



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Problematika ošetrovatelské péče o obézního pacienta v
intenzivní péči**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

SPECIALIZACE V OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Markéta Vladařová, Dis.

Vedoucí práce: Mgr. Věra Hellerová, Ph.D.

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji diplomovou práci „*Problematika ošetrovatelské péče o oběžního pacienta v intenzivní péči*“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě, fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 9. 5. 2023

.....

Bc. Markéta Vladařová, Dis.

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala mé vedoucí práce, za vedení, trpělivost, ochotu a cenné rady, které mi poskytla při psaní této diplomové práce. Poděkování náleží také všem respondentům, kteří se zúčastnili výzkumného šetření a podělili se o cenné znalosti a zkušenosti.

Problematika ošetrovatelské péče o obézního pacienta v intenzivní péči

Abstrakt

Cílem této diplomové práce je zmapovat problematiku ošetrovatelské péče o obézního pacienta v intenzivní péči a zjistit, jak tato péče ovlivňuje práci všeobecné sestry. V návaznosti na tento cíl byly stanoveny dvě výzkumné otázky, které zní: „S jakými problémy se všeobecné sestry setkávají při péči o obézního pacienta na jednotce intenzivní péče?“ a „Jak ovlivňuje péče o obézního pacienta na oddělení intenzivní péče práci všeobecné sestry?“ Dále bylo stanoveno sedm hypotéz, které zkoumaly znalosti sester v problematice ošetrovatelské péče o obézního pacienta v závislosti na délce praxe, stupni intenzivní péče a frekvenci se kterou se s pacienty setkávají. Další dvě hypotézy byly zaměřeny na náročnost péče o obézního pacienta v závislosti na věku sestry a stupni intenzivní péče. Poslední dvě hypotézy zkoumaly postoje sester k pacientům s obezitou a nadváhou v závislosti na délce praxe.

K výzkumnému šetření bylo využito smíšené výzkumné strategie s využitím polostrukturovaných rozhovorů a nestandardizovaného dotazníku. Kvalitativního výzkumu se zúčastnilo 12 sester a kvantitativního 200 sester pracujících na různých stupních intenzivní péče. Výsledky kvalitativního výzkumu ukazují, že největší problém na jednotkách intenzivní péče je při manipulaci s obézním pacientem, kdy často chybí dostatek personálu a adekvátní pomůcky.

Výsledky kvantitativního šetření potvrdily statistickou závislost mezi znalostmi sester v péči o obézního pacienta v závislosti na délce praxe a frekvenci s kterou se s pacienty setkávají. Statisticky významný rozdíl v hodnocení náročnosti péče o obézního pacienta byl zaznamenán pouze v oblasti fyzické náročnosti v závislosti na věku sestry a oddělení intenzivní péče. Postoje sester při péči o obézní pacienty jsou statisticky závislé na délce praxe sestry a u pacientů s nadváhou nebyla potvrzena statisticky významná závislost.

S ohledem na stále rostoucí počet hospitalizací obézních pacientů na jednotkách intenzivní péče je nezbytné tomuto problému věnovat zvýšenou pozornost. Je nutné zajistit dostatečný personální stav na směnách, poskytovat školení týkající se správné manipulace s pacienty, zajistit dostupnost adekvátních pomůcek a vypracovat

ošetřovatelské standardy, které povedou zdravotnický personál ke zvýšení odborných znalostí potřebných k poskytování adekvátní péče obézním pacientům.

Klíčová slova

Obezita, ošetřovatelská péče, jednotka intenzivní péče, všeobecná sestra, znalosti

Difficulties of nursing care for an obese patient in the intensive care unit

Abstract

The aim of this thesis is to present the difficulties of nursing care for obese patients in intensive care and to determine how this care affects the work of a general nurse. Two research questions were formulated: "What difficulties do general nurses encounter when caring for obese patients in the intensive care unit?" and "How does nursing care for obese patients in the intensive care affect the work of a general nurse?" Additionally, seven hypotheses were established, which examined the knowledge of nurses in the field of nursing care for obese patients, depending on their length of practice, level of intensive care they working on, and frequency of hospitalization of obese patients. Two other hypotheses were focused on the difficulty of caring for obese patients, depending on the nurse's age and level of intensive care they are working on. The last two hypotheses examined the attitudes of nurses towards patients with obesity and overweight, depending on their length of practice.

