

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2015

Lenka Bezpalcová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Lenka Bezpalcová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**OBÉZŇNÍ PACIENT OČIMA VŠEOBECNÉ
SESTRY**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Nováková

Plzeň 2015

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně a prameny, které zde byly použity, jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 21. 3. 2015

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Jaroslavě Novákové za odborné vedení práce, cenné poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji všem svým blízkým za trpělivost a podporu během mého studia.

Anotace

Příjmení a jméno: Bezpalcová Lenka

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Obézní pacient očima všeobecné sestry

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Nováková

Počet stran - číslované: 55

Počet stran – nečíslované: 16

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 30

Klíčová slova: obezita – obézní pacient – psychické problémy – motivace – komunikace

Souhrn:

Jako téma bakalářské práce jsem si vybrala téma obezita a pacienti, kteří obezitou trpí. V teoretické části jsou popsány nejčastější příčiny vzniku obezity, epidemiologie a vznik onemocnění, péče a přístup k pacientovi s obezitou. Obezita je nemocí velice rozšířenou a mnohdy vede k dalším závažným onemocněním, která vedou nejen ke snížení kvality života, ale i ke smrti nemocných. V praktické části uvidíme onemocnění z pohledu sester i pacientů. Cílem bylo zjistit, jak vnímají své onemocnění pacienti v ohledu nemocniční a ambulantní péče a naopak, jak jsou tyto pacienti vnímáni zdravotnickými pracovníky, kteří o ně v nemoci pečují. Zvolila jsem formu kvalitativního výzkumného šetření pomocí rozhovorů se čtyřmi respondenty. Dvě respondentky jsou všeobecné sestry a další dva respondenti jsou pacienti trpící obezitou. Rozhovory byly s jejich souhlasem nahrány a po jejich přepisu do bakalářské práce smazány.

Annotation

Surname and name: Lenka Bezpalcová

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Obese patient from view of nurse

Consultant: Mgr. Jaroslava Nováková

Number of pages: 71

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 30

Keywords: obesity – obese patient – psychological problems – motivations – communications

Summary:

As a thesis topic I chose obesity and patients who suffer from obesity. The most common causes of obesity, epidemiology, care and approach to the patient with obesity are described in the theoretical part. Obesity is a widespread disease and often leads to further serious diseases that reduce the quality of life, and also cause the death of patients. In the practical part we see the disease from the perspective of nurses and patients. The goal was to determine how patients perceive their illness in respect of hospital and outpatient care and on the contrary, how these patients are perceived by the nursing staff. I chose a form of qualitative research through interviews with four respondents. Two female respondents are nurses and two other respondents are patients suffering from obesity. Interviews were recorded with the respondents consent and deleted after their transcription into bachelor thesis.

OBSAH

Obsah	9
Úvod	11
1 Definice obezity	12
2 Etiologie obezity	13
3 Epidemiologie obezity	15
3.1 Délka života obézního pacienta	16
4 Klasifikace obezity	17
4.1 Typy obezity	18
5 Nemoci spojené s obezitou.....	20
6 Možnosti ovlivnění obezity	23
6.1 Nefarmakologické ovlivnění obezity	23
6.2 Psychoterapie obezity	23
6.3 Motivace	24
7 Edukace.....	26
7.1 Edukační program dietní redukční léčby	26
7.2 Sestra: most mezi pacientem a lékařem	26
7.3 Obézní pacient a zodpovědnost	27
7.4 Úskalí hubnutí.....	28
8 Psychika nemocného.....	29
8.1 Vnímání vlastního těla	29
8.2 Stres a jeho zajídání	30
8.3 Emoční jedení	30
8.4 Stigmatizace.....	31
8.5 Sebepojetí.....	32
PRAKTICKÁ ČÁST	33
9 Formulace problému	33
10 Cíl a úkol výzkumu	33
10.1 Hlavní cíl.....	33

10.2	Dílčí cíle.....	33
11	Metodika.....	34
11.1	Osnova polostrukturovaného rozhovoru - pacient.....	34
11.2	Osnova polostrukturovaného rozhovoru – sestra.....	35
12	Výzkumné otázky.....	37
13	Vzorek respondentů.....	38
14	Prezentace a interpretace získaných údajů.....	39
14.1	Přepisy rozhovorů s respondenty.....	39
15	Diskuse.....	60
	Seznam zdrojů.....	66
	Seznam příloh.....	69
	Příloha č. 1.....	70
	Příloha č. 2.....	71

ÚVOD

Obezita je onemocnění, které je charakterizované zvýšeným nahromaděním tukové tkáně. Její výskyt v posledních desetiletích výrazně stoupá, a stává se tak celosvětově významným problémem, jehož komplikace značně zkracují délku života. Na rozvoji tohoto onemocnění se podílí řada faktorů. Mezi nejdůležitější z nich patří nerovnováha mezi příjmem a výdejem energie a vysoký je i podíl genetických predispozicí. Z dalších příčin je nutné zmínit hormonální vlivy, úrazy a velmi důležité je také psychické ladění pacienta. Léčba obezity je obtížná a vyžaduje celoživotní spolupráci nemocného. Spolupráce není vždy ze strany nemocného stoprocentní, ne vždy je ochoten držet se dietních opatření a rad zdravotníků. Jsou situace, kdy se obezita zvyšuje pro stres, který nemocný prožívá, a to zejména při prožívání osobních nebo pracovních problémů.

Do teoretické části je zahrnuta charakteristika onemocnění, rizikové faktory, rizika zdravotní, prevence a edukace nemocného. Zaměřila jsem se na psychiku obézního, jeho sebepojetí a jak je vnímán ošetřovatelským personálem.

Druhá část, praktická, byla zpracována pomocí kvalitativního výzkumného šetření, které bylo provedeno pomocí polostrukturovaných rozhovorů, které byly vedeny se dvěma sestrami z lůžkových oddělení a se dvěma obézními pacienty, ženou a mužem.

Na základě zpracování praktické části byly zjištěny zajímavé skutečnosti. Ukázalo se, že obezita u pacienta je pro péči sestry zátěží a že k obézním pacientům sestry zaujímají poměrně negativnější postoj, což také vyplynulo z odpovědí respondentů. Proto bylo zpracováno doporučení, které by mohlo sestrám v praxi a jejich obézním pacientům pomoci při řešení tohoto problému.

1 DEFINICE OBEZITY

Slovo obezita je odvozenina z latinského obesus, což znamená dobře živený, tučný. (Kunová 2005, s. 11)

Obezita je choroba, která je charakterizována množením tělesné tukové tkáně v organismu nad určitou optimální mez, kdy dojde k jejímu nepoměru s tukuprostou tělesnou tkání. Při svém množení se stává tuková tkáň pro svého nositele nevýhodnou. Na straně jedné mechanicky zatěžuje svou hmotností celkový statický aparát a na straně druhé aparát dynamický. (Müllerová 2009, s. 17)

2 ETIOLOGIE OBEZITY

Obezita se podle vzniku dělí na primární obezitu, která je nečastějším typem obezity. Vzniká jednoznačně, když přijímáme hodně potravy a k tomu máme nedostatečný pohyb, který je zárukou výdeje energie.(upoutání pacienta na lůžko, úbytek fyzické aktivity, méně fyzicky náročná práce, u žen klimakterium, přejídání při stresových zátěžích, dědičné faktory atd. (Šafránková 2006, s. 71)

Sekundární obezita zpravidla provází onemocnění endokrinologická, kterými mohou být například zvýšená funkce nadledvin (Cushingův syndrom) nebo zvýšená tvorba ACTH v podvěsku mozkovém (Cushingova choroba). V obou případech se jedná o důsledek nadbytku glukokortikoidů (hyperkortikalismus). (Šafránková 2006, s. 71)

Obezitu je také možné způsobit i aktivováním centra hladu v hypotalamu při poúrazových stavech nebo zánětech mozku (bývá společně také doprovázena ospalostí, polydipsií a polyurií. (Šafránková 2006, s. 71)

Pokud jde o příčiny obezity, původně se předpokládalo, že poměr faktorů genetických (vnitřních, respektive těch, které jsme zdělili) a vnějších (ty, které jsou dány okolím, např. psychologické, stres, přepracovanost, ztráta zaměstnání, partnerské problémy, přejídání, omezený pohyb a dalšími jinými vlivy) je 2:1. Později se dlouho uvádělo, že poměr je přibližně 1:1. V dnešním pojetí zcela jasně převažují faktory prostředí. Všichni se přejídáme a průměrný občan téměř vůbec nesportuje a dostatek pohybu není příliš velký. Genetický základ přitom zůstává prakticky stejný. Geny v naší populaci se nemění. Uplatnění těchto genů může být nastartováno například nevhodným stravováním. Tímto se zabývá obor nutrigenomika. Strava, hlavně tučná, ovlivňuje geny, jejichž role by se jinak neprojevila. Obvykle tedy není možné ztloustnout bez genetických předpokladů. Je zde určitá tendence obezitu dědit. V dřívějších dobách, kdy se lidé nepřejídali a měli více pohybu, se tato tendence nemohla projevit. V dnešní době se vyskytuje u více než poloviny populace. Nejdokonalejší studie, které odlišují vliv dědičnosti a vliv prostředí, byly provedeny na jednovaječných dvojčatech, která byla adoptována do různých rodin. Zde nebyl vliv rodinného prostředí (tzv. zdědění kuchařky) a uplatnily se jen geny.(Svačina aj. 2008, s. 18)

Libor Víték uvádí, že pro vznik obezity je velice důležitý měsíc narození. V pozdějším období života se riziko vzniku obezity liší v závislosti na ročním období, ve kterém je člověk narozen. Nejvíce náchylní ke vzniku obezity jsou lidé narození v zimě. Tato data jsou čerpána a ověřena z několika nezávislých studií z Japonska,

Polska a Austrálie. Souvislost, která na první pohled není příliš jasná, je vysvětlována spuštěním adaptačních mechanismů nově narozeného organismu na chlad, jejichž důsledky přetrvávají do dospělého věku. Tato teorie je podporována i zjištěním, že děti, které se narodí v mírných zimách, jsou hubenější než děti, které se narodí v třesnutých mrazech. (Vítek 2008, s. 24)

3 EPIDEMIOLOGIE OBEZITY

V posledních několika desetiletích obezita postihuje populaci rozvinutých i rozvojových zemí ve stoupající míře a dosahuje charakteristik pandemie. V některých zemích je obézních až 30% obyvatel a nadváha či obezita jsou v celé řadě zemí problémem přinejmenším poloviny lidstva. (Hainer aj. 2011, s. 15)

Výskyt obezity v Evropě má stoupající trend. V jednotlivých evropských zemích je dynamika zvyšování prevalence obezity odlišná. Ve Velké Británii došlo v posledních desetiletích k násobnému vzestupu prevalence obezity, zatímco v některých zemích, jako je ČR a další země, je prevalence obezity vysoká již dlouhá léta a její vzestup v poslední době není tedy tak markantní. Třetí skupinou jsou země, ve kterých je prevalence obezity relativně nízká, ale ke vzestupu také dochází – jako jsou Francie, Švýcarsko či severské státy, např. Švédsko a Finsko. Jako specifická skupina zemí jsou země jižní Evropy, Španělsko nebo Itálie, které jsou charakterizované vyšší prevalencí obezity u dospělých, ale i vysokým výskytem obezity u dětí. Lze tedy obecně říci, že prevalence obezity stoupá od západu na východ a ze severu na jih Evropy. (Rybka 2007, s. 183)

V Evropě se výskyt obezity pohybuje u mužů mezi 10-20% a u žen v rozmezí 10-25%, přičemž nadváhou a obezitou zhruba trpí více než 50% obyvatel většiny evropských zemí. Ve Spojených státech se obezita pohybuje okolo 30% obyvatel. Světová zdravotnická organizace na základě údajů z celkem 191 zemí zjistila, že na světě je 1,1 miliardy jedinců s nadváhou a obezitou. (Rybka 2007, s. 183)

Prevalence obezity v USA od osmdesátých let stoupá v průměru o 50% za dekádu. Populace obyvatel USA se stala jednou z nejpostiženějších. (Hainer aj. 2011) Například úmrtnost v důsledku obezity v USA stoupla až o 25%. (Rybka 2007, s. 183)

V České republice podobně jako v ostatních zemích dochází ke zvyšování prevalence nadváhy a obezity u dospělých lidí i u dětí. Je patrný vzestupný trend, ale spíše se jedná o přechod z kategorie nadváhy do kategorie obezity. Jde o nárůst prevalence závažnějších stupňů obezity než o celkové navýšení prevalence nadváhy a obezity v posledních 20 letech. (Hainer aj. 2011, s. 16)

Studie MONICA ČR uvádí, že je prevalence viscerální obezity podle obvodu pasu, jež je spojena s vysokými zdravotními riziky, u mužů 32% a u žen 48%. Podle

průzkumů v poslední době se obezita vyskytuje u české dospělé populace v 17% a 25%. (Rybka 2007)

3.1 Délka života obézního pacienta

Pro hodnocení zdravotních důsledků obezity se používají takzvané ztracené roky života (YLLs –years-of-life lost). Je to rozdíl mezi očekávanou délkou života u osob v různých kategoriích BMI. Framinghamská studie uvádí, že nekouřící obézní muži mají o 5,8 roku kratší životní prognózu, než nekuřáci s normální hmotností. U žen se obezitou věk zkracuje až o 7,1 roku. U nikdy nekouřících 18letých osob ukázala studie z roku 2010 nejdelší předpokládanou délku života u žen bělošek až 85 let, nejnižší u mužů tmavé pleti – 75 let, přičemž nadváha v této studii neměla negativní vliv na úmrtnost, dokonce očekávanou délku života ovlivňovala spíše příznivě. Obezita I. stupně u osob s tmavou pletí délku života prodlužovala o jeden rok a opačně u osob s pletí světlou život o 1 rok zkracovala. 18letý nekuřák s obezitou II. stupně má nižší očekávanou délku života o 1 rok - u žen černé pleti a až o 4 roky kratší život mají ženy i muži pleti bílé. Pro obézní III. stupně se délka života zkracuje u černošek až o 5let a až o 9 let u mužů jak pleti bílé, tak černé. V USA nadváha způsobuje ztrátu až 95 milionů roků života, kdy se to týká více než ze 2/3 žen bělošek. U mužů černé pleti dominuje protektivní účinek nadváhy, u žen černé pleti převažuje obezita a tím vzniká počet ztracených let až 10 milionů. U obézních kuřáků se délka života zkracuje ještě zhruba dvojnásobně. Nadváha má s výjimkou žen bělošek ochranný či neutrální vliv, podobně vliv obezity I. stupně je malý a statisticky nevýznamný. Až u vyšších stupňů obezity se efekt na délku života zdůrazňuje a stává se statisticky významným. (Hainer aj. 2011, s. 21-22)

4 KLASIFIKACE OBEZITY

Pouhý údaj o hmotnosti pacienta neposkytuje při nadváze a obezitě dostatečnou informaci. Nevíme totiž, zda se jedná o nadváhu způsobenou velkým množstvím svalové nebo tukové hmoty. Obezita je stav, kdy je nadváha způsobena nadbytkem tukové tkáně. Proto je měření procenta tělesného tuku z hlediska zdraví, kondice a sportovní formy důležitější, než je pouhé stanovení hmotnosti. (Mach aj. 2013, s. 120)

Informace o složení tuku v těle získáváme antropometrickým měřením, které je také nejjednodušší metodou pro stanovení obsahu tuku. V podstatě jde o to, že se změří kožní řasy na definovaných místech. (Vlček 2010, s. 223)

Pro změření tělesného tuku jsou používány různé metody, z nichž nejjednodušší je tzv. Kaliperace.⁽¹⁷⁾ Podrobné vyšetření zahrnuje měření čtyř až deseti řas, kdy při každém druhu měření je potřeba různého kaliperu. Pro měření podle Pařízkové z roku 1977 je třeba tzv. Bestův kaliper. K měření podle Durnina se používá kaliper Holtainův. K orientačnímu vyšetření však postačí změřit pouze dvě kožní řasy a to nad tricepsem a subscapulární řasu, jejichž poměr se nazývá index centrality. Hodnocení je provedeno buď součtem tloušťky řas, anebo se vypočítá podle regresních rovnic z daného součtu řas. Kaliperace má jednu velkou výhodu, kterou je nízká cena provedení výkonu. Je zde nutno ale zmínit, že pro tuto metodu je nutná velká erudice vyšetřujícího. (Hainer aj. 2011, s. 167)

Jinou jednoduchou metodou je bioimpedance, což je stanovení odporu těla při průchodu elektrického proudu o vysoké frekvenci a nízké intenzitě. Referenčními metodami jsou pak celotělová pletysmografie a hydrodenzitometrie. (Vlček aj. 2010, s. 223)

Pletysmografie je metoda, která je založena na principu stanovení objemu těla v hermeticky uzavřeném prostoru, který je vyplněn vzduchem. Měří se malé změny tlaku vzduchu a vypočítá se objem těla tak, že se odečte od objemu vzduchu v prázdné místnosti. (Fried 2005, s. 110)

Hydrodenzitometrie je vlastně vážení pod vodou. Měří dva kompartmenty – tuk a beztukovou tělesnou hmotu. Patří k referenčním metodám, i když je to jedna z nejstarších metod. Princip této metody vychází z Archimedova zákona, kdy na základě váhy těla lze vypočítat denzitu (specifickou váhu) lidského těla a z ní obsah tuku. Výpočet se provádí podle různých rovnic (např. podle Brožka, Siriho nebo Keyse).

