a biochemie. Fried a kol. (2008) uvádí, že pacienti musejí být vyšetřeni do takové míry, aby bylo možno provést kompenzaci přidružených onemocnění a tím snížit množství rizik spojených s bariatrickým zákrokem.



Pouze jedna sestra uvedla potřebu plicního vyšetření. Rovněž pouze jedna pacientka jej podstoupila. Podle Noskové (2009) by klienti měli podstoupit toto vyšetření. Myslím si, že toto vyšetření by mělo být zařazeno do základních předoperačních vyšetření v bariatrii, protože pokud by pacient nebyl vyšetřen, mohou nastat pooperační komplikace, jako tomu bylo u respondentky R1 „*Po narkóze se mi špatně dýchalo... Měla jsem pocit, že se nemůžu dodechnout, takový pocit, že se mi zastaví dech.*“

Dle Herlesové (2013) by měli pacienti před bariatrickým výkonem podstoupit psychologické vyšetření. Toto vyšetření by mělo prohloubit motivaci klienta k dodržování režimových a jídelních doporučení, poskytnout předoperační i pooperační péči a edukaci při tvorbě léčebného plánu. Většina patientek uvedla, že byly vyšetřeny psychologem. Respondentka R3 nebyla vyšetřena psychologem R3: „*Vůbec, vůbec nic se nedělalo.*“ Při vývoji bariatrických operací se neprovádělo psychologické vyšetření kvůli nedostatečnému poznání tohoto oboru a porozumění, že obézní klient není nemocný pouze fyzicky. Péči hodnotily ve většině případů kladně až na R1, která hodnotila přístup takto: „*Špatně. Nic důležitého mi neřekl.*“ Myslím si, že v předoperační péči o obézního klienta má psycholog (psychiater) nezastupitelné místo. Jednak pacienta připraví na zákrok a také určí jeho schopnost další spolupráce. Domnívám se, že pokud klient nepodstoupí toto vyšetření, může se stát, že pooperační péče bude ztížená, protože klient nebude mít dostatečně silnou vůli k dodržování jídelních specifik. Myslím si, že tomu tak bylo i u respondentky R2, která nebyla na zákrok dostatečně připravená, a úspěšné dokončení následné péče selhalo. Soudím, že zde se nejednalo pouze o pochybení psychologa, ale celého multidisciplinárního týmu, protože klient podstupuje postupně všechna vyšetření. Z rozhovorů se sestrami i respondentkami vyplynulo, že lékaři pokládají pacientům obdobné otázky. Psychologické vyšetření je povinné, plnění této povinnosti potvrdily téměř ve všech případech i sestry. Pouze všeobecný ošetřovatel S4 a sestra S5 vyjádřili pochybnost o tom, zda se toto vyšetření skutečně provádí.

V předoperační péči je nutné pacienta dobře informovat a edukovat o celém procesu bariatrického výkonu (Kasalický, 2011). Sestry nejčastěji pacienty edukovaly

o předoperační a pooperační péči, zejména o stravování. Pacientky měly ve většině případů prostor k diskuzi. Podle Svačiny (2008) by si klienti měli před zákrokem vyzkoušet pooperační dietu. Ta vede, jednak k přípravě pacienta na pooperační stravovací návyky, ale i k částečnému úbytku váhy před operací. Sestry se o váhových úbytcích nezmiňovaly, zatímco klientky R4 a R6 musely shodit určité přebytečné kilogramy. Myslím si, že tento postup je důležitý, protože v tento okamžik mohou pacienti zjistit, že nevydrží pooperační dietu. Zdravotnický personál může přehodnotit doporučení k zákroku a klient může být znovu a lépe reedukován.

Nosková (2009) říká, že pokud klient nezíská doporučení od všech členů multidisciplinárního týmu, nemůže výkon podstoupit. S7: „...aby mohl být operován a všichni všude musí říct, že ano je schopen a je vhodný pro tenhle typ operace. Takže když se stane, že jeden řekne ne. Tak se to stopuje a buď se pracuje na tom, co bylo tou příčinou, že se řeklo, že ne.“

Zeleníková (2005) uvádí, že by u pacientů po operaci měly být sledovány fyziologické funkce, operační rána, bolestivost, drény a podávány předepsané léky. Podobně odpovídaly všechny sestry. Pacienti jsou po operaci překládáni na JIP nebo na pooperační pokoj, kde jsou jim sledovány fyziologické funkce. Po stabilizaci stavu jsou pacienti převezeni na standardní oddělení. Zde sestry provádějí krevní odběry, sledují operační ránu a plní ordinace lékaře. Všeobecný ošetřovatel S4 uvedl, že u pacientů provádí sledování bolesti pomocí VAS. Ostatní sestry se zmínily o pooperačním sledování bolesti a operační rány. Rovněž i pacientky vypověděly, že o jejich operační ránu bylo pečováno. R2: „*Jak se to hojí ... prohlížely mi ty rány.*“ Nejčastěji se bariatrikům podávají antiemetika, analgetika a antiulcerotika. Podle Nicholls (2006) je nutné pacienty po operaci časně mobilizovat a dávat jim bandáže nebo punčochy, tak aby se předešlo tromboembolické nemoci. To uvedly sestry S6 a S7.

Harington (2006) uvádí, že by klienti měli být uloženi do polosedu, kdy dochází ke snížení tlaku na bránici a k lepšímu dýchání. Dýchání je také podporováno dechovou rehabilitací. Tuto terapii provádějí sestry S7 a S9.

Domnívám se, že jediným specifickým pooperačním péčí o pacienta po bariatrikém zákroku spočívá v dodržování dietních omezení. Co se týče stravování je dán obecný

postup, který se mění v jistých detailech podle druhu operačního výkonu a stavu pacienta. Jak uvádí Sadílková (2014) v prvních dech po operaci by pacienti měli pít pouze tekutiny, následně by měli přecházet na tekuté potraviny (vývary, jogurtové nápoje a kefíry). Ve třetím až čtvrtém týdnu přecházejí klienti na stravu kašovitou následně polotuhou a mixovanou. V poslední fázi přecházejí na stravu tuhou „normální“. Na podobný postup poukazovaly i sestry a pacientky. S7: „...např. bandáž tam už v den operace můžou třeba po lžičkách opatrně začít popíjet nějakou tekutinu a následně druhý den mají lžíci bílého jogurtu k snídani, v poledne bujón, k večeři bujón a v průběhu dne popíjení po doušcích... u té plikace tam je to zase, že začínají na kostkách ledu - cucat a když tohle zvládnou tak přecházejí na tekutiny po lžičkách pak na tekutiny po doušcích a nejvyšší level je bujón.“ Sadílková (2014) uvádí další důležité prvky diety, jako je důsledné dodržování velikosti porce, pravidelnosti ve stravování, dobré rozměňování potravy v ústech a oddělení konzumace jídla od příjmu tekutin. Pacientky uváděly, že jim tyto informace byly poskytnuty v rámci pooperační edukace.

Kasalický (2011) uvádí, že klienti po bandáži žaludku mohou většinou již v den operace pít čaj a vstávat z lůžka. S jeho tvrzením se shodují odpovědi sester S5, S7, S8, S9. Lze tak předejít mnoha komplikacím jako je např. tromboembolické nemoci, pacientům se rychleji obnoví peristaltika trávicího traktu a on může jít domů dříve. Pokud by pacienti nebyli schopni po operaci přijímat enterální výživu je jim podávána parenterální, jak vyplynulo z odpovědí sester S1, S2, S3, S4.

Doležalová (2012) uvádí, že je po operaci nutná následná spolupráce pacientů s multidisciplinárním týmem. Po operaci jsou pacientům doporučovány kontroly. Nejprve v prvním týdnu a následně by měl být klient sledován v tří měsíčních intervalech v prvním roce. Ve druhém roce by měl být pacient kontrolován po šesti měsících a v následujícím období jednou ročně (Fried, 2011). Respondentka R1 takto chodila na pravidelné kontroly, ale častěji respondentky odpovídaly, že na kontroly chodily pouze z počátku. R3: „No ze začátku jsem chodila asi po sešiti týdnech. A pak jsem chodila nějak po půl roce, pak po roce a teď už vůbec, jenom jsem domluvena, kdybych měla nějaký komplikace, že můžu kdykoliv tam přijít.“

Doležalová (2013) upozorňuje na nutnost celoživotního sledování. Tak odpovídaly i respondentky a sestry, které uvedly, že jsou pacienti v bariatrických ambulancích dlouhodobě sledováni. Pacientky i sestry dále vypověděly, že opakované kontroly byly zaměřeny především na jejich fyzickou stránku pacienta, méně pak na psychickou.

Po psychické stránce je sice klientům nabídnuta možnost psychologické pomoci, ale klienti se bojí nebo se stydí vyžadovat takovou pomoc. Respondentka R5 vypověděla „*Přišlo mi, já to nechci říct ošklivě, že když viděli, že z toho nebudou mít nějaký operace a peníze, tak to neřešili.*“ Stárková (2010) uvádí, že po bariatrické operaci může vzniknout jakákoli duševní porucha. Myslím si, že by psychologická péče po operaci měla být dostupnější a intenzivnější. Domnívám se, že kdyby zdravotnický personál provádějící pravidelné kontroly pacienty více motivoval, nebyla by pro ně psychologická pomoc tolik potřebná. Jednou z motivačních technik využitelných v následné péči o bariatrického pacienta jsou motivační rozhovory. Jde o nekonfrontační techniku rozhovoru, která může vést k hledání a rozvíjení vnitřní motivace pacienta ve změně stravovacích návyků. Jako možné vylepšení dlouhodobé pooperační péči se nabízí zapojení rodiny případně blízkých osoba pacienta. Bylo by vhodné, aby na informační sezení přišla s pacientem blízká osoba, která by v dlouhodobé pooperační péči plnila motivační funkci.

V následné péči o obézního pacienta je možné využít kognitivně behaviorální terapie. Marinov (2012) uvádí, že se tato terapie řadí mezi nejefektivnější psychoterapie v léčbě návykových problémů, jako je i obezita. Na otázku zda sestry využívají této metody, odpovídaly, že ne. Jen všeobecný ošetřovatel S4 odpověděl „*Možná bysme toho byly schopný, ale máme na to týmy.*“ Sestry se mě většinou ptaly, co to kognitivně behaviorální terapie je. Domnívám se, že když tento postup léčby existuje, bylo by vhodné jej používat i u pacientů po bariatrickém zákroku. Tímto způsobem by se dalo předejít mnoha komplikacím, které jsou spojeny s nedodržením výživových doporučení po operaci.

Müllerová (2009) poukazuje na fakt, že bariatrické řešení obezity je nejúčinnější léčbou obezity. Hainer (2011) píše, že bariatrická léčba je dlouhodobě úspěšná u 80 % pacientů, avšak většina respondentek mluví o opaku. V prvotní fázi začaly hubnout

a po nějakém čase začaly nekontrolovatelně nabírat na váze i přesto, že dodržovaly předepsaná dietní omezení. Domnívám se, že tyto respondentky začaly přibývat na váze kvůli pomalému zvětšování obsahu žaludku. Příčinou přibývání na váze mohl být psychický problém, který nebyl řešen.

## 6 ZÁVĚR

Obezita je civilizační onemocnění, které se vyskytuje stále častěji. K roku 2006 se zvýšil počet osob, které jsou nad hranicí normální hmotnosti o 3% tedy na 52% (Kunešová 2006). Z výzkumu v roce 2013 prováděného VZP a agenturou STEM/MARK vyplynulo, že nadváhou trpí 34% a obezitou 21% dospělé populace.

V této práci byly stanoveny tři cíle a tři výzkumné otázky. Prvním cílem bylo: Zjistit přípravu, péči, informovanost a postupy u pacientů podstupujících bariatrickou léčbu. Druhým cílem bylo: Vymezit kompetence sestry v následné péči o bariatrického pacienta. Třetím cílem bylo: Zjistit specifické potřeby pacientů podstupujících bariatrickou léčbu obezity. K těmto cílům byly stanoveny výzkumné otázky: Jaké kompetence má sestra v následné péči o bariatrického pacienta? Jak jsou pacienti informováni o celém průběhu bariatrické léčby? Jaké jsou potřeby pacientů podstupujících bariatrickou léčbu obezity?

Z kategorizace dat vyplývá, že před výkonem pacienti postupují chirurgické, interní, nutriční a psychologické vyšetření. Je jim odebrána krev na hematologické a biochemické laboratorní vyšetření. Z dalších vyšetření klienti podstupují gastroenterologické, plicní, vyšetření ve spánkové laboratoři a výtěr z krku a nosu. Před samostatným výkonem by měli klienti na doporučení lékaře snížit hmotnost.