A mixed research strategy was used in the research, utilizing semi-structured interviews and an unstandardised questionnaire. Twelve nurses participated in the qualitative research, and 200 nurses working in various levels of intensive care participated in the quantitative research. The results of the qualitative research showed that the biggest difficulty in intensive care units is manipulation with obese patients, often due to a lack of personnel and adequate equipment.

The results of the quantitative research confirmed a statistical dependence between the knowledge of nurses in nurse care for obese patients, depending on their length of practice and frequency of encounters with patients. A statistically significant difference in the assessment of the difficulty of caring for obese patients was observed only in the area of physical demands, depending on the nurse's age and the level of intensive care. Nurses' attitudes towards caring for obese patients were statistically dependent on their length of practice, while no statistically significant dependence was confirmed for patients with overweight.

Given the increasing number of hospitalizations of obese patients in intensive care units, it is necessary to pay increased attention to this difficulties. It is necessary to ensure

adequate staffing levels, provide training on proper manipulation with patients, ensure the availability of adequate tools, and develop nursing standards that will lead healthcare personnel to increase their professional knowledge required to provide adequate care for obese patients.

Key words

Obesity, nursing care, intensive care unit, general nurse, knowledge

Obsah

Úvod	10
1 Současný stav	12
1.1 Obezita	12
1.1.1 Historie obezity	13
1.1.2 Epidemiologie	14
1.1.3 Definice a diagnostika	14
1.1.4 Etiologie obezity	16
1.1.5 Léčba obezity	18
1.1.6 Morbidita a Mortalita	19
1.2 Zdravotní rizika spojená s výskytem obezity	19
1.2.1 Respirační komplikace	20
1.2.2 Kardiiovaskulární komplikace	22
1.2.3 Metabolická rizika	24
1.2.4 Nádorová onemocnění	25
1.3 Ošetrovatelská péče o pacienta s obezitou	26
1.3.1 Intenzivní ošetrovatelská péče	26
1.3.2 Vybrané komplikované intervence v intenzivní péči	27
2 Cíl práce a hypotézy	33
2.1 Cíle práce	33
2.2 Výzkumné otázky	33
2.3 Hypotézy	33
2.4 Operacionalizace pojmů	34

3 Metodika	35
3.1 Použité metody	35
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	36
3.3 Provedení předvýzkumu	36
3.4 Realizace výzkumu	37
3.5 Metodika statistického zpracování dat	37
4 Výsledky výzkumného šetření	38
4.1 Výsledky kvalitativního výzkumného šetření	38
4.1.1 Kategorizace výsledků	39
4.2 Výsledky kvantitativního výzkumného šetření	50
4.2.1 Statistické vyhodnocení hypotéz	77
5 Diskuse	86
6 Závěr	98
6.1 Doporučení pro praxi	99
7 Seznam použité literatury	101
8 Seznam příloh	108
Příloha č. 1 – Otázky k rozhovoru	108
Příloha č. 2 - Informovaný souhlas (kvalita)	110
Příloha č. 3 – Dotazník	111
9 Seznam použitých zkratk	121
10 Seznam tabulek a obrázků	122

Úvod

Diplomová práce se zabývá problematikou ošetrovatelské péče o obézního pacienta v intenzivní péči.

V současné době přibývá hospitalizovaných obézních pacientů. Podle studie Státního zdravotního ústavu nadváhou nebo obezitou trpí v Česku sedm z deseti mužů a téměř tři pětiny žen (Český statistický úřad, 2017). Ošetrovatelská péče o obézní pacienty sebou přináší různé komplikace, ať už fyzická zátěž pro ošetroující personál, tak i rizika pro samotné pacienty a s tím mnohdy spojené prodloužení hospitalizace. Prodloužená hospitalizace znamená větší zátěž ošetroujícího personálu a rostou i náklady léčby pacienta. V praxi kolikrát chybí dostatek personálu na manipulaci s obézním pacientem a polohovací pomůcky (např. elektrický zvedák). Zdravotní sestry si velmi často stěžují právě na bolesti zad, způsobené častou a nesprávně provedenou, někdy však nezbytnou, manipulací s obézním pacientem.

Obezita se v důsledku životních podmínek a životního stylu stala nejčastější metabolickou chorobou, která je často pomyslnou vstupní branou k dalším závažným onemocněním. Nejčastěji spojovány s obezitou jsou diabetes 2. typu a kardiovaskulární onemocnění, kde jsou obézní pacienti náchylnější k riziku náhlé arytmiické smrti. Psychická onemocnění u obézních pacientů také nejsou výjimkou, nejčastěji se vyskytují úzkostné stavy, stres a s tím související spánkové poruchy. U obézních pacientů také nastává změna účinnosti a distribuce léků v těle, kdy dochází ke změně způsobu a rychlosti vstřebávání léků (Fábryová a Holéczy, 2019).