K výpočtu je nutné stanovit reziduální plicní volum. Hraje zde roli i obsah střevního plynu, který je zadáván jako standardní číslo. (Fried 2005, s. 110)

O distribuci a rozložení tukové tkáně nás informují v neposlední řadě i zobrazovací metody, z jejichž hlavních zástupců můžeme jmenovat CT či magnetickou rezonanci. Tato vyšetření se také využívají při výzkumných studiích. (Svačina 2008, s. 113)

Pro klasifikaci tělesné hmotnosti se pro určení relativního rizika vzniku komplikací obezity v současnosti užívá index tělesné hmotnosti Body mass index (BMI). BMI je podílem tělesné hmotnosti v kilogramech a druhé mocniny tělesné výšky v metrech (Lukáš 2010, s. 229)

Pro jednoduchou klasifikaci androgenní a gynoidní obezity se řadu let používal poměr obvodu pasu a boků, tzv. index pas/boky, uváděný obvykle pod zkratkou WHR - waist to hip ratio). Bylo uváděno, že hranicí androgenní obezity u mužů je poměr nad 1,0 a u žen nad 0,8 nebo 0,85. V dnešní době se už tento index nepoužívá. Jako významnější se ukázalo měření pouze obvodu pasu, které nejlépe odpovídá přesnému měření rizikového tuku uloženého mezi orgány v břiše a na břiše v podkoží. (Svačina 2008, s. 13)

4.1 Typy obezity

Existují dva základní typy obezity – obezita mužského typu tzv. androgenní, při níž se všechen tuk hromadí a ukládá v oblasti pasu. Také se jí říká obezita typu jablko a ze zdravotního hlediska více ohrožuje zdraví jedince. (1, str. 49). Obezita mužského typu se vyskytuje častěji ve vyspělých zemích. Androgenní (mužská) obezita se vyznačuje typickým výrazným břichem a provází ji řada komplikací včetně rozvoje cukrovky a aterosklerózy. (Svačina 2008, s. 13)

Když u ženy přesáhne obvod pasu 88 cm a u muže 104 cm, je zde již zvýšené riziko výskytu chorob, jako jsou: diabetes mellitus, zvýšený krevní tlak, zvýšená hladina krevních tuků atd. Opačným případem je obezita typicky ženského typu, tzv. gynoidní typ, kdy postava ženy má tvar hrušky. Je charakteristická štíhlým pasem a tukem, jenž se hromadí od pasu směrem dolů a to v oblasti boků, stehen a hýždí. (1, str. 49) Gynoidní obezita je naopak spíše kosmetickým problémem a komplikace související s metabolismem při ní nejsou. Toto tvrzení je ale poslední dobou na základě nových studií mírně oslabeno. Zřejmě platí jen pro lehčí formu gynoidní obezity. U těžšího stupně se zdravotní rizika rovněž vyskytují. (Svačina 2008, s. 13)

Gynoidní obezita je obtížněji řešitelná. I po celkovém zhubnutí totiž zůstávají často disproporce postavy, což bývá pro ženu obzvláště psychicky obtížné. (Kunová 2005, s. 49)

Oba tyto typy obezity nejsou však zcela jednoznačně vázány na určité pohlaví: androgenní obezita se může vyskytovat i u ženy a gynoidní obezitou může trpět také muž. (Machová aj. 2009, s. 220)

5 NEMOCI SPOJENÉ S OBEZITOU

Obezita obvykle vzniká po řadu let a u části některých pacientů se vyvíjí již od dětství. S rostoucí hmotností stoupá riziko vzniku onemocnění komplikující obezitu. (Zvoníková aj. 2010, s. 78)

Komplikace obezity mohou být estetické nebo chorobné. Estetické či kosmetické komplikace z tohoto hlediska mají častěji než zdravotní spíše společenský dopad. Zdravotní komplikace jsou závažnější. (Středa 2009, s. 62)

Obezita se často vyskytuje ve spojení s řadou závažných onemocnění. BMI ovlivňuje až z 60% vznik DM 2. typu. (Hainer 2011)

DM 2. typu je typ cukrovky, který není způsoben nedostatkem vlastního inzulínu, ale tím, že je tkáň na inzulín nereaguje tak, jak by měla. Glukóza z potravy zůstane v krvi a nedostává se do buněk, ve kterých má správně působit. Inzulín potřebuje na buněčných membránách tzv. receptory, tedy místech, odkud může působit a vpouštět glukózu do buňky. V buňce se pak glukóza stává zdrojem energie pro důležité životní funkce. U DM 2. typu je inzulínu nadbytek, takže dochází k ukládání tuku do zásob. Proto je vysoká hmotnost hlavním rizikovým faktorem a naprostá většina pacientů trpí obezitou. (Středa 2009, s. 62)

Na vývoji hypertenze a ischemické choroby srdeční se podílí obezita více než 20% (Hainer 2011). Obézní lidé mají větší pravděpodobnost výskytu vysokého krevního tlaku, onemocnění srdečních věnčitých cév, vyšší sklon k tvorbě křečových žil a dvakrát větší riziko vzniku cévní mozkové příhody. (Středa 2009, s. 62)

Obézní jedinec často náhle umírá v důsledku vzniku arytmií. Výskyt náhlé smrti, tedy vznik arytmií, má souvislost s prodloužením intervalů srdečního rytmu na EKG. Podle jedné plzeňské studie se zjistilo, že průměrný přírůstek hmotnosti o 5 kg zvýšil TK o 9 mm Hg a opačně, redukcí hmotnosti o 5 kg TK poklesl v průměru o 2 mm Hg. (Štejfá 2007, s. 233)

Obezita taktéž ovlivňuje u pacientů i speciální kardiologická vyšetření. Transtorakální echokardiologické vyšetření se často u pacientů trpících obezitou provádí velice špatně. U těchto pacientů je přítomno zmnožení subepikardiální tukové tkáně a často se musí diferenciovat od perikardiálního výpotku. (Hainer 2011, s. 28)

U obézního pacienta je třeba, aby se EKG provádělo v inspiriu pro zabránění falešné diagnózy infarktu myokardu spodní stěny. Při EKG je u obézního pacienta výsledek ovlivněn větší vzdáleností myokardu od elektrod pro velké množství podkožního a eventuálně i epikardiálního tuku, dále pro elevaci bránice, levostrannou srdeční hypertrofií a přetížení pravého srdce při syndromu spánkové apnoe. (Hainer 2011, s. 28)

K nemocem ohrožujícím obézního člověka patří takzvaný syndrom spánkové apnoe (SAS). V REM fázi spánku jsou dechové nepravidelnosti běžné. Pokud je však dechová pauza delší než 10 vteřin a vyskytne se nejméně pětkrát do hodiny, hovoříme již o syndromu spánkové apnoe. Obézní pacienti trpí více apnoí obstrukční, která je více spojená s obezitou než apnoe centrální. Vyznačuje se specifickým chrápáním, kdy dochází k poklesu dechové aktivity a střídání inspiračního úsilí, při kterém dojde zcela k zástavě dechu až na půl minuty a pak při nádechu člověk hlasitě zachrápe. Toto mikroprobuzení se může u pacienta opakovat až padesátkrát za hodinu. Nemocní trpící SAS jsou unavení, trpí sexuálními dysfunkcemi, bolestmi hlavy, nevykonností a nesoustředěností. SAS podporuje vznik hypertenze a může vést až k srdečnímu selhání. (Navrátil 2008, s. 186)

Metabolický syndrom je další komplikací úzce spojenou s obezitou. Jeho diagnostika je velice obtížná, protože se vyvíjí v čase a v závislosti na životním stylu, genetickým predispozicím a věku. Pro jeho diagnostiku se v klinické praxi užívají jednoduchá kritéria, jež byla vytvořena v r. 2001 v rámci National Cholesterol Education Program- Adult Treatment Panel III (NCEP ATP III) Podle této definice, aby byl popsán metabolický syndrom, musí jedinec trpět třemi a více z pěti uvedených faktorů. Pro českou definici MS platí, že obvod pasu je větší než 102 cm u mužů a větší než 88 cm u žen. Dále pak hladina TAG se rovná nebo je vyšší než 1,7 mmol/l, hladina HDL –CH je nižší než 1 mmol/l mužů a u žen je nižší než 1,3 mmol/l. Hodnoty krevního tlaku by se měly rovnat, či být vyšší než 130/85 mmHg (postačuje i jen jedna zvýšená hodnota) a v neposlední roli zde hraje hladina cukru v krvi, která se buď rovná nebo je vyšší než 5,6 mmol/l. (Karen 2007, s. 20)

Obezita se také bohužel podílí i na patogenezi při některých nádorech až v 10-30%. V řadě těchto onemocnění představuje nárůst tukové tkáně stěžejní patogenetický moment, ať již jako zdroj hormonů a protizánětlivých cytosinů nebo jako významný faktor mechanické zátěže. (Hainer 2011, s. 24)

Podle některých výzkumů je pravděpodobné, že obézní muži mají větší riziko onemocnění nádorem tlustého střeva, konečníku a prostaty, u žen je to zase riziko vzniku rakoviny prsů, dělohy a hrdla děložního. (Středa 2009, s. 62)

Další častou komplikací obezity jsou také onemocnění pohybového aparátu - kloubů a páteře, které bývá úzce spojeno s bolestmi zad a degenerativními kloubními změnami. Obézní také častěji trpí onemocněními žlučových cest, kožními a kosmetickými problémy. (Středa 2009, s. 62)

Obecně podmiňuje obezita také dušnost. Čím vyšší stupeň obezity, tím vyšší pravděpodobnost přidružených chorob. (Středa 2009, s. 62)

6 MOŽNOSTI OVLIVNĚNÍ OBEZITY

6.1 Nefarmakologické ovlivnění obezity

Pro ovlivnění nadváhy a obezity stále platí, že téměř v naprosté většině případů je potřeba snížit množství energie, která je dodávána do těla, přičemž by mělo být dosaženo poměru mezi příjmem a výdejem energie. (Adámková 2009, s. 21-23)

Pozor- žádné zázračné jídlo, kterého by se dalo sníst libovolné množství podle chuti, neomezeně a kdykoli, zatím nebylo objeveno. (Adámková 2009, s. 21-23)

Jakákoli úvaha o optimální hmotnosti se neobejde bez otázky životního stylu, jehož nedílnou součástí je výživa. V současnosti vítězí jednostranně nad všemi omezujícími dietami racionální strava. Racionální strava je strava, která obsahuje všechny tělu potřebné látky ve správném poměru (cukry, tuky, bílkoviny, denní energii) a zachovává tak co nejlepší hmotnost jedince. (Adámková 2009, s. 21-23)

Pro doživotní snížení váhy je podstatou nejen snížení energetického příjmu, ale hlavně změna celkového myšlení, chování, zvyků, životního stylu a práce s pocity a cíli. (Adámková 2009, s. 21-23)

6.2 Psychoterapie obezity

Psychoterapie má pacientovi pomoci změnit reakce při prožívání stresových situací (jako mohou být například zkoušky, přijímací pohovory do školy nebo do zaměstnání), aby nepřijímal stravu po vyprovokování vnějších pocitů, které může probudit vůně jídla anebo z vnitřních pohnutek či podnětů, kterým bývá nejčastěji smutek z různých důvodů. (Fabryová aj. 2013, s. 127)

Pokud nemá pacient sám dosti silné zdroje pomoci a vlastních prostředků ve snaze ubýt na váze, používá se psychoterapie. Velmi často se stává, že pacient prožívá velkou bolest a strach z toho že se neúspěch bude opakovat. Stává se, že pacient jaksi přestane žít svůj život a čeká, až bude moci žít jiný, ten správný život. Život bez tloušťky, který nastane, až jednou zhubne. Psychoterapie podporuje pacientovu odvalu střetnout se s tím, čeho se nejvíce bojí a co nejvíce odmítá, a tím vlastně dochází k vyléčení. (Fabryová aj. 2013, s. 127)

Pro léčbu obezity se jako nejúčinnější léčba osvědčila Kognitivně Behaviorální terapie. KBT se skládá ze dvou slov: Kognice zahrnuje poznávací procesy, jako jsou

myšlení, paměť, pozornost, a druhá polovina je behavior, což je chování. (Kasalický 2011, s. 44)

Z názvu je patrné, že KBT pracuje s myšlenkami, chováním, tělesnými prožitky a pocity. Je zaměřena na současný stav, situaci a snaží se najít řešení pro problém, který trápí klienta právě nyní. Pakliže minulost má souvislost s aktuálním problémem, pracuje se i s prožitky z dřívějších dob. Terapeut společně s klientem vybere jeden nejdůležitější problém a ten společně zformují do konkrétního, dosažitelného řešení, za pomoci různých metod. KBT se používá u nás ve skupinové léčbě na redukčních kurzech společnosti STOB, jejíž zakladatelkou je paní Iva Málková. (Kasalický 2011, s. 44)

V kurzu KBT se dá naučit, jak zvládat specifické problémové chování související se špatnými stravovacími návyky, přičemž psycholog nemění naši osobnost, ale mění naše způsoby reakcí v problémových situacích. Co se stane mezi dvěma lekci doma, je mnohem důležitější, než co se děje při samotné vyučovací hodině. (Fabryova aj. 2013, s. 129)

6.3 Motivace

Jedním z prvních a nejdůležitějších kroků v řešení obezity a s ní spojených psychických poruch je motivace. Je třeba, aby si pacient upřímně odpověděl, co opravdu chce a co je ochotný pro úspěšné řešení problému udělat. (Kasalický 2011, s. 47-48)

Fáze motivace:

1) O žádné zásadní změně neuvažuje: obezitu nevnímá jako problém. Jako viníky označuje geny, rodiče, prarodiče, zaměstnání. Problém je, když pacient nepřevzme zodpovědnost sám za sebe. Pokud sám sebe přesvědčí, že mají vinu rodiče, sám si je pak jist svou bezmocí. Situaci pak vnímá tím způsobem, že je nucen ji jen pasivně přijmout a ne ji aktivně změnit.

2) Porovnávání negativ a pozitiv: u změn současného stavu vidí, že pokud bude štíhlejší, problémů ubude. Malé úspěchy vedou k pozitivnímu postoji, že je ještě naděje něco změnit. Formování rozhodnutí a chuť udělat změnu.

3) Rozhodnutí: Silná touha po zhubnutí se dostává do konfliktu s nepřipraveností na novou situaci, na trvalou změnu životních zvyků. Pro počátek úspěchu stačí i to, že se člověk rozhodne vyhledat odborníka.

4) Akce: omezení jídla, pohyb, redukční kurz.... Jedinec chce zhubnout co nejrychleji a za každou cenu. Nutkání a chuť zhubnout jsou tak velké, že extrémní kroky, které jedinec podniká pro redukci váhy, nelze vydržet dlouho a dochází tak ke vzniku Jo-Jo efektu.

5) Udržování změny: hubnoucí jedinec si zvyká na nový životní styl...

