

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2015

Lenka Koukalová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Lenka Koukalová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O OBÉZNNÍ PACIENTY
V INTENZIVNÍ PÉČI**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Pavlína Tůmová

PLZEŇ 2015

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

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

V Plzni dne 25. 03. 2015.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. Pavlíně Tůmové za poskytování cenných rad, trpělivost a ochotu při odborném vedení mé bakalářské práce. Velké díky také patří mé nejbližší rodině za všestrannou podporu během celého studia.

Anotace

Příjmení a jméno: Koukalová Lenka

Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelská péče o pacienty s obezitou v intenzivní péči

Vedoucí práce: Mgr. Pavlína Tůmová

Počet stran – číslované: 55

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 31

Počet příloh: 12

Počet titulů použité literatury: 27

Klíčová slova: Ošetrovatelská péče – Intenzivní péče – Obezita – Polohování – Manipulace
- Pomůcka

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá specifikou a náročností ošetrovatelské péče o obézní pacienty, kteří jsou hospitalizováni na odděleních intenzivní péče. Teoretická část podává ucelený přehled týkající se obezity. Zahrnuje historii, charakteristiku, diagnostiku, etiologii, rizika a léčbu tohoto onemocnění. Praktická část se zabývá zpracováním dat získaných dotazníkovým šetřením. Je zaměřena na názor a zkušenosti sester s péčí o obézní pacienty, dále na dostupnost, využití a znalosti při používání pomůcek usnadňujících manipulaci.

Annotation

Surname and name: Koukalová Lenka

Department: Department of nursing and midwifery

Title of thesis: Nursing care of Patients with Obesity in Intensive Care Unit

Consultant: Mgr. Pavlína Tůmová

Number of pages – numbered: 55

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 31

Number of appendices: 12

Number of literature items used: 27

Keywords: Nursing Care – Intensive Care – Obesity – Positioning – Manipulation - Tools

Summary:

Bachelor's thesis deals with specifics and challenging nursing care for obese patients who are hospitalized in intensive care. The theoretical part gives a comprehensive overview of the obesity. It includes history, characteristics, diagnosis, etiology, risk and treatment of this disease. The practical part deals with the processing of data collected by questionnaire survey. It focuses on the views and experiences of nurses taking care of obese patients, as well as the availability, use and knowledge in the use of tools to facilitate manipulation with obese patients.

OBSAH

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 OBEZITA	9
1.1 Historie obezity.....	9
1.2 Definice obezity.....	10
1.3 Prevalence.....	10
2 DIAGNOSTIKA.....	12
2.1 Anamnestické údaje.....	12
2.2 Klasifikace obezity	12
2.3 Laboratorní a celkové vyšetření.....	14
3 ETIOLOGIE	15
3.1 Genetické a hormonální vlivy.....	15
3.2 Životní styl.....	15
3.3 Psychosociální vlivy	16
4 ZDRAVOTNÍ RIZIKA OBEZITY	18
4.1 Mechanické komplikace	18
4.1.1 Ortopedické komplikace.....	18
4.1.2 Respirační komplikace	18
4.2 Metabolické komplikace.....	19
4.2.1 Metabolický syndrom.....	19
4.2.2 Diabetes mellitus	19
4.3 Ostatní komplikace	20
4.4 Psychosociální komplikace.....	21
5 TERAPIE OBEZITY	22
5.1 Dietní léčba	22
5.2 Léčba pohybem.....	23
5.3 Psychoterapie	23
5.4 Farmakoterapie	24
5.5 Chirurgická léčba.....	25
6 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O OBÉZNÍ PACIENTY.....	26
6.1 Specifika v oblasti ošetřování dýchacích cest.....	27
6.2 Monitorace a zajištění cévního vstupu.....	27
6.3 Výživa a vyprazdňování	28
6.4 Péče o kůži, hygiena a polohování.....	29
PRAKTICKÁ ČÁST	31

7	FORMULACE PROBLÉMU	31
8	CÍL A ÚKOL VÝZKUMU	32
9	METODIKA	33
10	HYPOTÉZY	34
11	VZOREK RESPONDENTŮ	35
12	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	36
13	DISKUZE	58
14	ZÁVĚR	62
	LITERATURA A PRAMENY	64
	SEZNAM ZKRATEK	67
	SEZNAM PŘÍLOH	69
	PŘÍLOHY	70

ÚVOD

Obezita se díky celosvětovému výskytu stala jednou z největších hrozeb moderní civilizace a její výskyt v posledních desetiletích rapidně stoupá. Toto onemocnění provází lidstvo samo už od prehistorických dob a již od starověku věnovali tehdejší lékaři pozornost obezitě, jejím příčinám vzniku, zdravotním rizikům a léčbě. Od 18. století se stanovují definice obezity, poukazuje se na vliv dědičných faktorů, objevují se první návody na léčbu obezity a postupem času se také vyvíjejí nové diagnostické metody a objevují se i nové léčebné postupy.

S tímto onemocněním je také spojena celá řada závažných zdravotních komplikací, které negativně ovlivňují kvalitu života a v neposlední řadě i zkracují jeho délku. Obezita se řadí mezi nejzávažnější rizikové faktory především kardiovaskulárních, metabolických, pohybových ale i psychických nemocí. Navzdory tomu, je obezita i přes svou závažnost stále podceňované onemocnění, jehož léčba je dlouhodobá, nákladná a vyžaduje multidisciplinární přístup.

Pokud se obézní jedinci, kteří trpí výše zmiňovanými přidruženými chorobami, dostanou do vážného až kritického stavu, jsou hospitalizováni na oddělení intenzivní péče. Při jejich hospitalizaci pak nastávají značné potíže již během vyšetření i při poskytování komplexní ošetrovatelské péče. V bakalářské práci jsme se proto zaměřily na specifika ošetrovatelské péče o obézní pacienty, kteří jsou na těchto odděleních hospitalizováni. Také nás zajímaly názory a zkušenosti sester, které o tyto pacienty pečují, dále dostupnost, využití a znalosti při používání pomůcek usnadňujících manipulaci s obézním pacientem.

Tato práce by měla pomoci sestřám pracujících v intenzivní péči ke zlepšení bezpečnosti poskytované ošetrovatelské péče obézním pacientům a chránit tím své zdraví.

TEORETICKÁ ČÁST

1 OBEZITA

1.1 Historie obezity

Obezita, která je dnes velmi častým metabolickým onemocněním, se řadí k tzv. civilizačním chorobám. Nejde ale o onemocnění pouze současné doby, neboť obezita provází lidstvo samo již od prehistorických dob. Důkazem toho je archeologický nález slavné sošky Věstonické Venuše, která oplývá kyprými tvary, a dále různými umělci ztvárněné obrazy a sochy otlých jedinců. Obezita byla většinou spojována s bohatstvím, hojností, ale i se sociálním postavením. Postupem doby se náhled na ideál krásy měnil. Ve starém Řecku a Římě byl ideálem krásy urostlý atletický typ, ve středověku byli obézní především feudálové, kteří holdovali jídlu a pití, zatímco chudí lidé a poustevníci trpěli hladu. Obrazy a sošky buclatých andělíčků a zaoblené tvary lidského těla, byly označovány v době baroka za ideál krásy a symbol úřední moci, úspěšnosti a blahobytu. Koncem 19. století se rakouská císařovna Elizabeth, zvaná Sisi, stala svým osobním šarmem, štíhlou postavou a kladným vztahem k pohybu, ikonou krásy pro své poddané. V podstatě od té doby společnost vyznává štíhlou postavu až dodnes.

Už od starověku tehdejší lékaři věnovali pozornost obezitě, jejím příčinám, zdravotním rizikům a léčbě. Mezi prvními, kdo poukazovali na tento problém, byli Avicenna, Hippokrates a Galén. Dále se touto problematikou zabýval až osobní lékař Karla IV. Mistr Havel ze Strahova, který doporučuje střídmost v jídlu a pití, podávání lehce stravitelných jídel a dostatek pohybu na čerstvém vzduchu, což až dodnes je v souladu se zásadami zdravého životního stylu.

Od 18. století se medicína stále více zaměřuje na příčiny vzniku obezity, na souvislosti s jídlom, pohybem, stanovují se první definice obezity, pokusy o klasifikaci nadměrné hmotnosti, poukazuje se na roli dědičných faktorů a objevují se první návody na hubnutí. Postupem času, se vlivem nových diagnostických metod a s rozvojem moderních technologií, objevují nové léčebné postupy, kterými jsou farmaka a chirurgická řešení. Není opomíjena ani prevence. Nicméně řada doporučení z dob dávno minulých neztratila ani dnes na své aktuálnosti (1, s. 1-7), (2, s. 2-4), (3, s.17-20).

1.2 Definice obezity

Charakteristika slova otylost se poprvé vyskytuje v Ottově naučném slovníku z roku 1902. Význam slova obezita pochází z latinského *obesitas* nebo *obesus* a označuje obézní, naběhlý, oteklý a tučný. V odborném periodiku, *Obezita*, se uvádí, že: *„Je obezita závažné chronické metabolické onemocnění, které je charakterizováno zvýšeným podílem tuku na tělesném složení se současným vzestupem tělesné hmotnosti nad normální rozmezí. Obezitu je nutno chápat jako nemoc a současně důležitý faktor podílející se na vzniku řady dalších onemocnění.“* (4, s. 1). Obezita je definována zvýšeným podílem tuku v organismu, který je fyziologicky ovlivněn věkem, pohlavím a etnikem. Podíl tuku u mužů je 10-25 %, u žen 18-30 % a s věkem tento podíl stoupá. Dle rozložení tuku v těle lze rozlišovat dva typy obezity, a to androidní typ a gynoidní typ. U androidního typu dochází k hromadění tuku především na hrudníku a bříše a také v dutině břišní, proto též hovoříme o obezitě abdominální či viscerální či obezitě horního typu, lidově řečeno tvaru jablka. Tímto typem obezity trpí převážně muži, vyskytuje se častěji ve vyspělých zemích a je provázena řadou komplikací včetně rozvoje cukrovky a aterosklerózy. Naproti tomu u gynoidního typu se tuk ukládá především v oblasti hýždí a stehen, hovoříme tedy o obezitě gluteofemorální či dolního typu, lidově tvaru hrušky a vyskytuje se častěji u žen. Tento typ bývá spíše kosmetickým problémem a metabolické komplikace se při ní moc nevyskytují (1, s. 14), (3, s. 7-8), (5, s. 229-233), (6, s. 9-13).

1.3 Prevalence

Celosvětově výskyt obezity v posledních desetiletích rapidně stoupá, a to jak v rozvinutých, tak i v některých rozvojových zemích. Hainer ve své knize uvádí že: *„Světová zdravotnická organizace (World Health Organization – WHO) zjistila, v roce 1995 bylo na světě 200 milionů obézních osob, toto číslo stoupl v roce 2000 na 300 milionů a v roce 2015 se předpokládá 700 milionů obézních osob ve věku nad 15 let.“* (1, s. 15). Dále v roce 2015 budou 2,3 miliardy lidí trpět nadváhou a v roce 2020 by měly až dvě třetiny všech nemocí na světě souviset s našimi stravovacími návyky. Obezita se aké stává problémem i chudších vrstev společnosti, což je dáno zejména tím, že většina levných a lehce dostupných potravin ve městech je vysoce kalorická. Mnohem častěji se bezita vyskytuje v zemích s většími majetkovými rozdíly obyvatel. Důkazem je USA, kde jsou tyto rozdíly největší a je to i země s nejvyšším výskytem obezity. Naproti tomu Japonsko je země s nejnižšími majetkovými rozdíly a s nejnižším výskytem obezity.

V Evropské unii (EU) je přibližně 135 milionů obyvatel obézních a dalších 70 milionů tuto hranici brzy překoná. V mnoha zemích EU přesahuje hranici nadváhy 50 % dospělých lidí. Také v České republice počet lidí s obezitou stoupá, neboť v roce 1993 to bylo 11 %, zatímco v roce 2002 již 15 %, což představuje 1,5 milionů dospělých osob. Také vzestup prevalence nadváhy a obezity u dětí je velmi alarmující. V některých zemích EU dosahuje výskyt dětské obezity až 25 %, v České republice dle údajů z roku 2000 je to prozatím 15 %. Při současném životním stylu je však velmi pravděpodobné, že tato čísla budou i nadále stoupat.

Obezita kromě individuálních rizik sebou nese i rizika ekonomická. Odhaduje se, že v evropských zemích se až 8 % veškerých prostředků na zdravotní péči vynaloží na léčbu obezity a jejích komplikací. Zátěž pro společnost souvisí i s vyšší nemocností a úmrtností, tím zkrácenou délkou produktivního života, což vede k vyšším výdajům společnosti spojených s lékařskou péčí a vyplácením nemocenských dávek (1, s. 15-19, 341-343), (2, s. 5-9), (6, s.15-19).

2 DIAGNOSTIKA

2.1 Anamnestické údaje

Vyšetření obézního pacienta začíná anamnézou, která je cíleně zaměřená na konkrétní potíže související s obezitou. Pozornost je věnována výskytu obezity v rodině, vhodné je zaměřit se na přítomnost nadváhy a obezity u rodičů, sourozenců či dalších příbuzných. V osobní anamnéze se zjišťuje porodní hmotnost, její další vývoj a výkyvy v průběhu života, dále období, kdy poprvé došlo ke změně hmotnosti a zaměřuje se také na kritické fáze života, kterými jsou předškolní věk, puberta, stáří, u žen těhotenství a menopauza. Další dotazy jsou kladeny na fyzickou aktivitu v mládí a současnosti, ukončení sportovní činnosti, nástup do zaměstnání, změna charakteru zaměstnání, mobilizace po úrazech a podobně. Neméně důležité jsou i otázky o stravovacích návycích se zaměřením na pravidelnost, frekvenci, preference jednotlivých druhů potravin, večerní a noční konzumace stravy, pitný režim, konzumace alkoholu a kouření. Významnou informací je výskyt onemocnění souvisejících s obezitou, jako jsou zejména hypertenze, ischemická choroba srdeční, onemocnění štítné žlázy, diabetes mellitus a kloubní onemocnění. Také předchozí a současná farmakoterapie se může na vzestupu hmotnosti podílet. Psychologické faktory hrají neméně důležitou úlohu, a proto se nesmí opomenout posoudit psychický stav pacienta, zda je vystavován stresu v doma či v zaměstnání, jestli trpí výkyvy nálady či depresemi a zda je přejídání a následná obezita reakcí na stres. Podrobná anamnéza pomůže upřesnit diagnózu, stanovit motivaci k léčbě a léčbu samotnou (1, s.163-178), (4, s. 2).

2.2 Klasifikace obezity

Obezita patří k nemocem, jejichž diagnóza je snadná. Hodnotí se procento tuku v těle nebo hmotnost ve vztahu k výšce. Nejběžnější a celosvětově používanou metodou k vyjádření stupně nadváhy je index tělesné hmotnosti BMI (z anglického body mass index), dříve označován jako Queteletův index. Slouží jako měřítko pro stanovení diagnózy obezity a zároveň je ukazatelem životní prognózy a rizik většiny komplikací spojené s obezitou. Jeho výhodou je snadné vypočítání a to je hmotnost vyjádřená v kilogramech dělená druhou mocninou výšky vyjádřené v metrech: $BMI = \text{hmotnost (kg)} / \text{výška (m}^2\text{)}$. Jako normální hmotnost se udává hodnota 18,5 až 25 kg/m², hodnoty pod dolní hranici se klasifikují jako podvýživa, hodnoty nad

horní hranici jako nadváha a obezita. Nadváha je označována za předstupeň obezity a již od BMI nad 25 zdravotní rizika stoupají, u těžké neboli morbidní obezity, s BMI nad 40, lidé většinou nepřežívají 60 let. Nevýhoda metody BMI spočívá v tom, že neodráží přesný podíl tuků a svalové hmoty, nelze ji užít u dětí a u jedinců s větším objemem svalové hmoty je pak hodnota BMI zkreslená (příloha č. 1), (3, s. 9-15).

Další velmi jednoduchou metodou určení obezity je měření obvodu pasu. Postačí k tomu obyčejný krejčovský metr. Měří se v místě viditelného pasu nebo v polovině vzdálenosti mezi lopatou kosti kyčelní a posledními žebry. U mužů se hranice normy obvodu pasu pohybuje do 94 cm, u žen pak do 80 cm. Riziko metabolických a kardiovaskulárních komplikací obezity, tedy tendence k androidnímu typu obezity, je přímo úměrné obvodu pasu (příloha č. 2), (6, s. 9-13).

Jinou možností posouzení stavu výživy je antropometrické měření tloušťky podkožních řas. K vyšetření se používá nástroj zvaný kaliper. (příloha č. 3). K orientačnímu měření postačí změřit pouze dvě podkožní řasy, kterými jsou subskapulární řasa a řasa nad tricepsem. (příloha č. 4). Jejich poměr se nazývá index centrality. Existují různé metody kaliperace, z nichž každá vyžaduje měření různého počtu podkožních řas a užití jiného druhu kaliperu. Nevýhodou je, že tato metoda hodnotí pouze poměr tukové tkáně na končetinách a trupu, ne však podíl viscerálního tuku a též vyžaduje určité zkušenosti vyšetřujícího (1, s.163-178), (3, s.37-39).

K přesnějšímu stanovení množství tukové tkáně v těle se používají technicky náročnější metody a přístroje. Metoda bioelektrická impedance (BIA) měří odpor, který tělo klade při průchodu proudu s nízkou intenzitou a vysokou frekvencí. Hodnotí se tři složky těla – tuk, beztuková tkáň a voda. Výhodou BIA je ekonomická dostupnost, nízká cena a krátce trvající vyšetření. Mezi nevýhody patří ovlivnění výsledku hydratací organismu a tím pádem i nemožnost vyšetření pacientů s otoky. Další metody jsou zobrazovací a patří sem počítačová tomografie (CT) a magnetická rezonance (NMR). Ve specializovaných pracovištích se používá ještě metoda duální rentgenová absorpciometrie (DEXA), která je schopna stanovit množství centrálního tuku i obsah tuku na končetinách. Nevýhodou těchto zobrazovacích metod je jejich nedostatečná dostupnost, vysoká cena a v případě CT i radiace pacienta (1, s. 163-178).

2.3 Laboratorní a celkové vyšetření

K diagnostice obezity jsou nezbytná laboratorní vyšetření krve a moče. Zjišťuje se aktuální a výchozí stav pacienta, diagnostika či vyloučení endokrinopatií a jiných souvisejících onemocnění a sleduje se další vývoj nebo komplikace při léčbě obezity. Základní laboratorní metody zahrnují vyšetření krve na krevní obraz a koagulaci, jaterní a renální testy, lipidový, glykemický a nutriční profil, vyšetření hormonů štítné žlázy a vyšetření močového sedimentu (1, s. 168-169).

Nedílnou součástí je bezesporu komplexní klinické vyšetření pacienta lékařem. Měří se přesná výška, váha, aktuální krevní tlak, tepová frekvence a určuje se typ obezity. Dále se vyšetřuje štítná žláza, stav pokožky se zaměřením na strie, intertrigo a mykózy, varixy, lymfedém, známky chronické žilní insuficience a artrózy, kýlu a v neposlední řadě se sleduje i psychomotorické tempo (4, s. 6).

3 ETIOLOGIE

3.1 Genetické a hormonální vlivy

Přesnou příčinu obezity stanovit nelze. Většinou se jedná o kombinaci celé řady faktorů, z nichž některé se mohou nějakým způsobem ovlivnit, jiné ovlivnit nelze. Obezita je označována za multifaktoriálně podmíněnou metabolickou poruchu, kdy dochází ke zmnožení tukové tkáně v organizmu na podkladě genetických dispozic. Všeobecně je obezita považována za onemocnění, které souvisí se životním stylem a podíl genetických faktorů na obezitě je často podceňován. U většiny obezit převažují geny polygenní, což znamená, že obezita vzniká v důsledku vzájemného působení těchto genů a vlivu vnějšího prostředí. Bylo také prokázáno, že i distribuce tukové tkáně je do značné míry geneticky podmíněná. U člověka bylo definováno přes 20 genů uplatňujících se při rozvoji obezity a distribuci tuku a byly pojmenovány geny „náchylnosti“ k obezitě, které zvyšují riziko vzniku, ale přesto nutně nevedou k propuknutí obezity. Je také odhadováno, že ukládání břišního tuku je ovlivňováno ze zhruba 30-50 % genetickou výbavou. Vliv genů na vznik běžné obezity by se tedy neměl podceňovat, ale ani přeceňovat. Význam genetických vlivů se uplatňuje především u vyšších stupňů obezit. Takzvaná monogenní obezita vzniká na podkladě mutace jednoho genu, vyskytuje se vzácně a projevuje se těžkou obezitou již v raném dětství. Dalším příkladem geneticky podmíněné obezity je deficeience leptinu, hormonu tukové tkáně regulujícího metabolismus tuků a tím i tělesnou hmotnost. Endokrinopatie se podílí na výskytu obezity jen nevýznamně, přesto je nutné na ně při diagnostice nezapomínat. Mezi nejčastější patří hypotyreóza, Cushingův syndrom, inzulinom a hypotalamické poruchy (1, s. 54-56, 91-113), (3, s. 28-36), (5, s. 326-327).