Celkově je ošetrovatelská péče o obézního pacienta velmi náročná, zvláště na jednotkách intenzivní péče. Multidisciplinární tým, který o pacienta s nadváhou pečuje, by měl mít potřebné znalosti, materiální i personální vybavení, aby dokázal poskytnout specializovanou péči. Proto je nutné se v problematice ošetrovatelské péče o obézního pacienta neustále vzdělávat, komunikovat vyskytující se problémy v ošetrovatelské péči vedoucím pracovníkům a na úrovni jednotlivce se vyhnout stigmatizaci.

Diplomová práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. Teoretická část se věnuje obezitě, její definici, správné diagnostice a etiologii. Dále se věnuje zdravotním rizikům, která kvůli obezitě mohou vznikat a ohrožovat tak celkový

zdravotní stav pacienta. Zvláštní důraz je kladen na vybrané ošetrovatelské činnosti v rámci intenzivní péče, které může výskyt obezity u pacienta komplikovat.

Empirická část práce byla zpracována formou smíšeného výzkumu, kdy byly využity kvalitativní polostrukturované rozhovory a kvantitativní nestandardizovaný dotazník. Cílem bylo popsat problematiku hospitalizace obézního pacienta na jednotce intenzivní péče a zjistit, jak tato péče ovlivňuje práci všeobecné sestry.

1 Současný stav

1.1 Obezita

Kopelman (2022) definuje obezitu jako patologický stav organismu vyvolaný nadměrnou tvorbou tuku nebo jeho nedostatečným odbouráním z tkání, kde se fyziologicky ukládá. Jedná se o chronické onemocnění, jehož vývoj může být ovlivněn jak životním stylem, tak i genetickými faktory (Kopelman, 2022).

Obezita je způsobena kombinací vlivu genetických faktorů a vnějších faktorů, jako jsou období významných životních změn, stres, nedostatek pohybu a sedavý způsob života. Některá období v životě jsou zvláště významná pro rozvoj obezity, zejména u žen v období těhotenství a po něm, během přechodu, a u dívek během puberty. Kromě toho mohou hrát roli stresové faktory a období s nižší pohybovou aktivitou, jako je například nástup do zaměstnání, založení rodiny, rodinné a pracovní problémy, ukončení sportovních aktivit a odchod do důchodu. Hlavním faktorem, který vede k rozvoji obezity, je nerovnováha mezi příjmem a výdejem energie. Nedostatek pohybu a sedavý způsob života vedou k nadměrnému příjmu energie a nedostatečnému výdeji energie. Psychologické faktory a léky mohou také hrát roli v rozvoji obezity, například některé léky mohou zvyšovat chuť k jídlu a tím přispívat k rozvoji nadváhy (Kelly, 2018).

Výskyt obezity je v současnosti mnohem větší než podváhy ve všech regionech s výjimkou subsaharské Afriky a Asie. Obezita a nadváha již dávno nejsou pouze problémy zemí s vysokými příjmy, ale výrazně rostou i v zemích s nízkými a středními příjmy, zejména v městských oblastech. Většina dětí s nadváhou nebo obezitou žije v rozvojových zemích, kde míra nárůstu je více než 30 % vyšší než ve vyspělých zemích (Kopelman, 2022).

Typy obezity

Obezitu můžeme rozdělit na typy, podle toho, kde se tuk ukládá. Difúzní obezita je rovnoměrné ukládání tuku po celém těle. Při centrálním typu obezity se tuk ukládá hlavně do oblasti trupu a končetiny zůstávají štíhlé. Lipodystrofický typ ukládá tuk především v dolní polovině těla a bývá rodově podmíněn. Gynoidní typ obezity nejvíce hromadí tuk v oblasti stehien a hýždí a androidní typ ukládá nejvíce tuku do břicha (Kunešová, 2016).

1.1.1 Historie obezity

Obezita provází lidstvo již od jeho počátků a s postupným vývojem civilizace se měnil i pohled na obezitu v čase. Například v některých kulturách byla obezita chápána jako znak prosperity, a dokonce se považovala za atraktivní. Nicméně, v dnešní době je obezita vnímána spíše jako zdravotní problém a mnoho zemí má snahu bojovat proti ní prostřednictvím osvěty o zdravém životním stylu (Kunešová, 2016).