6) Relaps: částečný nebo úplný návrat ke dřívějšímu způsobu života a k nárůstu váhy na původní hodnotu. Jedinec se snaží nevidět či omluvit přibrání na váze o jedno nebo dvě kila, tím že se to snadno shodí, že o nic nejde. V tomto případě ale může propadnout beznaději, a tak se nejčastěji navrací k bodu číslo dvě.
(Kasalický 2011, s. 47-48)

7 EDUKACE

7.1 Edukační program dietní redukční léčby

Při komplexní edukaci obézních pacientů pro dietní redukční léčbu se používají tři druhy edukace. (Svačina 2008, s. 112)

Edukace základní – nejdůležitější dietní opatření, výběr diety a vhodných potravin.

Pacientovi je určena optimální redukční dieta, pokud možno volíme individuální přístup ke každému pacientovi zvlášť. Velmi záleží na spolupráci a intelektu pacienta, zda je schopen pro větší pestrost jídelníčku sám zaměřovat potraviny podle určitých kalorických hodnot, či jen dodržovat alespoň elementární pravidlo typu rozděleného talíře. Pakliže pacient to jinak nezvládá, může jíst téměř cokoli a kontroluje si součty energetických hodnot podle tabulek. (Svačina 2008, s. 112)

Edukace specializovaná je systém regulované stravy, kdy si pacient sám propočítává, váží a odhaduje množství pokrmu s jejich energetickou nebo sacharidovou hodnotu stravy, a tím se aktivně spolupodílí na redukci hmotnosti. Nezapomínáme také na zdůraznění pitného režimu a je nutné upozornit na možnosti chyb, které vznikají při odhadech hmotnosti a následných výpočtech energetického obsahu potravin. Je také důležité zmínit se o výrobcích dia a light. (Svačina 2008, s. 112)

Při reedukaci si ověřujeme, jak pacient pochopil předchozí edukace, je možné toto si ověřit i formou testů. Rozebíráme s pacientem jeho současný jídelníček a korigujeme možné chyby v něm. (Svačina 2008, s. 112)

Jak již bylo uvedeno, obezitu nelze léčit bez dietních opatření. Je třeba však u každého obézního pacienta uvážit výskyt dalších onemocnění či hrozbu jejich vzniku.

V podstatě nejvýznamnějším opatřením v dietě jsou opatření, která směřují k prevenci diabetu. V úvahu bychom také měli brát i dietu pro léčbu hypertenze, dislipidémie a dalších složek metabolického syndromu. Dietní léčba obezity v podstatě není jen redukční dietou. (Svačina 2008, s. 112)

7.2 Sestra: most mezi pacientem a lékařem

Péče o obézní pacienty je prací týmovou. Výskyt nadváhy a obezity stále narůstá a naše obezitologická centra jsou přetížena. Proto jsou pacienti se zmíněnými potížemi nuceni navštěvovat praktického lékaře, kde je tým podstatně menší, neboť jej tvoří pouze lékař a sestra. Proto je v léčbě obezity velmi důležitá role sestry, nejen

v obezitologické poradně, ale i v ordinaci praktika. Její důležitost spočívá v tom, že to bývá právě ona, kdo si všimne, že pacient začíná přibývat na váze. Proto může sestra v přístupu k této nemoci sehrát velmi důležitou úlohu - pozitivní a někdy bohužel i negativní. (Matoulek 2006, s. 33-34)

Pacienti sami nejlépe vědí, že na váze přibývají a někdy až bolestně si uvědomují každý centimetr, o který si musí povolit pásek. Neradi o svém problému mluví, a komunikace na téma obezita a nadváha s lékařem je pro ně ještě mnohem těžší. Jedním z důvodů proč tomu tak je, že lékař jim ze všeho nejdříve vyčiní, že pokud by tolik nejedli, nemuseli by mít problémy. (Matoulek 2006, s. 33-34)

Pokud lékař nemá zájem řešit skutečné patientské problémy, nezmůže nic ani superedukovaná sestra. Naopak, je-li lékař vnímavý a k akci ochotný, zapojí svou sestru. Sestra může komunikovat s pacientem, zatímco čeká na vyšetření lékařem, postupně odbourá bariéry a překážky, které se mohou ve vztahu lékař – pacient projevit.

Sestra v ordinaci praktického lékaře by měla především umět pacientovi vysvětlit, že obezita je asi z poloviny ovlivněna genetickou dispozicí. Neznamená to ale, že genetická zátěž musí vést k obezitě zcela neodvratně. Člověk s takovou dispozicí se musí o tělo a štíhlou postavu starat mnohem intenzivněji než ten, kdo ji po předcích nezdědil. (Matoulek 2006, s. 33-34)

Sestra by měla umět pacientovi poradit, aby byl k lékaři upřímný a poskytl mu veškeré pravdivé informace o svém stravování. (Matoulek 2006, s. 33-34)

Platí zde, že ani sestra ani lékař zde nejsou pro to, aby obéznímu člověku měnili život. Jejich úkolem je, aby pacient pochopil, co je třeba dělat a proč. Že je třeba najít společně kompromisy, usnadnit jeho rozhodování k aktivnímu přístupu a přenést na pacienta odpovědnost za výsledek, protože pro léčbu obezity je to zcela zásadní.

Je velice důležité, aby pacient sestru a lékaře vnímal jako někoho, kdo mu nabízí pomocnou ruku a příležitosti k diskuzi, a ne nikoli jako autority, kterým se nesmí odporovat. (Matoulek 2006, s. 33-34)

7.3 Obézní pacient a zodpovědnost

Pro dlouhodobou úspěšnost léčby obezity je velice rozhodující, zda pacient učiní vlastní rozhodnutí a sám chce snížit svou hmotnost, nebo pokud se pouze snaží vyhovět přání svého okolí. (Matoulek 2008, s. 32)

Pokud nemá pacient k obezitě přidružená onemocnění, není často zcela přesvědčen o nutnosti redukce váhy. Proto je třeba úspěch neměřit množstvím shozených kilogramů, ale spoluprací tzv. compliance pacienta. (Matoulek 2008, s. 32)

Jako dobrý předpoklad pro vzájemnou spolupráci je důležité přenést na pacienta zodpovědnost. Pacient, který se rozhodne a přijde do ordinace, většinou očekává podrobný rozpis dietních jídel a různých návodů. Potřebujeme znát pacientovy zvyklosti, kdy jí, co jí, a v neposlední řadě jak se hýbe. K tomu všemu samozřejmě doplňujeme celou anamnézu. Důležitým vodítkem tedy bývají pacientovy zápisy jídelníčku, s preferencí alespoň čtrnácti dnů. Jestliže pacient není schopen výše zmíněné si zapisovat, ať z důvodu časové tísně či jen z pouhé nechuti, je nasnadě, že takovýto člověk zcela jistě bude těžko hledat chuť nebo čas na změnu svých stravovacích návyků. Pokud se sám nemocný aktivně nezapojí, nelze redukovat jeho hmotnost a v podstatě ani měnit zdravotní stav. Proto je pro obézního pacienta nesmírně důležité, aby si stanovoval reálné cíle svého redukčního režimu. Je příjemné, pokud se nalezne ideální kompromis mezi dietní stravou a reálnou možností změnit stravovací návyky. (Matoulek 2008, s. 32)

7.4 Úskalí hubnutí

Pacient se často setkává s negativním komentářem z řad odborné veřejnosti, je automaticky považován za nespokojeného, a tím je jeho spolupráce negativně ovlivněna. (Matoulek 2008, s. 32)

Jak zde již bylo zmíněno, obézní si často dávají nereálné cíle a vidí jen hodnotu zhubnutých. Doporučení pro pacienty jsou často obecná, nerespektují jejich individualitu a jsou založena na negativní motivaci pacientů. (Matoulek 2008, s. 32)

Pokud pacient opakovaně při redukčních pokusech selhal, má pocit, že pro něho je nereálný váhový úbytek normálním způsobem. (Matoulek 2008, s. 32)

Proto první návštěva pacienta, který se rozhoduje, respektive, kterého se snažíme k redukci váhy přesvědčit, často rozhoduje o výsledku celé léčby. Lékař by měl být připraven na pacientovy typické otázky a určitý druh nedůvěry, který si s sebou pacient do ordinace přináší. (Matoulek 2008, s. 32)

8 PSYCHIKA NEMOCNÉHO

8.1 Vnímání vlastního těla

Tělové schéma je vlastně psychickým odrazem vlastního těla. Celkově zahrnuje to, jak se sami vidíme, jestli je nám naše tělo příjemné a jak jej hodnotíme. (Kasalický 2011, s. 40)

Zřejmě díky proamerické kultuře, již nám zprostředkovávají média, se mnoho lidí domnívá, že obézní lidé se svým tělem nemohou a ani nejsou spokojeni. Tento předpoklad dává vzniknout společenským předsudkům a jeho zjednodušená interpretace je zavádějící. (Kasalický 2011, s. 40)

Obezita se pojí se zhoršeným sebeobrazem. Obézní jedinci netvoří psychologicky homogenní skupinu. Je tedy nutné odlišit podskupiny, které v kombinaci s obezitou mají tendenci svůj vzhled vnímat více negativně. Do jedné takové skupiny je třeba zařadit ženy obecně, protože na rozdíl od mužů svůj vzhled řeší mnohem častěji než oni. Další skupinou mohou být lidé s poruchou příjmu potravy, a dále je možné zařadit nemocné s raným stadiem obezity nebo s jejím vyšším stupněm. Dále následuje skupina lidí, kteří již v dětství byli kritizováni, škádleni nebo dokonce šikanováni ohledně své váhy. (Kasalický 2011, s. 40)

Nespokojenost s vlastním tělem prožívají nejčastěji mladší ženy a dívky a je nasnadě, že ještě větší nespokojenost se svým tělem zažívají dívky obézní. Sebepojetí mladých dívek a žen je často založeno právě na fyzickém vzhledu, a proto se nezřídka stává, že touha zhubnout je dohání až k poškození zdraví. (Kasalický 2011, s. 40)

Morbidně obézní jedinci si velice často vytvoří negativní sebeobraz. Nespokojenost s tím, jak obézní jedinec vypadá, nemusí nutně souviset s depresivní chorobou. Z výzkumů vyplývá, že asi 1/3 zkoumaných obézních žen nebyla spokojena se svým tvarem těla či s jeho partiemi a tím, jak jeho vzhled zasahoval do sociálních vztahů. Ženy se snažily problematické partie těla zakrýt, vyhýbaly se společenským aktivitám a vyjadřovaly se o sobě negativně. (Kasalický 2011, s. 40)

Vliv na vznik deprese nemusí mít ani tak vnímání vlastního těla, ale spíše jeho hodnocení okolím. V důsledku negativního vnímání vlastního těla dochází k nadměrnému zaměstnávání se vlastní postavou, z čehož pramení někdy až posedlost

tématem obezity, nenávisť a odpor sám k sobě či ke druhým obézním lidem. (Kasalický 2011, s. 40)

Lidé trpící nadváhou či obezitou od dětství slyšeli častěji kritiku od svých vrstevníků a rodičů. Kritiku ohledně své váhy, postavy a jídelních zvyků. Někteří si tyto zážitky a špatné vzpomínky na výsměch spolužáků s sebou nesou až do dospělosti. Ještě hůře ale prožívali a nesli výčitky svých rodičů. Čím radikálněji byla jejich váha souzena nebo jak nepřiměřenější nároky na dietu kladli rodiče, tím horší byl vliv na snahu o redukci v dospělém věku. To znamená, že zde je třeba volit velice citlivý přístup, nejlépe s dětským psychologem. (Kasalický 2011, s. 40)

8.2 Stres a jeho zajídání

Jídlo je jednou ze strategií, která podporuje vznik příjemných pocitů a zároveň snižuje intenzitu těch nepříjemných. Pokud pacient zhubne, nevyřeší se tím jeho dosavadní vztahové nebo pracovní problémy. Pokud je člověk zvyklý zmírňovat svou nespokojenost jídlem, bude automaticky sahat po jídle. Aby měla redukce hmotnosti dlouhodobé trvání, je třeba umět zpracovat přicházející každodenní stres a umět se odreagovat něčím jiným, než je jídlo. Například koníčky, které jste dříve provozovali, a přinášely vám radost. Podle potřeby je možné jednotlivé činnosti použít vždy, když přijde neodolatelná chuť jíst. (Kasalický, s. 50-51)

8.3 Emoční jedení

Pocity, které zahájí epizody emočního jedení, do sebe zahrnují depresi, strach, vztek, nuda, samotu, nejistotu. Specifické vlivy mezi různými pocity ještě nejsou kompletně známy, ale výzkumy už nabízejí různé zajímavé pohledy. (Gremigni aj. 2011, s. 62-63)

Deprese, nuda a námaha vedou některé pacienty ke konzumaci velkého množství jídla, zatímco strach, tenze a bolest je vedou k porcím malým. Jiné osoby mají hlad právě, když prožívají vztek i radost. Především pak v případech strachu nebo smutku jedí velké porce jídla. Vztek, jak se zdá, vede k tomu, že spustí navýšení impulsivního chování, které je rychlé, bez pravidel a očekávání kvality potravy. Zkrátka si chce vzít jakékoli jídlo, které je po ruce. Zatímco radost stimuluje navýšení chování spíše hedonistického, kdy jí, protože mu to chutná a má radost z dobrého jídla, dá si tudíž velkou porci. (Gremigni aj. 2011, s. 62-63)

Vzteky je jeden z nejčastějších pocitů vyskytujících se u lidí s hyperalimentací. Především, pokud je potlačen, to pak vyprodukuje pocit nepohodlí, který se zamění za pocit hladu. Naplnit se jídlem může znamenat snahu nechat zmizet náš vztek. Nakonec obézní osoby, které pociťují vztek samy na sebe pro nárůst váhy, užívají nadměrný příjem jídla jako potrestání sama sebe a jako autoagresivitu. (Gremigni aj. 2011, s. 62-63)

Osoby, které jedí, protože se nudí, se snaží zaplnit jídlem hodiny, dny, měsíce prázdnoty. Stále se snaží něčím být zaměstnané, mít něco zajímavého na práci, protože mají veliký strach, že nebudou mít co dělat. (Gremigni aj. 2011, s. 62-63)

Únava je další jiný komplex spojený s pocitem. Mnohé osoby jedící během noci, užívají jídlo jako pokus dohnat energii, když se cítí unaveni. Jiní užívají při únavě jídlo jako způsob uklidnění, protože únava jim způsobuje nervozitu. Namísto toho, aby si šli na krátkou chvíli odpočinout, tak si ve většině případů zvolí jídlo hyperkalorické, obsahující karbohydráty, namísto jídla zdravého a lehkého. Takže na závěr je to tak, že tučné a těžké jídlo opět vyprovokuje únavu. (Gremigni aj. 2011, s. 62-63)

8.4 Stigmatizace

Stigma je označení, kterým je nějaká osoba ve skupině odlišena, a to negativním způsobem. Rozumí se, že některé vlastnosti této osoby jsou označeny za nenormální. Může se jednat o normalitu fyzickou, psychickou nebo sociální. (Jandourek 2008, s. 118)

Pojem stigma pochází ze starověkého Řecka. Tento pojem označoval tělesné znamení, jež bylo určeno k tomu, aby o nositeli stigmatu vypovídalo něco negativního o jeho morálním stavu. Bylo to znamení, které bylo do těla zločince, zrádce nebo otroka vyřezáváno nebo vypalováno jako varování pro slušné lidi, kteří se jim mohli tak vyhnout. (Jandourek 2008, s. 118)

V počátcích křesťanství získalo dva metaforické významy, a to jednak jako znamení Boží milosti objevující se na kůži a jednak jako lékařská narážka na první náboženský význam, kterým je projev duševního nesouladu. (Jandourek 2008, s. 118)

Stigmatizovaní jedinci jsou vystaveni v různé míře odmítání v běžných každodenních situacích (partnerské vztahy, bydlení, pracoviště, zájmové činnosti). Stigma vede ke strachu, který je živnou půdou pro stres. Aby se člověk vyrovnal

se stigmatizací, mění pak sociální chování. Omezuje sociální kontakty z dřívějšího a vyhledává osoby podobně postižené stigmatem. (Marková aj. 2006, s. 119)

8.5 Sebepojetí

Důležité je vzít na vědomí, že obezita je jev prastarý, na nějž se pohlíželo a doposud pohlíží různými způsoby. Ať ve smyslu historickém, tak ve smyslu regionálním.