Dále bylo v empirické části zjištěno, že jsou pacienti informováni o předoperační a pooperační péči, dále o nutnosti dispenzarizace, frekvenci kontrol a možnostech zapojení se do bariatrických klubů a sdružení.

Další zjištěné kategorie byly zaměřené na kompetence sestry v péči o bariatrického pacienta. . Před operací sestra edukuje klienta o předoperační a pooperační péči, odebírá mu krev, plní ordinace lékaře a motivuje pacienta. Po operaci sestra zajišťuje celkovou ošetrovatelskou péči, sleduje fyziologické funkce, edukuje pacienty o stravování a plní ordinace lékaře. Sestra musí znát dietní omezení, kdy je dán obecný postup, který se mění v jistých detailech podle druhu operačního výkonu a stavu pacienta. Z výzkumu vyplynulo, že se sestra stará spíše o biologické potřeby pacienta, než o jeho

psychosociální potřeby. Pacientům chybí v následné péči psychická podpora a motivace.

Pacienti podstupující bariatrickou léčbu se potřebují připravit na operační zákrok (snížení hmotnosti) a osvojit si pooperační stanovovací návyky. Jejich další potřeba je potřeba psychické podpory a motivace zprostředkované sestrami.

Myslím si, že je česká bariatrie na světové úrovni, ale je potřeba stále sledovat vývoj a nové trendy v tomto oboru. Jelikož je bariatrie dynamický obor, který neustále prochází vývojem.

Péče o pacienty je na velmi dobré úrovni, avšak podle výpovědi pacientek jsou stále rezervy umožňující její zdokonalení, například motivace. Jako možné řešení se nabízí zapojení rodiny případně blízkých přátel pacienta, v dlouhodobé pooperační péči.

## 7 SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

- 1 „ANON“. Obesity and overweight. *World Health Organization* [online]. 2015 [cit. 2015-05-16]. Dostupné z: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- 2 „ANON“. *Obezita 2013 - STEM/MARK & VZP* [online]. 2013 [cit. 2015-05-16]. Dostupné z: <http://www.slideshare.net/stemmark/obezita-2013-stemmark-vzp>
- 3 ADÁMKOVÁ, Věra. *Civilizační choroby - žijeme spolu*. Praha: Triton, 2010, 130 s. ISBN 978-807-3874-131.
- 4 BLACKWOOD, Hilary. *Help your patient downsize with bariatric surgery*. 2005, roč. 35. ISSN 1365-2648.
- 5 BRYCHTA, Pavel. *Estetická plastická chirurgie a korektivní dermatologie*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-802-4707-952.
- 6 ČIERNÝ, Michal. Gastrický bypass. *Banding klub* [online]. 2011 [cit. 2015-01-01]. Dostupné z: <http://www.bandingklub.cz/gastricky-zaludecni-bypas.phtml>
- 7 DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. 3.vyd. Praha: Karolinum, 2000. 374 s. ISBN 80-246-0139-7.
- 8 DOLEŽALOVÁ, Karin, Martin FRIED a Jitka HERLESOVÁ. Bariatrická chirurgie a některé speciální klinické situace. *Postgraduální medicína* [online]. 2013, č. 7 [cit. 2015-01-01]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/bariatricka-a-metabolicka-chirurgie-472170>
- 9 DOLEŽALOVÁ, Karin. *Bariatrická chirurgie a primární péče*. 1. vyd. Praha: Axonite CZ, 2012. ISBN 978-809-0489-929.
- 10 DOLEŽALOVÁ, Karin. Bariatrická a metabolická chirurgie. *Postgraduální medicína*. 2013, (7). ISSN 1212 -4184 [http://www.obesitas.cz/download/doporuceni\\_lecba\\_obezity\\_dospelych.pdf](http://www.obesitas.cz/download/doporuceni_lecba_obezity_dospelych.pdf)
- 11 DRAKE, Daniel. Perspectives Postoperative Nursing Care of Patients after Bariatric Surgery. *Perspectives*. 2006, (4).
- 12 FIALOVÁ, Ludmila. *Jak dosáhnout postavy snů: možnosti a limity korekce postavy: pohyb a postava, výživa a udržení hmotnosti, lékařské zákroky a kosmetická péče*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 136 s. ISBN 978-80-247-1622-0.



- 13 FRIED, Martin. *Miniinvazivní chirurgie a endoskopie chirurgie současnosti* [online]. 2005 [cit. 2015-05-16]. Dostupné z: <http://laparoskopia.info/pdf/CASO-2-2005.pdf> (b)
- 14 FRIED, Martin a kol. *Bariatrická a metabolická chirurgie: nové postupy v léčbě obezity a metabolických poruch*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011, 266 s. ISBN 978-802-0424-242.
- 15 FRIED, Martin a kol. Interdisciplinární evropská závazná doporučení pro chirurgickou léčbu těžké obezity. *Rozhledy v chirurgii*. 2008, roč. 87, č. 9.
- 16 FRIED, Martin. Bariatrická chirurgie a obézní pacient. *Postgraduální medicína* [online]. 2008, č. 6 [cit. 2015-01-01]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/bariatricka-chirurgie-a-obezni-pacienti-369046>
- 17 FRIED, Martin. *Moderní chirurgické metody léčby obezity*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 125 s. ISBN 80-247-0958-9. (a)
- 18 GAJDÁCSOVÁ, Julie. Nadváha a obezita. *Sestra*. 2010, (4). ISSN 1210-0404.
- 19 HAINER, Vojtěch. *Základy klinické obezitologie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011, 422 s. ISBN 978-802-4732-527.
- 20 HARRINGTON, Linda. Postoperative Care of Patients Undergoing Bariatric Surgery. *MEDSURG Nursing*. 2006, (6). ISSN 1092-0811.
- 21 HERLESOVÁ, Jitka. *Doporučení k psychologickému vyšetření před bariatrickou operací*. 1. vyd. Praha: Axonite, 2013. 24 s. ISBN 978-80-904899-6-7.
- 22 HLADNÁ, Hana. Možnosti terapie obezity. *Sestra* [online]. 2011, č. 4 [cit. 2015-01-01]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/moznosti-terapie-obezity-459322>
- 23 CHECKY, Linda. Management of the obese Patient. *TCHP Education Consortium*. 2005.
- 24 KASALICKÝ, Mojmír. *Tubulizace žaludku: chirurgická léčba obezity*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007. 89 s. ISBN 978-807-2549-573.
- 25 KASALICKÝ, Mojmír. *Chirurgická léčba obezity*. Vyd. 1. Praha: Ottova tiskárna, 2011. 118 s. ISBN 978-8024721-712

- 26 KUNEŠOVÁ, Marie. *Obezita: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře* [online]. 2005 [cit. 2015-05-16]. Dostupné z: <http://www.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy-2003-2007/Obezita.pdf>
- 27 KUNEŠOVÁ, Marie. *Životní styl a obezita* [online]. 2006 [cit. 2015-05-16]. Dostupné z: [http://www.khsova.cz/03\\_plneni/files/obezita\\_dospeli.pdf](http://www.khsova.cz/03_plneni/files/obezita_dospeli.pdf)
- 28 „ANON“. *Evropské výběrové šetření o zdraví v České republice EHIS 2008*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2011. 240 s. ISBN 80-728-0916-4.
- 29 MÁLKOVÁ, Iva. Kognitivně-behaviorální přístup k terapii obezity aplikovaný v kurzech snižování nadváhy v České Republice. *Medicína pro praxi*. 2006, (5). ISSN 1214-8687.
- 30 Málková, Zuzana. Psychoterapie a její použití v léčbě obezity. In: *STOB* [online]. 2014 [cit. 2015-01-01]. Dostupné z: <http://www.stob.cz/cs/psychoterapie-a-jeji-pouziti-v-lecbe-obezity>
- 31 MÁLKOVÁ, Zuzana. Zdravotní rizika a komplikace obezity. In: *STOB* [online]. 2014 [cit. 2015-01-01]. Dostupné z: <http://www.stob.cz/cs/zdravotni-rizika-a-komplikace-obezity>
- 32 MARINOV, Zlatko a Dalibor PASTUCHA. *Praktická dětská obezitologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 222 s. ISBN 978-802-4742-106.
- 33 MATOULEK, Martin. *Problémy se spánkem mají mnoho společného s pravidelností našeho životního stylu* [online]. 2008 [cit. 2015-05-16]. Dostupné z: <http://www.obesity-news.cz/?pg=clanek&id=118>
- 34 MATOULEK, Martin. *Vliv obezity na zdraví* [online]. 2009 [cit. 2015-05-16]. Dostupné z: <http://www.zijzdrave.cz/kila-navic/vliv-obezity-na-zdravi/>
- 35 MEDICAL TRIBUNE,. *Obézní vyžadují citlivější přístup* [online]. 2009 [cit. 2015-05-16]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/15692>.
- 36 MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014, 508 s. ISBN 978-802-4741-727.
- 37 MÜLLEROVÁ, Dana. *Obezita - prevence a léčba*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2009, 261 s. ISBN 978-802-0421-463.

- 38 NICHOLLS, Anthony a Iain WILSON. *Perioperační medicína*. Praha: Galén, 2006. 370 s. ISBN 80-726-2320-6.
- 39 NOSKOVÁ, Ilona a Vladimíra KRKAVCOVÁ. Cesta pacientů s morbidní obezitou k bariatrické operaci. *Sestra* [online]. 2009, č. 11 [cit. 2014-11-18]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/cesta-pacientu-s-morbidni-obezitou-k-bariatricke-operaci-448197>
- 40 OWEN, Klára. *Moderní terapie obezity*. Praha: Maxdorf, 2012. 64 s. ISBN 978-807-3453-015.
- 41 PASTUCHA, Dalibor. *Pohyb v terapii a prevenci dětské obezity*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 128 s. ISBN 978-80-247-4065-2.
- 42 PAVLAČKOVÁ, Gabriela a Jana HRDINOVÁ. Pickwickův syndrom. *Sestra*. 2008, (3). ISSN 1210-0404.
- 43 PIDRMAN, Vladimír a Jiří HORÁČEK. K otázce metabolického syndromu v psychiatrii. *Psychiatrie pro praxi*. 2005, č. 5. ISSN 1213-0508
- 44 RYBKA, Jaroslav. *Diabetes mellitus - komplikace a přidružená onemocnění: diagnostické a léčebné postupy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 317 s. ISBN 978-802-4716-718.
- 45 SADÍLKOVÁ, Aneta. Režim po bariatrické operaci. *Obesity News* [online]. 2014 [cit. 2015-05-16]. Dostupné z: <http://www.obesity-news.cz/?pg=clanek&id=605>
- 46 SCARANO,. A big lesson for nurse educators. *Bariatric nursing*. 2009, (4).
- 47 SKALICKÁ, Hana a Clare L BENNETT. *Předoperační vyšetření: návody pro praxi*. 1. vyd. Překlad Marie Zvoníčková. Praha: Grada, 2007, 149 s. Zdraví. ISBN 978-802-4710-792.
- 48 SOUČEK, Miroslav, Jindřich ŠPINAR a Petr SVAČINA. *Vnitřní lékařství pro stomatology*. 1. vyd. Praha: Grada. 2005, ISBN 80-247-1367-5.
- 49 STÁRKOVÁ, Libuše. Psychiatricko - psychologické aspekty bariatrické chirurgie. *Psychiatrie pro praxi*. 2010, č. 11. ISSN 1213-0508
- 50 STRAUSS, Anselm. *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie* Přel. S. Ježek. 1.vyd. Boskovice: Albert, 1999, 196 s. ISBN 80-858-3460-X.

