

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI**

**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2015**

**Monika Bednářová**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B 5341

**Monika Bednářová**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**PROBLEMATIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE  
U PACIENTŮ S MONSTRÓZNÍ OBEZITOU**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Bursíková

PLZEŇ 2015

Zde bude zadání bakalářské práce s razítkem a podpisem děkana.

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

V Plzni dne

.....

Vlastnoruční podpis

**Poděkování:**

Děkuji Mgr. Jaroslavě Bursíkové za odborné vedení práce, poskytování cenných rad, materiálních podkladů a velmi příjemnou spolupráci. Dále děkuji své rodině za pochopení, trpělivost a velkou podporu při studiu.

## **Anotace**

Příjmení a jméno: Bednářová Monika

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Problematika ošetrovatelské péče u pacientů s monstrózní obezitou

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Bursíková

Počet číslovaných stran: 67

Počet nečíslovaných stran: 25

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 37

Klíčová slova: obezita - monstrózní obezita - komplikace obezity - ošetrovatelská péče o obézní pacienty - psychika obézních pacientů

### **Souhrn:**

Bakalářská práce se zabývá problematikou ošetrovatelské péče u pacientů s monstrózní obezitou. Teoretická část je věnována popisu obezity, jejích komplikací a možnostech prevence a léčby. Dále je zaměřena na ošetrovatelskou péči, pomůcky pro obézní a na rizika spojená s ošetrováním monstrózně obézních pacientů. Praktická část poskytuje informace o subjektivních pocitech obézních pacientů během hospitalizace a zkušenostech zdravotnických pracovníků souvisejících s poskytováním ošetrovatelské péče těmto pacientům.

## **Annotation**

Surname and name: Bednářová Monika

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: The issue of nursing care for patients with monstrous obesity

Consultant: Mgr. Jaroslava Bursíková

Number of numbered pages: 67

Number of unnumbered pages: 25

Number of appendices: 5

Number of literature items used: 37

Key words: obesity - monstrous obesity - complications of obesity - nursing care for obese patients - psyche obese patients

### Summary:

The thesis presents some problems of the nursing care for the patients with monstrous obesity. The theoretical part gives the description of obesity, its complications, possibilities of the obesity prevention and treatment. It is focus on the nursing care, utensils for the obese patients and risks joint the treatment of monstrous obese people. The practical part involves the information about the obese patients' subjective feelings during the hospitalization and the health workers' experience resulted from the obesity treatment.

# OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST .....	10
1 OBEZITA .....	10
1.1 Pohled na obezitu v historii lidstva.....	10
1.2 Klasifikace obezity .....	11
1.3 Formy obezity .....	12
1.4 Primární osobnost a psychodynamika obézních.....	13
1.5 Prevalence obezity v různých částech světa .....	13
2 ETIOPATOGENEZE OBEZITY .....	15
2.1 Energetická bilance.....	15
2.2 Regulace energetické rovnováhy .....	17
2.3 Role genetických faktorů v etiopatogenezi obezity .....	17
2.4 Predisponující faktory ke vzniku obezity .....	18
3 PREVENCE OBEZITY .....	20
4 KLINICKÉ VYŠETŘENÍ OBÉZNIHO PACIENTA.....	21
4.1 Anamnéza .....	21
4.2 Fyzikální vyšetření.....	21
4.3 Laboratorní vyšetření .....	22
4.4 Vyšetření složení těla, antropometrické metody.....	22
5 KOMPLIKACE OBEZITY .....	23
6 ŽIVOTNÍ STYL A KVALITA ŽIVOTA OBÉZNIH PACIENTŮ .....	29
7 LÉČBA OBEZITY .....	31
8 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE.....	33
8.1 Ošetrovatelská péče při monstrózní obezitě .....	33
8.1.1 Pomůcky k ošetřování obézních .....	34
8.1.2 Přeprava monstrózně obézních.....	35
8.1.3 Centra pro obézní.....	36
8.2 Komunikace s obézními.....	36
8.3 Rizika pro zdravotníky spojená s ošetřováním obézních.....	37
PRAKTICKÁ ČÁST .....	39



9	FORMULACE PROBLÉMU .....	39
10	CÍL VÝZKUMU .....	40
10.1	Dílčí cíle .....	40
11	VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	41
12	DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY .....	42
13	CHARAKTERISTIKA SOUBORU A VÝBĚR PŘÍPADU .....	43
14	ORGANIZACE VÝZKUMU A ZPŮSOB ZÍSKÁVÁNÍ INFORMACÍ .....	44
15	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ .....	45
15.1	Rozhovor se všeobecným ošetřovatelem a pacientkou z ARO .....	45
15.1.1	Všeobecný ošetřovatel .....	45
15.1.2	Pacientka .....	48
15.2	Rozhovor se všeobecnou sestrou a pacientem z Neurologické kliniky .....	52
15.2.1	Všeobecná sestra .....	52
15.2.2	Pacient .....	55
16	ANALÝZA ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ .....	59
17	DISKUZE .....	61
	ZÁVĚR .....	67
	SEZNAM ZDROJŮ .....	68
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK .....	71
	SEZNAM TABULEK .....	72
	SEZNAM OBRÁZKŮ .....	73
	SEZNAM PŘÍLOH .....	74

# ÚVOD

Obezita. V současné době stále více skloňované slovo. Je to závažné metabolické a život ohrožující onemocnění, které je charakterizováno zvýšeným ukládáním tělesného tuku v organismu. Výskyt obezity velmi rychle narůstá v celosvětovém měřítku. Odborníky je označována za pandemii 3. tisíciletí, která představuje jeden z nejzávažnějších zdravotních problémů současnosti.

Obezita je spojena s velkým množstvím přidružených onemocnění a komplikací. Tyto se týkají jak samotného obézního jedince, tak i okolí, kam spadá rodina, zdravotnický personál a další, kteří o něj pečují. Obézní jedinec je ohrožen komplikacemi nejen po stránce tělesné, ale i komplikacemi po stránce psychické.

Hospitalizace monstrózně obézního pacienta je náročná nejen pro něj samotného, ale i pro ošetřující personál. Materiální a personální vybavení lůžkových oddělení je často nedostatečné, což může být důvodem zhoršené kvality ošetrovatelské péče a vzniku nežádoucích událostí, a tím prodloužení hospitalizace takového klienta. Vše, co se týká ošetřování monstrózně obézních pacientů, je velkým problémem. Od transportu sanitním vozem, přes vyšetření, hospitalizaci, invazivní výkony až po polohování nebo rehabilitaci. I diagnostika extrémně obézních pacientů je značně ztížena, což s sebou nese zvýšené riziko určení nesprávné diagnózy a tedy i léčby.

Veškerá manipulace s extrémně obézním pacientem s sebou přináší úskalí, kterým se zdravotník, většinou za nevyhovujících podmínek, musí postavit čelem. Zdravotnická zařízení nemají dostatek prostředků na to, aby mohla pořizovat drahá lůžka, vyšetřovací přístroje, polohovací pomůcky atd. potřebné k péči o pacienty vysoké hmotnosti. Nehledě na to, že ošetřování těchto jedinců a manipulace s nimi je velká zátěž pro zdravotnický personál, který je tak vystaven riziku poškození svého zdraví.

Podnětem k bakalářské práci byl narůstající počet hospitalizací monstrózně obézních pacientů, jejichž hmotnost často převyšuje i 200 kg.

Práce je zaměřena na ošetrovatelskou péči o monstrózně obézní jedince, a jejím cílem je zmapovat problematiku této péče v rámci hospitalizace a porovnat je z pohledu zdravotníků i samotných pacientů.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 OBEZITA

V dnešní době již není obezita chápána pouze jako překážka atraktivního vzhledu či společenského postavení, ale jedná se o civilizační chorobu celosvětového měřítka. Nadváha a obezita jsou obrovským celosvětovým zdravotním problémem, který dosahuje rozměrů epidemie. Dle statistik Světové zdravotnické organizace (WHO) žije v současné době na světě více než 1 miliarda lidí s nadváhou a více než 300 miliónů je klinicky obézních. (18)

Slovo obezita odvozujeme z latinského „obesus“, což znamená dobře živený, tučný. Obezita neznamena nadměrnou hmotnost, ale je definována jako nadměrné zmnožení tukové tkáně v organismu a je důsledkem vlivu současných životních podmínek, životního prostředí a životního stylu, kdy velmi často převažuje pozitivní energetická bilance. Svou roli zde hraje i pokles pohybové aktivity a genetická predispozice jedince. (2)

### 1.1 Pohled na obezitu v historii lidstva

Obezita je v současné době nejčastějším metabolickým onemocněním v důsledku životních podmínek a životního stylu, jež vyústil v pozitivní energetickou bilanci. V minulosti byl člověk vystaven spíše podvýživě a hladovění, protože se více potýkal s nedostatkem než nadbytkem. Vůbec to ale neznamena, že se obezita v té době nevyskytovala. Obezita provází lidstvo již od dávných dob. Důkazy o obezitě v minulosti přináší umění – sochy, obrazy, atd. Na mnoha místech na světě se nachází nálezy sošek Venuše. Ty většinou zobrazují gynoidní či abdominální obezitu s velkým poprsím jako symbol plodnosti a hojnosti. Obezita se vyskytovala už ve starověkém Egyptě, a to hlavně u faraónů, jejichž mumie byly podrobeny rozboru kožních řas. Ve starověké čínské medicíně má své kořeny používání akupunktury v léčbě otylosti. Z té vychází i tibetská medicína, která poukazuje na přejídání jako příčinu chorob a zkracování života. Lékařské autority ve starém Řecku a Římě poukazují na zdravotní rizika obezity a je propagován zdravý životní styl. Hippokrates poukazuje na to, že náhlá smrt postihne častěji osoby otlé

než s přiměřenou hmotností. Vůdčí osobnost medicíny ve starém Římě Galén dělí obezitu na přiměřenou a morbidní a léčí ji větším množstvím jídla malé kalorické hodnoty, během, masážemi a koupelemi. Oproti tomu Hippokrates doporučuje na léčbu obezity namáhavou práci před jídlem.

I ve středověku bohatí feudálové holdují jídlu a pití, což spolu s nedostatkem pohybu napomáhá rozvoji obezity a jejích komplikací. V době baroka jsou za ideál krásy považovány rovněž zaoblené tvary lidského těla. Jak na obrazech, sochách i v literatuře se otlý muž stává symbolem moci, úspěšnosti a blahobytu. Ale i přesto se poukazuje na to, že obezita krátí lidský život. Nový pohled na obezitu přináší medicína v 18. a 19. století. Thomas Short se zabývá příčinami vzniku obezity a klade důraz na to, že obézní jedinec nese zodpovědnost za své „hříchy“, kterými jsou nezřízené holdování jídlu a pití, mnoho spánku a lenošení. Obezita je podle Shorta nejen nezdravá, ale i amorální, protože dokazuje neschopnost sebekontroly obézních. Short zdůrazňuje význam chování jedince na vznik, předcházení a léčbu obezity, což odpovídá dnešnímu pojetí behaviorální léčby otylosti. (3)

## 1.2 Klasifikace obezity

Stupeň obezity se v praxi nejčastěji hodnotí tzv. indexem tělesné hmotnosti (Body mass index – BMI). BMI se zjišťuje jako podíl tělesné hmotnosti a druhé mocniny tělesné výšky v metrech:

$$\text{BMI} = \text{hmotnost v kg} / (\text{výška v m})^2$$

U dospělých nad 18 let je obezita klasifikována jako  $\text{BMI} \geq 30 \text{ kg} / \text{m}^2$ . Mnoho lidí s nadváhou se v průběhu svého života dopracují až k obezitě.

Klasifikace obezity podle BMI však nezohledňuje celou řadu aspektů. Množství svalové hmoty a celková tělesná konstituce může BMI zásadním způsobem ovlivnit. Hlavně muži s vyšším obsahem svalové hmoty se tak snadno mohou dostat do pásma nadváhy či obezity, přestože obsah jejich tukové tkáně může být zcela normální. (2)

**Tabulka 1 - Kategorie BMI a zdravotní rizika**

BMI (kg/m <sup>2</sup> )	Kategorie podle WHO	Zdravotní rizika
< 18,5	Podváha	Poruchy příjmu potravy (anorexie)
18,5 - 24,9	Normální váha	Minimální
25,0 - 29,9	Nadváha	Lehce zvýšená Zvýšená
30,0 - 34,9	Obezita stupeň I	Středně vysoká
35,0 - 39,9	Obezita stupeň II	Vysoká
≥ 40	Obezita stupeň III	Velmi vysoká

Zdroj: vlastní

### 1.3 Formy obezity

V organismu rozeznáváme dva základní typy tukové tkáně – tukovou tkáň podkožní (subkutánní) a tukovou tkáň nitrobřišní (viscerální). Podkožní tuková tkáň tvoří 70-80% celkové tukové tkáně v organismu, oproti tomu nitrobřišní tuková tkáň je 20-30% celkového tuku. Tato je však metabolicky více aktivnější. Její produkty se portální žílou dostávají do jater, kde výrazně ovlivňují řadu metabolických dějů. A to je právě důvod, proč hromadění viscerální tukové tkáně představuje daleko větší riziko v souvislosti s metabolickými a kardiovaskuárními komplikacemi.

Na základě rozložení tukové tkáně podkožní či nitrobřišní rozlišujeme dva typy obezity. Gynoidní (nahromadění tukové tkáně v oblasti hýždí a stehen) a androidní (nahromadění nitrobřišního tuku). Gynoidní typ je častější u žen a z hlediska výskytu metabolických komplikací je méně nebezpečný. Oproti tomu androidní neboli centrální obezita je úzce spjata s vysokým rizikem metabolických a kardiovaskulárních onemocnění. Množství nitrobřišního tuku lze celkem přesně posoudit podle obvodu pasu, s nímž pozitivně koreluje. Podle posledního konsensu Mezinárodní diabetické federace je centrální obezita definována u Evropanů obvodem pasu 94 cm u mužů a 80 cm u netěhotných žen. Zvětšení obvodu pasu nad tuto hranici výrazně zvyšuje riziko metabolických komplikací obezity, a to i tehdy, pokud BMI zůstává v mezích normální váhy či nadváhy. (2)

## 1.4 Primární osobnost a psychodynamika obézních

Obézní lidé často pocházejí z rodin a žijí v manželství, kde se mnohé točí kolem vaření a jídla. To je v těchto vztazích hlavním rysem pro láskyplnou péči. Pouze při společném stolování vzniká vřelý emocionální vztah. Láska prochází žaludkem. Poměrná část pacientů má narušený příjem potravy. Mají pocit, že musí sníst vše, co jim bylo nabídnuto. Nikoli hlad, ale oči a chuť určují množství potravy, které přijmou. U těchto lidí se nedostavuje pocit nasycení, proto nejsou schopni rozlišovat mezi hladem a sytostí.

Pro určitou skupinu lidí s obezitou je jídlo jako náhrada za chybějící mateřskou lásku a slouží jako obrana a prostředek pro vyrovnání se s úzkostnými až depresivními pocity. Jídlo má zde význam náhradního uspokojení. Zvýšený přísun potravy může sloužit také jako náhrada v situacích osamělosti. Jídlo se stává symbolem lásky, bezpečí a odškodnění za utrpěné zklamání. Zlobu, která vyplývá z toho zklamání či bolesti, nesměřují tito lidé proti ostatním, ale proti sobě samým. Narušený příjem potravy zde funguje jako sebedestruktivní aspekt. Člověk se chce „ujíst“ k smrti. U některých pacientů slouží jídlo k potlačení sexuálních obav či přání. Obezitou se muži i ženy většinou stávají neatraktivní pro svoje pohlavní partnery. (7)

## 1.5 Prevalence obezity v různých částech světa

Výskyt obezity celosvětově stoupá jak v rozvinutých, tak i v rozvojových zemích. Od konce minulého století se v řadě evropských zemí více než ztrojnásobila. Je důležité podotknout, že v současné době trpí nadváhou ( $BMI \geq 25$ ) více než polovina dospělé populace v mnoha zemích Evropy i Spojených států amerických (USA). Tento fakt je velmi alarmující.

Zdravotní komplikace, které obezita způsobuje, přispívají spolu se společenskou diskriminací ke zhoršené kvalitě života obézních lidí. Obezita se vyskytuje v téměř všech společenských vrstvách obyvatelstva a v posledních letech postihuje stále mladší jedince. Na základě těchto statistik prohlásila Světová zdravotnická organizace (WHO) obezitu za pandemii 21. století.

### **Výskyt obezity v Evropě**

V Evropě se v současnosti vyskytuje obezita v průměru u 10-20% mužů a 15-25% žen. Vzhledem k tomu, že v Evropě žije přibližně 700 miliónů obyvatel, tak více než 140 miliónů Evropanů trpí různým stupněm obezity. (2) V evropských zemích s vyšší ekonomickou úrovní, jako je Německo, Švýcarsko, Francie, Itálie atd., je nejvíce akcentován výskyt dětské obezity. Obezita ale přibývá i v těch částech Evropy, kde se za poslední desetiletí změnila ekonomická, sociální, kulturní a politická situace. (8)

### **Prevalence v České republice**

V České republice trpí nadváhou více než polovina dospělé populace, a každý pátý dospělý Čech je obézní. Podle posledních výsledků průzkumu Všeobecné zdravotní pojišťovny zveřejněných v lednu 2011, je v České republice 55% lidí s nadváhou nebo obezitou. V posledních letech se tento počet ustálil. Obezita se vyskytuje nejčastěji u venkovských obyvatel, kde jejich počet dosahuje 26%. Nejvíce lidí s nadváhou je v malých městech do dvou tisíc obyvatel, a naopak ve velkých městech převládá nejvíce lidí s podváhou (především mladí lidé do 19 let). (2)

V české republice je již více lidí s nadváhou a obezitou než s ideální váhou v celkovém poměru 55% : 45%.

### **Výskyt obezity v USA**

Jak bylo již zmíněno, nadváha a obezita u dětí i dospělých jedinců je největší v zemích s nejvyšší ekonomickou úrovní, hlavně na severoamerickém kontinentu. V USA dosahuje výskyt nadváhy a obezity více než 50%. Tyto hodnoty se nadále neustále zvyšují. Řada studií dokazuje, že se situace stále zhoršuje i u dětí. Nadváhou a obezitou zde trpí více jak 30% dětí. Dlouhodobé studie poukazují na zvyšování hmotnosti a častější výskyt obezity a upozorňují na nebezpečí obezity už v raném dětství, a tím pádem i snadnějšímu rozvoji obezity v dospělém věku, a tím i k ohrožení zdraví.