Z regionálního hlediska již není náhled na obezitu tak jednoznačný. Obezita je ceněna zejména u žen v některých oblastech arabského světa, v některých částech Afriky, kde je známkou krásy a blahobytu. (Adámková 2009, s. 9)

V průběhu staletí se pohled na obezitu, respektive tolerance k obezitě, také změnil. Vyvíjel se od ideálu pravěké matky rodu, který ztělesňovala Věstonická venuše, k ideálu antického atletického lidského těla, přes modernost barokních tvarů až k opětovnému návratu k vyvážené a přirozené kráse lidského těla. Od 60. let minulého století je však částí, zejména částí ženské populace, nadměrná váha vnímána jako společensky diskvalifikující. (Adámková 2009, s. 9)

Výrazy sebeobraz, sebepojetí a vnímání sebe sama se vztahují k celkovému výrazu, který si člověk sám o sobě vytváří. Nutně to ale neznamená, že by člověk posuzoval či hodnotil sám sebe, ale jednoduše popisují celou škálu vlastností, jako jsou národnostní, rasové a kulturní příslušnost, společenská a profesní role, životní etapa, fyzický vzhled, oblíbenost a neoblíbenost věcí, pravidelné činnosti, psychické vlastnosti. (Fennell 2014, s. 12)

Sebedůvěra se naproti tomu vztahuje k pocitu, že dokážeme být ve svém konání úspěšní, popřípadě, že jsme splnili nebo splňujeme určité nároky. Sem patří konkrétní schopnosti a dovednosti, sociální vazby nebo obecná schopnost zvládat věci, například umět si poradit v určitých situacích. (Fennell 2014, s. 12)

Sebepřijetí, sebehodnota, sebeúcta a sebevědomí představují odlišné prvky. Hodnoty zde zmíněné nejsou vztaženy pouze k vlastnostem, které si přisuzujeme, ať už jsou dobré nebo špatné. A stejně tak se netýkají pouze činností, které podle svého přesvědčení zvládneme, nebo naopak nezvládneme. Tyto spíše odrážejí náš celkový názor na sebe sama - hodnotu, kterou si sami pro sebe přisuzujeme. Jejich podtext může být pozitivní ve smyslu vnímání své užitečnosti či potřebnosti, ale také negativní, pokud se sami vnímáme jako neschopní a špatní. (Fennell 2014, s. 12)

PRAKTICKÁ ČÁST

9 FORMULACE PROBLÉMU

Hlavní pracovní náplní sestry je úzký kontakt s pacientem spojený s péčí o něho. Při výkonu svého zaměstnání se sestra setkává s pacienty nejen různých věkových skupin, ale i s pacienty různých tělesných proporcí. Pokud vezmeme v potaz, že se sestra bude starat o pacienta obézního, v podstatě se nic nemění, když je tento pacient soběstačný. Jinak tomu ale může být, když u pacienta dochází ke snížení soběstačnosti, nebo k její úplné ztrátě. V tom případě se přístup a vnímání pacienta ze strany sestry může změnit.

10 CÍL A ÚKOL VÝZKUMU

10.1 Hlavní cíl

Zjistit, jak sestry pohlížejí na obézního pacienta a jak vnímají obézní pacienti přístup a chování sester.

10.2 Dílčí cíle

1. Definovat pocity a prožitky sestry při péči o obézního pacienta.
2. Pokusit se analyzovat příčinu možného negativního přístupu.
3. Zjistit, co by mohlo ovlivnit změnu přístupu sestry k obéznímu pacientovi.
4. Zjistit, jak vnímá obézní pacient přístup a chování sestry.
5. Navrhnout opatření, která by pomohla ve zlepšení komunikace s obézním pacientem.

11 METODIKA

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila metodu kvalitativního šetření, která se mi zdála vhodnější, protože se lépe dají zachytit emoce respondentů. Kvalitativní šetření bylo prováděno pomocí polostrukturovaného rozhovoru, při kterém respondenti pacienti zodpověděli 26 otázek. Pro respondentky sestry byl připraven počet otázek 22. Rozhovory probíhaly v domácím prostředí respondentů a s jejich svolením byly nahrávány na diktafon a po přepsání smazány. Každý z nich trval zhruba 45 minut.

11.1 Osnova polostrukturovaného rozhovoru - pacient

Jaká je Vaše výška, váha, věk, BMI ?

Jaké je Vaše zaměstnání?

Od kdy jste začal pozorovat, že jste silný?

Jak dlouho vnímáte Vaše problémy s hmotností?

Jako dlouho trvalo, než jste si přiznal, že jste obézní?

Jak se vidíte Vy sám v zrcadle?

Jak obezita ovlivnila Vaše vztahy – škola, manželství, práce?

Pocitujete rozdíly mezi současností a dobou, kdy jste měl nižší hmotnost?

Pokoušel/a jste se sám o snížení hmotnosti a jak? Byly pokusy úspěšné?

Co Vás motivovalo?

Trpíte nějakým dalším onemocněním?

Vnímáte obezitu jako ohrožení zdraví do budoucna?

Jsou nějaké činnosti, které Vám Vaše hmotnost nedovoluje vykonávat?

Byl jste někdy hospitalizovaný již jako obézní?

Byl jste při hospitalizaci celkově závislý na ošetřovatelské péči sestry?

A jaké jste měl pocity při dopomoci sester?

Setkal jste se s negativním přístupem zdravotníků/ka?

Jak jste tedy vnímal přístup sester vůči Vaší osobě a kilům navíc?

Necítil jste se diskriminován ohledně své váhy?

Jinak jste se s negativním zážitkem v nemocnici nesetkal?

Jak vnímáte postoj zdravotníků k obézním pacientům? Myslíte si, že se k Vám chovají jinak ke štíhlým? Existují podle vás rozdíly v poskytování péče mezi obézním pacientem a pacienty s normální hmotností?

Co pro Vás znamená obezita z ekonomického hlediska?

Co pro Vás znamená obezita ze společenského hlediska?

Jak Vás vidí okolí? Jak vnímáte Vaše postavení ve společnosti?

Uvítal byste nějaká doporučení pro sestry, které pečují o obézního P?

Něco, co by zlepšilo přístup k obéznímu pacientovi, jak by se měly chovat?

Přál byste si, aby se chování, či přístup sester při poskytování ošetrovatelské péče nějak změnilo?

Ovlivňuje Vaše tělesná hmotnost Vaši psychiku a jak?

11.2 Osnova polostrukturovaného rozhovoru – sestra

Jaký je Váš postoj k obezitě jako takové?

Vaše fyzická kondice?

Jak se vnímáte Vy sama?

Setkáváte se ve Vaší práci s obézními pacienty?

Jak vnímáte obézní pacienty?

Ovlivňuje Váš osobní postoj (Vaše vnímání obézního pacienta) poskytovanou ošetrovatelskou péčí?

Máte problémy při nějakých ošetrovatelských intervencích aplikovaných u obézního pacienta, pžk, cévkování, nebo jste zažila komplikace při ošetrovatelských výkonech?

Jaké máte pocity při péči o obézního pacienta a jaké převažují?

Vyhýbáte se péči o obézního pacienta?

Co Vás napadne jako první, když uvidíte obézního pacienta?

Jak vidíte péči o obézního pacienta z ekonomického hlediska?

Používáte nějaké speciální pomůcky v péči o obézního pacienta?

Pocitujete nějaké bariéry v přístupu k obéznímu pacientovi?

Dala jste někdy najevo pacientovi s obezitou svůj negativní postoj vůči němu a jeho nadváze?

Co Vám na obézních nejvíce vadí?

Jak vnímáte obézního pacienta jako jeho životní perspektivu s prognózou a přidružených chorob?

Myslíte si, že jsou obézní pacienti stigmatizováni?

A ve společnosti?

Jak ovlivňuje Vaše zkušenost s prací s obézním pacientem Váš postoj k péči o sebe?

12 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1. Jakým způsobem je nemocnými vnímána sestra a její přístup k nim jako k obézním?
2. Mají pacienti trpící obezitou problémy při hospitalizaci?
3. Mají sestry negativní postoj k obézním pacientům?
4. Považují všeobecné sestry obezitu za zhoršující faktor při poskytování ošetrovatelské péče?

13 VZOREK RESPONDENTŮ

Ve výběru respondentů nezáleželo na jejich věku, rodinném stavu, vzdělání ani sociálních podmínkách. Hlavní podmínkou bylo, že jsou obézní. Pro rozhovor jsem si vybrala dva konkrétní obézní pacienty, kteří mi byli doporučeni kolegyněmi z práce z jejich okolí a příbuzenstva. Jsou to pacienti, kteří již mají zkušenost s opakovanými hospitalizacemi v nemocnici, tudíž prošli i zkušeností se závislostí na péči druhé osoby, v tomto případě - všeobecné sestry.

Dále jsem vedla rozhovor se dvěma pro mě neznámými všeobecnými sestrami, které mi byly doporučeny od spolužaček ze studií. Jedním z hlavních kritérií výběru pro rozhovor se sestrami byly jejich tělesné proporce a bezesporu zkušenosti v péči o obézního pacienta. Záměrně jsem pro srovnání zvolila jednu sestru, která je tělesných proporcí a váhy normální a naopak druhou sestru, která trpí obezitou.

Jednalo se o respondenty, kteří pro mě před psaním bakalářské práce byli neznámými osobami, což bylo zřejmě důvodem, že jejich odpovědi byly velice upřímné a autentické.

Vzhledem k tomu, že obezita je v povědomí obézních lidí spíše choulostivé téma a stejně tak sporné postoje vůči pacientům, bylo nutné k samotnému rozhovoru přistupovat citlivě a nenásilně. Během rozhovoru jsem pouze položila otázku a nechala respondenty hovořit. Respondenti byli rovněž upozorněni, pakliže jim budou nějaké otázky nepříjemné, nemusí na ně odpovídat a že je možno, pokud si to budou přát, rozhovor kdykoli ukončit. Rozhovory probíhaly v domácím prostředí, a tak byli respondenti uvolnění a nechali mě nahlédnout do svých emocí.

14 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

14.1 Přepisy rozhovorů s respondenty

Respondent č. 1

Respondentka číslo jedna je obézní žena, která v červnu tohoto roku dovrší 60 let. Žije na venkově s manželem v rodinném domě. Má dvě dospělé děti, které se svými rodinami žijí ve vlastních domácnostech. Je to paní, která, přestože má fyzická omezení, podniká různé výlety, setkání a je společenská. Před více jak 7 lety přežila těžkou autonehodu, která postihla její pohybový aparát. Od té doby se hůře pohybuje a z tohoto důvodu pobírá invalidní důchod. Při rozhovoru se projevovала velice vstřícně, snažila se odpovědět na každou otázku co nejupřímněji. Věty byly rozsáhlejší, v úsecích při mluvě o hospitalizaci byla smutnější a hloubavější, bylo patrné, že na toto období nevzpomíná ráda.

Jaká je Vaše výška, váha, věk, BMI ?

„Měřím 160 cm, vážím 104 kg, za dva měsíce mi bude šedesát let. Co to je BMI, to nevím.“

Jaké je Vaše zaměstnání?

„Jsem v invalidním důchodu, již 7a půl roku.“

Z jakého důvodu pobíráte invalidní důchod?

„Měla jsem dopravní nehodu a po té mi zůstaly problémy s nohou. Mám vtočenou špičku dovnitř a nohu zkrácenou o několik centimetrů.“

Od kdy jste začala pozorovat, že jste silná?

„Vždycky jsem byla taková boubelka. Potom, hned jak se narodily děti, tak jsem se stále jen spravovala a pak se pokoušela hubnout. Bylo to stále dokola. Zhubla jsem a zase přibrála - jako na houpačce.“

Jak dlouho vnímáte Vaše problémy s hmotností?

„Hmotnost jsem řešila celý život, ale v mládí mě to nějak neomezovalo. Potom po dětech mi to začalo vadit více, a jak stárnu, tak je to ještě horší.“

Jako dlouho trvalo, než jste si přiznala, že jste obézní?

„Vím, že jsem obézní už od mala, od mládí, i když to jsem bývala štíhlejší. Takže to vím dlouho, ale jestli se ptáte na to, kdy jsme poprvé začala hubnout, tak to bylo po druhém porodu. To jsem poprvé zhubla asi 18 kg.“

Jak se vidíte vy sama v zrcadle?

„Do zrcadla se raději nedívám, protože je to pro mě dost nesnesitelný, traumatizující pohled.“

Jak obezita ovlivnila vaše vztahy – škola, manželství, práce?

„Poznámky na mou postavu poslouchám celý život. Ne že by byly nějak výrazné, ale jsou. Od mužů, to si neuvědomuji. Nejvíce mě vadí, ženy, které podle mého zhubnout nepotřebují a v mé přítomnosti pořád říkají, že musí zhubnout. Tak trochu mám pocit, že to říkají kvůli mně, abych si uvědomila, že jsem tlustá, že nemají asi odvalu mi to říct normálně.“

V manželství je vše v pořádku, manžel mě nikdy nehodnotil podle váhy, naopak mi sám ještě podstrojuje.“

Pokoušela jste se sama o snížení hmotnosti a jak? Byly pokusy úspěšné?

„Zhubla jsem více kilogramů, zhruba vždy tak 20 kg, asi tak 5-6x za život. Před 8 lety jsem zhubla 20 kilo, to bylo před tou nehodou. Pak jsem je opět nabrala a před čtyřmi lety jsem zhubla 24 kg...Váhu jsem si držela asi tak tři roky, takže moc dlouho ne...Je to stále stejný scénář. Zhubnu a pak to zase naberu. Asi nemám tu správnou výdrž, vůli. Teď zrovna stále tloustnu, nedokážu se přinutit začít se držet zkrátka. V podstatě začínám každý den, a když nevydržím, tak usínám s příšerným vztekem na sebe.“

Co Vás motivovalo?

„Celkově jsem se chtěla cítit lépe, jako člověk. Poslední dieta - při té poslední dietě, měla jsem jít na operaci s kyčlem a bylo potřeba se zhubnout kvůli operačnímu výkonu, jinak by výkon nebyl možný.“

Pocit'ujete rozdíly mezi současností a dobou kdy jste měla nižší hmotnost?

„Když jsem se spadla, tak jsem se cítila strašně dobře, co se týká pohybu v tom moc rozdíl nevnímám. Bylo to spíš na psychické rovině. Třeba když přijdu k lékaři a byla jsem třeba u lékaře a řekla jsem, že vážím 80 kg, určitě se mi to říkalo lépe, než že vážím 104. Když jsme vážila méně, tak jsem se cítila jako člověk, teď se cítím jako podčlověk. Je to věčný boj. Nahoru a dolů...“

Trpíte nějakým dalším onemocněním?

„Léčím se s hypertenzí.“

Vnímáte obezitu jako ohrožení zdraví do budoucna?

„Uvědomuji si, že když jsem těžká, tak si ničím klouby, a že srdce se také více namáhá. Poznám na sobě, když zhubnu, že se mi lépe jde a dýchá. Určitě ta váha přispívá k tomu, že člověk může umřít dříve.“

Jsou nějaké činnosti, které Vám Vaše hmotnost nedovoluje vykonávat?

„Já jsem a cítím se být pohyblivá, i když jsem tlustá, ale úplně mi to nedovolí kyčel, který ještě není odoperovaný.“

Z jakého důvodu ještě nejste po operaci?

„Poprvé mě nevzali a teď mi podvkrát řekli, že vlastně operaci nepotřebuji. Vloni jsem výkon odmítla já, protože jsem se začala strašně bát té operace. Jinak se cítím se stále stejně, vlastně mě více trápí ta moje tloušťka než ten kyčel.“

Byla jste někdy hospitalizovaná již jako obézní?

„Ano, ležela jsem v nemocnici 4 měsíce od 9.června-19.září.“

Z jakého důvodu?

„Měla jsem autonehodu...vyvázla jsem se zlomenou pávní, kyčel jsem měla vraženou dovnitř do těla a zlomených asi 8 žeber. Bylo to příšerné.“

Byla jste při hospitalizaci celkově závislá na ošetrovatelské péči sestry?