3.2 Životní styl

Ačkoli existuje celá řada genů, jejichž varianty vedou k vyššímu riziku obezity, téměř všichni odborníci se shodují, že zvýšený výskyt od druhé poloviny 20. století je důsledkem působení především civilizačních jevů. Za vznik tohoto onemocnění může ve většině případů dlouhodobě zvýšený energetický příjem převažující nad energetickým výdejem. Na první místo mezi rizikové faktory pro nadváhu a obezitu, které lze ovlivnit, se řadí výživa. Velkou roli hrají stravovací návyky, jako jsou velikost porce, skladba stravy, pravidelné rozložení přijímané potravy a přejídání. Takzvané uždibování a nevědomá konzumace potravy při práci či zábavě mezi hlavními jídly, bývá obvykle

spojena se zvýšenou spotřebou tuků. Dalším aspektem je nedostatek času na jídlo, což vede k návštěvám rychlého občerstvení, kde je v nabídce energeticky bohatá a tučná strava. Také vliv supermarketů s kvanty nezdravého tučného jídla, nakupování ve velkém, plné ledničky a lákavé sezení u televize a počítačů místo sportování, to vše vede ke zvýšenému energetickému příjmu a tím i ke vzniku obezity.

Pohybová aktivita byla po celou historii lidstva vždy považována za zdraví prospěšnou a tvoří zhruba 20-40 % denního energetického výdeje. Tento fakt potvrzuje i moderní lékařská věda. Lidé vedoucí aktivní život, mají nižší výskyt civilizačních chorob a žijí déle. Jednou z příčin, proč tolik lidí nemá dostatek pohybu, je stav naší společnosti. Dnešní moderní doba málokoho nutí k fyzické aktivitě a pohybu vůbec. K tomuto trendu přispívá modernizace domácností, využívání počítačové techniky a automatizace v pracovním procesu. V důsledku sedavého způsobu života se pohybová aktivita podílí čím dál méně na celkovém energetickém výdeji a to pak přispívá v hlavně rozvinutých zemích ke vzniku obezity (1, s. 170-173), (2, s. 40-43), (3, s. 36), (6, s. 42-44), (7, s. 12-13).

3.3 Psychosociální vlivy

Jak nárůst tělesné hmotnosti, tak i její redukce jsou ovlivňovány řadou dalších faktorů vnějšího prostředí. Souvisí to s nižším společenským tlakem na štíhlost a s velkou mírou tolerance k obézním lidem. Společnost obezitu nevnímá jako závažné onemocnění a dokonce je mezi obézními lidmi mnoho jedinců, kteří jsou na svou obezitu dokonce pyšní. Bylo prokázáno, že v rozvinutých zemích se obezita častěji vyskytuje u lidí s nižším vzděláním a nižším příjmem. Za příčinu je uváděno mnoho faktorů, zejména pak zájem vzdělanějších lidí o své zdraví a více možností lidí s vyšším příjmem na výběru zdravé stravy. Také cílený výběr partnerů, kdy si obézní jedinec vybírá opět obézního jedince, má za následek nejen možnou kumulaci obezitogenních genů, ale hlavně předávání špatných stravovacích návyků a způsobu života jako takového svým potomkům. Dalšími faktory předurčující jedince k obezitě jsou riziková období v životě člověka, která znamenají vyšší předpoklad rozvoje obezity. Rizikovým se stává již prenatální období, pokud trpí matka v těhotenství nadváhou nebo strádá hladem či se špatně stravuje. Také porodní váha hraje významnou roli. Vysoká, ale i nízká zvyšuje zhruba dvojnásobně větší pravděpodobnost vzniku obezity v pozdějším věku. S rozvojem nadváhy a obezity v dospělosti často souvisí okolnosti, které vedou ke změně jídelních a pohybových návyků jako jsou nástup či změna zaměstnání, vstup do manželství, založení rodiny, rodinné či pracovní problémy, ukončení

sportovní činnosti, dlouhodobá onemocnění, úrazy, odchod do důchodu a další. Mimo to jsou ženy navíc ohroženy vznikem obezity již v době dospívání, v těhotenství a následném poporodním období. Nárůst hmotnosti bývá také spojován s podáváním estrogenů při antikoncepci či při hormonální substituční léčbě v přechodu. Dalšími faktory způsobující hlavně viscerální obezitu jsou stresy, deprese a úzkost. Stres je rovněž považován za spouštěcí faktor záchvatovitého přejídání. Existuje také vztah mezi délkou pracovní doby a rizikem obezity, částečně vlivem stresu a také nedostatkem času na zdravý spánek. Bylo prokázáno, že jedinci, kteří spí průměrně 5-6 hodin denně, mají téměř dvojnásobné riziko rozvoje obezity ve srovnání s lidmi, kteří spí v průměru 9-10 hodin (1, s. 169-175), (6, s. 42-44), (8, s. 109-121).

4 ZDRAVOTNÍ RIZIKA OBEZITY

Obezita je dnes považována za jedno z primárních zdravotních rizik naší společnosti. Zdravotníky i laiky však bývá často podceňován její zdravotní význam, protože obezita jako taková život bezprostředně neohrožuje. Všeobecně je známo a je to i vědecky dokázáno, že zdravotní komplikace obezity významně ovlivňují nemocnost, kvalitu i délku života. Obezita je tedy rizikovým faktorem pro velké množství nemocí a bývá spojována s častějším výskytem řady závažných onemocnění (2, s. 58-63).

4.1 Mechanické komplikace

Mezi mechanické komplikace se řadí onemocnění, která jsou vázána na velkou tělesnou hmotnost. Typické bývají hlavně ortopedické a respirační potíže.

4.1.1 Ortopedické komplikace

Onemocnění pohybového aparátu, jako jsou bolesti kloubů a zad, se u obézních lidí vyskytují dvakrát častěji než u štíhlých. Nejčastějšími jsou degenerativní onemocnění páteře a artróza velkých kloubů. Obezita velmi ovlivňuje vznik osteoartrózy kolenních a kyčelních kloubů tím, že mechanicky zatěžuje jejich styčné plochy, obzvláště jsou-li přítomny jejich různé malformace. Pro ústup obtíží se vyžaduje obvykle velká redukce hmotnosti, což je důležité, pokud jsou tito pacienti připravováni k umělým náhradám kloubů. Zpravidla je před operací požadována váha kolem 90 kg, kterou umělý kloub unese, bez ohledu na BMI. Ortopedické komplikace také limitují pacienta a mohou tak podpořit i vznik některých dalších onemocnění jako je hluboká žilní trombóza (1, s. 76-77), (3, s. 27-28), (6, s. 47).

4.1.2 Respirační komplikace

Změny respiračních funkcí u obézních pacientů vznikají v důsledku působení více mechanismů. Při funkčním vyšetření plic se vyskytuje nejčastěji pokles respiračního rezervního objemu plic a pokles funkční reziduální kapacity. U těžké obezity dochází ke změnám ventilace, kterými jsou pokles poddajnosti hrudního koše a plic, pokles pohyblivosti bránice a tím i menší vitální kapacita a celková vitální kapacita plic. Často bývá spojena s hypoxémií, která je důsledkem nerovnováhy mezi ventilací a perfúzí plic. Respirační poruchy, které jsou přítomné hlavně při těžké obezitě, se během noci zhoršují vlivem sníženého tonu svalů, kdy dochází k obstrukci dýchacích cest. Za nejzávažnější je považován syndrom spánkové apnoe - SAS (z anglického sleep apnea syndrom), který se vyznačuje přerušeným dýcháním během spánku na více než 10 sekund, více jak 5 krát

za hodinu. Klinicky se syndrom projevuje chrápáním, probouzením během noci, denní ospalostí a spaním během dne, poruchami paměti a pozornosti, ranními bolestmi hlavy a další. Komplikace SAS zahrnují také noční hypoxémii, systémovou a pulmonální hypertenzi, potenciálně i závažné kardiální dysrytmie, zatížené rizikem náhlé smrti. Diagnostika tohoto syndromu vyžaduje kompletní kardiopulmonální vyšetření a noční monitoraci ve speciální spánkové laboratoři. Léčba spočívá v aplikaci přetlakového přístroje CPAP (z anglického continuous positive airway pressure), který příznivě ovlivňuje syndrom samotný, spavost přes den a krevní tlak (1, s. 26-27).

4.2 Metabolické komplikace

V minulosti se obezita pokládala za typický rizikový faktor diabetu a hypertenze. Až později se začalo na souvislosti těchto onemocnění pohlížet jako na stav se společnou příčinou a společným vývojem poruch.

4.2.1 Metabolický syndrom

Pro metabolické komplikace obezity je od konce osmdesátých let minulého století používán pojem metabolický syndrom nebo tzv. Reavenův metabolický syndrom X. Hlavní složky syndromu jsou abdominální obezita, hypertenze, necitlivost na hormon slinivky břišní inzulin, postupné stoupaní glykémie až vznik diabetu 2. typu, zvýšená hladina triglyceridů a snížená hladina HDL cholesterolu v krvi. Vznik jednoho onemocnění potencuje vznik i dalšího. Metabolický syndrom v našich podmínkách může postihovat až 50% populace a jeho výskyt stoupá extrémním způsobem. Dnes je označován za hlavní příčinu vliv prostředí, především absence pohybu, nadměrný energetický příjem, stres, ale uplatňují se i genetické faktory jako rodinná anamnéza diabetu a hypertenze. Ukazuje se, že velmi významným způsobem ovlivňuje výskyt nemocí srdce a cév, prognózu cukrovky a arteriální hypertenzi. Velmi důležitá je proto u metabolického syndromu prevence diabetu. To zahrnuje dietní opatření a zejména redukci obezity. Pokud se podaří snížit alespoň částečně hmotnost, většinou ustupují všechny složky metabolického syndromu současně (1, s. 35-36), (3, s. 28-36), (9, s. 227-241), (10, s. 7).

4.2.2 Diabetes mellitus

Cukrovka čili diabetes mellitus (DM) bývá často spojována s obezitou, ačkoli se to netýká obou forem. DM 1. typu je autoimunitní onemocnění, kdy zaniká vlastní sekrece inzulinu. Vyskytuje se spíše u mladších jedinců. Obezita takového diabetika je téměř vždy léčebnou chybou z předávkování inzulinu, což vede ke zvýšené chuti k jídlu,

hypoglykemickým pocitům, zvýšenému přísunu jídla a tím k vzestupu váhy. DM 2. typu se označuje za nezávažnější složkou metabolického syndromu. Dříve bylo mylně uváděno, že obezita je rizikovým faktorem DM 2. typu. Sama obezita však diabetes nevyvolává, vzniká jen u obézní populace s genetickou predispozicí. Spíše platí, že tento typ diabetu a abdominální obezita mají společný původ a patogenezi. Androidní obezita je tedy varovným signálem, že nemocný je diabetem ohrožen. Většinou začíná rezistencí organismu na inzulin přes výskyt dalších složek metabolického syndromu uvedených výše a vede ke vniku nejzávažnější komplikace, a to k diabetu 2. typu. V organismu dochází ke změnám poměru spalování živin, kdy začne stoupat spalování tuků na úkor cukrů a mění se citlivost na inzulín. Diabetes ale vzniká až v době, kdy dojde i k poruše sekrece inzulínu, což nastává při vyčerpání slinivky a patologickým zvratem v ostrůvcích produkujících inzulín. Na tyto ostrůvky toxicky působí vysoká hladina cukru ale také vysoká hladina tuků v krvi. Hlavním léčebným opatřením proto musí být hlavně redukce obezity, omezení sacharidů, ale hlavně živočišných tuků v přijímané potravě, které jsou jednou z příčin abdominální obezity (4, s. 7), (3, s. 28-36), (9, s. 227-241).

4.3 Ostatní komplikace

Obezita je rizikovým faktorem pro velké množství onemocnění. Kardiovaskulární nemoci zahrnují hypertenzi, ischemickou chorobu srdeční, poruchy srdečního rytmu, ischemickou chorobu dolních končetin, aterosklerózu, v jejímž důsledku dochází k poškození cév zásobujících mozek, srdce a další důležité orgány. S tím souvisí onemocnění ledvin, které velmi trpí při hypertenzi a diabetu, a proto jsou obézní jedinci zvýšeně ohroženi rozvojem chronického selhání ledvin. Další vaskulární komplikace vyplývají ze zvýšeného tlaku v žilním řečišti, kdy krev stagnuje v žilách dolních končetin. Klinicky se projevují otoky a vznikem varixů nebo závažnější hlubokou žilní trombózou.

S obezitou se společně vyskytují některé druhy nádorů. U mužů se častěji vyskytuje karcinom tlustého střeva a prostaty, u žen je zvýšené riziko tumoru žlučníku a většiny gynekologických nádorů. Vlivem obezity se dostávají poruchy menstruačního cyklu, amenorea, infertilita a syndrom polycystických ovarií, který vzniká z důvodu anovulačních cyklů. Nejedná se jen o onemocnění gynekologické, ale spíše metabolické s řadou hormonálních změn. Také během těhotenství obezita zvyšuje riziko komplikací, které ohrožují matku i plod. Častěji se vyskytuje hypertenze, těhotenský diabetes, tromboflebitidy, močové infekce a závažné komplikace typu eklampsie. Ve vztahu

zažívacího traktu a obezity se kromě kolorektálního karcinomu často vyskytuje gastrointestinální reflux a hiátová hernie, která u obézních vzniká jako důsledek zvýšeného tlaku na bránici a nedostatečné funkce jícnového svěrače. Dochází tak k návratu žaludečních šťáv do jícnu, kde postupně vznikají eroze, které se mohou vyvinout až v rakovinu jícnu. Další skupinou nemocí související s obezitou je vyšší riziko vzniku žlučových kamenů s jejich následnými komplikacemi a jaterní poškození, zejména ukládání tuků do jaterní tkáně. To může být spojeno i se zánětem jater a vést až k jejich selhání (3, s. 37-39).

4.4 Psychosociální komplikace

Psychosociální důsledky obezity jsou často podceňovány jak rodinou a blízkým okolím, tak někdy i ošetřujícím lékařem. Obézní děti, které nemají oporu svých blízkých a nejsou v péči odborníka, mají zpravidla horší prospěch ve škole. Často se jim ostatní posmívají, což má za následek ztrátu motivace, sebedůvěry, osamělost, větší nervozitu, což může potencionálně vést k rozvoji neurologických problémů v dospělosti. V předškolním věku je obezita dětí spojovaná s přisuzováním negativních vlastností, jako je lhaní, hloupost, lenost a podobně. Nezřídka jim tyto vlastnosti přisuzují i sami rodiče, kteří přitom nesou velký podíl viny na obezitě svého dítěte. Obezita je stigmatizující onemocnění a vystavuje tyto jedince řadě předsudků. Velice často jsou považováni za méněcenné jak z hlediska fyzické atraktivity, tak i z hlediska osobnosti a profesionálních kvalit. Tento vžitý předsudek má za následek ztížení společenské adaptability. Obézní jedinec se těžko prosazuje i v běžných životních podmínkách a mnohdy se raději uchyluje do ústraní. Obézní osoby jsou diskriminovány při hledání zaměstnání, ale také svými spolupracovníky, zaměstnavateli či nadřízenými. I možnost najít si partnera je velmi omezená. Diskriminace, podceňování a ztížené společenské uplatnění obézních se nemalou měrou podílejí na častém výskytu depresí, úzkostí, mají mnohem vyšší riziko spáchání sebevraždy i rozvoje psychiatrických nemocí. Tím se významně snižuje kvalita jejich života (4, s. 8), (8, s. 144-171).

5 TERAPIE OBEZITY

K terapii obezity je nutno přistupovat komplexně. V léčbě obezity se používá nízkenergetická dieta, pohybová aktivita, behaviorální intervence, farmakoterapie a v poslední době i chirurgická léčba. Při výběru léčebných metod je zapotřebí vzít v úvahu věk, stupeň nadváhy, charakter rozložení tuku, přítomnost zdravotních komplikací a přidružených nemocí a psychický stav nemocného. Vždy je při léčbě obezity snaha kombinovat dietní a pohybovou léčbu s behaviorální intervencí. Pokud tyto metody nestačí, doplní se o farmakologickou podporu. Chirurgická léčba se indikuje jen u těžších stupňů obezity, pokud selhaly konzervativní postupy včetně farmakoterapie. Důležité pro stanovení léčebného postupu u konkrétního pacienta je anamnéza předchozí léčby obezity. V neposlední řadě je nutno stanovit motivaci k léčbě, zda se jedná o důvody zdravotní či estetické, neboť od motivace se odvíjí i očekávání výsledku léčby. Mnohdy léčba obezity selže právě z důvodu stanovení si nereálných cílů a tím následné ztráty motivace (4, s. 9), (3 s. 44).

5.1 Dietní léčba

Dieta v řečtině znamená způsob života, a tak by v tomto smyslu měla být chápána a dodržována. Příjem potravy s výdejem energie představují společně dvě základní složky, které tvoří stav energetické rovnováhy organismu. Při léčbě obezity je zpočátku cílem negativní energetická bilance, která vede k poklesu hmotnosti. V druhé, dlouhodobé fázi léčby, je cílem energeticky vyrovnaná bilance a tím udržení dosažené hmotnosti. Přísné redukční diety šířené na komerčním principu se zaměřují na jednorázové rychlé zhubnutí a po ukončení diety často dochází k opětovnému nárůstu hmotnosti mnohdy až nad výchozí úroveň. Mohou se také stát spouštěcím mechanismem pro poruchy příjmu potravy. Opakované kolísání tělesné hmotnosti může podle některých studií negativně ovlivnit zdravotní stav jedince a výskyt komplikací obezity. Proto je důležité nahradit různé diety trvalou změnou životního stylu. Příjem potravy je dán jídelními preferencemi a zvyklostmi jedince. Již v raném dětství a pak i během života se vytvářejí určité stravovací návyky, které nemusí být vůbec zdravé. Při výběru vhodné diety nebo při celkové změně životního stylu, by se měl člověk zamyslet nad dosavadními stravovacími návyky. Všeobecné zásady zdravé výživy znamenají snahu o změnu celkového životního stylu, ne pouze dodržovat jednotlivé druhy diet. Hlídat si příjem a výdej kalorií, což znamená nepřejídat se a snažit se být fyzicky aktivní. Při výběru potravy se doporučuje omezit jídla

s vysokým obsahem tuku, upřednostnit stravu obsahující potraviny s komplexními sacharidy a vysokým obsahem vlákniny a zahrnovat více ovoce a zeleniny. Neméně důležité je jíst pravidelně, alespoň pětkrát denně, nevynechávat snídani, jídlo si rovnoměrně energetiky rozdělit během celého dne, hlídat si velikost porcí a nezapomínat na dostatečný příjem tekutin. Pokud dojde k porušení těchto zásad, je důležité vytrvat nebo požádat o radu, což platí především u závažnějších stupňů obezity spojené se zdravotními komplikacemi, které by se při léčbě měly svěřit do rukou odborníka a společně najít vhodný způsob terapie (2, s. 30-64), (6, s. 89-119), (7, s. 16-53), (11, s. 218-238).

5.2 Léčba pohybem

Pohybová aktivita je nedílnou součástí léčby obezity a má významnou roli při její léčbě a v prevenci chorob spojených s obezitou. Diety, které nejsou doplněny zvýšenou fyzickou aktivitou, mají pouze částečný efekt, a proto by měla být vždy součástí jakéhokoli dietního plánu zaměřeného na snížení či udržení tělesné váhy. Velmi často je nutné změnit celý dosavadní životní styl a přeorientovat své zájmy a záliby. Pravidelný pohyb přispívá k redukci váhy a zlepšení metabolických komplikací provázejících obezitu. Působí preventivně proti nárůstu hmotnosti, vzniku kardiovaskulárních chorob a snižuje úmrtnost. Úloha pohybové aktivity závisí na věku pacienta, stupni obezity a na přítomnosti zdravotních komplikací. Starší jedinci s těžkým stupněm obezity či se závažnými zdravotními komplikacemi, mají omezené možnosti zvýšit svoji pohybovou aktivitu. Proto je důležité zvolit vhodnou aktivitu, která by ale neměla být vynechána. I když v těchto případech vlastní zvýšení energetického výdeje pohybovou aktivitou nesehrává stěžejní roli v redukčním režimu, je nutné vzít v úvahu řadu pozitivních vlivů, které sebou přináší. Je to nejenom příznivé ovlivnění metabolických faktorů a kardiovaskulárních rizik, fyzických zdatností a pohybových dovedností, ale i pozitivní působení na psychický stav potlačením depresí a úzkostí a navozením pocitu pohody a zdravého sebevědomí (1, s. 217-229), (6 s. 42-44).

5.3 Psychoterapie

Kognitivně-behaviorální terapie představuje jeden ze základních směrů současné psychoterapie. Tento psychologický přístup k terapii obezity je nedílnou součástí komplexní léčby. Kořeny tohoto způsobu léčby sahají až do starověkého Řecka. Vlastní vědecké základy položila v 19. století ruská reflexologie a poté americký behaviorismus.

Od šedesátých let 20. století se začala rozvíjet kognitivní terapie. Při léčbě obezity vychází z toho, že nevhodné jídelní a pohybové návyky podílející se na vzniku obezity jsou naučené, a že je možné se je odnaučit. Kognitivně-behaviorální přístup se ukázal v léčbě obezity jako nejefektivnější, protože bere v úvahu celkovou strukturu osobnosti a hledá rozhodující příčinu vzniku a přetrvávání problému. Nestačí se tedy zaměřit pouze na změnu jídelníčku a zvýšení pohybové aktivity, ale je nutné ovlivňovat i myšlení a emoce, které k nežádoucímu chování vedou. Mezi techniky kognitivní terapie patří technika sebezpozorování, jež napomáhá obéznímu jedinci uvědomovat si své jídelní chování, ovlivněné řadou zevních faktorů, a které je potřeba analyzovat. Technika kontrolující samotný akt konzumace jídla pacientům stanovuje veškeré zásady správného stravování a stolování. Další technikou je aktivní kontrola vnějších podnětů, kdy se jedinec učí zvládat krizové situace a kontrolovat činnosti spojené s jídlem. Technika sebezposilování je založena na podpoře rodiny a blízkých při redukčním režimu. Kognitivní techniky mají za cíl identifikovat nevhodné myšlenky a nahradit je pozitivním uvažováním. Nacházejí souvislost mezi emocemi, myšlenkami a chováním jedince a kladou důraz na uvědomělou dlouhodobou změnu životního stylu (1, s. 231-255, 257-273), (3, s. 121-125), (12, s. 32-44).