- 51 SVAČINA, Štěpán a Alena BRETŠNAJDROVÁ. *Jak na obezitu a její komplikace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 139 s. ISBN 978-802-4723-952.
- 52 SVAČINA, Štěpán a Alena BRETŠNAJDROVÁ. *Jak na obezitu a její komplikace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 139 s. Doktor radí. ISBN 978-802-4723-952.
- 53 SVAČINA, Štěpán, Dana MÜLLEROVÁ a Alena BRETŠNAJDROVÁ. *Dietologie pro lékaře, farmaceuty, zdravotní sestry a nutriční terapeuty*. 2., upr. vyd. Praha: Triton, 2013, 341 s. ISBN 978-807-3876-999.
- 54 SVAČINA, Štěpán. *Klinická dietologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008 381 s. ISBN 978-80-247-2256-6.
- 55 SVAČINA, Štěpán. Novinky v léčbě obezity. *Kapitoly z kardiologie* [online]. 2013, č. 2 [cit. 2015-01-01]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/30250-novinky-v-lecbe-obezity>
- 56 SVOBODOVÁ, Šárka. Obezita a riziko vzniku nádorů. In: *Žij zdravě* [online]. 2009 [cit. 2015-01-03]. Dostupné z: <http://www.zijzdrave.cz/novinky/rady-odborniku/obezita-a-riziko-vzniku-nadoru/>
- 57 ŠPOCROVÁ, Ivana, Jiří JERÁBEK a Jana KUBEŠOVÁ. Možnosti práce psychologů, podílejících se na řešení obezity formou bariatrické intervence. *E-psychologie, elektronický časopis ČMPS* [online]. 2009, č. 1 [cit. 2015-01-01]. Dostupné z: [http://www.e-psycholog.eu/pdf/sporcrova\\_etal.pdf](http://www.e-psycholog.eu/pdf/sporcrova_etal.pdf)
- 58 Tubulizace žaludku. *Banding klub* [online]. 2005 - 2006 [cit. 2015-01-01]. Dostupné z: [www.bandingklub.cz/tubulizace-zaludku.phtml](http://www.bandingklub.cz/tubulizace-zaludku.phtml)
- 59 *VŠTJ Praha, banding klub* [online]. 2015 [cit. 2015-05-16]. Dostupné z: <http://www.vstj.cz/?pg=banding>
- 60 WORKMAN, Barbara A a Clare L BENNETT. *Klíčové dovednosti sester: možnosti a limity korekce postavy: pohyb a postava, výživa a udržení hmotnosti, lékařské zákroky a kosmetická péče*. Vyd. 1. české. Překlad Marie Zvoníčková. Praha: Grada, 2006, 259 s. ISBN 80-247-1714-X.
- 61 ZELENÍKOVÁ, Renata a Marcela VOJKOVSKÁ. Pooperační péče po laparoskopických výkonech. *Sestra* [online]. 2005, č. 11 [cit. 2015-01-02].

Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/pooperacni-pece-po-laparoskopickych-vykonech-283931>

## **8 PŘÍLOHY**

### **8.1 Seznam příloh**

Příloha 1: Transkripce rozhovorů s pacientkami

Příloha 2: Transkripce rozhovorů se sestrami

Příloha 3: Otázky k diplomové práci - PACIENTI

Příloha 4: Otázky k diplomové práci – SESTRY

Příloha 1:

### **Transkripce rozhovoru s první pacientkou**

První pacientka je vysokoškolsky vzdělaná, je jí 66 let. Rozhovor probíhal 35 minut.

Obezita u ní byla diagnostikována po vyšetření na přístroji InBody, na které dostala **slevový poukaz**. Zde jí také byly poskytnuty první informace. Následně navštívila **diabetologickou lékařku**, ta jí doporučila snížení váhy ještě před tím, než u ní propukne diabetes mellitus. Po půl roce od diagnostiky obezity byla pacientce doporučena bariatrická operace. Informace o obezitě, jejích komplikacích a typech léčby získávala pomocí **internetu** a **kamarádky**, která je lékařka. V rodině obezitou trpěla **pouze** její **matka** jinak nikdo jiný.

Před 5 lety podstoupila bariatrický výkon – **tubulizace žaludku**. Před ním vážila 116 kg s výškou 160 cm, po operaci snížila váhu o 37 kg. Nyní u ní nastal problém s opětovným **přibýváním na váze**. O tomto riziku byla **informována** ještě před výkonem, kdy jí lékař edukoval o možnostech a následcích operace. Řešením tohoto problému je možnost podstoupit gastrický bypass, který respondentka zatím odmítá. Pacienti po pěti až šesti letech od tubulizace začnou přibírat na váze a nikdo neví proč. Sama dodržuje dietu menších častějších porcí, ale váha jí stále stoupá. Dále byla edukována o dalších **možnostech bariatrických zákroků** a **pooperační dietě**.

Před operací byla vyšetřena v místě bydliště **psychologem**, jehož přínos hodnotí velmi **záporně**. Vyšetření probíhalo formou **rozhovoru** a vyplnění **dotazníku**. Celé sezení trvalo 10 minut a respondentka při něm neměla žádné soukromí. Po vyšetření jí **nebyla** doporučena žádná psychologická opatření. Následně byla vyšetřena **obvodním, interním** a **chirurgickým lékařem**. Bylo jí provedeno **kardiologické** vyšetření, vyšetření **tlaku** a 5 faktorů **krevního rozboru**. Tyto faktory byly naordinovány chirurgem, který pracuje v místě, kde byla pacientce provedena tubulizace žaludku.

Po operaci byla respondentka převezena na jednotku intenzivní péče, kde se pohybovala pouze na lůžku. Měla zaveden permanentní močový katetr a **drén**. Druhý den byla převezena na standardní oddělení, kde byla postupně **vertikalizována**. Dva až tři dny měla zaveden drén. Po operaci se klientce hůře dýchalo, měla subjektivní pocit,

že se nemůže „dodýchnout“, a že se jí zastavuje dech. Proto jí byla doporučena **dechová rehabilitace** pomocí Triflow. Dále trpěla nauzeou, ale od lékaře byla edukována o **nemožnosti zvracení**. Osmý den byla respondentka propuštěna do domácího ošetřování. Doma se o ní především staral manžel. V rámci dietních omezení obdržela edukační materiál, který obsahoval jednoduché recepty a složení stravy. V prvních dvou týdnech byla strava **tekutá** (ředený jogurt, přesnídávka), třetí, čtvrtý týden byla strava **pastovitá**. Po čtyřech týdnech dietního omezení mohla začít se stravou **normální konzistence**. Po operaci byla edukována o **pooperační péči**.

**Hlídá** se v **množství a velikosti porce**, ale váha se jí stále zvyšuje. Není vnitřně spokojená s dosavadní léčbou, ale již nechce podstupovat další vyšetření u výživového poradce. Ví, co jak má dělat, ale neví, v jakých potravinách nalezne „rychlé a pomalé“ cukry. Respondentku dále zajímá a za jakých okolností má člověk nutkání jíst nevhodné pokrmy. Po operaci pacientka stále trpí občasným **pálením žáhy**. Proti této obtíži užívá předepsaný lék (Orthanol). Tento lék užívala pravidelně. Po roce od operace měla postupně omezovat dávkování (ob den), ale pocit byl tak intenzivní, že nyní si jej vezme až 5x týdně. Jejím **dietním omezením** je nutnost vyhýbání se kvěťáku, který jí **nadýmá**. Dále popisuje problém se **zvracením**, dle jejích slov „to nejde jako dřív“. Po delší době od operace jí **byla nabídnuta** možnost plastické operace, ale rozhodla se jí **nepodstoupit**.

První rok po operaci chodila respondentka na kontroly po **čtvrt roce** a druhý a třetí rok **po půl roce**. Nyní na kontroly již nechodí, protože není potřeba. Má **možnost** přijít lékaři při nějakém **problému**.

Dle pacientky se jí změnil **život od základu**. Má pocit, že omládla, může si na sebe obléci, co chce a ne, to co jí je. Zvýšil se jí pocit **sebevědomí**. Se svou dosavadní léčbou je **spokojená**, není však spokojená s tím, že se neustále musí hlídat a cvičit.

Podle respondentky neplní sestra **žádnou** roli, **komunikuje** s lékařem, **ošetřuje pacienta**. Všichni zdravotničtí pracovníci se k ní během léčby chovali mile, příjemně, vstřícně a ochotně. Na všechny své otázky měla dán prostor. Péči ohodnotila známkou **jedna**.



## Transkripce rozhovoru s druhou pacientkou

Druhé respondentce je 44 let, její nejvyšší dosažené vzdělání je střední odborné. Rozhovor trval přibližně 20 minut.

Obezita u ní byla diagnostikována v **31 letech** po umělém oplodnění, na základě **výšky, váhy a krevních testů**. První informace o tomto onemocnění jí poskytl **obvodní lékař**, který ji seznámil s rizikovými faktory a následnými komplikacemi. Další informace získala od **výživové poradkyně**, kterou navštěvovala. Sama si pak zjišťovala informace z **internetu** (stránky banding klub). V rodině obezitou **nikdo netrpí**, domnívá se, že u ní obezita propukla jako následek hormonální léčby.

Ve 39 letech podstoupila operaci - **bandáž žaludku**. Před výkonem vážila 118 kg, nyní váží 100 kg. Před operací absolvovala **diету**. Součástí předoperačního vyšetření byl kromě **gastroskopického vyšetření**, **pohovor s psychologem**, při kterém vyplnila předložený **dotazník**. Žádná psychologická opatření jí ale doporučena **nebyla**. Domnívá se, že by psychologická péče před touto operací měla být většího rozsahu než pouze jediné vyšetření.

Před operací měla zavedenou **nasogastrickou sondu**. Sestry jí ošetřovaly a dopomáhaly jí při **vertikalizaci**. Respondentka byla třetí den po operaci propuštěna do domácího ošetřování. V rámci dietních omezení konzumovala první týden po operaci pouze **tekutou** stravu, pod kontrolou lékaře další týdny postupně přecházela na **tužší** stravu. Bylo jí doporučeno stravu v ústech dobře rozmělnovat a **jíst častěji**, ale **omezené množství** odpovídající asi půlce kelímku od jogurtu. Kromě dietních omezení jí lékař upozornil na důležitost **pohybu vyjma skákání**. **Nebyla** edukována sestrou.

V průběhu let tato doporučení postupně **přestala** z osobních důvodů **dodržovat** (smrt manžela 2 roky po operaci), až se jí žaludek opět vytáhl. V současnosti se k dietním omezením opět vrátila pod vedením výživové poradkyně a 2 krát týdně cvičí pilates.

Obtíže při stravování měla pouze zpočátku. Spočívaly v tom, že se musela před jídlem **napít**, pak se **najíst** a hodinu **nepít**, když se po jídle napila, tak občas pouze vodu vyzvrátila.

Na pravidelné kontroly **chodila rok a půl po zákroku** (první týden po zákroku, třetí týden po zákroku a pak pravidelně každé **3 měsíce** a **po půl roce**). Možnost psychologické podpory při léčbě obezity jí nabídnuta **nebyla**. Psychologickou pomoc po operaci **nepotřebovala**. Respondentka má pocit, že jí psychologická péče v ničem **nepomohla**.

Přístup sester byl **výborný**, pravidelně zjišťovaly, jak se rána po operaci hojí. Sestry nesledovaly jaké množství jídla a pití respondentka pozřela, to si hlídala sama tak, jak jí určil lékař. Dle respondentky je role sestry v následné péči **nezastupitelná**, protože je, na rozdíl od lékaře, pacientovi k dispozici ihned, je ve **spojení s lékařem, pomůže i povzbudí**. Plastickou operaci respondentka **nepotřebovala**.

Dle vyjádření respondentky se jí život po operaci moc **nezměnil**. Po operaci se sice spadla, ale protože přesně nedodržela doporučení lékaře, začala zase nabírat. Na žádnou další bariatrickou operaci by už nešla. Rází heslo: „*Malej dvůr a velkéj bič*“. Má dojem, že u ní byla operace zcela **zbytečná**. V současnosti navštěvuje výživovou poradkyni, která je s jejím procesem hubnutí **spokojená**.

### **Transkripce rozhovoru s třetí pacientkou**

Třetí respondentkou je 70-ti letá žena, se středoškolským vzděláním v oboru dětská sestra. Rozhovor probíhal 25 minut.

Respondentka pociťovala již od mládí, že byla spíše plnoštíhlá a zhruba od **40-ti let** měla problém s obezitou. Vzhledem ke své hmotnosti měla problém s oblékáním a rovněž po fyzické a psychické stránce se necítila dobře.

První informace o riziku obezity a jejích komplikacích získala od lékaře, se kterým se náhodně setkala v **lékařském prostředí**, ve kterém se pohybovala. Jednalo se o **chirurga**, který byl v daném oboru specialista a který jí udělal vyšetření (**stupně obezity** a **předoperační vyšetření**) a v zásadě hned po té šla na operaci. Předtím, než se dostala do péče lékařů, zkoušela různé **diety**, ale bezúspěšně, potýkala se s jo-jo efektem. Respondentka se domnívá, že dědičné sklony k obezitě má **po své matce**, rovněž jedna z dvou **sester** respondentky byla silná.