Statistiky též ukazují, že výskyt obezity je v USA větší u dětí ze sociálně slabších rodin s nižší kvalifikací a vzděláním, a také u afroamerických nebo hispánských dětí. Nadměrné ukládání tuku je u nich způsobeno především nevhodnou stravou (většinou nejlevnější) a také malou účastí v organizovaných tělovýchovných aktivitách. (8)

## 2 ETIOPATOGENEZE OBEZITY

Etiopatogeneze obezity je velmi složitá a zahrnuje vždy kombinaci celé řady příčin a faktorů. Větší podíl případů obezity vzniká jako důsledek pozitivní energetické bilance, kdy energetický příjem převyšuje energetický výdej, a tím dochází k pozvolnému nárůstu hmotnosti. Existují i další faktory, které mohou vést ke skokovému zvýšení hmotnosti. U žen hmotnost nejčastěji stoupá po porodu a v období menopauzy a u mužů po zanechání aktivního sportu nebo kouření. (2)

### 2.1 Energetická bilance

#### **Energetický příjem**

##### *Tuky*

Na zvýšeném energetickém příjmu má největší podíl zvýšená konzumace tuků. Jejich podíl by měl činit 30% celkového energetického příjmu. Skutečnost je však jiná. V současnosti je jejich zastoupení ve stravě 36-38%, u venkovských obyvatel či starších lidí dokonce přes 40%. Veškerý nadbytečný příjem energie ve formě tuků je přeměněn na tukové zásoby.

##### *Sacharidy*

Sacharidy na rozdíl od tuků nehrají podstatnou roli při rozvoji obezity. Při jejich zvýšeném příjmu dochází k adaptačnímu zvýšení jejich spalování dokonce až na dvojnásobek. Teprve až při dlouhodobé nadměrné konzumaci sacharidů je začne organismus přeměňovat na zásobní tuk, a to ještě jen ze  $\frac{3}{4}$ . Konzumace sacharidů aktivuje sympatický nervový systém, a dochází tím k vzestupu energetického výdeje. Z hlediska vzniku obezity se sacharidy rozdílně uplatňují v závislosti na výši glykemického indexu. Potraviny s nízkým glykemickým indexem vedou k prodlouženému pocitu nasycení. (3)

##### *Bílkoviny*

Na vzniku obezity v dospělosti se zvýšený příjem bílkovin téměř nepodílí. Bílkoviny mají největší sytící schopnost ze všech složek potravy. Výskyt obezity při nadměrné konzumaci bílkovin není důsledek konzumace bílkovin jako takových, ale podílí se na něm současný nadměrný přísun živočišných tuků. Možnost ukládat bílkoviny v organismu je na rozdíl od tuků omezená.



### *Vláknina*

Vláknina díky své bobtnavosti navozuje pocit sytosti, a tím snižuje energetický obsah potravy. Rozpustná vláknina, která je obsažená v ovoci a zelenině (např. pektin) příznivě ovlivňuje metabolismus lipidů i sacharidů. Nedostatek vlákniny ve stravě se může podílet na rozvoji obezity.

### *Alkohol*

Alkohol má vysokou energetickou denzitu a jeho zvýšená konzumace se může podílet na vzniku obezity, a to hlavně na hromadění rizikového útrobního tuku. (3)

### **Frekvence příjmu potravy a obezita**

Studiem pacientů s těžkou obezitou se zjistilo, že většina těchto lidí vynechává ranní a polední jídlo a největší část denního příjmu konzumují v odpoledních a večerních hodinách. Nízká frekvence příjmu potravy zapříčiní v organismu energetickou úspornost, a ta pak předchází rozvoji obezity. (3)

### **Energetický výdej**

Celkový energetický výdej se skládá z klidového energetického výdeje, postprandiální termogeneze a z energetického výdeje, který vzniká při pohybové aktivitě. Ke zvýšení energetického výdeje dochází při kouření či konzumaci nápojů s obsahem kofeinu.

Klidový energetický výdej tvoří podstatnou část energetického výdeje, a to 55-70% a slouží k zajištění základních životních funkcí organismu a k udržování tělesné teploty.

Dietou navozená termogeneze neboli postprandiální termogeneze, je spojena s trávením, vstřebáváním a metabolismem živin po požití stravy, a též s aktivací sympatického nervového systému po jídle. Podíl postprandiální termogeneze je 8-12% celkového energetického výdeje. Na výši klidového energetického výdeje a postprandiální termogeneze se významně podílí genetické faktory.

Energetický výdej při pohybové aktivitě představuje 20-40% celkového energetického výdeje. Spontánní pohybová aktivita je taktéž předurčena geneticky. Tuto složku energetického výdeje významně ovlivňují sociokulturní vlivy, a právě v souvislosti s jejím poklesem dochází k nárůstu prevalence obezity. (3)

## **2.2 Regulace energetické rovnováhy**

Regulace energetické rovnováhy je komplexní děj ovlivněný mechanickými signály z gastrointestinálního traktu, nutričními signály, které odráží příjem základních živin, termogenními signály, poskytujícími údaje o vnitřní a zevní teplotě a neurohumorálními signály, které se zapojují do regulace v hypothalamu. Integrovanou úlohu hypothalamu v řízení energetické rovnováhy významným způsobem ovlivňuje i přímá signalizace o stavu tukových energetických zásob zprostředkovaná leptinem. Ve ventromediálním hypothalamu je centrum sytosti, oproti tomu v laterálním hypothalamu je centrum hladu. K vzestupu váhy a následně k obezitě dochází při destrukci ventromediálního hypothalamu, anebo při stimulaci laterálního hypothalamu.

Určitou roli při zvyšování tukových zásob u obézních jedinců sehrává i podmíněně reflexní zvýšení sekrece hormonu inzulínu při odpovědi na zrakové a čichové podněty po předložení jídla. (3)

## **2.3 Role genetických faktorů v etiopatogenezi obezity**

Obezita je výsledkem společného působení vlivů prostředí a genetických faktorů, které regulují tělesnou hmotnost tím, že ovlivňují energetický příjem a výdej. Genetická predispozice byla zdokumentována na studiích dvojčat, adoptivních dětí a obézních rodin. Genetické faktory též předurčují, jak bude jedinec reagovat na vlivy prostředí, např. o kolik kilogramů sníží hmotnost při redukční intervenci. Byli identifikováni geneticky zatížení jednotlivci, kteří ve stejném prostředí inklinovali k většímu nárůstu hmotnosti než jedinci bez této genetické predispozice. Znamená to, že obezita jako onemocnění vznikající na podkladě genetických poruch, se manifestuje nezávisle na prostředí a je výsledkem chromosomálních anomálií či mutací jednotlivých genů. Řadíme sem mendelovsky děděné syndromy, u kterých se v klinickém obraze vyskytuje kromě obezity i mentální retardace, dysmorfie a vrozené vývojové vady různých orgánů. Mezi nejčastější patří syndromy Pradera-Williho a Bardeta-Biedla, u jejichž nositelů je typická hyperfagie. (8)

Existuje řada vzácných případů obezity způsobených mutacemi genů, které ovlivňují energetickou bilanci, a které se též vyskytují nezávisle na prostředí. Jde o monogenní formy obezity, a jejich objevení značnou mírou přispívá k identifikaci dosud

neznámých patofyziologických procesů v řízení energetické bilance na úrovni centrálního nervového systému. Vyznačují se vznikem obezity v časném stadiu vývoje. Nejčastější příčinou obezity tohoto typu je mutace melanokortinového receptoru 4. typu, která se vyskytuje až u 6% všech případů těžké obezity vzniklé v raném věku.

Častěji se vyskytuje polygenní forma obezity, na které se podílí několik genových variant v interakci s prostředím. Tyto geny a jejich varianty působí na regulaci energetického příjmu, jídelního chování i energetického výdeje a se současným působením prostředí ovlivňují energetickou bilanci, a tím tělesnou hmotnost. Každým rokem vychází nová genová mapa lidské obezity, která shrnuje všechny dosavadní genetické poznatky týkající se obezity.

U jedinců, kde vznikla těžká obezita již v raném dětství, a zároveň je spojena s dalšími vrozenými vadami, se musí pomýšlet na geneticky podmíněné syndromy spojené s obezitou. V případech, kdy je jedinec monstrózně obézní též od útlého věku, ale nevyskytují se u něj další anomálie, se nesmí opomenout to, že by se mohlo jednat o případy monogenně podmíněných obezit. Konečnou diagnózu u geneticky podmíněných onemocnění stanoví vždy až genetická analýza DNA (deoxyribonukleové kyseliny) z krve vyšetřovaného jedince. (8)

## **2.4 Predisponující faktory ke vzniku obezity**

Na faktory, které předurčují u jedince vznik obezity, by se mělo pohlížet při klinickém vyšetření pacienta. Patří sem pozitivní rodinná anamnéza obezity, anamnéza kolísání hmotnosti (jo-jo efekt), socioekonomické postavení jedince (nižší vzdělání, podprůměrný příjem, v ČR venkovská populace), psychické poruchy (stres, úzkost, deprese) a riziková období pro vznik obezity. (3)

### **Riziková období pro vznik obezity**

- prenatální období (podvýživa plodu během nitroděložního vývoje znamená rizikový faktor pro vznik viscerální obezity v pozdějším věku)
- období dospívání, hlavně u dívek (asi 30% 36letých žen udává rozvoj obezity v období adolescence, oproti tomu 10% mužů v tomto věku přiznává počátek své obezity do období dospívání)

- období těhotenství a kojení
- období menopauzy
- období dospělosti (změny jídelních a pohybových návyků: nástup do zaměstnání či jeho změna, založení rodiny, ukončení aktivní sportovní činnosti, rodinné či pracovní problémy, chronické onemocnění, úrazy, odchod do důchodu)
- období po ukončení kouření
- období užívání léků, které mohou ovlivňovat tělesnou hmotnost (patří sem antidiabetika, tyreostatika, antidepressiva, antiepileptika, antihistaminika, beta-blokátory, glukokortikoidy, estrogeny a další) (3)

### 3 PREVENCE OBEZITY

Prevenici některých onemocnění lze provádět bez většího zásahu do pacientova života, např. podáním léků či očkováním. Obezita k takovým nemocem dosud bohužel nepatří. Boj s ní zatím vyžaduje změnu životního stylu, dietní omezení a pohyb. Optimální by bylo začínat s prevencí co nejdříve, ještě v době, kdy se nastavují životní návyky. (13)

Ke kvalitně vedené prevenci je nutné správně pochopit pojem „obezitogenní prostředí“, ve kterém jedinci žijí, a jehož nežádoucím vlivům nedostatečně odolávají především děti a mládež. (8)

Hlavním nástrojem prevence obezity je propagace zdravého životního stylu, dostupnost nízkenergetických potravin a v neposlední řadě dostatek příležitostí ke zvyšování pohybové aktivity. Prevence je také nejlepším způsobem, jak předcházet komplikacím obezity. Jejím základem je výchovné působení rodičů a okolí na děti v rámci utváření jednotlivých zásad zdravého životního stylu. (18)

Preventivní opatření vzniku obezity je vždy mnohem jednodušší než léčba obezity již vzniklé. Náležitá pozornost prevenci by se měla věnovat i v ordinaci praktického lékaře, který by u každého pacienta v rámci preventivní prohlídky měl změřit obvod pasu, vypočítat BMI a v případě potřeby navrhnout terapeutický postup zaměřený na redukci hmotnosti. Zvláštní péči by měl věnovat především pacientům se zvýšeným rizikem vzniku obezity. Jednou z možností je i využití nutričních poraden zdravotních zařízení nebo redukčních klubů. (28)

Ekonomické náklady vynaložené na léčbu obezity a jejích komplikací svědčí o tom, že je výhodnější a mnohem důležitější, vzhledem k pandemii obezity, dostat do povědomí zdravotnické i laické veřejnosti právě nutnost prevence. Ta je úzce spjatá s edukací o zdravém životním stylu a komplikacích vyplývajících z obezity, které by lidé neměli podceňovat. (30)

## 4 KLINICKÉ VYŠETŘENÍ OBÉZNIHO PACIENTA

Vyšetření obézního pacienta začíná odebráním anamnézy se zaměřením na problémy související s obezitou a objektivním vyšetřením. Laboratorní testy zahrnují vyšetření vztahující se ke komplikacím obezity, a v případě podezření na sekundární obezitu se provádí testy na zjištění její příčiny. Mezi další vyšetření patří diagnostika obezity, stanovení hmotnostního indexu a určení rozložení tuku v organismu. Pro správný postup léčby je důležité zjistit energetický příjem a výdej, a v případě monstrózní obezity se nesmí zapomenout i na genetické vyšetření k vyloučení geneticky podmíněných příčin obezity. (3)

### 4.1 Anamnéza

Podrobná anamnéza je základem každého vyšetření obézního pacienta. Zahrnuje vznik a předchozí léčbu obezity. Mezi důležité údaje, na které je třeba se zaměřit, patří porodní hmotnost, hmotnost v dětství a dospívání, rodinná anamnéza zaměřená na obezitu, dále se zjišťují stravovací návyky pacienta, tělesná aktivita, u žen těhotenství. Nesmí se opomenout ani na přítomnost poruch nálady nebo depresí, genetické vlivy, endokrinní poruchy či psychosociální faktory. Sem patří například úmrtí blízkého člověka, vstup do manželství, chronický stres, prodělané choroby, ukončení kouření atd.

V závěru anamnestického vyšetření je vhodné od pacienta zjistit, jakou má motivaci a co od léčby očekává. (9)

### 4.2 Fyzikální vyšetření

Do fyzikálního vyšetření patří základní vyšetření, které se zaměřuje na výšku a váhu, výpočet BMI, obvod pasu, hodnoty krevního tlaku a pulzu.

Vzhledem k tomu, že 70% obézních jedinců má minimálně jedno onemocnění související s obezitou, je důležité se zaměřit na přítomnost těchto chorob. Přítomnost kardiovaskulárního onemocnění naznačuje bušení srdce, poruchy rytmu, plicní hypertenze.

Pro respirační potíže svědčí cyanóza, pro revmatologické choroby deformity kloubů, poruchy hybnosti končetin či páteře. Pátrá se i po přítomnosti endokrinních abnormalit. (9)

### **4.3 Laboratorní vyšetření**

Minimální požadované laboratorní vyšetření u obézních zahrnuje glykémii nalačno, jaterní a renální soubor, kyselinu močovou, krevní obraz, vyšetření moče chemicky, funkci štítné žlázy a klidové EKG (elektrokardiogram). (9)

V případě klinického podezření na sekundární obezitu se provádí další vyšetření, které zahrnuje endokrinologické vyšetření zaměřené na vyloučení některých chorob. (3)

### **4.4 Vyšetření složení těla, antropometrické metody**

Lidské tělo je stvořené z tukové a beztukové hmoty, přičemž tuk představuje nejvariabilnější tělesnou hmotu, kterou je možné ovlivňovat výživou a tělesnou aktivitou. Důležitou součástí vyšetření obézního pacienta je proto stanovení množství a rozložení tělesného tuku. Je mnoho metod, které se od sebe liší přístrojovou i finanční náročností a zátěží pro pacienta.

Existují 3 skupiny metod pro stanovení tělesného tuku. Do první skupiny patří přímé měření, které lze provést pouze na mrtvém těle, proto je klinicky nepoužitelné. Druhou skupinu tvoří nepřímé standardní metody, které sice poskytují přesné údaje, ale jejich technická i finanční náročnost, jakožto i zátěž pro pacienta, jsou tak vysoké, že se využívají jen v klinických a experimentálních studiích. Patří sem rentgenová absorpciometrie, která je schopná rozlišit i nepatrné změny mezi tělesným tukem a netukovou hmotou, duální protonová absorpciometrie, která je velmi přesná, pro pacienta nenáročná, ale ten je vystaven ozáření. Dále sem řadíme celotělovou denzitometrii, hydrometrii, měření celkového tělesného draslíku, počítačovou tomografii a magnetickou rezonanci. (9)

Třetí skupinu metod pro stanovení tělesného tuku představují nepřímé metody, u kterých jsou údaje méně přesné, ale jsou méně náročné pro pacienta i vyšetřujícího. Do této skupiny patří antropometrie, měření poměru pas/boky, měření poměru pas/výška, vyšetření sagitálního abdominálního rozměru a metoda bioelektrické impedance. (9)

## 5 KOMPLIKACE OBEZITY

Obecně komplikace obezity dělíme na mechanické (např. artrózy, dušnost, syndrom spánkové apnoe, vertebrogenní potíže) a metabolické resp. hormonální (složky metabolického syndromu X, včetně diabetu 2. typu a hypertenze, výskyt nádorů u obézních jedinců, syndrom polycystických ovárií, sterilita a další).

Ty druhé jsou v populaci mnohem častější a významnější a navzájem se prolínají. Gynoidní obezita, u které je relativně nižší obvod pasu, se jeví jako model čistě mechanických poruch. Obecně lze konstatovat, že subjektivní potíže související s obezitou, mají většinou nemocní s BMI nad 30 a věkem nad 40 let. Obézní jedinci mladšího věku se často cítí zcela zdraví, i když jejich prognóza je závažná.