5.4 Farmakoterapie

Farmakoterapie obezity se zahajuje až tehdy, pokud selže dosavadní komplexní dietní, pohybová a behaviorální léčba, či chceme-li zvýšit komfort pacienta nebo pomoci udržet docílený váhový pokles. Je také určena pro obézní pacienty s BMI nad 30 nebo pro pacienty s nadváhou I. stupně, u nichž jsou přítomny zdravotní komplikace obezity. Jsou kontraindikovány u dětí a u pacientů starších nad 65 let. V současnosti se ve světě uplatňují tři skupiny léků. Anorektika jsou léky tlumící chuť k jídlu v centrálním nervovém systému, termogenní farmaka jsou léky ovlivňující energetický výdej a konečně léky ovlivňující vstřebávání tuků ve střevě. Farmaka při léčbě obezity by měla splňovat daná kritéria. Měl by být znám mechanismus jejich účinku, který prokazatelně vyvolává redukci tukové tkáně a pozitivně ovlivňuje komplikace obezity. Jejich nežádoucí účinky by měly být jen mírné nebo přechodné a při dlouhodobém podávání by na ně neměl vznikat návyk. Moderní účinná léčba obezity již nepředstavuje jednorázovou intervenci, ale obvykle celoživotní komplexní léčbu, kde má své uplatnění i farmakoterapie. Preskripce farmak

k dlouhodobé léčbě obezity by měla být doporučena specialistou – obezitologem (4, s. 9), (6, s. 133-134).

5.5 Chirurgická léčba

Chirurgická neboli bariatrická léčba obezity se stala v posledních patnácti letech zavedenou součástí komplexní péče a terapie těžce obézních nemocných. Je jedním ze základních úspěšných postupů, který nabízí dlouhodobé, trvalé a výrazné hmotnostní úbytky především u těžkých forem obezit. V průběhu posledních desetiletí a s nástupem laparoskopických miniinvazivních metod se zásadně zvýšila bezpečnost a účinnost operačního řešení. Bariatrická léčba by měla být prováděna především ve specializovaných centrech pro léčbu obezity, která jsou adekvátně technicky vybavena a kde jsou k dispozici také specialisté z oboru obezitologie, diabetologie, psychologie a nutričního poradenství. Indikací k tomuto zákroku jsou dospělí ve věku 18 až 65 let s BMI nad 40 nebo nad 35 s jedním dalším přidruženým onemocněním a také jedinci, u nichž selhala konzervativní léčba včetně farmakoterapie. Bariatrická chirurgie se postupně vyvinula na dva základní typy léčby a to restriční a malabsorpční. Základním principem restričních operací je trvalé nebo vratné zmenšení kapacity žaludku. Tím se omezí možnost konzumace většího množství jídla najednou, dojde k časnému pocitu sytosti a nemocný tímto způsobem redukuje hmotnost. Do restričních operací spadají všechny způsoby bandáže žaludku. U malabsorpčních operací hlavní účinek spočívá v omezení vstřebávání výživných látek z potravy. To znamená, že se vyřadí velká část délky tenkého střeva, takže k trávení dochází až v jeho střední nebo koncové části. Malabsorpční výkony jsou neúčinnější ze všech bariatrických operací, protože velmi rychle dochází k váhovému úbytku a pozitivnímu ovlivnění metabolických onemocnění. Operace však vyžaduje doživotní suplementaci minerálních látek a vitamínů, které se vstřebávají právě v horní části tenkého střeva.

Pro zlepšení kvality života nestačí jen úspěšně provedená bariatrická operace, ale je zapotřebí stálá komplexní léčba včetně dodržování dietního režimu, přiměřené fyzické aktivity a doživotní sledování v obezitologické poradně (4, s. 11), (12, s. 53-108).

6 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O OBÉZŇNÍ PACIENTY

Ševčík, 2014, ve své knize uvádí: „*Pracoviště intenzivní medicíny je specializovaná organizační jednotka určená pro péči o nemocné, u kterých hrozí nebo již došlo k selhání základních životních funkcí. Na pracovištích intenzivní medicíny musí být zajištěná péče v nezměněné kvalitě po dobu 24 hodin a 7 dní v týdnu.*“ (13, s. 15). Úspěšná péče o kriticky nemocné je podmíněna technickými možnostmi a hlavně adekvátním počtem vzdělaného zdravotnického personálu. Na anesteziologicko-resuscitačním oddělení (ARO) jsou přijímáni pacienti, u kterých došlo k selhání jedné či více životních funkcí. Jde především o selhání dýchání, krevního oběhu a vědomí. Většina pacientů je napojená na umělou plicní ventilaci, a proto by měla optimálně poskytovat jednomu pacientovi ošetrovatelskou péči jedna sestra. Jednotka intenzivní péče (JIP) je součástí specializovaného pracoviště a zajišťuje léčbu nemocných, u kterých by mohlo dojít k selhání vitálních funkcí, a proto se musí provádět jejich kontinuální sledování. Tito nemocní vyžadují vyšší stupeň ošetrovatelské péče, jež nelze na standardním oddělení zajistit. Zde by měla mít jedna sestra na starost dva až tři pacienty. Nároky kladené na ošetrovatelský personál v intenzivní medicíně jsou značné jak po stránce odborné a technické, tak po stránce fyzické i psychické zátěže. Sestra by měla mít znalosti ze všech oborů medicíny, protože pacienti hospitalizovaní na odděleních intenzivní péče mají různá přidružená onemocnění, která se mohou vlivem závažného stavu zkomplikovat. Dále musí umět obsluhovat všechny přístroje, kterými je oddělení vybaveno, musí umět rychle reagovat při náhlé změně zdravotního stavu pacienta a musí mu zajistit komplexní ošetrovatelskou péči po stránkách bio-psycho-socio-spirituální. To všechno je možné zvládnout při dostatku personálu a při dobré organizaci práce. Kapounová, 2007, uvádí: „*Rozsah poskytované ošetrovatelské péče je na těchto odděleních závislý na diagnóze a zdravotním stavu pacienta. S neustále se vyvíjejícím stavem pacienta se také vyvíjí a mění jeho nároky na ošetrovatelskou péči.*“ (14, s. 21). Je proto nezbytné, aby sestra dokonale znala všechny potřeby pacienta, dokázala je plně saturovat a zároveň maximálně podporovala jeho soběstačnost. Ošetrovatelská péče o obézního pacienta je pro sestru náročná, proto je potřeba jednotlivé činnosti provádět dle reálných možností a schopností pacienta. K základním potřebám pacienta v intenzivní péči se řadí dýchání, výživa, vyprazdňování, bolest, soběstačnost, psychická vyrovnanost a pocit jistoty a bezpečí. Každý nemocný hospitalizovaný na oddělení intenzivní péče je ohrožen rizikem

vzniku infekce, imobilizačním syndromem a poruchou integrity kůže (13, s. 966), (14, s. 21-26).

Podle Ševčíka, 2014: „*Studie prokázaly, že obézní pacienti hospitalizovaní na jednotkách intenzivní péče potřebují delší umělou plicní ventilaci, mají vyšší riziko infekčních komplikací, zhoršené hojení ran, vyšší výskyt dekubitů a také hluboké žilní trombózy.*“ (13, s. 966). Z ošetrovatelského hlediska je péče o obézní pacienty spojena s celou řadou komplikací od nutnosti speciálního vybavení, jako je například dostatečně široké lůžko, nástroje, zobrazovací vyšetření, pomůcky k manipulaci a jiné (13, s. 967).

6.1 Specifika v oblasti ošetřování dýchacích cest

Dýchání je základní fyziologická funkce a biologická potřeba. Při nedostatku kyslíku a nedostatečném dýchání je člověk ohrožen na životě. Péče o dýchací cesty je v intenzivní péči naprostou samozřejmostí a nedílnou součástí. Většina pacientů, kteří potřebují umělou plicní ventilaci, má zajištěny dýchací cesty endotracheální nebo tracheostomickou kanylou. Již při zajišťování dýchacích cest endotracheální kanylou se mohou objevit komplikace, protože u obézních pacientů se častěji vyskytují anatomické abnormality způsobené nadměrným množstvím měkkých tkání a tuku. Obezita také přináší vyšší riziko selhání extubace, proto je doporučena u těchto pacientů k následnému udržení dýchacích cest neinvazivní ventilace a AntiTrendeleburgova poloha. Při zajištění dýchacích cest tracheostomickou kanylou, bývá místo k tomu určené zpravidla obtížně přístupné z důvodu relativně krátkého a silného krku. Většinou také naléhá brada či podbradek těsně na tracheostomickou kanylu, kde pak snadno vzniká otlak, nebo může dojít až ke změně polohy kanyly a následnému krvácení. Velká pozornost se musí věnovat kožnímu krytu v oblasti tracheostomatu a správně zvolené a provedené fixaci. Ta musí být přiměřená, aby při přehnaném pnutí nedošlo k porušení integrity kůže. U obézních pacientů je vhodné preventivně promazávat pokožku kolem krku ochrannými krémy a fixaci vypodložit po celém obvodu upevnění (15, s. 110), (14, s. 225-227), (16, s. 92-94), (18, s. 116-120), (19, s. 206).

6.2 Monitorace a zajištění cévního vstupu

Základní monitorace v intenzivní péči zahrnuje měření krevního tlaku, snímání křivky EKG, pulzní oxymetrii a dýchání. U obézních pacientů může docházet k následujícím technickým potížím. Elektrody na měření křivky EKG mohou špatně

snímat činnost srdce z důvodu větší vrstvy podkožního tuku a tím může docházet k falešné interpretaci získaných hodnot. Doporučuje se proto pod tyto elektrody nanést malou vrstvu vodivého gelu. Špatné prokrvení tkání a otoky mohou zhoršit potíže při měření pulzní oxymetrie na prstech horních končetin, proto se preferuje používat ušní čidlo a střídavě měřit saturaci kyslíku v tkáních na ušním lalůčku nebo na nosním křídle. Při měření krevního tlaku neinvazivní metodou je nutné dbát na dostatečnou šířku manžety, aby nedošlo k získání falešných hodnot tlaku. V intenzivní péči se upřednostňuje invazivní měření arteriálního tlaku z důvodu kontinuálního monitorování systémového tlaku, k získání přesnějších hodnot a možnosti odběru arteriální krve na vyšetření krevních plynů. U obézních pacientů se před zavedením katetrů vždy doporučuje použít přenosný ultrazvukový přístroj k přesné lokalizaci kanylované cévy. Při zavádění arteriálního, centrálního či dialyzačního katetru, je vhodné, pokud to lze, vyhnout se kanylaci v tříselné oblasti. U obézních pacientů se v těchto oblastech častěji tvoří opruzeniny a mykózy s následnou poruchou kožní integrity. Dalším úskalím při zavedeném katetru v tříselné krajině je horší přístup do této oblasti a tím i obtížnější ošetrovatelská péče. Dochází častěji k otlakům okolní a protilehlé kůže, či k zalomení nebo útlaku katetru a tím pádem k jeho nefunkčnosti. Obézní pacient pak musí ležet v poloze s ohledem na zavedený katetr nebo se musí vhodně vypočítat jak zavedený katetr, tak i břicho a příslušná dolní končetina (13, s. 16), (14, s. 33-35), (17, s. 178-180), (19, s. 206).

6.3 Výživa a vyprazdňování

Výživa je biologickou a primární potřebou člověka a také předpokladem k zachování života. U pacientů v kritickém stavu je zpočátku plně saturována parenterální a enterální výživou a postupně se u pacientů při vědomí začíná zkoušet příjem per os od tekuté, přes kašovitou a šetřící stravu. Tento postup formy výživy je stejný u pacienta s normální tělesnou hmotností i u obézního pacienta. Ševčík upozorňuje, že: „ *Obézní kriticky nemocný pacient má obdobnou metabolickou reakci na stres jako neobézní, a je tedy stejnou měrou ohrožen malnutricí i přes své rezervy a nadbytek tuku*“ (13, s. 967). Obézní pacienti totiž nejsou ani v tomto období schopni mobilizovat své tukové zásoby, proto redukce hmotnosti během kritického stavu není prospěšná a vhodná nutriční podpora by neměla být odepřena (14, s. 289-291), (17, s. 84).

Vyprazdňování je fyziologickou funkcí organismu a základní biologickou potřebou člověka. Na odděleních intenzivní péče je zajištění močových cest permanentním

močovým katetrem (PMK) součástí standardní ošetrovatelské péče. Zvýšené množství tukové tkáně v oblasti stehen a genitálu u obézních pacientů vytváří potenciál pro nadměrnou vlhkost v perineální oblasti, kde pak dochází častěji ke vzniku opruzenin, mykóz a dalších kožních onemocněních, což vede ke zvýšení rizika vzniku infekce močových cest. PMK je nutno zavádět přísně asepticky, proto by se měly katetrizace účastnit více než dva členové ošetřujícího personálu. Častěji by se také měly provádět kontroly funkčnosti a polohy katetru a kůže v této oblasti. Samozřejmostí je vypodložení katetru, aby nedocházelo k otlakům a následné poruše integrity kůže (14, s. 303), (15, s. 95), (19, s. 207).

Neméně náročné je i vyprazdňování stolice. U většiny pacientů v intenzivní péči dochází vlivem různých léků zpomalujících peristaltiku a nedostatku pohybu k rozvoji zácpy. Jako řešení se využívá podávání slabých laxativ nebo se aplikuje očistné klyzma. U obézních pacientů je vysazování na podložní mísu a aplikace klyzmatu velmi fyzicky náročné a je zapotřebí opět využít více členů ošetřujícího personálu či pomůcky usnadňující manipulaci. Naopak při častějším vylučování řídké stolice se doporučuje zavést sadu na kontinuální odvádění stolice, což je komfortnější jak pro pacienta, tak i pro ošetřující personál (14, s. 289), (15, s. 96).

6.4 Péče o kůži, hygiena a polohování

Nejlepší péčí o kůži obézního pacienta je profylaxe s denní kontrolou kůže a pravidelné polohování a mikropolohování. Prohlídka kůže musí zahrnovat veškeré kožní záhyby zejména pod prsy, na břicho, na zádech a v perineální oblasti. Kožní záhyby obézního pacienta představují totiž kromě zvýšeného rizika vzniku opruzenin a mykóz také významné riziko tlaku. Uzavírání kapilár tlakem uvnitř samotných kožních záhybů může vyústit až v nekrózu tkáně v této oblasti. Zvýšená pozornost by se proto měla věnovat kabelům od monitorů a veškerým zavedeným katetrům a drénům, které by měly být umístěny tak, aby nebyly skryté v těchto záhybech, nebo je dostatečně vypodložit, aby se zabránilo této komplikaci. Porucha kožní integrity může být dále způsobena při manipulaci s pacientem takzvanými střížnými silami. Proto je vhodné při jakékoli manipulaci s pacientem použít pomůcky usnadňující manipulaci nebo více členů ošetrovatelského personálu.

Další obtíží při poskytování komplexní hygienické péči o obézního pacienta je výměna lůžkovin, především prostěradla. Technickým problémem může být standardní šířka intenzivního lůžka, kdy obézního pacienta nelze plně otočit na bok a zcela tak zkontrolovat a ošetřit záda a sakrální oblast. Vše musí být také provedeno rychle, protože již při uložení pacienta do horizontální polohy dochází ve většině případů ke zhoršení ventilačních parametrů. Se zvyšováním stupně obezity se zhoršuje tolerance pro změny poloh. Nevhodné polohy, mezi které patří horizontální a Trendelenburgova poloha, totiž vedou k život ohrožujícím dechovým i oběhovým komplikacím. Jako nejvhodnější polohy pro obézní pacienty se osvědčily AntiTrendelenburgova a Fowlerova poloha. Obě tyto polohy uvolňují bránici od tlaku nitrobřišního obsahu a usnadňují tak spontánní dýchání i umělou plicní ventilaci a činnost srdce (20, s. 231-232), (21, s. 82-84), (14, s. 125-127).

Mezi pomůcky, které mohou sestřám usnadnit manipulaci s obézním pacientem, patří látková polohovací podložka, elektrický zvedák, rollboard a nově slide sheet. Nejdostupnější pomůcka je látková polohovací podložka, kterou si sestra může vyrobit sama. Využívá se při posouvání, polohování, otáčení či přesunu pacienta. Tuto podložku určitě časem nahradí slide sheet (příloha č. 7). Jedná se o látkovou manipulační podložku se speciální kluznou vrstvou a s úchyty po stranách pro lepší manipulaci, která má shodné využití jako látková polohovací podložka. Další pomůckou, se širokým využitím, je elektrický zvedák, který je možno použít při hygieně, přesunu pacienta, vyprazdňování stolice a úpravy lůžka (příloha č. 5). Jeho největší výhodou je, že sestra při manipulaci vynaloží jen malé fyzické úsilí a i pro pacienta je tento způsob komfortnější. Nevýhodou je jeho náročnost na prostor. Rollboard je manipulační pomůcka určená pro jednodušší přesun pacienta z lůžka na lůžko (příloha č. 6).

PRAKTICKÁ ČÁST

7 FORMULACE PROBLÉMU

Obezita znamená komplikaci především na odděleních intenzivní péče, kde jsou pacienti méně nebo vůbec nesoběstační a veškerou péči za ně přebírá sestra. Pomáhá jim pečovat o hygienu, výživu, vyprazdňování, pohyb a polohování, ale také je musí umět psychicky podpořit. Na základě vlastní zkušenosti sestry se domnívám, že poskytovaná ošetrovatelská péče o imobilního obézního pacienta v intenzivní péči je po fyzické, psychické, časové i personální stránce velmi náročná. Proto nás problematika ošetrovatelské péče o tyto pacienta a vše s ní související velmi zajímá. Dále se domníváme, že nejvíce náročné je pro sestry péče o kůži, polohování a manipulace s obézním pacientem. Prostřednictvím bakalářské práce bychom proto rády zjistily náročnost a specifika ošetrovatelské péče o obézní pacienty.

8 CÍL A ÚKOL VÝZKUMU

Cílem této práce je zjistit specifika ošetrovatelské péče o obézní pacienty v intenzivní péči. Zjistit, dle mínění respondentů, jestli a do jaké míry obezita ovlivňuje ošetrovatelskou péči. Zda mají k dispozici pomůcky usnadňující manipulaci s obézním pacientem a jestli je při své práci používají. Zjistit, zda mají sestry vypracovaný standard bezpečné manipulace s pacienty s nadměrnou tělesnou hmotností.

9 METODIKA

K získání potřebných informací a podkladů pro vypracování praktické části bakalářské práce byla zvolena kvantitativní výzkumná forma dotazníkového šetření. Byl vytvořen anonymní dotazník, který obsahoval celkem 23 otázek. Položené otázky byly otevřené, uzavřené, polootevřené a filtrační. Výzkumné šetření pobíhalo v časovém rozmezí od 2. 2. – 16. 2. 2015 ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze. Pro realizaci výzkumu byly vybrány Anesteziologicko-resuscitační oddělení (RES-UP a RES II), Kardiochirurgická JIP (RES I), Interní JIP a Neurologická JIP. Oddělení byla zvolena právě z důvodu, že jsou zde hospitalizováni především imobilní nesoběstační pacienti. Distribuce dotazníků byla provedena osobně za laskavého svolení vrchních sester a výborné spolupráce staničních sester na daných odděleních. Celkem bylo rozdáno 140 (100 %) dotazníků, návratnost bylo 121 (86 %) dotazníků a z toho bylo pro chybné vyplnění vyřazeno 6 (5 %) dotazníků. Celkový počet validních dotazníků nakonec činil 115. K získání statistických údajů bylo použito ruční třídění dotazníků. Výsledná data byla zaznamenána a vyhodnocena prostřednictvím grafů v programu Microsoft Excel a byla zaokrouhlená na celá čísla. Každý graf je doplněn komentářem.

10 HYPOTÉZY

Hypotéza č. 1 – Předpokládáme, že pro sestry je ošetrovatelská péče o kůži obézního pacienta časově náročnější než u pacienta s normální tělesnou hmotností.

Hypotéza č. 2 – Předpokládáme, že pro sestry pracující v intenzivní péči je nejvíc fyzicky namáhavou ošetrovatelskou činností u obézního pacienta pravidelné polohování.

Hypotéza č. 3 – Předpokládáme, že všechny sestry na sledovaných odděleních intenzivní péče mají k dispozici rollboard.

Hypotéza č. 4 – Předpokládáme, že sestry používají v intenzivní péči k manipulaci s obézním pacientem častěji látkovou podložku než elektrický zvedák.

Hypotéza č. 5 – Předpokládáme, že sestry mají vypracovaný standard bezpečné manipulace s pacientem s nadměrnou tělesnou hmotností.

Hypotéza č. 6 – Předpokládáme, že sestry byly proškoleny na používání pomůcek usnadňující manipulaci.