V minulosti byl člověk častěji vystaven nedostatku potravy než jejímu nadbytku. Obezita provází lidstvo již od pravěku, důkazy o ní nalezneme v podobě soch, obrazů nebo literárních děl. Na nejrůznějších místech byly nalezeny sošky Venuše, které nejčastěji zobrazují abdominální obezitu s mohutným poprsím jako symboly hojnosti a plodnosti. Dalším důkazem výskytu obezity jsou rozbory kožních řas mumii Amenophise III. a Remssese III., které potvrdily obezitu u faraonů. Obézní jedinci byli zobrazováni i umělci ve Střední Americe a Mezopotámii (Hainer et al., 2022).

V počátcích křesťanství poustevníci hladověli, chtěli tím očistit své tělo i ducha. Středověcí feudálové, kteří byli z bohatších poměrů a měli nedostatek pohybu, trpěli často obezitou a jejími komplikacemi, především studie koster panovníků prokázaly přítomnost dny (Heiner et al., 2022). Období baroka bylo známo obdivem zaoblených tvarů lidského těla, otlý muž se tak stával symbolem blahobytu a úspěšnosti. Na začátku 19. století se stala ideálem krásy štíhlá rakouská císařovna Sisi. I v navazujícím století přetrvává snaha o udržení štíhlé linie dodržováním různých dietních postupů, dokonce se ztělesněním krásy stala modelka Twiggy, která trpěla mentální anorexií (Kelly, 2018).

V 21. století stále existuje na jedné straně kult těla, který oslavuje štíhlé modelky a často podceňuje výživové potřeby těla. Na druhé straně se setkáváme s trendem jako jsou retušována těla fitness hvězd a kulturistů, kteří dosahují vrcholné fyzické kondice pouze na krátkou dobu, a přesto jsou prezentováni jako standard krásy. V poslední době se objevuje další trend, který normalizuje obezitu a bagatelizuje její zdravotní rizika (Institut moderní výživy, 2021).

1.1.2 Epidemiologie

V posledních desetiletích dosahuje obezita charakteristik pandemie. Podle WHO se počet obézních lidí od roku 1975 ztrojnásobil. S nadváhou nebo obezitou se potýká více než 1,9 miliardy dospělých osob a 378 milionů dětí nebo dospívajících do 19 let. Současný celosvětový nárůst obezity je zodpovědný na nemocnosti a úmrtnosti z důvodu civilizačních chorob (World Health Organization, 2021).

V České republice dochází ke zvyšování prevalence nadváhy a obezity u dospělých tak i u dětí. Zvyšování prevalence obezity se týká spíše mužů, u žen je vzestup jen mírný. Patrný je zde přesun nižších stupňů nadváhy a obezity do vyšších stupňů (Brunerová, 2021). Prevalence obezity v Evropě si také udržuje vzestupný trend, ačkoliv je dynamika zvyšování výskytu nadváhy a obezity odlišná v jednotlivých zemích. K násobnému vzestupu obezity došlo v posledních desetiletích ve Velké Británii. V severských státech je prevalence obezity relativně nízká, ale stále na vzestupu (Heiner et al., 2022; Brunerová, 2021).

1.1.3 Definice a diagnostika

Definice

Obezita a nadváha se definují jako nadměrné hromadění tuku, které může vést k poškození zdraví. Podíl tuku v organismu u mužů je za normálních podmínek 20–25 %, u žen asi o 5 % více, tedy 25–30 % (Monini et al., 2020). Rozdíl mezi pohlavím je způsoben vyšší svalovou hmotou u mužů. K zjištění optimální tělesné hmotnosti se využívá nejčastěji výpočet body mass indexu (BMI), který však nezohledňuje rozložení tuku v těle, a proto se doplňuje měřením obvodu pasu. BMI se stanoví jako hmotnost (kilogramy) vydělená druhou mocninou výšky (metry) (Matoulek, 2019).

V tělesné klasifikaci dle BMI je podvýživa pod 18,5, normální hmotnost je pak 18,5 – 25. Nadváha má rozsah 25–30 a nad 30 BMI již definujeme obezitu, která se dále dělí na tři stupně. První stupeň má hodnoty 30–35, druhý stupeň 35–40 a poslední třetí nad 40 (Kelly, 2018).

