

Spokojenost pacientů po bariatrických operacích

Yvona Kováčiková

Bakalářská práce
2017



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Yvona Kováčiková**
Osobní číslo: **H14563**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Spokojenost pacientů po bariatrických operacích**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury k tématu bakalářské práce.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti bariatrické chirurgie.
Příprava metodiky empirické části.
Stanovení kritérií pro výběr respondentů.
Realizace průzkumu technikou dotazníku.
Zpracování a vyhodnocení získaných informací.
Prezentace výsledků šetření a formulace závěrů.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

DEITEL, Mervyn et al. Handbook of obesity surgery: current concepts and therapy of morbid obesity and related disease. Toronto: FD-Communications, 2010. ISBN 978-0-9684426-5-4.

OWEN, Klára. Moderní terapie obezity. Praha: Maxdorf, 2012. ISBN 978-80-7345-301-5.

ADÁMKOVÁ, Věra et al. Obezita: příčiny, typy, rizika, prevence a léčba. Brno: Facta Medica, 2009. ISBN 978-80-904260-5-4.

KRAHULEC, Boris et al. Klinická obezitologie. Brno: Facta Medica, 2013c. ISBN 978-80-904731-7-1.

KVAPIL, Milan. Diabetologie 2016. Praha: Triton, 2016. ISBN 978-80-7553-031-8.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Anna Krátká, Ph.D.

Ústav zdravotnických věd

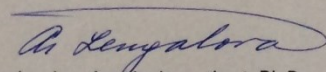
Datum zadání bakalářské práce:

9. prosince 2016

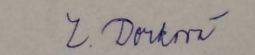
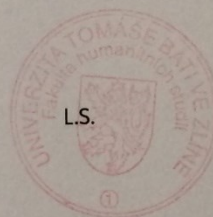
Termín odevzdání bakalářské práce:

19. května 2017

Ve Zlíně dne 9. prosince 2016



doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka



Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

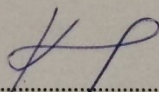
Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 10.2.2014


.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíádně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Záměrem bakalářské práce je analyzovat spokojenost pacientů po bariatrických operacích. Bariatrická operace, např. plikace žaludku, spočívá ve zmenšení objemu žaludku a je považována za účinný způsob léčby závažných stupňů obezity i provázejících metabolických onemocnění. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část obsahuje stručný popis obezity a také popisuje co je bariatrická chirurgie. Dále se zaměřuje podrobněji na jednotlivé typy operace a na léčebná opatření po těchto bariatrických zákrocích. Praktická část obsahuje vlastní průzkum technikou dotazníku, jehož hlavním cílem bylo zjistit, zda operace splnila očekávání pacientů. Na základě všech zjištěných informací je formulován závěr.

Klíčová slova: Obezita, Obézní pacient, Bariatrická chirurgie, Spokojenost

ABSTRACT

Bachelor thesis's objective is to analyse patients' satisfaction after bariatric surgeries. Bariatric surgery, e.g. laparoscopic greater curvature plication, consists of decreasing the volume of stomach and is considered to be an effective treatment method for severe stages of obesity and linked metabolic diseases. Thesis is divided into theoretical and practical part. Theoretical part contains a brief description of obesity, as well as description of bariatric surgery. It also focuses in more detail on particular types of bariatric surgeries and on treatment steps following after these interventions. Practical part contains own questionnaire-based research focused on understanding whether the surgery met patients' expectations. All the information gathered during the project leads to the conclusion provided.

Keywords: Obesity, Obese patient, Bariatric surgery, Satisfaction

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Anně Krátké, Ph.D. za vstřícnost, trpělivost, cenné rady a odborné vedení po celou dobu spolupráce. Poděkování patří i všem respondentům za vyplnění dotazníku. Dále děkuji MUDr. Michalovi Čiernému, CSc. a všeobecné sestře Bronislavě Vlašicové z bariatrické ambulance v nemocnici Břeclav, kteří mi dotazníkové šetření umožnili a pomohli mi s ním. Nakonec bych ráda poděkovala i své rodině za podporu, kterou mi věnovali během celého mého studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 OBEZITA	12
1.1 KLASIFIKACE OBEZITY	12
1.2 ZDRAVOTNÍ KOMPLIKACE OBEZITY	13
2 BARIATRICKÁ CHIRURGIE	14
2.1 HISTORIE BARIATRICKÉ CHIRURGIE	14
2.2 INDIKACE K BARIATRICKÉ CHIRURGII	15
2.3 HLAVNÍ VÝKONY BARIATRICKÉ CHIRURGIE.....	16
3 ÚLOHA SESTRY V PŘEDOPERAČNÍ A POOPERAČNÍ PÉČI	19
3.1 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA	19
3.1.1 Dlouhodobá příprava.....	19
3.1.2 Krátkodobá příprava.....	20
3.1.3 Bezprostřední příprava	20
3.2 POOPERAČNÍ PÉČE	21
3.2.1 Výživa	21
3.3 DISPENZARIZACE PACIENTŮ	22
3.4 EDUKACE PACIENTA PO OPERACI.....	22
II PRAKTICKÁ ČÁST	24
4 METODIKA	25
4.1 FORMULACE PROBLÉMU	25
4.2 CÍLE PRŮZKUMU	25
4.3 CHARAKTERISTIKA SOUBORU	25
4.4 METODA SBĚRU DAT	25
4.5 ORGANIZACE PRŮZKUMU	25
4.6 ZPRACOVÁNÍ DAT A VÝSLEDKY	26
4.7 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ	27
5 DISKUZE	73
ZÁVĚR	76
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	77
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	80
SEZNAM TABULEK	81
SEZNAM GRAFŮ	82
SEZNAM OBRÁZKŮ	83
SEZNAM PŘÍLOH	87

ÚVOD

Práce se věnuje obézním pacientům a jejich spokojenosti po bariatrických operacích.

V současné době je obezita velmi závažným zdravotním problémem. Světová zdravotnická organizace vyhlásila obezitu “pandemií 21. století“, neboť její výskyt nejen v České republice, ale i po celém světě neustále roste. Onemocnění přidružená k obezitě snižují kvalitu života člověka a zkracují i jeho délku. Každým rokem obézních lidí přibývá a zaujímáme jako národ jedno z předních míst v prevalenci obezity v Evropě. Možností, jak obezitu a to hlavně tu morbidní řešit, je v současnosti bariatrická chirurgie. Je to mladý chirurgický obor, který nabízí efektivní řešení tam, kde selhala konzervativní terapie. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou.

Teoretická část má tři kapitoly. První kapitola popisuje obezitu, její klasifikaci a komplikace obezity. Následuje druhá kapitola o bariatrické chirurgii, která se věnuje na její historii. Dále popisuje indikace k bariatrické chirurgii a zaměřuje se podrobněji na jednotlivé typy operací. Poslední tedy třetí kapitola popisuje úlohu sestry v předoperační a pooperační péči o obézního pacienta. Na teoretickou část navazuje část praktická, jejímž cílem bylo zmapovat spokojenost pacientů po bariatrických operacích, a to prostřednictvím dotazníkového šetření. V závěru této práce bude na základě zjištěných informací formulován závěr.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 OBEZITA

„Obezita je definována nadměrným uložením tuku v organismu. O podílu tuku v organismu se lze přesvědčit jak komplikovanými postupy (CT, podvodní vážení, denzitometrie), tak orientačně měřením kožních řas nebo impedance, např. měřením průchodu proudu mezi horními končetinami při držení přístroje v rukou“ (Svačina, 2002, s. 15). Obezita přestává být pouze kosmetickým problémem, ale může vést i ke zvýšené morbiditě a mortalitě. V současnosti je v první řadě problémem zdravotním a stále více se mluví o závažných zdravotních komplikacích, které ji doprovází. Obezita je nemoc a zásadně poškozuje zdraví. WHO nazvala obezitu „epidemií 21. století“ (Adámková a kol., 2009, s. 17). „Obezita se stala na přelomu tisíciletí nejčastější metabolickou chorobou v důsledku životních podmínek a životního stylu, který vyústil v pozitivní energetickou bilanci“ (Hainer a kol., 2004, s. 21).

1.1 Klasifikace obezity

Základní dva typy obezity jsou:

- gynoidní typ ženský (tvar hrušky),
- androidní typ mužský (tvar jablka).

Gynoidní typ je spjat s ukládáním tuku v podkoží, zejména hýždí a stehen, a naopak androidní typ je charakteristický nahromaděním tuku v oblasti hrudníku a zejména uvnitř břicha (Adámková a kol., 2009 s. 18; Kasalický a kol., 2011, s. 11). „Riziko metabolických komplikací, tedy tendence k androidnímu typu obezity, je úměrné obvodu pasu a obvykle se klasifikuje na mírné a výrazné“ (Svačina, 2002, s. 17).

Obezita se nejčastěji diagnostikuje za pomoci ukazatele pro hodnocení tělesné hmotnosti, tj. Body mass indexu (BMI). Výsledná hodnota BMI se získá tak, že hmotnost vyjádřená v kilogramech se vydělí druhou mocninou výšky, která je vyjádřena v metrech (Adámková a kol., 2009 s. 17-18; World health organization, 2016).

Hodnoty:

- Podváha: < 18,5
- Normální váha: 18,5 – 24,9
- Nadváha: 25,0 – 29,9
- Obezita I. stupně: 30,0 – 34,9
- Obezita II. stupně: 35,0 – 39,9
- Obezita III. stupně: > 40.

Další používanou klasifikací obezity je velikost obvodu pasu. U mužů je za hraniční hodnotu považován obvod pasu nad 94 cm a u žen nad 80 cm. Překročení uvedených hodnot určuje míru zdravotních komplikací. Za vysoké riziko vzniku kardiovaskulárních onemocnění je pokládán obvod pasu u mužů nad 102 cm a u žen nad 88 cm (Adámková a kol., 2009, s. 17-18).

Velmi zřídka se používá měření kožních řas pomocí kaliperu. Zjišťuje se množství podkožního tuku. Metoda je to rychlá, neinvazivní, ale klade vysoké požadavky na zkušenosti toho, kdo měření provádí a nevypovídá dostatečně o klinicky závažnější nitrobřišní obezitě. Měří se asi 4-10 kožních řas (Kunešová a kol., 2016, s. 12).

1.2 Zdravotní komplikace obezity

Obezita, donedávna vnímaná pouze jako kosmetický defekt je velmi závažné chronické metabolické onemocnění. „*Současná bariatrie má opodstatnění jako jeden ze způsobů dlouhodobého a příznivého ovlivnění tohoto chronického onemocnění*“ (Kasalický, 2007, s. 16). Alarmující je, že jí trpí v současnosti i nemalá část dětské populace. Její velmi závažné zdravotní komplikace a rizika snižují kvalitu a délku života.

Zdravotní komplikace se mohou projevovat v řadě systémů a spektrum nemocí je proto velmi široké. Mohou to být onemocnění:

- metabolická (např. diabetes melitus 2. typu, poruchy metabolismu lipidů),
- onemocnění kardiovaskulárního systému (např. hypertenze, varixy dolních končetin, ateroskleróza, ischemická choroba srdeční),
- respiračního systému (např. syndrom spánkové apnoe, Pickwickův syndrom),
- gastrointestinální (např. steatóza jater, gastroezofageální reflex, hiátová hernie),
- gynekologická onemocnění (např. syndrom polycystických ovárií, infertilita, poruchy cyklu),
- endokrinní poruchy (např. hyposekrece růstového hormonu, hyperandrogenismus u žen),
- onemocnění onkologická (např. gynekologická, urologická), kožní onemocnění (např. mykózy, strie, celulitida),
- poruchy pohybového aparátu (např. artrózy, bolesti zad).

Vzácností nejsou ani psychosociální komplikace. Nadváha zvyšuje i rizika spojená s anestezií a chirurgickými výkony (Fried a kol., 2011, s. 92-96).

2 BARIATRICKÁ CHIRURGIE

„Pojem bariatricie je odvozen z řeckého slova bari (těžký) a používá se k označení chirurgické léčby obezity“ (Čierny, 2006a). Bariatricie je tedy chirurgický obor zabývající se operačními metodami léčby obezity. Je velmi efektivní metodou. Snižuje nejen hmotnost pacienta, ale zároveň jej tím zbavuje zdravotních komplikací a rizik spojených s touto závažnou nemocí (např. diabetes mellitus 2. typu). „Bariatrická chirurgie nabízí totiž u vhodných pacientů účinný, standardizovaný, a v porovnání s jinými chirurgickými výkony u neobézní populace, i srovnatelně bezpečný způsob zásadní a dlouhodobé redukce abnormální nadváhy“ (Hainer, 2004, s. 279).

2.1 Historie bariatrické chirurgie

První zprávy o bariatrické chirurgii sahají do první poloviny minulého století. V roce 1952 Henriksson ve Švédsku poprvé provedl částečnou resekci tenkého střeva, kterou chtěl omezit absorpci živin. O pět let později se Henrikssonova resekce střeva Kremem a spolupracovníky v USA upravila do tzv. jejunoileálních bypassů redukujících délku tenkého střeva pro vstřebávání živin na 45 cm. Tyto operace byly nevratné a vedly k těžkým malnutričním stavům, a proto byly nahrazeny jinými bariatrickými metodami (Deitel et al., 2010, s. 2; Fried, 2005 s. 12).

Další operace uvedená do praxe byla gastrický bypass, kterou zavedl v roce 1966 Mason. Tento typ operace spočíval v rozdělení žaludku na horní menší část a dolní větší část, která zůstává vyřazena z pasáže i s částí tenkého střeva Griffen zdokonalil kolem roku 1977 Masonův gastrický bypass vytvořením Roux–Y gastroenteroanastomózy, a tak zahájil éru úspěšné bariatricie (Deitel et al., 2010, s. 3; Fried, 2005 s. 13; Haluzík a kol., 2009 s. 130; Shukla, Rubino, 2011, s. 5).

V Itálii ve městě Janov v roce 1970 Scopinaro poprvé realizoval biliopankreatickou diverzi, která je charakteristická především velmi radikálním chirurgickým výkonem a náročností operace (Deitel et al., 2010, s. 5; Haluzík a kol., 2009, s. 130).

V roce 1973 zavedl Mason čistě restriktivní zákrok, horizontální gastroplastiku, u které byl žaludek horizontálně pod fundem žaludku z větší části rozdělen, aby potrava procházela jen úzkým kanálkem na straně velké křiviny. Následně Mason v roce 1980 zavedl i vertikální bandážovanou gastroplastiku, která využívá podélný úzký kanál na straně malé křiviny. Tato

modifikace gastroplastiky se více rozšířila jako relativně jednoduchý zákrok, s lepšími výsledky jak v předchozím případě, přesto se obě gastroplastiky pro selhávání v delším časovém horizontu neosvědčily (Deitel et al, 2010, s. 6).

V roce 1978 Wilkinson zrealizoval metodu, která spočívala v zabalení a stažení celého žaludku pomocí marlexové sítě. Z důvodu vzniku závažných komplikací nebyla ale Wilkinsonova metoda dlouho používána, ale objev této metody se stal základem pro nynější gastrickou bandáž. V roce 1979 Wilkinson poprvé použil pro zmenšení objemu žaludku gastrické balónky (Deitel et al., 2010, s. 6-7; Fried, 2005, s. 15-16; Kasalický, 2007, s. 28).

V roce 1983 použili nezávisle na sobě silikonovou gastrickou bandáž Forsell a Hallberg ve Švédsku a Kuzmak v USA. Později se hojně rozšířila ve světě tubulizace, tj. sleeve resekce žaludku a v ČR i plikace žaludku (Deitel et al., 2010, s. 7-8; Fried, 2005, s. 19).

O čtyři roky později, v roce 1992 poprvé Cigaina vyzkoušel metodu zvanou gastrická elektrostimulace, která se v současné době stále ještě nepoužívá. V roce 1996 jako první laparoskopicky provedl Gagner biliopankreatickou diverzi typu duodenální switch (Deitel et al., 2010, s. 8; Fried, 2005, s. 20).

Rurrledge v USA roku 1997 zavedl minigastrický bypass, tj. modifikaci gastrického bypassu s jednou anastomózou. Dále se objevují stále nové zákroky, které se snaží minimalizovat nevýhody a invazivitu ověřených bariatrických operací s metabolickými účinky. Jako příklad lze uvést plikaci žaludku a různé endoskopické zákroky u kterých dlouhodobý efekt není zatím ověřený (Deitel et al., 2010, s. 8).

2.2 Indikace k bariatrické chirurgii

K bariatrické chirurgii jsou všeobecně indikováni obézní ve věku 18 – 60 let s BMI vyšším jak 40 kg/m^2 nebo 35 kg/m^2 , pokud má současně nemocný i další komplikace, komorbidity například diabetes mellitus 2. typu. Různé operace mají rozdílnou metabolickou efektivitu a účinkují různými mechanizmy, mají rozdílná omezení. Dalším důležitým faktem je skutečnost, že s délkou trvání obezity a přidružených nemocí se snižuje šance příznivého léčebného ovlivnění terapeutickou intervencí, operaci nevyjímaje. Je otázkou, nakolik lékaři napříč disciplínami využijí příležitost ke zlepšení prognózy svých pacientů a zlepšení kvality jejich života (Fried, 2005, s. 22-23).

2.3 Hlavní výkony bariatrické chirurgie

Tradiční třídění bariatrických operací do tří skupin je sice názorné, ale mechanicky zjednodušené:

- **Metody s převahou restrikce** – výkony, při kterých se zmenší kapacita žaludku a následně dochází k omezení množství přijaté stravy. Mezi tyto metody patří bandáž žaludku, tubulizace žaludku = sleeve resekce žaludku a laparoskopická plikace žaludku.

- **Metody s převahou malabsorbce** – výkony, při kterých je vyřazena část zažívacího traktu z procesu trávení a omezující vstřebávání makronutrientů a mikronutrientů. Příkladem těchto metod je biliopankreatická diverze a biliopankreatická diverze typ duodenální switch.

- **Metody s kombinací restrikce a malabsorbce** – příkladem je žaludeční bypass, minigastrický bypass (Fried, 2005, s. 41; Kasalický, 2007, s. 34).

Neexistuje jedna ideální operace, která by byla vhodná pro každého bariatrického pacienta (Dietel et al., 2010, s. 9). Další text se podrobněji zaměřuje na jednotlivé operační výkony metabolické chirurgie.

Laparoskopická adjustabilní bandáž žaludku

Základním principem bandáže žaludku (obr. 1) je zavedení kroužku kolem horní (proximální) části žaludku, čímž dochází k jeho zúžení do tvaru přesýpacích hodin. Jedná se o silikonový výrobek s balonkem na své vnitřní straně, který je hadičkou napojen ke kovové komůrce (plnicího portu) fixovaného v podkoží. Jím se v dalším pooperačním období může bandáž doplňovat fyziologickým roztokem, adjustovat, tj. bude se regulovat míra zúžení. Implantovaný materiál je určen k doživotnímu ponechání v organismu. Důsledkem této operace je pocit velmi brzkého nasycení – jedná se o restriktivní operaci. Tato metoda je vratná (Fried, 2005, s. 53-54).

Tubulizace žaludku = sleeve resekce žaludku

Hlavním principem tubulizace žaludku (obr. 2) je resekce žaludku (70–85 %) podél jeho velkého zakřivení. Tím vznikne trubicový tvar žaludku, rukáv – anglicky „sleeve“ s podstatně zmenšenou kapacitou – to je restriktivní účinek operace. Větší část žaludku se pak odstraní z břišní dutiny. V odstraněné části žaludku jsou buňky, které produkují hormony, jež signalizují pocit hladu („hladový hormon“ – ghrelin). Tato metoda je nevratná (odstraní

se část žaludku natrvalo), není regulovatelná ale má i metabolický – hormonální účinek (Čierny, 2006d; Kasalický, 2007, s. 74).

Laparoskopická plikace žaludku

Laparoskopická plikace žaludku (obr. 3) byla poprvé provedena v roce 2009. Základním principem laparoskopické plikace žaludku je zavedení tlusté sondy do žaludku a uvolnění celého velkého zakřivení žaludku cca 7 cm před pylorem až cca 2 cm k přechodu jícnu v žaludku. Následně je zanořena směrem dovnitř do jeho lumen a podélně sešitá nevstřebatelnými stehy v několika vrstvách tak, aby se vnitřní prostor žaludku zúžil jenom na míru zavedené sondy. Tím vznikne trubicový tvar žaludku. Větší část velké křiviny žaludku zůstává imobilizována stehy, jakoby uvnitř žaludku. Plikace žaludku je velmi podobná tubulizaci žaludku, ale v porovnání s ní je plikace šetrnější, protože není nutné nevratně odstranit velkou část zdravého žaludku. Vede obvykle k nižším váhovým úbytkům, k slabšímu metabolickému účinku na DM2T a někdy dochází k uvolnění stehů na žaludku s následnou ztrátou účinku restriktivní bariatrické operace (Čierny, 2006c; Fried a kol., 2011, s. 78).

Laparoskopický gastrický bypass

Hlavním principem žaludečního bypassu (obr. 4) je chirurgické zmenšení žaludku s následným spojením s tenkým střevem. Podle způsobu napojení střeva na žaludek existuje více druhů žaludečních bypassů (Čierny, 2006b; Fried, 2005, s. 40).