Respondentka získávala informace pouze od lékaře, jiný zdroj k dispozici **neměla**. V době kdy se rozhodovala pro operaci, jí bylo kolem 50-ti let, při výšce 167 cm vážila 90 kg. Manžel jí v jejím rozhodnutí podpořil, ale rozhodnout se musela sama. Operaci, formou **bandáže žaludku**, jí provedli ve vojenské nemocnici v Plzni. Respondentka jako pacientka absolvovala **klasické předoperační vyšetření**, žádné psychologické vyšetření jí v té době **nebylo doporučeno**.

Po operaci měla asi dva dny zavedeny **drény**, sestry jí pomáhaly při **vertikalizaci** a pohybu. Po zákroku, který byl proveden klasickým řezem, asi šest týdnů přijímala **tekutou** až **kašovitou** stravu po **malých dávkách** a **často**, asi 100-150 ml. Přibližně tři čtvrtě roku po zákroku, kdy už respondentka pracovala, musela podstoupit **odstranění kýly**, která se udělala v místě jizvy. Po vlastním zákroku chodila na kontroly asi po **šesti týdnech**, pak po **půl roce** a pak **po roce**. V **současnosti** může, v případě **problémů**, přijít na oddělení gastroenterologické, které v době operace nebylo zřízeno, tehdy pacienti s obezitou navštěvovali chirurgii. Ani po zákroku pacientka **nenavštívila** psychologickou poradnu, byla šťastná, že mohla zákrok podstoupit, doufala, že se její stav zlepší.

Respondentka byla v rámci předoperační i pooperační péče sester dostatečně poučena, po zákroku nepociťovala bolesti, takže nemusela brát žádné léky. Po operaci byla edukována o **pooperační péči**. Dodržovala zásady, se kterými ji sestry seznámily, nyní **dodržuje** dietní **omezení** (množství porce). O možnosti plastické operace **věděla**, ale **nebyla** v jejím případě **potřeba**. Jako zdravotník vnímala, že zdravotnický personál poskytoval **stejnou péči** jí i dalším pacientům bez rozdílu. I ona si při své práci vždy uvědomovala, že **vlídné slovo** a **dobrá péče** je nejlepší lék. Vždy se chovala tak, jak chtěla, aby se k ní chovali v případě, že bude nemocná ona. Toto si vždy snažila uvědomit při své 40-ti leté praxi zdravotnice.

Bariatrická operace pro ní znamenala **velkou změnu**. Přestala se cítit méněcenná a začala se sebou být **spokojená**.

V současnosti dodržuje zásadu – sníst malé množství. Nemá žádné zažívací potíže, jediná komplikace byla výše zmíněná **kýla** v jizvě, která musela být odstraněna.

## Transkripce rozhovoru s čtvrtou pacientkou

Čtvrté respondentce je 30 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské. Rozhovor trval 15 minut.

Obezita u ní byla diagnostikována již ve **školním věku**. Prvotní informace o tomto onemocnění jí poskytl **lékař pro děti a mládež**. Diagnostika obezity u ní byla provedena v souvislosti s provozováním sportu, **změřením váhy a výšky**. Před operací obezitu řešila různými **dietami** a pohybem, výživového poradce ale nenavštěvovala. Informace o tomto onemocnění si zjišťovala i sama vyhledáváním na **internetu**. Chtěla snížit váhu kvůli **sobě** samé. Domnívá se, že její onemocnění je dědičné ze strany **matky a její matky**. Před výkonem vážila 132 kg, měřila 170 cm.

Z důvodu snahy o otěhotnění a pro **lepší spokojenost sama** se sebou před 3 roky podstoupila operaci **bandáž žaludku**. V rámci předoperačního vyšetření musela **snížit váhu o 5 kg**, dále bylo provedeno **gastroskopické vyšetření** a **odběry krve**. Postupně byla vyšetřena **výživovým poradcem, internistou, chirurgem** a **psychologem**. Psychologické vyšetření probíhalo formou **rozhovoru**, při kterém se zjišťovalo, zda si sama operaci dobře rozmyslela, a co na ni říká rodina. Žádná psychologická opatření jí doporučena **nebyla**.

Pooperační stav u ní proběhl bez komplikací, s péčí sester byla spokojená, což ohodnotila známkou **1**. Po operaci jí bylo **doporučeno pravidelně jíst**, první týden po operaci pouze **tekutou** stravu, od druhého týdne pak **mixovanou** stavu. Zdůrazňováno jí bylo, že již napořád musí bezpodmínečně dodržovat doporučení: **málo stravy**, ale **často**. Dle jejího vyjádření se jí tuto zásadu **nedaří dodržovat**.

Po operaci musela upravit své stravovací návyky, protože při **špatném rozkousání potravy** a požívání velkých soust **zvracela**. Dopomáháno jí bylo při **vstávání z lůžka**. Na kontrolní vyšetření chodila po **3 měsících**, poté po **půl roce** a nyní již **nechodí**.

Po operaci psychologickou pomoc **nepotřebovala**, domnívá se, že by jí tato pomoc nic **nepřinesla**. Psycholog jí nedal prostor, aby se mohla zeptat na všechny otázky, které jí zajímaly. Bylo jí doporučeno, že může po operaci navštěvovat psychologa, ale této možnosti **nevyužila**. Absolvovala tedy pouze předoperační sezení s psychologem. O možnosti podstoupení plastiky při léčbě obezity věděla, ale **nevyužila** jí.

Respondentka pracuje jako zdravotní sestra, tak díky své profesi měla dostatečné **vědomosti** o své nemoci i o léčebném režimu. V tomto směru tedy péči sester nepotřebovala, protože měla **dostatečné informace**. Jinak zhodnotila roli sester jako **komunikátorky** s lékařem a **velmi potřebnou**.

Jak vyplynulo z rozhovoru, po celou dobu léčby byl respondentce oporou hlavně manžel, dále rodina a přátelé. Dosavadní léčba ji celkem **uspokojuje**. Po operaci se jí život **rozhodně změnil**. Cítí se lépe a popisuje tento stav slovy, že nenakupuje věci na slona, ale na člověka.

### **Transkripce rozhovoru s pátou pacientkou**

Rozhovor s pátou respondentkou byl uskutečněn telefonicky, byl nahráván a trval 32 minut.

Obezita u ní byla diagnostikována v **nízkém věku na základní škole**, kdy ve věku 10-12 let trpěla nadváhou. Informace o obezitě ji poprvé podala **obvodní dětská lékařka**, která respondentce ordinovala různé diety, doporučení na různá cvičení a na ozdravný pobyt. V dospělosti si sama informace hledala většinou na **internetu**. V roce 2011 se v jenom článku dočetla o možnosti chirurgického řešení obezity. Obezitou v její rodině trpí **pouze otec**, který v současnosti zdárně hubne díky změně stravovacích návyků.

Před výkonem podstoupila léčbu pomocí **diet** a **léků**. Respondentka vážila 135 kg a měřila 164 cm. Na radu lékaře podstoupila první zákrok – **plikace žaludku**, po kterém snížila váhu na 77kg, nyní váží 96kg.

Před operací podstoupila **vyšetření diabetologem**, který jí vysvětlil dietní a stravovací omezení. Následně bylo respondentce provedeno **gastroskopické vyšetření, EKG, odběry krve, plicní** a **psychologické vyšetření**. Před vlastní operací byl pacientce odstraněn žlučník, se kterým měla problémy. Respondentka podstoupila **rozhovor** s psychologem. Po tomto sezení **nebyla** respondentce doporučena žádná psychologická opatření ani prvky kognitivně behaviorální terapie.

Před výkonem byla **edukována o dietě, předoperační a pooperační péči, pooperačních komplikacích a možných rizicích léčby** (vypadávání vlasů, zimomřivost)

Klientka netrpěla po operaci žádnými obtížemi. Brzkou pooperační péči hodnotila známkou jedna. Sestry se k ní a jejím spolupacientkám chovaly **velmi dobře** a pomáhaly jí při **vertikalizaci**, přišlo jí, že za nimi sestry chodí až příliš často.

Po operaci dodržovala 2 týdny **tekutou** dietu, poté další 2 týdny **kašovitou** a až poté mohla začít konzumovat **stravu normální**. Byla jí doporučena **velikost porce** 100 ml a **pít před jídlem** minimálně půlhodiny dopředu. V současnosti **dodržuje doporučenou velikost porce**.

Kontroly po propuštění do domácí péče probíhaly **1 za půl roku** a poté na ně respondentka **přestala dojíždět**. **Nelíbil** se jí přístup zdravotnického personálu. Jednak ze strany sester, které jí demotivovaly a také lékařů, kteří jí nevěnovali dostatek času. Kontroly probíhaly 5 minut. Respondentce přišlo, že se jí po operaci nevěnovali kvůli tomu, že nemocnici nepřinese další zisk. Od známých, kteří již podstoupili plikaci žaludku věděla, že by měla podstoupit gastroscopické vyšetření. Toto vyšetření jí nikdo ze zdravotnického personálu nenabídl. Po půl roce od operace začala její váha opět narůstat. Respondentka se snažila snížit váhu pomocí diet. Byla schopná během 14 dnů shodit 10 kg. Zároveň podstoupila **abdominoplastiku**, která jí ubrala dalších 5 kg. Po těchto zákrocích byla respondentce nabídnuta replikace. Po replikaci klientky nenastala žádná změna, proto se v současnosti rozhodla **podstoupit** třetí (poslední) **plikaci**. Tato plikace bude prováděna na jiném pracovišti než předchozí dvě plikace. Pacientce **nebyla** nabídnuta psychologická pomoc.

Pacientce se i přes nesnáze s opakováním operací **zlepšil život**. Říká, že se jí lépe dýchá a může si na sebe obléci více oblečení, které jí sluší.

Myslí si, že sestry zastávají **nezastupitelnou** roli v **pooperační** a poté **následné** péči. Záleží vždy na jejich **přístupu**.

## Transkripce rozhovoru s šestou pacientkou

Šesté respondentce bylo v době rozhovoru respondentce 50 let. Jedná se o ženu, která se vyučila v oboru prodavač. Rozhovor trval 11 minut.

V mládí měla běžnou váhu, ale **po porodu** přibrala 35 kg a na svoji původní váhu, která byla cca 80 kg se již nedostala. Postupem času se pokoušela držet diety, ale potýkala se s jo-jo efektem a její váha stále narůstala. Z rozhovoru vyplynulo, že byla na jídle závislá a sama s tímto problémem nedokázala bojovat. Z těchto důvodů, asi ve věku 43 let, požádala o odbornou pomoc paní doktorku **Váchovou**. Další informace **nevyhledávala**, stačily jí ty, co měla od lékařky. Respondentka **nespatřuje** ve svých problémech žádné **dědičné** sklony. Následně se dostala do péče pana doktora **Svačiny**, který u ní diagnostikoval obezitu (**změřením váhy, výšky**), ale také **cukrovku**, jejíž léčbu zahájil. Respondentka byla lékařem seznámena s možností operace - **neadjustabilní bandáž žaludku**.

Aby mohla být obezita pacientky řešena za pomoci této operace, bylo rovněž nutné **snížit váhu** o 15 kg, neboť její váha dosáhla 165 kg. Pacientce byla také doporučena návštěva **psychologa**, který by jí pomohl vypořádat se s psychickými problémy, které s sebou nadváha přináší a kterými pacientka trpěla a to pocity méněcennosti, deprese apod. Vyšetření probíhalo formou **rozhovoru**. Psycholog jí **nedoporučil** psychologické opatření. Žádné fyzické problémy subjektivně nepociťovala.

Respondentce se podařilo, pod odborným dohledem pana doktora Svačiny, snížit svoji váhu a pak absolvovala **běžné předoperační vyšetření**. V rámci psychologického sezení byla pacientka **poučena**, že pouze operace vše nevyřeší, ale že je nutná její aktivní spolupráce, aby byla úspěšná. Dle respondentky byla pro ni konzultace přínosná.

Pooperační péči zhodnotila respondentka nejlepší známkou a to **1**. Vše jí zdravotníci **vysvětlili**, perfektně se o ni **postarali** a absolvovala pravidelné kontroly. Byla poučena ohledně dodržování striktního jídelníčku, který zprvu zahrnoval stravu **tekutou**, potom **kašovitou** až **mletou** a pak následně mohla přejít na **normální** lehčí stravu, s **omezením gramáže**. Nyní **dodržuje** tyto specifika. Dle respondentky byla pro ni zásadní změna jídelníčku, **časové rozvržení** a omezení porcí jídla. Po zákroku trpěla

respondentka nesnášenlivostí masa, po kterém zvracela. Maso prakticky úplně odstranila, nahradila jej luštěninami.