Bylo zjištěno, že redukce hmotnosti o pouhých 5-10% vede k poklesu metabolických komplikací i nádorů až o 50%. Oproti tomu na mechanické komplikace obezity má takto malá redukce váhy jen mírný vliv. (10)

### **Přehled zdravotních komplikací obezity**

Mezi nejčastější zdravotní rizika a komplikace obezity patří metabolické komplikace (diabetes mellitus 2. typu, inzulinorezistence, porucha glukózové tolerance, poruchy metabolismu lipidů, hyperurikemie), endokrinní poruchy (hyperandrogenismus u žen, hypogonadismus u mužů s těžkou obezitou, hyposekrece růstového hormonu), kardiovaskulární komplikace (ischemická choroba srdeční, hypertenze, arytmie až srdeční selhání, cévní mozková příhoda, varixy), respirační komplikace (syndrom spánkové apnoe, hypoventilace a restrikce), gastrointestinální komplikace (hiátová hernie, gastroezofageální reflux, cholelithiáza, pankreatitida, jaterní steatóza), ortopedické komplikace (degenerativní onemocnění kloubů a páteře, vybočená holeň), gynekologické komplikace (poruchy cyklu, infertilita, amenorea, pokles dělohy, záněty rodidel, komplikace v těhotenství a při porodu), onkologické komplikace (karcinom prostaty a ledvin, karcinom kolorektální, žlučníku, žlučových cest, jater a pankreatu, karcinom endometria, cervixu dělohy, vaječníku a prsu). Nelze opomenout ani komplikace kožní, kam patří celulitida, strie, ekzémy a mykózy, a komplikace psychické a sociální, které zahrnují deprese, úzkost, poruchy příjmu potravy, nízké sebevědomí, poruchy motivace a společenskou diskriminaci. Velkým rizikem pro obézní je i anestezie kvůli vlivu kardiorespiračních



komplikací. Mezi ostatní zdravotní potíže by se daly zařadit také edémy, kýly a úrazy, a též vliv nevhodných diet, což se dá označit jako iatrogenní poškození. (3)

### **Hypertenze při obezitě**

Současný výskyt hypertenze a obezity je typický jak v epidemiologických studiích, tak individuálně. Tento vztah je kvantitativně epidemiologický. O patogenetických souvislostech obou onemocnění se ví stále ještě málo. Faktem je, že obézní pacienti trpí často hypertenzí, ale nedávná Allemanova studie ukázala, že už pouhá rodinná anamnéza esenciální hypertenze u ještě štíhlých jedinců je predispozicí k vzestupu hmotnosti. Platí však také opak, že čím vyšší je hmotnost, tím vyšší je pravděpodobnost vzniku hypertenze v následujících letech. Je tedy nemožné označit ve vztahu obezita a hypertenze jednu složku za příčinu a druhou za následek. Studií bylo zjištěno, že čím vyšší je BMI, tím vyšší je procento hypertoniků. Závislost hypertenze na BMI ale prakticky mizí i po mírné redukci hmotnosti. (11)

### **Metabolický syndrom a obezita**

Metabolický syndrom patří mezi nejčastější onemocnění na světě. V našich podmínkách postihuje více než polovinu populace, dokonce se hovoří o více než 60% osob. (14)

Obezita, diabetes, hypertenze a hyperlipoproteinemie byly už v 80. letech Kaplanem označeny za tzv. smrtící čtveřici. Hlavním důsledkem těchto nemocí a příčinou úmrtí na ně je ateroskleróza. Podle světových statistik je zjištěno, že v zemích, kde je nejvíce obézních, je i nejvíce diabetiků 2. typu. Jako třetí faktor, který souvisí s výskytem obou onemocnění, je označena nadměrná konzumace jídla a omezení fyzické aktivity. Tato koncepce současné patogeneze obezity, diabetu, hypertenze a souvisejících chorob je v posledních letech známa jako tzv. Reavenův metabolický syndrom X. (3)

Na jedné straně je metabolický syndrom X onemocnění geneticky podmíněné, na druhé straně pak právě životní styl dokáže výrazně ovlivnit a oddálit rozvoj jednotlivých složek. Nejen z hlediska nákladů na zdravotnictví, ale i z hlediska samotného člověka je velmi důležitá časná detekce syndromu X. V současné době je nejdostupnějším a nejlevnějším vyšetřením rozbor triglyceridů z krve. (14)

## **Obezita a nádory**

V současné době existují důkazy, že obezita a diabetes jsou onemocnění s vyšším výskytem nádorů. Obecně lze říci, že příčinou může být delší přežívání nemocných s metabolickým syndromem, než tomu bylo dříve. Vznik tumorů je vázán právě na obezitu a diabetes. Nelze jednoznačně říci, zda i další složky metabolického syndromu mohou souviset s karcinogenezí. Nepochybný je však vztah k nízké fyzické zátěži.

U obézních mužů se nejčastěji vyskytuje kolorektální karcinom a karcinom prostaty. U žen je v souvislosti s obezitou zvýšené riziko většiny gynekologických nádorů a tumorů žlučníku. Studiemi bylo zjištěno, že již mírný váhový úbytek výrazně snižuje riziko vzniku nádorů. Pro snížení rizika nádorového onemocnění stačí redukce hmotnosti o 5-10%. Další úbytek váhy již riziko nemění. Je velmi zajímavé, že u žen před menopauzou obezita riziko karcinomu prsu snižuje, ale po přechodu je naopak riziko karcinomu prsu u obézních výrazně vyšší. Diskutuje se o tom, že tento mechanismus může být ovlivněn vyšší hladinou estrogenů. (12)

## **Obezita, jaterní poškození a nemoci žlučníku**

Obezita přispívá i k onemocnění jater, zejména se jedná o jaterní steatózu. Pokud je tento stav spojen se zánětem, hovoříme o steatohepatitidě. Steatohepatitida spojená s obezitou a nadměrným příjmem kalorií bude brzy hlavní příčinou selhání jater v populaci. Odhaduje se, že již za 10 let bude v USA hlavním důvodem pro transplantaci jater právě nealkoholové poškození jater způsobené steatózou.

Další skupinou nemocí velmi úzce související s obezitou jsou nemoci žlučníku. Patří sem zejména cholelithiáza. Obézní mají 3,5-7x vyšší riziko vzniku žlučových kamenů než štíhlí jedinci, riziko samozřejmě stoupá se stupněm obezity. (15)

## **Obezita a onemocnění kloubního systému**

Mezi degenerativní onemocnění kloubního systému patří zejména nemoci páteře a artróza velkých kloubů. Artróza postihuje nejčastěji klouby dolních končetin, a to zejména kolena a kotníky. U pacientů s nadváhou je 3x vyšší riziko vzniku artrózy kolenních kloubů ve srovnání se štíhlými jedinci. Zhubnutí, při kterém dojde ke snížení BMI o dva body, snižuje riziko vzniku artrózy v následujících 10 letech o 50%. Artróza však postihuje i klouby horních končetin, což znamená, že za ni u obézních nemocných

mohou nejen mechanické faktory, ale i pravděpodobně faktory neurohumorální a metabolické. (15)

### **Obezita a spánkové poruchy dýchání**

Obezita jako hlavní faktor se uplatňuje u třech základních poruch spánku: u syndromu spánkové apnoe (OSA), hypoventilačního syndromu při obezitě (OHS) a u habituálního chrápání. Může však nepřímo zhoršovat i jiné spánkové poruchy dýchání.

Obezita představuje závažný faktor v predispozici syndromu spánkové apnoe a zvyšuje riziko jeho výskytu 10 až 14 - ti násobně. U závažné obezity s BMI  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup> je výskyt OSA 45-90%. Výskyt OSA je častější u mužů s typickou centrální obezitou, která je charakteristická ukládáním tuku do oblasti krku a faryngu, a tím predisponuje ke kolapsu dýchacích cest v uvedené oblasti.

Hypoventilační syndrom při obezitě patří do skupiny hypoventilačních syndromů spojených se spánkem při onemocnění hrudní stěny, a při neuromuskulárních chorobách. OHS charakterizovaný alveolární hypoventilací je definovaný jako kombinace obezity a denní hyperkapnie v arteriálních krevních plynech (PaCO<sub>2</sub> > 6,0 kPa) při vyloučení jiných příčin hyperkapnie. Klinicky se projevuje nadměrnou denní spavostí a ranní cefaleou, tzn. příznaky, které jsou stejné jako u OSA.

Obě tyto spánkové poruchy dýchání spojené s obezitou představují přesně definovanou skupinu chorob, u kterých dochází k závažným změnám respirace v průběhu spánku. Jedná se o potenciálně život ohrožující onemocnění pro závažné kardiovaskulární a metabolické komplikace. (16)

### **Obezita a anesteziologická a perioperační péče**

Obézní pacienti jsou i zdrojem četných problémů v anesteziologické a perioperační péči. Příčinami jsou kardiovaskulární dysfunkce u těchto jedinců, kdy zvětšený objem krve vede ke zvýšené práci srdce, a též postižení dýchacího systému, přičemž vitální kapacita plic a funkční reziduální kapacita jsou sníženy, zatímco reziduální objem zvýšen. Oblasti plic jsou nedostatečně ventilovány, a tím vzniká hypoxemie. Všechny tyto změny se mohou zvýraznit v poloze na zádech a v Trendelenburgově poloze a mohou přetrvávat i několik dní po operaci.

Dalšími faktory, které přispívají k problémům v perioperační péči, mohou být potíže s transportem a polohováním obézních pacientů. Problém může být i se zajištěním

žilního přístupu a udržováním průchodnosti dýchacích cest. Obtížná může být též intubace trachey. U obézních se častěji vyskytuje hiátová hernie, která zvyšuje riziko aspirace. Technicky obtížnější jsou regionální anestezie i vlastní operace.

V předoperační péči u obézních pacientů před plánovanou operací je správnou volbou redukce hmotnosti a léčba přidružených onemocnění.

Do pooperační péče o obézní spadá podávání kyslíkové léčby a dechová rehabilitace. Ventilace těchto pacientů je snazší v poloze vsedě. Po dlouhotrvajících a rozsáhlých výkonech u obézních jedinců je většinou nutné po určitou dobu provádět umělou plicní ventilaci. Nezbytná je zde i profylaxe tromboembolické nemoci. (21)

### **Obezita a duševní poruchy**

Obezita výrazně komplikuje život obézního člověka nejen po stránce tělesné, ale i po stránce psychické, jelikož duševní zdraví velmi úzce souvisí se zdravím fyzickým. Nejen dospělí, ale především děti mají při obezitě častěji obtíže v oblasti sebevědomí a sebeuplatnění a zároveň daleko častěji trpí i psychickými poruchami. U dětí mohou tyto problémy významně narušit jejich další duševní vývoj.

U mnoha obézních osob, které trpí psychickými problémy, vzrůstá jejich tělesná nespokojenost, přibývá zájem o jídlo a do pozadí se dostává zájem o jiné oblasti života. Klesá jejich sebevědomí a postupně přichází i další příznaky, jako jsou deprese, emoční labilita, hypersenzitivita a sociální izolace. Je prokázáno, že vzájemný vztah duševních poruch a obezity není jednoznačný a jednostranný, ale že se jedná o problematiku, která svojí provázaností představuje určitý bludný kruh. Na jedné straně vede obezita k celé řadě psychických potíží a poruch a na druhé straně je řada psychických poruch prokazatelně spojena s rozvojem obezity. (17)

*„Každé onemocnění, změna tělesného schématu apod. se týká člověka jako celku, tedy jeho somatické i psychické stránky současně – o vzájemné propojenosti a ovlivňování psychických funkcí není nejmenších pochyb.“ (35, str. 137)*

### **Obezita a psychosociální problémy**

Psychosociální problémy se objevují u obézních dětí i dospělých. Obézní děti mají většinou horší prospěch ve škole, ostatní se jim často posmívají, což následně vede ke ztrátě sebedůvěry, osamělosti, větší nervozitě a potencionálně k rozvoji psychických problémů v dospělosti. Dle studie bylo prokázáno, že 5% nejtlustších dívek mělo

ve srovnání se svými štíhlými vrstevnicemi významné psychosociální problémy ve svém dalším životě. Ty zahrnovaly problémy s úspěšným dokončením studia, nižší pravděpodobnost sňatku či nižší celkový příjem. U takto postižených mužů byly sledovány stejné problémy s nalezením partnera jako u obézních dívek. Tyto socioekonomické a psychosociální problémy však mají další důsledky. U obézních lidí je mnohem vyšší riziko spáchání sebevraždy a rozvoje psychiatrických nemocí. (15)

## 6 ŽIVOTNÍ STYL A KVALITA ŽIVOTA OBÉZNÍCH PACIENTŮ

Kvalita života je předmětem dlouhodobého cíle ošetrovatelské péče. Tato péče v oblasti zvyšování kvality života by se měla zaměřovat nejen na fyzickou stránku, ale především na podporu návratu pacientů do běžného života, zvládnutí všech denních aktivit apod. Zjištění vnímání vlivu choroby na život pacientů může být východiskovým základem pro plánování adekvátních intervencí, jež vedou k vytvoření lepšího terapeutického vztahu s klientem a zlepšení kvality jeho života. (19)

Nejčastěji citovaná definice kvality života v ošetrovatelství a medicíně vyjadřuje to „...*jak lidé vnímají svoje místo v životě, v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žijí, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, standardům a zájmům*“. (19, str. 51) V této definici není zdůrazněný kognitivní komponent, ale kvalita života je chápána jako percepce, vnímání.

Při měření kvality života v ošetrovatelství se setkáváme se zásadním rozdělením na dvě části (dichotomií) – objektivní a subjektivní kvalitou života. Objektivní kvalita života znamená splnění požadavků týkajících se materiálního a sociálního zabezpečení, fyzického zdraví jednotlivce. Zatímco subjektivní dimenze se týká pacientovy subjektivní pohody a spokojenosti se životem v souvislosti s jeho ostatními cíly, očekáváním, zájmy, hodnotami a životním stylem vůbec. (19)

*„Disponujeme jedním životem, který jsme dostali zadarmo, a záleží na každém jednotlivci, jak s ním naloží. Nezáleží na kvantitě, délce života, ale především na kvalitě, v jaké jej prožijeme, naplníme. Také není zanedbatelné, s kým tento život prožíváme, v jakém prostředí a především v jakých intencích.“* (20, str. 11)

Každodenní život, to znamená zaměstnání, odpočinek, sociální vztahy, rodinný život, obstarání stravy, záliby, společenský život, kulturní vyžití, to vše vypovídá o životním stylu jedince. Dnešní lákadla počítačového světa, sedavý způsob života, nedostatek pohybu a nesprávné stravovací návyky se podepisují pod vysoké procento obézních dětí a dospělých. Na rozvoj obezity má však velký vliv i stres, nedostatek odpočinku, spánku, nadměrný energetický příjem a genetické faktory – dědičnost, pohlaví a věk.

Obezita velmi významně ovlivňuje kvalitu života člověka, protože se podílí na rozvoji jak fyzických komplikací, tak i komplikací po stránce psychické. (9)

Už obézní děti patří k méně oblíbeným mezi svými vrstevníky. Jsou málo zapojovány do kolektivních her a zájmových činností. Posléze mohou přijímat i názory ostatních o sobě, což velmi často vyvolává či prohlubuje pocity méněcennosti. Tyto děti jsou citlivé na vztahové a myšlenkové stereotypy, které je ovlivňují natolik, že se následně mohou chovat tak, že tyto stereotypy jen podporují. Tím se vyřazují ze hry a společných aktivit. Mají strach ze zesměšňování, což vede k tomu, že se uzavírají do sebe a vylučují se ze skupiny kamarádů obojího pohlaví.

V současné době se stává velkým problémem šikana. Výzkumné studie ukazují na vztah mezi stupněm nadváhy a předmětem násilí ze strany vrstevníků (šikana fyzická, verbální, vztahová či sexuální obtěžování). Rovněž se ukazuje, že obézní děti nemusí být jen předmětem šikany, ale i jejím iniciátorem. (8)

Dospělí obézní jedinci mohou znevýhodnění pociťovat i v zaměstnání. Jejich odlišnost se projevuje téměř ve všech fázích pracovního procesu, ať už se týká přijímacího řízení, určování výše platu či nižšího pracovního zařazení. Tyto předsudky jsou silnější vůči ženám. Zaměstnavatelé tuto skutečnost zdůvodňují rizikem častější nemocnosti obézních, neatraktivním vzhledem při komunikaci se zákazníkem nebo jen nedostatkem uniforem větších rozměrů.

Z praxe je známo, že nejintenzivněji pociťují obézní lidé kritiku ze strany svých blízkých, bývají od nich vystaveni nepříjemnému až ponižujícímu chování, byť někdy dobře míněnému. Partneři obézních se někdy domnívají, že svým protějškům pomohou zhubnout, když je budou upozorňovat na nebezpečí obezity, na malou atraktivitu, nevhodné stravování či nedostatek odhodlání k pohybu. Tyto připomínky ale působí právě opačně. Nikdo si totiž nepřeje, aby ho jeho nejbližší kritizovali, a to hlavně za něco, za co se často kritizuje sám. Zde se blízcí obézního jedince dotýkají jeho velmi citlivého místa, a to často bolí. Zároveň rozhodnutí zhubnout musí vycházet hlavně z člověka, kterého se hubnutí týká. Jedině tak sám přebere zodpovědnost za svá další rozhodnutí a rovněž má větší chuť dodržovat to, co si sám zvolil. (2)

## 7 LÉČBA OBEZITY

V současné době je obezita léčena pěti postupy – dietoterapií, fyzickou aktivitou, psychoterapií, farmakologicky a chirurgicky. Léčba obezity není jen boj s hmotností, ale vyžaduje komplexní přístup k pacientovi. (12)

### **Dietoterapie a fyzická aktivita**

Základními a nezbytnými metodami v léčbě obezity jsou dietoterapie a fyzická aktivita. Jsou založeny na navození negativní energetické bilance, kdy příjem energie je menší než její výdej. Důležité je nastavit pravidelnost v jídle, rovnoměrně rozdělit energii a sacharidy do celého dne, aby nedocházelo k hladovění. Strava při redukční dietě musí splňovat zásady racionální výživy, je potřeba snížit obsah tuku v přijímané stravě, omezit solení a nezapomínat na dostatečný pitný režim. (14)

Pohybová aktivita, hlavně pak aerobní cvičení, vede k výraznému spalování nadbytečné energie. Při léčbě obezity se nemusí zrovna jednat o vyčerpávající sportovní výkon. Mnozí obézní jedinci profitují už z obyčejné chůze či pomalé jízdy na kole nebo plavání. Náročnějšího sportovního výkonu většina z nich zpočátku stejně není schopna. (15)

### **Farmakoterapie**

V léčbě obezity jsou používána léčiva, která se dělí na léky tlumící chuť k jídlu (anorektika) a léky ovlivňující vstřebávání živin z trávicího traktu.

Anorektika jsou centrálně působící přípravky, které navozují pocit sytosti a často vedou k nové kvalitě stravovacího chování. Mnoho z nich má však nepříjemné nežádoucí účinky a u některých pacientů jsou kontraindikovány.

Blokátory vstřebávání živin z trávicího traktu, kam patří i orlistat (Xenical firmy Rosche), se aktivně vážou na střevní lipázu, a tím brání vstřebávání tuku, které snižují asi o 30%. Orlistat se nevstřebává a nemá téměř žádné kontraindikace a jen mírné vedlejší účinky. Důležité je, aby léčba těmito přípravky byla kombinována s redukční dietou s nižším obsahem tuků. Tuto léčbu obezity je možné užívat i dlouhodobě.