Roux-en-Y gastrický bypass je více rozšířený ale je složitější rekonstrukce pasáže pomocí dvou anastomóz (gastroenteroanastomózu a enteroenteroanastomózou). Potrava z malé horní části žaludku se dostává přes GEA do tenkého střeva, které tvoří tzv. alimentární rameno cca 150 cm dlouhé a spojuje se pomocí EEA s biliopankreatickou kličkou, cca 50 cm dlouhou, vedoucí jenom trávicí šťávy a žluč. Trávenina pak putuje společným ramenem, kde je již umožněno trávení a vstřebávání živin. Střevo tak tvoří písmeno „Y“ (Čierny, 2006b; Dietel et al., 2010, s. 71; Fried, 2005, s. 41).

Minigastrický bypass je jednodušší konstrukce s jedinou anastomózou (gastroenteroanastomózu end-to-side) s vysokým účinkem z pohledu léčby DM2T. Přívodní klička před anastomózou je cca 200 cm dlouhá a vstřebání živin se realizuje až v odvodné kličce za GEA. Tenké střevo tak tvoří tvar písmene „Ω“ (omega) (Čierny, 2006b; Dietel et al., 2010, s. 78).

Biliopankreatická diverze (BPD)

Biliopankreatická diverze (obr. 5) se dělí na dva typy, jednak na klasickou biliopankreatickou diverzi dle Scopinara (BPD/S) a na typ duodenální switch (BPD/DS). Jedná se o zákroky, které jsou z hlediska metabolického efektu na DM2T v celém spektru bariatrických operací neúčinnější.

Při BPD/S je pacientovi provedena dvoutřetinová resekce žaludku s ponecháním proximální části. Poté je rekonstruován zažívací trakt gastroenteroanastomózou typu Roux–Y, biliopankreatická klička je napojena na kličku alimentární koncem do strany 50 cm od céka.

Při BPD/DS je provedena resekce žaludku typu sleeve gastrectomy. Zažívací trakt je přerušen 5 cm za pylorem a na toto místo je našita alimentární klička, distální dvanácterník je slepě uzavřen a následně je trávicí trakt rekonstruován obdobně jako u předcházejícího typu (Dietel et al., 2010, s. 123; Fried, 2005, s. 45).

3 ÚLOHA SESTRY V PŘEDOPERAČNÍ A POOPERAČNÍ PÉČI

„Sestra zabezpečuje komplexní ošetrovatelskou péči o nemocného a ve spolupráci s lékařem se podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzari-zační péči“ (Janáčková, 2008, s. 25).

Kompetence sester v České Republice (dále ČR) upravuje zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností související s poskytováním zdravotní péče a vyhláška č. 55/2011 Sb (Bártlová, 2010, s. 25).

3.1 Předoperační příprava

V předoperačním období se klade důraz nejen na přípravu fyzickou, ale stejně důležitá je pro konečný výsledek operace a následnou bezproblémovou rekonvalescenci i správně provedená příprava psychická (Fried, 2011, s. 167).

Předoperační příprava začíná rozhodnutím k operaci a končí převozem na sál.

3.1.1 Dlouhodobá příprava

Dlouhodobá příprava začíná 2-3 týdny před samotným operačním výkonem a patří k ní diagnostika vlastního problému, interní vyšetření včetně EKG (nesmí být starší než 14 dní). Dále anesteziologické, biochemické a hematologické vyšetření včetně krevní skupiny a rentgen srdce a plic (Fried, 2011, s. 167).

V případě bariatrických operací, je potřeba provést i některá specifická vyšetření, jako je vyšetření u obezitologa, pohovor u psychologa, který posuzuje motivaci a schopnost pacienta dodržovat pooperační dietní opatření. Pacienti léčení s onemocněním štítné žlázy musí mít doporučení od svého endokrinologa. Dále musí mít každý pacient gastrofibroskopické vyšetření žaludku a duodena, k vyloučení vředové choroby a hiátové hernie. Pro kontrolu jater se provádí ultrazvuk břicha, při značném zvětšení jater operaci nelze provést a pacient musí prvně sám zhubnout, dokud játra nebudou ve velikostní normě. V případě, že se pacient léčí s CHOPN (chronická obstrukční pulmonální nemoc) je nutné plicní a spirometrické vyšetření spirometrie k posouzení dechové síly 10 při fyzické zátěži, která je důležitým prvkem v pooperačním období. V přípravě na bariatrickou operaci, je velmi důležité, aby před operací došlo k co největší kompenzaci daného onemocnění, kterým pacient trpí. Dále se pacient

motivuje k zahájení přísné redukční diety minimálně měsíc před operací, výrazně to přispívá k urychlení operační doby, zlepšuje laparoskopický přístup v době operace a k osvojení a dodržování pravidelného dietního režimu (Fried, 2005, s. 24-25).

3.1.2 Krátkodobá příprava

Krátkodobá příprava začíná 24 hodin před výkonem a řadí se sem i psychická příprava.

Psychickou přípravou pacienta se může nazvat už první kontakt se zdravotnickými pracovníky po příchodu na oddělení. První dojem vyvolaný sestrou a lékařem při příjmu pacienta může ovlivnit schopnost jeho spolupráce po celou dobu hospitalizace. Přístup sestry a lékaře hraje důležitou roli. Lékař seznamuje pacienta s operačním výkonem. Úkolem sestry na oddělení je obeznámit pacienty s konkrétní předoperační přípravou a průběhem pooperační péče. Většina pacientů je plná očekávání a těší se na změnu svého vzhledu, která operací začíná. Důležité je u pacientů podporovat jejich rozhodnutí dodržet pooperační dietní režim a předejít tak možným závažným komplikacím. Velmi důležité je vytvoření vztahu důvěry mezi pacientem a sestrou (Fried, 2011, s. 137).

Krátkodobá příprava se nijak neliší od obecné přípravy na jakýkoliv laparoskopický výkon. Součástí přípravy je získání souhlasu pacienta s operací. Sestra s pacientem provádí praktický nácvik jako např. při odkašlávání přiložit dlaň na ránu a mírně stlačit, obracení a vstávání z lůžka. Dále jsou pacienti 6 hodin před operací lační, nekouří. Sestra provede oholení operačního pole a očistu pupku, aplikuje nízkomolekulární heparin, před spánkem jako prevence stresu sestra může podat dle ordinace anesteziologa hypnotika. Ráno v den operace sestra změní fyziologické funkce (TK, P), přiloží bandáže na dolní končetiny, ukládá pacientovi cennosti do trezoru na oddělení a zajistí sejmutí protetických pomůcek včetně zubní protézy, očních čoček, naslouchadel (Fried, 2011, s. 137).

3.1.3 Bezprostřední příprava

Bezprostřední příprava začíná 1-2 hodiny těsně před výkonem.

Sestra zajistí žilní vstup a podá farmakoterapeutické prostředky dle ordinace lékaře (např. antibiotika a antacida). Spontánní vyprázdnění močového měchýře těsně před podáním premedikace, která je dle zvyklostí oddělení a anesteziologa. Sestra poučí pacienta, aby po podání premedikace nevstával z lůžka. Následuje kontrola dokumentace pacienta a přeprava na operační sál (Fried, 2011, s. 137).

Specifická příprava u pacientů s diabetem zahrnuje v dlouhodobé přípravě vyjádření diabetologa k operaci. Ráno v den operace sestra podá parenterálně 10% glukózu s inzulínem dle ranní glykémie a dle ordinace anesteziologa. Lékař zařadí diabetika na úvod operačního programu (Fried, 2011, s. 137).

3.2 Pooperační péče

Proběhne-li výkon bez komplikací, pacienti se po 1 hodinovém dospání anestezie na dospávacím pokoji převezou na standartní oddělení. V opačném případě jsou hned ze sálu převezeni na jednotku intenzivní péče. Bezprostřední pooperační péče se v obou případech týká především sledování FF (na JIP i EKG) a celkového stavu pacienta. Dále se jedná o kontrolu průsaku operační rány (v případě bariatrických operací je výkon laparoskopickou technikou) a množství a zabarvení sekretu z drénů. Sestra odebírá krevní odběry dle ordinace lékaře, sleduje bilanci tekutin a 12 hodin a tělesnou teplotu, pravidelně podává léky od bolesti a antiemetika, profylakticky antibiotika a antacid (Helicid) dle ordinace lékaře. Aplikuje nízkomolekulární heparin a večer pacienta vertikalizuje. Dále kontroluje močení po operaci (do 6-8 hodin po operaci se musí pacient vymočit). Jako prevenci rozvoje respirační insuficience, provádí s pacientem dechovou rehabilitace pomůckou Triflo (obr. 6). Pacient obvykle bývá propuštěn třetí pooperační den. Odstranění stehů 7-10 den po operaci a sestra ho s péčí o jizvu (masáže, promazávání) (Fried, 2005, s. 83-84).

3.2.1 Výživa

Pacienti první den po operaci mají obvykle parenterální výživu a infúze. Večer mohou pít čaj po lžičkách. Druhý den mohou přijímat nesycené tekutiny do 1 litru, bujón a infúze. Od třetího dne pacienti dostávají jogurtové a jiné netučné, neslazené nápoje. Přejít na normální stravu je postupný a trvá 4-6 týdnů, než může pacient přijímat pevnou stravu jako před operací. Neodchází tedy domů plně zatížen stravou, jak je to běžné u jiných operací. Proto je velmi důležité, aby byl dobře seznámen s dietním režimem a způsobem jak se má doma stravovat. Dieta má čtyři fáze.

1. Fáze: První dva týdny po operaci lze jíst jenom tekutou stravu, (poživatiny přetékající přes vidličku.
2. Fáze: Po dvou týdnech od operace se postupně přechází na kašovitou nebo mixovanou stravu. Jídlo, může být lehce rozmělněno nebo rozmačkáno vidličkou.
3. Fáze: Od jednoho měsíce do šesti týdnů po operaci má být strava mletá, polotuhá.

4. Fáze: Šest týdnů po operaci je možno začít konzumovat stravu normální konzistence. Důležitý je výběr vhodných jídel, která musí být dobře rozkousána

V konečné fázi se strava skládá z malých porcí mnoha různých typů zdravých potravin – běžné stravy. Velikost porcí je mnohem menší než dřív. Strava musí být bohatá na bílkoviny, vitamíny a musí obsahovat málo tuků a cukrů. Je důležité, aby se pacient stravoval zdravě a kvalitně! Dlouhodobě je nutné užívat potravinové doplňky s minerály a vitamíny.

3.3 Dispenzarizace pacientů

Péče o klienty po bariatrickém zákroku má celoživotní charakter a pacient je sledován v bariatrické ambulanci. Je vhodné úzce a dlouhodobě spolupracovat s odborníky různých oborů, kteří se již podíleli na předoperační indikaci (psycholog, obezitolog, nutriční terapeut). První kontrola je měsíc po operaci, další tři měsíce po zákroku, potom půl roku po operaci. Dále je klient sledován pět let v intervalu jednoho roku. Výhodou této dispenzarizace je úprava léčby podle aktuálního stavu. Jedině tak lze zajistit celkovou kvalitní péči, která je nezbytná pro dosažení nejlepších váhových úbytků (Fried. 2005, s. 25; Svačina, 2013, s. 107).

3.4 Edukace pacienta po operaci

Pokud klient splňuje indikační kritéria k bariatrické operaci, musí absolvovat velmi podrobnou edukaci o pooperačním režimu s důrazem na změnu životního stylu. Následná péče po operaci je kromě diety a prevence komplikací soustředěna také na pohybovou aktivitu. S pohybovou aktivitou proto může pacient začít přiměřeně za dva týdny po operaci. Pokud pacient cvičí na základě vnitřní motivace je více pravděpodobná úspěšná váhová redukce (Fried a kol., 2011, s. 248; Svačina a kol., 2008, s. 264).

Obézního pacienta je nutno edukovat komplexně. Pacientovi jsou sděleny nejdůležitější dietní omezení, výběr vhodných potravin, nutnost omezení množství tuků, množství potravy a vhodné časové rozvržení jídel. Dále jsou nutriční sestrou rozebrány potraviny a jídla z hlediska energie, obsahu tuků, sacharidů a změna stravovacího režimu. Důraz je kladen také na vhodný pitný režim. V následné reedukaci se posuzují a hodnotí změny a výsledky při úpravě stravování. Sestra si ověří, jaké znalosti a dovednosti si pacient odnesl z předešlé edukace. Vhodná je tedy redukce příjmu sacharidů a zvýšit příjem zeleniny a ovoce. Sestra pacientovi doporučí po operaci pouze libová masa, s vyloučením grilovaných, uzených masných výrobků. Edukuje jej o dalších nevhodných potravinách jako jsou zrající a plísňové sýry a pomazánky s majonézou a cibulí. Sestra se snaží motivovat pacienta k dodržování

léčebných postupů a měla by pacientovi poskytnout potřebnou oporu, pomoc při adaptaci na změnu životního stylu a chválit pacienta za jeho malé krůčky k úspěšné léčbě (Fried a kol., 2011, s. 248; Svačina a kol., 2008, s. 264).

Vztah mezi sestrou a pacientem patří k základním vztahům v praxi, je to profesionální pomáhající vztah. Pro vytvoření dobrého vztahu je nezbytné získat důvěru. „*Důvěra je základem všech mezilidských vztahů*“ (Fried a kol., 2011, s. 248; Juřeníková, 2010, s. 42).

Společným cílem všech zdravotníků by mělo být dosažení spokojenosti pacientů, a to nejen v oblasti somatické péče, ale i v oblasti psychické a sociální. Komunikace je důležitým aspektem ošetrovatelské činnosti a je třeba dodržovat určité zásady. Při edukaci pacienta by komunikace měla být výstižná, jednoduchá, dobře načasovaná a přizpůsobená znalostem pacienta. Ke každému pacientovi mít individuální přístup, mít k němu úctu, pozitivní vztah a být empatická. Slova představují velkou část sociální komunikace. Sestra by se měla vyvarovat odborné latinské terminologie a aby pacient pozorně vnímal, co mu sestra sděluje, je důležité, aby zvolila správnou hlasitost a optimální rychlost řeči. Vysvětlení srozumitelnou formou je základním předpokladem pro úspěšnou edukaci. Důležitá je proto vzájemná komunikace s nasloucháním sestry. Se slovy se musí zacházet opatrně, co se řekne, těžko se vezme zpět. Citlivě volená slova mohou často pomoci, neuvážená slova se mohou odrazit na psychickém stavu pacienta. Problémy nastávají při komplikacích nemoci, kdy pacient ztrácí trpělivost. Proto se v praxi uplatňuje správný psychologický přístup k pacientovi v kombinaci s odbornými znalostmi. To nazýváme profesionální komunikace sestry. Je to náročná dovednost, která se musí neustále zdokonalovat. V praxi se mohou mezi sestrou a pacientem objevit různé překážky bránící kvalitní komunikaci. Rušivými vlivy okolí nebo nevhodnou intenzitou hlasu vzniká praktická překážka. Další překážkou je jazyková a intelektová bariéra (pacient nerozumí odborným výrazům). Častou bariérou jsou smyslové poruchy nebo překážky fyziologické, tj. únava, bolest (Fried a kol., 2011, s. 248; Juřeníková, 2010, s. 42).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA

4.1 Formulace problému

Splnila operace očekávání operovaných obézních pacientů? Jsou spokojeni se svým úbytkem váhy, a jaký je jejich vztah k jídlu? Změnila se pacientům fyzická aktivita a jejich psychický stav po bariatrické operaci?

4.2 Cíle průzkumu

Hlavní cíl:

Zjistit, zda operace splnila očekávání pacientů.

Hlavní cíl byl naplněn prostřednictvím těchto dílčích cílů:

Cíl 1: Zjistit spokojenost s úbytkem váhy a jejich vztah k jídlu po operaci.

Cíl 2: Zjistit, zda se změnila fyzická aktivita po operaci a jak vyhovuje pacientům.

Cíl 3: Zjistit, zda operace ovlivnila psychický stav pacienta.

4.3 Charakteristika souboru

Kritéria pro výběr respondentů: Pacienti nejméně tři měsíce nejdéle však rok a půl po bariatrické operaci. Jejich váha v období třech měsíců po operaci poklesla minimálně o deset kilo. Byli ochotní vyplnit dotazník.

4.4 Metoda sběru dat

Ve spolupráci s konzultantkou, byl vytvořený originální dotazník (příloha PI). Dotazník se skládá z 26 otázek. Otázky byly otevřené, kdy respondenti doplňovali volnou odpověď nebo vybírali z nabídky alternativních odpovědí. V polouzavřených otázkách kromě výběru z nabídky odpovědí doplňovali ještě volnou odpověď. Dotazník obsahuje obecné otázky ptající se na pohlaví, věk atd. Ostatní otázky se vztahují k jednotlivým cílům. Dotazník byl anonymní.

4.5 Organizace průzkumu

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 86 pacientů po operaci, docházejících na pravidelné kontroly do bariatrické ambulance v nemocnici Břeclav. Jejich věk se pohyboval v rozmezí od 32 do 62 let. Šetření probíhalo od 12. 12. 2016 do 27. 4. 2017. Dotazníky respondentům

distribuovala všeobecná sestra z bariatrické ambulance. Všichni oslovení pacienti kompletně dotazník vyplnili, čímž byla zajištěna 100% návratnost.

4.6 Zpracování dat a výsledky

Získaná data byla seříděna a zpracována v programu Microsoft Excel. K prezentaci nashromážděných dat bylo využito tabulek absolutních četností (absolutní četnost vyjadřuje počet respondentů, kteří na danou otázku odpovídali stejně) a relativních četností (relativní četnost je procentuální vyjádření absolutní četnosti). Dále grafického znázornění, doplněny komentáře. Relativní četnost v komentářích je zaokrouhlena na celé číslo. S výsledky této bakalářské práce bude seznámena odborná veřejnost, především lékaři podílející v léčbě obeztní pacienty.

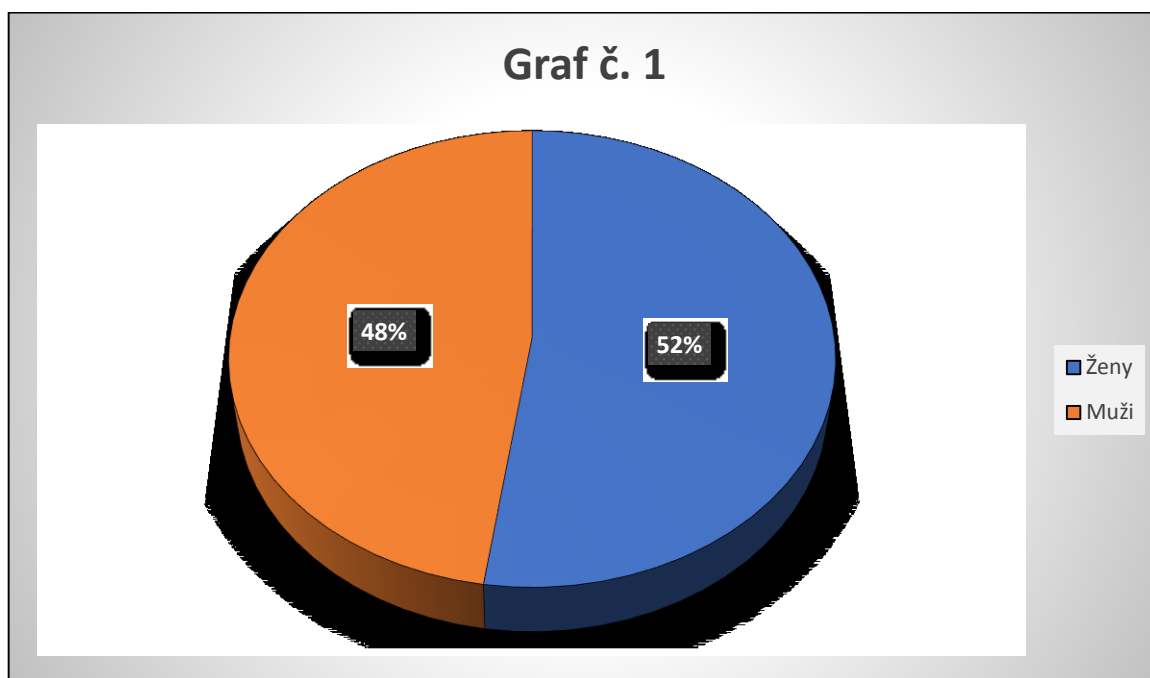
4.7 Výsledky šetření

Otázka č. 1: Jaké je vaše pohlaví?