Respondentka podstoupila druhý zákrok v únoru 2015, v současnosti je po odstranění manžety. I nadále se vyhýbá masu, ale žádné stravovací potíže nepocituje. Kontroly byly ze začátku častější, asi **1x měsíčně** a teď tak **1x za rok**. Po operaci respondentka nepociťovala potřebu psychologické péče, ale ta, kterou absolvovala před operací, jí pomohla lépe pochopit její problém ve všech souvislostech.

Práci ošetřujících sester ocenila respondentka **velmi kladně**. Vysvětlily jí přípravu na **operaci, postup operace, a jak to bude po vlastní operaci**. Dle respondentky byla práce sester perfektní, nepociťovala nedostatek informací, ani **nepociťovala potřebu** psychologické pomoci.

Respondentce **byla provedena plastická operace** břicha v takovém rozsahu, aby bylo možné provést další, v případě většího úbytku hmotnosti.

Respondentka je v současnosti oproti dřívějšímu **spokojenější** je to pro ní **změna k lepšímu**, i když jak vyplynulo z rozhovoru, se svojí současnou váhou spokojena není. V průběhu léčby pocíťovala podporu rodiny a také zdravotníci se k ní chovali perfektně. Dle respondentky je zdravotní sestra **prvním člověkem**, se kterým se pacient setká při návštěvě jakékoliv ordinace, proto musí být dobrou **psychickou oporou**, umět **mluvit s lékařem** a **ošetřovat pacienta**.

### **Transkripce rozhovoru se sedmou pacientkou**

Sedmé respondentce je 30 let a má vysokoškolské vzdělání. Rozhovor probíhal 15 minut.

Při rozhovoru sdělila, že silnější byla již od dětství, ale obezita u ní byla diagnostikovaná až **v dospělém věku** v souvislosti s dalším onemocněním - roztroušenou sklerózou. V důsledku podstoupené léčby roztroušené sklerózy kortikoidy přibrala 30 kg. Hlavní problém pro ni byl pohyb, protože ji značně omezovala bolest nohou a nadváha. Respondentka pracuje ve zdravotnictví a tak si veškeré prvotní informace týkající se stanovení diagnózy a její následné léčby **zjišťovala sama** pomocí **internetu**. Domnívala se, že operaci - **bandáž žaludku** si hradí pacient sám, což jí



limitovalo pro dřívější rozhodnutí pro operaci. Když jí následně lékař sdělil, že tomu tak není, tak nemusela o operaci vůbec rozmýšlet. Před operací bojovala s nadváhou podle jejích slov jako „**věčná dietářka**“, neustále řešila, zda jíst nebo nejíst. S jinou léčbou obezity osobní zkušenosti nemá. Respondentka si **myslí**, že v jejím případě je obezita **dědičné** onemocnění. Přiklání se k tomu, že za její nadváhu mohou stravovací návyky z rodiny, kdy jedla větší porce jídla než je obvyklé.

**Bandáž žaludku** podstoupila v lednu 2014. Před výkonem vážila 148 kg při výšce 174 cm. Po operaci zhubla o 25 kg. Hlavním důvodem proč se rozhodnout pro operaci byla **diagnóza roztroušené sklerózy a nemožnost otěhotnět**. V rámci předoperačního vyšetření jí byla provedeno **gastroskopické, chirurgické, interní** a **psychologické vyšetření**. Dle respondentky bylo vyšetření psychologem velmi příjemné. Psycholog jí dával různé **otázky** týkající se zákroku, ale i jejích plánů do budoucnosti, povídal si s ní spíše jako s kamarádkou, nijak její výpovědi nehodnotil. Žádnou psychologickou terapii jí však **nenavrhl**.

Pooperační péči hodnotila respondentka jako **velmi dobrou** ze strany lékařů i ošetřujícího personálu. Sestry jí dopomáhaly při prvotních **pohybech**. **Nebyla** edukována sestrou. Menší zájem pociťovala při následné kontrole po roce od operace, kdy na její problémy měla lékařka vždy pouze jedinou odpověď, a to takovou, že „*musí dodržovat porce*“. Respondentka z toho měla pocit, že lékařka činila **závěry, aniž by ji dostatečně vyšetřila**.

Po operaci jí bylo doporučeno, jak se má **pohybovat** a jídlo **časově rozvrhnout**, dále jaké **množství jídla** může najednou sníst, jak má dodržovat **pitný režim** a jak má jídlo **rozkousat**. Nejprve měla stravu **tekutou** a **kašovitou**. Tato specifika respondentka bezprostředně po zákroku striktně dodržovala, ale s **odstupem** od operace má čím **dál tím větší hlad**. Kvůli pracovnímu vytížení nezvládá dodržovat časový harmonogram jednotlivých jídel a pojídá větší porce, než doporučených 150 g. Po zákroku **trpí obtížemi**, tlačí ji **port** i **kroužek**. Potíže při stravování nemá respondentka žádné, snaží se potravu řádně rozkousat, ale po přijetí stravy má zhruba po roce od operace pocit na zvracení.

Na pravidelné kontroly chodí každé **tři měsíce**. Psychologickou pomoc po operaci **nepotřebovala žádnou**. Po případném porodu **uvažuje o podstoupení** plastické operace. Dle jejího mínění se jí po operaci život **změnil k lepšímu**, přestože ji opustil manžel. Respondentka má dobrý pocit sama ze sebe, že je mnohem víc společenská, lépe se může pohybovat a je živější než před operací. Zřejmě jí ale **nevyhovuje** dosavadní léčba, protože uvažuje o tom, že změní ošetřující lékařku a přemýšlí i o možnosti vyndání bandáže a případném podstoupení jiné operace.

Podle respondentky zastupuje sestra **komunikaci s lékařem, ošetřuje pacienta** a zastává **velkou roli**.

Zdroj: Vlastní

Příloha 2:

### **Transkripce rozhovoru s první sestrou**

První sestra pracuje ve zdravotnictví 13 let, na jednotce intenzivní péče (JIP). Vystudovala obor všeobecná sestra na Vyšší odborné škole zdravotnické. Rozhovor probíhal na oddělení, kde sestra pracuje, trval 15 minut.

Pacienti se na pracoviště sestry dostávají po operačním výkonu. Na jejich oddělení se klientům nedávají žádné informační materiály a neprovádí se ani předoperační příprava. Tu zajišťuje **standardní oddělení**, proto neprovádějí edukaci a odběry krve před operací. Na jejich oddělení jsou pacienti přibližně den až dva do doby, kdy je jim udělán **tzv. polykací akt**. Po operaci jsou u těchto pacientů prováděny běžné odběry krve (**krevní obraz, biochemie a srážlivost**). Po operaci jsou edukováni především o **stravování – nesmějí jíst a pít, jen svlažovat rty**. Toto omezení platí do doby kontroly zažívacího traktu. Potřebná výživa a tekutiny jsou po tuto dobu doplňovány **náhradou, parenterální výživou**. Dále sestry edukují pacienty o možnosti **nauzei**.

Po operaci je pacient převezen na **jednotku intenzivní péče**, kde je **monitorován, dostává kyslíkovou terapii** a jsou mu provedeny **kontrolní odběry krve**. Poté se sestra řídí **ordinacemi lékaře**. Tyto prvky tvoří běžnou pooperační péči, která se neliší od ostatních (nebariatrických) pacientů. Nejčastěji předepisované léky bývají **antiemetika** a **analgetika**.

Tato sestra používá pro bariatrické pacienty **běžnou dokumentaci**. Na jednotce intenzivní péče se **nepoužívají** vyšetřovací ošetřovatelské testy, všichni klienti jsou bráni jako riziková. Na bariatrické klienty **nemají** určen standard ošetřovatelské péče. Pro nejčastější diagnózy mají sestry vypracovaný plán ošetřovatelské péče, ve kterém se stanovují ošetřovatelské cíle. Dále zde má sestra možnost slovního hodnocení pacienta. Plán ošetřovatelské péče obsahuje diagnózy: **bolest**, porucha vyprazdňování, ztížená komunikace a orientace, dušnost, riziko neprůchodnosti DC, **riziko vzniku infekce, porucha kožní integrity, riziko vzniku dekubitů**, vznik dekubitu. Tyto diagnózy se zaznamenávají podle **individuálního stavu** pacienta.

Na pracovišti se nejvíce provádějí **břišní operace všeho typu, hrudní a traumatologické** operace. Z bariatrických operací sestra uvedla, jako nejčastější

**bandáž žaludku**. Pacienti jsou doporučováni na plastické výkony v obezitologické **ambulanci**. Záleží vždy na **doporučení lékaře**. Tyto zákroky na oddělení **nejsou příliš časté**. Na oddělení se **nevedou žádné statistiky** pouze roční hlášení o počtu klientů, kteří podstoupili bariatrický zákrok. Sestra připouští, že na oddělení vznikají situace, kdy **není možné** pacientům **věnovat maximální péči**. Toto omezení je způsobené přemírou byrokracie ve vedení **dokumentace**. Pacienti přicházejí z ambulančí již **poučení**.

Jako výhody bariatrické operace sestra označila **rychlý úbytek váhy**. Nevýhodou pak **přejedení bandáže**, komplikace jako je **sklouznutí**, **špatně nafouklá manžeta bandáže**, **nedostatečné vyšetření při následných kontrolách** a **vlastní iniciativa pacienta**.

Sestra přichází do kontaktu s pacienty až po výkonu. Předoperační péče a příprava před zákrokem tedy není součástí náplně jejich práce. Sestra se domnívá, že před každou bariatrickou léčbou měl pacient **podstoupit psychologické vyšetření**. To by mělo být provedeno v rámci obezitologické ambulance. Po operaci za klienty může přijít psycholog, ale není to běžné. Sestra **nevyužívá** v psychologické péči o klienta prvky **kognitivně behaviorální terapie**. Co se týče motivace, sestra využívá nutnosti péče pacienta o sebe samého. Jinak jsou pacienti dle jejích slov dopředu **namotivováni před výkonem**.

Pacienti nemají žádné velké riziko, proto návrat do běžného života **není zdlouhavý**. Jsou nejprve sledováni na **standardním oddělení** a poté docházejí sami do **ambulančí**. Zde je jsou jim provedeny potřebná doplňující vyšetření (dle stavu) a hlídána váha, BMI a stravovací návyky.

### **Transkripce rozhovoru s druhou sestrou**

Druhá sestra pracuje v oboru deset let. Má středoškolské vzdělání se specializací v oboru ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči. Rozhovor probíhal přibližně 13 minut.

Sestra **nedokázala odpovědět** na úvodní otázky, které se týkaly předoperační péče, informací a edukace, protože se s **pacienty setkává až po operaci**. V průběhu

rozhovoru uvedla, že pacienti navštěvují **ambulanci**, kde je **internista (obezitolog)**, **chirurg** a **psycholog**.

Po příjezdu pacienta (**na JIP**) ze sálu jej sestra **napojí na monitor** a **kyslík**, poté provádí **ordinace lékaře**. Klienty edukuje **ohledně chodu oddělení**, dále spíše informuje o **stravování**, jelikož jsou klienti prý **dostatečně informováni** z předoperačního vyšetření. Pokud je potřeba přijde za pacientem i dietní sestra (nutriční terapeut). Klienti po operaci **nemohou pít a jíst**, většinou mají **nauzeu** a zavedenou **nasogastrickou sondu**, proto jim je doporučováno vyplachovat ústa. Pacienti jsou dále edukováni o **parenterální výživě** a **infuzní terapii**. Na pracovišti sestry pacienti nejedí, proto si není jistá za jak dlouho a na jakou stravu postupně pacienti přecházejí. Specifické léky pacientům po bariatrické operaci nepodávají. Klientům jsou dle potřeby prováděny laboratorní vyšetření – **krevní obraz, biochemie, Quick**. Pacienti mají nejčastěji dotazy ohledně zvracení a péče o sondu.

Standard ošetrovatelské péče pro bariatrické pacienty **nemají** vypracován, vycházejí z celonemocničních standardů jako je například hygiena. Ošetrovatelské testy a dokumentaci používají **stejně**, jako na ostatní pacienty např. **Bartel**. Jako nejčastěji používané ošetrovatelské diagnózy sestra uvedla nebezpečí **vzniku infekce** a **bolest**, které mají předepsané. Vypisují je dle **potřeby** a **změny stavu** klienta.