Farmakologické firmy vyvíjí další a další léky z řad antiobezitik, která budou působit centrálně i periferně a není vyloučeno, že antiobezitiky se stanou i léky jiných skupin, u kterých byla zjištěna jako vedlejší účinek redukce hmotnosti. (12)

### **Chirurgická léčba**

Chirurgické neboli bariatrické výkony při léčbě obezity se rozdělují na restriktivní (bandáž žaludku, sleeve gastrektomie), zkratové (střevní bypassy) a kombinované (gastrický bypass). V České republice se provádí celkově asi 1600 bariatrických operací ročně, z nichž nejčastější jsou výkony restriktivní. Indikací k chirurgické léčbě je obezita s BMI > 35-40 kg/m<sup>2</sup>, selhání konzervativní léčby a spolupracující klient, který je vhodný k výkonu i z psychologického hlediska.

Bariatrická léčba nabízí výrazné a dlouhodobé hmotnostní úbytky jen v případě, pokud je pacient vhodně a správně k této léčbě indikován. Tyto zákroky mají být prováděny specializovanými bariatrickými chirurgy a dlouhodobá pooperační péče má být zajišťována v úzké mezioborové spolupráci (obezitolog, internista, psycholog a další). (9)

### **Psychoterapie**

Součástí každé léčby obezity by měla být i psychoterapie. Přístupy k pacientovi mohou být individuální či skupinové. U extrovertních klientů jsou velmi úspěšné skupinové terapie, kde se rozebírají špatné návyky, životní styl a zkušenosti s léčbou. Velmi úspěšná je kognitivně-behaviorální léčba obezity, která má základ v potřebě odnaučit pacienta nevhodnému životnímu stylu. Ve světě je nejčastěji užívána americká Stunkardova metoda, kam lze zahrnout tyto kognitivně-behaviorální techniky: sebezpozorování (složení a frekvence jídla, okolnosti jídla a cvičení apod.), sebezposilovací techniky (pochvala, podpora rodiny, odměna), aktivní kontrola vnějších podnětů (nevhodná aktivita, nákupy, eliminace rizikových situací a zvládání stresových situací) a techniky kognitivní (navození pozitivního myšlení a změny životního stylu, odstranění sebeobviňování).

Cílem psychoterapie je navodit u pacienta pocit uspokojení, pohody, zlepšit jeho pohyblivost, vyvolat zájem o pohybovou činnost a upravit dietní zvyklosti. (13)

*„Nejdůležitější pro léčbu je důsledná motivace, nemá-li nemocný potřebný motiv, či nenajde-li mu ho lékař rozborem jeho situace, např. přesvědčením, že závažné komplikace skutečně hrozí, pak není naděje na léčbu veliká.“ (14, str. 92)*

## 8 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Ošetřovatelská péče je soubor ošetřovatelských činností, které se týkají jednotlivce, rodiny a celé společnosti, v níž tito žijí, a která jim napomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu.

Cílem ošetřovatelské péče je pomáhat jednotlivci, skupině či rodinám dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví. Dále podporovat kladný přístup ke zdraví, to znamená zapojit jedince do péče o vlastní zdraví. Dalším cílem je podporovat člověka k tomu, aby našel cestu k posílení vlastních schopností v péči o své zdraví, o životní prostředí a ke správnému životnímu stylu. Je velmi důležité zaměřit se na prevenci onemocnění, a když už nastane, snižovat jeho negativní dopad a předcházet komplikacím. Neméně důležitým cílem ošetřovatelské péče je též zapojit celou rodinu do péče o jejího člena.

Ošetřovatelská péče o jedince je týmová a celostní. V ošetřovatelství se používá termín holistická, chápající člověka ve všech složkách jeho osobnosti, tzn. v oblasti biologické, psychické, sociální a spirituální. (4)

*„Péči definujeme jako pomoc potřebným formou asistence, podpory, ulehčení a zmocnění se zdraví při zlepšování kvality života a při střetu s nemocí, postižením nebo hrozbou smrti. Péče je poskytována humanistickým, empatickým a uctivým způsobem a naplňuje důležité potřeby jedince a jeho rodiny (případně komunity). Pečování je přirozené, univerzální pro celé lidstvo (péče matky o dítě). (5, str. 43)*

### 8.1 Ošetřovatelská péče při monstrózní obezitě

Ošetřovatelská péče u pacientů s monstrózní obezitou je zcela specifická, velice náročná, a to jak při samotném ošetřování, tak i při vyhledávání vhodných alternativ, které by pomohly pacientovi a zároveň vydržely jeho tělesnou hmotnost. Pobyt monstrózně obézního pacienta v nemocnici je díky jeho vysoké hmotnosti od samého začátku provázen komplikacemi. Ať už se jedná o odvoz pacienta na Emergency, operační zákrok, vážení pacienta nebo pobyt na standardním nemocničním lůžku s nosností do 170 kg a další ošetřování. Problém je prostě vše, na co nejsou naše zdravotnická zařízení svým vybavením vůbec připravena a co se pomalu stává fenoménem dnešní doby.

Extrémně obézní pacienti s BMI > 40 kg/m<sup>2</sup> představují sice jen 1-2% případů těžké obezity u nás, ale pro naše zdravotnictví jsou velkým problémem. Ošetrovatelská péče o tyto pacienty vyžaduje nestandardní přístupy a velké úsilí zdravotníků. Komplikací mohou být i jindy banální výkony jako je zavedení nitrožilní kanyly či změření krevního tlaku. Veškerý transport takového pacienta vyžaduje účast kompletního zdravotnického personálu, přičemž lůžka ani sedačky nestačí rozměry ani nosností. Zdravotníci jsou nuceni často improvizovat. Značně ztížena je i diagnostika extrémně obézních pacientů, což s sebou nese zvýšené riziko určení nesprávné diagnózy, a tedy i léčby. Zejména vyšetření břicha je velmi iluzorní. Selhávají mnohé zobrazovací metody: sonografie, skiografie či skiaskopie. Výpočetní tomografie a magnetická rezonance jsou omezeny průměrem prstence na přístroji. (22)

Hlavním problémem, se kterým se potýkají zdravotničtí pracovníci v souvislosti s hospitalizací monstrózně obézních, je obtížnost ošetrovatelské péče, především péče o dýchací cesty, hygienická péče, rehabilitace a v neposlední řadě i dohled nad dodržováním dietních opatření, které tito pacienti většinou odmítají akceptovat. Na jednotkách intenzivní péče jsou pacienti zcela odkázáni na péči zdravotníků. Kompletní hygiena probíhá většinou za asistence celé směny ošetrovatelského týmu. V rámci zajišťování hygieny nastává problém i při vyprazdňování, a to především stolice. S hygienou souvisí i prevence dekubitů. Aby nedocházelo k zapaření pokožky, je nutné důkladně ošetřovat kožní záhyby a pacienta polohovat. To opět znamená nejen personální náročnost, ale také nutnost využití mnoha pomůcek. Z bezpečnostních důvodů nelze zde počítat s laterálním náklonem u polohovacího lůžka, protože hrozí riziko jeho stržení a možný pád pacienta. Jednu z nejdůležitějších součástí léčby představuje rehabilitace, která je opět personálně i fyzicky náročná. Možnosti využívání pomůcek jsou značně omezené a limitované nosností do 140 kg. Pomůcky pro monstrózně obézní pacienty se v klasických nemocnicích běžně nevyskytují. (23)

### **8.1.1 Pomůcky k ošetrování obézních**

Monstrózně obézní pacienti mají právo, aby s nimi bylo zacházeno se stejným respektem, komfortem a důstojností jako s ostatními klienty. Takto obézní pacienti potřebují pomoc nejen při chůzi, ale i při přesunech a polohování v lůžku. Problémem při vyšetření monstrózně obézního pacienta bývá už jen samotné vážení, kdy standardní váhy

ukazují jen do 200 kg, či měření krevního tlaku, při kterém je nutná dostatečně dlouhá a široká manžeta tonometru.

I kompenzační pomůcky pro lidi s extrémní obezitou se řídí jinými pravidly. Velmi důležitý je požadavek stability a pevnost materiálu. Nehledí se už ale na celkovou váhu např. vozíku, který může vážit až 25 kg, ale zato uveze až 300 kg těžkou osobu. Nabídka kompenzačních pomůcek pro obézní není tak široká, např. většina berlí má nosnost do 130 kg, velmi těžko se hledá i správná ortéza po amputaci končetiny. Tyto pomůcky je nutné často měnit, protože nemusí dobře padnout, a vzniká tak riziko otlačenin a dekubitů.

Firma ArjoHuntleigh vyvinula řadu pomůcek, které jsou vhodné pro péči o morbidně obézní pacienty. Paří sem kluzné podložky XL až XXL s úchopy pro pomoc s polohováním, stavěcí pomůcky pro ještě trochu mobilní pacienty, vakové zvedáky, stropní zvedací systémy, speciálně navržené vaky pro obézní či lůžkové rámy a matrace. Všechny tyto pomůcky zlepšují manipulaci a přesuny pacientů a zajišťují snadnější péči a bezpečnější pracovní podmínky pro zdravotníky. (32)

### **8.1.2 Přeprava monstrózně obézních**

Od ledna 2014 má Zdravotnická záchranná služba Plzeňského kraje k dispozici sanitní vůz Mercedes Benz pro transport monstrózně obézních nemocných, který je nepřetržitě k dispozici na výjezdovém stanovišti Plzeň-město, Klatovská 2960/200i, Plzeň.

Tento sanitní vůz zajišťuje jak primární transporty, tak i sekundární mezinemocniční přepravu monstrózně obézních pacientů neodkladné péče v Plzeňském kraji i mimo něj. Kromě standardního vybavení je vůz Mercedes Benz vybaven elektrickými bariatrickými nosítky power Brava, společnosti Kartsana, s maximální nosností 300 kg (standardní nosítka mají nosnost 230 kg). Šíře nosítek v oblasti hrudníku a pánve nemocného je 82 cm, oproti klasickým nosítkům se šířkou 50 cm. Indikací k výjezdu sanitního vozidla Mercedes Benz je přeprava takového obézního nemocného, kterého nelze transportovat běžným sanitním vozem vzhledem k jeho rozměrům v oblasti hrudníku a pánve, a jeho hmotnost do 300 kg.

Výjezd k obéznímu nemocnému je přidělen a jeho transport zabezpečuje výjezdová skupina rychlé lékařské pomoci či výjezdová skupina rychlé zdravotnické pomoci dle charakteru tísňové výzvy. (24)

### **8.1.3 Centra pro obezní**

V současnosti je v České republice možné využít pro léčbu obezity a přidružených onemocnění Obezitologicko-bariatrickou kliniku (OB kliniku) v Praze, která poskytuje komplexní multidisciplinární péči o obezní nemocné. Toto centrum je zaměřeno na léčbu nejzávažnějších forem obezity a s ní souvisejících onemocnění. V OB klinice pracují odborníci z oblasti interní medicíny, diabetologie, endokrinologie, psychologie, nutričního poradenství, chirurgie, ortopedie, urogynekologie a gastroenterologie. Pracoviště disponuje i dvěma špičkově zařízenými operačními sály, jednotkou intenzivní péče a moderním lůžkovým zařízením, což umožňuje provádět celé spektrum bariatrických chirurgických zákroků a miniinvazivní operace pro jiná chirurgická onemocnění. Veškerá péče o tyto pacienty je samozřejmě hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Klinika je dostatečně vybavena zařízením a pomůckami určenými pro ošetřování a léčbu extrémně obezních pacientů tak, aby byla zajištěna kvalitní péče i bezpečnost pro klienty i personál. (29)

OB klinika patří k největším bariatrickým pracovištím v Evropě a zároveň je i vzorovým pracovištěm pro koncept XXL center. Idea XXL center vychází z požadavků na kvalitní péči o obezní až monstrózně obezní pacienty, přičemž by tato pracoviště mohla převzít část neakutní péče o tyto klienty. Je neúčelné a nevhodné, aby si každá nemocnice pořizovala drahé technické vybavení, aby mohla hospitalizovat a ošetřovat pacienta s tímto stupněm obezity, se kterým se jinak setká jen několikrát v roce. V České republice by stačilo pět až osm XXL center, aby se pokryly potřeby extrémně obezních jedinců v oblasti léčby obezity a s ní souvisejících metabolických onemocnění. (33)

## **8.2 Komunikace s obezními**

V rámci ošetrovatelského procesu má nezastupitelné místo komunikace s nemocným. Právě prostřednictvím komunikace, která musí být na profesionální úrovni, sestra získává důležité informace v péči o pacienta. Nejvýznamnější jsou ty, které bezprostředně ovlivňují poskytování ošetrovatelské péče, a s těmi pak sestra pracuje po celou dobu ošetřování klienta. Při komunikaci je velmi důležité respektovat individualitu člověka a je nezbytné navázat vzájemný vztah, aby měl pacient a jeho rodina k sestře maximální důvěru. (6)

*„Komunikovat znamená poskytovat zprávy, sdílet informace, vyměňovat si myšlenky a vyjadřovat se takovým způsobem, aby si účastníci komunikace vzájemně porozuměli.“ (25, str. 127)*

Ve zdravotnictví znamená pojem komunikace především výměnu informací týkajících se zdravotního stavu pacienta a péče o něj. Při komunikaci si aktéři budují a rozvíjejí svůj vzájemný vztah. A právě bez efektivní komunikace by bylo nemožné vytvořit dobrý vzájemný vztah mezi sestrou a pacientem či sestrou a příbuznými pacienta.(26)

Sestra potřebuje předat pacientovi velké množství informací, ale následně se potřebuje i přesvědčit, zda jim porozuměl. Sestra potřebuje zjistit, jaké má pacient přání, potřeby, a co je eventuálně připraven obětovat v zájmu svého zdraví. V komunikaci s nemocným sestra hledá cesty, jak jej motivovat k co největší a nejefektivnější spolupráci.(27)

Obézní pacienti potřebují oproti ostatním citlivější přístup, protože se většinou za svou obezitu stydí. Při vyšetřování a ošetřování si nepřejí mít kolem sebe více osob, dávají přednost soukromí a většinou vyžadují jen jednu sestru a lékaře. Cítí se být diskriminováni. V komunikaci s obézními je lépe zastávat k nim osobnější a empatický přístup. Velmi důležitá je podpora těchto pacientů. V žádném případě by je zdravotník neměl odsuzovat, ale naopak jim podat pomocnou ruku. Obézní často nevědí, co mají dělat, potřebují od zdravotníka poradit a motivovat v tom smyslu, že se svou otylostí mohou něco udělat a že se to společnými silami podaří. (29)

### **8.3 Rizika pro zdravotníky spojená s ošetřováním obézních**

S ošetřováním obézních pacientů nejsou spojeny jen komplikace týkající se adekvátního materiálového a přístrojového vybavení oddělení či personálního zabezpečení. Velký problém představuje samotná hmotnost pacienta, a to ve spojitosti s nadměrnou tělesnou zátěží pro zdravotníky a s riziky s ní spojené.

Každý zdravotnický pracovník prochází školením bezpečnosti a ochrany zdraví při práci (BOZP) a svým podpisem stvrzuje, že bude dbát na bezpečnost a ochranu svého zdraví a dodržovat legislativu, kam patří i zákoník práce. Nemocnice mají vypracovány

svoje interní směrnice, standardy, nařízení či informace, kam spadá i seznam rizik práce a pracovního prostředí.

Fakultní nemocnice Plzeň má pro své zaměstnance k nahlédnutí informace z července 2013, které slouží jako seznam rizik jednotlivých pracovních činností a rizik různých druhů prostředí z pohledu bezpečnosti a ochrany zdraví při práci a navazuje na platnou legislativu, především zákoník práce. Tento seznam identifikuje nebezpečí, vyhodnocuje závažnost rizika a navrhuje bezpečnostní opatření.

Mezi rizika spojená s manipulací s pacientem patří značná tělesná zátěž a někdy i překračování dlouhodobě únosné fyzické zátěže žen, celková fyzická zátěž, specifické zatížení určitých částí lokomočního systému (zejména páteře), manipulace s částečně mobilním či imobilním pacientem, překládání z ošetrovacího stolu na lůžko či vozík, polohování, vysazování, hygiena pacienta apod. Dále sem spadá nedostatek manipulačních a zdvihacích zařízení pro manipulaci se zcela imobilním pacientem (polohovací lůžka, hydraulická lůžka, zvedáky, rohože, polohovací vany), nesprávný postup při manipulaci s pacientem, zvedání pacientů nad 40 kg hmotnosti ženami atd. (34)

Dalo by se říci, že po výčtu všech rizik spojených s manipulací s pacientem, patří ošetřování obézních pacientů, s hmotností často i 200 kg, mezi velmi rizikové povolání. Zdravotničtí pracovníci tak vůbec nemají podmínky vhodné a bezpečné pro vykonávání svojí práce, a tudíž je u nich velké riziko ohrožení zdraví. Dostatečný počet zdravotnického personálu i dostatečné množství pomůcek k ošetřování obézních pacientů je mnohdy obtížné zajistit. V takových případech je důležité znát zásady správné manipulace s pacientem (při zvedání, přetáčení, sedání, přesunech apod.). Nezbytná je týmová práce a dodržování bezpečnostních opatření, kam spadají i preventivní lékařské prohlídky, kterými je možné včas odhalit fyzické potíže zaměstnance a předejít tím poškození zdraví.

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 9 FORMULACE PROBLÉMU

Obezita představuje jeden z nejzávažnějších problémů současnosti. Hospitalizace extrémně obézního jedince je náročná nejen pro něj samotného, ale i pro ošetřující personál. Materiální a personální vybavení lůžkových oddělení je často nedostatečné, což může vést ke zhoršení kvality ošetrovatelské péče. Tato může být pak důvodem ke vzniku nežádoucích událostí a prodloužení hospitalizace takového klienta. Ošetřování monstrózně obézního pacienta a manipulace s ním je velká zátěž i pro nelékařský zdravotnický personál, který je tak vystaven riziku poškození svého zdraví při nedodržování zásad manipulace s takto obézním klientem. Pohled zdravotníka a pohled obézního pacienta na ošetrovatelskou péči může být rozdílný, každý z nich má jiné zkušenosti a subjektivní pocity, a tímto vyvstává otázka: „Jaké jsou problematické oblasti ošetrovatelské péče při ošetřování hospitalizovaných monstrózně obézních pacientů?“



## **10 CÍL VÝZKUMU**

Cílem práce je zmapovat problematické oblasti ošetrovatelské péče při ošetřování hospitalizovaných monstrózně obézních pacientů a porovnat je z pohledu zdravotníka a nemocného.