„Ano, úplně závislá. Měla jsem těžkou dopravní nehodu a ležela jsem na traumatologii v jižních Čechách. Nejdříve jsem byla asi 5 dní na JIP a pak mě přeložili na normální oddělení.“

A jaké jste měla pocity při dopomoci sester?

„Sestry mě myly, polohovaly, pečovaly o mě. Ze začátku mi to bylo jedno, byla jsem pod opiáty, tak mi vlastně nic nevadilo. Potom, když jsem neměla tak často léky, které by mě oblbly, mi to začalo vadit.“

Co Vám vadilo, můžete být konkrétnější?

„Vadilo mi to, protože mě viděly nahou. Protože jsem tlustá a vím, že na mě všichni koukají. Říkala jsem si, kdybych byla štíhlá, určitě bych se tak nestyděla.“

Setkala jste se někdy s negativním přístupem zdravotníků/ka?

„Ano, setkala. Někdy stačí vidět jen pohled, jak se na vás dívají. Mám pocit, jako by si mě hodili na váhu a vážili mě, jako by mě odsuzovali za to, že jsem těžká a už dopředu mě neměli rádi, za to jaká jsem. Jednou v noci mě bolela noha a poprosila

jsem sestru, jestli by mi pomohla a pohnula kousek nohou. Jako odpověď sestřička řekla, že jsem těžká a tlustá a že by musela zavolat sanitáře a že teď tady nikdo není. Tak mě nechala být.“

Ani se mi tomu nechce uvěřit.

„Ano bylo to přesně tak.“

Co jste cítila?

„No...první co mě napadá, je bezmoc a vztek. Přišlo mi to moc líto, cítila jsem se absolutně bezmocná, nemožná. Byla jsem plná úzkosti, bolesti a čekala jsem až do rána, než se vystřídaly směny jako na vysvobození. Ranní sestry mě pak pomohly se posunout, aby mě to tak nebolelo.“

Řekla jste to někomu?

„Ne, bála jsem se, aby se mi pak ta sestra nemstila. Stěžovat si na ní to mě ani nenapadlo, to bych si ani nedovolila. Pak by se mě třeba nevsímala vůbec a já ji přeci potřebovala. Byla jsem odkázána na její péči, co bych si pak počala?“

Jak jste tedy vnímala přístup sester vůči Vám a kilům navíc?

„Já nevím,...stěhovali mě aspoň ve čtyřech, měla jsem na noze 12 kg závaží, byla s nimi vždy vedoucí sestra a oni byli příjemní...Ale stejně mi to nebylo příjemné. Přišla jsem si jako velká zátěž. Víte, možná si to zdravotníci asi ani neuvědomují, když je to pro ně tak fyzicky náročné, ale třeba řeknou:„Dělej, drž jí tu nohu, ať nespadne...pomoz mi, je těžká...“ a to pak člověk nemá pocit, že je člověkem, ale břemenem.“

Měla jste někdy pocit diskriminace ohledně své váhy?

„Vlastně nevím. Cítím despekt... Vnímám to tak, že je na mě pohlíženo jako na tlustou, a tím jsem odsouzena do nějaké kategorie, do které, alespoň podle mě, nepatřím.“

Kategorie?

„Do kategorie těch horších lidí, podlidí. Vím, že bych měla zhubnout, ale je to těžké se do toho zase znovu dostat, mít hlad a odříkat si věci, které mám ráda.“

Jinak jste se s negativním zážitkem v nemocnici nesetkala?

„To se mi stalo v jiné nemocnici. Byla jsem doporučena k operaci toho kyčle. Den před operací jsem si přišla lehnout do nemocnice a druhý ráno mě měli operovat. Ráno mě píchli anestezií do zad a pak mi dali tu oblbovačku a vezli mě na sál. Pak jsem se

probudila v pokoji a zjistila jsem, že mě vlastně vůbec neoperovali. Výborné na tom bylo, že ostatní pacientky v pokoji věděly, proč jsem nebyla operovaná a já ne. „

A jaký byl tedy důvod?

„Důvod byl ten, že prý jsem moc tlustá a výkon by nešel provést. Dost dlouho jsem čekala na lékaře, aby mi vysvětlil, proč zákrok nebyl proveden, zatímco moje spolubydlící na pokoji už to věděly. Paradox. Je to neuvěřitelné. Lékař nebyl moc milý a rozhodně si nebral servítky. Styděla jsem se a raději bych ani v tu chvíli nebyla. Ještě teď, když si na to vzpomenu, tak je mi smutno a mám vztek. Ani mi to nebyli schopni říci dříve, než mi píchli něco do páteře, že mi tu operaci neudělají.“

Stěžovala jste si?

„Ne, měla jsem strach, že pak by mě třeba už znova odoperovat nechtěli. Toho se opravdu bojím. „

Jak vnímáte postoj zdravotníků k obézním pacientům? Myslíte si, že se k Vám chovají jinak ke štíhlým? Existují podle vás rozdíly v poskytování péče mezi obézním pacientem a pacienty štíhlými?

„Ano. Vnímají nás jinak. Jsme pro ně zátěž a to asi nejsou tak nadšení z péče o nás. Pořád mluví o prevenci, říkají, že bych měla zhubnout, že dostanu infarkt nebo mrtvičku a že mi odejdou klouby. Já vím, že to je pro mé zdraví, ale je mi to nepříjemné.“

Zvyšují se problémy pacientů trpící obezitou při kontaktu se sestrou?

„To asi záleží na té sestře, jaká je. Pokud je tlustá, tak problém s obézním člověkem nemá, anebo ho schová. Štíhlá sestra umí pěkně seknout pohledem. Obecně jsem zažila, že ty silnější sestry jsou více vstřícné a milé, asi mají více pochopení.“

Co pro Vás znamená obezita z ekonomického hlediska?

„To ani nepociťuju. Mám problém s oblečením, kterého na trhu je málo, ale to s tím asi nijak nesouvisí. „

A co pro Vás znamená obezita ze společenského hlediska?

„Hrůza. Takže je to tak, že nejen, že jsem tlustá, ale ještě k tomu nemám pěkné oblečení. To je tragédie. Myslím si, že když přijdu do společnosti, k lékaři a nemám hezké oblečení, tak že na mě koukají tak, že se neumím hezky obléct, cítím se jako sociální případ, jak podčlověk. Mám pocit, že se na mě dívají s despektem.“

Jak Vás vidí okolí? Jak vnímáte Vaše postavení ve společnosti?

„Třeba bych si sama ve stánku nekoupila hamburger a na té ulici ho nejedla. Měla bych pocit, jako že se na mě všichni koukají a říkají si, že jsem tlustá a nenažraná a proč raději nejím něco zdravějšího. Dneska je trend být štíhlý, mladý a krásný. Tlustí to mají těžší než hubení, jsou více pod drobnohledem.“

Co by podle Vás obézní pacienti uvítali v rámci uspokojování vlastních potřeb v průběhu hospitalizace?

„Všichni pacienti potřebují to stejné...možná že obézní jsou více labilní, více řeší, jak vypadají a co sní, jestli nebudou mít v nemocnici hlad. Kam budou chodit na záchod, jak se budou mýt, aby je nebylo moc vidět. Nevím, beru to podle sebe. Třeba říci že jsme tlustý nějak lidsky. Aby nás vnímali více s respektem, že jsme také lidé a že si sami uvědomujeme, že jsme velcí a těžcí. „

Měla byste návrh, jak zlepšit přístup k obéznímu pacientovi, jak by se sestry měly chovat? Nějaká doporučení?

„Přístup k pacientovi je asi individuální, od toho jaká ta sestřička je. Jakou má povahu, jak se dokáže vcítit. Jak dokáže podpořit, dát najevo, že jsem důležitá, že mě vnímá jako bytost, jako člověka, ne jen jako hromadu tuku. Aby se více se s pacienty bavily. Víím, že na povídání není moc času, ale stačí, když se sestra usměje, a prohodí dvě tři milá slůvka, hned se pak lépe stoná.“

Ovlivňuje Vaše tělesná hmotnost Vaši psychiku a jak?

„Na to je snadná odpověď. Neznám tlustého člověka, který by si nepřál být štíhlý, aspoň o kousek. Pokud jsem hubenější, lépe se pohybuji, lépe se cítím. Jsem spokojenější, vyrovnanější a asi i šťastnější.“

Děkuji za rozhovor.

Respondent č. 2

Respondentem číslo dvě je obézní muž - 56 let. Vdovec, který žije na venkově v rodinném domě. Má tři dospělé děti, které se svými rodinami žijí ve vlastních domácnostech a pravidelně jej jezdí navštěvovat. Pracuje v místním družstvu jako traktorista a žije poměrně klidný, jednotvárný život. Koníčky nepěstuje, věnuje se svému malému hospodářství a občas si zajde přáteli na pivo. Při rozhovoru se projevoval pomalou, klidnou mluvou, spíše se usmíval, jen místy, když hovořil o manželce, tak se tvářil smutně. Z jeho odpovědí byl cítit klid a vyrovnanost.

Jaká je Vaše výška, váha, věk, BMI ?

„Měřím 178 cm a vážím 140 kg, je mi 56 let.

Moje BMI nevím...už jsem o tom slyšel, ale stejně už zase nevím, co to je. „

Jaké je Vaše zaměstnání?

„Pracuji u nás ve vsi v JZD jako traktorista.“

Od kdy jste začal pozorovat, že jste silný?

„Spravovat jsem začal asi v pubertě, okolo toho třináctého roku...naši se rozvedli a já začal víc jíst.“

Jak dlouho vnímáte Vaše problémy s hmotností?

„Problém s hmotností, mám, jak říkám už od mlada, tak nějak po pubertě jsem se spravil...takže dlouho (smích)“

Jako dlouho trvalo, než jste si přiznal, že jste obézní?

„Já jsem se dlouho jako obézní necítil. Neměl jsem žádné potíže, jo, byl jsem, jak se říká kus chlapa, ale cítil se ve svém těle dobře, i když jsem vážil 140 kg. Občas mám problémy, když si nazouvám boty, to se dost zadýchám. Taky si ty boty nerad kupuju, to je pro mě nadlidský výkon. Stejně jako nemám rád nákupy oblečení v obchodě s konfekcí, ale teď už jsou specializované obchody, takže se dá vybrat a občas mi koupí něco děti. Nosím jedny věci dlouho a pak si koupím zase stejnou, módu opravdu neřeším.“

Zmiňujete nákup oblečení, jak se vidíte Vy sám v zrcadle?

„Smích...já se vidím normálně, jo jsem větší, ale chodím, funguju, tak nemám problém, jsem na sebe zvyklý, necítím, nevidím se jinak než jiní lidé, to spíš oni asi mají problém mě vidět, jako se vidím já.“

Jak obezita ovlivnila Vaše vztahy – škola, manželství, práce?

„Neuvědomuju si, že by se mi třeba v dětství někdo posmíval, taky jsem nebyl tak tlustej. Žil jsem normálně a postupně jsem přibíral...asi jsem měl štěstí na lidi kolem sebe. V manželství jsme byli spokojeni, žili jsme spolu víc jak 20 let. Manželka mě měla ráda takového, jaký jsem byl.“

Pocitujete rozdíly mezi současností a dobou kdy jste měl nižší hmotnost?

„Jsem vdovec. Mám tři již dospělé děti, které se mnou nežijí, ale navštěvujeme se, to zase jo. Jezdí za mnou hodně často...Myslíte, jako rozdíly jestli jsem se víc líbil ženám jako štíhlejší? No to nevím...byl jsem s mojí paní dvacet let, teď jsem dva a půl roku sám a nemám potřebu si někoho hledat, před někým se předvádět...s mojí ženou jsem tak nějak postupně ztloustnul a ani jsem to nezpozoroval...až teď, když jsem sám a zůstalo mi více práce v domácnosti, tak cítím, že se zadýchávám. To víte, asi to bude tím, že jsem od její smrti přibral dalších 10-12 kg. Je mi pořád smutno, a tak když se najím, cítím se lépe.“

Pokoušel jste se sám o snížení hmotnosti a jak? Byly pokusy úspěšné?

„Ano, jednou asi ve dvaceti letech...to jsem byl zamilovanej do jedné kolegyně u nás v družstvu. Začal jsem jíst maso bez příloh a dokonce i zeleninu...no , shodil jsem asi 10 kg, šlo to dolu docela rychle, ale neudržel jsem to. Vrátilo se mi to po 4 měsících zpátky, v podstatě jednou tolik jsem přibral. Potom mě už nebavilo to nějak řešit...“

Co Vás motivovalo?

„Slečna si našla jinýho, takže bylo po motivaci. A já se vrátil ke svému a přibral navrch ještě pár kil a pak jsem to už neřešil.“

Trpíte nějakým dalším onemocněním?

„Mám vysoký cholesterol a tlak, s tím se léčím již delší dobu. Jinak беру ještě léky na cukrovku.“

Vnímáte obezitu jako ohrožení zdraví do budoucna?

„Já jsem se s tímhle nikdy nezaobíral. Asi to pak může zkomplikovat víc život ve stáří?“

Jak zkomplikovat?

„Že budu pohyblivej pořád méně, že se to jednou projeví na kloubech na zádech.“

Jsou nějaké činnosti, které Vám Vaše hmotnost nedovoluje vykonávat?

„Dřív jsem byl člen dobrovolných hasičů a jezdili jsme na různé soutěže, teď už bych ale moc rychle neběžel, jestli bych se tedy vůbec rozběhnul...taky se snadno zadýchám a těžko se mi obouvají boty.“

Byl jste někdy hospitalizovaný již jako obézní?

„Ano, byl, jednou“

Z jakého důvodu?

„Začal jsem mít problémy se žlučníkem, udělal se mi tam kámen a dělal paseku... Pořád mě bolelo na pravé straně a měl jsem velké zažívací potíže. Tak trochu jsem to odkládal, nechtělo se mi pod kudlu, říkal jsem si, že se to nějak rozchodí.“

Ale nerozchodilo...

"Ne nerozchodilo...zhoršilo se a musel jsem na pohotovost a to si mě pak rovnou nechali na chirurgii a asi za 3 dny mě operovali. Měl jsem zánět celého břicha, hojil jsem se dlouho...nedělali mi tu laparo, jak se to jmenuje. Normálně mě rozřízli, že by to prý jinak nešlo. Měl jsem tam srůsty po těch zánětech.“

Byl jste při hospitalizaci celkově závislý na ošetřovatelské péči sestry?

„Ležel jsem pak docela dlouho na intenzivní péči, nějak se to zkomplikovalo. Měl jsem různé hadičky, z nosu, břicha, na čůrání. Jinak to strašně bolelo. Dávali mi i morfiium, nemohl jsem se hnout, bylo to hrozný. Sestry mi museli pomáhat se otočit na bok, já nebyl schopnej sám něco udělat, takže jsem závislej byl, sám jsem sotva pohnul rukou.“

A jaké jste měl pocity při dopomoci sester?

„Jako jak pocit? Mně vadilo, že sám nic nemůžu, že mi to nejde, že to bolí, tak jsem to musel vydržet, že se o mě takhle někdo stará. Báł jsem se, jestli to vůbec přežiju. Sestry mi prostě pomáhaly. Já se snažil, ale moc mi to ze začátku nešlo. Nejdřív mě na posteli jen otáčeli a postupně mě začaly posazovat. Nejvíc mi vadilo to, že nemůžu.“

Setkal jste se s negativním přístupem zdravotníků/ka?

„No asi to pro ně byla dřina, přeci jen nejsem žádnéj drobeček a ležel jsem tam jak balík slámy. Jednou mi sestra povídá: „No, to se teda musíte snažit, copak si myslíte, že Vás jako utáhnu sama? A dělejte, já se tu držít nebudu, já Vás takhle nevykrmila“

To Vás asi muselo zranit? Co jste cítil?

„Sedí a chvílku přemýšlí. Spíše takovou bezmoc, že jim nemůžu pomoci. Představte si, že ležíte a nemůžete nic, jenom šátrat rukama a stejně se nějak neudržíte. Nejvíce asi bezmoc a tak trochu i vztek. Ale to na sebe, ne na tu sestřičku. Líto mi to trochu bylo, ale vlastně měla pravdu. Krom toho vážilo sotva půlku toho co já ...“

Takže jste jí odpustil to, jak na vás byla hrubá?