Sestra **nezná počet** provedených bariatrických zákroků. Nejčastěji se na jejím pracovišti provádějí **resekce střev**, operace z důvodu **zlomenin** krčku kyčelní kosti a **pneumotoraxy**. Tyto případy jsou ovlivňovány ročním obdobím, nebo se různě prolínají. Z bariatrických operací se provádějí **bandáže žaludku**. Pacienti po bariatrické operaci mohou podstoupit plastický výkon na **doporučení lékaře**. Myslí si, že klientům **věnuje dostatečnou péči**. Záleží vždy na **druhu diagnózy** a **počtu ošetřovaných pacientů**.

Jako výhodu bariatrické operace uvedla sestra motivaci a připravenost klientů k tomuto výkonu, pacientům tento zákrok přinese **lepší kvalitu života**. Je potřeba, aby chtěl klient podstoupit výkon ze své **vlastní iniciativy**.

Sestra si myslí, že by pacienti měli **navštívit** před operací **psychologa**. Uvedla také, že **klienti** jsou připraveni používat **kognitivně behaviorální terapii**, ale že se sama do

této terapie **nezapouje**. Pacienti jsou před touto operací namotivováni již z poradny, kde je **internista**, **chirurg** a **psycholog**.

Následná péče je bariatrikým klientům poskytnuta na **standardním oddělení** a na **interní ambulanci**, kam klienti chodí na poradnu. Sestra **nemá představu** o délce návratu pacienta do běžného života.

### **Transkripce rozhovoru s třetí sestrou**

Třetí sestra má středoškolské vzdělání a pracuje ve zdravotnictví 35 let. Rozhovor probíhal na chirurgickém oddělení, kde pracuje a trval 15 minut.

Pacienti se na oddělení dostávají od obvodních lékařů. Jsou to většinou ženy, které chtějí zhubnout, trpí určitými potížemi nebo potřebují různé operace, jako je například náhrada kyčelního kloubu. Pacienti podstupují předoperační vyšetření, informace o něm získávají na **ambulanci**. Před operací u bariatrikých klientů probíhá **běžná předoperační příprava**. **Oholí se operační pole** a klient dostane **premedikaci**. Pacienti by měli přijít již s **kompletním laboratorním vyšetřením**, další vyšetření se provádí pouze tehdy, kdy je nutno na přání anesteziologa něco doplnit. Pacienti jsou edukováni sestrou o **předoperační přípravě**, **pooperační péči** a **pohybu**. Nejčastěji se klienti ptají na otázky týkající se **stravování** a toho **kdy půjdou domů**.

Těsně po operaci jsou pacienti převezeni na **pooperační pokoj**. Péče po operaci je běžnou chirurgickou péčí. Klientům se kontroluje **tlak, puls, fyziologické funkce a operační rány**. Po operaci je klientům sledována **operační rána**. Dělají se jim **nové laboratorní testy individuálně, dle ordinace lékaře**. Klienti dostávají **antiemetika** a **analgetika**.

Pacienti po operaci nemají zavedenou **nasogastrickou sondu**. Bezprostředně po operaci mají pacienti **parenterální výživu**. Poté začínají **tekutinami po lžičce** a následně se množství **tekuté stravy** přidává. **Tekutou** stravu mají pacienti do doby, než jdou na kontrolu na **ambulanci**. Sestra klienty edukuje zejména o **stravování** a **dietě**.

Pro bariatriké pacienty **není dokumentace** nijak upravena. Používají **běžné ošetrovatelské testy** jako je například **Norton**. Pro bariatriké klienty **nemají** ve

zdravotnickém zařízení vypracován **standard ošetrovatelské péče**. Ošetrovatelské diagnózy sestra uvedla **bolest** a **riziko pádu**.

Nejvíce se provádějí operace **žlučníku, kýl, střev** a občas i varixů. Z bariatrických operací se provádějí pouze **bandáže žaludku**. Podle sestry se na oddělení ošetří přibližně **4500 pacientů za rok**. Sestra **neví** kolik bariatrických pacientů je doporučováno k plastickému výkonu. Sestra se domnívá, že pacientům **věnuje dostatečnou péči**, ale vždy záleží na **počtu pacientů a jejich zdravotním stavu**.

Mezi výhody sestra zařadila možnost pomoci při léčbě **metabolického problému**. Jako nevýhodu uvedla **nadměrné využívání** této metody u pacientů, kteří jsou **mladší** a v **produktivním věku**. Sestra se domnívá, že se u nich dá obezita lépe vyléčit jiným směrem.

Před operací by klienti měli **podstupovat psychologické vyšetření**. Sestra se na oddělení nesetkala s žádnou psychologickou péčí ani s tím, že by tato péče byla potřeba. **Nezapojuje se do kognitivně behaviorální terapie**. Sestra klienty motivuje tím, že jim věnuje dostatek času.

Sestra uvedla, že pacienty doma nekontrolují. Klienti odcházejí z oddělení poučení a mají stanovené dny, kdy mají přijít na **kontrolu a vyndání stehů**. **Neví**, jak dlouho jim trvá návrat do běžného života.

### **Transkripce rozhovoru s čtvrtou sestrou**

Čtvrtou sestrou je všeobecný ošetrovatel, který pracuje ve zdravotnictví 3, 5 roků. Rozhovor probíhal 16 minut.

Pacienti se k nim na oddělení dostávají přes objednání **chirurga**, který se na jejich pracovišti zajímá o **problematiku bariatrie**. Předoperační přípravu provádí bariatrická **ambulance**, kde jsou také pacienti seznámeni s výkonem. Pacientovi je udělané **standardní předoperační laboratorní vyšetření – biochemické vyšetření, koagulační vyšetření a vyšetření krevního obrazu**. Den před operací je pacient pozván k příjmu na chirurgické oddělení. K večeři dostane **čistý vývar**, po kterém následuje **lačnění**. Ráno dostávají pacienti **premedikaci**. Před operací jsou pacienti edukováni zejména o **dietě**, o jejím složení a konzistenci (tekutá, kašovitá), o nutnosti

**dodržování nepřejídání se**, o **rizicích operace** a dodržování **klidu** a **pohybu**. Nejčastěji se pacienti ptají na otázky týkající se **diety**.

Pokud operační zákrok probíhá v pořádku, je pacient převezen na **jednotku intenzivní péče**. V případě že nastanou komplikace, je klient ze sálu převezen na anesteziologicko-resuscitační oddělení. Zhruba 2-3 den se pacient přesouvá z jednotky intenzivní péče na **standardní oddělení**, kde všeobecný ošetřovatel pracuje. Nejprve pacienti mají **parenterální výživu** později enterální s **dodržováním dietních specifik**. Pacienti někdy přicházejí z jednotky intenzivní péče s vyšetřením tzv. **polykacího aktu**. Při němž se zjišťuje těsnost anastomózy v žaludku. Toto vyšetření je prováděno pod RTG kontrolou s kontrastní látkou, kterou pacient polkne. Pokud je toto vyšetření hotové, provede se **série odběrů**, která slouží k výzkumné činnosti. Skládající se ze 4-5 odběrů: **krevního obrazu, CRP, albuminu, iontů, glykemie**. Tyto odběry následují v intervalu 3 a 5 den po operaci. Sestry se starají také o **operační ránu**. Pacienti jsou někdy přijati na standardní oddělení s **nasogastrickou sondou** a **Redonovými drény**. Pacienti jsou edukováni zejména o **stravování, pohybovém** a **odpočinkovém** režimu, a **péči o pooperační ránu**. Pacientům se dle potřeby podávají **antiemetika**, ta ale většina klientů nepotřebuje. Z dalších medikamentů pacienti dostávají **analgetika**, kdy je **bolest** zaznamenávána pomocí **vizuální analogové škály**.

Pro péči o bariatrického pacienta **je vypracován** standard ošetřovatelské péče. K hodnocení pacienta jsou používány ošetřovatelské testy jako je **Bartelův** test, test **Norton**, test **Morse** a **nutriční screening**. **Dokumentace** používaná u pacientů podstupujících chirurgickou léčbu obezity **je stejná** jako u ostatních pacientů. Z ošetřovatelských diagnóz se používá **riziko pádu, riziko infekce, bolest, předoperační příprava** jako intervence, péče o pooperační ránu, vertikalizace a **prevence tromboembolické nemoci**.

Jako nejčastější prováděné výkony uvedl všeobecný ošetřovatel operace **tříselných a břišních kýl**. Z bariatrických operací se provádějí **tubulizace žaludku**, a napravují se komplikace po **bandáži žaludku**, jako je například roztažení žaludku nad manžetou bandáže. Na všechny ošetřené pacienty **je** zhotovena **statistika**. Domnívá se, že za rok se na jejich pracovišti ošetří přibližně **10 – 20 bariatrických** pacientů. **Nemá** představu



kolik takovýchto pacientů je doporučováno k plastickému výkonu. Myslí si, že klientům **věnuje dostatečnou péči**. Ta je ovlivněna **složením klientů** na pracovišti, někdy se stává, že by bylo potřeba více času, jindy má na pacienty času dostatek.

Mezi výhody zákroku všeobecný ošetřovatel zařadil **úlevu pro pohybový aparát** a **korekce diabetes mellitus**. Nevýhodou jsou podle něj další **komplikace způsobené operačním zákrokem** (netěsnost tubulizace žaludku, dehiscence rány).

Všeobecný ošetřovatel **neví**, zda klienti postupují psychologické vyšetření. Dle jeho názoru **je** zdravotnický personál **schopen** provádět prvky kognitivně behaviorální terapie, ale na oddělení na to není čas, proto tuto péči zajišťují **specializované týmy**. Motivace klienta podle něj je důležitá, ale záleží na tom, zda je klient **motivován sám sebou nebo svým okolím**.

Bariatrickí pacienti operovaní ve zdravotnickém zařízení jsou dispenzarizováni u lékaře, který se touto problematikou zabývá, v **ambulanci**. První kontrola probíhá 10 - 14 dnů po operaci, kdy je pacient **kontrolován operátorem** a následně docházejí za bariatrickým specialistou do ambulance. Domnívá se, že klientům trvá návrat do běžného života přibližně měsíc až měsíc a půl. Záleží na jejich navyknutí si na dietní opatření.

### **Transkripce rozhovoru s pátou sestrou**

Pátá sestra pracuje ve zdravotnictví 8 let, momentálně na standardním oddělení. Vystudovala obor všeobecná sestra na Vyšší odborné škole zdravotnické. Rozhovor trval přibližně 12 minut.

Bariatrickí pacienti k nim přicházejí většinou z chirurgické ambulance, kde již dostanou informace o výkonu. Předoperační příprava začíná v den nástupu na oddělení. Pacienti dostanou pouze **vývar** a poté nic **nejedí**, aby byl žaludek vyprázdněný. Někdy jsou pacientům k vyprázdnění podávány glycerinové čípky, v závislosti na ordinaci lékaře. Předoperačně jsou klientům objednány krevní deriváty, zajištěn žilní vstup a u rizikových pacientů jsou preventivně podávány antibiotika. Na noc klienti většinou dostanou **premedikaci** – hypnotika. Ráno dostanou injekčně Atropin a Dormikum nebo Midasolam. Předoperační **krevní odběry** jsou již zhotoveny většinou **praktickým**

**lékařem**, pokud je potřeba je možní je provést znovu na vyžádání lékaře. Pacienti jsou edukováni o **nutnosti lačnění**, složení operačního týmu, **péči po operaci** (přesun na JIP), **chodu oddělení** a **možnosti uložení cenností** do trezoru. Jejich nejčastější dotazy jsou směřovány k problematice **stravování**.

Po operaci jsou pacienti většinou převezeni na **jednotku intenzivní péče**, kde tráví jeden den. Poté jsou přeloženi už jako chodící na **standardní oddělení**, kde sestra pracuje. Zde je pacientům (dle stavu) povoleno **popíjet nebo jíst vývar**. Je důležité, aby porce byly **menší a častější**. Na **standardním oddělení** jsou pacienti zatím pouze na **tekuté stravě**. Pacienti dostávají speciální medikaci na **podporu trávicího traktu** (Controlog, Degan) a **analgetika** (Novalgin, Paracetamol). Většinou den před propuštěním se klientům provádí **kontrola pasáže** gastrointestinálního traktu. Standardně se pacientům odebírá **série odběrů krve** na vyšetření **krevního obrazu, CRP, iontů a glykemie**. Pokud to klientovi není nepříjemné, je dobré ho **vertikalizovat**, podle standardu ošetrovatelské péče jej sestry mohou vertikalizovat po šesti hodinách.