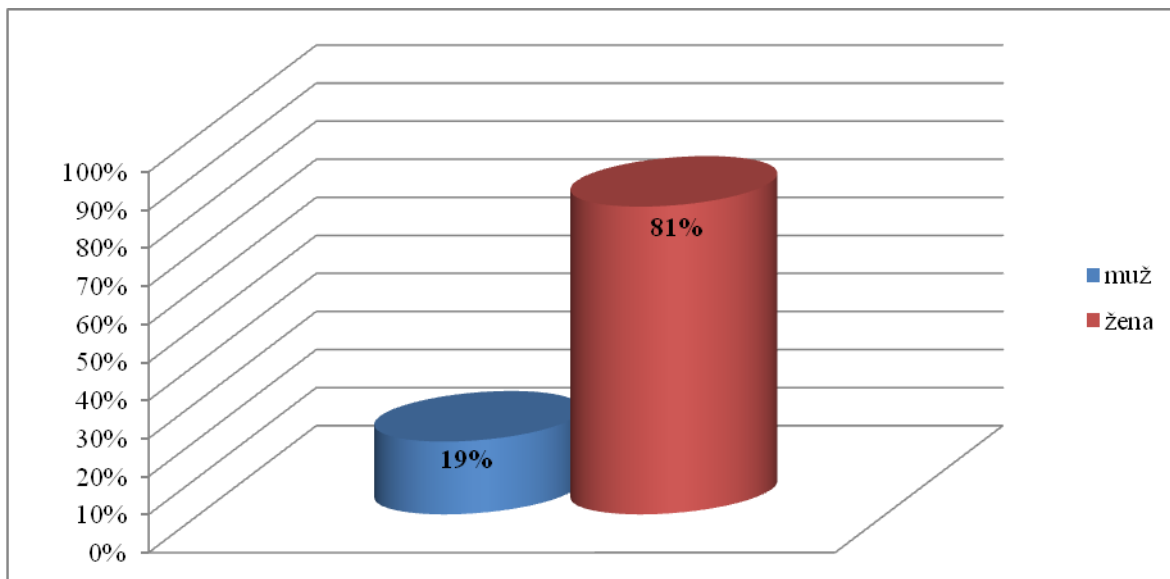
11 VZOREK RESPONDENTŮ

Dotazníkového šetření se účastnily sestry pracující na odděleních intenzivní péče ve Všeobecné fakultní nemocnici Praze. Tyto sestry byly vybrány právě proto, že se na svých odděleních setkávají s imobilními obézními pacienty, o které musejí po všech stránkách pečovat. Jejich znalosti, dovednosti, zkušenosti a případné připomínky, které získaly během vykonávání svého povolání, mohly vyjádřit při vyplňování dotazníku a přispět tím k výzkumnému šetření v této oblasti.

12 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Otázka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?

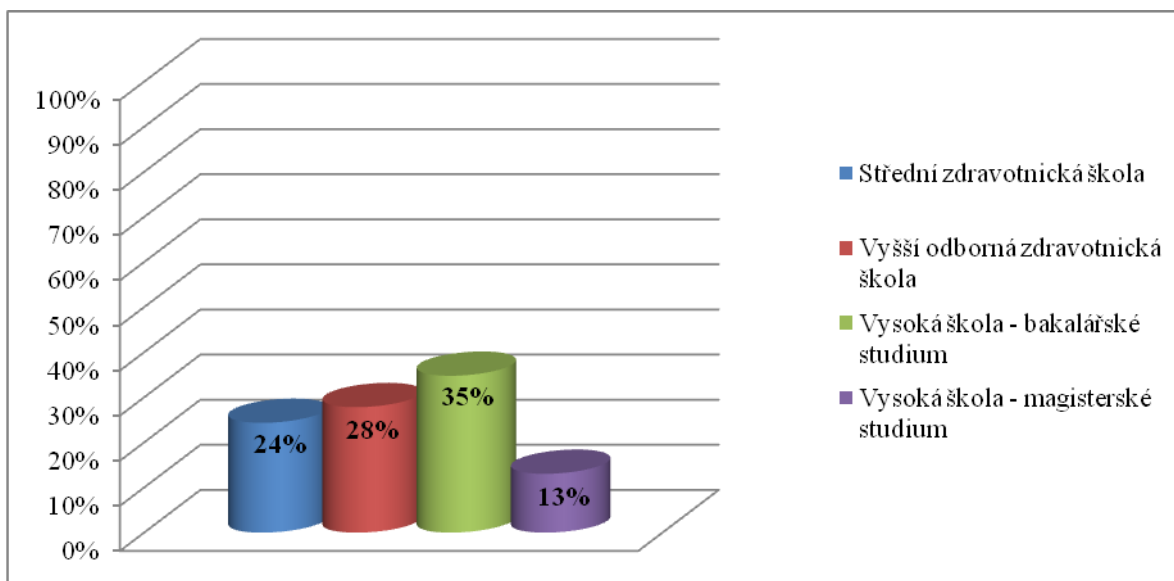
Graf č. 1: Pohlaví respondentů



Dotazníkového šetření se celkem zúčastnilo 115 (100 %) respondentů. Převážnou většinu 93 (81 %) tvořily ženy a zbývající část 22 (19 %) muži.

Otázka č. 2: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

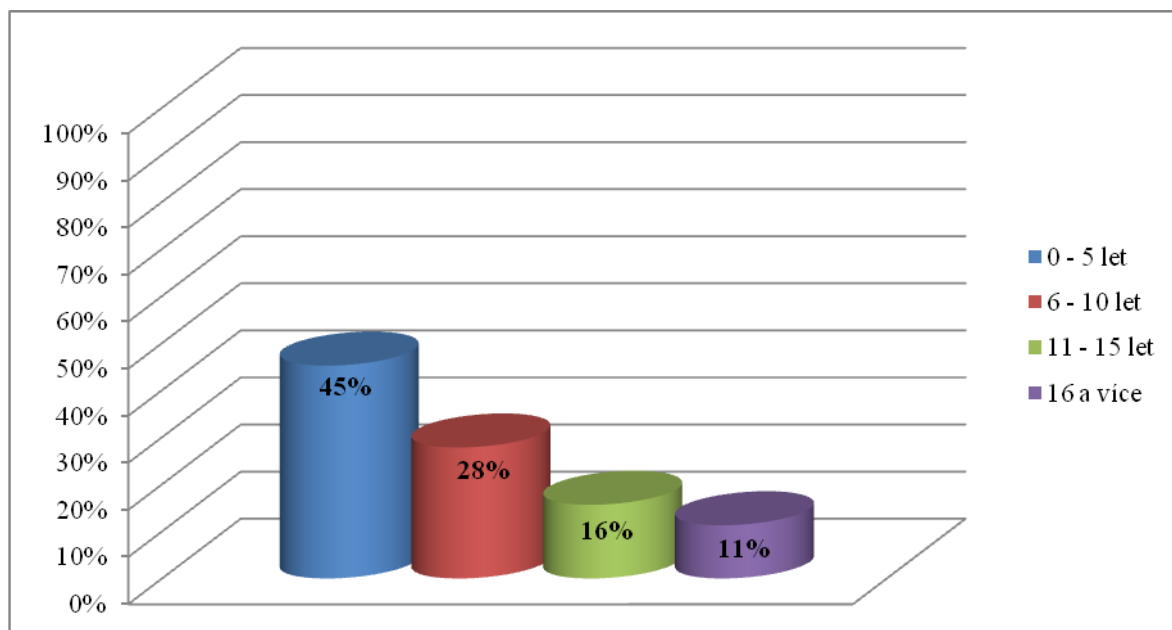
Graf č. 2: Vzdělání respondentů



Jako své středoškolské nejvyšší dosažené vzdělání uvedlo 28 (24 %) respondentů, vyšší odbornou zdravotnickou školu 32 (28 %) respondentů, vysokoškolské bakalářské vzdělání uvedlo 40 (35 %) respondentů a vysokoškolské magisterské vzdělání 15 (13 %) respondentů.

Otázka č. 3: Jaké je délka Vaší praxe v intenzivní péči?

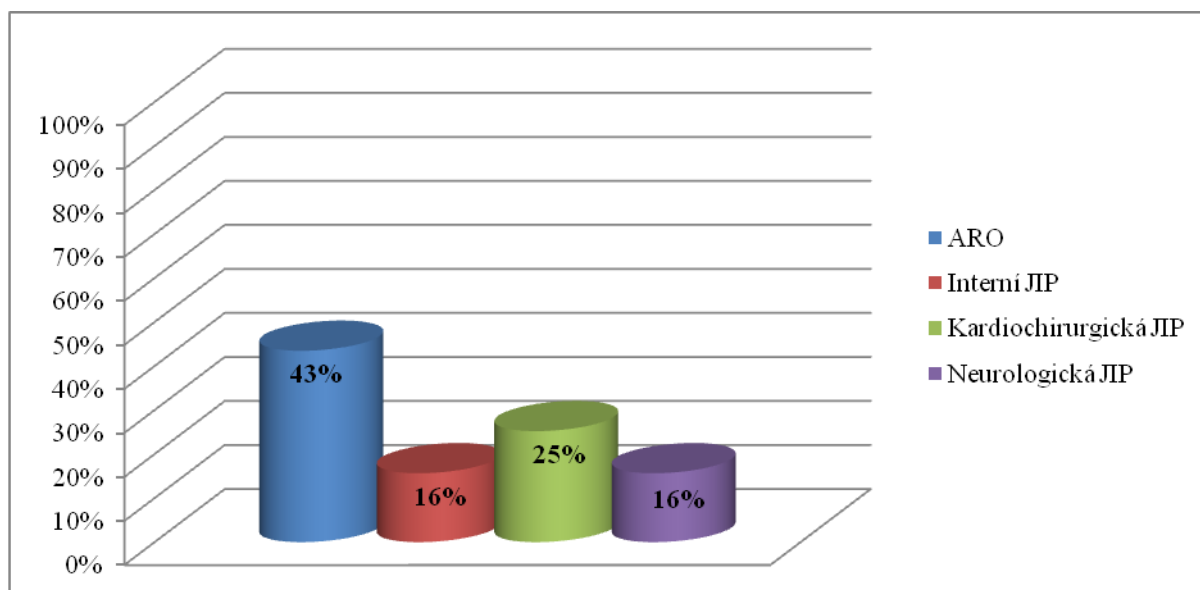
Graf č. 3: Délka praxe



Délku praxe do pěti let uvedlo 52 (45 %) respondentů, praxi v rozmezí šesti až deseti let má 32 (28 %) respondentů, mezi jedenácti až patnácti lety praxe je 18 (16 %) respondentů a více jak šestnáct let praxe uvedlo 13 (11 %) respondentů.

Otázka č. 4: Na kterém oddělení pracujete?

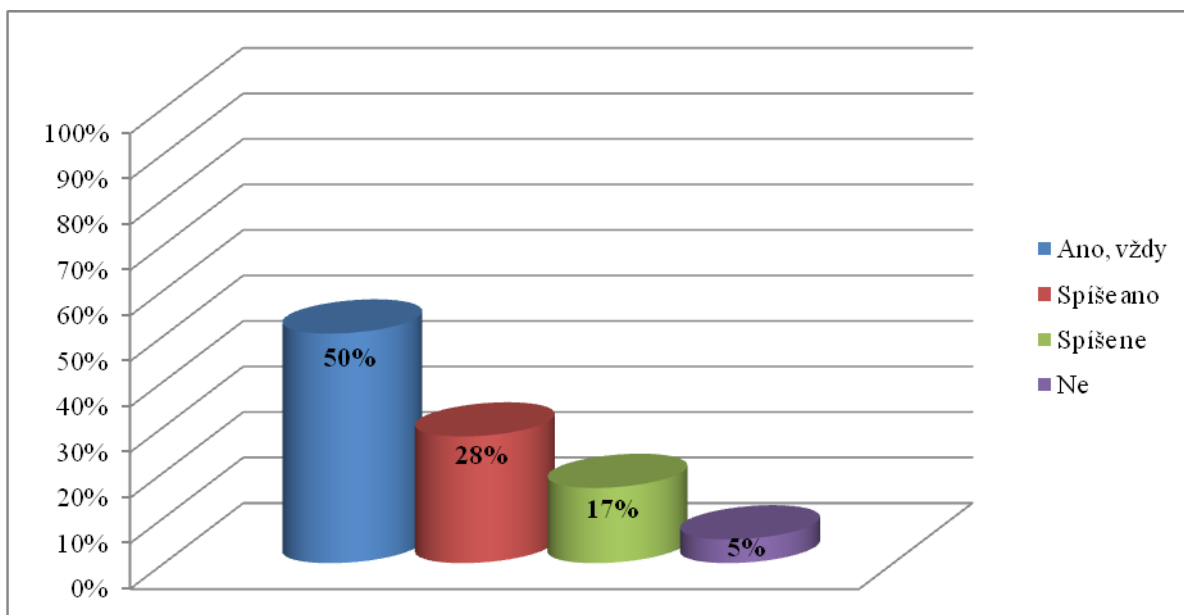
Graf č. 4: Oddělení respondentů



Výzkumného šetření se zúčastnilo 50 (43 %) respondentů pracujících na oddělení Anesteziologicko-resuscitačním, 18 (16 %) respondentů z Interní JIP, z Kardiochirurgické JIP 29 (25 %) respondentů a 18 (16 %) respondentů pracujících na Neurologické JIP.

Otázka č. 5: Věnujete zvýšenou péči o kůži obézního pacienta?

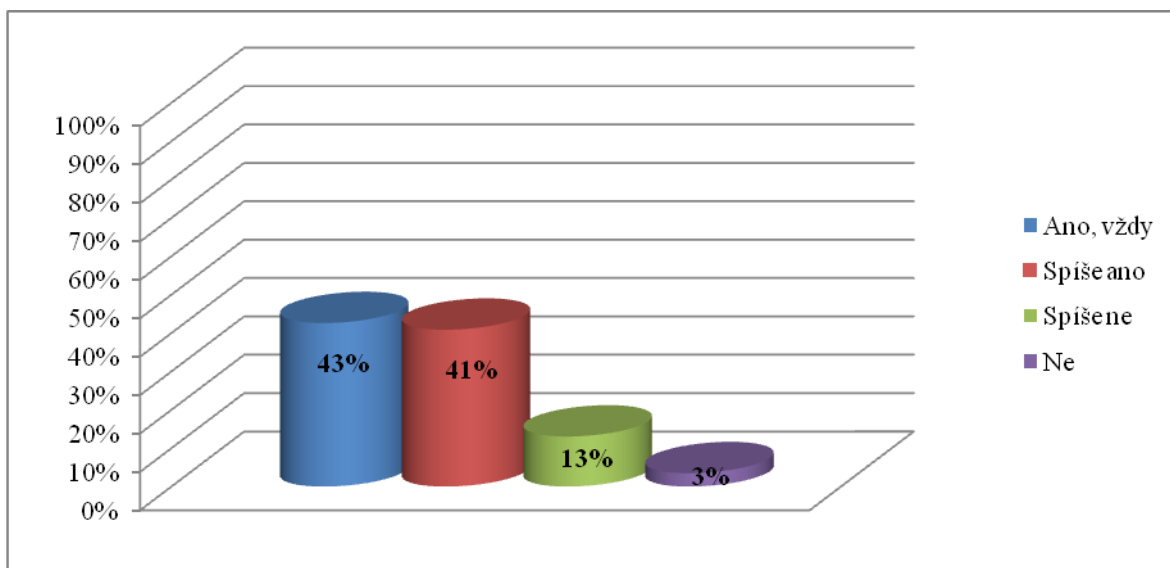
Graf č. 5: Zvýšená péče o kůži obézního pacienta



Cílem otázky bylo zjistit, zda všeobecné sestry pracující na odděleních intenzivní péče věnují zvýšenou pozornost péči o kůži obézního pacienta. Z grafu vyplývá, že většina, tedy 58 (50 %) všeobecných sester věnuje zvýšenou péči o kůži obézního pacienta vždy a 32 (28 %) spíše ano. Naopak 19 (17 %) dotazovaných všeobecných sester uvedlo, že zvýšenou pozornost spíše nevěnují a 6 (5 %) zvýšenou pozornost nevěnují vůbec.

Otázka č. 6: Domníváte se, že Vám péče o kůži u obézního pacienta trvá déle než u pacienta s normální tělesnou hmotností?

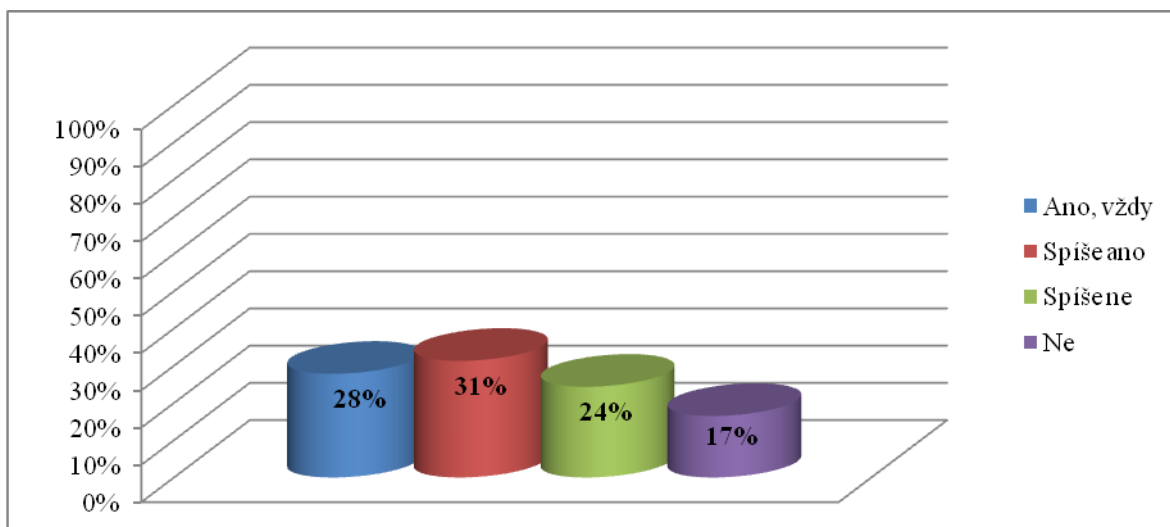
Graf č. 6: Časová náročnost v péči o kůži u obézního pacienta



Tato otázka zkoumá, zda péče o kůži obézního pacienta zabere sestřám více času než péče o kůži pacienta s normální tělesnou hmotností. Graf ukazuje, že 49 (43 %) všeobecných sester potřebuje vždy více času na péči o kůži obézního pacienta a 47 (41 %) spíše potřebuje více času. 15 (13 %) všeobecných sester spíše nepotřebují více času na péči o kůži obézního pacienta a 4 (3 %) všeobecným sestřám trvá péče o kůži obézního pacienta stejně dlouho jako u pacienta s normální tělesnou hmotností.

Otázka č. 7: Používáte speciální hygienické pomůcky v prevenci poruchy kožní integrity u obézního pacienta?

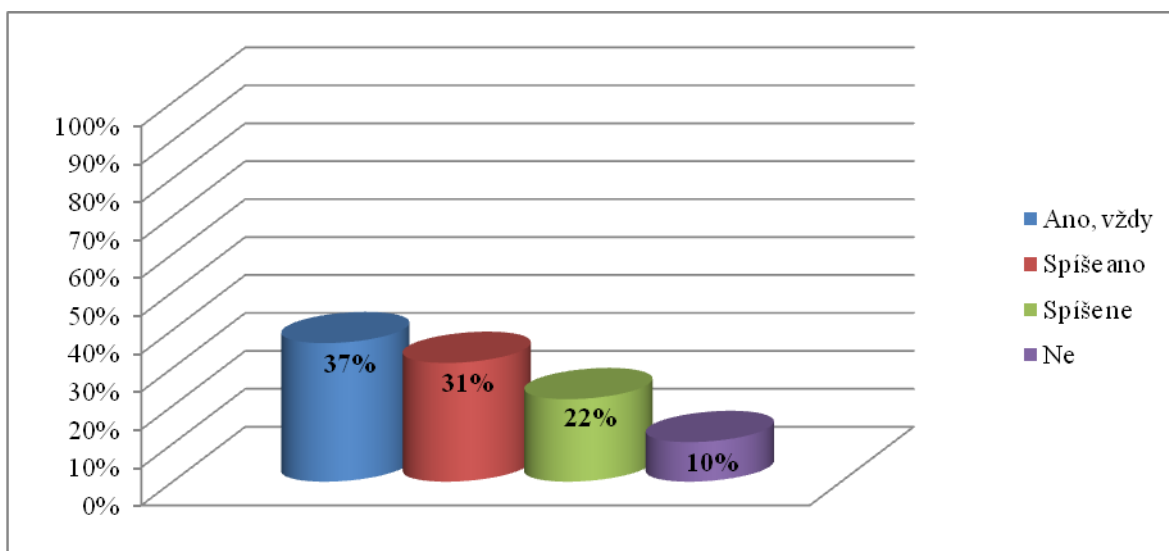
Graf č. 7: Použití speciálních hygienických pomůcek



Otázka zjišťuje, zda všeobecné sestry užívají speciální hygienické pomůcky v prevenci poruchy kožní integrity u obézního pacienta. Graf ukazuje, že speciální hygienické pomůcky používá vždy 32 (28 %) všeobecných sester, spíše ano odpovědělo 36 (31 %) dotázaných sester, spíše nepoužívá 28 (24 %) a vůbec nepoužívá speciální hygienické pomůcky 19 (17 %) dotazovaných všeobecných sester.

Otázka č. 8: Polohujete obézního pacienta pravidelně po 2-3 hodinách?