### **10.1 Dílčí cíle**

- 1) Zjistit, jaký je největší problém související s ošetrovatelskou péčí o monstrózně obézní pacienty.
- 2) Zjistit, jaká je kvalita ošetrovatelské péče o monstrózně obézní pacienty v lůžkovém zdravotnickém zařízení.
- 3) Zjistit, co by bylo přínosem pro zdravotníky i pacienty v souvislosti s ošetrovatelskou péčí o monstrózně obézní.

## **11 VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

- 1) Jaký je největší problém související s ošetrovatelskou péčí o monstrózně obézní pacienty?
- 2) Jaká je kvalita ošetrovatelské péče o tyto pacienty v lůžkovém zdravotnickém zařízení?
- 3) Co by bylo potenciálním přínosem do problematiky ošetrovatelské péče o monstrózně obézní?

## **12 DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY**

Pro získávání informací do této bakalářské práce byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Kvalitativní výzkum umožňuje, aby dané téma bylo s respondentem probráno hloubkově, a zároveň lze pozorovat i jeho reakce či projevy. Téma bakalářské práce je vysoce individuální a choulostivé, zejména kvůli zvýšené psychické labilitě extrémně obézních. Technikou sběru dat v kvalitativním výzkumu byl polostrukturovaný rozhovor (viz příloha 3 a 4). Celkem byli osloveni čtyři respondenti, z toho dva zdravotníci a dva pacienti z FN v Plzni. Všichni respondenti byli seznámeni s tím, že jejich výpovědi budou zveřejněny zcela anonymně (viz příloha 2).

## **13 CHARAKTERISTIKA SOUBORU A VÝBĚR PŘÍPADU**

Výběr případu byl záměrný. Pro problematiku, která je tématem práce, bylo důležité, aby byli vybráni respondenti z řad nelékařských zdravotnických pracovníků (NELZP), kteří mají zkušenosti s ošetřováním monstrózně obézních pacientů, a dále respondenti-extrémně obézní klienti, kteří byli alespoň jedenkrát hospitalizováni. V jejich případě bylo dalším kritériem výzkumu BMI nad 60. K provedení rozhovoru byli osloveni všeobecná sestra a klient z Neurologické kliniky a všeobecný ošetřovatel a klientka z Anesteziologicko-resuscitačního oddělení (ARO). Výzkum se zaměřuje na porovnání názorů pacientů v otázkách ošetřování monstrózně obézních s názory NELZP, a dále na posouzení vybavenosti a kvality ošetřovatelské péče na jednotlivých pracovištích.

## **14 ORGANIZACE VÝZKUMU A ZPŮSOB ZÍSKÁVÁNÍ INFORMACÍ**

Výzkum do bakalářské práce probíhal od listopadu 2014 do ledna 2015. Informace byly získávány polostrukturovaným rozhovorem, a zároveň pozorovány reakce respondentů při jejich výpovědích. Bylo připraveno dvanáct otázek pro NELZP a dvanáct pro pacienty. Nejdříve byl proveden rozhovor se všeobecným ošetřovatelem z ARO, kterého problematika ošetřování monstrózně obézních klientů zaujala, a jehož odpovědi byly i nad rámec stanovených otázek. Dále byla oslovena klientka, která pro komplikace své obezity byla hospitalizována vícekrát, z toho jedenkrát na ARO. Pro další rozhovor byla vybrána všeobecná sestra z Neurologické kliniky a pacient téže kliniky, který byl již v domácím ošetřování.

Všichni dotazovaní podepsali informovaný souhlas, kde je zaručena absolutní anonymita a byli obeznámeni s tím, že pokud jim bude některá z otázek nepříjemná, nemusí na ni odpovídat. Nejprve byly položeny identifikační otázky, pak následovaly otázky týkající se samotného problému. Každé setkání trvalo různě dlouhou dobu, od dvaceti do čtyřiceti minut čistého rozhovoru. Rozhovory byly zaznamenány na diktafon, následně přepsány a analyzovány. Analýza byla prováděna vzájemným porovnáním jednotlivých výpovědí, které obsahují zkušenosti zdravotnických pracovníků a subjektivní pocity pacientů.

Celý výzkum se zabývá problematikou ošetřovatelské péče o monstrózně obézní pacienty. Jeho cílem je zmapovat oblasti, ve kterých jsou nedostatky či naopak vyzdvihnout ty, které jsou známkou kvality ošetřovatelské péče o extrémně obézní. Otázky do rozhovoru jsou směřovány na komplikace při hospitalizaci obézních, na nežádoucí události, na nevhodné chování zdravotníků k obézním, na kvalitu ošetřovatelské péče o ně, na dostatečné materiální a personální vybavení oddělení. Důležitou součástí ošetřovatelské péče o extrémně obézní klienty ze strany zdravotníků je i znalost rizik spojených s ošetřováním těchto jedinců a dodržování zásad manipulace s nimi.

Celý výzkum byl prováděn po schválení žádosti o poskytnutí informací v souvislosti s vypracováním bakalářské práce (viz příloha 1).

# 15 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

## 15.1 Rozhovor se všeobecným ošetřovatelem a pacientkou z ARO

### 15.1.1 Všeobecný ošetřovatel

Vystudoval Střední zdravotnickou školu, má atestaci v ARIP, na Anesteziologicko-resuscitačním oddělení pracuje 22 let.

#### Výzkumná otázka č. 1:

Jaký je největší problém související s ošetřovatelskou péčí o monstrózně obézní pacienty?

Otázky z rozhovoru:

1. Setkal jste se v rámci ošetřovatelského procesu s monstrózně obézním pacientem a byl jste nucen řešit problematiku spojenou s péčí o něj?  
*„V rámci své praxe jsem se staral vícekrát o hodně obézního pacienta, jednou měl i přes 200 kg. Myslím si, že celkově přibývá obézních pacientů.“*
2. Nastaly nějaké komplikace či potíže při jeho ošetřování?  
*„Téměř u každého dochází k zapařeninám, proto musíme kožní záhyby hodně podkládat. Co se týká dekubitů, tak si myslím, že k nim dochází více u hubených než u tlustých pacientů. Dbáme samozřejmě hodně na prevenci, takže pacienty polohujeme, ale je to komplikace jak pro samotného pacienta, tak pro nás. Dalším problémem je dýchání. Dost často se stává, že se pacient musí opětovně zaintubovat, protože nemá dostatek sil a kvůli jeho váze není dýchání kvalitní. Největší potíž je s polohováním. Vedle lůžka si musíme pomáhat i stolky, které slouží na oporu horních končetin, protože se pacient do lůžka jinak nevejde.“*
3. Došlo někdy k nežádoucí události spojené s ošetřováním či manipulací monstrózně obézního klienta?

*„Že by došlo třeba k pádu z lůžka, tak to se nestalo. A ani si nevzpomenu, že by si někdo pohnul se zády. To se ale samozřejmě může stát snadno, protože váha ležícího pacienta při polohování je obrovská.“*

4. Znáte rizika spojená s ošetřováním obézních pacientů a dodržíte zásady manipulace s nimi?

*„To samozřejmě znám a dodržuji. A myslím si, že kdybych zvedal pacienta jinak, tak bych to rychle poznal.“*

### **Výzkumná otázka č. 2:**

Jaká je kvalita ošetrovatelské péče o tyto pacienty v lůžkovém zdravotnickém zařízení?

Otázky z rozhovoru:

5. Máte dostatečné vybavení, prostředky a personální zajištění zajišťující poskytování kvalitní ošetrovatelské péče monstrózně obézním klientům?

*„Pomůcky nějaké máme, ale ne vždy jsou dostačující. Co se týče personálu, tak pro péči o hodně obézní by bylo třeba více toho pomocného. Ten nám chybí hlavně v noci, kdy na našem oddělení sanitář není žádný. V případě potřeby si můžeme zavolat službu, která funguje pro celou nemocnici. Pacient, který je při vědomí, nám někdy pomůže sám, i když je to pro něj obtížné, ale u pacienta v umělém spánku je to problém. Stalo se mi také, že jednu pacientku jsme cévkovali v šesti lidech, každý držel nějakou část těla nebo záhyb, abychom se dostali, kam potřebujeme.“*

6. Máte dojem, že kvalita ošetrovatelské péče o monstrózně obézní pacienty je stejná jako o štíhlé?

*„Nevšiml jsem si, že by péče byla horší, spíš si myslím, že obézní člověk dostává péče více, protože musíme dávat pozor, aby se neudělaly opruzeniny, aby se mu dobře dýchalo. A pokud je člověk profesionál, tak dá péči stejnou všem pacientům. Všiml jsem si, že někteří zdravotníci mají potřebu vše komentovat a překvapilo mě, že paradoxně komentují hlavně ti, kteří zrovna nejsou nejhůbnější. Asi mají v sobě něco nezpracovaného, jsou na sebe sami naštvaní a vztek si vylíjí na tom druhém obézním. Hodnotí tím určitě sami sebe.“*

7. Jak si myslíte, že extrémně obézní klienti vnímají péči o jejich osobu?

*„Oni určitě vidí, kolik práce je kolem nich, že všechno trvá delší dobu, na co všechno si zdravotník u nich musí dávat pozor. Nemá ale smysl těm lidem říkat, že nejsou tak tlustí, když to pravda není. Spíše je dobré je povzbudit, aby se zamysleli sami nad sebou a pomoci jim.“*

8. Myslíte si, že je extrémně obézní pacient dostatečně motivován, a že se sám ochotně zapojuje do procesu uzdravování?

*„Za svou osobu mohu říci, že neupřednostňuji hubeného nebo tlustého. Když vidím, že je potřeba člověka motivovat, tak je mi jedno, jak vypadá, a udělám, co je třeba. Pravda je ta, že některé sestry říkají, že nenávidí tlusté pacienty a udělají u nich jen to, co musí. Stalo se mi, že když jsem měl čas, sedl jsem si k pacientovi a asi hodinu si s ním povídal, dělalo to s ním neuvěřitelné věci, jeho zdravotní stav se pak obrovsky rychle zlepšoval. Sestra by měla mít zájem o všechny pacienty, o štíhlé i o obézní. A neměla by dělat činnosti u pacienta s tím, že je musí udělat, ale s tím, že to dělá pro toho pacienta.“*

### **Výzkumná otázka č. 3:**

Co by bylo potenciálním přínosem do problematiky ošetřovatelské péče o monstrózně obézní?

Otázky z rozhovoru:

9. Napadne Vás něco, co by se dalo v souvislosti s touto problematikou zlepšit?

*„Já bych to nezaměřoval jen na problematiku obezity, ale vzal bych to jednotně. Celkově je třeba více zájmu o pacienty a umět naslouchat. Nejen samotnému pacientovi, ale aby i staniční a vrchní sestra naslouchaly nám, kteří se o toho pacienta staráme. Viděly by, že je potřeba více personálu, jsou potřeba pomůcky, pak by to předaly dál a vše by se zařídilo. Když budeme naslouchat, věci uvidíme jinak.“*

10. Slyšel jste někdy o OB klinice či XXL centrech?

*„Nikdy jsem o tom neslyšel, ani se nezajímám. Podle názvu si myslím, že to bude mít něco společného s obézními lidmi.“*



11. Myslíte si, že je osvěta a prevence obezity dostatečná?

*„Mně to přijde tak, jako když chceme s něčím bojovat, vydáme se na boj proti obezitě. Jenomže on když člověk s něčím bojuje, tak to jen posiluje, protože přidává více energie tomu, co se nám nelíbí. Já si myslím, že obezita je o tom, že člověk na sebe kupí nějaké problémy, všechno na sebe nabaluje, a tím pak tloustne. Životní styl není jen o tom dodržovat nějaký jídelníček, je to o tom žít v rovnováze, nehonit se, nestresovat se, být v pohodě. Když budeme žít v klidu, nebudeme muset nic kompenzovat. Když to vezmu z druhé stránky, někdo zase touží po tom, být nejtěžší ženou na světě. Ano, ale musí s tím nést všechny důsledky.“*

12. Myslíte si, že by bylo přínosné, zapojit do péče o monstrózně obézního pacienta i psychologa?

*„Já si myslím, že každý, kdo má nějaký problém, by ho rád s někým řešil. Sem patří i obezita. Myslím si, že by tu měl být nějaký člověk, který rozumí lidské duši. Pacientovi by bylo dobré nabídnout takovou pomoc, a on se sám svobodně rozhodne, jestli ji přijme. Koneckonců i sestra by měla dát pacientovi psychickou podporu a umět na něj trochu psychologicky zapůsobit.“*

### **15.1.2 Pacientka**

Šedesátiletá pacientka v invalidním důchodu. BMI 62. Opakovaně hospitalizována na kožním oddělení pro erysipel břicha, prsu a dolních končetin. Jedenkrát hospitalizována na interním oddělení pro hypertenzi se srdečním selháním a fibrilaci síní a jedenkrát na ARO, kam byla přeložena z kožního pro respirační selhání a nutnost umělé plicní ventilace. Zde byla i nutnost izolace pro MRSA (Methicilin-rezistentní staphylococcus aureus). Pro její monstrózní obezitu je jen částečně soběstačná, špatně se pohybuje, potřebuje pomoc manžela. S obezitou se potýká téměř celý život.

#### **Výzkumná otázka č. 1:**

Jaký je největší problém související s ošetrovatelskou péčí o monstrózně obézní pacienty?

Otázky z rozhovoru:

1. Kolikrát jste byla hospitalizovaná? Byla tato hospitalizace důsledkem vzniklých komplikací obezity?

*„V nemocnici jsem ležela opakovaně. Šestkrát na kožním pro pásový opar, na interně a na ARO. Řekla bych, že pásový opar se mi zhoršil mou tloušťkou, špatně se hojil, a protože mi to šlo do podkoží, musela jsem být hospitalizována. S dýcháním mám problémy dost často a myslím si, že to je také kvůli velké váze. A právě kvůli špatnému dýchání jsem skončila na ARO, kam mě převezli z kožního oddělení. Na interně jsem ležela kvůli vysokému krevnímu tlaku a začalo mi i selhávat srdce.“*

2. Nastaly u Vás nějaké komplikace či potíže spojené s ošetrovatelskou péčí?

*„Měla jsem bolesti celého těla, také trochu otlaky. Zapařeniny a mykózy mívám často, takže to není kvůli špatné péči sester. Jinak nevím, snad jen, že se mi na rovné posteli špatně dýchá.“*

3. Došlo někdy k nežádoucí události či problematické situaci spojené s Vaší obezitou?

*„Pokud se dá brát jako nežádoucí událost zhoršení těch opruzenin, tak asi jo.“*

Doplňková otázka:

Stalo se Vám někdy, že byste spadla nebo se poranila?

*„Ne, to se mi nikdy nestalo.“*

4. Setkala jste se během hospitalizace s nevhodným chováním zdravotníků k Vaší osobě v souvislosti s obezitou?

*„No, někdy to bylo napjaté. Sestry z toho byly otrávený, že musí tahat takový velký kolos. Měla jsem takový pocit, že kdybych nebyla tak tlustá, tak nejsem tak nemocná.“*

## **Výzkumná otázka č. 2:**

Jaká je kvalita ošetrovatelské péče o tyto pacienty v lůžkovém zdravotnickém zařízení?

Otázky z rozhovoru:

5. Bylo na oddělení, kde jste byla hospitalizována, dostatečné materiální i personální vybavení pro zajišťování kvalitní ošetrovatelské péče extrémně obézním klientům?

*„Jak na kterém oddělení. Na kožním bylo personálu velmi málo, tam to bylo zoufalé. Na tom ARO to bylo pořádku, tam jsem neměla pocit, že by bylo málo personálu, tam to bylo v pohodě. Měla jsem tam i postel, která se dala různě zvednout a pak i polštáře nebo podložky, kterými mě zapírali při polohování.“*

6. Máte dojem, že kvalita ošetrovatelské péče o monstrózně obézní pacienty je stejná jako o štíhlé?

*„Asi ano. Nikdy jsem neměla pocit, že by se o mne starali hůř. Se mnou je to těžké, já jak jsem tlustá, tak se těžko sama někam dostanu. Potřebovala bych od sestřiček pomoci někam dojít, ale na tom kožním a interně je málo personálu, tak je to problém. Na ARO jsem nechodila, tam jsem jen ležela a sestra byla stále u mě, takže, když jsem něco potřebovala, hned mi pomohla.“*

7. Jak jste vnímala ošetrovatelskou péči o svou vlastní osobu?

*„Tak třeba na ARO si to ze začátku vůbec nepamatuju, protože jsem byla v umělém spánku. Když jsem se pak probudila, tak si myslím, že se všichni snažili. Byla pro mě nepříjemná ta manipulace, to přetáčení a polohování, bylo to obtížné a bolestivé. A když bych měla srovnat všechny oddělení, kde jsem ležela, tak sestřičky jsou různé, někdy ochotné, někdy nepříjemné. Někdy se mi zdálo, že jsou víc nepříjemné, ale bylo to asi tím, že mi nebylo dobře.“*

8. Zapojovala jste se sama aktivně do ošetrovatelského procesu a byla jste personálem dostatečně motivována?

*„Bylo to trochu jiné na normálním oddělení, tam mi říkali, že se musím víc snažit a víc se hýbat. Na ARO za mnou chodil rehabilitační, cvičili se mnou na posteli, ale musím říci, že to bylo pro mě velmi obtížné.“*

### Výzkumná otázka č. 3:

Co by bylo potencionálním přínosem do problematiky ošetrovatelské péče o monstrózně obézní?