Pro bariatrické pacienty se používá **stejná dokumentace**, jako na ostatní klienty. Nejčastěji používané diagnózy jsou **bolest, riziko pádu, riziko vzniku infekce**, riziko perioperačních nebo pooperačních komplikací, **riziko tromboembolické nemoci** a v některých případech **riziko vzniku dekubitů**. Na oddělení **je vypracován** zvláštní ošetrovatelský standard péče o bariatrické klienty. Z ošetrovatelských testů používají vyšetřovací test **Bartel** a **Morse**.

Ve zdravotnickém zařízení se provádějí nejčastěji **operace žlučníku, pankreatu, jater, kolorektálního karcinomu**, z bariatrických operací především **sleeve gastrektomie, biliopankreatická diverze** a občasně **bandáž žaludku**. Ty se snaží lékaři minimalizovat, jelikož jsou u nich časté komplikace. **Nemá** představu, kolik se ročně na oddělení ošetří pacientů celkově. Na jejich oddělení je hospitalizováno přibližně **50 bariatrických pacientů**, **neví** kolik z nich je doporučeno na plastickou operaci. Domnívá se, že pacientům **nevěnuje dostatek času** kvůli zvýšené práci s dokumentací. Myslí si, že by bylo vhodné mít více zdravotnického personálu.

Sestra jako největší výhody označila, že klienti **shodí přebytná kila, zlepší se jim sebevědomí**, většinou je odstraněna hypertenze, diabetes mellitus a jiné zdravotní problémy, které měli pacienti před zákrokem. Nevýhodu vidí v **nemožnosti navrácení žaludku do původního stavu**. V minulosti totiž ošetřovala klienta, který byl po bariatrické operaci a ve zbývajícím žaludku mu byla diagnostikován karcinom.

Sestra **neví**, zda pacienti podstupují psychologické vyšetření. Pokud potřebují léčbu, je zavolán specialista. Pro pacienty po bariatrické operaci je důležitá motivace, kdy je nutný **individuální přístup** k pacientovi. V rámci psychoterapeutické péče sestra využívá psychologické **podpory** a **empatie**. Sestra **nepoužívá** prvky kognitivně behaviorální terapie.

Pacienti jsou po operaci nadále sledováni při kontrolních **ambulantních** vyšetřeních. Kvůli tomu nemá sestra představu, jak dlouho trvá těmto klientům návrat do běžného života.

### **Transkripce rozhovoru s šestou sestrou**

Šestá sestra je středoškolsky vzdělaná všeobecná sestra. V praxi je 31 let. Rozhovor probíhal 27 minut.

Pacienti se na její pracoviště dostávají na doporučení pana profesora Kasalického a jiní na doporučení praktického lékaře. Před operací klienti absolvují v **ambulanci** několik vyšetření. **Psychologické** vyšetření, **RTG**, a **standartní předoperační vyšetření**, které zahrnuje vyšetření **interní** a **chirurgické**. Pacienti, kteří jsou starší 55 let, podstupují také **výtěr z nosu a krku**. V rámci předoperačního vyšetření by měl mít klient hotové **kompletní laboratorní vyšetření**. Před operací jsou bariatrickí pacienti edukováni o **předoperační péči**. Nejčastěji se sestry ptají na dotazy týkající se **stravování, kontrol** a **péči o ránu**. Pacienti jsou bráni, jako ostatní klienti, kteří postupují operaci trávicího traktu.

Bezprostředně po operaci jsou pacienti převezeni na **jednotku intenzivní péče**, kde jsou přibližně 1-2 dny. Poté jsou přeloženi na **standardní oddělení**. Zhruba třetí den je jim udělána **kontrola pasáže** gastrointestinálního traktu pomocí kontrastní látky. Po operaci jsou klientům prováděny první, třetí a pátý den **laboratorní vyšetření: krevní**

obraz, glykovaný hemoglobin, CRP, minerály. Většinou se klienti propouštějí do domácího ošetřování 3-4 den, proto se odběr prováděný pátý den již neuskutečňuje. K prevenci tromboembolické nemoci se klientům dávají bandáže. Po operaci jsou klienti edukováni o **stravování** a péči o **operační ránu**. Pacienti první týden mohou jen **tekutou stravu** a pak se na **ambulanci** přechází na stravu, která „projde vidličkou“ (**řídka kašovitá strava**) a pak následuje strava **normální**. Z léků je pacientům podávána jejich **chronická medikace**, poté léky na **lepší trávení** (Controlog), **antiemetika**, **prokinetika** (Degan) a **analgetika**. Dle sestry péče o bariatrického pacienta **nemá zvláštní specifika**.

Pro bariatrické pacienty **nemají** vytvořen standard ošetřovatelské péče. Nejčastěji se používají ošetřovatelské diagnózy **bolest**, snížená soběstačnost, **riziko infekce**, **prevence tromboembolické nemoci**. K hodnocení pacienta jsou používány ošetřovatelské testy **Morse**, **Bartel**, **Norton** a **ošetřovatelská anamnéza**.

Na oddělení se nejvíce provádějí operace varixů, kýl, pankreas, žlučové cesty, cévní bypassy, strumy. Dle sestry lze říci, že se zabývají zejména **chirurgii hlavy, krku, hrudníku a břicha**. Z bariatrických operací se provádějí **gastrické bypassy**. Domnívá se, že na oddělení ošetří **celkově** za měsíc přibližně **240 pacientů**, z tohoto počtu jsou asi **4 nebo 5 pacientů bariatrických**. Sestra **neví** kolik bariatrických pacientů je doporučováno k plastické operaci. Domnívá se, že pacientům **věnuje dostatečnou péči**. Čas si na klienty musí udělat, protože pacient je přednější než **dokumentace** a administrativa.

Jako výhody sestra uvedla **zlepšení fyzického a duševního stavu** pacienta a nevýhody různé **pooperační komplikace**.

Před operací pacienti musejí **podstoupit psychologické vyšetření**. Sestra **nepoužívá** prvky kognitivně behaviorální terapie. Chová se ke klientům s **úctou**, snaží se je **motivovat**, protože ví, že v péči o obézního je nutná motivace. Sestra si myslí, že se názory pacienta nesmí bagatelizovat.

Pacienti jsou dlouhodobě sledováni v bariatrické poradně (**ambulanci**) kam docházejí na kontroly. Do běžného života se pacienti navracejí kolem 6 týdne, záleží na

pacientovi a druhu jeho práce. Většinou pacienti pracující v kanceláři jdou do práce přibližně 3 týden.

### **Transkripce rozhovoru se sedmou sestrou**

Sedmá sestra je vystudovaná všeobecná sestra na Vyšší odborné škole zdravotnické. Ve zdravotnictví pracuje devět let. Rozhovor probíhal 19 min.

Pacienti se o jejich činnosti dozvídají z více zdrojů, od obvodního lékaře, přes internet, XXL centra, Facebook, banding kluby a z televize. Jelikož je setra z lůžkové části oddělení popisovala obecně i ambulantní provoz, kterým si nebyla zcela jistá.

Prvně když k nim pacienti přijdou do **ambulance**, objednají se na vstupní vyšetření, kde se stanoví, zda je pacient vhodný pro konzervativní nebo chirurgickou léčbu obezity. Dále se postup řídí dle rozhodnutí pacienta, zda si vybere postup konzervativní nebo chirurgický, vždy záleží na jeho domluvě s lékařem. Před operací musí pacienti podstoupit sezení s **nutričním terapeutem**, sezení s **psychologem**, **chirurgem**, **internistou** a **gastroskopické** vyšetření. Tato vyšetření jsou souhrnně přezdívána „kolečko“. Při těchto vyšetřeních všichni zmínění lékaři musejí souhlasit s navrhovanou léčbou. Pokud to tak není, je nutné, aby klient upravil problém, který byl stanoven a znovu podstoupil vyšetření lékařem. Dále klient podstupuje běžné předoperační vyšetření - laboratorní vyšetření: **krevní obraz, biochemie, koagulace a vyšetření moč + sediment**. Dále se provádí vyšetření **EKG** a speciálně ještě **spirometrie**. Toto vyšetření se dělá z důvodu zjištění kapacity plic a „udýchání“ anestezie. Pacientům se dle stavu může také provádět **RTG vyšetření srdce + plíce** a vyšetření ve **spánkové laboratoři**. Pacienti musejí být edukováni v rámci ambulantního procesu, jelikož je u bariatrického zákroku důležitá spolupráce po celý život. Pacienti jsou edukováni **o výkonu**, jaký to bude mít dopad na jejich **další život, stravování** a péči o **domácnost**. V den operace jsou klienti edukováni o „sesterské přípravě“ – tzn. **oholení operačního pole, nasazení trombotických punčoch, převlečení do košile, odstranění vyndavacích zubních náhrad, šperků a kontaktních čoček**. Je potřebné pacienty také upozornit na vedlejší účinky anestezie jako je např. **nevolnost, zvracení**. Dle sestry jsou klienti zahlceni spoustou informací, které zapomenou. Proto je důležité

poskytovat jim ty samé informace vícekrát, tím se předejde následnému pooperačnímu strachu a nespolupráci. Nejčastěji se pacienti ptají na otázky týkající se stavu nyní a po propuštění z nemocnice.

Po operaci jsou klienti převezeni na **pooperační pokoj**, kde jsou přibližně hodinu. Zde jim jsou kontrolovány **fyziologické funkce**, **sledovány případné nevolnosti a zvracení**, **bolest**, **operační rána**. Na pooperačním pokoji je úzká spolupráce sestry a anesteziologa. Po operaci a po celou dobu hospitalizace se s klienty provádí **dechová rehabilitace**, tím se plíce rozvinou a zabrání se tak zánětu plic. Dle typu výkonu mají pacienti dietní omezení. Například u bandáží, v den operace mohou po lžičkách opatrně začít popíjet nějakou **tekutinu**. Následně mají druhý den k snídani **lžici bílého jogurtu**, k obědu a večeři **bujón** a v průběhu celého dne by měli popíjet po **doušcích**. Pacientům jsou zpravidla naordinovány **analgetika**, **antiemetika**, **antikoagulancia**, **infuzní terapie** a **inhalační terapie**.

Péče na oddělení se **neřídí ošetřovatelskými standardy**. Sestry si dle jejich slov dávají pozor na specifika operace. Bariatrické výkony přirovnává k laparoskopickým výkonům v břišní chirurgii. Dále **nepoužívají ošetřovatelské testy** a **ošetřovatelské diagnózy**. Na bariatrického pacienta mají **stejnou dokumentaci**, jako na ostatní klienty.

Nejčastěji ve zdravotnickém zařízení provádějí operace **žlučníku**, **bandáže žaludku** a **plikace žaludku**. Sestra **neví** kolik je ošetřeno pacientů měsíčně a kolik pacientů podstupuje plastický výkon po bariatrickém zákroku. Domnívá se, že klientům **věnují dostatečnou péči**, jelikož nemusí věnovat mnoho času administrativě **dokumentace**.

Dle sestry jsou výhodami bariatrické chirurgie **snížení váhy pacienta**, **zvýšení sebevědomí**, **zlepšení či vyřešení hypertenze**, **diabetes mellitus**, **potíží s dýcháním**, **vyléčení kožních onemocnění**. Výkon má nejen estetický, ale i zdravotní dopad. Nevýhodu sestra nevidí víceméně žádnou, kromě **rizika perforace žaludku** vlivem nedodržení diety.

Před operací pacienti procházejí psychologickou kontrolou. Sestra si myslí, že dále už nechodí k psychologovi, pokud jim to neintervenuje nějaký lékař. V rámci psychoterapeutické péče sestra ovlivňuje pacienta **přístupem a úsměvem**. **Nepoužívá**

cílenou psychoterapii – kognitivně behaviorální terapii. Sestra pacienty motivuje slovně, zachovává si lidský přístup.

Sestra se domnívá, že pacienti se navracejí do běžného života po týdnu. Záleží na druhu práce, kterou pacient vykonává. Pacienti jsou následně po propuštění do domácího ošetřování objednáni týden po operaci na kontrolu do **ambulance**. Po měsíci by měla být provedena další **kontrola internistou** a po třech měsících **chirurgem**. Bariatričtí klienti by měli docházet trvale na kontrolu v intervalech, které sestra blíže nespécifikovala.