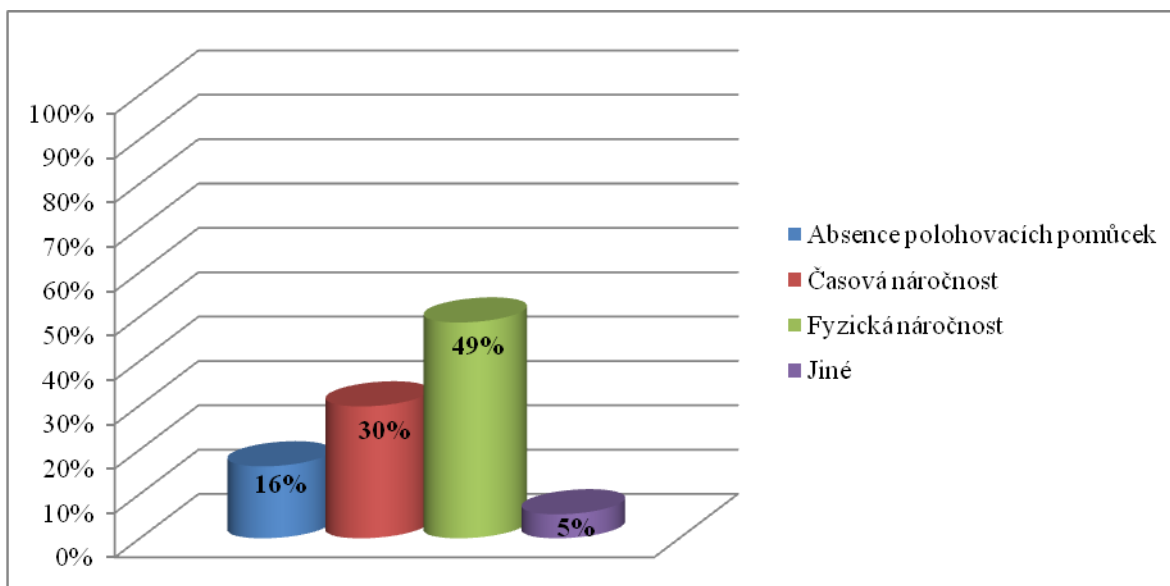
Graf č. 8: Pravidelnost polohování



Cílem otázky bylo zjistit, jestli jsou obézní pacienti pravidelně polohováni. Z grafu plyne, že více než polovina všeobecných sester pravidelně polohuje obézní pacienty, přesněji 42 (37 %) polohuje pravidelně vždy a 36 (31 %) spíše ano. Spíše pravidelně nepolohuje 25 (22 %) a 12 (10 %) všeobecných sester obézní pacienty pravidelně nepolohuje vůbec.

Otázka č. 9: Z jakého důvodu pravidelně nepolohujete obézního pacienta? Vyplnili pouze respondenti, kteří na otázku č. 8 odpověděli SPÍŠE NE a NE.

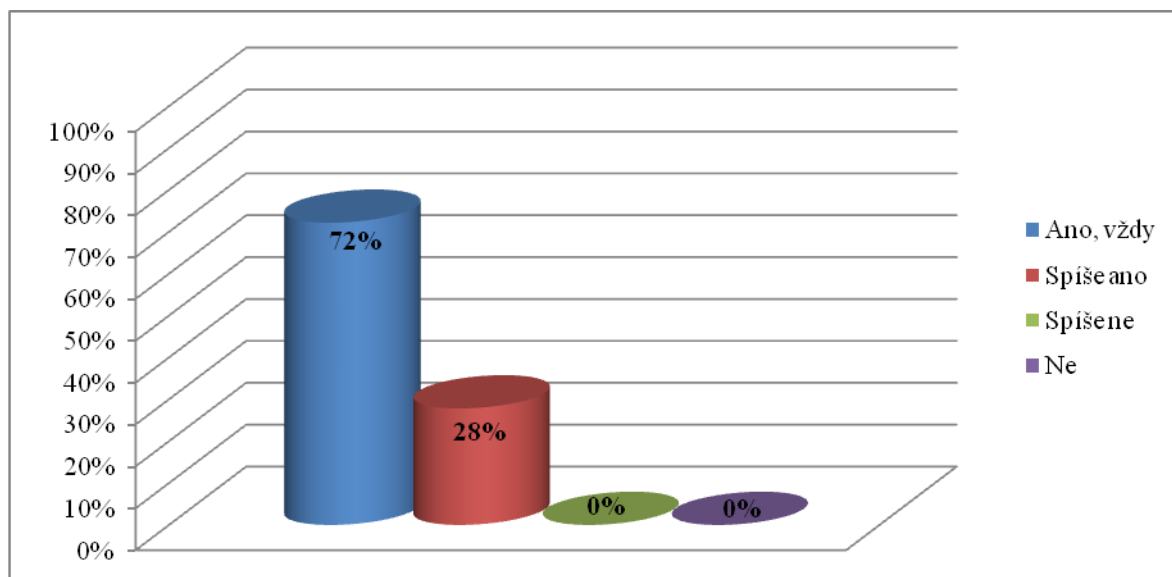
Graf č. 9: Proč se pravidelně nepolohuje



Na tuto otázku odpovědělo celkem 37 respondentů, kteří v předchozí otázce uvedli, že pravidelně nepolohují obézního pacienta. Jako nejčastější důvod přiznalo 18 (49 %), že je pro ně polohování obézního pacienta fyzicky náročné, 11 (30 %) uvedlo, že je to pro ně časově náročné a 6 (16 %) odkazuje na nedostatek polohovacích pomůcek. Zbytek, tedy 2 (5 %) respondenti napsali jako důvod, že oddělení je vybaveno antidekubitními matracemi se speciálním aktivním systémem, proto nemusejí pacienty polohovat.

Otázka č. 10: Potřebujete více pomocného personálu při polohování obézního pacienta než u pacienta s normální tělesnou hmotností?

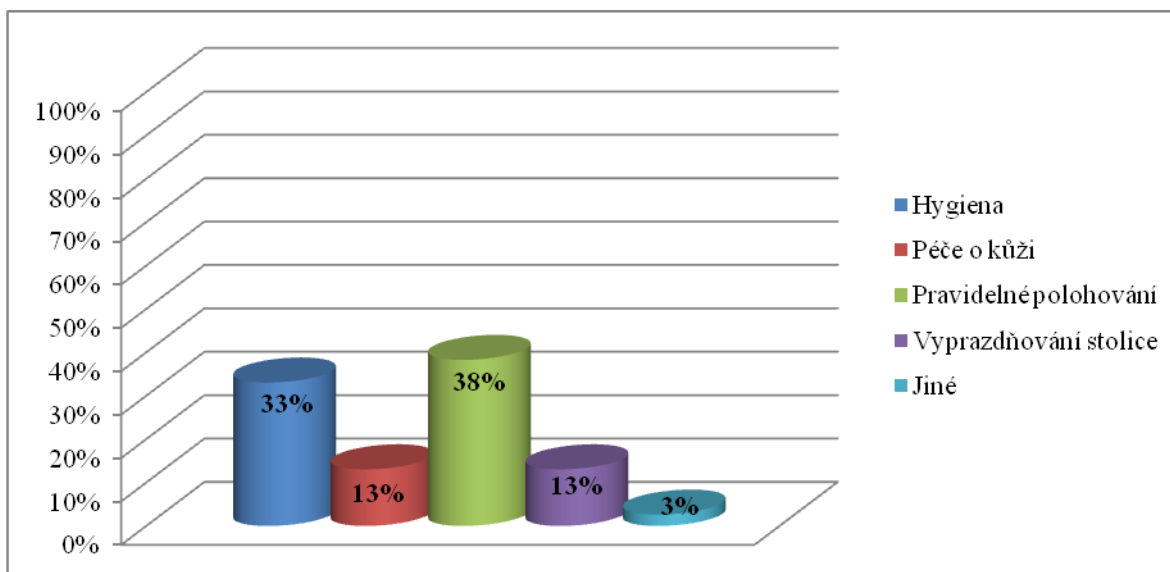
Graf č. 10: Potřeba většího počtu personálu při polohování



Z grafu zcela jasně vyplývá, že při polohování obézního pacienta je zapotřebí více pomocného personálu než při polohování pacienta s normální tělesnou hmotností, kdy 83 (72 %) všeobecných sester potřebuje více pomocného personálu pokaždé, 32 (28 %) odpovědělo, že ho spíše potřebují.

Otázka č. 11: Která z ošetrovatelských činností u oběžního pacienta je pro Vás celkově nejnáročnější?

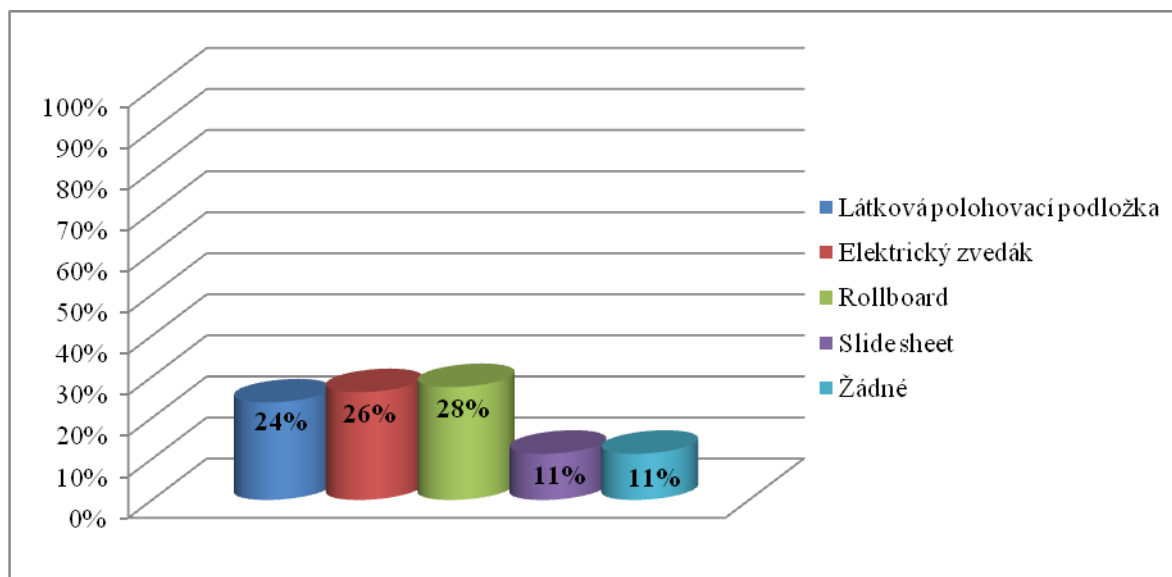
Graf č. 11: Nejvíce celkově náročná ošetrovatelská činnost



Účelem otázky bylo zjistit, která z ošetrovatelských činností u oběžního pacienta je pro všeobecné sestry nejvíce celkově náročná. Celkem 44 (38 %) sester jako nejvíce náročné označily pravidelné polohování, které těsně následuje hygienická péče, a to 38 (33 %) sester. Pro 15 (13 %) sester je nejvíce náročná péče o kůži a pro stejný počet 15 (13 %) je nejvíce náročné vyprazdňování stolice. Jinou možnost uvedly 3 (3 %) dotázaných sester, které shodně uvedly, že je pro ně jakákoliv manipulace či ošetrovatelská péče velmi náročná.

Otázka č. 12: Napište, jaké pomůcky určené k manipulaci s obézním pacientem máte na Vašem oddělení k dispozici?

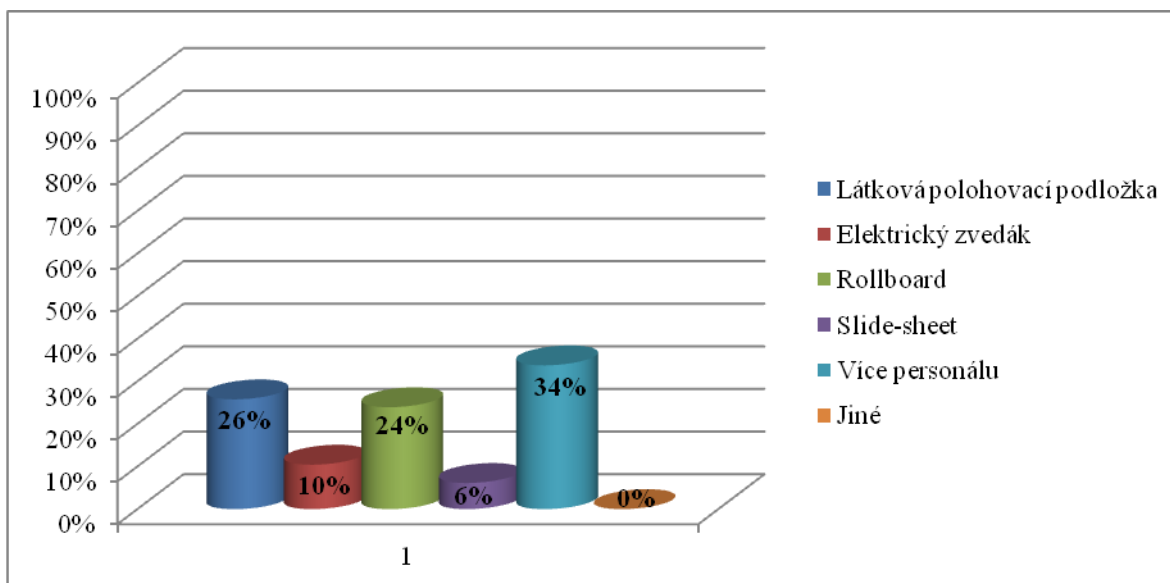
Graf č. 12: Dostupnost pomůcek na oddělení



Výsledek grafu ukazuje na dostupnost pomůcek určených k manipulaci s obézním pacientem. Z dotazníků vyplývá, že mezi nejdostupnější pomůcky, které mají sestry na oddělení k dispozici, se řadí rollboard 44 (28 %), elektrický zvedák 42 (26 %) a slide sheet 18 (11 %). Dále 18 (11 %) sester uvedlo, že nemají na oddělení k dispozici žádnou pomůcku usnadňující manipulaci a lze předpokládat, že využívají především látkovou polohovací podložku. Ta je jako dostupná označena 38 (24 %).

Otázka č. 13: Jaké pomůcky usnadňující manipulaci s obézním pacientem používáte nejčastěji? Možnost vybrat více odpovědí.

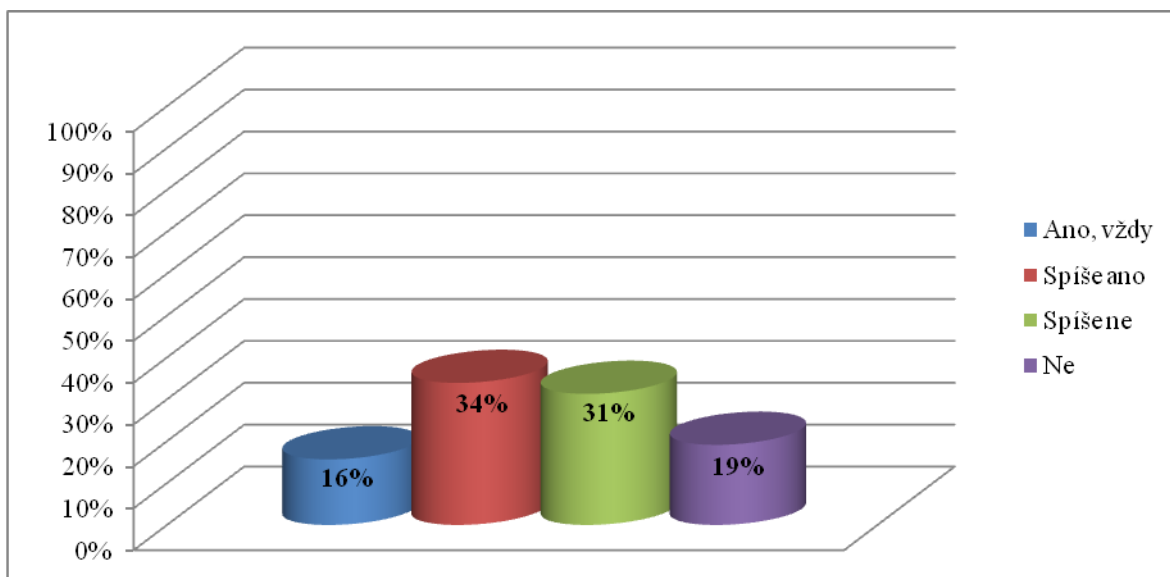
Graf č. 13: Nejvíce používané pomůcky



Otázka mapuje, které dostupné pomůcky na oddělení sestry nejvíc využívají. Z grafu vyplývá, že sestry stále místo pomůcek nejvíce využívají více personálu 55 (34 %). Dále sestry nejčastěji používají látkovou polohovací podložku 42 (26 %). Z pomůcek usnadňující manipulaci s obézním pacientem je nejvíc využitý rollboard 39 (24 %), pak elektrický zvedák 17 (10 %) a nakonec slide sheet 10 (6 %).

Otázka č. 14: Při přípravě lůžka na příjem obézního pacienta vkládáte automaticky do lůžka látkovou polohovací podložku?

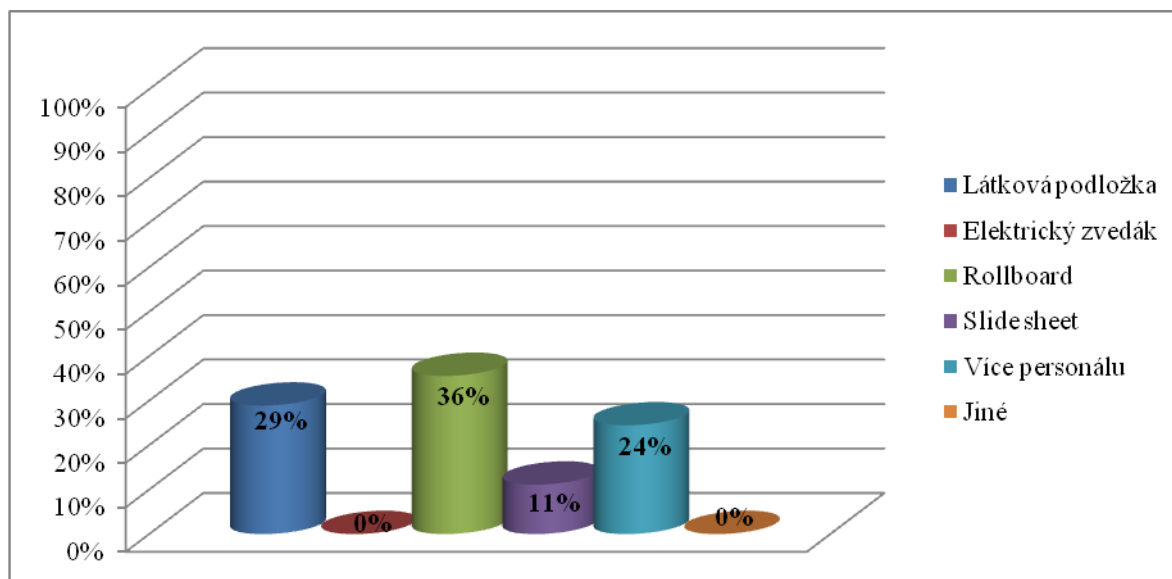
Graf č. 14: Automatické vkládání látkové polohovací podložky do lůžka



V této otázce byly sestry dotazovány, zda vkládají automaticky látkovou polohovací podložku do lůžka při příjmu obézního pacienta. Z grafu vyplývá, že polovina sester podložku do lůžka automaticky vkládá a polovina ne. Procentuálně vyjádřeno, 18 (16 %) podložku vkládá vždy, 39 (34 %) spíše ano, 36 (31 %) spíše ne a 22 (19 %) látkovou podložku nevkládá.

Otázka č. 15: Jaké pomůcky usnadňující manipulaci používáte při přesunu obézního pacienta? Možnost vybrat více odpovědí.

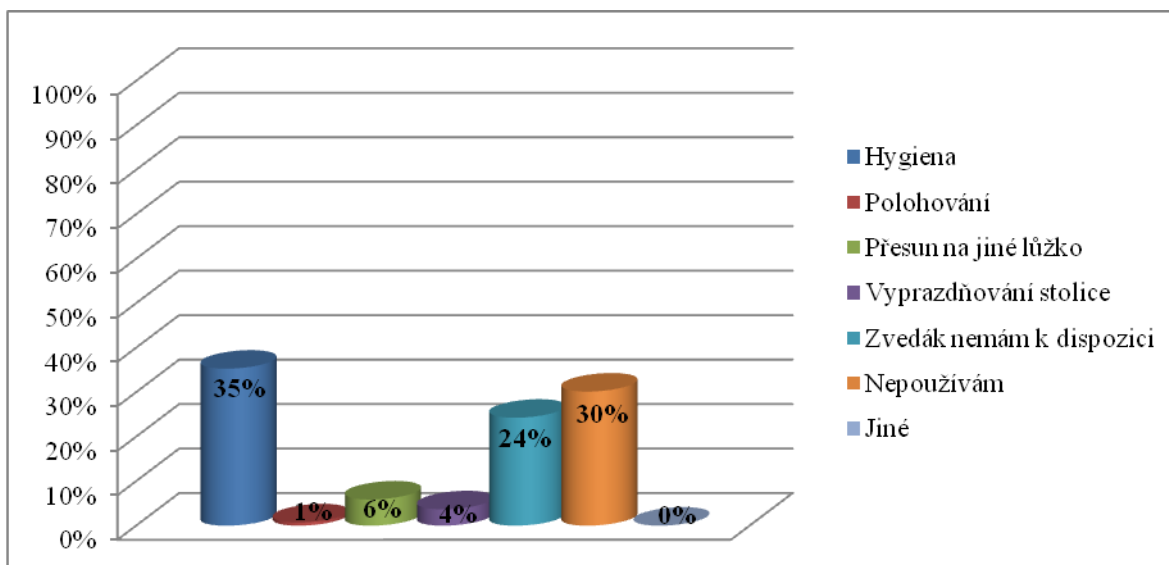
Graf č. 15: Používané pomůcky při přesunu obézního pacienta



Graf ukazuje, které pomůcky usnadňující manipulaci sestry používají při přesunu obézního pacienta. Nejčastěji sestry při přesunu pacienta volí rollboard 48 (36 %), pak látkovou polohovací podložku 39 (29 %), dále využívají více personálu 33 (24 %) a nakonec slide sheet 15 (11 %). Elektrický zvedák při této činnosti sestry vůbec nepoužívají.