Tabulka č. 1 Pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ženy	45	52,33
Muži	41	47,67
Celkem	86	100,00

Graf č. 1 Pohlaví respondentů



Komentář:

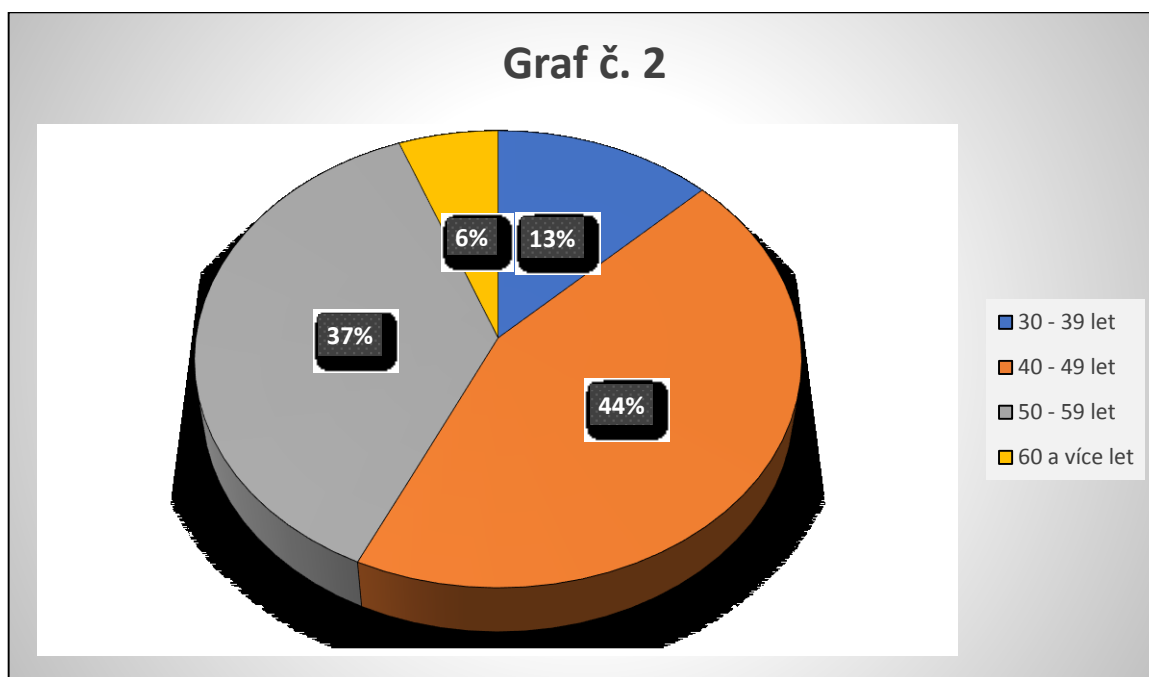
Průzkumného šetření se zúčastnilo celkem 86 respondentů, z toho bylo 45 žen (52 %) a 41 mužů (48 %).

Otázka č. 2: Kolik je vám let?

Tabulka č. 2 Věk respondentů

Věk respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
30 – 39 let	11	12,79
40 – 49 let	38	44,19
50 – 59 let	32	37,21
60 a více let	5	5,81
Celkem	86	100,00

Graf č. 2 Věk respondentů

**Komentář:**

Věkové složení respondentů je složeno do 4 skupin. Největší skupinou jsou respondenti ve věku od 40 do 49 let. V této skupině je celkem 38 respondentů (44 %). Druhou věkovou skupinou jsou respondenti ve věku od 50 do 59 let, počet respondentů je zde 32 (37 %). Třetí

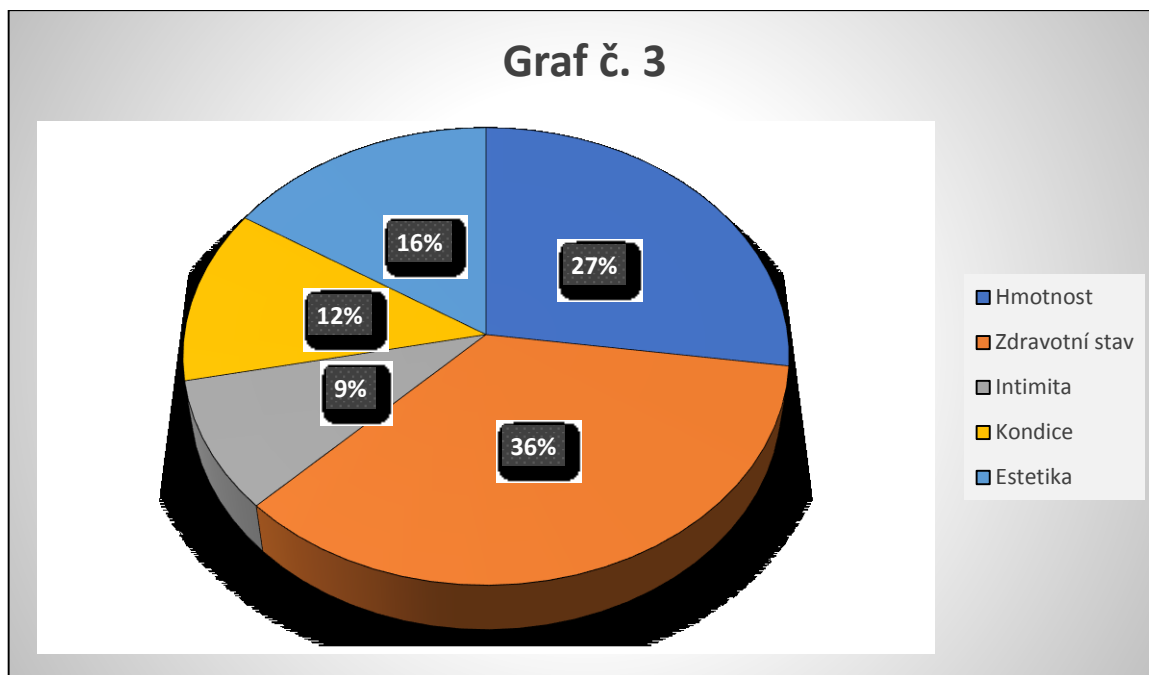
skupinu tvoří respondenti ve věku od 30 do 39 let, což je 11 respondentů (13 %). Poslední věkovou skupinou jsou respondenti ve věku nad 60 let, což je 5 respondentů (6 %).

Otázka č. 3: Jaký byl Váš důvod pro podstoupení operace?

Tabulka č. 3 Důvody pro operaci

Důvody pro operaci	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Hmotnost	53	27,18
Zdravotní stav	69	35,38
Intimita	18	9,23
Kondice	24	12,31
Estetika	31	15,90
Celkem	195	100,00

Graf č. 3 Důvod pro operaci



Komentář:

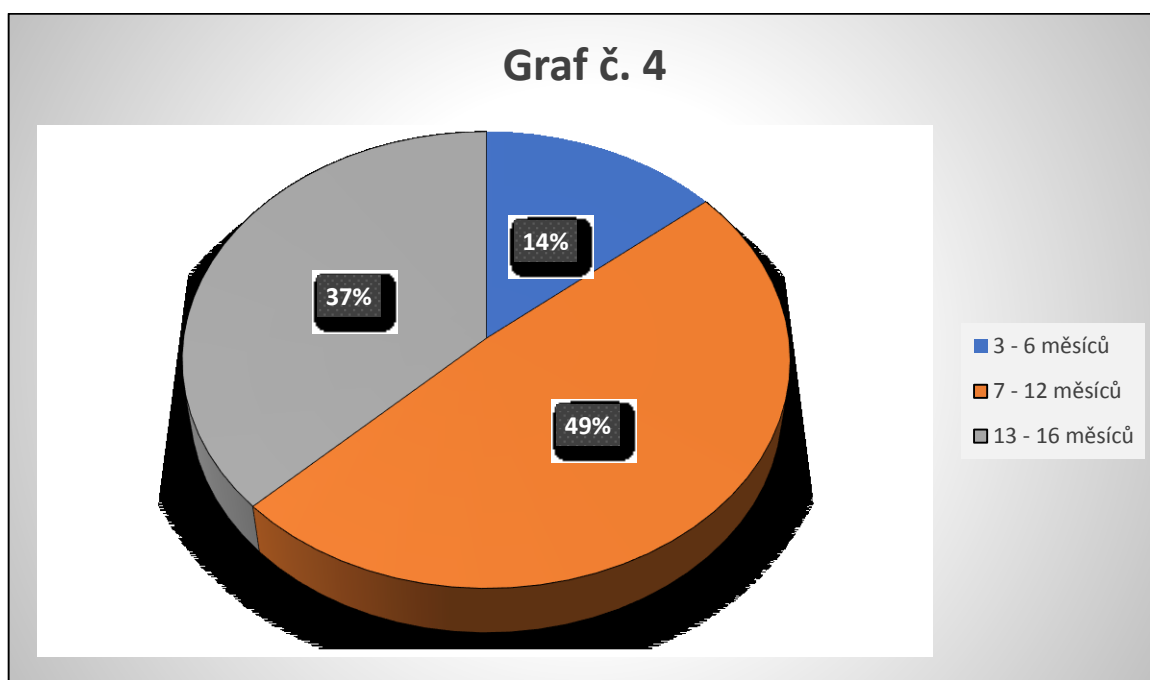
V této otázce měli respondenti vypsát proč podstoupili operaci. Protože někteří respondenti uvádí více důvodů, tak absolutní četnost vyjadřuje počet odpovědí. První odpovědí byl zdravotní stav (hypertenze, diabetes mellitus 2. typu, kloubní onemocnění, srdeční onemocnění, plicní onemocnění) s 69 odpověďmi (36 %). Druhou nejčastější odpovědí s 53 odpověďmi (27 %) byla vysoká hmotnost. Třetí místo zaujímá estetické hledisko se 31 odpověďmi (16 %). Čtvrté místo s počtem 24 odpovědí (12 %) kondice. Na pátém místě je intimita s počtem 18 odpovědí (9 %), kde respondenti odpovídali stud.

Otázka č. 4: Jak dlouho jste po operaci?

Tabulka č. 4 Doba od operace

Doba od operace	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
3 – 6 měsíců	12	13,95
7 – 12 měsíců	42	48,84
13 – 16 měsíců	32	37,21
Celkem	86	100,00

Graf č. 4 Doba od operace

**Komentář:**

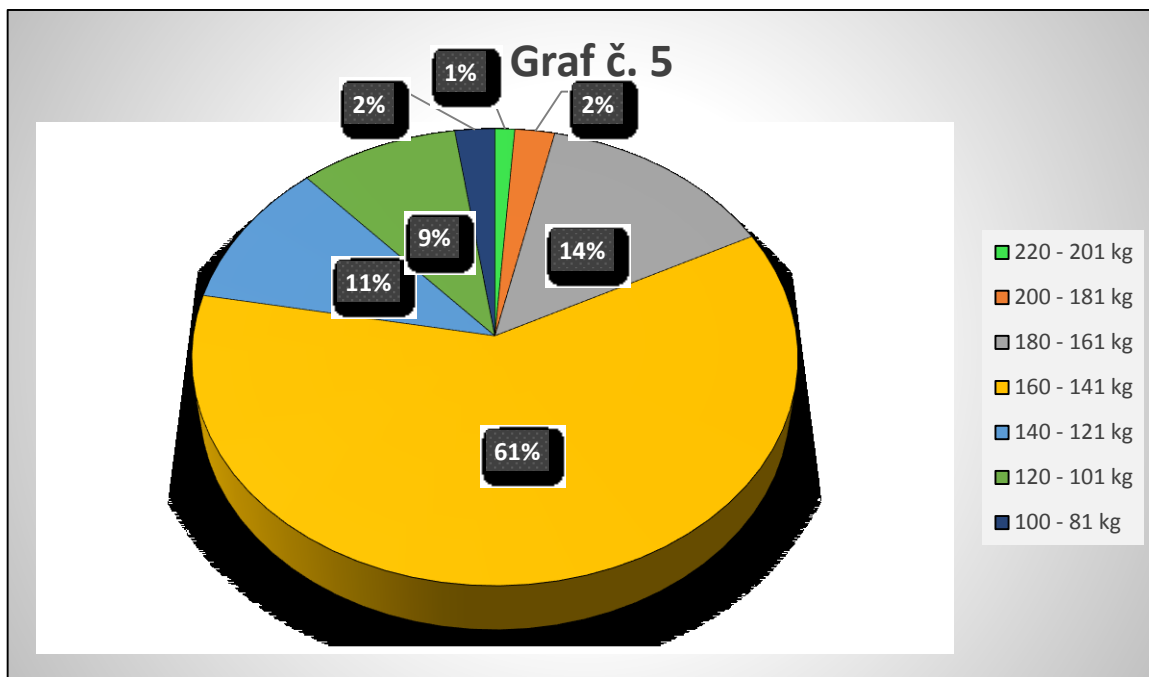
Z grafu je patrné, že nejvíce zastoupenou skupinu tvoří 42 (49 %) respondentů od 7 do 12 měsíců po operaci. Druhou skupinu tvoří 32 (37 %) respondentů v rozmezí od 13 do 16 měsíců po operaci. A nejméně zastoupenou skupinu je 12 (14 %) respondentů v období od 3 do 6 měsíců po operaci.

Otázka č. 5: Kolik byla váha před operací?

Tabulka č. 5 Váha před operací

Váha před operací	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
220 – 201 kg	1	1,16
200 – 181 kg	2	2,33
180 – 161 kg	12	13,95
160 – 141 kg	52	60,46
140 – 121 kg	9	10,47
120 – 101 kg	8	9,30
100 – 81 kg	2	2,33
Celkem	86	100,00

Graf č. 5 Váha před operací

**Komentář:**

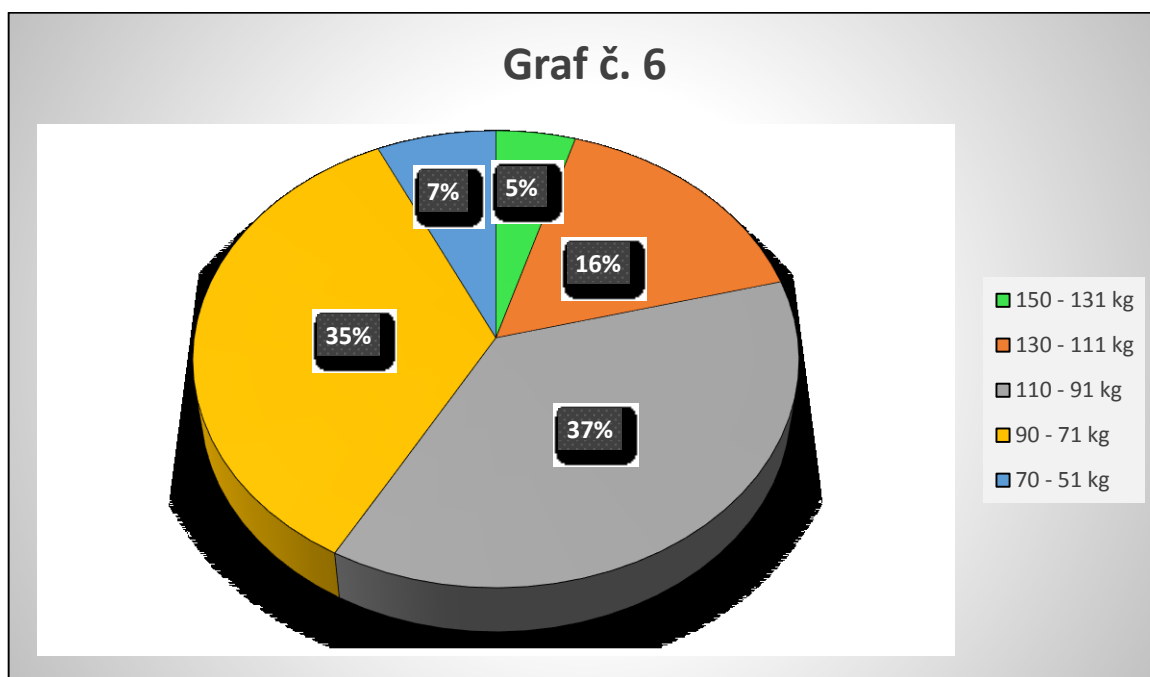
Váhové rozdělení respondentů je složeno do 7 skupin. Největší skupinou jsou respondenti vážící od 160 do 141 kg. V ní je celkem 52 respondentů (61 %). Druhou váhovou skupinou jsou respondenti vážící od 180 do 161 kg, počet respondentů je zde 12 (14 %). Třetí skupinu tvoří respondenti vážící od 140 do 121 kg, což je 9 respondentů (11 %). Čtvrtou skupinou jsou respondenti vážící od 120 do 101 kg, jejich počet je zde 8 respondentů (9 %). V posledních třech skupinách jsou respondenti vážící od 100 do 81 kg, v ní jsou 2 respondenti (2 %), další je od 160 do 141 kg, jsou zde 2 respondenti (2 %) a poslední nejmenší skupinou jsou respondenti vážící od 220 do 201 kg a v ní je pouze 1 respondent (1 %).

Otázka č. 6: Kolik vážíte nyní?

Tabulka č. 6 Nynější váha

Nynější váha	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
150 – 131 kg	4	4,65
130 – 111 kg	14	16,28
110 – 91 kg	32	37,21
90 – 71 kg	30	34,88
70 – 51 kg	6	6,98
Celkem	86	100,00

Graf č. 6 Nynější váha



Komentář:

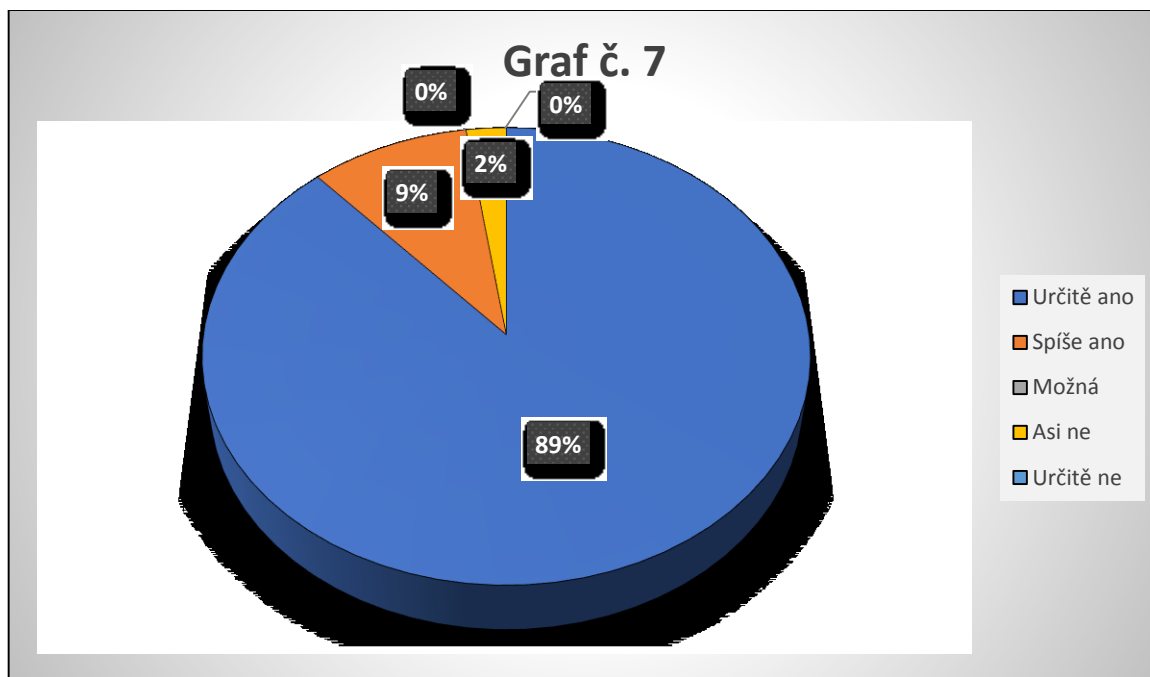
Nynější váhové rozdělení respondentů je složeno do 5 skupin. První skupinou jsou respondenti se současnou váhou od 110 do 91 kg. V ní je celkem 32 respondentů (37 %). Druhou váhovou skupinou jsou respondenti s nynější váhou od 90 do 71 kg, počet respondentů je zde 30 (35 %). Třetí skupinu tvoří respondenti se současnou váhou od 130 do 111 kg, což je 14 respondentů (16 %). Čtvrtou skupinou jsou respondenti s aktuální váhou od 70 do 51 kg, jejich počet je zde 6 respondentů (7 %). V posledních páté skupině jsou respondenti s nynější váhou od 150 do 131 kg, v ní jsou 4 respondenti (5 %).

Otázka č. 7: Jste spokojená/y s úbytkem váhy po operaci?