Otázky z rozhovoru:

9. Napadne Vás něco, co by se dalo v souvislosti s problematikou ošetrování extrémně obézních zlepšit?

*„Já nevím. Ale mám pocit, že na normálních odděleních není dost pomocného personálu a nemají žádné pomůcky.“*

10. Slyšela jste někdy o OB klinice či XXL centrech?

*„No to jsem neslyšela.“*

11. Myslíte si, že je osvěta a prevence obezity dostatečná? Snažíte se Vy sama problém obezity řešit?

*„Já si myslím, že asi jo. Ale člověk do toho tak nějak spadne a nevnímá to, a když se pak dostane na nějakou váhu, tak už se v tom mele. Hubnutí s touhle váhou už člověk sám nezvládne, jsem unavená, pohodlná, ale když zrovna nemám žádné problémy, tak jsem spokojená. Rodina se o mne dobře stará, tak ani nemám motivaci hubnout. Doma mi nikdy chlapi neřeknou, že jsem tlustá, abych se sebou něco dělala, naopak mi hodně pomáhají.“*

12. Bylo by pro Vás přínosem zapojit do péče o vaši osobu v rámci hospitalizace i psychologa?

*„Já si myslím, že kdyby přišel a vyslechl mě, tak by asi vyplynuly na povrch i jiné problémy. Myslím si, že bychom se nějak domluvili a možná bychom něco vyřešili, bylo by to asi příjemnější. Člověk by měl pocit další péče, že se o mne více starají, bylo by to fajn.“*

## 15.2 Rozhovor se všeobecnou sestrou a pacientem z Neurologické kliniky

### 15.2.1 Všeobecná sestra

Vystudovala Střední zdravotnickou školu, praxi ve zdravotnictví má 31 let. Pracovala na Dětské klinice, dále v respiračním stacionáři pro astmatické děti a posledních 10 let pracuje na Neurologické klinice, nejdříve na dětském oddělení, nyní na standardních lůžkách pro dospělé.

#### Výzkumná otázka č. 1:

Jaký je největší problém související s ošetrovatelskou péčí o monstrózně obézní pacienty?

Otázky z rozhovoru:

1. Setkala jste se v rámci ošetrovatelského procesu s monstrózně obézním pacientem a byla jste nucena řešit problematiku spojenou s péčí o něj?

*„Nyní na neurologickém oddělení jsem se s nimi samozřejmě setkala, ale zase ne tak často.“*

2. Nastaly nějaké komplikace či potíže při jeho ošetřování?

*„Dekubit si nepamatuju žádný, zapařeniny samozřejmě mají, ale to se ošetřuje, důkladně myje, vysouší a maže. Jinak potíže bych viděla v tom, že s takovými pacienty je obtížná manipulace, nehneme s nimi. Když o noční sloužíme jen ve dvou, musíme si volat sanitáře, protože samy ho nenapolohujeme. A polohujeme pravidelně po dvou hodinách, aby se neproleželi. Máme sice zvedák na koupání Viking, ale ten je asi jen do 130 nebo 150 kg.“*

3. Došlo někdy k nežádoucí události spojené s ošetřováním či manipulací monstrózně obézního klienta?

*„Já sama se nepamatuju, že by se něco stalo ve smyslu pádu, zranění apod.“*

4. Znáte rizika spojená s ošetřováním obézních pacientů a dodržujete zásady manipulace s nimi?

*„Rizika samozřejmě znám, manipulovat s těžkými pacienty se všichni snažíme, tak jak se má, protože tím chráníme sami sebe. Ale přesto většina z nás trpí bolestmi zad. Já sama mám problémy s páteří a velká zátěž při zvedání pacientů to jen zhoršuje. V mém okolí už čtyři kolegyně byly na operaci pro vyhrzlou ploténku.“*

### **Výzkumná otázka č. 2:**

Jaká je kvalita ošetrovatelské péče o tyto pacienty v lůžkovém zdravotnickém zařízení?

Otázky z rozhovoru:

5. Máte dostatečné vybavení, prostředky a personální zajištění zajišťující poskytování kvalitní ošetrovatelské péče monstrózně obézním klientům?

*„Pomůcek máme dost. Polohovací pomůcky jako klíny, polštáře, to všechno máme. Co se týče ošetrovatelského personálu, to bych řekla, že ve všední den je to v pořádku. Horší je to o noční službě, kdy sloužíme jen dvě sestry, a při denní službě o víkendu jen dvě sestry a jedna ošetrovatelka. Takže, když se sejde více takových pacientů, je to honička. Kdybych to měla shrnout, tak pomůcek je dostatek, ale personálu málo. I když na počet pacientů počet sester odpovídá, ale nikoho nezajímá, jaká ta skladba pacientů je.“*

6. Máte dojem, že kvalita ošetrovatelské péče o monstrózně obézní pacienty je stejná jako o štíhlé?

*„Nemyslím si, že by péče o ty obézní byla horší, ale samozřejmě o ty štíhlé je daleko jednodušší. Naopak, když máme obézního pacienta, musíme se mu věnovat více, protože rizika jsou u něj daleko větší. Když bychom ho nechali déle ležet v jedné poloze, tak máme strach, aby se neproležel.“*

7. Jak si myslíte, že extrémně obézní klienti vnímají péči o jejich osobu?

*„Jsou pacienti, kteří si uvědomují, že jsou těžcí a ještě k tomu nesoběstační, tak se snaží trochu pomoci. U nás na oddělení leží mnoho pacientů po iktu, záleží pak na tom, zda mají hemiparézu nebo kvadruparézu. Pokud mají alespoň jednu ruku zdravou, tak se nám snaží pomáhat, že se přidrží hrazdičky a nadzvednou se. Jsou pacienti, kteří jsou opravdu vděční za naši péči a také nám to řeknou. Pak jsou ale takoví pacienti,*

*kteří si myslí: sestro starej se, já jsem nemocný. Ale to pak jsou spíše ti pacienti, kteří jsou nemocní méně.“*

8. Myslíte si, že je extrémně obézní pacient dostatečně motivován, a že se sám ochotně zapojuje do procesu uzdravování?

*„Já myslím, že ano. U nás na oddělení máme edukační sestru, která za pacienty chodí a edukuje je. Pak je tam rehabilitační sestra, která s nimi cvičí a ukazuje, jak to mají provádět. Myslím si, že se pak pacienti sami více snaží.“*

Doplňková otázka:

A v jakých oblastech edukuje pacienty edukační sestra na Vašem oddělení?

*„U nás je edukační sestra jen pro neurologii, protože zde máme iktové centrum. Když se pacienti přeloží z jednotky intenzivní péče na standardní lůžkové oddělení, tak je potřeba jim vše vysvětlit. Zůstávají jim trvalé následky, protože končetinu mají plegickou nebo paretickou, edukační sestra jim vysvětlí prevenci další cévní mozkové příhody. Ukáže jim i kompenzační pomůcky, naučí je píchat si podkožně Fraxiparin. Potom přijde informovat nás, jako sestry, že je pacient edukovaný, abychom na to ale ještě dohlédly.“*

### **Výzkumná otázka č. 3:**

Co by bylo potenciálním přínosem do problematiky ošetrovatelské péče o monstrózně obézní?

Otázky z rozhovoru:

9. Napadne Vás něco, co by se dalo v souvislosti s touto problematikou zlepšit?

*„Jednoznačně více ošetrovatelského personálu.“*

10. Slyšela jste někdy o OB klinice či XXL centrech?

*„To jsem nikdy neslyšela.“*

11. Myslíte si, že je osvěta a prevence obezity dostatečná?

*„Já si myslím, že ne. A pokud je, tak lidé na to nedbají.“*

12. Myslíte si, že by bylo přínosné zapojit do péče o monstrózně obézního pacienta i psychologa?

*„Určitě ano.“*

### **15.2.2 Pacient**

Osmačtyřicetiletý pacient pracuje ve zdravotnictví. S obezitou se potýká asi od třiceti let. Při výšce 180 cm váží 185 kg. Svou extrémní obezitu přisuzuje nezdravému životnímu stylu, nadměrnému holdování jídlu a sladkým nápojům a nepravidelné životosprávě vzhledem ke střídavé pracovní době. Nesportuje. Hospitalizován byl jedenkrát na plicním oddělení pro syndrom spánkové apnoe a na neurologickém oddělení pro ischias. Na noc používá domácí ventilátor na neinvazivní ventilaci plic. V současné době dodržuje zdravou životosprávu, stravuje se formou dělené stravy, nepije sladké nápoje ani alkohol a za poslední půlrok zhubl o 20 kg. Cítí se dobře a v hubnutí chce pokračovat.

#### **Výzkumná otázka č. 1:**

Jaký je největší problém související s ošetrovatelskou péčí o monstrózně obézní pacienty?

Otázky z rozhovoru:

1. Kolikrát jste byl hospitalizovaný? Byla tato hospitalizace důsledkem vzniklých komplikací obezity?

*„Hospitalizovaný jsem byl dvakrát, jedenkrát na plicním oddělení, ale asi jen 2 dny. A jedenkrát na neurologii pro ischias, který už se nedal zvládnout v péči praktického lékaře. Na plicním jsem ležel pro syndrom spánkové apnoe, kde mě vyšetřili a naučili používat domácí ventilátor. Jsem si vědom toho, že tato choroba je spojená s mojí obezitou. Ischias mi vznikl náhle, po prudkém pohybu, ale asi i ten bude souviset s mojí váhou.“*

2. Nastaly u Vás nějaké komplikace či potíže spojené s ošetrovatelskou péčí?

*„Na ošetrovatelskou péči si nemohu stěžovat, sestřičky na mne byly vždy milé a snažily se. A vzhledem k tomu, že jsem se sám mohl jakž takž pohybovat, tak jsem neměl problém s tím, že bych se třeba proležel nebo se nemohl sám obstarat.“*



3. Došlo někdy k nežádoucí události či problematické situaci spojené s Vaší obezitou?  
*„Tak z praxe vím, že mezi nežádoucí události patří pády nebo dekubity apod. a s těmi naštěstí zkušenost nemám. O problematické situaci nevím. Možná je to tím, že jsem byl celkem soběstačný a mohl jsem se sám pohybovat.“*
4. Setkal jste se během hospitalizace s nevhodným chováním zdravotníků k Vaší osobě v souvislosti s obezitou?  
*„Ne, to jsem se nikdy neseťkal, ale říkám, byl jsem soběstačný, tak nebyl důvod, aby se sestry se mnou tahaly. Nikdy jsem s chováním zdravotníků neměl problém.“*

### **Výzkumná otázka č. 2:**

Jaká je kvalita ošetrovatelské péče o tyto pacienty v lůžkovém zdravotnickém zařízení?

Otázky z rozhovoru:

5. Bylo na oddělení, kde jste byl hospitalizován, dostatečné materiální i personální vybavení pro zajišťování kvalitní ošetrovatelské péče extrémně obézním klientům?  
*„Tak já jsem osobně žádné pomůcky nepotřeboval, ani se o mne nemuselo starat více sester. Ale na neurologickém oddělení jsem si všiml, že bylo více nepohyblivých ležících pacientů. Ty musely sestry polohovat a přetáčet, tak k tomu potřebovaly různé polohovací pomůcky. Docela jsem je obdivoval, jakou musí mít sílu, protože někdy to zvládaly ve dvou, jindy s nimi přišel sanitář, aby jim pomohl. Musí to být pro ně velmi fyzicky náročné. Tohle polohování zabere velkou spoustu času, a jestli mají na oddělení takových pacientů víc, tak jim asi nezbyvá čas na nic jiného. Myslím si, že by tam těch sester nebo jiného personálu mělo být více.“*
6. Máte dojem, že kvalita ošetrovatelské péče o monstrózně obézní pacienty je stejná jako o štíhlé?  
*„To určitě ano. Naopak si myslím, že štíhlý pacient se o sebe více postará sám, o ty tlusté a ještě k tomu ležící, se musí sestra starat více. Takže je ta péče možná i kvalitnější.“*
7. Jak jste vnímal ošetrovatelskou péči o svou vlastní osobu?

*„Já si nemůžu stěžovat, s péčí jsem byl spokojen. Když jsem něco potřeboval, sestry byly vždy ochotné.“*

8. Zapojoval jste se sám aktivně do ošetrovatelského procesu a byl jste personálem dostatečně motivován?

*„Já jsem se snažil vždy co nejvíc pomoci, být co nejvíce soběstačný, abych sestřičkám práci ulehčil. Snažily se mě hodně psychicky podporovat, byly milé a řekl bych, že na to, co mají práce, tak byly stále usměvavé.“*

### **Výzkumná otázka č. 3:**

Co by bylo potencionálním přínosem do problematiky ošetrovatelské péče o monstrózně obézní?

Otázky z rozhovoru:

9. Napadne Vás něco, co by se dalo v souvislosti s problematikou ošetrování extrémně obézních zlepšit?

*„Já sám jsem nikdy problém s ošetrovatelskou péčí neměl, ale myslím si, že všeobecně by se měl navýšit počet zdravotnického personálu. Protože sestry, které tu celý den běhají po oddělení a tahají se s tlustými a nemohoucími pacienty, musí být na konci směny úplně odrovnané. Nechtěl bych být manželem jedné z nich, aby mi chodila domů z práce vyčerpaná a nebyla schopná už ničeho.“*

10. Slyšel jste někdy o OB klinice či XXL centrech?

*„O OB klinice jsem četl v jednom lékařském časopise, takže vím, že to je klinika určená právě pro léčbu hodně obézních pacientů, a že jsou tam lékaři z různých oborů. Mají tam vybavení pro péči o obézní, takže kvalita ošetrovatelské péče je tam asi výborná.“*

11. Myslíte si, že je osvěta a prevence obezity dostatečná? Snažíte se Vy sám problém obezity řešit?

*„Já nevím, myslím si, že to asi dostatečné není. S prevencí by se určitě mělo začít už na škole v rámci nějaké výchovy. V dnešní době je to hlavně o špatném stravování a nepohyblivosti už u dětí. A pokud doma trochu nepůsobí výchovně i rodiče, tak samo dítě se nechá snadno zlákat nezdravou stravou. Nepřidá tomu ani neustálé vysedávání*

*u počítače. Mám zkušenosti s tím, že pokud jsou obézní rodiče, tak jsou obézní i děti, protože jsou navyklí na určitý způsob života, a možná je to i trochu genetické.*

*Osvěta a prevence obezity by měla být prováděna u praktického lékaře. Asi každý chodí na preventivní prohlídky, tak by se na to měl lékař zaměřit. A takové ty reklamy v televizi na přípravky na hubnutí jsou k ničemu, jsou to jen taháky peněz z důvěřivých lidí. Člověk, který chce zhubnout, to musí mít v hlavě, musí být o tom přesvědčen, že chce něco pro sebe udělat.*

*Já sám už jsem byl v takovém stadiu obezity, že jsem byl dušný, trpěl jsem zácpou a bolely mě klouby. Jednoho dne jsem si řekl, že by to takhle dál nešlo, naštvál jsem se sám na sebe a úplně jsem změnil životosprávu, začal jsem dodržovat dělenou stravu, piju jen vodu, vynechávám pečivo. Zhubnul jsem za půl roku 20 kg a chci v tom dál pokračovat. Mým cílem je shodit 50 kilo váhy. Minulý týden jsem poprvé po třech letech spal bez ventilátoru, což je pro mě obrovský úspěch.“*

12. Bylo by pro Vás přínosem zapojit do péče o vaši osobu v rámci hospitalizace i psychologa?

*„Já si myslím, že určitě ano, protože když je člověk v nemocnici, většinou propadá chmurným myšlenkám. Psycholog by ho mohl vyslechnout a podpořit, nebo navrhnout, co dál. A nemyslím si, že by byl prospěšný jen u obézních. Naopak by ho určitě uvítal jakýkoliv pacient. Všichni mají nějaký problém, a nemocí se může zhoršovat nejen psychika, ale právě tou zhoršenou psychikou i zdravotní stav. Takže, myslím si, že psycholog určitě ano. Byla by dobrá taková služba, aby si ho mohl pacient na přání vyžádat.“*

## 16 ANALÝZA ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Bakalářská práce, které jsem se věnovala, se zabývá problematikou ošetrovatelské péče u hospitalizovaných monstrózně obézních pacientů.

Získané informace jsem zpracovala a jednotlivé výsledky rozhovorů s pacienty a zdravotnickými pracovníky porovnávala. Pro ucelený náhled jsem vypracovala tabulky (viz tabulka 1 a 2), které se vztahují k mému výzkumu a jednotlivým výzkumným otázkám. V tabulkách jsou otázky z rozhovorů i odpovědi zaznamenány heslovitě.

**Tabulka 2 – Porovnání ošetrovatelské péče z pohledu zdravotníků**

Otázky z rozhovoru NELZP	Všeobecný ošetrovatel ARO	Všeobecná sestra neurologie
Provádění ošetrovatelské péče u obézního pacienta	Ano, vícekrát	Ano
Vzniklé komplikace v souvislosti s ošetrovatelskou péčí	Zapařeniny Zhoršené dýchání Obtížné polohování	Zapařeniny Obtížná manipulace Onemocnění páteře u sester
Vznik nežádoucí události	Nenastala	Nenastala
Znalost rizik spojených s péčí o monstrózně obézní	Zná a dodržuje	Zná a dodržuje
Personální a materiální zajištění na oddělení pro péči o obézní	Pomůcek dostatek Personálu málo	Pomůcek dostatek Personálu málo
Kvalita ošetrovatelské péče v porovnání se štíhlými pacienty	Stejná, spíše lepší	Stejná, spíše lepší
Motivování pacientů	Dostatečné	Dostatečné
Nápad na zlepšení péče o obézní	Více zájmu o pacienty Více personálu	Více ošetrovatelského personálu
Povědomí o OB klinice	Ne	Ne
Dostatečná prevence a světa obezity	Nelze hodnotit	Ne
Zapojení psychologa do péče o obézního pacienta	Ano	Ano

Zdroj: vlastní

**Tabulka 3 – Porovnání ošetrovatelské péče z pohledu pacientů**

Pacienti	Pacientka ARO	Pacient neurologie
Otázky z rozhovoru		
Hospitalizace v souvislosti s obezitou	Ano, mnohokrát	Ano, dvakrát
Vzniklé komplikace v souvislosti s ošetrovatelskou péčí	Zapařeniny Mykózy Zhoršené dýchání	Ne
Vznik nežádoucí události	Ne	Ne
Nevhodné chování zdravotníků	Ano	Ne
Personální a materiální zajištění pro péči o obeztní	Personálu málo Pomůcek dostatek	Personálu málo Pomůcek dostatek
Kvalita ošetrovatelské péče v porovnání se štíhlými pacienty	Stejná	Stejná, možná lepší
Motivace personálem	Dostatečná	Dostatečná
Návrh na zlepšení péče o obeztní	Více personálu	Více personálu
Povědomí o OB klinice	Ne	Ano
Dostatečná osvěta a prevence obezity	Ano	Ne
Zapojení psychologa do péče	Ano	Ano

Zdroj: vlastní

## 17 DISKUZE

V bakalářské práci se zabývám problematikou ošetrovatelské péče u hospitalizovaných monstrózně obézních pacientů. Toto téma jsem si vybrala záměrně proto, že hospitalizací takto obézních jedinců přibývá. Sama pracuji na Anesteziologicko-resuscitačním oddělení, kde se s těmito pacienty setkáváme poměrně často, a jsme tudíž nuceni řešit otázku poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Ta totiž většinou vyžaduje nestandardní přístupy a velké nasazení zdravotníků.