Otázka č. 16: Při jaké ošetrovatelské činnosti používáte elektrický zvedák? Možnost vybrat více odpovědí.

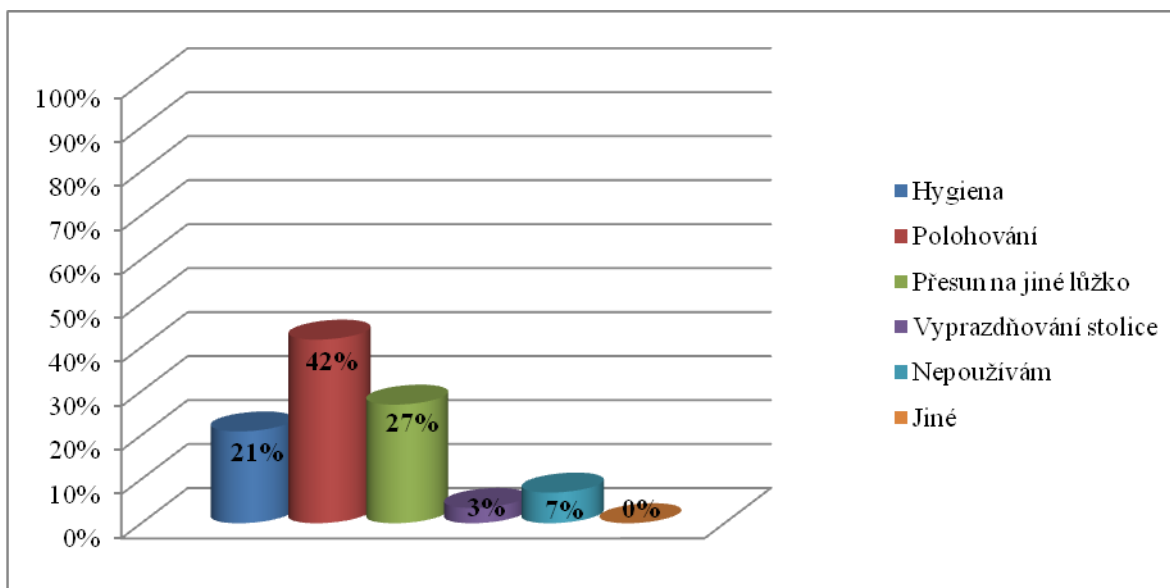
Graf č. 16: Použití elektrického zvedáku při ošetrovatelské činnosti



Otázka zjišťovala, při jaké ošetrovatelské činnosti sestry používají elektrický zvedák. Jeho největší využití je hlavně při hygieně 48 (35 %), při ostatních činnostech je využití pouze minimální, a to 1 (1 %) při polohování, 8 (6 %) při přesunu na jiné lůžko a 5 (4 %) při vyprazdňování stolice. 41 (30 %) dotázaných sester uvedlo, že elektrický zvedák nepoužívají a 33 (24 %) ho nemají k dispozici.

Otázka č. 17: Při jaké ošetrovatelské činnosti používáte látkovou polohovací podložku?
Možnost vybrat více odpovědí.

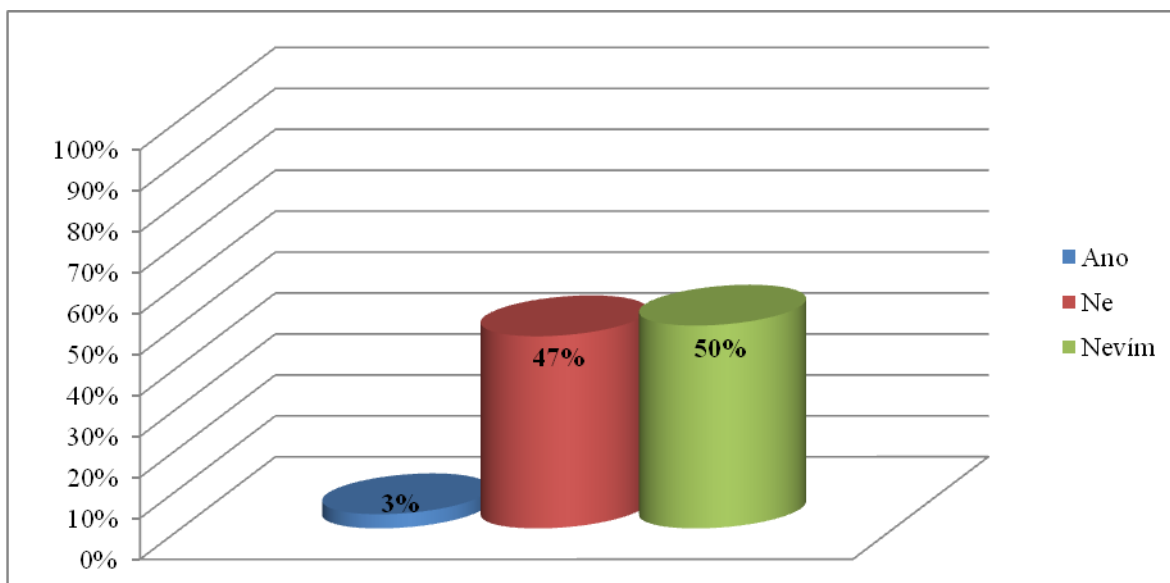
Graf č. 17: Použití látkové polohovací podložky při ošetrovatelské činnosti



Použití látkové polohovací podložky je znázorněno v grafu č. 17. Pouze 8 (7 %) dotazovaných sester polohovací podložku nepoužívá, ostatní dotazované sestry ji hojně využívají při ošetrovatelských činnostech. Nejčastěji při polohování 48 (42 %), pak při přesunu pacienta na jiné lůžko 31 (27 %), dále při hygieně 24 (21 %) a 4 (3 %) při vyprazdňování stolice.

Otázka č. 18: Máte na Vašem oddělení vypracovaný standard bezpečné manipulace s pacienty s nadměrnou tělesnou hmotností?

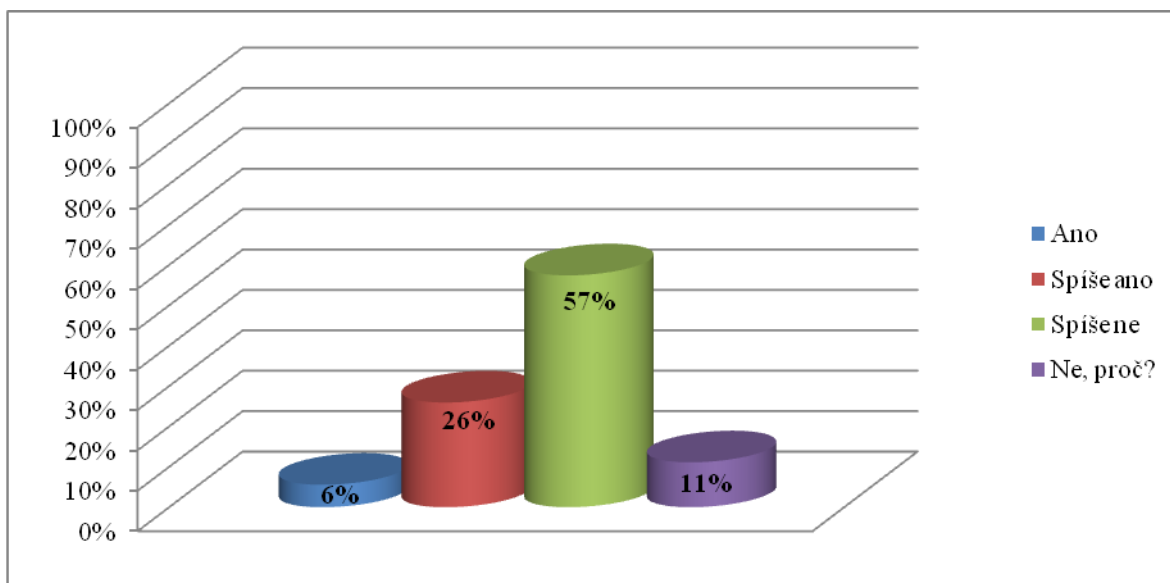
Graf č. 18: Máte standard bezpečné manipulace



Cílem této otázky bylo zjistit, jestli dotazované sestry vědí, zda mají na svém oddělení k dispozici vypracovaný standard bezpečné manipulace s obézním pacientem. Polovina 57 (50 %) sester nemá povědomí, jestli mají vypracovaný standard na svém oddělení, 54 (47 %) si myslí, že ho nemají a pouze 4 (3 %) sester se domnívají, že mají na oddělení vypracovaný standard bezpečné manipulace. Další otázku číslo 19 vyplnili pouze respondenti, kteří odpověděli kladně na otázku číslo 18. Byli to pouze čtyři respondenti, kdy dle standardu se vždy řídí jeden, zbývající tři respondenti se jím řídí spíše. Nutno uvést, že ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze, kde probíhalo dotazníkové šetření, není prozatím standard bezpečné manipulace vytvořený.

Otázka č. 20: Uvítal/a byste vypracovaný standard manipulace s pacientem s nadměrnou tělesnou hmotností? Vyplnili pouze respondenti, kteří na otázku č. 18 odpověděli NE

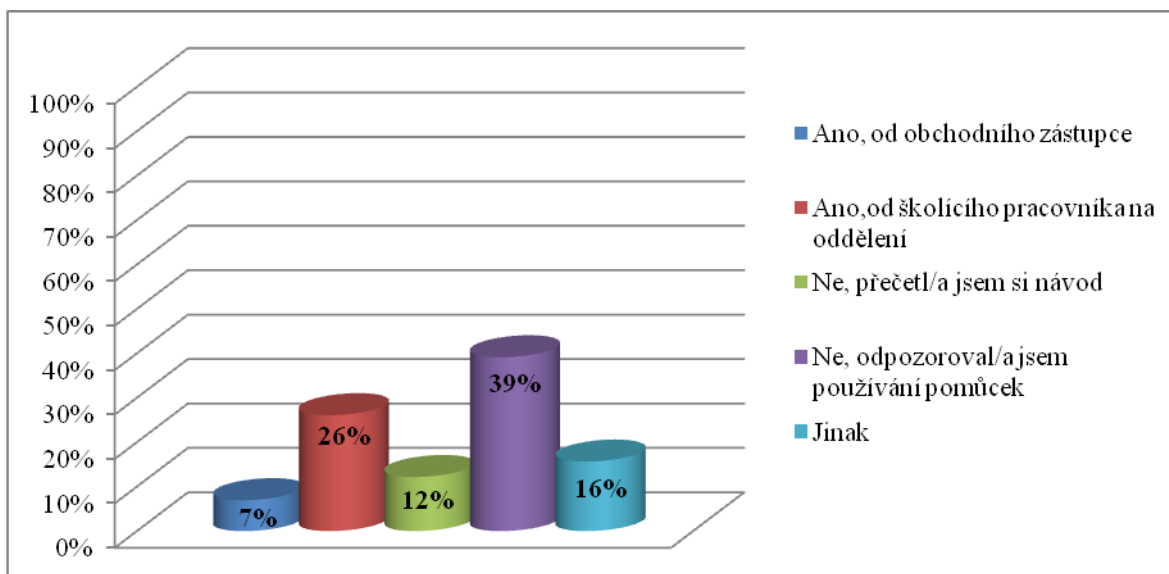
Graf č. 19: Zájem o nový standard bezpečné manipulace



Otázka byla směřována na respondenty, kteří na otázku číslo 18 odpověděli, že na jejich oddělení není vytvořený standard bezpečné manipulace s pacientem s nadměrnou tělesnou hmotností. Respondenti byli dotazováni, zda by uvítali tento standard vypracovaný. Z celkového počtu 54 respondentů jich pouze 3 (6 %) odpovědělo kladně a 14 (26 %) by standard spíše uvítalo. Naopak 31 (57 %) respondentů zájem o standard spíše nemá a 6 (11 %) si ho nepřeje vůbec. Jako důvod uvádějí zbytečnost tohoto standardu, který jim práci stejně neulehčí a ani ji za ně nevykoná. Dva respondenti vyjádřili svůj odpor k jakýmkoli standardům.

Otázka č. 21: Byl/a jste proškolená na používání pomůcek usnadňující manipulaci s obézním pacientem?

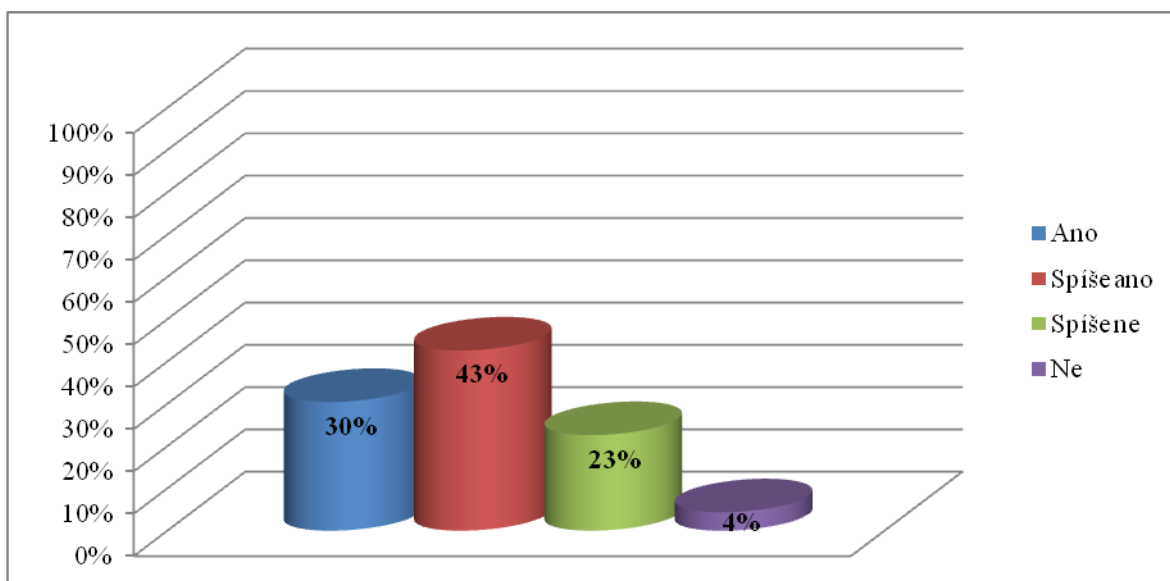
Graf č. 20: Proškolení na používané pomůcky



Graf znázorňuje, jakým způsobem jsou sestry proškoleny v používání pomůcek usnadňující manipulaci s obézním pacientem. Nejvíce, tedy 45 (39 %) sester používání pomůcek odpozovala od svých kolegyň, 30 (26 %) bylo proškolené od školicího pracovníka na oddělení, 14 (12 %) sester si prostudovalo návod k obsluze pomůcky a pouze 8 (7 %) jich bylo proškolené od obchodního zástupce. Možnost „jinak“ zvolilo 18 (16 %) dotazovaných sester s odůvodněním, že zaškoleny být nemohly, protože na jejich oddělení žádné pomůcky usnadňující manipulaci nemají.

Otázka č. 22: Uvítal/a byste kurz bezpečné manipulace s obézním pacientem?

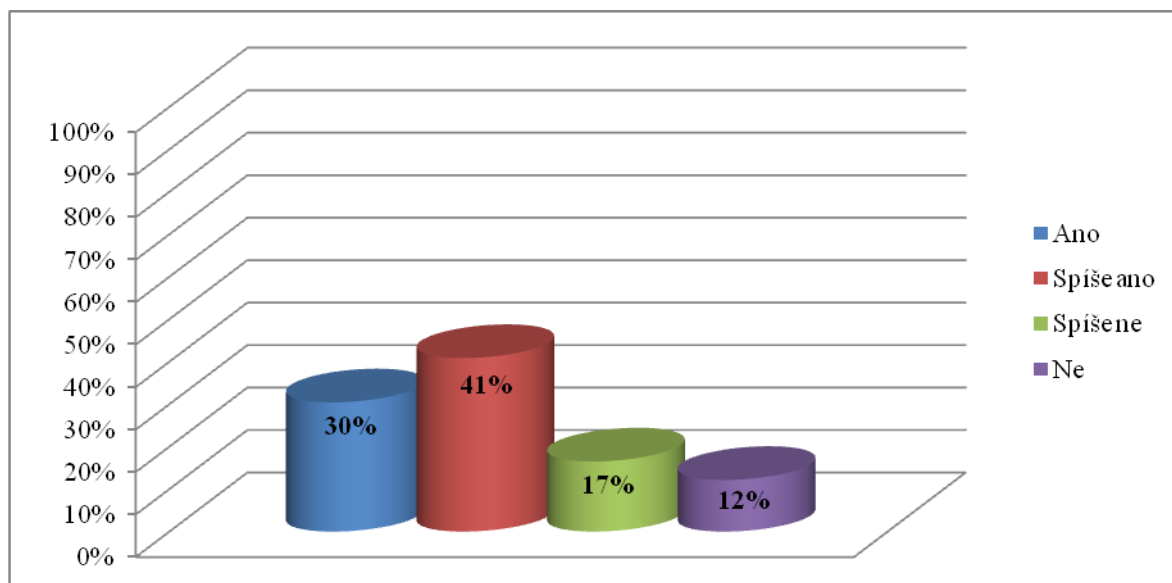
Graf č. 21: Zájem o účast na kurzu bezpečné manipulace



Účelem otázky bylo zjistit, jestli by sestry měly zájem o kurz bezpečné manipulace s obézním pacientem. Převážná většina dotazovaných sester projevila zájem o takový kurz. Číselně vyjádřeno 35 (30 %) odpovědělo kladně, 49 (43 %) spíše ano, 26 (23 %) spíše ne a pouze 5 (4 %) zájem o kurz neprojevily.

Otázka č. 23: Uvítal/a byste přednášku o nových dostupných pomůckách usnadňující manipulaci s obézním pacientem?

Graf č. 22: Zájem o účast na přednášce pomůcek usnadňující manipulaci



Poslední otázka poukazuje na zájem sester o přednášku o nových pomůckách usnadňující manipulaci s obézním pacientem. Většina dotazovaných sester opět projevila zájem o takovou přednášku. Ano odpovědělo 35 (30 %) a spíše ano 47 (41 %). Zájem spíše nemá 19 (17 %) a žádný zájem projevilo 14 (12 %).

13 DISKUZE

Z pohledu sestry jsme prostřednictvím výzkumu chtěly zjistit, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o obézní pacienty v intenzivní péči. Tato specifika jsme rozdělily do tří oblastí. V první oblasti jsme zkoumaly, jak obezita ovlivňuje ošetrovatelskou péči. Zaměřily jsme se především na hygienu a péči o kůži. V druhé části jsme pozornost věnovaly manipulaci s obézním pacientem a do třetí oblasti jsme zahrnuly otázky týkající se bezpečné manipulace s pacienty s nadměrnou tělesnou hmotností. Většinu dotazovaných respondentů tvořily ženy (81 %), s vysokoškolským bakalářským vzděláním (35 %) a s délkou praxe do pěti let (45 %).

V první oblasti specifík ošetrovatelské péče, jak již bylo výše uvedeno, jsme se zaměřily na hygienu a péči o kůži obézního pacienta. V první hypotéze se domníváme, že pro sestry je ošetrovatelská péče o kůži obézního pacienta v intenzivní péči časově náročnější než u pacienta s normální tělesnou hmotností. K tomuto tématu se vztahovaly otázky číslo 5, 6 a 7 a byly formulovány, zda sestry věnují zvýšenou pozornost péči o kůži obézního pacienta, zda se domnívají, že jim péče o kůži obézního pacienta trvá déle než u pacienta s normální tělesnou hmotností a zda používají speciální hygienické pomůcky v prevenci poruchy kožní integrity u těchto pacientů. Z dotazníků vyplývá, že většina sester (78 %) věnuje zvýšenou péči o kůži obézního pacienta, že většině sester (84 %) péče o kůži obézního pacienta zabere víc času a více než polovina dotazovaných sester používá při péči o kůži obézního pacienta speciální hygienické pomůcky, tudíž hypotéza se potvrdila. Při porovnání výsledků naší hypotézy s kvalitativním šetřením v bakalářské práci Jolany Matyášové, 2014, zcela jasně vyplývá, že hygienická péče a péče o kůži obézního pacienta je pro sestru velmi obtížná z důvodu špatně přístupných partií, velké rozlohy těla a mnohdy i obtížné spolupráce ze strany pacienta. Dále sestry shodně uváděly, že jim hygienická péče zabere přibližně o dvacet minut více času než u pacienta s normální tělesnou hmotností. Také Bc. Ladislava Syslová a Bc. Jitka Novotná ve svém článku Morbidně obézní pacientka, poukazují na nutnost zapojení většiny ošetrovatelského týmu, včetně lékařů, a časovou náročnost při hygieně této pacientky. Domníváme se, že péče o kůži obézního pacienta vyžaduje ze strany sestry vždy zvýšenou pozornost a že pokud je provedena důsledně, bude vždy sestra potřebovat více času. Jediné doporučení je, dobře si práci zorganizovat a předem si připravit všechny pomůcky na péči o kůži.