„Já jí rozuměl, musejí to mít ty holky těžký, když mají takového pacienta jako já a musí s ním pohnout.“

Jak jste tedy vnímal přístup sester vůči vaší osobě a kilům navíc?

„Jsem obyčejnej chlap, co dělá v JZD a komplexy kvůli tloušťce jsem netrpěl. A teď se ke mně chovaly docela hezky, až tahle sestra co mě takhle popíchla. Ale jak říkám, měla pravdu.“

Necítil jste se diskriminován ohledně své váhy?

„Ne, to určitě ne, chovali se ke mně stejně jako k ostatním pacientům.“

Jinak jste se s negativním zážitkem v nemocnici nesetkal?

„Asi ne., jasně, když jdu do ordinace na kontrolu kvůli tlaku, tak mi doktor pořád opakuje, že mě to může zabít, že když zhubnu, tak se mi tlak zlepší a nebudou trpět klouby, ale není to tak, že bych měl pocit, že na mě koukají skrz prsty a byl pro ně méněcennej.“

Jak vnímáte postoj zdravotníků k obézním pacientům? Myslíte si, že se k Vám chovají jinak ke štíhlým? Existují podle vás rozdíly v poskytování péče mezi OP a pacienty s normální hmotností?

„Ne rozdíly nepozoruji, možná že se někdo jinak kouká, ale ať si myslí každý, co chce. Já si žiju svůj život a jsem rád, když mě taky nechají žít ten můj.“

Co pro Vás znamená obezita z ekonomického hlediska?

„Z ekonomického hlediska, asi to že víc sním. Jinak nevím.“

A co pro Vás znamená obezita ze společenského hlediska?

„Do společnosti moc nechodím, do práce z práce, občas nakoupit.“

Myslela jsem třeba, jak si myslíte, že Vás vidí okolí? Jak vnímáte Vaše postavení ve společnosti?

„Asi vidí, že jsem tlustej, ale jezdím autem, takže místo v autobuse nezabírám a letadlem jsem nikdy neletěl, jestli myslíte tohle, že by mě jako nechali zaplatit dvě sedačky...nejsem asi jedinej, kdo je na světě tlustej, také si nijak vyjímečnej nepřipadám.“

Uvítal byste nějaká doporučení pro sestry, které pečují o obézního P?

„Nevím, co máte konkrétně na mysli...“

Něco, co by zlepšilo přístup k obéznímu pacientovi, jak by se měly chovat?

„Já byl spokojený, cítil jsem se dobře i na té intenzívce i na normálním oddělení...tam už jsem vše pak zvládal sám, tak to bylo dobrý. Na tý jipce to bylo horší, když jsem tam byl odkázanej na cizí pomoc. Pořád na mě bylo vidět, a když se mnou hýbali, tak to všechno houkalo. Můžu Vám říct, že to bylo za trest, jak jsem se cítil pozorovanej. Jinak je fajn, když se sestra usměje a pomůže. Mně osobně stačí, že vím, že někde je a že přijde, když to budu potřebovat, než když se mi pořád snaží pomoci.“

No od toho sestřičky jsou, ne?

„No, to jo, ale já je mám rád tak jako v povzdálí, jako pro jistotu, kdyby něco, jinak si raději vše zvládám sám.“

Přál byste si, aby se chování či přístup sester při poskytování ošetrovatelské péče nějak změnilo?

„Já jsem s péčí byl spokojenej.“

Ovlivňuje Vaše tělesná hmotnost Vaši psychiku a jak?

„Už jsem se narodil jako klidný dítě, takže v tomto ohledu se nezměnilo...pohodářem jsem zůstal, takže jestli máte na mysli, jestli mě stresuje, že jsem tlustej, tak ne. Spíš mě pořád trápí, že jsem zůstal bez ženy, to mě trápí. Do té doby než odešla, sem byl šťastnej chlap, i když tlustej.“

Děkuji za rozhovor.

Respondentka č. 3

Respondentkou číslo tři je žena pracující na postu řadové všeobecné sestry na interním oddělení. Ve své práci se setkává s obézními lidmi denně, a ačkoli je sama štíhlá, nepocituje k nim nějaké osobní nechuť či bariéry. Péči se snaží dopřát všem pacientům stejně, jak štíhlým, tak obézním i když uznává, že péče o obézního pacienta je náročnější z různých úhlů. Sama se však této péči o ně nevyhýbá. Chvillemi bylo vidět, že váhá nad některými odpověďmi, obzvláště při otázkách na její negativní pocity, které může vyvolávat péče o obézního pacienta. Dopřála jsem jí dostatek času a ujištění, že rozhovor bude opravdu anonymní a smazán, bylo vidět, že se více zklidnila a odpovídala uvolněněji.

Jaký je Váš postoj k obezitě jako takové?

„V rodině máme problém s obezitou a nadváhou jsem sama trpěla. Po porodu jsem přibrala, to se mi povedlo shodit a pak jsme ještě jednou přibrala, při své výšce 160 cm jsem vážila 75 kg a necítila jsem se dobře. Pak jsem to zhubla a snažím se váhu držet.. Obezitu určitě neodsuzuju, vím, že to problém je, že se ti lidé trápí, že je to pro ně asi těžké...je na každém, jak se s tím vypořádá, vyrovná, co pro to dělá, aby obézní nebyl...a vím, že jsou i překážky, které nejdou překonat. Obezitu, jako takovou neodsuzuji.“

Vaše fyzická kondice? Jak se vnímáte Vy sama, kam byste se zařadila Vy?

„Moje fyzická kondice bych řekla, že je průměrná. Cítím se poměrně dobře, co potřebuji, to zvládnou. BMI mám okolo 24, hlídám se, jsem spokojená.“

Setkáváte se ve Vaší práci s obézními pacienty?

„Setkávám se s nimi každý den, často. Na našem oddělení je jich tak 20%, pokud tedy mluvíme o obézních. Extrémně obézní míváme na oddělení méně často.“

Jak vnímáte obézní pacienty?

„Pro mě je rozdíl, pokud je OP mobilní a schopný sebezpěče, nebo zda je odkázaný na komplexní péči personálu...osobně se snažím přistupovat jak k mobilním tak i imobilním pacientům stejně a tak nějak s respektem, který pocítuji ke všem pacientům. Někdy to jde hůř, někdy líp, někdy to vyplývá z mého celkového rozpoložení.“

Ovlivňuje Váš osobní postoj (Vaše vnímání obézního pacienta) poskytovanou ošetrovatelskou péčí?

„Mě to přijde tak, že obéznímu imobilnímu pacientovi se musíme věnovat více. Jednak ta péče trvá déle, pečujeme o větší plochu těla, trvá déle, než je napolohujeme, než toho velkého celého ošetříme, namažeme. Je to i o tom, že je třeba více členů týmu. Někdy musíme pacienta polohovat i ve třech osobách.

Nejvíce to vnímám z časového hlediska. Je třeba vše naplánovat. V jednom ve dvou s takovým pacientem moc nepohneme. Stává se, že čeká delší dobu, než provedeme hygienu, nebo přijdeme podložit mísu, protože každý máme svou práci a těžko se nás sejde více na jednom bodě hned.“

Máte problémy při nějakých ošetrovatelských intervencích aplikovaných u obézního pacienta, jako je zavádění Pžk, cévkování...zažila jste komplikace při ošetrovatelských výkonech?

„Při cévkování u pacienta...já osobně se snažím přistupovat jako k ostatním pacientům, ale vím, že nás bude třeba více, stává se, že jeden člověk drží jednu nohu, další druhou nohu, třetí drží břicho a já čtvrtá zavádím PMK. V podvědomí mám, že tu akci musím naplánovat, že to bude fyzicky a hlavně časově náročné...co se týče kanyl, problém nevidím, někdy se špatně napíchne i člověk štíhlý, v tom rozdíl nevidím. Obézní člověk, pokud není schopen dopomoci, tak při vyprazdňování používáme pleny, je to nadlidská síla bezvládného 150 ti kilového člověka dostat na mísu...sama to nezvládnou a málokdy seženu sanitáře v tu chvíli, kdy by pacient potřeboval vykonat potřebu.

Jako další problém vidím to, když je třeba poslat pacienta na specializované vyšetření, které není v dosahu na naší klinice třeba na CT vyš. Tak odmítají sanitáři naložit pacienta na lůžko do sanity, tak lžu, že pacient nemá 120 kg, a tvrdím, že váží do 120 kilo, i když vím, že váží více, protože by se mohlo stát, že nám ho neodvezou a budu čekat na speciální posádku moc dlouho. Mám zkušenost, že jsme jednu pacientku odesílali se speciální posádkou i s postelí dodávkou.“

Jaké máte pocity při péči o obézního pacienta a jaké převažují?

„Někdy ...no záleží na tom, jak se já zrovna cítím. Někdy je mi jich líto a někdy...můžu to říct, tak jak si to opravdu myslím?“

Samozřejmě.

„No a někdy mě trošku štvou...(tváří se provinile)“

Proč Vás štvou?

„No, protože ztloustli a já se s nimi musím tahat. Že jim to je jedno a leží si a nic. Za noc, když tam jdu už podesáté v tu chvíli se snažím jednat s tím pacientem v klidu, ale uvnitř cítím, jak toho mám dost. Mám vztek, že se s ním musím držet. Nejvíce převažuje, že mi asi vadí ta námaha. Upřímně, ty pocity se asi nevyhýbají žádné z nás...“

Vyhýbáte se péči o obézního pacienta?

„Pokud budu v práci s ostatním ošetrovatelským personálem, tak řeknu třeba ošetrovatelce, ať jde ona. Když jsem na oddělení sama, tak se o něj postarám. Pokud nebudu moci sama, vysvětlím mu, že musí počkat, až mi přijde sanitář...určitě bych nedělala, že se nic neděje. Rozdíl mezi obézním pacientem a pacientem normální váhy vidím jen v tom, že s pacientem těžkým, budu mít dřinu.“

Co Vás napadne jako první, když uvidíte obézního pacienta?

„Hlavou mi proběhne to, že se s ním budu tahat a že to bude náročný. První mi proběhne vlastně „no nazdar, to bude dřina...“

Jak vidíte péči o obézního pacienta z ekonomického hlediska?

„To si nemyslím, že by byl nějak více ekonomicky náročnější...řekla bych, že zde rozdíly nejsou, možná jej častěji převlečeme, ale péči provádíme u všech stejně. Pokud má pacient průjem, tak je jedno, jestli je štíhlejší nebo tlustej. U nás je péče o všechny stejná.“

Používáte nějaké speciální pomůcky v péči o obézního pacienta?

„Speciální pomůcky nemáme...používáme Roll board na přesun pacienta z lůžka na lůžko...“

Nějaké zvedáky?

„Ne, zvedáky nemáme, posunujeme lidi na podložkách. Ze speciálních pomůcek mě napadá váha pro obézní pacienty. U nás na oddělení máme vážící židli- ta je do 250 kg a na ambulanci je nyní váha do 300kg, na kterou se dá zajet i s lůžkem, což je dobré, protože nemusíme pacienta vícekrát přemisťovat.“

Pocítujete nějaké bariéry v přístupu k obéznímu pacientovi?

„Snažím se s nima jednat stejně, méněcenní mi nepřipadají. Ne bariéry asi nemám, na tyhle lidi jsem zvyklá. Věřím, že se k nim chovám slušně, alespoň se snažím. Víte, já

taky nevím, jak sama jednou dopadnu a třeba se pak ke mně taky bude někdo chovat slušně.“

Dala jste někdy najevo pacientovi s obezitou svůj negativní postoj vůči němu a jeho nadváze?

„Vědomě doufám, že ne, to si neuvědomuji, že bych se k němu chovala ošklivě, nebo že by mi pacient sdělil, že se mu moje chování nelíbilo. Jestli se to někdy stalo, mohlo to být v pracovním nasazení v rámci rozhovoru u pacienta. Možná nějaká grimasa...to přiznám, že by ses tát mohlo, ale zcela podvědomě. Napadne mě, že třeba vypadá hrozně a proč s tím nic nedělá. „

Co Vám na nich nejvíce vadí?

„Na obézních lidech mi nejvíce vadí, tak nevím. Když přijde na příjem pacient, řekla bych, že se to asi se to odvíjí od situace. Nevadí mi, že se špatně pohybuje, že je pomalejší. Vůbec mi nepřijdou, že jsou jako méněcenní nebo tak něco, to vůbec. Asi není nic konkrétního, co by mi vadilo, možná jim spíš nerozumím, proč s tím nic nedělají.“

Jak vnímáte obézního pacienta jako jeho životní perspektivu s prognózou a přidružených chorob?

„Pro pacienta je dobré jej nastartovat. Motivovat. Být mu oporou, ne ho stírat a hanit. Říci mu, že jeho cesta není správná, že se mu mohou objevit nebo zhoršovat různá onemocnění. Edukace je dobrá u každého pacienta, ale zde bych ji asi zdůraznila více. ...že se dá něco dělat v každém případě, stačí jen chtít. Doma mám příklad, že pokud člověk zhubne 15 g, může se mu život změnit hodně, třeba glykovaný hemoglobin z 8 kles na 4 a mamka se cítí skvěle. Dokonce ani doktor diabetolog nechtěl věřit, že to jsou výsledky mojí mamky...takže pokud člověk chce, není nikdy nic ztraceno.“

Myslíte si, že jsou obézní pacienti stigmatizováni?

„Myslím si, že ano. Jako pacienti to mají určitě těžší. Sestry se spíše nechtějí o ně starat, hlavně kvůli váze. Ale jsou sestry, které jimi i pohrdají, že mají slabou vůli. Někdo nedokáže pochopit, že se třeba snaží a nevydrží to. Já osobně tomu také nerozumím, že to nechají dojít tak daleko, že se pak sotva hýbou. Ale to je každého volba.“

A ve společnosti?

„Záleží samozřejmě, jací lidé na ně pohlíží. Já s nimi nemám problém, ale znám lidi, kteří, když vidí obézního, tak předsudky mají. Klidně se jich i štítí, tvrdí o nich, že smrdí, jako by ani nemluvili o lidech. Někteří mají předsudky, ale jen do chvíle, než je blíže poznají, pak třeba pochopí jejich osudy, že jsou třeba nešťastní, tak se nají, protože nemají nic jiného, než radost z jídla. Lidé jsou různí.“

Jak ovlivňuje Vaše zkušenost s prací s obézním pacientem Váš postoj k péči o sebe?

„To už jsem vlastně zmínila na začátku našeho rozhovoru, snažím se jíst střídavě, určitě teď nemluvím o nějakých drastických dietách. Pokud se mi to jeden den nepovede, když je něco dobrého a já své chutě nezvládnu, tak si druhý den uberu a je mi fajn.“

Děkuji za rozhovor.

Respondentka č. 4

Respondentka pracuje jako všeobecná sestra na postu nižšího manažerského stupně. Protože je sama obézní a s obézními lidmi se setkává ve svém zaměstnání poměrně často, dokáže je dobře pochopit a odpustit jim nějaké jejich slabůstky. Ví, jak je s nimi ošetrovatelská péče a manipulace náročná.

Sama se za sebe stydí, pociťuje méněcennost a je často sama k sobě velmi sebekritická. Postoj společnosti k obézním jedincům nehodnotí moc pozitivně. Myslí si, že společnost pohlíží na obézní jedince již v dětském věku s určitým despektem. Tvrdí, že tito jedinci to pak v životě nemají lehké a s narůstajícím věkem se pohled na ně zhoršuje a tím se stává, že z důvodu jejich komplexů z nich mohou vyrůst agresivnější, zamlklejší a depresivnější jedinci. O postoji zdravotníků vůči nim si nedělá žádné iluze, sama si zažila několik negativních zkušeností.

Jaký je Váš postoj k obezitě jako takové?

„Obezitu vnímám jako omezení. Ve všem. Třeba, když si obézní člověk chce něco hezkého koupit, a nevejde se do toho oblečení. Stejně tak obezitu vnímám, že se někdy setkají se špatnou odezvou. Tak trochu jako handicap do celkového žití. V partnerském životě, v zaměstnání, obecně bych řekla, že hubený lidi to mají lehčí, co se týče toho, jak je vnímá okolí. Pro mě jsou ale více v pohodě lidé silnější...“

Myslíte?