Diagnostika obezity

Fyzikální vyšetření pacienta s obezitou hodnotí různé antropometrické parametry, které jsou důležité pro zhodnocení jeho zdravotního stavu. Mezi tyto parametry patří

například Body Mass Index (BMI), který se vypočítá jako podíl tělesné hmotnosti a výšky na druhou. Podle klasifikace BMI se hmotnost pacienta dělí do několika kategorií, jako jsou podváha, fyziologická hmotnost, nadváha a tři stupně obezity (Pichlerová, 2021; Kelly, 2018).

Důležitým parametrem je dle Koplemana (2022) obvod pasu, který vypovídá o distribuci tukové tkáně v těle. U mužů se při obvodu pasu nad 94 cm a u žen nad 80 cm jedná o zvýšené riziko metabolických komplikací. Vysoké riziko je při obvodu pasu nad 102 cm u mužů a nad 88 cm u žen. Pokud je obvod pasu nad 102 cm u mužů nebo nad 88 cm u žen, jedná se o viscerální typ obezity, což je vysoce rizikové onemocnění. Dalším ukazatelem je i Waist Hip Ratio (WHR), což je poměr obvodu pasu a boků. Pokud je u žen výsledek větší než 0,80, pohybují se ve zvýšeném riziku onemocnění spojených s obezitou. U mužů by se měl poměr pohybovat do 1,0 (Kopelman, 2022; Pichlerová, 2021).

Kromě antropometrických parametrů se při fyzikálním vyšetření hodnotí podle Kasalického (2018) také farmakologická anamnéza a přítomnost poruch příjmu potravy. Nepřímá kalorimetrie je další metodou pro hodnocení energetického výdeje a využití živin. Tuto metodu nejčastěji využíváme pro měření klidového energetického výdeje (Palanivelu, 2019).

Dalšími důležitými parametry pro posouzení obezity jsou biochemická vyšetření, která umožňují zhodnotit stav metabolismu. Mezi standardní biochemické parametry patří hladiny glukózy, kreatininu, kyseliny močové a elektrolytů v krvi. Důležité jsou také hladiny lipidů, jako je celkový cholesterol, HDL, LDL a triacylglyceroly, které souvisejí s rizikem kardiovaskulárních onemocnění (Kasalický, 2018; Palanivelu, 2019).

Hormonální nerovnováha může také hrát důležitou roli v rozvoji obezity. Proto se v rámci diagnostických postupů stanovují hladiny hormonů jako jsou TSH, PRL a kortizol v séru. Pro určení tělesného složení se často používají nepřímé metody, např. bioelektrická impedancie. Ta umožňuje stanovit podíl tuku v těle a zjistit, zda není snižena svalová hmota (Matoulek, 2019).

Další metodou pro stanovení tělesného složení je měření kožních řas různými druhy kaliperů (přístroj, který měří podíl tuku v těle). Zobrazovací metody jako ultrazvuk, CT nebo NMR umožňují posoudit množství tukové tkáně a její umístění v těle.

Komplexní posouzení obezity zahrnuje také zhodnocení životního stylu a výživy pacienta, rodinné anamnézy, přítomnosti chronických onemocnění a dalších faktorů, které mohou ovlivňovat rozvoj obezity. Na základě tohoto posouzení lze pak vypracovat individuální plán terapie, který bude nejefektivnější pro daného pacienta (Kasalický, 2018; Heiner et al., 2022).

1.1.4 Etiologie obezity

Obezita představuje multifaktoriálně podmíněné onemocnění, které vzniká v důsledku kombinace genetických, věkových a environmentálních faktorů, vedoucích ke vzniku pozitivní energetické bilance a akumulaci tukové tkáně. V etiopatogenezi tohoto stavu se uplatňuje celá řada faktorů, což vede k rozdělení obezity do několika kategorií (Brunerová, 2021).

Pozitivní energetická bilance

Pozitivní energetická bilance představuje klíčový faktor pro vznik obezity, kdy převaha energetického příjmu nad energetickým výdejem vede ke hromadění tukové tkáně. Pro správné posouzení energetické bilance je důležité zohlednit celkový denní příjem základních živin, včetně sacharidů, tuků, bílkovin a případně alkoholu. Nadměrná konzumace alkoholu, který je energeticky velmi bohatý, může být rizikovým faktorem pro vznik abdominální obezity. Kromě toho špatné stravovací návyky, jako je častá konzumace jídel mimo domov s vysokým energetickým obsahem, vynechání snídaně a příliš velké porce a frekvence příjmu potravy, mohou také přispět k nerovnováze mezi energetickým příjmem a výdejem.