V druhé hypotéze se zabýváme domněnkou, že pro sestry pracující v intenzivní péči je nejvíce fyzicky namáhavou ošetrovatelskou činností u oběžního pacienta pravidelné polohování. K této hypotéze se vztahovaly otázky číslo 8, 9, 10 a 11. Z dotazníkového šetření vyplývá, že pro sestry pracující v intenzivní péči je opravdu nejvíce fyzicky namáhavou ošetrovatelskou činností pravidelné polohování oběžního pacienta. Tato hypotéza se potvrdila. Dále všechny sestry shodně uvádějí, že při polohování oběžního pacienta potřebují větší počet pomocného personálu. I přes tento fakt, více jak polovina sester (68 %) tyto pacienty pravidelně polohuje po dvou až třech hodinách. Zbývající sestry (32 %), které nepolohují oběžní pacienty pravidelně, uvádějí jako nejčastější důvod fyzickou náročnost (49 %), pak časovou náročnost (30 %), nedostatek polohovacích pomůcek (16 %) a zbývající sestry (5 %) se odvolávají na vybavenost oddělení antidekubitními matracemi s aktivním systémem, kdy se domnívají, že není potřeba pacienty polohovat vůbec. Bohužel tyto sestry nemají povědomí o významu polohování a zřejmě se mylně domnívají, že se polohuje pouze jako preventivní opatření proti dekubitům. V porovnání s bakalářskou prací Věry Nagyové, 2007, 74,1 % sester pracujících na oddělení následné péče, uvedla, že pravidelně polohují oběžní pacienty i přes nedostatek pomocného personálu a pouze 5,9 % sester uvedlo, že polohují, jen když mají čas. V bakalářské práci Jolany Matyášové, 2014, sestry uvádějí, že nejvíce namáhavou ošetrovatelskou činností je polohování, hygienická péče a přesuny oběžního pacienta. Aby všechny sestry polohovaly oběžní pacienty pravidelně, měly by se odstranit důvody, proč tak nečiní. Z hlediska fyzické náročnosti zajistit dostatek ošetřujícího i pomocného personálu na oddělení a používat pomůcky usnadňující manipulaci, které jsou na oddělení dostupné. Pokud oddělení není vybaveno pomůckami, je vhodné vkládat do lůžka látkovou polohovací podložku, kterou si z jakéhokoli ložního prádla může vytvořit každý. Z pohledu časové náročnosti je dobré si ošetrovatelskou činnost kolem oběžního pacienta dobře zorganizovat.

Druhou zkoumanou oblastí byla manipulace s oběžním pacientem. Zde předpokládáme, že sestry na všech sledovaných odděleních intenzivní péče mají k dispozici rollboard. K této hypotéze se vztahovaly otázky číslo 12 a 13, kde byly sestry dotazovány, jaké pomůcky určené k manipulaci s oběžním pacientem mají na oddělení k dispozici a které z nich nejčastěji používají. Mezi nejdostupnější pomůcky patří rollboard (28 %), pak elektrický zvedák (26 %), látková polohovací podložka (24 %) a slide sheet (11 %). Z výzkumného šetření také vyplynulo, že některá oddělení jsou

vybavena všemi dostupnými pomůckami a některá nemají žádné. Na anesteziologicko - resuscitačním oddělení (RES-UP a RES II) mají sestry k dispozici jak rollboard a elektrický zvedák, tak i zcela novou pomůcku slide sheet. Sestry na kardiochirurgické JIP (RES I) disponují elektrickým zvedákem a rollboardem a neurologické JIP mají k dispozici pouze rollboard. Velmi nás překvapilo zjištění, že na interní JIP nemají k dispozici žádnou pomůcku usnadňující manipulaci. Tato hypotéza se proto nepotvrdila. Ve své bakalářské práci Dana Jantačová, 2009, provádí výzkum v osmi jihočeských nemocnicích o dostupnosti pomůcek určených k manipulaci a polohování imobilních pacientů. I z jejího šetření vyplývá, že lépe jsou pomůckami vybaveny oddělení ARO než JIP. Bohužel pomůcku rollboard nemá nikde neuvedenou. Lze se tedy domnívat, že ho sestry nahrazují při manipulaci látkovou polohovací podložkou a pomůckou slide sheet, protože Jantačová, 2009, uvádí, že při přesunu pacienta nejvíce sester využívá právě tyto dvě uvedené pomůcky a elektrický zvedák.

Druhá hypotéza vztahující se k problematice manipulace s obézním pacientem zní, že sestry používají v intenzivní péči k manipulaci s obézním pacientem častěji látkovou polohovací podložku než elektrický zvedák. K tomu tématu patří otázky číslo 14, 15, 16 a 17. Tyto dvě pomůcky jsme se rozhodly porovnat, protože si myslíme, že látková polohovací podložka je stále nejvíce oblíbená a dostupná pomůcka a že i elektrický zvedák má své široké možnosti využití. Z dotazníků však vyplývá, že elektrický zvedák sestry používají pouze minimálně, a to většinou jen u hygieny (35 %). Při ostatních ošetrovatelských činnostech, je jeho využití jen ojedinělé. Naopak látková polohovací podložka našla své uplatnění téměř při všech činnostech s obézním pacientem. Polovina sester podložku automaticky vkládá do lůžka již při příjmu obézního pacienta a dále ji pak hojně využívá. Pouze zanedbatelné množství sester látkovou polohovací podložku nevyužívá vůbec. Tato hypotéza se také potvrdila. Zajímavost, která vyplynula z dotazníkového šetření, je, že i přesto, že na většině sledovaných oddělení mají sestry k dispozici pomůcky usnadňující manipulaci s pacientem, stále nejvíce využívají při manipulaci více personálu (34 %) a látkovou polohovací podložku (26 %). Elektrický zvedák využívá pouze malý počet sester (10 %) stejně jako slide sheet (6 %). Domníváme se, že využití poslední zmiňované pomůcky souvisí s její nedostupností na všech sledovaných odděleních. Z výzkumného šetření v bakalářské práci Dany Jantačové, 2009, se také potvrdilo, že sestry při manipulaci i při ošetrovatelských činnostech nejčastěji používají látkovou polohovací podložku a elektrický zvedák jen v malé míře. Látkovou

polohovací podložku, jako nejčastější pomůcku usnadňující manipulaci, které sestry používají na oddělení následné péče u oběžných pacientů, uvádí shodně ve své bakalářské práci i Jolana Matyášová, 2014. Domníváme se, že příčinou malého využití elektrického zvedáku je z části jeho nedostupnost na oddělení, z části jeho větší časová náročnost oproti jiným pomůckám, dále nárok na větší prostor a také, že sestry neumí tuto pomůcku správně používat. Navrhovaným řešením by bylo sestry proškolit na používání této pomůcky a zdůraznit jeho výhody při používání.

Poslední zkoumaná oblast se týká bezpečné manipulace s pacientem s nadměrnou tělesnou hmotností. Zajímalo nás, jestli mají sestry vypracovaný standard bezpečné manipulace a zda byly proškoleny na používání pomůcek usnadňující manipulaci. Do této oblasti spadají otázky 18, 19, 20 a 21 a doplňující otázky 22 a 23. Zda mají sestry vypracovaný standard bezpečné manipulace, odpověděla polovina, že neví a jen necelá polovina správně, že standard vypracovaný nemají. Tato hypotéza se nepotvrdila. Zájem o takový standard projevila pouze část sester (33 %) ostatní si standard nepřejí. Domníváme se, že je to dáno všeobecným negativním postojem ke všem standardům. Přesto si myslíme, že by takový standard měl být vytvořený. Sestry by tam měly najít spoustu užitečných odkazů, například, na kterém oddělení si mohou zapůjčit pomůcky k manipulaci, do jaké nosnosti jsou určeny, jak bezpečně postupovat při manipulaci s pacientem s nadměrnou tělesnou hmotností tak, aby chránily sebe i pacienta a podobně.

Dále nás zajímalo, jestli a kým byly sestry proškoleny na používání pomůcek usnadňující manipulaci. Většina sester (39 %) odpozovala používání pomůcek od kolegyň, další byly zaškoleny buď od školícího pracovníka na oddělení (26 %) nebo si přečetly návod (12 %). Pouze malá část sester byla proškolená od obchodního zástupce (7 %). Hypotéza, že sestry byly proškoleny na používání pomůcek usnadňující manipulaci, se nepotvrdila. Řešením by mohlo být proškolení sester v bezpečné manipulaci s pomůckami, které mají na oddělení k dispozici. Předpokládáme, že když budou sestry proškoleny, budou pomůcky více používat a budou tak více chránit sebe i pacienta. Na hrozící riziko úrazu pacienta či zdravotnického personálu při manipulaci upozorňují sestry v kvalitativním šetření bakalářské práce Jolany Matyášové, 2014. Posledními dvěma doplňujícími otázkami jsme zjišťovaly zájem o takové školení a až tři čtvrtiny dotazovaných sester by měly zájem a téměř stejný počet sester projevilo zájem i o přednášku o nových pomůckách usnadňující manipulaci.

14 ZÁVĚR

O obezitě již bylo napsáno mnoho publikací ať již pro odbornou nebo laickou veřejnost. Je zmapovaná její historie, příčiny, diagnostika, rizika, prevence i nejnovější způsoby léčby. Lidé jsou ze všech stran nabádáni ke zdravému způsobu života. Přesto ale, jak již bylo několikrát zmíněno, její výskyt celosvětově stoupá. Odborníci si tohle všechno uvědomují a i u nás začínají vznikat první XXL centra, kde je obézním pacientům poskytována komplexní péče stran všech odborníků. Centra mají speciální vybavení pro tyto pacienty, například širší lůžka s vyšší nosností, pomůcky usnadňující manipulaci, větší prostor pro manipulaci s nimi, speciální vyšetřovací a operační stoly a hlavně proškolený personál v péči o obézní pacienty. Bohužel, v ostatních zdravotnických zařízeních je problematika péče o obézní pacienty opomíjena. Již při psaní specifik ošetrovatelské péče v teoretické části, jsme se potýkaly s nedostatkem zdrojů na dané téma. Ve většině tuzemské i zahraniční literatuře se pouze stručně uvádí, že péče o tyto pacienty je ze strany sester a ošetrovatelského personálu velmi náročná, ostatní je popisováno z lékařského hlediska. Proto bylo hlavním cílem této bakalářské práce zjistit specifika ošetrovatelské péče o obézní pacienty v intenzivní péči a zmapovat největší úskalí z pohledu sestry. Byly stanoveny tři cíle. V prvním se zjišťovalo, jak obezita ovlivňuje ošetrovatelskou péči. Potvrdilo se, že ošetrovatelská péče o kůži obézního pacienta je časově náročnější než u pacienta s normální tělesnou hmotností, protože sestry věnují zvýšenou pozornost péči o kůži obézního pacienta a používají speciální pomůcky k prevenci poruchy kožní integrity. Dále se potvrdilo, že nejvíce fyzicky náročnou ošetrovatelskou činností je pravidelné polohování, ale že i přes tento fakt většina sester obézní pacienty pravidelně polohuje.

Druhý cíl zjišťoval, jaké pomůcky usnadňující manipulaci s obézním pacientem používají sestry v intenzivní péči. Z šetření vyplynulo, že ne všechna intenzivní oddělení jsou vybavena pomůckami usnadňující manipulaci a že i když sestry pomůcky na oddělení mají k dispozici, stále nejvíce preferují využití více personálu a látkovou polohovací podložku.

Ve třetí oblasti praktické části jsme se zabývaly bezpečnou manipulací s pacientem s nadměrnou tělesnou hmotností. Zjistily jsme, že ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze, sestry nemají vypracovaný standard bezpečné manipulace s pacientem s nadměrnou tělesnou hmotností a že pouze třetina sester projevila zájem o takový

standard. Dále jsme zjistily, že sestry nebyly řádně proškoleny na pomůcky, které mají na oddělení k dispozici a je tudíž možné, že pomůcku nepoužívají bezpečně nebo se vyhýbají jejímu používání. Navrhované řešení by bylo uspořádat kurz nebo školení bezpečné manipulace s pomůckami, které mají sestry na oddělení. O takové školení projevila zájem většina sester. Domníváme se, že pak by sestry využívaly tyto pomůcky častěji, s větší jistotou a bezpečněji jak pro ně samotné tak i ze strany pacienta. Také si myslíme, že těchto školení by se měly zúčastnit vedení všech oddělení, kde takové pomůcky sestry k dispozici nemají, aby získaly povědomí o této problematice.

Hledáním podkladů pro psaní této práce, stanovením cílů a hypotéz jsme ověřily, že péče o obézní pacienty v intenzivní péči začíná být velmi aktuální téma. Zjistily jsme, že v české i zahraniční odborné literatuře se objevují články, poukazující na tuto problematiku, velmi sporadicky. V odborných člancích je nejvíce popisována obezita ze strany komplikací pacienta nebo z lékařského hlediska. Ojedinele se objevují kazuistiky psané samotnými sestrami upozorňující na úskalí při ošetřování obézních pacientů. Při hledání řešení jak sestřím práci ulehčit, jsme našly firmy, které se touto problematikou již zabývají a mají ve své nabídce širokou škálu pomůcek usnadňující manipulaci s obézním pacientem i speciální pomůcky k prevenci poruchy integrity kůže. Myslíme si, že tomuto tématu se jistě v budoucnu bude muset věnovat větší pozornost, protože nárůst počtu obézních pacientů hospitalizovaných na odděleních intenzivní péče nelze ovlivnit, ale lze sestřím práci v mnohém usnadnit. Řešením problematiky je navržení standardu bezpečné manipulace s pacientem s nadměrnou tělesnou hmotností, zajistit proškolení sester s pomůckami usnadňující manipulaci, které mají na oddělení k dispozici a tam kde žádné pomůcky nemají, navrhnout jejich zajištění. Jako výstup pro praxi jsme vytvořily desatero pro sestry (příloha č. 8).

LITERATURA A PRAMENY

1. 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.
2. ADÁMKOVÁ, Věra. *Obezita: příčiny, typy, rizika, prevence a léčba.* Vyd. 1. Brno: Facta Medica, 2009, 122 s. ISBN 978-809-0426-054.
3. SVAČINA, Štěpán a Alena BRETŠNAJDROVÁ. *Jak na obezitu a její komplikace: příčiny, typy, rizika, prevence a léčba.* 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 139 s. Doktor radí. ISBN 978-802-4723-952.
4. HLÚBIK, Pavol. *Obezita: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře: [novelizace 2009].* Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, c2009. ISSN 978-80-86998-31-2.
5. LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK. *Chorobné znaky a příznaky: 76 vybraných znaků, příznaků a některých důležitých laboratorních ukazatelů v 62 kapitolách s prologem a epilogem.* 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 519 s. ISBN 978-802-4727-646.
6. VÍTEK, Libor a Aleš ŽÁK. *Jak ovlivnit nadváhu a obezitu: 76 vybraných znaků, příznaků a některých důležitých laboratorních ukazatelů v 62 kapitolách s prologem a epilogem.* Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 519 s. Zdraví. ISBN 978-802-4722-474.
7. KUNOVÁ, Václava. *Obezita: dieta pro zdravé hubnutí.* 1. vyd. Praha: Forsapi, 2009, 100 s. Rady lékaře, průvodce dietou, sv. 8. ISBN 978-808-7250-044.
8. GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum.* 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 223 s. Sestra. ISBN 978-802-4736-259.
9. SVAČINA, Štěpán. *Poruchy metabolismu a výživy.* Praha: Galén, 2010, xxii, 505 s. ISBN 978-807-2626-762.
10. KALOUSKOVÁ, Pavla a KUNEŠOVÁ Marie. *Medicína pro praxi: Obezita stále podceňovaná nemoc.* In [online]. [cit. 2014-11-15]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2008/01/02.pdf>

11. MARTINÍK, Karel. *Výchova ke zdraví a zdravému životnímu stylu*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007, 273 s. ISBN 978-80-7041-106-3.
12. KASALICKÝ, Mojmír. *Chirurgická léčba obezity*. Vyd. 1. Prague: Ottova tiskárna, 2011, 118 s. ISBN 978-80-254-9356-4.
13. *Intenzivní medicína*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Editor Pavel Ševčík. Praha: Galén, 2014, lvii, 1195 s. ISBN 978-807-4920-660.
14. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 350 s., [16] s. obr. příl. Sestra. ISBN 978-802-4718-309.
15. TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ, Gabriela a Dagmar MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013, 185 s. ISBN 978-807-0135-532.
16. VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 272 s., xvi s. obr. příl. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4734-200.
17. MIKŠOVÁ, Zdeňka. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
18. EL SOLH, Ali A. WILEY-BLACKWELL. *Critical care management of the obese patient*. 2012. vyd. Chichester, West Sussex, UK: John Wiley, 2012, p. ISBN 04-706-5590-9.
19. *Orthopedic nursing / National Association of Orthopedic Nurses*. PMID: National Association of Orthopaedic Nurses, 2004, may/june. ISSN 0744-6020. Dostupné z: http://journals.lww.com/orthopaedicnursing/Abstract/2004/05000/Caring_for_the_Orthopaedic_Patient_Who_Is_Obese.10.aspx
20. RICHARDS, Ann a EDWARDS, Sharon. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Vyd. 1. české. Překlad Simona Šeclová. Praha: Grada, 2004, 376 s. ISBN 80-247-0932-5.
21. DRÁBKOVÁ, Jarmila. Obézní pacient a jeho polohování v intenzivní péči. *Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny*. 2010, roč. 57, č. 2, s. 80-84., ISSN 1212-3048.

22. MATYÁŠOVÁ, Jolana. *Obezita jako ošetrovatelský problém* [online]. České Budějovice, 2014 [cit. 2015-03-10]. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita, zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Veronika Švábová.
23. SYSLOVÁ, Ladislava a Jitka NOVOTNÁ. Morbidně obézní pacientka. *Sestra*. 2012, roč. 22, č. 11, s. 54-56., ISSN 1210-0404.
24. NAGYOVÁ, Věra. *Obezita u imobilních pacientů - faktor ovlivňující kvalitu poskytované ošetrovatelské péče* [online]. České Budějovice, 2007 [cit. 2015-03-10]. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita, zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Ivana Chloubová.
25. JANTAČOVÁ, Dana. *Využívání pomůcek při manipulaci s nesoběstačnými pacienty na oddělení intenzivní medicíny* [online]. České Budějovice, 2009 [cit. 2015-03-10]. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita, zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce PhDr. Andrea Hudáčková.
26. GUČKOVÁ, Mária. Fyzická zátěž sester. *Sestra*. 2007, roč. 17, č. 6, s. 6., ISSN 1210-0404.
27. TUČEK, Milan, Miroslav CIKRT a Daniela PELCLOVÁ. *Pracovní lékařství pro praxi: příručka s doporučenými standardy*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005, 327 s., [15] s. obr. příl. ISBN 80-247-0927-9.

SEZNAM ZKRATEK

ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
BIA	Bioelektrická impedance
BMI	Body mass index
CPAP	Continuous positive airway pressure
CT	Počítačová tomografie
DEXA	Duální rentgenová absorpciometrie
DM	Diabetes mellitus
HDL	High density lipoprotein
JIP	Jednotka intenzivní péče
NMR	Nukleární magnetická rezonance
Per os	Podání ústy
PMK	Permanentní močový katétr
SAS	Sleep apnea syndrom
WHO	World Health Organization

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Pohlaví respondentů.....	36
Graf č. 2: Vzdělání respondentů.....	37
Graf č. 3: Délka praxe.....	38
Graf č. 4: Oddělení respondentů.....	39
Graf č. 5: Zvýšená péče o kůži obézního pacienta.....	40
Graf č. 6: Časová náročnost v péči o kůži u obézního pacienta.....	41
Graf č. 7: Použití speciálních hygienických pomůcek.....	42
Graf č. 8: Pravidelnost polohování.....	43
Graf č. 9: Proč se pravidelně nepolohuje.....	44
Graf č. 10: Potřeba většího počtu personálu při polohování.....	45
Graf č. 11: Nejvíce celkově náročná ošetrovatelská činnost.....	46
Graf č. 12: Dostupnost pomůcek na oddělení.....	47
Graf č. 13: Nejvíce používané pomůcky.....	48
Graf č. 14: Automatické vkládání látkové polohovací podložky do lůžka.....	49
Graf č. 15: Používané pomůcky při přesunu obézního pacienta.....	50
Graf č. 16: Použití elektrického zvedáku při ošetrovatelské činnosti.....	51
Graf č. 17: Použití látkové polohovací podložky při ošetrovatelské činnosti.....	52
Graf č. 18: Máte standard bezpečné manipulace.....	53
Graf č. 19: Zájem o nový standard bezpečné manipulace.....	54
Graf č. 20: Proškolení na používané pomůcky.....	55
Graf č. 21: Zájem o účast na kurzu bezpečné manipulace.....	56
Graf č. 22: Zájem o účast na přednášce pomůcek usnadňující manipulaci.....	57

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Tabulka č. 1: Klasifikace hmotnosti podle BMI

Příloha č. 2: Tabulka č. 2: Riziko poškození zdraví ve vztahu k rozložení tělesného tuku hodnoceného podle obvodu pasu.

Příloha č. 3: Kaliper

Příloha č. 4: Kaliperace

Příloha č. 5: Elektrický zvedák

Příloha č. 6: Rollboard

Příloha č. 7: Slide sheet

Příloha č. 8: Desatero pro sestry

Příloha č. 9: Žádost o dotazníkovou akci, IV. Interní klinika, JIP I.

Příloha č. 10: Žádost o dotazníkovou akci, KARIM, oddělení RES-UP, RES I. a RES

Příloha č. 11: Žádost o dotazníkovou akci, Neurologická JIP A, JIP B

Příloha č. 12: Dotazník

PŘÍLOHY

Příloha č. 1

Tabulka č. 1: Klasifikace hmotnosti podle BMI

Stupeň	BMI (kg/m ²)	Riziko komplikací
Podváha	□ 18,5	Vysoké
Normální váha	18,5 – 24,9	Průměrné
Nadváha	25,0 – 29,9	Mírně zvýšené
Obezita 1. stupně	30,0 – 34,9	Střední
Obezita 2. stupně	35,0 – 39,9	Vysoké
Obezita 3. stupně	≥40	Velmi vysoké

Zdroj: Obezita, Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře.