„No, aspoň tak působí navenek, možná se s tím perou uvnitř, ale navenek působí klidně a vyrovnaně, jako pohodáři.“

Vaše fyzická kondice?

„Já bych se zařadila do mírně obézních až obézních...samozřejmě mi moje váha přináší potíže, ne že bych byla dušná, ale větší fyzická námaha mi potíže už přivodí.“

Jak se vnímáte Vy sama?

„Mám tak troch jiné vnímání těla, například na fotky. Když třeba vím, že mě budou fotit, tak se nějak postavím a pak ta fotka ještě docela jde, ale momentky ...to pak koukám. A o pohledu do zrcadla, o tom už vůbec nemluví. Ví, že potřebuji zhubnout, ale teď k tomu nemám sílu.“

Setkáváte se ve Vaší práci s obézními pacienty?

„Setkávám ... dalo by se říct, že v podstatě každý den...několikrát denně. Potkávám je v práci, na ulici, jsme národ tlouštíků, naše populace je obézní.“

Jak vnímáte obézní pacienty?

„Určitým způsobem s nimi vlastně soucítím, dokážu se vcítit do jejich pocitu studu. Nejvíce asi, když jsou nuceni se obnažit a vystavit svoje tělo na odiv zdravotníkům. Zároveň však jako zdravotník je vnímám jako zátěž, je s nimi horší manipulace, pokud jsou imobilní.“

Ovlivňuje Váš osobní postoj (Vaše vnímání obézního pacienta) poskytovanou ošetrovatelskou péčí?

„Mám zde předpoklady, že péče o ně bude náročnější. Rány se budou hůře hojit, protože ti lidé se více zpotí, zapaří. Nemyslím si, že bych se jim nějak stranila. Třeba nejit k nim na zvonek, to by mě ani nenapadlo. Neškatulkuji, spíše vnímám to, že je třeba zde více personálu.“

Máte problémy při nějakých ošetrovatelských intervencích aplikovaných u obézního pacienta, pžk, cévkování, nebo jste zažila komplikace při ošetrovatelských výkonech?

„Pokud má pacient 150 kg a více, tak se třeba kůže nakrabatí, navrství se a té kůže je hodně a zavést permanentní žilní katetr jde těžko. Někdy je potřeba asistence druhého člověka, obzvlášť pokud je končetina hodně velká a těžká. Někdy dá práci i změření krevního tlaku, pokud pacient sám nezvedne ruku, je to obtížné U cévkování je také třeba více lidí...aspoň dva až tři lidi...absolutně bez šance zavést PMK v jedné osobě

Další komplikace...problém umístit pacienta na operační stůl, dále hydraulická postel, těch je málo. Většina lůžek je jen do 150 kg a některé do 130. Nejsou postele dělané na zátěž. A na operačních sálech, představte si, že operační stoly jsou úzké jen 50 cm. Dále mohu jmenovat krátké operační nástroje jako třeba laparoskop. U lidí nad 140 kg, spíše se jedná o centrální obezitu, tak jsou třeba speciální delší nástroje.“

Jaké máte pocity při péči o obézního pacienta a jaké převažují?

„Moje pocity jsou stejné jako u všech lidí, určitě nedělám žádné rozdíly v přístupu mezi obézním a normálním pacientem. Dovolím si říci, že netrpím předsudky. Jediné v čem je pro mě rozdíl, vím, že musím plánovat...není to taková ta spontánnost toho

běžení na zvonek jako u pacienta normálního, protože vím, že to z většiny případů sama nezvládnou.“

Vyhýbáte se péči o obézního pacienta?

„Péči o obézního pacienta se nevyhýbám, ale vím, že jsou kolegové, kteří by preferovali raději pacienta štíhlého“

Co Vás napadne jako první, když uvidíte obézního pacienta?

„Vidím, že budou komplikace. Vidím to prostě do dálky, do hloubky, že bude vše těžší...bude se těžko napichovat, bude se hůře cévkovat, operovat a potom to hojení ran, že bude delší a to nemluvím o polohování a prevenci dekubitů.“

Jak vidíte péči o obézního pacienta z ekonomického hlediska?

„Nárůst. Vidím to jako nárůst o 100%. Oni mají vše komplikovanější. Například obyčejné pyžamo u akutního pacienta to je třeba problém ...nemáme dostatečně velké erární oblečení. Dále podložka 60x60 cm se pod velkým pacientem ztratí, tak jich musíme dát víc. Obyčejná Brownova dlaha - nevejde se do ní noha. Centrální žilní katetr, pokud je pacient vysoce obézní je nutné použít speciální set, který je delší a tím je i dražší. Pacienti se více potí, častěji se mění lůžko.“

Používáte nějaké speciální pomůcky v péči o obézního pacienta?

„Nic speciálního nemáme. Jen takové rolo z lůžka na lůžko. Samozřejmě máme polohovací pomůcky, bariérové krémy.“

Nějaké zvedáky?

„Ne, zvedáky nemáme, jsou drahé.“

Pocítujete nějaké bariéry v přístupu k obéznímu pacientovi?

„Bariéry v přístupu k obézním nemám. Vypozorovala jsem určité odtažení spíše ze strany pacienta. Sami si totiž uvědomují, že jsou těžcí a že se s nimi bude hůře manipulovat. Opakovaně jsem zažila, že se sami omlouvali, že jsou nemožní a těžcí.“

Dala jste někdy najevo pacientovi s obezitou svůj negativní postoj vůči němu a jeho nadváze?

„Snažím se být tolerantní. Sama jsem také při těle. I když je pravda, že jak se sama někdy vidím jinak, než vypadám, mám tendence jim v duchu vynadat za to, jací jsou. Ale opravdu jen v duchu, to jestli se u toho někdy zatvářím, je jiná věc, ale snad to na mě není moc vidět. Prostě jsou pro nás náročnější, než ti hubenější.“

Co Vám na obézních nejvíce vadí?

„Obézní pacienti mi nevadí jako lidé, že jsou velcí, ale spíše pro ty přidružené komplikace. Obezita celkově komplikuje péči o pacienta, je potřeba více personálu, více zařízení, a samozřejmě, že je třeba vynaložit více síly a námahy.“

Jak vnímáte obézního pacienta jako jeho životní perspektivu s prognózou a přidružených chorob?

„Vidím ho hodně do budoucna jako polymorbidního. Vidím, že bude čím dál více vyžadovat více a více péče ze strany personálu... Také vidím, že tito lidé v nemocnici trpí hlady. Lékař, když vidí obézního pacienta, tak automaticky dostává dietu číslo osm a ty porce jsou pro ty lidi tak malé, že strádají hlady. Jsou to chudáci- vystresovaní z toho že jsou vytrženi z rodiny od svých blízkých a ještě hladoví a my jim sebereme tu jejich poslední radost, kterou na světě mají. Pak samozřejmě to řeší dojídaním čokolád a různými nákupy od rodiny a by netrpěli a mnohdy to je kontraproduktivní. Jen málokterý pacient si uvědomí, že je edukujeme ne proto, abychom je buzerovali a trápili, ale proto, že to s nimi myslíme dobře. U obézních jako jednu z velice negativních věcí vidím to, že břicho u obézního pacienta je velmi špatně vyšetřitelné a pak musí absolvovat zatěžující vyšetření, jako je CT namísto obyčejného ultrazvuku.“

Myslíte si, že jsou obézní pacienti stigmatizováni?

„Ano, určitě jsou. Pro pacienta musí být velmi těžké, když mu lékař řekne, víte co, zhubněte 15 kg a pak přijďte, já se na vás podívám- to když poví šedesátakilový lékař. Ten pacient to přece moc dobře ví, že je tlustej a nepotřebuje to zažívat ještě horší, aby mu to někdo takhle drsně připomínal. I kdyby stigmatizováni nebyli, když se dostanou do rukou personálu, který je empatický a chápatý, tak ty lidi si už sami komunikují tak, že to stigma vlastně navodí. Sami se třeba omlouvají, já vím, že jsem tlustej, vy to tam na tom sonu nemůžete najít, že jo? Nebo jen mi to tam píchněte, já tam mám místa dost.“

A ve společnosti?

„Podle mě existuje selekce už od dětství. Od školky a to nejenom ze strany dětí, ale i dospělých. Klidně i ze strany učitelů, i když si to mnohdy nemusí vůbec uvědomovat. Ale určitě jsme společnost, která se dívá více na venkovní slupku, než na duši. Mám tu zkušenost, že pokud se třeba vybírají sestry k nám na oddělení, tak někdo řekne, ta je tlustá, ta to tady neuběhá a někdo zase naopak aspoň to tady shodí....“

Jak ovlivňuje Vaše zkušenost s prací s obézním pacientem Váš postoj k péči o sebe?

„Ovlivňuje mě tak, že si říkám, že bych se měla hodně omezit a když slyším negativní komentář, tak si říkám, dneska už nejím. Je pro mě hrozné, že když jsem s lékaři a oni o někom řeknou, že je obézní, tak mám pocit, že na mě všichni koukají a tak trochu se stydím i za mě i za toho pacienta a nabydu přesvědčení, že se už večer nenajím, ale upřímně, málokdy to pak vydržím.“

Děkuji za rozhovor.

15 DISKUSE

V dnešní době dochází k nárůstu stížností na ošetrovatelskou péči. Péče zdravotníků o obézního pacienta je velice náročná, rozmanitá a řekla bych i velmi dlouhodobá. Ne vždy se pacienti ztotožňují s přístupem sestry kladným způsobem. Ne každý pacient si je ochoten přiznat svou obezitu a ohrožení v současném životě, ale i to, jak obezita může ovlivnit kvalitu jeho dalšího života v budoucnosti.

To, že postoje k obézním pacientům mohou být složité, je samozřejmé. Lze říci, že sestry se setkávají s obézními pacienty v každodenním provozu, jak v práci, tak i v běžném životě. Stejně tak je ale nasnadě, že složitě mohou vnímat přístup sestry obézní pacienti vůči sobě.

Odpovědi respondentů jsem rozdělila do čtyř oblastí, přičemž první oblast se věnuje vnímání sebe sama. Oblast druhá ozřejmuje, jak jsou respondenti vnímáni z pohledu okolí. V oblasti číslo tři byly zahrnuty pocity z přijímání a poskytování ošetrovatelské péče a čtvrtá oblast popisuje pocity, prožitky, komunikaci (jak negativní tak pozitivní) při vzájemném kontaktu sestry s pacientem.

Respondentka č. 1 celý život bojuje s obezitou. Zažívá opakovaná období, kdy zhubne i 20 kilogramů, váhu si ale není schopna udržet dlouhý čas a pak dochází ke zpětnému nárůstu váhy, k tzv. Jo-Jo efektu. S obezitou se necítí dobře, má pocit, že společností není přijímána plnohodnotným způsobem.

U respondentky číslo jedna v oblasti sebevnímání vyplývá, že pacientka k sobě zaujímá poměrně negativní postoj. Nerada na sebe pohlíží do zrcadla, uvádí, že to je doslova hrůza. Po požití nadměrnější porce jídla trpí výčitkami. Často uváděla výrazy jako méněcennost, stud, podčlověk. Sama sebe vidí jako člověka z jiné, nižší kategorie lidí, na které je nahlíženo s despektem.

V oblasti hodnocení okolím je patrné, že respondentka trpí nízkým sebevědomím, které se projevuje nejvíce ve společnosti štíhlých žen, hovořících o svých jídelničkách a problémech s váhou. Těmto ženám nerozumí a vnímá jejich postoj k ní jako pohoršující a plný předsudků.

Oblast číslo tři zdraví, si respondentka uvědomuje negativní vliv obezity na její celkový fyzický stav, ale i na celkové psychické rozpoložení. Sama uvádí, že pokud váží méně, cítí se spokojeněji, vyrovnaněji a šťastněji.

V oblasti číslo čtyři lépe vnímá sestry s vyšší hmotností. Vycití u nich větší loajalitu, kdežto sestry štíhlé jsou pro ni jako obézní méně empatické. Celkově jí nejsou příjemná různá doporučení pro zmírnění obezity, protože sama ví, že problém má a nepotřebuje, aby jí to někdo připomínal. Při hospitalizacích se opakovaně setkala s netaktním přístupem zdravotníků vůči její obezitě a to ještě prohloubilo pocit nejistoty a nedůvěry a to jak ve smyslu ztráty sebedůvěry, tak ztráty důvěry v pomoc zdravotníků. Jako převládající pocity uvádí strach, úzkost a obavy nejen z dalších hospitalizací, ale i z dalšího možného nárůstu hmotnosti.

Respondent č. 2 si naopak se svou obezitou nedělá starosti. Je sám se sebou smířený a spokojený. Jen jedenkrát za život se pokusil o redukci váhy, pak ztratil motivaci a od té doby se svou hmotností nezabývá. Celkově nemá povědomí o tom, co znamená BMI a ani ho to v nejmenším nezajímá, je takto spokojen.

V oblasti číslo jedna vnímání sebe sama u respondenta číslo dvě vyplynulo, že sám sebe vnímá poměrně pozitivně. Obezitu celkově neřeší, pomalu od mládí přibývá na váze a tak si postupně zvyká mít stále větší tělo.

Pro pohled z oblasti číslo dvě uvádí, že ze sociálně-spoločenského hlediska jej obezita neomezuje. Reakce okolí na svůj vzhled si nepřipouští.

Oblast číslo tři, která zahrnuje zdraví, byl respondent v rámci své hospitalizace celkově spokojen. Dle jeho názoru mu byla poskytnuta komfortní a profesionální péče. Cítí se spokojený, bez problémů, hypertenzi vnímá jako samozřejmost, protože podle něho vysoký tlak má dnes skoro každý. Diabetes je u nich v rodině dědičný, a proto se také nepodivuje, že tímto onemocněním trpí. Z hlediska zdravotního pociťuje omezení jen mírného rázu. Jako největší komplikaci jeho obezity nejčastěji uvádí dušnost.

Při hospitalizaci s přístupem sester neměl problém. Pakliže se stalo, že zaslechl jejich negativní komentář při probíhající ošetrovatelské péči o jeho osobě, prožívá to bez patrného stresu a psychické újmy. Sestrám nemá nic za zlé, neboť si myslí, že to je jeho vina, když je obézní a těžký, tak mají nárok na to být nespokojené.

Sestra č. 1 uvádí, že v oblasti číslo jedna je spokojená. Jen jedenkrát si prošla obdobím nadváhy, po úpravě životosprávy váhu snížila a nyní si ji udržuje v normě. Jakmile cítí, že se její hmotnost zvyšuje, ubere na kalorické hodnotě přijímané stravy, než dojde k hodnotám, které sama akceptuje.

V oblasti číslo dvě přistupuje k obézním pacientům s respektem. Obezitu vnímá jako celospolečenský problém. S obezitou bojují její blízcí rodinní příslušníci, takže má pochopení a porozumění pro to, co boj s obezitou přináší a jak je náročný.

Pro oblast číslo tři je váha pacientů pro ni zátěží, pociťuje komplikace v poskytování ošetrovatelské péče zejména při zavádění močového katetru, ale při zavádění katetru žilního potíže neguje. Tvrdí, že záleží na tom, jak má pacient kvalitní řečiště.

Oblast číslo čtyři pro ni nepředstavuje žádné úskalí. Přiznává, že občas pociťuje vnitřní hněv a nepochopení vůči pacientovi, který je sám se sebou a ba co více, se svou obezitou smířen a nehodlá více pro své zdraví něco dělat.

Sama se s obézními pacienty snaží vyjít přátelským způsobem, což jí v žádném případě nečiní potíže. Neuvědomuje si, že by někdy pacienta oslovila nevybíravým způsobem. V neverbální komunikaci připouští, že podvědomě by se mohlo stát, že zareaguje na pacienta odmítavě, což se může projevit grimasou či gestem, čehož zároveň lituje, neboť s obézními lidmi soucítí a popírá, že by k nim měla negativní postoj, o diskriminaci nemluvě.