Celkový energetický denní výdej se skládá ze tří hlavních složek: klidového energetického výdeje, postprandiální termogeneze a energie spotřebované během pohybové aktivity. Klidový energetický výdej tvoří většinu celkového výdeje, a to 55–70 %, jelikož je nutný pro udržení základních životních funkcí a tělesné teploty. Postprandiální termogeneze představuje 8–12 % z celkového výdeje a souvisí s procesy trávení, vstřebávání a metabolismem živin po konzumaci potravy. Pohybová aktivita tvoří 20–40 % z celkového výdeje a je jedinou složkou výdeje, kterou může jedinec přímo ovlivnit. Úroveň tělesné aktivity je ovlivněna sociokulturními faktory. Pokud dojde ke snížení tělesné aktivity, zvyšuje se riziko vzniku obezity (Kunešová, 2016; Sbraaccia 2019).

Centrální nervový systém (CNS) ovlivňuje energetickou rovnováhu a tělesnou hmotnost třemi mechanismy: účinky na chování (včetně příjmu potravy a fyzické aktivity), účinky na činnost autonomního nervového systému, který reguluje výdej energie a další aspekty metabolismu a účinky na neuroendokrinní systém, včetně sekrece hormonů, jako je růstový hormon, štítná žláza, kortizol, inzulín a pohlavní steroidy (Hall, 2022; Young, 2022).

Regulace potravního chování se nachází na pomezí mezi svobodnou vůlí a fyziologií a je ovlivněna mnoha faktory. Kromě dostupnosti potravy ovlivňují krmení také metabolické, nervové a endokrinní faktory a je modifikováno silnými vizuálními, čichovými, emocionálními a kognitivními vstupy. Nakonec musí být všechny tyto faktory integrovány, aby výsledkem bylo rozhodnutí o zahájení a ukončení příjmu potravy (Hall, 2022).

Regulace potravního chování se dá rozdělit na krátkodobou a dlouhodobou kontrolu. Krátkodobá kontrola zahrnuje zahájení a ukončení jídla. Velikost jednotlivého jídla je především určena nástupem sytosti, která je regulována nervovými a endokrinními faktory, jako je distenze střeva a uvolňování střevního peptidu cholecystokininu, který se tvoří během příjmu jídla. Tyto signály jsou přenášeny do kaudálního mozkového kmene prostřednictvím nervus vagus, kde dochází k integraci s dalšími vstupy a vedou k ukončení jídla. Dlouhodobé signály, které odrážejí stav energetických zásob, jako je leptin odvozený z tuku, poskytují informace do CNS, které dále regulují chování při příjmu potravy, aby podpořily energetickou homeostázu. Tyto signály jsou vzájemně propojené s krátkodobými systémy, takže reakce na energetický deficit je dosažena převážně prostřednictvím větších porcí jídla (Spiegelman, 2001).

Genetická predispozice

Genetické faktory přispívají k rozvoji obezity, a to již v dětském věku, a podílí se na ní v rozmezí 40–60 %. Významná genetická predispozice je definována jako přítomnost aktuální nebo dětské obezity u jednoho z biologických rodičů, stejně jako výskyt obezity u jednoho z prarodičů v souvislosti s diagnostikovaným diabetem mellitus 2. typu, infarktem myokardu, cévní mozkovou příhodou nebo gynekologickým nádorem. Naopak, nízké genetické riziko vzniku obezity je charakterizováno pouze nadváhou nebo obezitou u sourozenců rodičů a matek rodičů v anamnéze (Kunešová, 2016).

V oblasti výzkumu genetického zdroje obezity se velkou měrou uplatňují celogenomové asociační studie (GWAS), které identifikovaly 32 variant genů spojených s body mass indexem (BMI) a 14 variant genů ovlivňujících distribuci tělesného tuku. Tyto studie poskytují nové poznatky ohledně složitých mechanismů regulace energetické rovnováhy. Nicméně nalezené genetické varianty jsou pouze jedním z faktorů ovlivňujících dědičnost obezity, neboť jsou zde i další mechanismy, jako jsou vzájemné interakce genů, interakce genů s prostředím, vzácné varianty genů nebo polymorfismy typu copy number variants a epigenetické modifikace, včetně mikroRNA, které ovlivňují transkripci genů (Bendlová, 2014).