Dostupné: <http://www.svl.cz/files/files/Doporuocene-postupy-2003-2007/Obezita.pdf>

Příloha č. 2

Tabulka č. 2: Riziko poškození zdraví ve vztahu k rozložení tělesného tuku hodnoceného podle obvodu pasu

Obvod pasu (cm)	Norma	Zvýšené riziko	Vysoké riziko
Muži	□ 94	94 – 102	□ 102
Ženy	□ 80	80 – 88	□ 88

Zdroj: Obezita, Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře.

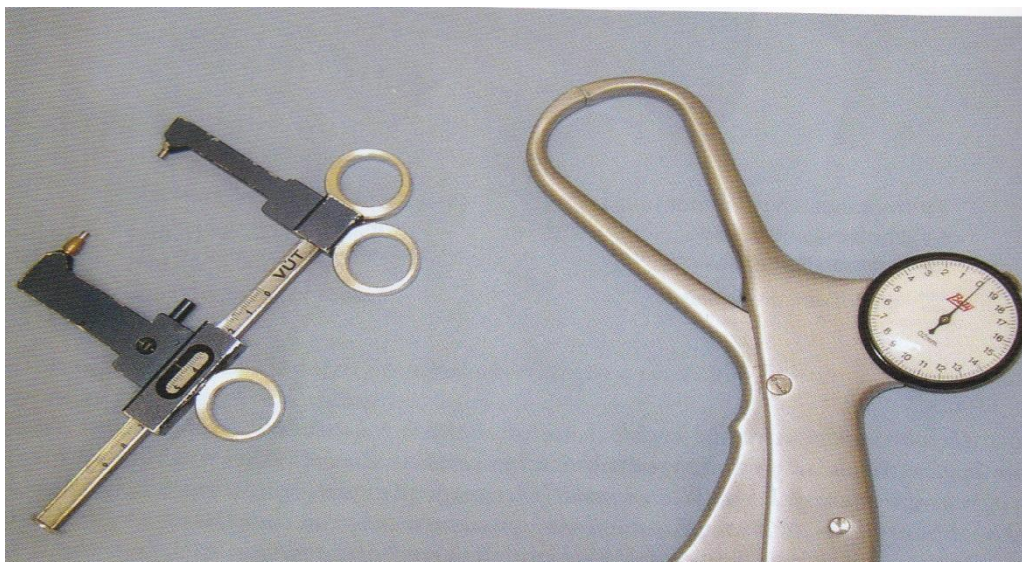
Dostupné: <http://www.svl.cz/files/files/Doporuocene-postupy-2003-2007/Obezita.pdf>

Příloha č. 3: Kaliper



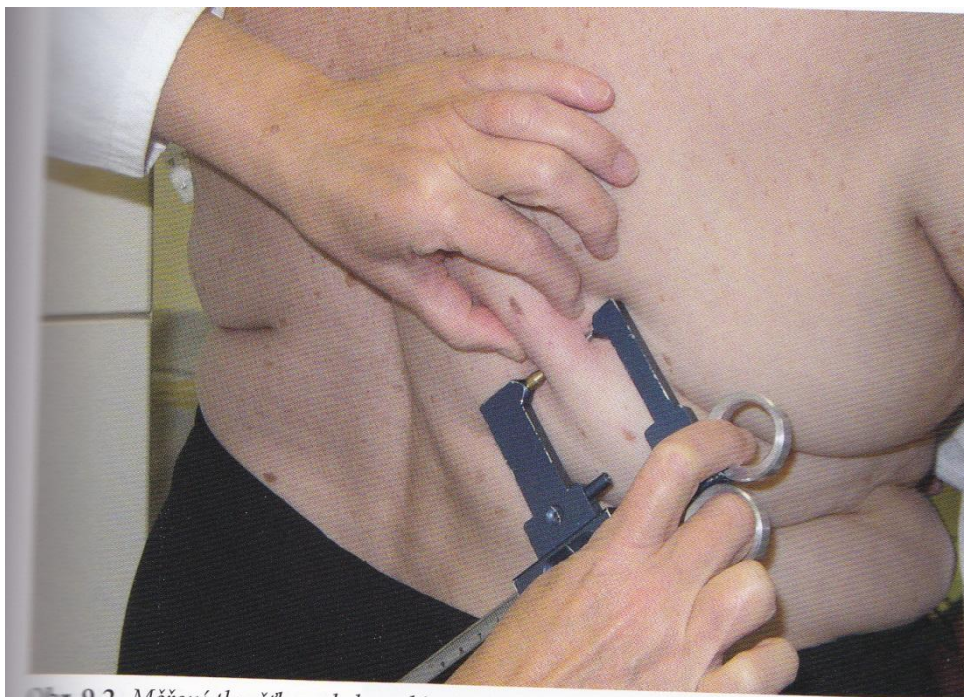
Zdroj: www.fitplan.cz, <http://fitplan.cz/shop/kaliper/> [Online] [Cit. 2015-03-15]

Kaliper

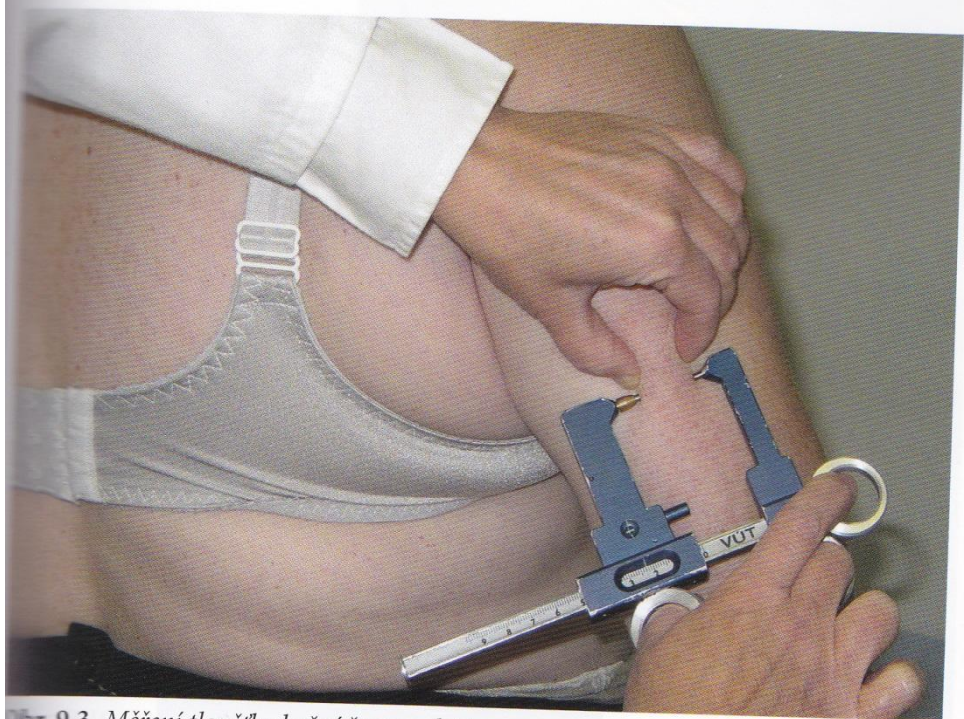


Zdroj: Hainer Vojtěch a kolektiv, *Základy klinické obezitologie 2., přepracované a doplněné vydání.*

Příloha č. 4: Kaliperace



Obr. 9.2 Měření tloušťky subskapulární řasy



Obr. 9.3 Měření tloušťky kožní řasy nad tricepsem

Zdroj: Hainer Vojtěch a kolektiv, *Základy klinické obezitologie 2., přepracované a doplněné vydání.*

Příloha č. 5: Elektrický zvedák



Zdroj: Vlastní

Příloha č. 6 Rollboard



Zdroj: Vlastní

Rollboard



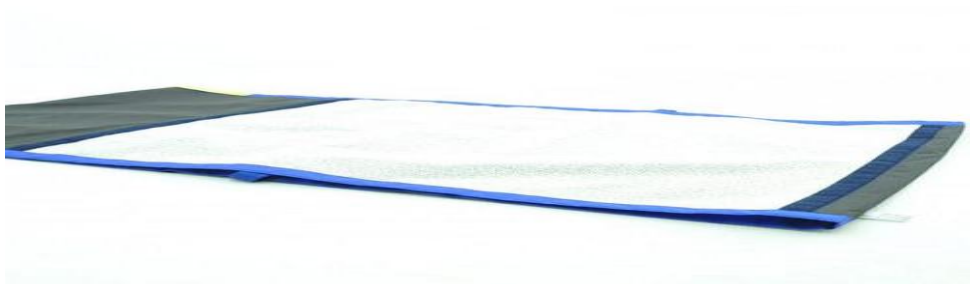
Zdroj: <http://www.associatedhealthsystems.com/pages/operating/transfer.php>

Příloha č. 7: Slide sheet



Zdroj: <http://www.medicool.cz/pomucky-pro-imobilni-pacienty.html>

Slide sheet



Zdroj: <http://www.healthandcare.co.uk/patient-positioning-aids/gus-theatre-brechin-slide-sheet.html>

Slide sheet



Zdroj: <https://ahcnweb.files.wordpress.com/2013/01/using-a-slide-sheet-to-move-patient-up-the-bed.gif>

FYZICKÁ ZÁTĚŽ SESTER


„ Zatížení sestry při práci se liší typem oddělení, zdravotním stavem nemocných, počtem sester ve směně i počtem pomocného zdravotnického personálu, důležitá je organizace práce a dostupnost pomůcek snižujících fyzickou zátěž. “

Bc. Mária Gučková

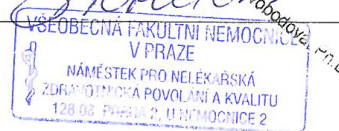
DESATERO ZÁSAD PRO SPRÁVNOU MANIPULACI S PACIENTEM

1. Vždy využívej další osoby/osob k manipulaci s pacientem.
2. Urči každému jeho úkol při manipulaci.
3. Vždy využívej pomůcky usnadňující manipulaci, které máš k dispozici.
4. Používej dostatečně pevnou obuv a vhodný pracovní oděv, který neomezuje při manipulaci.
5. Zvol správnou výšku lůžka pacienta (výška přibližně v úrovni tvých boků).
6. Zaujmi pozici co nejbliže u lůžka pacienta.
7. Snaž se držet správně tělo během celé manipulace (mírně rozkročit, váha co nejvíce vpředu na špičkách).
8. Správně uchop pacienta (používej celé paže).
9. Pokud to lze, pouč pacienta, aby spolupracoval.
10. Vždy dodržuj desatero zásad pro správnou manipulaci s pacientem.


Příloha č. 9: Žádost o dotazníkovou akci, IV. Interní klinika, JIP I.

	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze U nemocnice 2, 128 00 Praha 2 Žádost o dotazníkovou akci	F-VFN-075 Strana 1 z 1 Verze číslo: 2
---	---	---

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací			
Příjmení a jméno žadatele		Koukalová Lenka	
Kontaktní adresa		U Hřiště 213, Otvice 431 11	
Telefon	777 170 805	e-mailová adresa	Lenka.Koukalova@vfn.cz
Škola / fakulta	Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií		
Obor studia	Všeobecná sestra, kombinovaná forma		
Téma závěrečné práce	Ošetrovatelská péče o pacienty s obezitou v intenzivní péči		
Termín sběru dat	2.-13.2. 2015		
Pracoviště, kde bude sběr probíhat	IV. interní klinika, JIP I.		
Zjišťované informace	Dotazník pro NZP		
Forma prezentace dat:	Bakalářská práce		
Poučení žadatele:	1. Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. 2. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní. 3. Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil. 4. Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN.		
Datum:	19.1.2015	Podpis žadatele	<i>lhk</i>
Vyjádření vedení pracoviště			
Vyjádření vrchní sestry / primáře / přednosta		<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím
Datum	30.1.2015	Podpis	<i>lhk</i>
Vyjádření vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze			
Odpovědný náměstek / ředitele			
Vyjádření příslušného náměstka / ředitele		<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím
Bude za šetření vyžadována úhrada		<input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne	Částka
Datum	30.1.15	Podpis	<i>lhk</i>




Příloha č. 10: Žádost o dotazníkovou akci, KARIM, oddělení RES-UP, RES I. a RES II.

	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze U nemocnice 2, 128 00 Praha 2 Žádost o dotazníkovou akci	F-VFN-075 Strana 1 z 1 Verze číslo: 2
---	---	---

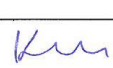
Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací			
Příjmení a jméno žadatele	Koukalová Lenka		
Kontaktní adresa	U Hřiště 213, Otovice 431 11		
Telefon	777 170 805	e-mailová adresa	Lenka.Koukalova@vfn.cz
Škola / fakulta	Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií		
Obor studia	Všeobecná sestra, kombinovaná forma		
Téma závěrečné práce	Ošetrovatelská péče o pacienty s obezitou v intenzivní péči		
Termín sběru dat	2.-13.2. 2015		
Pracoviště, kde bude sběr probíhat	KARIM, oddělení RES-UP, RES I. a II.		
Zjišťované informace	Dotazník pro NZP		
Forma prezentace dat:	Bakalářská práce		
Poučení žadatele:	1. Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. 2. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní. 3. Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil. 4. Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN.		
Datum:	19.1.2015	Podpis žadatele	<i>Kur</i>
Vyjádření vedení pracoviště			
Vyjádření vrchní sestry / primáře / přednosty	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Datum	<i>29/1/2015</i>	Podpis	Mgr. Gregorovicová Mladá
Vyjádření vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze			
Odpovědný náměstek / ředitele	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Bude za šetření vyžadována úhrada	<input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne	Částka	Mgr. Diá Svobodová, Ph.D.
Datum	<i>30.1.15</i>	Podpis	<i>Čížková</i>



Příloha č. 11: Žádost o dotazníkovou akci, Neurologická klinika, oddělení JIP A, JIP B

	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze U nemocnice 2, 128 00 Praha 2 Žádost o dotazníkovou akci	F-VFN-075 Strana 1 z 1 Verze číslo: 2
---	---	---

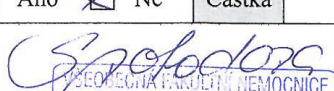
Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací

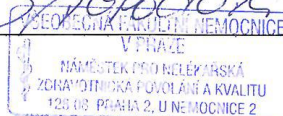
Příjmení a jméno žadatele	Koukalová Lenka		
Kontaktní adresa	U Hřiště 213, Otovice 431 11		
Telefon	777 170 805	e-mailová adresa	Lenka.Koukalova@vfn.cz
Škola / fakulta	Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií		
Obor studia	Všeobecná sestra, kombinovaná forma		
Téma závěrečné práce	Ošetrovatelská péče o pacienty s obezitou v intenzivní péči		
Termín sběru dat	2.-13.2. 2015		
Pracoviště, kde bude sběr probíhat	Neurologická klinika, oddělení JIP A, JIP B		
Zjišťované informace	Dotazník pro NZP		
Forma prezentace dat:	Bakalářská práce		
Poučení žadatele:	1. Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. 2. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní. 3. Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil. 4. Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN.		
Datum:	19.1.2015	Podpis žadatele	

Vyjádření vedení pracoviště

Vyjádření vrchní sestry / primáře / přednosta	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím
Datum	29. 1. 2015	Podpis

Vyjádření vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

Odpovědný náměstek / ředitele			
Vyjádření příslušného náměstka / ředitele	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
Bude za šetření vyžadována úhrada	<input type="checkbox"/> Ano	<input checked="" type="checkbox"/> Ne	Částka
Datum	30. 1. 15	Podpis	



Příloha č. 11: Dotazník

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

jmenuji se Lenka Koukalová a jsem studentkou 3. ročníku Západočeské univerzity v Plzni, Fakulta zdravotnických studií, obor ošetrovatelství.

Ráda bych Vás požádala o vyplnění zcela anonymního dotazníku, který bude sloužit jako podklad pro vypracování mé bakalářské práce na téma: „Ošetrovatelská péče o pacienty s obezitou v intenzivní péči“. Předem děkuji za ochotu, upřímnost a čas, který věnujete vyplnění tohoto dotazníku.

Pokud není uvedeno v dotazníku jinak, zaškrtněte pouze jednu možnost.

Lenka Koukalová

1. Jaké je Vaše pohlaví?

1. Muž
2. Žena

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

1. Střední zdravotnická škola
2. Vyšší odborná zdravotnická škola
3. Vysoká škola – bakalářské studium
4. Vysoká škola – magisterské studium

3. Jaká je délka Vaší praxe v intenzivní péči?

1. 0 – 5 let
2. 6 – 10 let
3. 11 – 15 let
4. 16 a více

4. Na kterém oddělení pracujete?

1. Anesteziologicko-resuscitační oddělení
2. Kardiochirurgie - JIP
3. Interní JIP
4. Neurologická JIP

5. Věnujete zvýšenou péči o kůži u obézního pacienta?

1. Ano, vždy
2. Spíše ano
3. Spíše ne
4. Ne

6. Domníváte se, že Vám péče o kůži u obézního pacienta trvá déle než u pacienta s normální tělesnou hmotností?

1. Ano, vždy
2. Spíše ano
3. Spíše ne
4. Ne

7. Používáte speciální hygienické pomůcky v prevenci poruchy kožní integrity u obézního pacienta?

1. Ano, vždy
2. Spíše ano
3. Spíše ne
4. Ne

8. Polohujete obézního pacienta pravidelně po 2-3 hodinách?

1. Ano, vždy
2. Spíše ano
3. Spíše ne
4. Ne

Pokud jste na otázku č. 8 odpověděl/a **SPÍŠE NE, NE**, vyplňte prosím otázku č. 9

9. Z jakého důvodu pravidelně nepolohujete obézního pacienta? (možno vybrat více odpovědí)

1. Je to pro mě fyzicky náročné
2. Je to pro mě časově náročné
3. Nemám k dispozici vhodné polohovací pomůcky
4. Jiné, napište jaké

10. Potřebujete více pomocného personálu při polohování obézního pacienta než u pacienta s normální tělesnou hmotností?

1. Ano, vždy
2. Spíše ano
3. Spíše ne
4. Ne

11. Která z ošetrovatelských činností u obézního pacienta je pro Vás celkově nejnáročnější?

1. Hygiena
2. Péče o kůži
3. Pravidelné polohování
4. Vyprazdňování stolice
5. Měření fyziologických funkcí
6. Jiné, napište jaké

12. Napište, jaké pomůcky určené k manipulaci s obézním pacientem máte na Vašem oddělení k dispozici?

.....
.....

13. Jaké pomůcky usnadňující manipulaci s obézním pacientem používáte nejčastěji? (možno vybrat více odpovědí)

1. Látková polohovací podložka
2. Elektrický zvedák
3. Rollboard
4. Kluzná podložka – slide sheet (manipulační podložka se speciální kluznou vrstvou)
5. Více personálu
6. Jiné, napište jaké

14. Při přípravě lůžka na příjem obézního pacienta vkládáte automaticky do lůžka látkovou polohovací podložku?

1. Ano, vždy
2. Spíše ano
3. Spíše ne
4. Ne

15. Jaké pomůcky usnadňující manipulaci používáte při přesunu obézního pacienta?(př. z lůžka na transportní lůžko), (možno vybrat více odpovědí)

1. Látková polohovací podložka
2. Elektrický zvedák
3. Rollboard
4. Kluzná podložka
5. Více personálu
6. Jiné, napište jaké.....

16. Při jaké ošetrovatelské činnosti používáte elektrický zvedák? (možno vybrat více odpovědí)

1. Hygiena
2. Polohování
3. Vyprazdňování stolice
4. Přesun na jiné lůžko
5. Elektrický zvedák nemám k dispozici
6. Nepoužívám
7. Jiné, napište jaké.....

17. Při jaké ošetrovatelské činnosti používáte látkovou polohovací podložku? (možno vybrat více odpovědí)

1. Hygiena
2. Polohování
3. Vyprazdňování stolice
4. Přesun na jiné lůžko
5. Jiné, napište jaké.....
6. Nepoužívám

18. Máte na Vašem oddělení vypracovaný standard bezpečné manipulace s pacienty s nadměrnou tělesnou hmotností?

1. Ano
2. Ne
3. Nevím

Pokud jste na otázku č. 18 odpověděl/a **ANO**, vyplňte prosím otázku č. **19**

Pokud jste na otázku č. 18 odpověděl/a **NE**, vyplňte prosím otázku č. **20**

19. Řídíte se tímto standardem při manipulaci s obézním pacientem?

1. Ano, vždy
2. Spíše ano
3. Spíše ne
4. Ne, napište proč.....

20. Uvítal/a byste vypracovaný standard manipulace s pacientem s nadměrnou tělesnou hmotností?

1. Ano
2. Spíše ano
3. Spíše ne
4. Ne, napište proč.....

21. Byl/a jste proškolen na používání pomůcek usnadňující manipulaci s obézním pacientem?

1. Ano, od obchodního zástupce
2. Ano, od školícího pracovníka na oddělení
3. Ne, přečetl/a jsem si návod
4. Ne, odpozoval/a jsem používání pomůcek
5. Jinak, napište jak.....
2. Ne

22. Uvítal/a byste kurz bezpečné manipulace s obézním pacientem?

1. Ano
2. Spíše ano
3. Spíše ne
4. Ne

23. Uvítal/a byste přednášku o nových dostupných pomůckách usnadňující manipulaci s obézním pacientem?

1. Ano
2. Spíše ano
3. Spíše ne
4. Ne