U sestry č. 2. v oblasti číslo jedna, je patrná poměrně velká nespokojenost. Opakovaně prochází hubnoucím a přibíracím obdobím, nerada se na sebe dívá do zrcadla, nerada se fotografuje. Ví, že má problémy s obezitou a trpí sníženým sebevědomím.

Co se týká druhé oblasti u sestry číslo dvě, z odpovědí vyplývá, že obezitu vnímá celkově jako omezení. Například v možnostech se hezky obléci, v nesouladu v partnerském životě, zkrátka jako handicap. S obézními pacienty je v denním kontaktu. Podotýká, že to je snadné, neboť jsme národ obézní. S obézními lidmi má soucit, dokáže je pochopit, protože sama také bojuje s nadváhou. Pokud se ale setká s obézním pacientem, který je imobilní, vnímá jej jako zátěž.

V oblasti číslo tři, sestra jednoznačně hovoří o komplikacích. Komplikovanost vidí nejen ve váze pacienta, kdy je třeba větší počet ošetrovatelského personálu pro zajištění základní hygienické péče, ale i nedostatek lůžek pro pacienty vážící více jak 150 kg. Dále řeší nedostatek přemísťovacích zařízení, jak na oddělení, tak na operačním sále.

Je přesvědčena o tom, že obezita velice komplikuje operační výkony a následné hojení ran, dále že podporuje vznik dalších onemocnění jako je diabetes, nádorová onemocnění, problémy s pohybovým aparátem. Velkou roli v péči o obézního pacienta, stejně jako u respondentky sestry číslo jedna, pro ni hraje časový faktor, časová dotace,

kteřá je většíc než u pacientů s normální hmotností. Taktěž uvádí, že je nucena více si ošetřovatelskou péčí rozplánovat, aby měla možnost se co nejefektivněji věnovat všem pacientům. V oblasti ošetřovatelství se mi naskytl zajímavý pohled na to, jak sestra nahlíží na dietní režimy pacienty a s ním související komplikace – hlad, hladovění a strádání psychického i fyzického rázu. Tento názor potvrzují i Šafránková a Nejedlá, když říkají, že redukční dieta u obézních pacientů je momentem, který pro většinu těchto pacientů přináší velké problémy. Trápí je hlad a často si od příbuzných nechají přinést něco k zasyčení. (Šafránková aj. 2006, s. 74)

Pro oblast číslo čtyři neuvádí žádné rozdíly v přístupu mezi obézním a normálním pacientem. Netrpí předsudky a určitým způsobem s nimi soucítí, nejvíce se dokáže vcítit do jejich pocitu studu, když při vyšetření odloží oděv a zůstanou nazí.

Respondentka číslo dvě se snaží být tolerantní, ale je zde možno vycítit tendenci pacientům jejich obezitu v duchu vyčítat. Na druhou stranu ale vidí obézní pacienty jako velice vnímavé osoby s citlivě nastaveným barometrem na reakce svého okolí. Také zde pozoruje určité předpoklady pro diskriminaci ze stran tělesných proporcí a to, jak ve zdravotnictví, tak i ve společnosti. Apeluje na pohled pod povrch, na zaměření se na pacientovu duši.

Ze zjištěných poznatků lze říci, že obézní lidé mají různé problémy při hospitalizacích, stejně jako pacienti s hmotností normální. Problémy u obézních se týkají spíše negativních duševních prožitků, postřehů. Mezi nejvíce zde zmiňovaná negativa patří pocit studu, bezmoci a absolutní závislosti na druhých. Cítí se býti vzadu, přehlížení a stresování. Stres je pro ně největší v těch případech, když si sami nejsou schopni uspokojit své základní potřeby. Vnímají jakési odosobnění, doslova se cítí nevnímání jako lidé, spíše jako břemeno. Nebylo třeba hluboce bádát, zda obézní pacient prožívá své onemocnění nějakým zvláštním způsobem. Každý člověk je osobnost a stejně tak tomu je i u obézního pacienta. Každý máme svou identitu, svůj způsob prožívání a jinak nastavené vnímání. Zde je velmi důležité zdůraznit, jak je nutné přistupovat ke každému pacientovi jako k jedinečné bytosti, neboť jak tvrdí Křivohlavý, ukazuje se, že člověk je mimořádně citlivý na vše, co má úzký vztah k sebepojetí, ke své vlastní identitě, ke svému já. Vše, co se člověku stane, zanechává na tomto sebepojetí relativně trvalou stopu a to ať je to událost kladná, nebo záporná. (Křivohlavý 2006, s. 183)

I když je tento výzkum postaven na rozhovorech jen se čtyřmi respondenty, je zde patrné, že zdravotníci připouštějí negativní přístup k obézním pacientům a rovněž pacienti tento přístup vnímají. Obezita je náročné onemocnění, které komplikuje život nejen po stránce fyzické, ale i po stránce psychické. Jde o určitý typ překážky v ošetrovatelské péči, která nedovolí oběma skupinám vytvořit podmínky pro harmonické prostředí a snadnější uzdravování pacienta.

Během zpracování této bakalářské práce jsem zjistila, že sestry, pokud by měly možnost volby, raději zvolí péči o pacienta s normální tělesnou hmotností. Dalo by se předpokládat, že sestra trpící obezitou bude mít pro obézního pacienta větší pochopení, ale je překvapující, že ačkoli takovému pacientovi dokáže rozumět, raději se stará o pacienta s hmotností normální.

Potvrdilo se mi, že komunikace je jedním z nejdůležitějších prostředků v procesu uzdravování. Může být ovlivňována řadou faktorů, které jdou snadno identifikovat a tím zamezit špatnému přístupu sestry k pacientovi. Nejčastější příčinou zhoršené komunikace mezi sestrou a pacientem je nevhodné prostředí bez dostatku soukromí a diskrétnosti, špatné načasování, nebo úzkost sestry či pacienta. Žádná univerzální teorie pro komunikaci s pacientem neexistuje - sestra by měla být empatická, identifikovat se s potřebami pacientů a reagovat na ně.

„Když sestra přijímá plně sebe i ostatní, prožívá opravdovou empatii, soucit a péči“. (Vévoda 2013, s. 75)

ZÁVĚR

Závěrem bych chtěla říci, že bakalářskou práci na téma obezita jsem si nevybrala náhodně. Nejen proto, že je to jedno z nejvážnějších onemocnění dosahující téměř pandemických rozměrů, ale i proto, že s obezitou bojuji celý život i já. Obezita mě provází již od nejtělejšího dětství. Opakovaně jsem zažila veliký pocit štěstí a radosti při značném úbytku váhy a na straně druhé obrovský smutek při jejím zpětném nárůstu. Dá se říci, že to je jeden z největších důvodů pro mé pochopení pacientů trpících obezitou. V mé bakalářské práci jsem si ověřila, že sestra, která má sama zkušenost s nadváhou či obezitou, je v přístupu k obéznímu chápavější a empatičtější. Dále jsem zjistila, že muži obecně obezitu prožívají bez větší psychické újmy a stigmatu na rozdíl od žen, které se více projevují úzkostněji a depresivněji a jsou citlivější na neadekvátní přístup a komunikaci zdravotnického personálu.

Sestry se raději starají o pacienta normální váhy, ne proto, že by jim bránil odpor či jakékoli antipatie vůči pacientovi obéznímu, ale spíše z důvodu ztížené manipulace a přidružených zdravotních komplikací. V neposlední řadě svou roli hraje i doba strávená při ošetřování u obézního pacienta, která je delší než čas strávený u pacienta s váhou normální.

Všichni respondenti uvedli, že obezita je pro ně zátěží nejen fyzickou, ale kupodivu je více zatěžuje po stránce psychické. Pacienti trpící obezitou jsou velice citliví a vnímaví lidé, kteří mají tendence své trápení spojené s tímto onemocněním zakrývat. Každý z nich je jedinečný a s nemocí se konfrontuje svým způsobem. Někdo je o obezitě schopen mluvit a přijmout ji, jiní se tváří, jako by se jich to netýkalo. Někteří nemocní jsou podráždění a reagují agresivněji, jiní se snaží světu ukázat, že jsou veselí navenek, a o to jsou pak více smutní uvnitř.

Mnozí si ani někdy neuvědomujeme, jakou moc má slovo. Na straně jedné podpoří, ukáže cestu dál, na straně druhé umí ublížit, zranit. Stačí slovo, věta či pohled a v okamžiku se z nás mohou stát spojenci pro člověka v tísní, který nás potřebuje.

Proto je výsledkem mého výzkumného šetření vytvoření všeobecného doporučení, které by mohlo být používáno ve všech zdravotnických zařízeních.

SEZNAM ZDROJŮ

- 1) ADÁMKOVÁ, Věra. Obezita: příčiny, typy, rizika, prevence a léčba. Vyd. 1. Brno: Facta Medica, 2009, 122 s. ISBN 978-809-0426-054.
- 2) FABRYOVA, Ľubomira, KRAHULEC Boris. Klinická obezitológia. Vyd. 1. Editor Boris Krahulec. Brno: Facta Medica, c2013, 336 s. ISBN 978-80-904731-7-1.
- 3) FENNELL, Melanie J. Jak překonat nízké sebevědomí: osobní průvodce pro změnu nezdravých vzorců v myšlení a chování. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 207 s. ISBN 978-80-247-3991-5.
- 4) FRIED, Martin. Moderní chirurgické metody léčby obezity. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005. ISBN 978-802-4709-581.
- 5) GREMIGNI Paola, Laura LETIZIA a Testi di Letizia BALDUSSI.. [et]. AL]. Il problema obesità: manuale per tutti i professionisti della salute. Santarcangelo di Romagna (RN): Maggioli, 2011. ISBN 978-88-387-6683-1.
- 6) HAINER, Vojtěch. Základy klinické obezitologie. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011, xxvi, 422 s., 16 s. barev. obr. příl. ISBN 978-802-4732-527.
- 7) JANDOUREK, Jan. Průvodce sociologií. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 208 s. ISBN 978-80-247-2397.
- 8) KAREN, Igor. Výskyt metabolického syndromu v české populaci ve studii ATLET. *Practicus*. 2007, 7,20. ISSN 1213-8711.
- 9) KASALICKÝ, Mojmír. Chirurgická léčba obezity. Vyd. 1. Prague: Ottova tiskárna, 2011, 118 s. ISBN 978-80-254-9356-4.
- 10) KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie smysluplnosti existence: otázky na vrcholu života. Vydání 1., 2006. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 978-802-4713-700.
- 11) KUNOVÁ, Václava. Zdravá výživa a hubnutí v otázkách a odpovědích. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005. ISBN 978-802-4710-501.
- 12) LUKÁŠ, Karel. Chorobné znaky a příznaky Od autorů:, 2010, str. 229 ISBN 978-80-247-2764-1.
- 13) MACH, Ivan a Jiří BORKOVEC. Výživa pro fitness a kulturistiku. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 128 s. ISBN 978-802-4746-180.
- 14) MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. Výchova ke zdraví. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 291 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-2715-8.

15) MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. Psychiatrická ošetrovatelská péče. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

16) MATOULEK, Martin. Edukace sester v obezitologii – má to smysl? *Kardiologie v primární péči*. 2006, 1, 33 – 34.

17) MATOULEK, Martin. Jak pracovat s obézním pacientem? *Practicus*. 2008, 1,32. ISSN 1213-8711str.32

18) MÜLLEROVÁ, Dana. Obezita - prevence a léčba. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2009, 261 s. ISBN 978-802-0421-463.

19) NAVRÁTIL, Leoš. Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 424 s. ISBN 978-802-4723-198.

20) PASTUCHA, Dalibor. Pohyb v terapii a prevenci dětské obezity. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 128 s. ISBN 978-80-247-4065-2.

21) RYBKA, Jaroslav. RYBKA. Diabetes mellitus - komplikace a přidružená onemocnění: diagnostické a léčebné postupy. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 317 s. ISBN 978-802-4716-718.

22) SVAČINA, Štěpán a Alena BRETŠNAJDROVÁ. Jak na obezitu a její komplikace. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 139 s. Doktor radí. ISBN 978-802-4723-952.

23) SVAČINA, Štěpán. Klinická dietologie. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 381 s. ISBN 978-80-247-2256-6.

24) STŘEDA, Leoš. Univerzita hubnutí. 2. vyd. (1. ve www.euroinstitutu.eu). Praha: www.euroinstitut.eu, 2009, 251 s., [8] s. příl. ISBN 978-80-87372-00-5.

25) ŠAFRÁNKOVÁ, Alena, Marie NEJEDLÁ. Interní ošetrovatelství. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 280, [4] s. Sestra. ISBN 80-247-1148-6.

26) ŠTEJFA, Miloš. Kardiologie. 3., přepr. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2007, xxxiii, 722 s. ISBN 978-802-4713-854.

27) VÉVODA, Jiří. Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví. Vyd. 1. Editor Jiří Vévoda. Praha: Grada, 2013, 159 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4747-323.

28) VÍTEK, Libor. Jak ovlivnit nadváhu a obezitu. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 148 s. Zdraví. ISBN 978-802-4722-474.

29) VLČEK, Jiří a Daniela FIALOVÁ. Klinická farmacie I. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 368, [2] s. ISBN 978-802-4731-698.

30) ZVONÍKOVÁ, Alena, Libuše ČELEDOVÁ a Rostislav ČEVELA. Základy posuzování invalidity. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 357 s. ISBN 978-802-4735-351.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Všeobecné doporučení

Příloha č. 2 – Tabulka

PŘÍLOHA Č. 1

Všeobecná doporučení pro praxi vytvořená na základě poznatků při zpracování praktické části:

- Zdůraznit důležitost komunikace sestra x pacient
- Podpořit vědomí sestry o citlivosti a zranitelnosti pacienta
- Snaha pokusit se zajistit dostatečný časový prostor pro pocit užitečnosti pacienta
- Podpořit vědomí všeobecných sester o důležitosti vcítění se do psychiky a včasného rozpoznání a řešení faktorů, které by mohly negativně ovlivnit komunikaci a tím i vývoj uzdravovacího procesu

PŘÍLOHA Č. 2

	Pacient č. 1 Obézní žena	Pacient č. 2 Obézní muž	Respondentka č. 3 Sestra štíhlá	Respondentka č. 4 Sestra obézní
Oblast č. 1 Sebehodnocení	Odpor k tělu, <i>nespokojenost</i> , nízké sebevědomí, <i>nepohoda</i> , selhání v hubnoucích procesech, <i>stud</i>	<i>Pohodové</i> vnímání těla, <i>spokojenost</i>	<i>Spokojenost</i> , nemá potíže	<i>Nespokojenost</i> , nedůslednost v dietních opatřeních, <i>snížené sebevědomí</i> , <i>stud</i>
Oblast č. 2 Hodnocení okolí	<i>Předsudky</i> , despekt, <i>nepochopení</i>	Spokojenost, <i>bez předsudků</i>	<i>Nepochopení</i> , skrytý hněv	Velká námaha, dřina, velká časová dotace, <i>pochopení</i>
Oblast č. 3 Ošetrovatelství	Stud, závislost, <i>ztráta soukromí</i> , bezmoc, <i>spíše nespokojenost</i> , preference obézní sestry, <i>bez motivace</i> , <i>stud</i>	<i>Ztráta soukromí</i> , je nerad odkázaný na cizí pomoc, <i>spokojenost</i> s personálem, <i>bez preferencí</i>	Důraz na edukaci, prevenci, <i>motivace pacientů</i> , <i>nízký ekonomický nárůst</i> , <i>necht' k péči obézního pacienta</i>	Špatná vyšetřitelnost, málo pomůcek, komplikace (op. výkony, hojení ran), <i>vysoký ekonomický nárůst</i> , <i>necht' k péči obézního pacienta</i>
Oblast č. 4 Různé	<i>Negativní přístup zdravotníků</i> , pocit vnímání jako břemena, <i>bezmoc</i> , <i>pocit diskriminace</i>	Pocitil <i>negativní přístup zdravotníků</i> , bez pocitu <i>stigmatu a diskriminace</i>	<i>Nesoulad</i> mezi, <i>komunikací verbální a nonverbální</i> , <i>negativní pocity myšlenky</i> ,	<i>Snaha o bezkonfliktní přístup a komunikaci</i> , vnímá <i>stigmatizaci a diskriminaci pacienta</i>