Jak uvádí Petr Sucharda ve svém článku Extrémně obézní pacienti (36), už i zavedení nitrožilní kanyly u takto obézních pacientů může být heroickým výkonem, a jakýkoli transport nepohyblivého nemocného připomíná manévry, kterých se účastní veškerý dostupný personál. Sedačky nestačí šířkou ani nosností, u lůžka jsou limitující rozměry, které nemohou být větší než šířka běžných dveří. Extrémně obézní pacienti se sice do lůžka jakž takž vejdou, ale již nezbývá prostor pro polohování, byť jen z důvodu výměny ložního prádla. Nabídka vybavení a pomůcek existuje, ale jejich cena roste s nosností téměř geometrickou řadou.

Cílem práce bylo zmapovat problematické oblasti ošetrovatelské péče při ošetrování hospitalizovaných monstrózně obézních pacientů z pohledu zdravotníka a z pohledu nemocného. Pro výzkumné šetření jsem zvolila kvalitativní výzkum metodou polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor tvořili jedna všeobecná sestra a jeden pacient z Neurologické kliniky a jeden všeobecný ošetrovatel a jedna pacientka z Anesteziologicko-resuscitačního oddělení. Celkem čtyři respondenti. Stanovila jsem tři výzkumné otázky. Všechny byly zaměřené jak na zdravotníky, tak na pacienty. Všichni respondenti, které jsem požádala o rozhovor, byli vstřícní. Nikdo rozhovor neodmítl.

### **Výzkumná otázka č. 1**

*Jaký je největší problém související s ošetrovatelskou péčí o monstrózně obézní pacienty?*

Na tuto otázku, ze vzájemného porovnání všech výpovědí, vyvstala jednoznačná odpověď: nedostatek ošetrovatelského personálu. Pacient z Neurologické kliniky vypověděl, že on sám neměl žádný problém týkající se ošetrovatelské péče o jeho osobu,

protože byl soběstačný, a tudíž nepotřeboval významnější péči od sester. Ale naopak se všiml, že na oddělení, kde byl hospitalizován, bylo více ležících pacientů, které bylo potřeba polohovat, zvedat a ošetřovat, a sestry měly velké potíže tyto pacienty pro jejich váhu uzvednout. On sám nemá zkušenosti ani s dekubity, pády, zraněními či jinými komplikacemi v souvislosti s jeho obezitou a pobytem v nemocnici.

Všeobecná sestra téže kliniky si rovněž postěžovala hlavně na nedostatek ošetřujícího personálu. Polohovacích pomůcek pro imobilní obézní pacienty na oddělení mají dostatek, polohování provádí pravidelně a předchází tím vzniku dekubitů. Ale i přesto je manipulace s těmito pacienty časově i fyzicky náročná. Často si musí volat sanitáře ze služby, kterého mají k dispozici. Na otázku komplikací spojených s péčí o obézní odpovídá, že u pacientů se občas vyskytnou zapařeniny v kožních záhybech, a proto u nich musí dbát na důkladnou hygienu.

Ladislava Syslová a Jitka Novotná v článku Morbidně obézní pacientka (23) uvádějí, že právě hygienická péče u extrémně obézních pacientů představuje velký problém, a že kompletní hygiena probíhá většinou za asistence téměř celé směny ošetřovatelského a často i lékařského personálu. S hygienou pak souvisí i prevence dekubitů a zapařenin, a proto je nutné správné ošetřování kožních záhybů a polohování.

Další, velmi významnou komplikací spojenou s ošetřováním obézních, jsou onemocnění páteře u zdravotnického personálu. I když rizika spojená s nadměrnou zátěží všichni znají a dodržují zásady manipulace s těžkými břemeny, přesto dochází u většiny zdravotníků minimálně k bolestem zad. Dle výpovědi sestry z neurologického oddělení, má ona sama potíže s páteří, a několik jejích kolegyně podstoupilo operaci pro vyhřezlou meziobratlovou ploténku.

Vůbec nesouhlasím s názorem Jolany Matyášové, která ve své bakalářské práci Obezita jako ošetřovatelský problém (31) uvádí, že při polohování obézního pacienta si sestra může přivodit i potíže se zády a páteří, proto je výhodné, když jsou lůžka pro tyto pacienty vybavené antidekubitární matrací. Ani antidekubitární matrace totiž není samospasitelná a nezaručí, že u takového pacienta nedojde ke vzniku proleženiny. Na oddělení, kde pracuji, používáme jen tyto matrace, ale přesto je nutné pacienta pravidelně polohovat, protože riziko vzniku dekubitů je velmi vysoké.

Další respondentka, pacientka ARO, za problém v souvislosti s ošetřovatelskou péčí považovala zhoršení dýchání, zapařeniny a mykózy. Ale zároveň uvedla, že je mívá často, tudíž by je nespojovala s horší péčí sester. V čem ale viděla problém, byl přístup

zdravotnického personálu. Měla srovnání mezi intenzivní péčí a standardním oddělením, kde byla hospitalizována opakovaně. Na oddělení ARO se k ní chovali všichni vstřícně, ale z kožního oddělení má zkušenosti s nevhodným chováním sester vůči její osobě. Podle její výpovědi jsou všeobecné sestry různé, někdy ochotné, někdy nepříjemné. Někdy měla pocit, že jsou více nepříjemné, ale přisuzuje to jejímu zhoršenému zdravotnímu stavu, a tím pádem si vše více vztahovala na sebe.

Ve svém článku Obézní vyžadují citlivější přístup (29), vysvětluje Michaela Fraňková nutnost citlivějšího přístupu k obézním pacientům. V komunikaci s nimi je lépe zastávat osobnější, empatický přístup, je dobré je podpořit. V žádném případě by je zdravotník neměl odsuzovat, ale měl by jim podat pomocnou ruku.

Takový názor má i všeobecný ošetřovatel z ARO, který vidí problém nejen v přístupu k obéznímu pacientovi. I on si ve své výpovědi postěžoval na nedostatek personálu, hlavně pomocného. Co se týká pomůcek, ty na oddělení mají, ale nejsou prý vždy dostačující. Mezi komplikace v souvislosti s obezitou a ošetřovatelskou péčí řadí zapařeniny, zhoršené dýchání pacientů a problematické polohování. Dekubity, dle jeho názoru, spíše vznikají u hubených jedinců nežli u obézních.

## **Výzkumná otázka č. 2**

*Jaká je kvalita ošetřovatelské péče o tyto pacienty v lůžkovém zdravotnickém zařízení?*

V otázce kvality ošetřovatelské péče se respondenti z řad zdravotnických pracovníků shodli na tom, že je stejná jako u štíhlých pacientů, spíše lepší. Sestra z Neurologické kliniky uvedla, že se o extrémně obézní pacienty musí starat o to více, čím je u nich větší riziko dekubitů a jiných komplikací. Kvalitní péče spočívá i v přístupu zdravotníka k nemocnému. Důležitá je motivace a psychická podpora. Velmi mne zaujalo zjištění, že na neurologickém oddělení pracuje edukační sestra, která má za úkol edukovat pacienty v různých oblastech jejich nemoci či trvalých následků.

Všeobecný ošetřovatel z ARO též uvedl, že obézní pacient dostává oproti jinému péče více, a to zejména kvůli prevenci dekubitů, zapařenin a dechové nedostatečnosti. Obézní mají dechové parametry zhoršené, spontánní ventilace je nekvalitní a na ARO jsou vždy napojeni na umělou plicní ventilaci. Pak velmi záleží na sestře, jak se bude starat o dýchací cesty nemocného, aby se mohlo co nejdříve začít s weaningem.



Dle slov všeobecného ošetřovatele, pokud je člověk profesionál, dá péči stejnou všem pacientům. Zároveň uvedl, že si všiml některých kolegů, že mají potřebu komentovat ošetřovatelskou péči u obézních, a většinou jsou to ti, kteří mají sami problémy s nadváhou. Domnívá se, že v obézním pacientovi vidí sami sebe, jsou na sebe naštvaní a pak si vylévají vztek na tom druhém.

Na otázku, jak si myslí, že pacienti vnímají péči o svou osobu, oba zdravotničtí pracovníci shodně odpověděli, že většina obézních nemocných si uvědomuje, že jsou těžcí, že je s nimi více práce, a že vše trvá delší dobu. Pokud jsou pacienti alespoň trochu soběstační, snaží se sestřím pomoci. Někteří z nich jsou vděční za péči sester, nezdráhají se poděkovat. Ale jsou i tací, kteří si myslí, že když jsou nemocní, nemusí dělat nic a sestra se o ně postará sama.

Kvalitu ošetřovatelské péče hodnotí kladně i pacient z neurologického oddělení. Sám nikdy neměl problém s nezájmem či horší péčí a uvědomuje si i to, že u obézních mají sestry více práce, a právě proto se snažil obstarat se co nejvíce sám, aby sestřím trochu ulehčil.

Pacientka z ARO rovněž nikdy neměla pocit horší péče. Na oddělení za ní docházel rehabilitační pracovník, sestry byly vždy u lůžka a ochotné pomoci. Ve srovnání s kožním oddělením ale měla pocit, že péče tam je trochu horší, že sestry nemají čas, protože jich je málo. Uvědomuje si, že manipulace s ní je obtížná, že přetáčení a polohování je náročné a bolestivé.

Mohu jedině souhlasit s názorem Jarmily Drábkové, která v článku *Obézní pacient a jeho polohování v intenzivní péči* (37) uvádí, že u obézního pacienta se zhoršuje tolerance pro změnu poloh, a že velmi stoupá počet polohovacích pomůcek. Poloha rovně na zádech neboli supinní poloha, je pro pacienty extrémně obézní nebezpečná (pro výskyt syndromu náhlé smrti a dechovou nedostatečnost), proto by tak pacient neměl být vůbec ukládán. Správné polohování u obézních je velmi důležité nejen jako prevence dekubitů, ale i jako předcházení dechovým a oběhovým komplikacím, které mohou akutně ohrozit život pacienta.

### **Výzkumná otázka č. 3**

*Co by bylo potencionálním přínosem do problematiky ošetřovatelské péče o monstrózně obézní?*

Po analýze všech odpovědí vyvstává na poslední výzkumnou otázku jednoznačná odpověď: více zdravotnického personálu, zejména pomocného. Shodli se na tom všichni respondenti, všeobecný ošetřovatel z ARO ještě k tomu dodal, že by bylo potřeba i více zájmu o pacienty. Člověka bychom neměli rozlišovat podle toho, zda je štíhlý nebo obézní, a péči u něj bychom měli vykonávat ne proto, že to musíme udělat, ale proto, že to chceme a pacientovi tím pomůžeme. Velkým přínosem v péči o monstrózně obézní, ale nejen o ně, by byla možnost využít služby psychologa. Všichni dotazovaní jsou za jedno v tom, že pomoc psychologa by určitě zvýšila kvalitu péče o pacienta. Dle mého názoru, psychická podpora velmi kladně působí na duši člověka, povzbuzuje ho a pomáhá překonat nepříjemné období hospitalizace. Věřím tomu, že pozitivně naladěný pacient by se rychleji uzdravoval, zkrátila by se doba jeho pobytu v nemocnici, a tím i náklady vynaložené na jeho léčbu.

Co se týče otázky osvěty a prevence obezity, zjistila jsem, že je spíše nedostatečná a dle názoru pacienta z neurologie hodně záleží už na rodičích, jakým směrem v životosprávě budou ubírat své děti. Velmi se mi líbila výpověď všeobecného ošetřovatele ARO, který uvedl, že obezita je více méně o životním stylu. Je velmi důležité žít v rovnováze, nestresovat se a naučit se být v klidu. Protože pohodový člověk má rád své tělo, naslouchá mu, nepotřebuje se přejídat a sám pozná, co je pro něj dobré a co ne.

Všechny výzkumné otázky byly zodpovězeny, a tudíž splněn i cíl výzkumu, kterým bylo zmapovat problematické oblasti ošetřovatelské péče u hospitalizovaných monstrózně obézních pacientů a porovnat je z pohledu zdravotníka a nemocného.

Všichni dotazovaní se nejvíce zaměřovali na nedostatek personálu při péči, někdy na nevhodné chování zdravotníků, na problémy při manipulaci a polohování obézních a na prevenci proleženin. Překvapilo mě, že se nikdo nezmínil o tak banální věci, jako je měření krevního tlaku. Sama mám zkušenosti s tím, že obézním pacientům je nesnadné přiložit manžetu od tonometru, a že i největší velikost je pacientovi malá nebo špatně sedí na paži. Nikdo si nevzpomněl ani na obtížné vyhledávání vhodné žíly ke kanylaci nebo odběru krve. Postrádala jsem i názor na základní potřebu, jakou je vyprazdňování. Imobilnímu monstrózně obéznímu pacientovi správně umístit podložní mísu je totiž heroický výkon. S tím souvisí i problémy při hygienické péči. Extrémně obézní jedinci ji sami zvládají obtížně, nemohou se ohnout přes břicho a boky, nedosáhnou si na genitálie ani na dolní končetiny. Je nutná dopomoc zdravotnického personálu, ale i tak přístupnost některých

tělních partií je obtížná a přes velké kožní záhyby se mnohdy pacienta nepodaří řádně omýt. Tato záležitost je pro tázané pacienty nejspíš choulostivá, proto se o ní nezmínili.

Všem vyjmenovaným komplikacím a problémům při ošetřování a léčbě monstrózně obézních jedinců, by se dalo předejít ve zdravotnických zařízeních vybavených právě pro péči o tyto pacienty. Podle slov Štěpána Svačiny (33) vzniká nyní projekt XXL center, který by měl statut ministerstva zdravotnictví a pečoval by o extrémně obézní pacienty. O ty je zatím velmi dobře postaráno v jediné OB Klinice v Praze. O její existenci neměli respondenti vůbec tušení, kromě pacienta z neurologie, který je zároveň zdravotnickým pracovníkem a dočetl se o ní v lékařském časopise.

Oblastí, ve kterých se vyskytují problémy při ošetřování monstrózně obézních jedinců ve standardních nemocničních zařízeních je mnoho, není dobré před nimi zavírat oči, a tam, kde by bylo možné provést nápravu, alespoň se o to pokusit. Každý zdravotnický pracovník může udělat minimálně to, že si při ošetřování obézního bude uvědomovat, že i tento pacient je jen nemocný člověk, který potřebuje laskavou péči a vlídný přístup.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce byla zaměřena na problematiku ošetrovatelské péče o monstrózně obézní pacienty. Celá práce je rozdělena do dvou částí. V první, teoretické části, je popsána obezita jako taková, dále její rozdělení, etiopatogeneze, prevence, komplikace a léčba. Druhá polovina teoretické části se zabývá ošetrovatelskou péčí o extrémně obézní, pomůckami a vybavením. Závěr této části je věnován rizikům spojeným s ošetrováním obézních, důležitosti prevence a správné manipulace s těžkými pacienty.

Pro praktickou část byla vybrána metoda kvalitativního výzkumu, který byl vedený formou rozhovorů. Pro rozhovory byli vybráni čtyři respondenti, dva z Anesteziologicko-resuscitačního oddělení a dva z Neurologické kliniky. Vždy jedna sestra a jeden pacient.

Hlavním cílem bylo zmapovat problematické oblasti ošetrovatelské péče u hospitalizovaných monstrózně obézních pacientů z pohledu zdravotníka a z pohledu pacienta. Ke zpracování praktické části byly vytvořeny tři výzkumné otázky: Jaký je největší problém související s ošetrovatelskou péčí o monstrózně obézní pacienty? Jaká je kvalita ošetrovatelské péče o tyto pacienty v lůžkovém zdravotnickém zařízení? Co by bylo potencionálním přínosem do problematiky ošetrovatelské péče o monstrózně obézní? Všechny otázky byly zodpovězeny a cíl výzkumu byl splněn.

Z výzkumu vyplynulo, že největším problémem v péči o obézní je nedostatek personálu, pomůcek a vybavení, a že ani chování zdravotníků není vždy profesionální. Důležitým poznatkem je ale to, že i když podmínky pro ošetrování extrémně obézních jedinců nejsou vždy vyhovující, ošetrovatelské péči to na kvalitě neubírá. Naopak by se dalo říci, že čím je pacient více obézní, tím je lepší i péče, protože u něj narůstá riziko vzniku komplikací a nežádoucích událostí, kterým je nutno předcházet. Zajímavým zjištěním bylo, že zdravotníci i pacienti by přivítali pomoc psychologa jako součást péče o hospitalizovaného obézního klienta. Ten by mohl řešit nejen aktuální problémy nemocného, ale pomohl by mu vytvořit si nový pohled na sebe sama, a tím odstartovat cestu za kvalitnějším životním stylem.

Téma bakalářské práce je aktuální, ale opomíjené. Doporučením pro praxi je uspořádat seminář pro zdravotnické pracovníky, zaměřený na problematiku ošetrování monstrózně obézních pacientů, s využitím prezentace vytvořené za tímto účelem (viz příloha 5), jehož cílem by bylo ještě více zkvalitnit ošetrovatelskou péči o takto obézní.