Vliv onemocnění a léků

Vznik obezity může být ovlivněn přítomností určitých endokrinních chorob. Tento typ obezity je spojen s hypothyreózou, Cushingovým syndromem, hyperprolaktinémií, inzulinomem, syndromem polycystických vaječnicků, hypogonadismem, hypopituitarismem, hyperestrogenismem, hypothalamickými poruchami a pseudohypoparathyreózou. Tyto onemocnění jsou obvykle doprovázeny charakteristickými příznaky, takže diferenciální diagnostika není složitá (Kunešová, 2016).

Léky mohou také přispět ke vzniku obezity prostřednictvím několika mechanismů, jako je stimulace chuti k jídlu, snížení energetického výdeje, aktivace lipogeneze a stimulace diferenciace adipocytů. Mezi léky, které mohou přispívat k vzniku obezity, patří antidiabetika, tyreostatika, dopaminergní blokátory, antidepressiva, antiepileptika, antipsychotika, glukokortikoidy, estrogény a blokátory serotoninergních a histaminových receptorů (Pichlerová, 2021).

1.1.5 Léčba obezity

Obezita je léčitelné onemocnění, které lze řešit konzervativní a chirurgickou léčbou. Konzervativní léčba zahrnuje změnu životního stylu, včetně příslušné stravy, pravidelné fyzické aktivity a psychologického poradenství, a u některých pacientů může být doplněna o lékovou terapii. Nicméně, výsledky konzervativní léčby nejsou v mnoha případech trvalé, což vede k opětovnému nárůstu hmotnosti po skončení léčby (tzv. jo-jo efekt). Konzervativní léčba trvá obvykle minimálně 3 až 6 měsíců (Fried, 2018).

Chirurgická léčba obezity, označovaná také jako bariatricko-metabolická chirurgie, je indikována pro pacienty s BMI ≥ 35 , kteří nedosáhli úspěchu konzervativní léčbou a mají vhodný zdravotní stav pro operaci v celkové anestezii. Lékaři při posuzování vhodnosti operace zohledňují motivaci pacienta a jeho schopnost dodržovat pooperativní režim. Cílem chirurgické léčby je snížení hmotnosti a zlepšení celkového zdravotního stavu (Matoulek, 2019; Kasalický, 2018).

1.1.6 Morbidita a Mortalita

Za zvýšenou mortalitu u obézních jedinců může především diabetes, kardiovaskulární onemocnění, onemocnění žlučníku a některé nádory. K zhodnocení dopadů obezity se používají ztracené roky života (YLL – years of life lost), značí rozdíl mezi očekávanou délkou života v kategoriích BMI. Framinghamská studie zjistila, že obézní muži nekuřáci mají o 5,8 roku kratší životní prognózu než nekuřáci s normálním BMI, ženy dokonce o 7,1 roku. Jak uvádí Kelly (2018) dalším hodnocením kvality a délky života jsou roky plného zdraví (QALY – quality adjusted life-years). Tento ukazatel hodnotí celkovou zátěž, která je způsobená obezitou. Obezita II. a III. stupně významně ovlivňuje kvalitu života, mortalitu a morbiditu. Obezita je nejčastěji spojována s vyšším rizikem výskytu kardiovaskulárních, respiračních, metabolických, nádorových a gastrointestinálních onemocnění. Dále zdravotní stav zhoršují gynekologické, ortopedické, kožní a psychosociální komplikace (Brunerová, 2021; Kopelman, 2022).

1.2 Zdravotní rizika spojená s výskytem obezity

Víceméně každý orgán a systém v těle může být ovlivněn zdravotními riziky, která jsou spojená s obezitou. Tyto komplikace jsou zpravidla závažnější u osob s vyšším indexem tělesné hmotnosti. V této kapitole je kladen větší důraz na popis těch orgánů a systémů, které jsou nejvíce ohroženy v případě potřeby intenzivní péče (Vitásková, 2021).

Obezita je úzce spjata se zvýšeným výskytem prevalence kardiovaskulárních, metabolických, respiračních a gastrointestinálních onemocnění (Svačina, 2020). Kardiovaskulární a metabolická rizika související s akumulací tuku uvnitř břicha nazýváme metabolickým syndromem. Je jasné, že diagnostika a léčba obezity a s ní spojená kardiometabolická rizika vyžadují interdisciplinární přístup (Adámková, 2018).