Tabulka č. 7 Spokojenost s váhou po operaci

Spokojenost s váhou po operaci	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Určitě ano	76	88,37
Spíše ano	8	9,30
Možná	0	0,00
Asi ne	2	2,33
Určitě ne	0	0,00
Celkem	86	100,00

Graf č. 7 Spokojenost s váhou po operaci



Komentář:

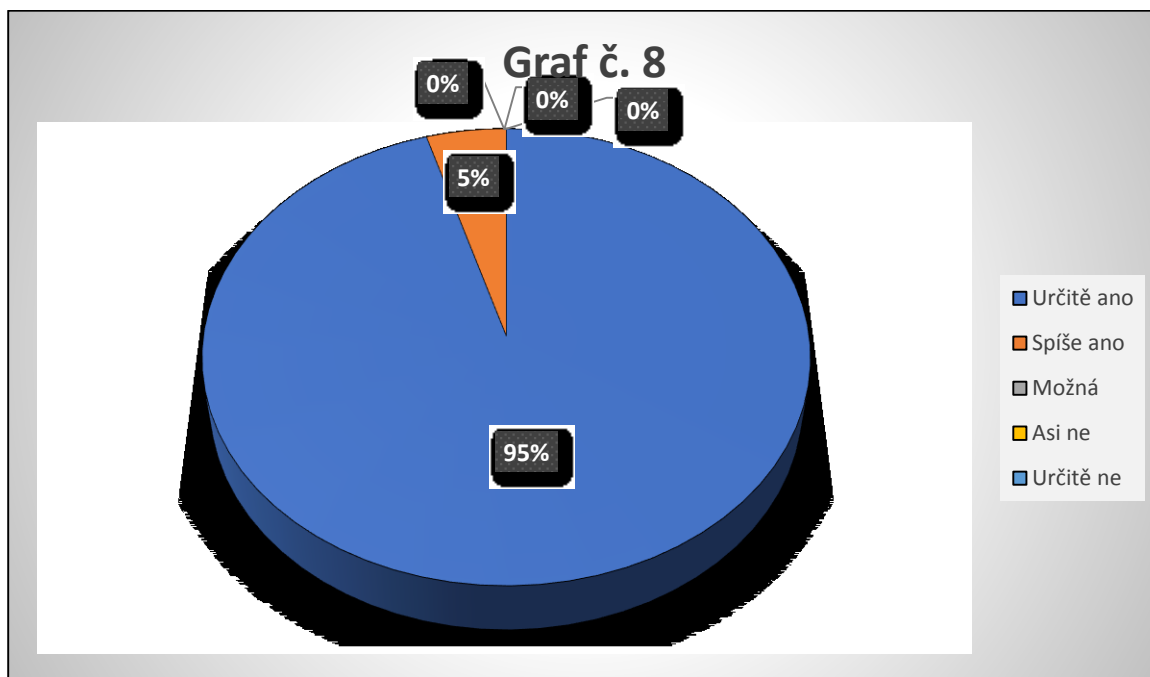
Na otázku, zda jsou respondenti spokojeni s úbytkem váhy, byla nejčastější odpověď určitě ano se 76 odpověďmi (89 %). Druhá méně častá odpověď byla spíše ano s 8 respondenti (9 %). Zbývá 2 respondenti (2 %) odpověděli asi ne.

Otázka č. 8: Cítíte se lépe, než před operací? (pokud ano tak v čem?)

Tabulka č. 8 Jak se cítí po operaci

Jak se cítí po operaci	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Určitě ano	82	95,35
Spíše ano	4	4,65
Možná	0	0,00
Asi ne	0	0,00
Určitě ne	0	0,00
Celkem	86	100,00

Graf č. 8 Jak se cítí po operaci



Komentář:

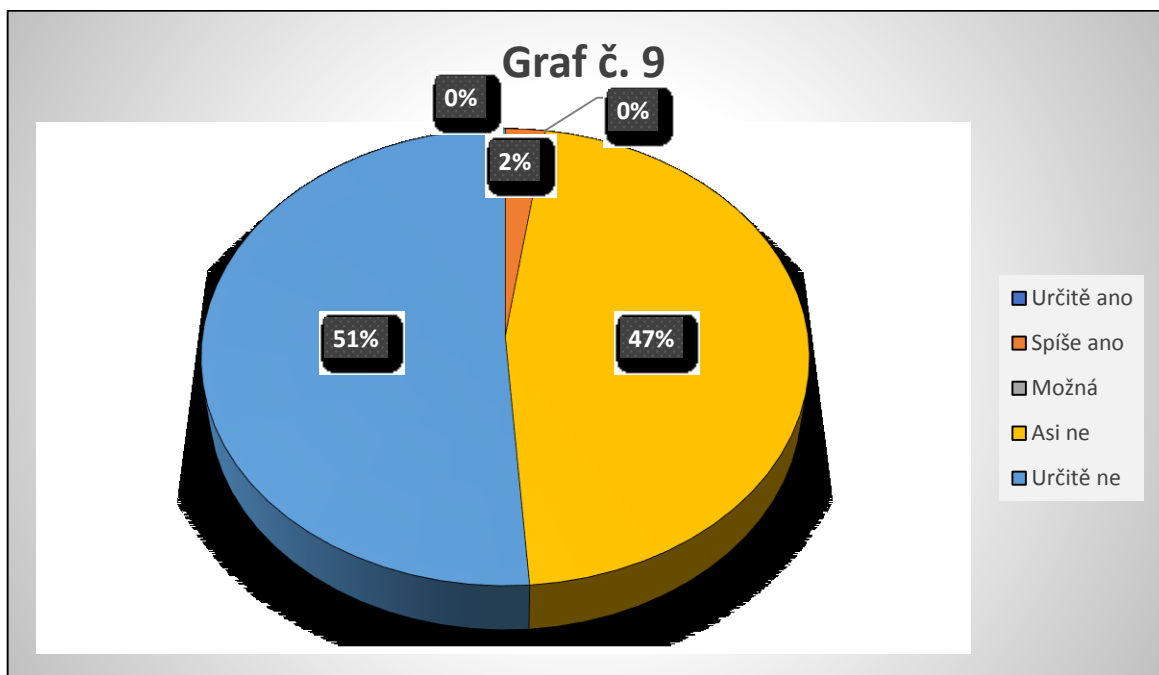
Z výsledků vyplynulo, že je 83 respondentů (95 %) s operací určitě ano spokojeno především uvádí snadnější pohyblivost, zlepšené dýchání, větší chuť a radost ze života, úprava hypertenze a diabetu mellitu 2. typu, a více sebevědomí a jiný vzhled, uvádí i větší pracovní nasazení. A zbylí 4 respondenti (5 %) jsou spíše spokojeni. Nikdo neodpověděl negativně.

Otázka č. 9: Cítíte v nějaké oblasti omezení po operaci? (pokud ano, tak v jaké a v čem)

Tabulka č. 9 Omezení po operaci

Omezení po operaci	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Určitě ano	0	0,00
Spíše ano	2	2,33
Možná	0	0,00
Asi ne	40	46,51
Určitě ne	44	51,16
Celkem	86	100,00

Graf č. 9 Omezení po operaci



Komentář:

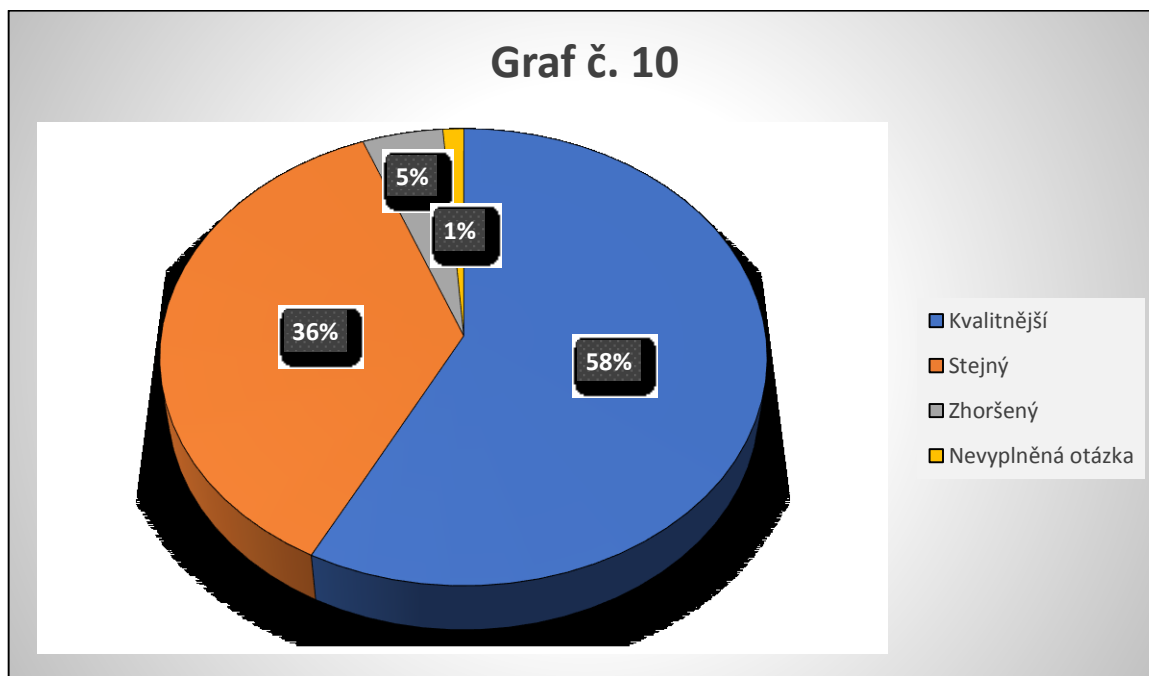
V této otázce jsme zjišťovali, zda respondenti cítí nějaké omezení po operaci. Nejčastější odpověď byla, že určitě ne kdy na ni odpovědělo 44 respondentů (51 %). Druhou nejvíce zastoupenou odpovědí byla asi ne na kterou odpovědělo 40 respondentů (47 %). Pouze 2 respondenti (2 %) odpověděli spíše ano a omezuje je pohyblivost kloubů a menší porce jídla.

Otázka č. 10: Jak by jste hodnotil/a Váš spánek před a po operaci?

Tabulka č. 10 Spánek před a po operaci

Spánek před a po operaci	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Kvalitnější	49	56,98
Stejný	31	36,05
Zhoršený	4	4,65
Nevyplněná otázka	2	2,32
Celkem	86	100,00

Graf č. 10 Spánek před a po operaci

**Komentář:**

V této otázce jsme zjišťovali, jak by respondenti hodnotili spánek před a po operaci. První nejčastější odpovědí bylo, že 49 respondentů (58 %) má spánek kvalitnější než před operací. Druhou častou odpovědí bylo, kde odpovědělo 31 respondentů (36 %), že je spánek stejný

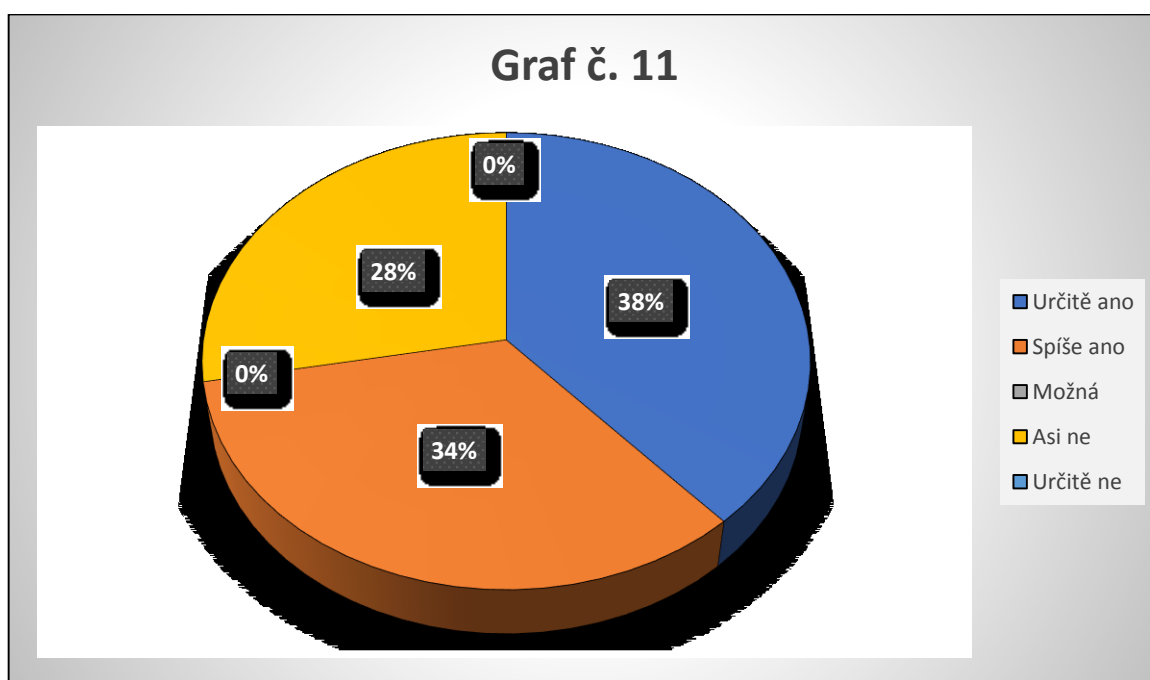
jako před operací a 4 respondenti (5 %) odpověděli že je zhoršený a nyní musí užívat prášky na spaní. Zbylí 2 respondenti (1 %) na otázku neodpověděli.

Otázka č. 11: Změnil se nějakým způsobem Váš život po operaci? (Pokud ano, tak v čem)

Tabulka č. 11 Změněný život po operaci

Změněný život po operaci	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Určitě ano	33	38,37
Spíše ano	29	33,72
Možná	0	0,00
Asi ne	24	27,91
Určitě ne	0	0,00
Celkem	86	100,00

Graf č. 11 Změněný život po operaci



Komentář:

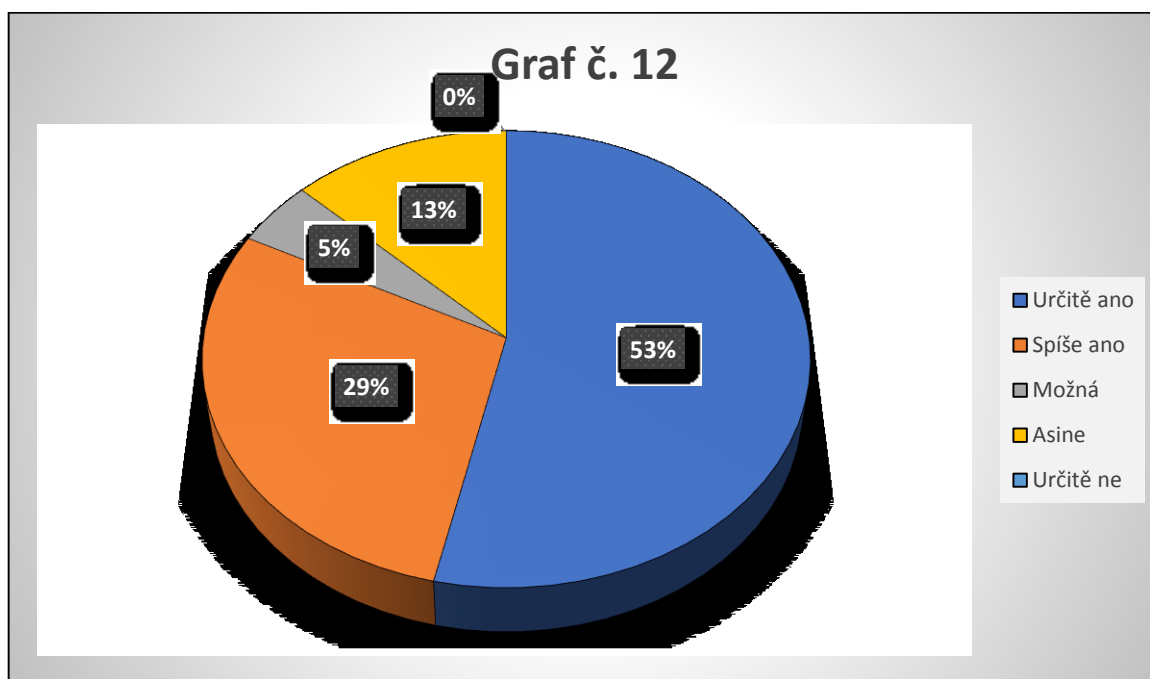
Na otázku, zda se změnil nějakým způsobem život po operaci odpovědělo kladně 33 respondentů (38 %) a nejčastěji uváděli více pohybu, sport, lepší zdravotní stav, změna partnera a pohled na něj, změna oblečení, větší radost ze života, lepší sexuální život. Spíše ano označilo odpověď 29 respondentů (34 %). A odpověď asi ne zakroužkovalo 24 respondentů (28 %).

Otázka č. 12: Účastníte se nějakých společenských aktivit? (Pokud ano, tak jakých)

Tabulka č. 12 Společenské aktivity

Společenské aktivity	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Určitě ano	46	53,49
Spíše ano	25	29,07
Možná	4	4,65
Asi ne	11	12,79
Určitě ne	0	0,00
Celkem	86	100,00

Graf č. 12 Společenské aktivity



Komentář:

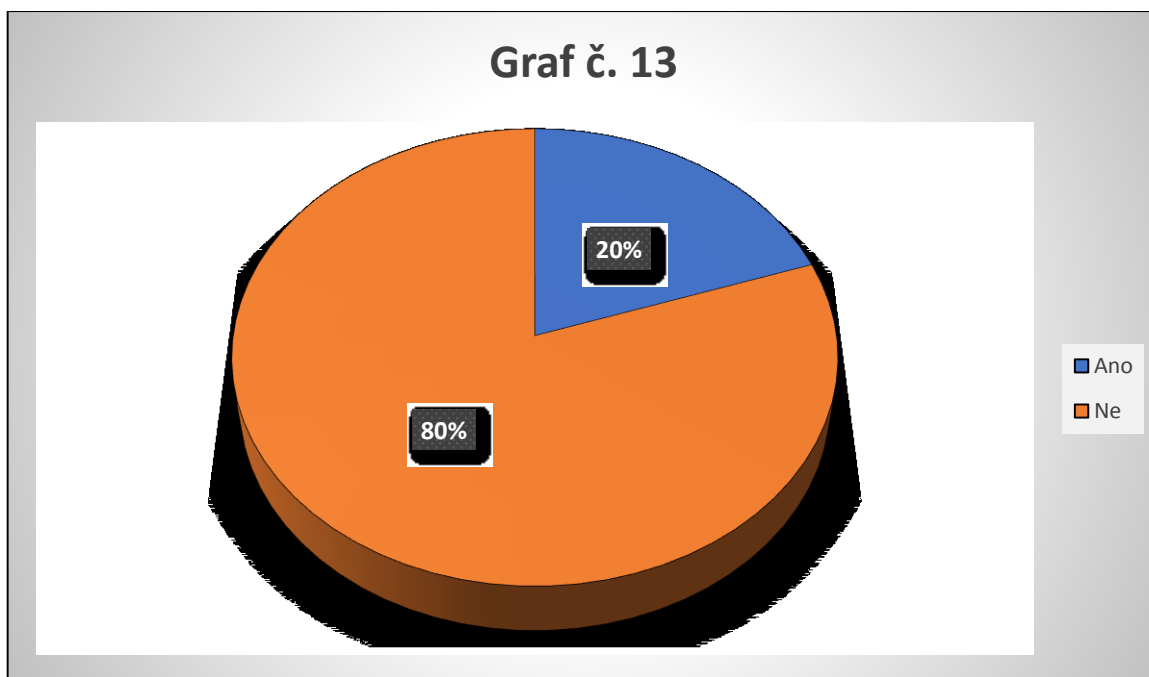
V této otázce jsme se ptali, jestli se respondenti účastní více společenských aktivit. Určitě ano odpovědělo 46 respondentů (53 %) a v otázce jakých byly nejčastější zastoupeny odpovědi jako sport, kulturní a společenské akce, výlety, jízda na kole, pracovní večírky. Na odpověď spíše ano odpovědělo 25 respondentů (29 %). Opověď asi ne zakroužkovalo 11 respondentů (13 %). Zbylí 4 respondenti (5 %) odpověděli možná.

Otázka č. 13: Změnily se Vše koníčky po operaci? (pokud ano, tak jak)

Tabulka č. 13 Koníčky po operaci

Koníčky po operaci	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	17	19,77
Ne	69	80,23
Celkem	86	100,00

Graf č. 13 Koníčky po operaci

**Komentář:**

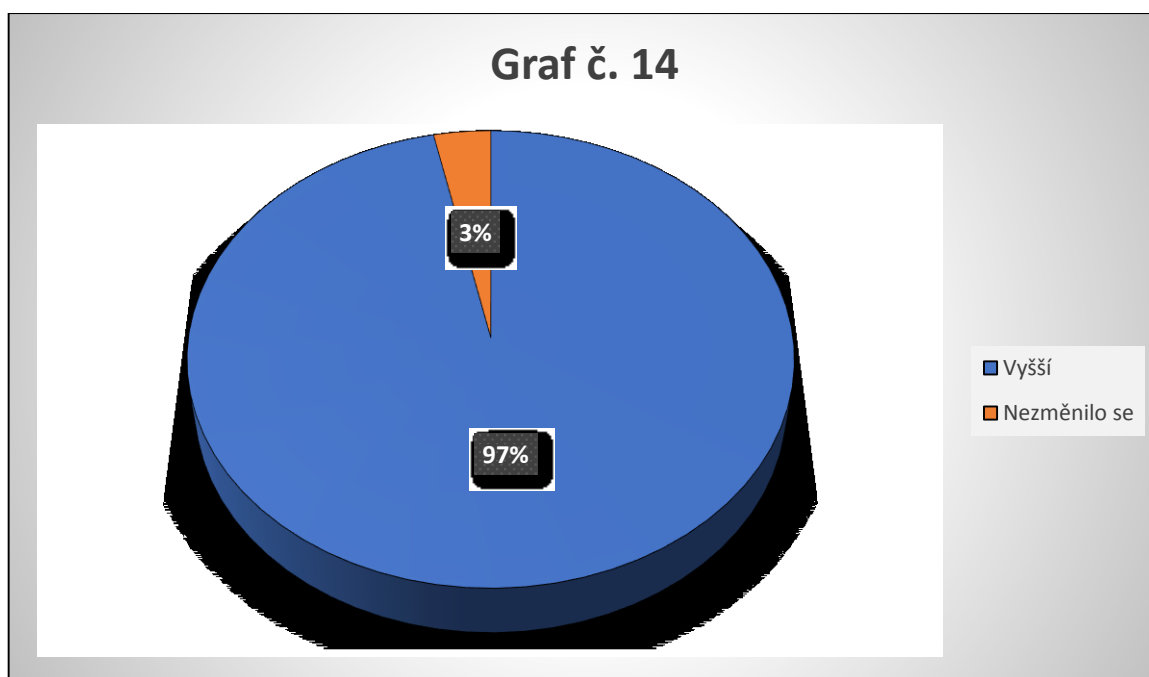
Odpovědi na otázku, jestli mají respondenti jiné koníčky po operaci, byly docela překvapující. Z celkového počtu 86 odpovědělo 69 respondentů (80 %) odpovědí ne. Pouze 14 respondentů (20 %) odpovědělo ano a v podotázce jaké byl jen sport, myslivost, chov koně, jízda na kole, rybaření, procházky v přírodě a pěstování květin.