### **Transkripce rozhovoru s osmou sestrou**

Osmá sestra pracuje ve zdravotnictví 10 let, vystudovala obor všeobecná sestra na střední zdravotnické škole. Rozhovor probíhal 11 minut.

Klienti se do zdravotnického zařízení dostávají na doporučení praktického lékaře, známých, anebo si najdou informace pomocí internetu. Klienti jsou nejprve objednáni na **ambulantní** vyšetření, kde dostávají informace od lékařů. Před operací musí mít pacienti **interní vyšetření, EKG, chirurgické, psychologické** a laboratorní vyšetření: **krevní obraz, biochemie, Quick**. Klienti jsou hlavně edukováni o **pooperační dietě**. Jejich dotazy jsou směřovány k přesnému rozvržení **diety a stravování**.

Bezprostředně po operaci je klient převezen na **pooperační pokoj**, který je součástí jednotky intenzivní péče. Poté je přeložen na **standardní oddělení**, kde se kontrolují **fyzilogické funkce** po třech hodinách, pacient se poté **vertikalizuje** za pomoci sester (dojde si většinou na toaletu), je mu podávána **infuzní terapie, analgetika a antiemetika**. Pooperačně se provádějí odběry krve **dle ordinace lékaře**. Pacienti jsou po operaci edukováni o **příjmu potravy** po operaci (začátek cucání ledu, postupně přecházet na tekutiny), která je nutná, aby si žaludek zvykl. Je nutné, aby se pacienti naučili **dodržovat dávky** porcí (150 ml). U bandáže žaludku v den operace klienti pomalu začínají s **tekutou stravou**.

V **dokumentaci** mají sestry **speciální složku předoperační a pooperační péče**, poté se přechází na **běžnou dokumentaci**, jako pro ostatní klienty. Ve zdravotnickém zařízení se **nepoužívají vyšetřovací ošetřovatelské testy** a ani **ošetřovatelské**

**diagnózy. Není** zde vypracován standard ošetrovatelské péče. Klienti jsou zde bráni **individuálně** krom dietního omezení a pohybového režimu.

Nejčastěji se na oddělení provádějí **plikace žaludku, bandáže žaludku** a **plastiky**. Domnívá se, že týdně ošetří přibližně **17 – 18 pacientů**. **Neví** kolik klientů je doporučováno k plastické operaci. Dále se domnívá, že pacientům **věnuje dostatečnou** až nadměrnou **péči**.

Jako výhody sestra onačila: **výhodu motivace klienta k dodržení životosprávy** po operaci a nevýhodu, že pokud tyto specifika **nedodrží, přijdou znovu** na další operační zákrok.

Psychologické vyšetření pacienti podstupují předoperačně. Sestra **nepoužívá** v rámci psychoterapie metody **kognitivně behaviorální terapie**, ale pokud je potřeba přijde **psychoterapeut nebo psycholog**. Sestra dle svých slov motivuje klienty **hovorem**.

Pacienti jsou propuštěni do domácího ošetrování druhý, třetí den. Jelikož jsou po laparoskopické operaci, nemají krom diety žádné velké omezení. Pacienti docházejí na kontrolu do **zdravotnického zařízení** nebo ke svému **praktickému lékaři**. Do **ambulance** pacienti přicházejí na kontrolu desátý den, kdy jsou jim také vyndány stehy. Poté docházejí na kontrolu váhy a měření.

### **Transkripce rozhovoru s devátou sestrou**

Desátou sestrou je všeobecná sestra a zdravotnická záchranářka, pracuje ve zdravotnictví 15 let. Rozhovor probíhal 20 minut.

Pacienti se dozívají o pomoci zdravotnického zařízení pomocí **internetu, médií, prostřednictvím** různých **poradců, sdružení pacientů**, kteří podstoupili bariatrický zákrok a na radu **známých**. Pacienti jsou vyšetřováni v **ambulanci**, v rámci tzv. „kolečka“ (vyšetření **internistou, chirurgem, gastroenterologem a psychologem**). Zde jsou jim dávány různé informační materiály, které jim radí jak se o sebe starat **po operaci**. V rámci užšího předoperačního vyšetření je pacientovi provedeno **laboratorní vyšetření – krevní obraz, srážlivost, biochemie**, vyšetření **EKG, RTG srdce + plíce**,



vyšetření **gastroenterologem**. Před operací pacient **podepíše souhlas** s anestezií a s operací. Pacienti jsou edukováni o **operačním zákroku** a následné péči.

Po operaci jsou klienti převezeni na **pooperační pokoj**, kde je **monitorován** minimálně 1-1,5 hodiny do stabilizace krevního tlaku a dechu. Na tomto pokoji jsou pacienti „dokontolováni“ po anestezií. Pacientům se odebírá krev na **hematologické a biochemické** laboratorní vyšetření. Pokud klient nemá problémy s krevním tlakem, zvracením a je stabilizovaný překládá se na **standardní oddělení**. Zde se jim **monitorují fyziologické** funkce po třech hodinách. Je důležité, aby klient po operaci začal do šesti hodin vylučovat moč. Klienti jsou po operaci edukováni o **pohybu** na lůžku, nutnosti a provedení **vertikalizace**, **dechové rehabilitaci**, **celém průběhu operace** a o dalším **postupu**. Pacienti po operaci dostávají **analgetika**, **antiemetika** a svou **chronickou medikaci**. Pokud klienti netrpí pocitem na **zvracení**, mohou zkusit **cutat led**, nejlépe jim to jde při chůzi. Klienti musejí být k pohybu hned po operaci často přemlouváni. Poté se dávají lžičky tekutin a následně vývar. Edukce obsahuje i **péči o ránu**, hygienu a drcení chronické medikace.

V tomto zdravotnickém zařízení se **nepoužívají vyšetřovací ošetřovatelské testy**, **ošetřovatelské diagnózy**, specifickou **dokumentaci** a **není** určen **standard péče** o bariatrické klienty.

Nejčastěji se zde provádějí **plikace žaludku**, **bandáže žaludku**, **abdominoplastiky**, **gastrické balony**, **biliopankreatické diverze** a **gastrické bypassy**. Sestra **nemá** představu o počtu ošetřených bariatrických klientů a kolik z nich je doporučováno k plastickým operacím. Domnívá se, že pacientům **věnují dostatečnou péči** i čas, protože nejsou standardním oddělením o 30 lůžkách.

Výhodou bariatrického zákroku je, že se s ním dají **upravit** některé **nemoci** (diabetes mellitus a hypertenze), pro některé je to jediná možnost. Nevýhodou je pak časté podstupování bariatrických zákroků u **mladých lidí**. Sestra se domnívá, že u těchto mladých lidí by obezita mohla být řešena konzervativně.

Pacienti podstupují předoperační vyšetření psychologem. Pokud je potřeba, je **možné**, aby si s ním klient promluvil i po operaci, záleží vždy na stavu pacienta. V

rámci psychoterapeutické péče sestra **nevyužívá** prvky **kognitivně behaviorální terapie**, podporuje každého klienta **individuálně**.

Do běžného života se pacienti navracejí dle druhu pracovní zátěže. Pacienti pracující v kanceláři mohou jít do zaměstnání brzy. Zatímco pacienti mající zvýšenou fyzickou zátěž později. Pacienti jsou sledováni na **ambulancích** ve zdravotnickém zařízení.

Zdroj: Vlastní

Příloha 3:

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jak byste charakterizoval/a pojem obezita?
4. Kdy u Vás byla diagnostikovaná obezita?
5. Kdo a kde Vám první poskytl informace o tom, jakým onemocněním trpíte, jaké jsou jeho rizikové faktory a komplikace?
6. Získával/a jste informace o svém onemocnění i z jiných zdrojů?
7. Za jakých okolností u Vás proběhla diagnostika obezity?
8. Jakou léčbu jste absolvoval/a před operací?
9. Máte zkušenosti i s jiným typem léčení obezity?
10. Myslíte se, že je Vaše onemocnění dědičné?
11. Má toto onemocnění někdo z Vaší rodiny?
12. Jaká byla Vaše původní váha a míry před výkonem?
13. Jaký výkon jste podstoupil/a a jak dlouho jste po operaci?
14. Jaké důvody Vás vedly k vyhledání odborníka a následně k rozhodnutí podstoupit výkon?
15. Jak u Vás probíhalo předoperační vyšetření?
16. Byl/a jste vyšetřena psychologem? Pokud ano – popište mi prosím, jak Vaše sezení probíhalo.
17. Jak byste zhodnotil/a psychologickou péči?
18. Byla Vám doporučena nějaká psychologická opatření – kognitivně behaviorální terapie?
19. Jaké metody psychologické léčby jste podstoupil/a?
20. Jak u vás probíhala pooperační péče? Ohodnoťte péči známkou jako ve škole.
21. Jaká Vám byla doporučena specifika po operaci?
22. Jaká Vám byla doporučena dietní omezení po operaci?
23. Dodržujete tyto specifika po operaci? (jídelní zvyklosti, pohyb)
24. Trpíte nějakými obtížemi po zákroku?
25. Máte nějaké potíže při/po stravování?

26. Jak často chodíte/ jste chodil/a na kontroly?
27. Potřeboval/a jste psychologickou pomoc i po operaci?
28. Myslíte si, že Vám psychologická péče v něčem pomohla?
29. Jak k Vám sestra přistupovala?
  - a. čem Vás sestra poučovala v problematice předoperační a pooperační péče?
30. Chybělo Vám něco, co Vám sestra neřekla? Hledal/a jste si informace někde jinde (*kde*)?
31. Navštěvujete psychologa? Byla Vám doporučena možnost psychologické podpory v léčbě obezity?
32. Byla Vám doporučena možnost plastické chirurgie, pokud ano, podstoupil/a jste plastiku a čeho?
33. Jak se u Vás změnil život po operaci?
34. Jste spokojen/á s Vaší dosavadní léčbou?
35. Kdo pro vás byl v průběhu léčby oporou?
36. Jak se k Vám chovali zdravotníci během léčby?
37. Jakou roli podle Vás v následné péči zastávají sestry?

Zdroj: Vlastní

Příloha 4:

1. Roky
2. Vzdělání
3. Specializace
4. Délka praxe
5. Jak se k Vám pacienti dostávají
6. Dáváte pacientům nějaké speciální materiály k prostudování na doma? (brožury)
7. Jaká je předoperační příprava?
8. Jaké odběry provádíte před operací?
9. O čem informujete a edukujete pacienty před operací?
10. Jaké odběry provádíte po operaci?
11. O čem informujete a edukujete pacienty po operaci?
12. Jak se staráte o pacienty po operaci? Popište prosím péči o pacienty těsně po operaci.
13. Mají pacienti nějaká dietní omezení po operaci popřípadě jaké?
14. Jaké léky podáváte těmto pacientům (specifické – analgetika, opiáty,...)?
15. Máte speciální (specifickou) dokumentaci?
16. Jaké používáte vyšetřovací ošetrovatelské testy?
17. Máte nějaký standard ošetrovatelské péče o bariatrické pacienty?
18. Jaké ošetrovatelské diagnózy používáte nejčastěji? Potřebovala byste jiné, popřípadě jaké?
19. Jaké výkony jsou u Vás na oddělení prováděny nejčastěji?
20. Kolik pacientů ošetřujete měsíčně/ročně? Máte nějakou statistiku?
21. Máte nějakou kontrolu, jak kontrolujete, že P/K dodržují pooperační specifika?
22. Podstupují pacienti psychologické vyšetření a poté léčbu? (kdy, kdo, jak)
23. Kolik pacientů je doporučováno k plastickým operacím?
24. Myslíte si, že pacientům věnujete dostatečnou péči, popřípadě potřebovala byste na ně více času?
25. Jaké na Vás mají pacienti nejčastější dotazy?
26. Jak dlouho pacientům trvá návrat do běžného života?

27. Jaké vidíte výhody v chirurgickém řešení obezity/ jaké má tento způsob léčby podle Vás nevýhody?
28. Využíváte v rámci psychoterapeutické péče o klienta kognitivně – behaviorální přístupy? Jaké máte zkušenosti s účinností těchto postupů? Provádí realizaci na vašem pracovišti vyškolený personál s absolvovaným výcvikem nebo kurzem? Probíhají u vás na pracovišti skupinové kurzy?
29. Zapojujete se do kognitivně – behaviorální terapie, pokud ano jaká je Vaše úloha?
30. Jakou roli v péči o tyto pacienty hraje motivace?
31. Jaké motivační techniky využíváte při péči o tyto pacienty?
32. Jsou Vaši pacienti dispenzarizováni?

Zdroj: Vlastní