## SEZNAM ZDROJŮ

1. PASTUCHA, Dalibor et al. *Pohyb v terapii a prevenci dětské obezity*. Praha: Grada, 2011. 128 s. ISBN 978-80-247-4065-2.
2. KASALICKÝ, Mojmír. *Chirurgická léčba obezity*. 1. vyd. Praha: Ottova tiskárna, 2011. 118 s. ISBN 978-80-254-9356-4.
3. HAINER, Vojtěch et al. *Základy klinické obezitologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 372 s. ISBN 80-247-0233-9.
4. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Základy ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
5. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 163 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2069-2.
6. PTÁČEK, Radek a BARTŮNĚK, Petr et al. *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
7. TRESS, Wolfgang, KRUSSE, Johannes, OTT, Jürger. *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál, 2008. 400 s. ISBN 978-80-7367-309-3.
8. PAŘÍZKOVÁ, Jana, LISÁ, Lidka et al. *Obezita v dětství a dospívání: terapie a prevence*. Praha: Galén, 2007. 239 s. ISBN 978-80-7262-466-9.
9. KRAHULEC, Boris, FÁBRYOVÁ, Ľubomíra, HOLÉCZY, Pavol, KLIMEŠ, Iwar et al. *Klinická obezitológia*. Brno: Facta Medica, 2013. 336 s. ISBN 978-80-904731-7-1.
10. SVAČINA, Štěpán. *Obezita a psychofarmaka*. Praha: Triton, 2002. 130 s. ISBN 80-7254-253-2.
11. SVAČINA, Štěpán. *Hypertenze při obezitě a diabetu*. 1. vyd. Praha: Triton, 2006. 134 s. ISBN 80-7254-911-1.
12. SVAČINA, Štěpán et al. *Metabolický syndrom*. 3. rozšíř. a přeprac. vyd. Praha: Triton, 2006. 282 s. ISBN 80-7254-782-8.
13. SVAČINA, Štěpán, BRETŠNAJDROVÁ, Alena. *Obezita a diabetes*. Praha: Maxdorf, 2000. 307 s. ISBN 80-85800-43-8.
14. SVAČINA, Štěpán, BRETŠNAJDROVÁ, Alena. *Cukrovka a obezita*. Praha: Maxdorf, 2003. 246 s. ISBN 80-85912-58-9.
15. VÍTEK, Libor. *Jak ovlivnit nadváhu a obezitu*. Praha: Grada, 2008. 160 s. ISBN 978-80-247-2247-4.

16. KRYGER, Meir, H., ROTH, Thomas, DEMENT, William, C. *Principles and practice of sleep medicine*. 4th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2005. 1724 s. ISBN 978-1-4160-6645-3.
17. MARINOV, Zlatko, PASTUCHA, Dalibor et al. *Praktická dětská obezitologie*. Praha: Grada Publishing, 2012. 224 s. ISBN 978-80-247-4210-6.
18. KULANOVÁ, Lea. Edukační program zaměřený na prevenci obezity u dětí. *Sestra*. 2013, roč. 23(č. 7-8), s. 46, ISSN 1210-0404.
19. GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života, Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
20. MATURKANIČ, Patrik. *5x člověk. Pět pohledů na život člověka*. České Budějovice: Hemala, 2010. 60 s. ISBN 978-80-86266-36-7.
21. NICHOLLS, Antony, WILSON, Iain. *Perioperační medicína*. Praha: Galén, 2006. 370 s. ISBN 80-7262-320-6.
22. BRABCOVÁ, Soňa. Ošetrovatelská péče při monstrózní obezitě. *Hojení ran*. 2013, roč. 7, suppl. 1, str. 45. ISSN 1802-6400.
23. SYSLOVÁ, Ladislava, NOVOTNÁ, Jitka. Morbidně obézní pacientka. *Sestra*. 2012, roč. 22, č. 11, str. 54. ISSN 1210-0404.
24. SVITÁK, Roman. Sanitní vůz Mercedes Benz pro transport monstrózně obézních nemocných. *Informace vedení ZZSPk*. č. I-12/2014.
25. VÝROST, Jozef, SLAMĚNÍK, Ivan. *Sociální psychologie*. 2. přeprac. a rozšíř. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. str. 416. ISBN 978-80-247-1428-8.
26. VÉVODA, Jiří a kol. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.
27. LEDEREROVÁ, Kateřina. Komunikace ve zdravotnictví. *Sestra*. 2014, roč. 24, č. 1, str. 26. ISSN 1210-0404.
28. HLÚBIK, Pavol et al. *Obezita: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře: /novelizace 2009/*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2009. 12 s. ISBN 978-80-86998-31-2.
29. FRAŇKOVÁ, Michaela. Obézní vyžadují citlivější přístup. *Nemocniční speciál*. Příloha Medical tribune. 2009, roč. 4, č. 6. str. 7.
30. MAGUROVÁ, Dagmar, MAJERNÍKOVÁ, Ludmila. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2009. str. 155. ISBN 978-80-8063-326-4.

31. MATYÁŠOVÁ, Jolana. *Obezita jako ošetrovatelský problém*. České Budějovice: 2014. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce: Mgr. Veronika Švábová.
32. ArjoHuntleigh Getinge Group. Problematika obézních klientů. *Léčba obezity*. [online]. Brno: 2014. [cit. 18. 8. 2014]. Dostupné z:  
<http://www.arjohuntleigh.cz/cz/Page.asp?PageNumber=1506>
33. NOVOTNÝ, Tomáš. Koncept XXL center-cesta k lepší péči i úsporám. *Medical tribune* [online]. Praha: 20. 5. 2013. [cit. 16. 7. 2014]. Dostupné z:  
<http://www.tribune.cz/clanek/30045>
34. Oddělení BOZP a PO. INL 0163/01. *Seznam rizik práce a pracovního prostředí*. Informace pro zaměstnance. Plzeň: FN Plzeň, 2013.
35. VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 3. akt. vyd. Praha: Portál, 2003. str. 396. ISBN 80-7178-740-X.
36. SUCHARDA, Petr. Extrémně obézní pacienti. *Nemocnice*. 2007, č. 6, str. 19-20.
37. DRÁBKOVÁ, Jarmila. Obézní pacient a jeho polohování v intenzivní péči. *Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny*. 2010, roč. 57, č. 2, str. 80-84. ISSN 1212-3048.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ARO – Anesteziologicko-resuscitační oddělení

NELZP – nelékařský zdravotnický pracovník

WHO – Světová zdravotnická organizace

BMI – Index tělesné hmotnosti

USA – Spojené státy americké

DNA – deoxyribonukleová kyselina

EKG – elektrokardiogram

OSA – syndrom obstrukční spánkové apnoe

OHS - hypoventilační syndrom při obezitě

PaCO<sub>2</sub> – parciální tlak oxidu uhličitého

OB – obezitologicko-bariatrická (klinika)

BOZP – bezpečnost a ochrana zdraví při práci

FN – Fakultní nemocnice

ARIP – anestezie, resuscitace a intenzivní péče

MRSA – Methicilin-rezistentní staphylococcus aureus



## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 – Kategorie BMI a zdravotní rizika

Tabulka 2 – Porovnání ošetrovatelské péče z pohledu zdravotníků

Tabulka 3 – Porovnání ošetrovatelské péče z pohledu pacientů

## **SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obrázek 1 – Extrémně obézní pacientka na oddělení ARO

Obrázek 2 – Ragády v kožních záhybech u obézní pacientky

Obrázek 3 – Zdravotní sestra versus 300 kg vážící pacientka

# SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Souhlas s výzkumem

Příloha 2 – Informovaný souhlas s rozhovorem

Příloha 3 – Otázky k rozhovoru pro zdravotníky

Příloha 4 – Otázky k rozhovoru pro pacienty

Příloha 5 – Prezentace pro seminář určený NELZP

**Obrázek 1 – Extrémně obézní pacientka na oddělení ARO**



Zdroj: vlastní

**Obrázek 2 – Ragády v kožních záhybech u obézní pacientky**



Zdroj: vlastní

**Obrázek 3 – Zdravotní sestra versus 300 kg vážící pacientka**



Zdroj: vlastní

Příloha 1:

*Vážená paní*

*Monika Bednářová.*

*Studentka oboru Všeobecná sestra*

*Katedra ošetrovatelství a porodní asistence - Fakulta zdravotnických studií*

*Západočeská univerzita v Plzni*

### **Povolení sběru informací ve FN Plzeň**

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **uděluji povolení** ke sběru dat pomocí dotazníku určeného všeobecným sestřím, pracujícím na níže uvedených pracovištích FN Plzeň:

- *Neurologická klinika, Anesteziologicko-resuscitační oddělení.*

Vaše šetření budete provádět – za uvedených podmínek - v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce na téma „*Problematika ošetrovatelské péče u pacientů s monstrózní obezitou*“.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestry oslovených pracovišť souhlasí s Vaším šetřením.
- Osobně povedete svoje šetření.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372 / 2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění.
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete Zdravotnickému oddělení / klinice či Organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho šetření, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, jejich soukromí či pokud by spolupráci s Vámi zaměstnanci pociťovali jako újmu. Účast zdravotnických pracovníků na Vašem šetření je dobrovolná a je vyjádřením ochoty ke spolupráci oslovených zaměstnanců FN Plzeň s Vámi.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

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

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

23. 1. 2015

Příloha 2:

## **INFORMOVANÝ SOUHLAS**

### **NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

Problematika ošetrovatelské péče u pacientů s monstrózní obezitou

### **STUDENT**

Jméno: Monika Bednářová

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: monika.bednarova@seznam.cz

### **VEDOUCÍ BP**

Jméno: Mgr. Jaroslava Bursíková

### **CÍL STUDIE**

Cílem studie je zmapovat problematické oblasti při ošetrování monstrózně obézních pacientů.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

### **SOUHLAS S VÝZKUMEM**

Já .....souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit, že citace rozhovoru budou použity anonymně a že nebudu ve studii identifikován/a.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:



Příloha 3:

**Otázky do rozhovoru pro zdravotníky:**

1. Setkala jste se v rámci ošetrovatelského procesu s monstrózně obézním pacientem a byla jste nucena řešit problematiku spojenou s péčí o něj?
2. Nastaly nějaké komplikace či potíže při jeho ošetrování (dekubity, zapařeniny, zhoršené dýchání, polohování, RHC...)?
3. Došlo někdy k nežádoucí události spojené s ošetrováním či manipulací monstrózně obézního klienta?
4. Znáte rizika spojená s ošetrováním obézních pacientů a dodržujete zásady manipulace s nimi?
5. Máte dostatečné vybavení, prostředky a personální zajištění zajišťující poskytování kvalitní ošetrovatelské péče o monstrózně obézní klienty?
6. Máte dojem, že kvalita ošetrovatelské péče o monstrózně obézní je stejná jako o štíhlé?
7. Jak si myslíte, že extrémně obézní klienti vnímají péči o svoji osobu?
8. Myslíte si, že je extrémně obézní pacient dostatečně motivován, a že se sám ochotně zapojuje do procesu uzdravování?
9. Napadne Vás něco, co by se dalo v souvislosti s touto problematikou zlepšit?
10. Slyšela jste někdy o OB klinice či XXL centrech?
11. Myslíte si, že je osvěta a prevence obezity dostatečná?
12. Myslíte si, že by bylo přínosné zapojit do péče o monstrózně obézního pacienta i psychologa?

Příloha 4:

**Otázky do rozhovoru pro pacienty:**

1. Kolikrát jste byl hospitalizovaný? Byla tato hospitalizace důsledkem vzniklých komplikací obezity?
2. Nastaly u Vás nějaké komplikace či potíže spojené s ošetřovatelskou péčí (dekubity, zapařeniny, zhoršené dýchání, polohování, RHC...)?
3. Došlo někdy k nežádoucí události či problematické situaci spojené s Vaší obezitou?
4. Setkal jste se někdy v rámci ošetřovatelského procesu s nevhodným chováním zdravotníků k Vaší osobě v souvislosti s obezitou?
5. Bylo ve zdravotnickém zařízení, kde jste byl hospitalizován, dostatečné materiální i personální vybavení pro zajišťování kvalitní ošetřovatelské péče extrémně obézním klientům?
6. Máte dojem, že kvalita ošetřovatelské péče o monstrózně obézní klienty je stejná jako o štíhlé?
7. Jak jste vnímal ošetřovatelskou péči o svou vlastní osobu?
8. Zapojoval jste se sám aktivně do ošetřovatelského procesu? Byl jste personálem dostatečně motivován?
9. Napadne Vás něco, co by se dalo v souvislosti s problematikou ošetřování extrémně obézních zlepšit či změnit?
10. Slyšel jste někdy o OB klinice či XXL centrech?
11. Myslíte si, že je osvěta a prevence obezity dostatečná? Snažíte se Vy sám problém obezity řešit?
12. Bylo by pro Vás přínosem zapojit do péče o Vaši osobu v rámci hospitalizace i psychologa?

**Prezentace pro seminář určený NELZP**

# Problematika ošetřování monstrózně obézních pacientů



VYPRACOVALA: **BEDNÁŘOVÁ MONIKA**  
2015

## Obezita



- Civilizační choroba celosvětového měřítka
- Nejen překážka atraktivního vzhledu či společenského postavení
- Z latinského „obesus“ = dobře živený, tučný
- Nadměrné zmnožení tukové tkáně v organismu
- Na světě více než 300 miliónů obézních

## Klasifikace obezity

- Stupeň obezity nejčastěji hodnocen dle BMI
- BMI = hmotnost v kg/(výška v m)<sup>2</sup>
- Nezohledňuje však svalovou hmotu

Formy obezity:

- Gynoidní
- Androidní

## Tabulka BMI a přehled rizik

Tab. 1: Kategorie BMI a zdravotní rizika

BMI	Kategorie podle WHO	Zdravotní rizika
< 18,5	Podváha	Poruchy příjmu potravy (anorexie)
18,5 – 24,9	Normální váha	Minimální
25,0 – 29,9	Nadváha	Lehce zvýšená Zvýšená
30,0 – 34,9	Obezita stupeň I.	Sřadně vysoká
35,0 – 39,9	Obezita stupeň II.	Vysoká
> 40	Obezita stupeň III.	Velmi vysoká

## Etioopatogeneze obezity

- Kombinace celé řady příčin a faktorů
- Energetická bilance (příjem, frekvence, výdej)
- Regulace energetické rovnováhy
- Genetické faktory
- Predisponující faktory
- Riziková období

## Prevence obezity

- Změna životního stylu
- Dietní omezení
- Pohyb
- Obetizogenní prostředí
- Prevence už na školách, u PL pro děti a dorost, u PL pro dospělé

## XXL modelky – nový ideál krásy?



## Komplikace obezity

- Obecně: mechanické  
metabolické
- Endokrinní poruchy
- Kardiovaskulární komplikace
- Respirační komplikace
- Gastrointestinální komplikace
- Ortopedické komplikace
- Gynekologické komplikace
- Onkologické komplikace
- Kožní komplikace
- Psychické a sociální komplikace
- Ostatní (edémy, kýly, úrazy, vliv nevhodných diet)

## Léčba obezity



- Dietoterapie a fyzická aktivita
- Farmakoterapie
- Chirurgická léčba
- Psychoterapie

## Hospitalizace monstrózně obézních



- Nákladná
- Náročná na personál a vybavení
- Provázená komplikacemi
- Náročná na ošetrovatelskou péči

## Extrémně obézní pacientka na ARO



## Ošetrovatelská péče o monstrózně obézní

- Specifická, náročná
- Nestandardní přístupy, velké úsilí zdravotníků
- I banální výkony mohou být komplikací
- Hygienická péče, RHC, péče o DC
- Prevence dekubitů, polohování
- Pomůcky
- Přeprava extrémně obézních
- OB klinika v Praze
- Komunikace a přístup k obézním



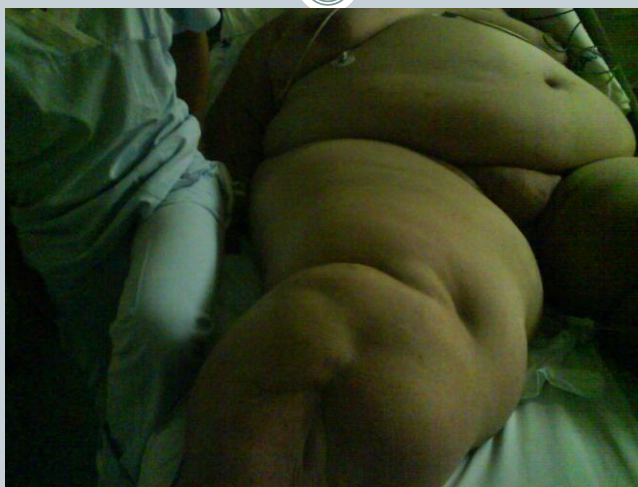
## Ragády v kožních záhybech



## Rizika pro zdravotníky

- Komplikace spojené s neadekvátním materiálovým a přístrojovým vybavením odd.
- Nedostatek personálu
- Nadměrná tělesná zátěž
- Seznam rizik pracovních činností a prostředí
- Školení BOZP
- Zdravotnický pracovník = rizikové povolání!
- Znalost zásad správné manipulace
- Bezpečnostní opatření, preventivní prohlídky...

## Zdravotní sestra vs. 300 kg vážící pacientka



## Improvizace na odd. intenzivní péče



## Výsledky výzkumu

- Nedostatek personálu
- Nedostatek pomůcek a zařízení
- Nevhodné chování zdravotníků
- Komplikace při ošetrovatelské péči
- Znalost rizik a dodržování zásad

## Vakový zvedák pro obézní



## Doporučení



- Týmová spolupráce
- Apelovat na vedení oddělení (pomůcky, personál, vybavení)
- BOZP
- Dodržovat zásady správné manipulace
- Profesionální chování !!!

## Zroje:



- Vlastní výzkum
- KRAHULEC, Boris, FÁBRYOVÁ, Ľubomíra, HOLÉCZY, Pavol, KLIMEŠ, Iwar et al. *Klinická obezitológia*. Brno: Facta Medica, 2013. 336 s. ISBN 978-80-904731-7-1.
- VÍTEK, Libor. *Jak ovlivnit nadváhu a obezitu*. Praha: Grada, 2008. 160 s. ISBN 978-80-247-2247-4.
- BRABCOVÁ, Soňa. Ošetrovatelská péče při monstrózní obezitě. *Hojení ran*. 2013. roč. 7, suppl. 1, str. 45. ISSN 1802-6400
- ArjoHuntleigh Getinge Group. Problematika obézních klientů. *Léčba obezity*. [online]. Brno: 2014. [cit. 18. 8. 2014]. Dostupné z: <http://www.arjohuntleigh.cz/cz/Page.asp?PageNumber=1506>
- Extrémně obézní modelky pózuji nahé. *Blesk pro ženy.cz*. [online]. Praha: 2015. [cit. 18. 2. 2015]. Dostupné z: <http://prozeny.blesk.cz/clanek/pro-zeny-pribehy/187702/sokujici-extremne-obezni-modelky-pozuji-nahe.html>

Děkuji



**ZA POZORNOST**