Otázka č. 14: Jaké je Vaše sebevědomí po úbytku Vaší váhy?

Tabulka č. 14 Sebevědomí

Sebevědomí	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vyšší	80	93,02
Nezměnilo se	6	6,98
Celkem	86	100,00

Graf č. 14 Sebevědomí

**Komentář:**

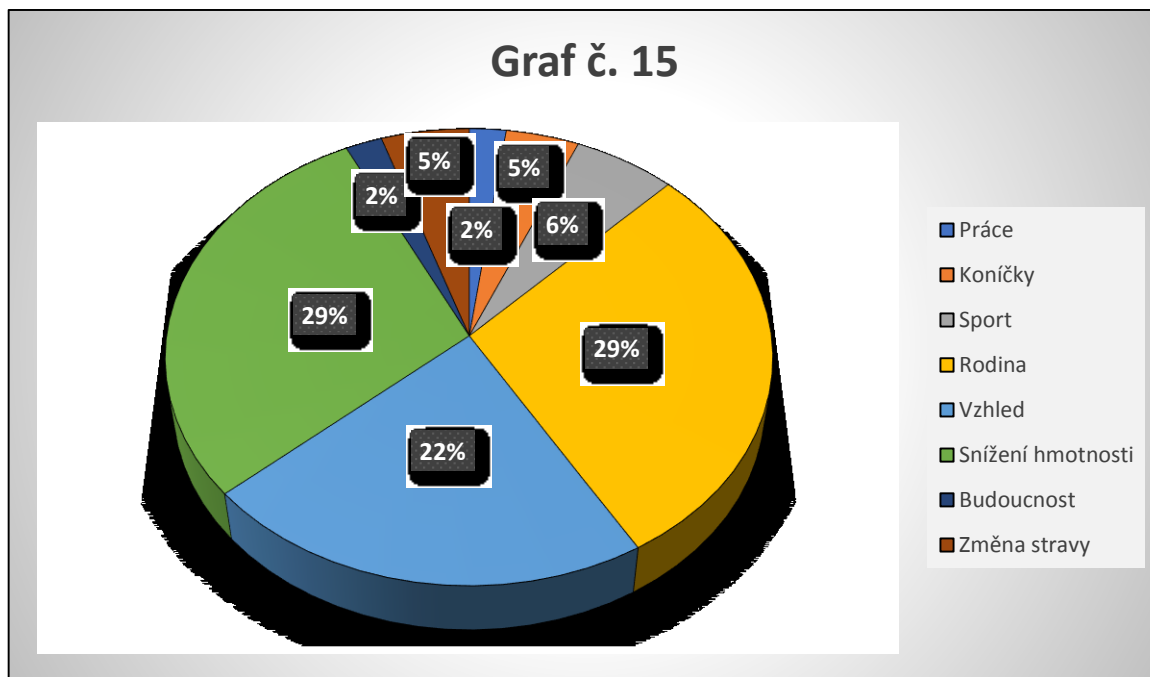
Z grafu je patrné, že 80 respondentů (97 %) má vyšší sebevědomí než před operací. Pouze 6 respondentům (3 %) se sebevědomí nezměnilo.

Otázka č. 15: Co Vás po operaci nabíjí energií a dodává chuť do života?

Tabulka č. 15 Energie a chuť do života

Energie a chuť do života	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Práce	5	2,14
Koníčky	10	4,27
Sport	14	5,98
Rodina	68	29,06
Vzhled	52	22,22
Snížený hmotnosti	68	29,06
Budoucnost	5	2,14
Změna stravy	12	5,13
Celkem	234	100,00

Graf č. 15 Energie a chuť do života

**Komentář:**

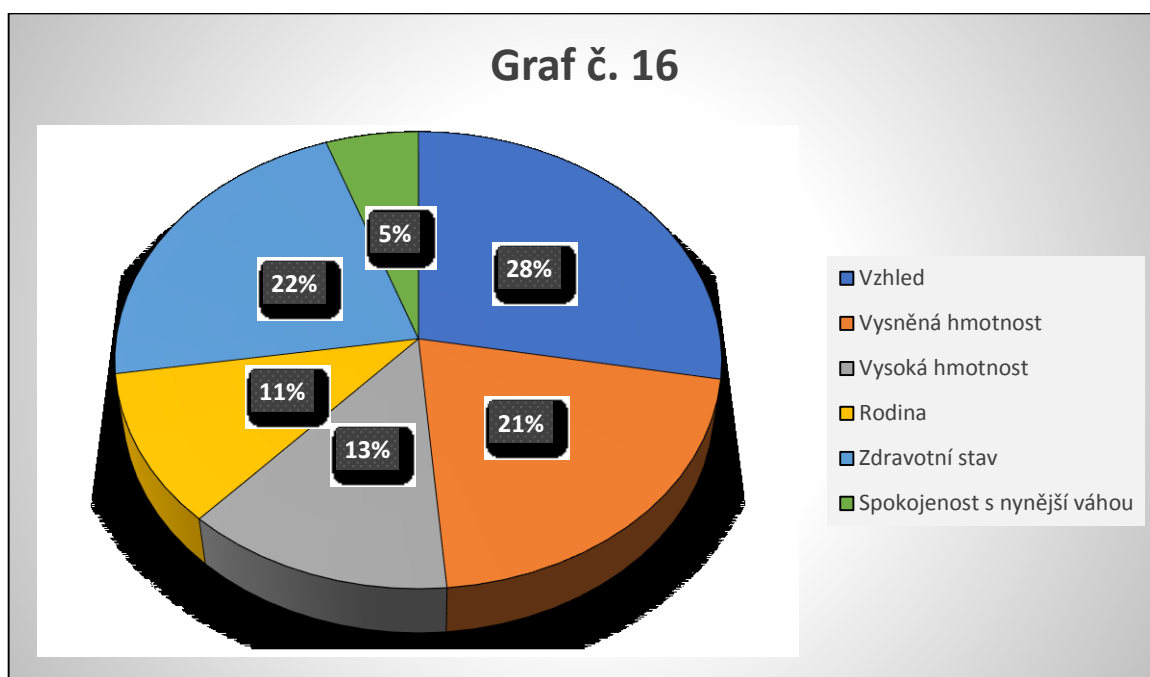
V této otázce měli respondenti vypsát co je po operaci nabíjí energií a co jim dodává chuť do života, tudíž absolutní četnost tvoří počet odpovědí. Na první dvě místa označili respondenti rodinu s počtem 68 odpovědí (29 %) a snížení hmotnosti se stejným počtem 68 odpovědí (29 %). Na druhém místě respondenti napsali vzhled s počtem 52 odpovědí (22 %). Na posledních místech jsou odpovědi jako sport se 14 odpověďmi (6 %), změna stravy s 12 odpověďmi (5 %), koníčky s 10 odpověďmi (5 %), budoucnost s 5 odpověďmi (2 %) a práce s 5 odpověďmi (2 %).

Otázka č. 16: Co Vás motivuje k dalšímu snížení hmotnost?

Tabulka č. 16 Motivace k dalšímu snížení hmotnosti

Motivace k dalšímu snížení hmotnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vzhled	72	27,80
Vysněná hmotnost	54	20,84
Vysoká hmotnost	34	13,13
Rodina	28	10,81
Zdravotní stav	57	22,01
Spokojenost s nynější váhou	14	5,41
Celkem	259	100,00

Graf č. 16 Motivace k dalšímu snížení hmotnosti



Komentář:

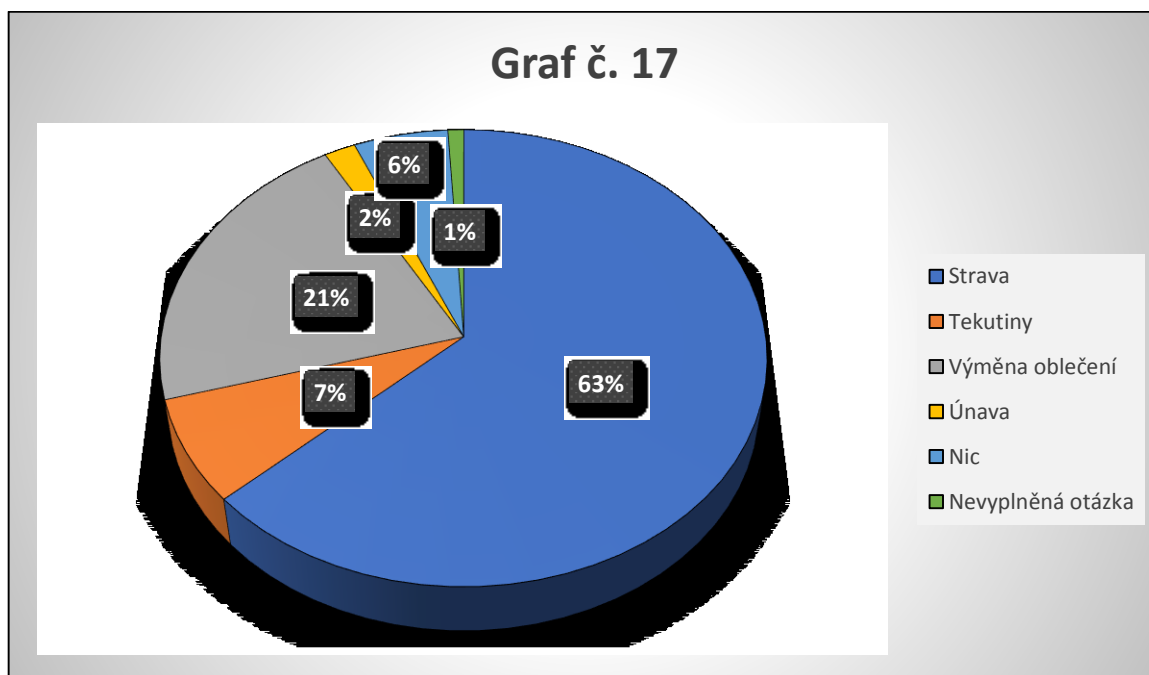
V téhle další otázce měli respondenti vypsát co je motivuje k dalšímu snížení hmotnosti, tudíž absolutní četnost tvoří počet odpovědí. Na první příčce označili respondenti vzhled s počtem 72 odpovědí (28 %). Na druhém místě zdravotní stav s počtem 57 odpovědí (22 %). Na třetí příčce respondenti napsali vysněnou hmotnost s počtem 34 odpovědí (21 %). Na čtvrtém místě je vysoká hmotnost s počtem 34 odpovědí (13 %). Na páté příčce je rodina s počtem 28 odpovědí (11 %). Na šestém místě a zároveň posledním místě je spokojenost s nynější váhou se 14 odpověďmi (5 %).

Otázka č. 17: Co pro Vás bylo po operaci nejtěžší? (V prvních 6 měsících od operace)

Tabulka č. 17 Nejtěžší věc po operaci

Nejtěžší věc po operaci	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Strava	69	63,30
Tekutiny	8	7,34
Výměna oblečení	23	21,10
Únava	2	1,83
Nic	6	5,51
Nevyplněná otázka	1	0,92
Celkem	109	100,00

Graf č. 17 Nejtěžší věc po operaci



Komentář:

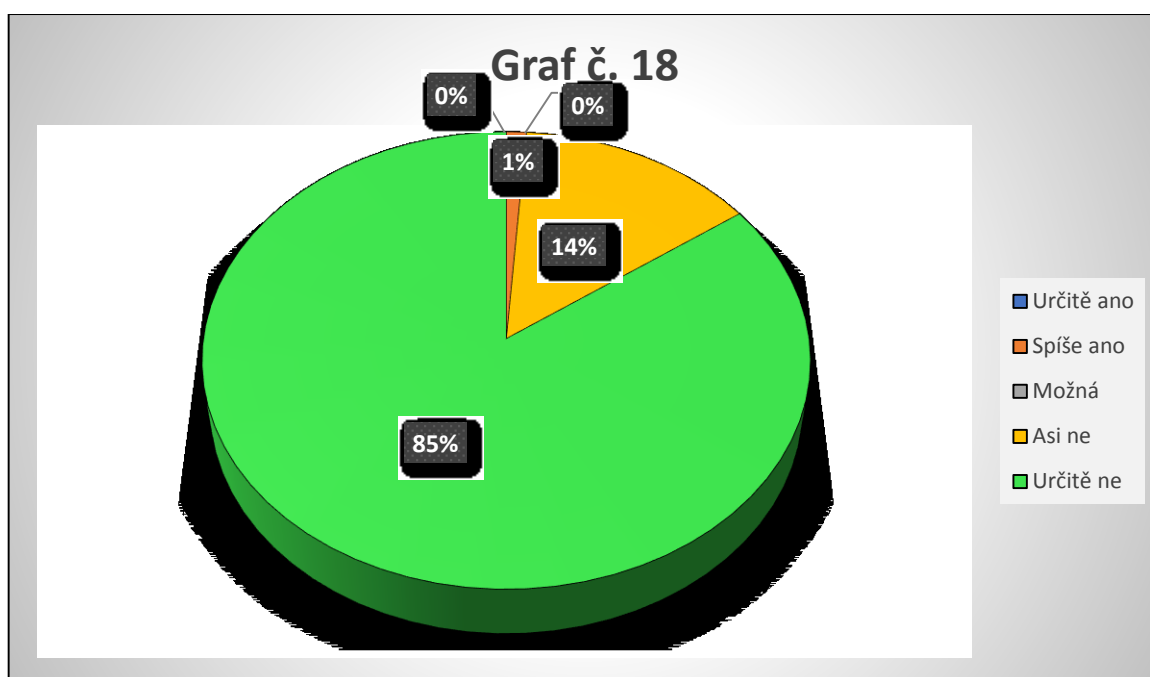
Tak jako v některých otázkách i zde respondenti měli napsat co pro ně bylo po operaci nejtěžší, tudíž absolutní četnost tvoří počet odpovědí. Nejvíce zastoupenou odpovědí respondentů bylo strava (pravidelnost, menší porce, složení) s 69 odpověďmi (63 %). Další odpovědí byla výměna oblečení s počtem 23 odpovědí (21 %). Další méně zastoupené odpovědi byly tekutiny s počtem 8 odpovědí (7 %), dokonce byla i zastoupená odpověď nic s počtem odpovědí 6 (6 %), únava s počtem 2 odpovědí (2 %) a jedna nevyplněná otázka (1 %).

Otázka č. 18: Omezuje Vás něco po operaci v běžných denních činnostech? (pokud ano, tak co)

Tabulka č. 18 Běžné denní činnosti

Běžné denní činnosti	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Určitě ano	0	0,00
Spíše ano	1	1,17
Možná	0	0,00
Asi ne	12	13,95
Určitě ne	73	84,88
Celkem	86	100,00

Graf č. 18 Běžně denní činnosti



Komentář:

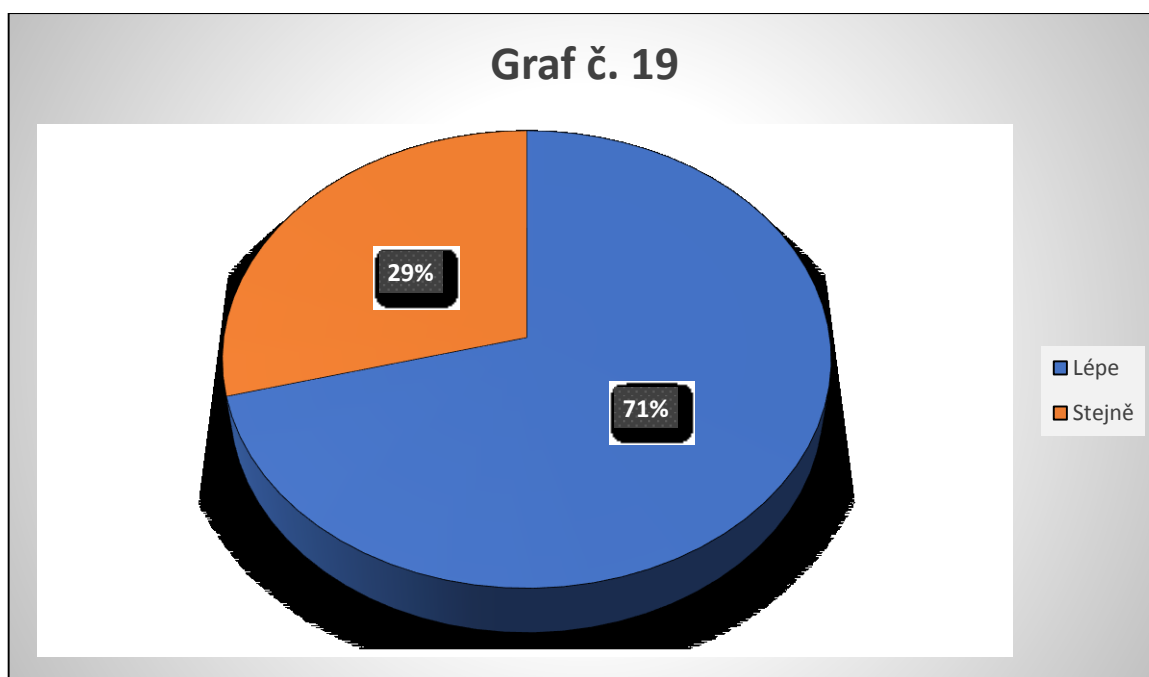
Na otázku, zda respondenty něco omezuje v běžných denních činnostech, byla nejčastější odpověď ne s 73 zakroužkovanými odpověďmi (85 %). Asi ne odpovědělo 12 respondentů (14 %). Jen 1 respondent (1 %) odpověděl spíše ano a omezuje ho pohyblivost kloubů.

Otázka č. 19: Jak zvládáte péči o domácnost? (u mužů i drobné opravy)

Tabulka č. 19 Péče o domácnost

Péče o domácnost	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Lépe	61	70,93
Stejně	25	29,07
Celkem	86	100,00

Graf č. 19 Péče o domácnost

**Komentář:**

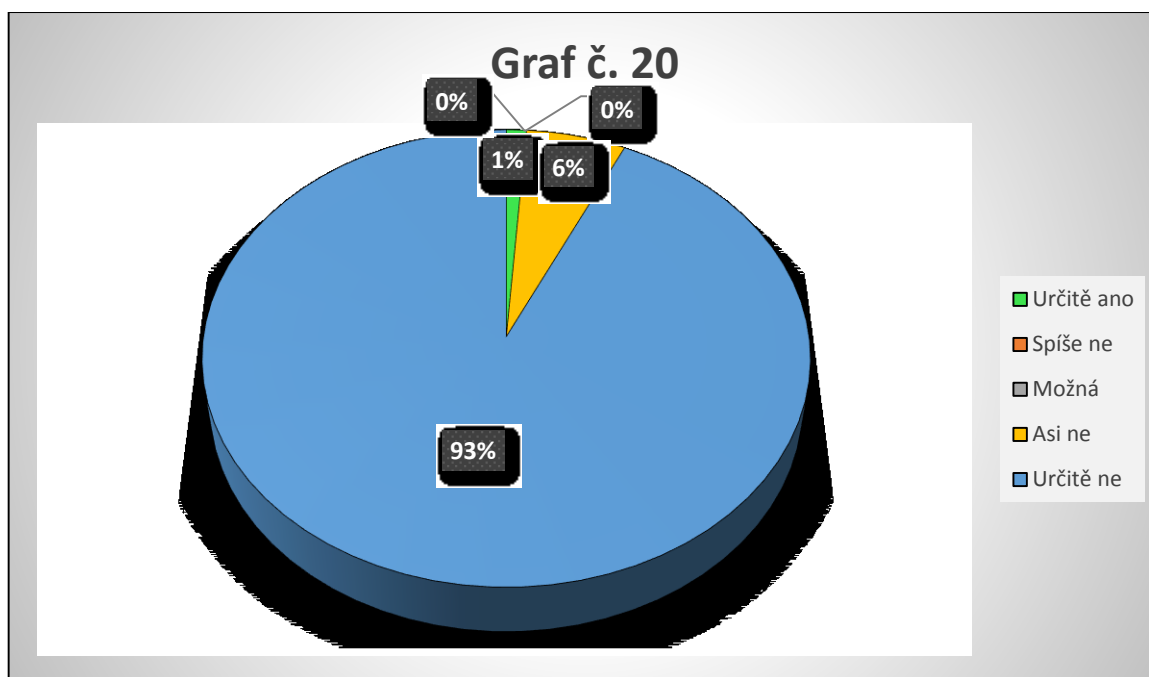
Z grafu č. 19 je patrné, že péči o domácnost lépe zvládne po operaci celkem 61 respondentů (71 %), zvládnou toho víc a snadněji. U 25 respondentů (29 %) je to stejné jako před operací.

Otázka č. 20: Změnila se nějakým způsobem hygiena po operaci? (pokud ano tak v čem)

Tabulka č. 20 Hygiena

Hygiena	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Určitě ano	1	1,17
Spíše ano	0	0,00
Možná	0	0,00
Asi ne	5	5,81
Určitě ne	80	93,02
Celkem	86	100,00

Graf č. 20 Hygiena



Komentář:

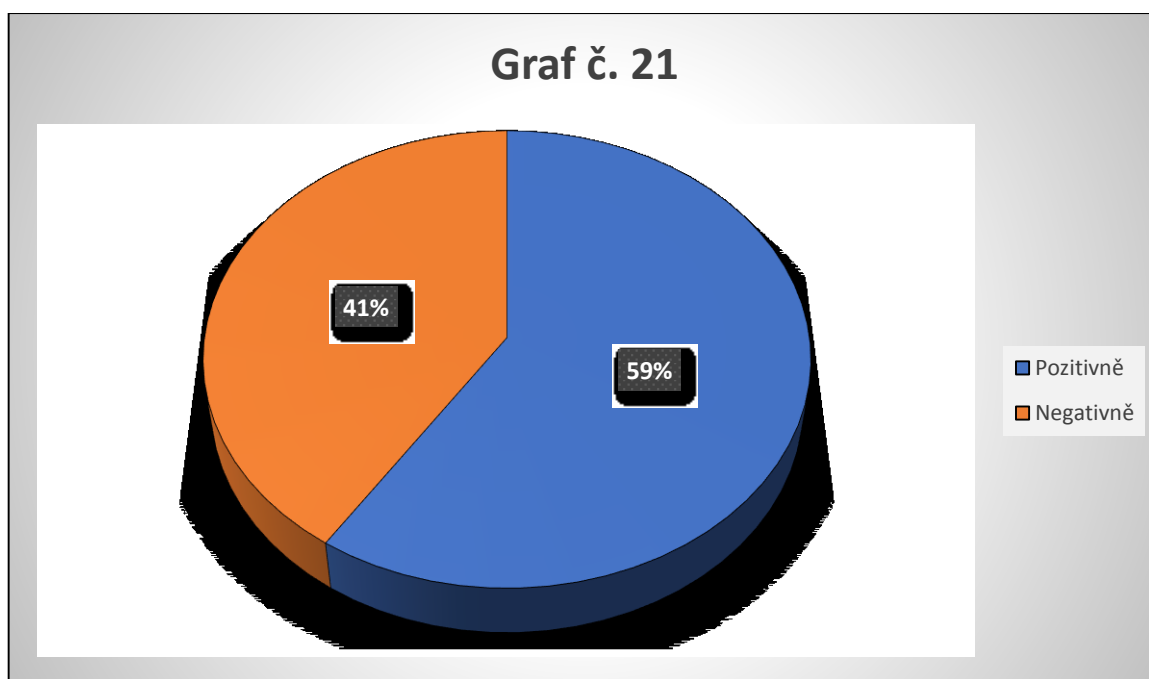
Na otázku, zda se změnila hygiena po operaci napsalo 80 respondentů (93 %) ne. Asi ne napsalo 5 respondentů (6 %). Pouze 1 respondent (1 %) napsal kladnou odpověď, bohužel ale nenapsal v čem.

Otázka č. 21: Jak rodina vnímala Vaše rozhodnutí o podstoupení operace?

Tabulka č. 21 Vnímání rodiny

Vnímání rodiny	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Pozitivně	51	59,30
Negativně	35	40,70
Celkem	86	100,00

Graf č. 21 Vnímání rodiny

**Komentář:**

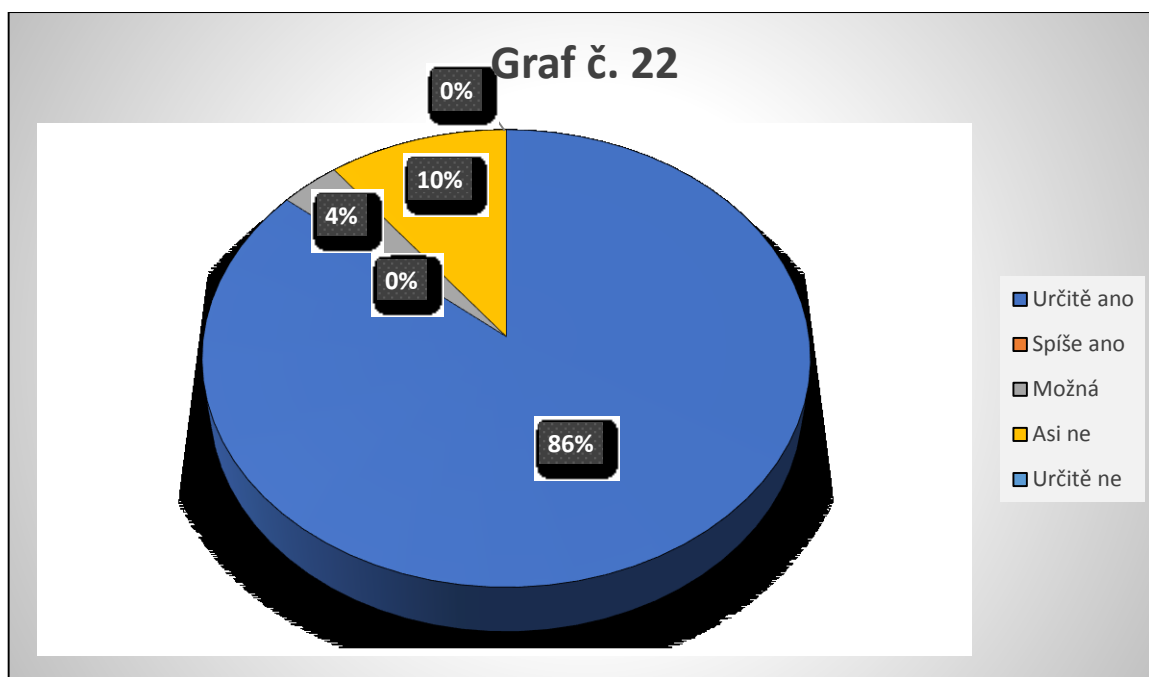
V této otázce měli respondenti napsat, jak rodina vnímala jejich rozhodnutí jít na operaci. Pozitivně jejich rozhodnutí vnímala rodina u 51 respondentů (59 %). U 35 respondentů (41 %) rodina rozhodnutí vnímala negativně, hlavně měli obavy, odrazovali je a rozmlouvali to respondentům.

Otázka č. 22: Podporovala Vás rodina v období před i po operaci? (pokud ano, tak v čem)

Tabulka č. 22 Podpora rodiny

Podpora rodiny	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Určitě ano	74	86,04
Spíše ano	0	0,00
Možná	3	3,49
Asi ne	9	10,47
Určitě ne	0	0,00
Celkem	86	100,00

Graf č. 22 Podpora rodiny



Komentář:

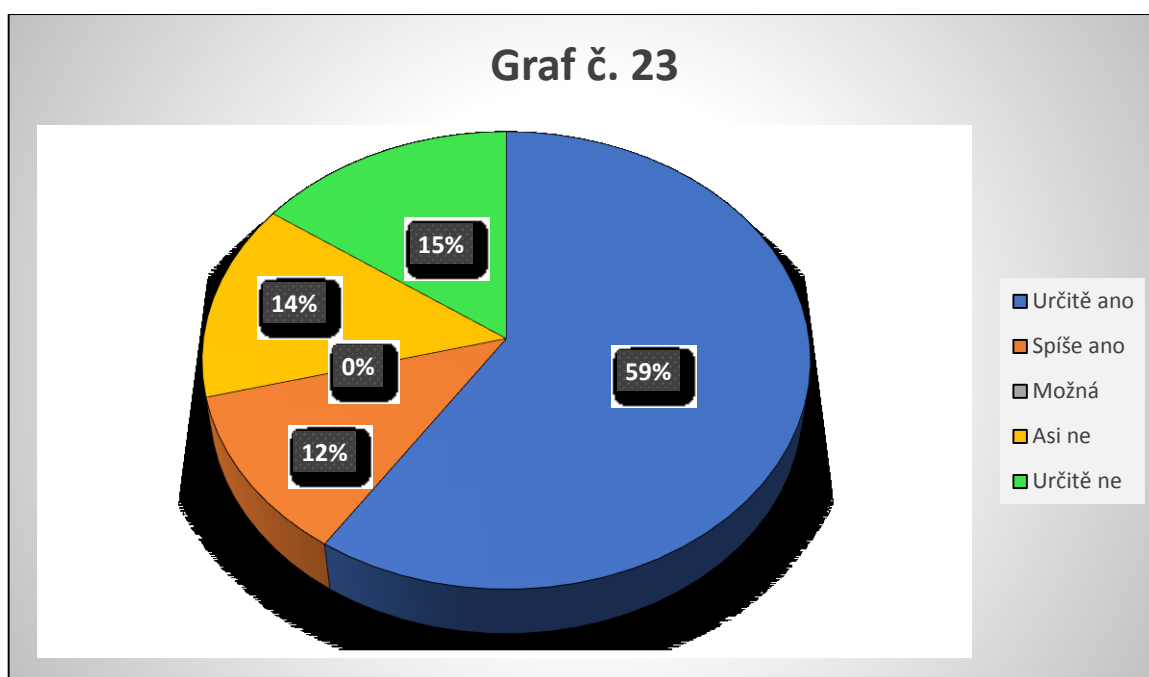
Z výsledků vyplynulo, že 74 respondentů (86 %) rodina podporovala. Odpověď možná zakroužkovali 3 respondenti (4 %). Odpověď asi ne označilo 9 respondentů (10 %).

Otázka č. 23: Má nějaký vliv operace a výsledky po operaci u Vás v práci? (pokud ano, tak v čem)

Tabulka č. 23 Vliv operace na práci

Vliv operace na práci	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Určitě ano	51	59,30
Spíše ano	10	11,63
Možná	0	0,00
Asi ne	12	13,95
Určitě ne	13	15,12
Celkem	86	100,00

Graf č. 23 Vliv operace na práci



Komentář:

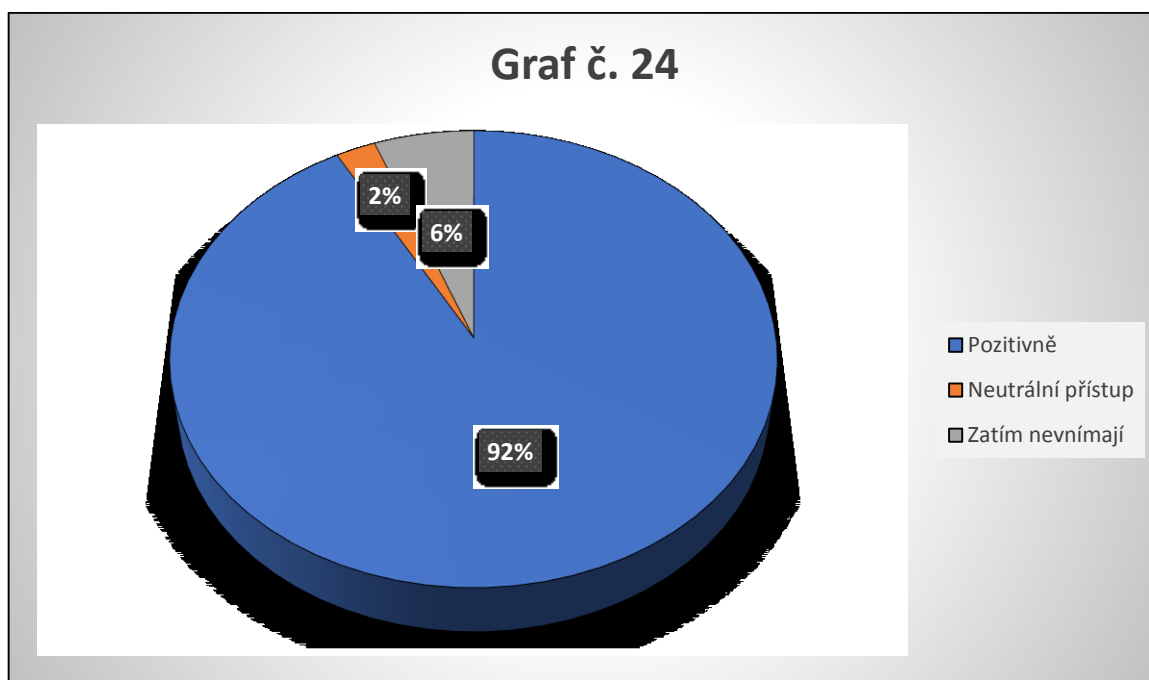
Na otázku, jestli má operace vliv na práci, odpovědělo 51 respondentů (59 %) určitě ano hlavně v tom, že se lépe pohybují, reprezentují firmu, jiný přístup než k obézním. Odpověď asi ne označilo 10 respondentů (12 %). Asi ne odpovědělo 12 respondentů (14 %). A odpověď určitě ne zakroužkovalo 13 respondentů (15 %).

Otázka č. 24: Jak vnímáte změnu vaší velikosti oblečení?

Tabulka č. 24 Velikost oblečení

Velikost oblečení	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Pozitivně	79	91,86
Neutrální přístup	2	2,33
Zatím nevnímají	5	5,81
Celkem	86	100,00

Graf č. 24 Velikost oblečení

**Komentáře:**

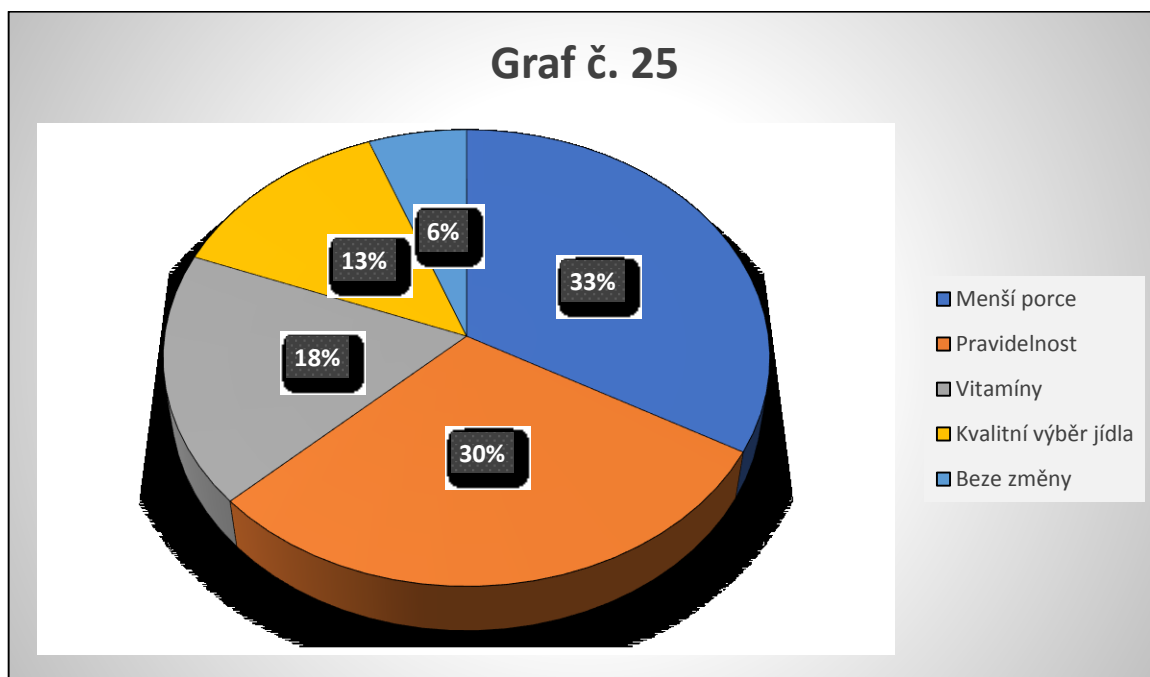
V této otázce respondenti odpovídali, jak vnímali změnu velikosti oblečení. Většina z nich 79 respondentů (92 %) odpovědělo pozitivně, měli radost z pořizování nových věcí a neměli strach, že nic neseženou, ale bylo to pro ně finančně náročné. Neutrální přístup mají 2 respondenti (2 %). A zatím změnu nevnímá 5 respondentů (6 %).

Otázka č. 25: Jaký je Váš přístup k jídlu po operaci?

Tabulka č. 25 Přístup k jídlu

Přístup k jídlu	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Menší porce	52	33,12
Pravidelnost	47	29,94
Vitamíny	28	17,83
Kvalitní výběr potravin	21	13,38
Bez změny	9	5,73
Celkem	157	100,00

Graf č. 25 Přístup k jídlu



Komentář:

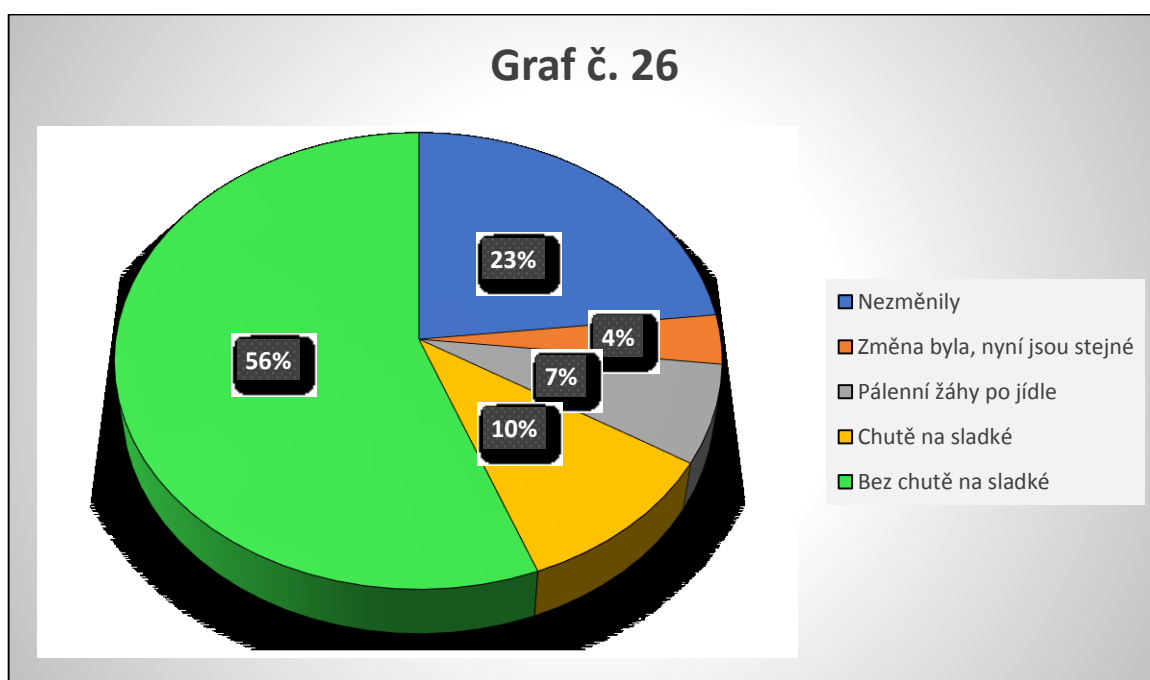
V této otázce mohli také respondenti volně odpovídat. Někteří respondenti uvedli více odpovědí, a proto absolutní četnost tedy činí, počet odpovědí, nikoliv počet respondentů. První nejčastější odpověď s 52 odpověďmi (33 %) byla, že jedí menší porce. Další velmi častou s 47 (30 %) odpověďmi byla pravidelnost. Třetí místo s 28 odpověďmi (18 %) jsou vitamíny. Na čtvrté příčce s 21 odpověďmi (13 %) je kvalitní výběr potravin. A na posledním místě s 9 odpověďmi (6 %) je nezměněný přístup.

Otázka č. 26: Pokud se změnily chutě po operaci tak jak?

Tabulka č. 26 Chutě po operaci

Chutě po operaci	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Neměnily	20	23,26
Změna byla, nyní jsou stejné	3	3,49
Pálení žáhy po jídle	6	6,98
Chutě na sladké	9	10,46
Bez chutě na sladké	48	55,81
Celkem	86	100,00

Graf č. 26 Chutě po operaci



Komentář:

Z grafu č. 26 vyplývá, že 48 respondentů (56 %) odpovědělo, že jsou bez chutě na sladké. Chutě se nezměnily 9 respondentům (23 %). Menší počet 9 respondentů (10 %), má chutě na sladké. Pálení žáhy po jídle má 6 respondentů (7 %). A 3 respondentům (4 %) se chutě na začátku změnily, nyní jsou stejné.

27. Prostor pro vyjádření

Komentář:

V této části se mohli respondenti volně vyjádřit. Této možnosti využilo pouze 11 respondentů, jejich odpovědi uvádíme:

Z bariatrickou operací jsem velice spokojená a děkuji p. Dr. Čiernému a chirurgickému odd. C za péči po operaci a před operací.

Děkuji hlavně svému synovi, sama bych asi nenašla odvalu na operaci jít a taky Dr. Čiernému za dobře provedenou operaci a ochotu.

Velká životní změna – lepší. Moc děkuji.

Z operací jsem spokojená a nelituji rozhodnutí, že jsem je podstoupila.

Operaci mohu jen doporučit lidem s nadváhou.

Celkově se cítím velmi dobře, jen jsem často nachlazená – imunita.

Děkuji MUDr. Čiernému a celému týmu za záchranu života.

Operace pozitivně ovlivnila můj život.

Jsem rád, že jsem se pro operaci rozhodl.

Po operaci jsem velice spokojená a jsem ráda, že jsem na ni byla.

Děkuji panu Čiernému, změnil mi život o 100 % k lepšímu.

5 DISKUZE

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda operace splnila očekávání operovaných pacientů, zda jsou spokojeni s úbytkem váhy a jaký je jejich vztah k jídlu. Dále zda se změnila jejich fyzická aktivita a psychický stav po operaci.

Byla užita dotazníková metoda a její úvodní část se věnovala demografickým údajům. Šetření se zúčastnilo 52 % žen a 48 % mužů. Výsledky našeho výzkumu ukazují, že operaci podstupují obě pohlaví v průměru půl na půl, tedy že obezita zasahuje stejně obě pohlaví. Nejčastější věkovou skupinou podstupující operaci byli respondenti mezi 40 až 49 lety. V položce zjišťující, kolik byla váha před operací je nejvíce zastoupena váhová skupina v rozmezí od 160 do 141 kg. V otázce, kolik je nynější váha bylo nejvíce respondentů ve skupině 110 až 91 kg. Z výsledků vyplývá že pacienti v nejvíce zastoupené skupině tj. 7 až 12 měsíců po operaci mají většinou zhubnuto okolo 50 kg.

Položka č. 3 zjišťovala co respondenty vedlo k rozhodnutí podstoupit operaci. Zde bylo překvapivě zjištěno, že je k tomu nevedla ani tak vysoká hmotnost (27 %) jako spíše jejich zdravotní stav (36 %).

V další části dotazníku se jednotlivé otázky vztahují k dílčím cílům. Hlavní cíl obsahuje všechny tři dílčí cíle.

Dílčí cíl č. 1: Zjistit, spokojenost s úbytkem váhy a jejich vztah k jídlu po operaci.

K tomuto cíli se vztahují otázky č. 7, 16, 17, 25, 26. Z odpovědi na otázku č. 7 vyplynulo, že 98 % respondentů je spokojeno a pouze 2 % ze všech oslovených respondentů zakroužkovalo negativní odpověď. Na otázku č. 16, kde jsme se ptali, co je motivuje k dalšímu snížení váhy bylo nejvíce odpovědí vzhled (28 %) a jako druhá nejčastější odpověď byl jejich zdravotní stav (22 %). V položce č. 17 byla jednoznačná odpověď, že nejtěžší po operaci pro ně byla strava (63 %). Na otázku č. 25 jaký je jejich přístup k jídlu po operaci, byly nejčastější odpovědi, že se naučili jíst v menších porcích (33 %) a pravidelně (30 %). V poslední položce vztahující se k cíli je otázka č. 26 ze které vyplynulo, že před operací měli rádi sladké potraviny a po operaci se jim chutě změnily a na sladké potraviny chuť vůbec nemají (56 %).

Dílčí cíl č. 2: Zjistit, zda se změnila fyzická aktivita po operaci a jak vyhovuje pacientům.

K tomuto cíli se vztahují otázky č. 9, 11, 12, 13, 18, 19, 23. Z odpovědi na otázku č. 9 jasně vyplynulo, že omezení po operaci necítí 98 % respondentů a 2 % respondentů cítí omezení převážně v oblasti pohyblivosti a stravování. Na položku č. 11 byla opět jasná odpověď, že 72 % respondentů se život po operaci změnil, a to hlavně v oblastech sportu, zdraví, rodiny, a dokonce i v oblasti pohlavního života. Zbylým 28 % dotazovaných se život žádným způsobem nezměnil. V otázce č. 12 se respondenti více společenských aktivit účastní 82 % respondentů, hlavně napsali sport, kulturní a společenské akce. Odpověď asi ne odpovídalo 13 % respondentů a zbylých 5 % respondentů odpovědělo možná. Na otázku č. 13 zda se změnily koníčky po operaci, byla odpověď velmi překvapující, protože 80 % respondentů odpovědělo, že se jim koníčky nezměnily. Pouze 20 % respondentů odpovědělo ano a převážně napsali sport, procházky. Omezuje Vás něco po operaci v běžných denních činnostech byla otázka č. 18, kde byla jednoznačná odpověď, že 99 % dotazovaných nic neomezuje a 1 % respondentů odpovědělo spíše ano, a to v oblasti zdravotní. V položce č. 19 zda zvládají běžné denní činnosti převažovali kladné odpovědi (71 %). A v poslední otázce č. 23 odpovědělo 61 % respondentů, že výsledky po operaci má vliv na výsledky v práci, jedna respondentka dokonce napsala že nyní i reprezentuje firmu na různých konferencích. Zbylých 28 % respondentů odpovědělo, že výsledky po operaci nemají u nich v práci na nic vliv.

Dílčí cíl č. 3: Zjistit, zda operace ovlivnila psychický stav pacienta.

K tomuto cíli se vztahují otázky č. 8, 10, 14, 15, 20, 21, 22, 24. V otázce č. 8 jsme se ptali, zda se cítí lépe nyní než před operací. Všech 100 % respondentů odpovědělo kladně. Nikdo neoznačil zápornou odpověď. Jak by hodnotili spánek po operaci byla otázka č. 10 a v ní nám 49 % respondentů napsalo, že mají spánek kvalitnější než dříve. Druhou odpovědí bylo, že je spánek stejný, a tak odpovědělo 36 % respondentů. 1 % respondentů na otázku neodpovědělo. Z odpovědi na otázku č. 14 vyplynulo, že 97 % respondentů má po operaci vyšší sebevědomí, jen 3 % respondentů se sebevědomí nezměnilo. V otázce č. 15 jsme zjišťovali co dotazované nabíjí energií a co jim dodává chuť do života nejvíce odpovědí byla rodina (29 %) a snížení hmotnosti (29 %). Dále byli odpovědi jako je vzhled (22 %), sport (6 %), změna stravy (5 %), koníčky (5 %), budoucnost (2 %) a práce (2 %). Na otázku č. 20 zda se změnila hygiena po operaci, byla odpověď velmi překvapující, protože 99 % respondentů napsalo, že se hygieny žádným způsobem nezměnila. Pouze 1 % respondentů odpovědělo ano, ale bohužel nebylo uvedeno, jakým způsobem. V položce č. 21 rodina pozitivně (59 %)

vnímala rozhodnutí respondentů jít na operaci a negativně to rodina vnímala u 41 % respondentů. Nejvíce respondenti udávali, že rodina měla strach a obavy, odrazovali je a rozmlouvali jim to. Z otázky č. 22 vyplynulo, že 86 % respondentů rodina podporovala. 4 % respondentů uvedlo možná a 10 % respondentů označilo negativní odpověď. Poslední otázka vztahující se k tomuto cíli byla č. 24, ve které jsme zjišťovali, jak vnímají změnu velikosti svého oblečení. Většina z nich tj. 92 % respondentů to vnímala velice pozitivně, měli radost z pořízování nových věcí a neměli strach, že na sebe nic neseženou, jako to bylo před operací, pro některé to sice bylo to pro ně finančně náročné i přesto to udávali jako pozitivní. Neutrální přístup měli 2 % respondentů. A zatím změnu nevnímalo 6 % respondentů.

Hlavní cíl: Zjistit, zda operace splnila očekávání pacientů.

Hlavní cíl zahrnuje všechny dílčí cíle a z výsledků výzkumu nám vyplývá, že většina respondentů s operací je spokojena a splnila jejich očekávání.

Studie v České Republice nebyly provedeny a jen několik málo zahraničních studií se tímto tématem zabývá. Většinou se autoři zaměřili na jeden typ operace a například po vertikální gastroplastice (VGB) v jednotlivých studiích bylo spokojeno s výsledkem této operace 65 % (Shai et al, 2003), 68 % (Peréz et al 2005), 84 % (Kopec-Schrader et al, 1994) až 94 % (Choi et al, 1999) respondentů. Další studie byla v průměru dva roky po gastrické bandáži, kdy vyjádřilo spokojenost s chirurgickým zákrokem 80% operovaných (Sannen, Himpens, Leman, 2001). Je tedy nutné se tímto tématem dále výzkumně zabývat a identifikovat faktory vedoucí ke spokojenosti pacientů s operací. Výzkum v této oblasti může také pomoci najít přesné kritéria důležité pro výběr kandidátů na bariatrickou chirurgii.

ZÁVĚR

O obezitě již bylo napsáno velmi mnoho publikací. Lidé jsou ze všech stran všemi směry nabádáni ke zdravému životnímu stylu. Přesto ale její výskyt neustále stoupá. Odborníci si tohle uvědomují a začínají u nás vznikat nová bariatrická centra, kde se obézním pacientům poskytuje komplexní péče stran všech odborníků. Léčba obezity je ale celoživotní a je velmi náročná na vůli pacienta. Ta je rozhodující a bez jeho spolupráce nemá žádný ze způsobů terapie obezity nárok na úspěch. I tak je ovšem často velmi problematické pomocí konzervativních metod terapie dosáhnout žádaného úbytku hmotnosti. A udržet si ji trvale bývá pro mnohé pacienty obtížné ještě více. Nadějí pro tyto pacienty se stala bariatrická chirurgie. Operace zaměřené na zmenšení objemu žaludku nebo vyřazení části střeva z pasáže zaručují nejen dostatečnou redukci hmotnosti, ale také její následné dlouhodobé udržení. Celý průběh rekonvalescence a výsledek operace je závislý do velké míry na motivaci pacienta. Je důležité říct, že konečným cílem těchto operací není jen redukce hmotnosti, ale hlavně i eliminace vážných metabolických komplikací svázaných s nadváhou. Ovšem ani tato operace není zázračný všelék, ale je novým začátkem na celoživotní cestě. Velmi pozitivní jsou výsledky pacientů přicházejících k první bariatrické kontrole. Tato kontrola se uskutečňuje první měsíc po operaci. Váhový úbytek se většinou pohybuje kolem deseti kilo. Tyto výsledky jsou velmi motivující nejen pro pacienty, ale také pro nás jako personál. Tato práce pro mě byla velmi zajímavou po všech stránkách už jen proto, protože pomáháme těm, kteří chtějí změnit svůj život a dosáhnou vytouženého cíle.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ADÁMKOVÁ, Věra a kol., 2009. *Obezita: příčiny, typy, rizika, prevence a léčba*. 1. vyd. Brno: Facta Medica. 122 s. ISBN 978-80-904260-5-4.
2. BÁRTLOVÁ, Sylva a kol., 2010. *Vztah sestry - lékaře*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů. 126 s. ISBN 978-80-7013-526-6.
3. ČIERNÝ, Michal, 2006a. Co je bariatrie? In: *Banding klub* [online]. 7/2006. [cit. 2016-03-08]. Dostupné z: <http://www.bandingklub.cz/bariatrie/bariatrie-vymezeni/>.
4. ČIERNÝ, Michal, 2006b. Gastrický bypass. In: *Banding klub* [Online]. 11/2011 [cit. 2016-03-08]. Dostupné z: <http://www.bandingklub.cz/gastricky-zaludecni-bypas.phtml>.
5. ČIERNÝ, Michal, 2006c. Plikace žaludku. In: *Banding klub* [Online]. 12/2010 [cit. 2016-03-08]. Dostupné z: <http://www.bandingklub.cz/plikace-zaludku.phtml>.
6. ČIERNÝ, Michal, 2006d. Sleeve resekce žaludku. In: *Banding klub* [Online]. 12/2010 [cit. 2016-03-08]. Dostupné z: <http://www.bandingklub.cz/sleeve-resekce.phtml>.
7. DEITEL, Mervyn et al., 2010. *Handbook of obesity surgery: current concepts and therapy of morbid obesity and related disease*. 454 s. ISBN 978-0-9684426-5-4.
8. FRIED, Martin, 2005. *Moderní chirurgické metody léčby obezity*, 1. vyd. Praha: Grada. 132 s. ISBN 80-247-0958-9.
9. FRIED, Martin a kol., 2011. *Bariatrická a metabolická chirurgie*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta. 266 s. ISBN 978-80-204-2424-2.
10. HAINER, Vojtěch a kol., 2004. *Základy klinické obezitologie*. Praha: Grada. 355 s. ISBN 80-247-0233-9.
11. HALUZÍK, Martin a kol., 2009. *Praktická léčba diabetu*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 361 s. ISBN 978-80-204-2071-8.
12. CHOI, Yongwon et al., 1999. *Patient satisfaction and results of vertical banded gastroplasty and gastric bypass*. *Obesity Surgery* 9, 33-5.
13. JANÁČKOVÁ, Laura, 2008. *Základy zdravotnické psychologie*. 1. vyd. Praha: Triton. 288 s. ISBN 978-80-7387-179-6.
14. JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. 77 s. ISBN: 987-80-247-2171-2.

15. KASALICKÝ, Mojmir a kol., 2011. *Chirurgická léčba obezity. 1. vyd.* Praha: Ottova tiskárna. 118 s. ISBN 978-80-254-9356-4.
16. KASALICKÝ, Mojmir, 2007. *Tubulizace žaludku. 1. vyd.* Praha: Triton. 89 s. ISBN 978-807254-957-3.
17. KOPEC-SCHRADER, Elzbieta M. et al., 1994. *Psychosocial outcome and long-term weight loss after gastric restrictive surgery for morbid obesity.* *Obesity Surgery* 4, 336-9.
18. KRAHULEC, Boris et al., 2013c. *Klinická obezitologie.* Brno: Facta Medica. 336 s. ISBN 978-80-904731-7-1.
19. KUNEŠOVÁ, Marie a kol., 2016. *Základy obezitologie.* Praha: Galén. 172 s. ISBN 978-80-7492-217-6.
20. KVAPIL, Milan, 2016. *Diabetologie 2016.* Praha: Triton. 289 s. ISBN 978-80-7553-031-8.
21. OWEN, Klára, 2012. *Moderní terapie obezity.* Praha: Maxdorf. 64 s. ISBN 978-80-7345-301-5.
22. PÉREZ, N. et al., 2005. *Comparative analysis of vertical banded gastroplasty and duodenal switch at five years follow-up.* *Obesity Surgery* 15, 1061-5.
23. SANNEN, I. et al., 2001. *Causes of dissatisfaction in some patients after adjustable gastric banding.* *Obesity surgery* 11, 605-8.
24. Shai, I., et al., 2003. *Determinants of long-term satisfaction after vertical banded gastroplasty.* *Obesity Surgery* 13, 269-74.
25. SHUKLA, Alpana a Francesco RUBINO, 2011. *Secretion and function of gastrointestinal hormones after bariatric surgery: their role in type 2 diabetes.* *Canadian Journal of Diabetes.* Roč. 35, č. 2, s. 115–122.
26. SVAČINA, Štěpán, 2001. *Metabolický syndrom.* Praha: Triton. 173 s. ISBN 80-7254-178-1
27. SVAČINA, Štěpán, 2002. *Obezita a psychofarmaka.* Praha: Triton. ISBN 80-7254-253-2.
28. SVAČINA, Štěpán a kol., 2008. *Klinická dietologie.* Praha: Grada. 384 s. ISBN 978-80-247-2256-6.

29. SVAČINA, Štěpán, 2013. *Obezitologie a teorie metabolického syndromu*. Praha: Triton. 286 s. ISBN 978-80-7387-678-4.
30. *World health organization* [online]. Body mass index – BMI, © 2016 WHO [cit. 2016-03-17]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/what-wedo/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-indexbmi>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

WHO	World Health Organization (Světová Zdravotnická Organizace)
BMI	Body Mass Index.
DM2T	Diabetes melitus 2 typu
GEA	Gastroenteroanastomóza
EEA	End-to-end anastomóza
BPD	Biliopankreatická diverze
BPD/S	Biliopankreatická diverze dle Scopinara
BPD/DS	Biliopankreatická diverze duodenální switch
EKG	Elektrokardiogram
VBG	Vertikální gastroplastika

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Pohlaví respondentů.....	27
Tabulka č. 2 Věk respondentů	28
Tabulka č. 3 Důvody pro operaci.....	30
Tabulka č. 4 Doba od operace	32
Tabulka č. 5 Váha před operací	33
Tabulka č. 6 Nynější váha.....	35
Tabulka č. 7 Spokojenost s váhou po operaci.....	37
Tabulka č. 8 Jak se cítí po operaci	39
Tabulka č. 9 Omezení po operaci	41
Tabulka č. 10 Spánek před a po operaci	43
Tabulka č. 11 Změněný život po operaci.....	45
Tabulka č. 12 Společenské aktivity	47
Tabulka č. 13 Koničky po operaci	49
Tabulka č. 14 Sebevědomí.....	50
Tabulka č. 15 Energie a chuť do života	51
Tabulka č. 16 Motivace k dalšímu snížení hmotnosti	53
Tabulka č. 17 Nejtěžší věc po operaci	55
Tabulka č. 18 Běžné denní činnosti	57
Tabulka č. 19 Péče o domácnost.....	59
Tabulka č. 20 Hygiena	60
Tabulka č. 21 Vnímání rodiny	62
Tabulka č. 22 Podpora rodiny.....	63
Tabulka č. 23 Vliv operace na práci	65
Tabulka č. 24 Velikost oblečení	67
Tabulka č. 25 Přístup k jídlu	68
Tabulka č. 26 Chutě po operaci	70

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Pohlaví respondentů.....	27
Graf č. 2 Věk respondentů	28
Graf č. 3 Důvod pro operaci	30
Graf č. 4 Doba od operace	32
Graf č. 5 Váha před operací	34
Graf č. 6 Nynější váha	35
Graf č. 7 Spokojenost s váhou po operaci	37
Graf č. 8 Jak se cítí po operaci	39
Graf č. 9 Omezení po operaci	41
Graf č. 10 Spánek před a po operaci	43
Graf č. 11 Změněný život po operaci	45
Graf č. 12 Společenské aktivity	47
Graf č. 13 Koničky po operaci	49
Graf č. 14 Sebevědomí.....	50
Graf č. 15 Energie a chuť do života.....	52
Graf č. 16 Motivace k dalšímu snížení hmotnosti	53
Graf č. 17 Nejtěžší věc po operaci	55
Graf č. 18 Běžně denní činnosti	57
Graf č. 19 Péče o domácnost	59
Graf č. 20 Hygiena.....	60
Graf č. 21 Vnímání rodiny	62
Graf č. 22 Podpora rodiny.....	63
Graf č. 23 Vliv operace na práci	65
Graf č. 24 Velikost oblečení	67
Graf č. 25 Přístup k jídlu.....	68
Graf č. 26 Chutě po operaci	70

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1 Adjustabilní gastrická bandáž žaludku

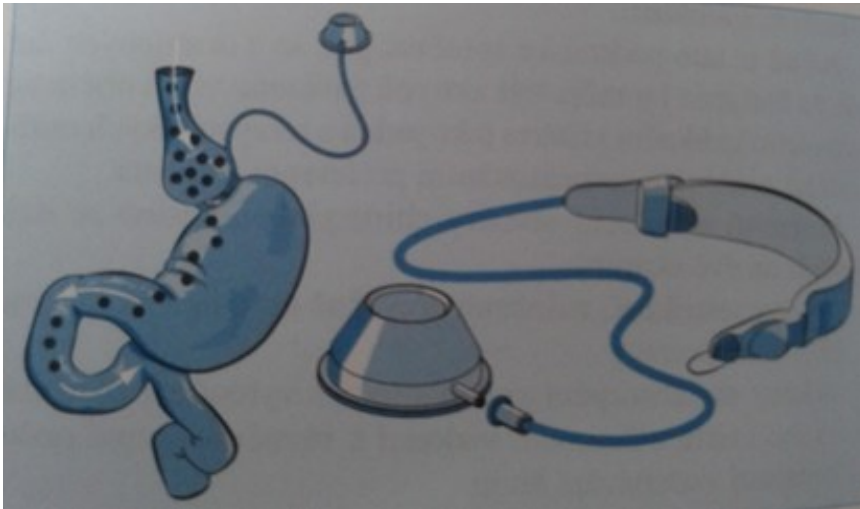
Obrázek č. 2 Laparoskopická tubulizace žaludku

Obrázek č. 3 Laparoskopická plikace žaludku

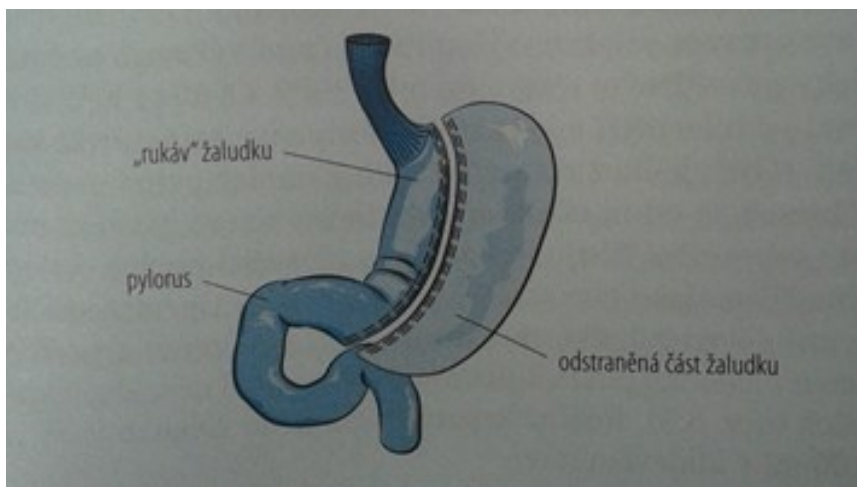
Obrázek č. 4 Laparoskopický gastrický bypass

Obrázek č. 5 Biliopankreatická diverze

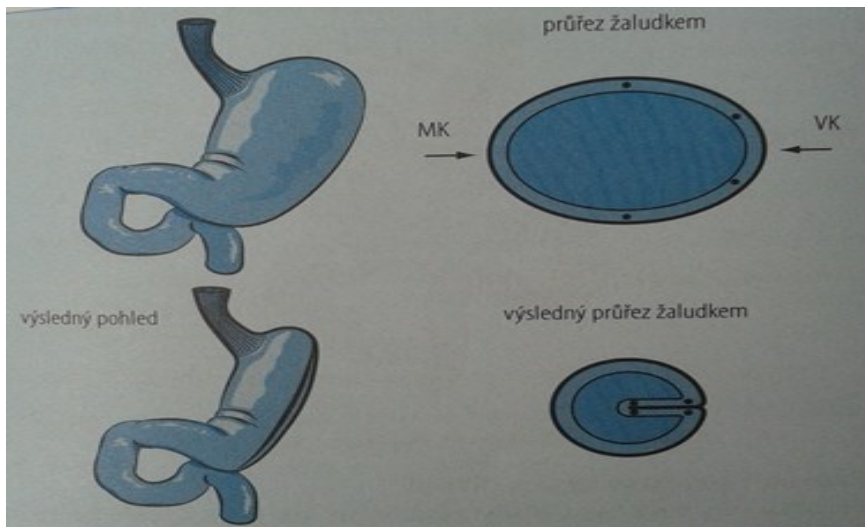
Obrázek č. 6 Pomůcka na dechovou rehabilitaci Triflo

Obrázek č. 1 Adjustabilní gastrická bandáž žaludku

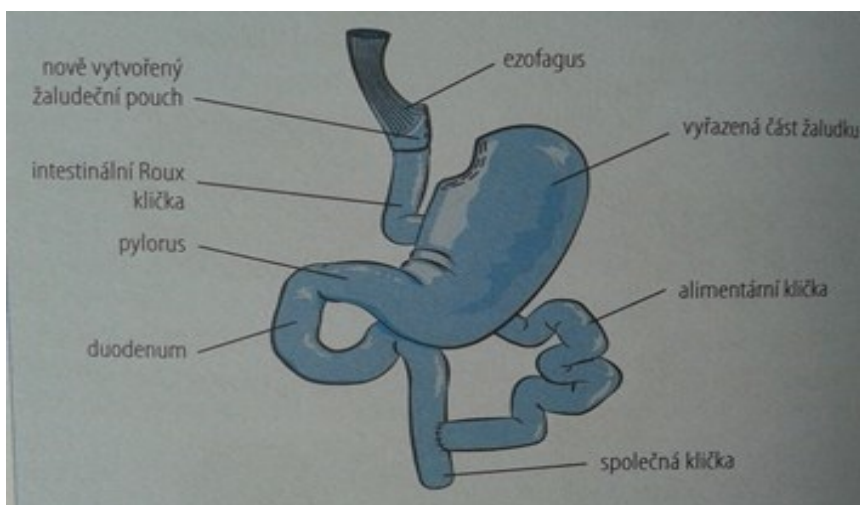
Zdroj: Owen, 2012, s. 46

Obrázek č. 2 Laparoskopická tubulizace žaludku

Zdroj: Owen, 2012, s. 47

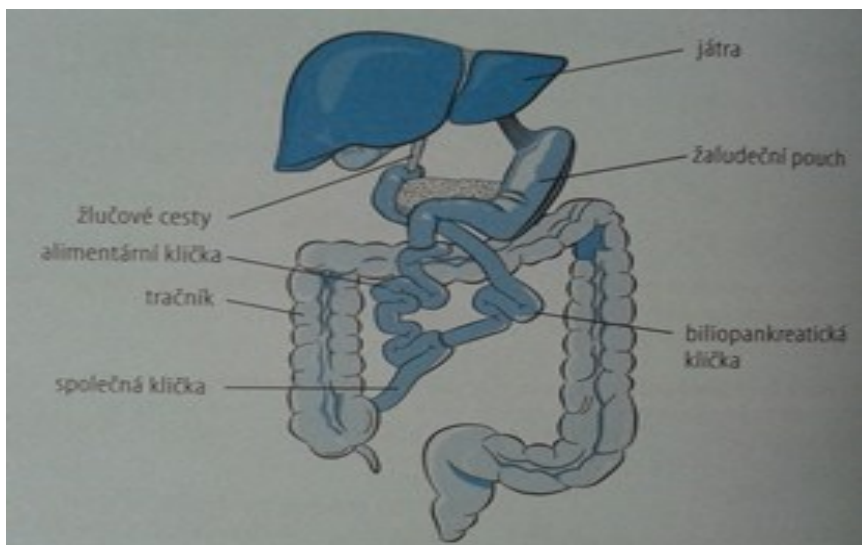
Obrázek č. 3 Laparoskopická plikace žaludku

Zdroj: Owen, 2012, s. 49

Obrázek č. 4 Laparoskopický gastrický bypass

Zdroj: Owen, 2012, s. 50

Obrázek č. 5 Biliopankreatická diverze



Zdroj: Owen, 2012, s. 52

Obrázek č. 6 Pomůcka na dechovou rehabilitaci Triflo



Zdroj: vlastní

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha PI: Dotazník

Příloah PII: Dieta u pacientů po operaci

Příloha PI: Dotazník

Vážená respondentko, vážený respondente,

jmenuji se Yvona Kováčiková, studuji na Fakultě humanitních studií UTB ve Zlíně studijní program Ošetrovatelství, studijní obor Všeobecná sestra.

V rámci ukončení studia zpracovávám bakalářskou práci se zaměřením na spokojenost pacientů po bariatrických operacích. Součástí výzkumné části mé práce je mimo jiné dotazník a já Vás chci touto cestou poprosit o jeho vyplnění. Dotazník je zcela anonymní a uvedené odpovědi budou použity pouze pro potřebu mé práce.

Prosím o vyplnění všech otázek. Pokud není uvedeno jinak, zaškrtněte jen jednu odpověď a to tu, která nejvíce odpovídá Vašemu názoru, nebo odpovědi doplňte.

Předem Vám děkuji za ochotu a spolupráci, bez Vaší pomoci bych nemohla svou práci dokončit.

Yvona Kováčiková

1. Jaké je Vaše pohlaví?

2. Kolik je Vám let?

3. Jaký byl Váš důvod pro podstoupení operace?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. Jak dlouho jste po operaci?

5. Kolik byla váha před operací?

6. Kolik vážíte nyní?

7. Jste spokojená/ý s úbytkem váhy po operaci?

Určitě ano

Spíše ano

Možná

Asi ne

Určitě ne

14. Jaké je Vaše sebevědomí po úbytku Vaší váhy?

.....
.....
.....

15. Co Vás po operaci nabíjí energii a dodává chuť do života?

.....
.....
.....

16. Co Vás motivuje k dalšímu snížení hmotnosti po operaci?

.....
.....
.....

17. Co pro Vás bylo po operaci nejtěžší? (v prvních 6 měsících od operace)

.....
.....
.....

18. Omezuje Vás něco po operaci v běžných denních činnostech? (pokud ano, tak co)

Určitě ano Spíše ano Možná Asi ne Určitě ne

.....
.....
.....

19. Jak zvládáte péči o domácnost? (u mužů i drobné opravy)

.....
.....
.....

20. Změnila se nějakým způsobem hygiena po operaci? (pokud ano, tak v čem)

Určitě ano Spíše ano Možná Asi ne Určitě ne

.....
.....
.....

21. Jak rodina vnímala Vaše rozhodnutí o podstoupení operace?

.....
.....
.....

22. Podporovala Vás rodina v období před i po operaci? (pokud ano tak jak)

Určitě ano Spíše ano Možná Asi ne Určitě ne

.....
.....
.....

23. Má nějaký vliv operace a výsledky po operaci u Vás v práci? (pokud ano tak v čem)

Určitě ano Spíše ano Možná Asi ne Určitě ne

.....
.....
.....

24. Jak vnímáte změnu Vaší velikosti oblečení?

.....
.....
.....

25. Jaký je Váš přístup k jídlu po operaci?

.....
.....
.....

26. Pokud se změnila chuť po operaci tak jak?

.....
.....
.....

27. Prostor pro Vaše vyjádření.

.....
.....
.....

Děkuji za Váš čas při vyplňování dotazníku.

Yvona Kováčiková
KovacikovaY@seznam.cz

Příloha PII: Dieta u pacientů po operaci

Stravování pro pacienty po

laparoskopické plikaci, sleeve resekci, by-passe žaludku

1. Pooperační den – po konzultaci s lékařem

- pijte pomalu po malých doušcích vodu nebo čaj
- nepijte minerální vody s bublinkami
- mezi jednotlivými doušky čekejte minutu nebo dvě
- nepijte více než 50ml naráz
- mezi pitím čekejte alespoň 10 minut

Celkový příjem tekutin ústy nesmí během prvního operačního dne přesáhnout 1/2 litru.

2. První dva týdny – strava musí být tekutá, bez viditelných kousků a zrníček, neudrží se na vidličce

- čistý vývar z masa nebo ne moc hustá krémová polévka (přecedit přes síto)
- dle individuální snášenlivosti ředěné ovocné nebo zeleninové šťávy (rajčatová, mrkvová, jablečná...)
- mixované měkké ovoce (jablko, broskev, nektarinka, banán, hruška...), ředěné dětské přesnídávky
- polotučné mléko, sušená syrovátka, ředěný bílý jogurt, neslazený jogurtový nápoj, kefir...
- ředěný tvaroh, Lučina, Duko, Žervé
- proteinové doplňky (Nutridrink, Fresubin...)

Mezi jídly pijete nápoje jako např. voda, neperlivé minerální vody, čaje aby jste doplnili potřebné tekutiny a zabránili dehydrataci (6-8 skleniček/ 1,5-2 litry denně).

Příklad jídelního lístku – tekutá strava (začínáme po lžičkách mezi jednotlivými sousty děláme krátké přestávky, velikost porce se pohybuje od 70 ml do 100 ml)

snídaně	jogurtové mléko, džus (jablečný, broskvový.)
přesnídávka	proteinový nápoj (Nutridrink, Fresubin...), ovocné pyré (jablečné, broskvové...)
oběd	krémová polévka (z mrkve, dýně, cukety ...), polotučné mléko
svačina	proteinový nápoj (Nutridrink, Fresubin...), rajčatová šťáva
večeře	krémová polévka, polotučné mléko
II. večeře	džus nebo zeleninová šťáva nebo polotučné mléko nebo jogurtové mléko...

3. Třetí a čtvrtý týden po operaci:

V dalších dvou týdnech přecházíte postupně na kašovitou šetřící úpravu stravy - mixování, strouhání, mletí po uvaření nebo dušení. Jídlo během 3. a 4. týdne by vám mělo pomoci zvyknout si na menší žaludek. Vyhněte se kořeněným jídlům, mohlo by dojít k podráždění žaludku.

- pijte 15min. před a 1/2 hod. po jídle (při jídle nepijte)
- jezte pomalu, malé porce jídla, polykejte malá sousta
- soustředte se na přijímání potravy, při jídle nedělejte nic jiného.

Sortiment:

Maso a uzeniny

- **vhodné** – netučné, libové - vepřová kýta, kotleta, kuře, krůtí maso, králík, telecí maso, jehněčí, hovězí zadní, kapr, pstruh, štika, sumec, filé, losos, tuňák...
uzeniny - s vyšším podílem masa např. šunka od kosti, debrecínská pečeně,
- **nevhodné** – maso s křupkami, šlachami, kůží, tučná masa, pikantně kořeněné uzeniny, suché salámy, paštiky, klobásy, slanina, škvarky, husa, kachna, zvěřina, tučné a kyselé ryby, sardinky, očka, kaviár, pikantní konzervy a lahůdky, jelita, jitrnice, tlačěnka, a další lahůdkářské masné výrobky...

Mléko - dle individuální snášenlivosti.

Mléčné výrobky

- **vhodné** – kysané mléčné výrobky s obsahem tuku od 3 do 5% - jogurty, kefír, acidofilní mléko, jogurtové nápoje apod., tvarohové sýry (cottage sýr, lučina) tavené sýry do 45% tuku v sušině - přírodní nebo s jemnou příchutí, polotučný tvaroh (do pomazánek, koktejlů), tofu...
- **nevhodné:** pikantní sýry, zrající a plísňové sýry, jogurty s cereáliemi, kousky ovoce nebo ořechy, pomazánky s pepřem, česnekem, cibulí, pálivou paprikou a jiným ostrým kořením, tvrdé sýry a mléčné výrobky s vysokým obsahem tuku (nad 45% tuku v sušině), smetanové jogurty nad 5% tuku, plnotučné mléko, smetana, šlehačka, čokoládové mléko, slazené kondenzované mléko...

Ovoce

- **vhodné** – nenadýmavé, dobře vyzrálé jablka, meruňky, broskve, nektarinky – bez slupky, vařené, dušené nebo strouhané, banán po malých soustech, pečlivě rozžvýkat nebo rozmixovat
- **nevhodné** – nadýmavé ovoce, s pečičkami, tvrdými slupkami, kyselé ovoce, tuhé vláknité druhy – třešně, višně, hrozny, hrušky, pomeranče, grepy, ananas, kiwi, fíky, datle, sušené ovoce, všechny druhy oříšků, mák....

Zelenina:

- **vhodná** – tepelně upravená, mixovaná - mrkve, špenát, cuketa, dýně, v menší dávce cereál a petržel, rajče (bez slupek a zrníček),
- **nevhodná** – syrová zelenina, konzervovaná zelenina, tuhá a vláknitá zelenina která by mohla způsobit nadýmání – chřest, brokolice, pórek, zelí, kapusta, zelená fazolka, zelený hrášek, květák, kedlubna, reveň, ředkvička, rebarbora, cibule, česnek, kopr, luštěniny,...

Tuky

- **vhodné** - máslo, rostlinné oleje (olivový, řepkový, slunečnicový) a rostlinné tuky (Rama, Perla, Alfa, Flora)...
- **nevhodné** - přepálené oleje, palmové oleje, sádlo.....

Pečivo a chléb

- **vhodné** - veka, bílý toustový chleba, knäckebrot, chleba
- **nevhodné** - čerstvé (teplé) kynuté pečivo, tučná těsta – linecké, listové, celozrnné pečivo a chléb, smažené těsto (koblihy, langoše...), rohlíky, ovesné vločky, müsli.

Vejce – přidat do pokrmů (ne smažené), Šmakoun

Nápoje

- **vhodné** neslazené neperlivé nápoje, neperlivé minerální vody, různé druhy čajů, ředěné ovocné nebo zeleninové šťávy, bílá káva
- **nevhodné** perlivé a slazené nápoje, alkohol, káva, silný čaj, 100% džusy

Koření:

- **vhodné** – bylinky – tymián, badyán, oregano, rozmarýn, majoránka, bazalka, vegeta, drcený kmín, petrželka, pažitka, libeček, sladká paprika, vanilka
- **nevhodné** – chilli, feferonky, celý kmín, pepř, pálivá paprika, magi, sojová omáčka, worchester,...

Přílohy:

- **vhodné** – bramborové kaše s polotučným mlékem
- **nevhodné** – těstoviny, rýže, knedlíky, hranolky, smažené brambory...

Polévky:

- **vhodné** - vývar z hovězího masa, krémové polévky (špenátová, rajčatová, dýňová, mrkvová ...), vaječná polévka, polévky s mlékem
- **nevhodné** - vše ostatní

Cukry a další:

- **vhodné** - želé, pudinky bez cukru, zmražené jogurty bez cukru
- **nevhodné** - vše ostatní

Technologické postupy

- **vhodné** - vaření, dušení, pečení bez tuku a kůrky (v páře, v alobalu), opékání na teflonu bez tuku.
- **nevhodné** - smažení, fritování, grilování, nedostatečná tepelná úprava.

Omáčky, šťávy, polévky je třeba zahustit až na konci tepelné úpravy moukou rozmíchanou ve vodě nebo mléce, nasucho opraženou moukou, bešamelem, škrobem (Solamyl, Maizena), syrovou bramborou nebo pasírovanou zeleninou. Mouku i syrovou bramboru je třeba cca 10 minut provařit. Nevhodné je použití jíšky.

Tuk, máslo nebo olej se přidává jako poslední, v závěru úpravy, po zahuštění.

Příklad jídelního lístku – kašovitá strava (velikost porce se pohybuje od 100 ml do 150 ml).

snídaně	mléko nebo bílá káva 100 ml poté 1plátek toustového chleba 5 g rostlinný tuk (1 kávová lžička) 50 g bílkovinná potravina (Lučina, Duko, Cottage sýr, šunka...)
přesnídávka	150 ml ovocné pyré nebo rozmačkaný banán
polévka	150 ml krémová polévka (z dýně, cukety, špenátu ...)
oběd	50 g mleté maso (3 polévkové lžíce) 40 g mletá nebo mixovaná zelenina (2 polévkové lžíce) 60 g bramborová kaše (2 polévkové lžíce)
svačina	150 ml jogurt (jogurtový nápoj, proteinový nápoj, ovocný tvaroh ...)
večeře	50 g mleté maso nebo tvarohový sýr, šlehaný tvaroh, Cottage sýr, tofu... 40 g mletá nebo mixovaná zelenina 60 g bramborová kaše nebo pečivo
II. večeře	80 g sýr cottage (4 polévkové lžíce) nebo tvaroh, žervé, lučina... 70 g ovocné pyré (4 polévkové lžíce)

4. 5 týden po operaci

Pozvolný přechod na lehce rozmělnitelnou stravu, rozmačkávat vidličkou, udržovat malé porce jídla, polykat malá sousta.

5. Po 6 týdnech

Přejít na normální – racionální, nedráždivou stravu.

Příklad jídelního lístku

snídaně	grahamový rohlík (40 g), Žervé s bylinkami (50 g), máslo (5 g), ředkvičky (55 g)
přesnídávka	banán (120 g)
polévka	polévka brokolicevá (100 ml)
oběd	kuře zapečené se smetanou (70 g), br. kaše (50 g), rajčatový salát (30 g)
svačina	jogurtové mléko (120 ml), knäckebröt (30 g)
večeře	žitný chléb (40 g), debrecínská pečeně (40 g), vejce (25 g), máslo (5 g), okurek (40 g)
II. večeře	jahodový koktejl (150 ml)

snídaně	chleba (40 g), máslo (5 g), Cottage sýr (50 g), mrkvový salát (55 g)
přesnídávka	broskvový kompot (150 g)
polévka	polévka vločková (100 ml)
oběd	rizoto s drůbežím masem (110 g), sýr eidam (15 g), okurkový salát (25 g)
svačina	tvarohový dezert (120 g), grahamový rohlík (30 g)
večeře	vepřová pečeně (50 g), brambory (50 g), špenát (50 g)
II. večeře	jablko (150 g)

snídaně	celozrnná bageta (40 g) se sýrovou pomazánkou (50 g) a zeleninou (čínské zelí 20 g, rajče 40 g)
přesnídávka	kiwi (150 g)
polévka	hovězí vývar s vejcem (100 ml)
oběd	hovězí maso (50 g), míchaná zelenina (50 g), brambory (50 g)
svačina	knäckebrot s vlákninou (30 g), šunka (50 g), okurek (70 g)
večeře	vepřová panenka na pórku (70 g), těstoviny (50 g), hlávkový salát (30 g)
II. večeře	jogurt s ovocem 150 g

Obecná doporučení:

1. Denní příjem potravy rozdělte do cca 6-7 malých dávek.
2. Jezte pomalu a jídlo žvýkejte do kašovitě konzistence (15-20x každé sousto).
3. Přestaňte jíst a pít před tím než budete mít plný žaludek.
4. Jezte jen kvalitní jídla.
5. Pijte nízkokalorické tekutiny.
6. Pijte dostatečné množství (přibližně 2-3 litry denně).
7. Pijte po každém jídle.
8. Cvičte opatrně a nezačínajte dříve než 2 týdny po operaci.
9. Vhodným doplňkem jsou multivitamíny a minerály, zejména během fáze rychlého hubnutí.

Zdroj: Vlastní