1.2.1 Respirační komplikace

Obezita způsobuje potíže s dechem při námaze, míra dušnosti je často přímo úměrná stupni obezity. Dýchací obtíže při zvýšené zátěži může vysvětlovat zvýšená práce potřebná k překonání snížené plicní poddajnosti hrudní stěny, oslabení dýchacích svalů nebo zvýšený odpor dýchacích cest (Maher et al 2016).

Vitásková (2021) uvádí, že obezita může ovlivnit jak mechaniku dýchání, tak také může zvyšovat zánětlivou odpověď a riziko infekce u pacientů. Dále může obezita omezit ventilaci plic a snížit objem plicního vzduchu. Tento stav může vést k hypoventilaci, kdy dochází k nedostatečnému přísunu kyslíku do plic a krevního oběhu. Hypoventilace může vést k hypoxii a hyperkapnii, které můžou způsobovat zhoršení klinického stavu pacienta (Vitásková, 2021).

Dalším rizikem, které obezita přináší je riziko pneumonie. Pacienti s obezitou mají větší riziko vzniku zánětu plicní tkáně, protože nadváha a obezita mohou oslabit imunitní systém. Obezita také může ovlivnit mechaniku dýchání a snížit schopnost pacienta dýchat hluboce, což může způsobit hromadění sekretů v plicích a zvyšovat riziko infekce (Esquinas a Lemyze, 2018).

Pickwickův syndrom

Pickwickův syndrom, také nazývaný obezitou indukovaná hypoventilace, je závažný stav charakterizovaný hypoventilací, tedy sníženým objemem dýchání, který vzniká v důsledku extrémní obezity. Při této poruše dochází ke zvýšení hladiny oxidu uhličitého v krvi, což vede k hyperkapnii a k přetížení srdce. Klinické příznaky Pickwickova syndromu zahrnují nadměrnou spavost během dne, neustálou únavu, dýchavičnost, bolest na hrudi, dušnost, arytmie a časté noční pocení. Vzácně se může vyskytnout i cyanóza, tedy modravé zbarvení kůže a sliznic. Současně s Pickwickovým syndromem často vzniká spánková apnoe (Kee, 2015).

Obstrukční spánková apnoe

Obstrukční spánková apnoe je stav, při kterém dochází ke krátkodobému zastavení dýchání během spánku nebo k přerušovanému dýchání, které způsobuje hypoxii a hyperkapnii. U obézních pacientů se vysoký výskyt spánkové apnoe vysvětluje přemnožením tukové tkáně v oblasti krku, která může v horizontální poloze ve spánku

způsobovat obstrukci. Tyto epizody mohou být velmi krátké, ale mohou se vyskytovat velmi často a vést k celkovému narušení spánkové kvality. Zároveň se může objevit únava a ospalost během dne. Pro diagnostiku se používá index apnoe-hypopnoe (AHI), což je počet apnoí a hypopnoí za hodinu spánku. Lehká forma odpovídá AHI 5-15, středně těžká AHI 16-30 a těžká AHI nad 30. Byl prokázán vliv spánkové apnoe na rozvoj inzulinové rezistence, diabetu mellitu, hypertenze, kardiovaskulárních onemocnění, ischemické choroby srdeční a cévní mozkové příhody (Kuna, 2021; Heiner, 2022).

Umělá plicní ventilace

Při umělé plicní ventilaci (UPV) může obezita způsobovat závažné komplikace, protože její výskyt zvyšuje riziko vzniku akutního respiračního selhání a může také snížit účinnost UPV. Obezita způsobuje anatomické změny v respiračním systému, jako je zúžení dýchacích cest, zvětšení břišní dutiny a snížení plicních objemů, což může vést ke ztížení umístění tracheálního tubusu a celkové ventilaci (De Jung, 2020).

Mezi další komplikace spojené s obezitou a UPV patří zvýšené riziko infekce, zánětu plic, respirační acidózy (kyseliny v krvi), hyperkapnie (zvýšení hladiny oxidu uhličitého v krvi), hypoxemie (snížení hladiny kyslíku v krvi), pneumonie a septický šok. Tyto komplikace jsou spojené s obezitou proto, že obezita může vést k oslabení imunitního systému a tím se zvyšuje riziko infekce (Monini et. al., 2020).

Kromě akutních komplikací mohou pacienti závislí na UPV trpět i chronickými komplikacemi, jako jsou tracheální stenózy (zúžení průsvitu tracheálního tubusu), kalcifikace chrupavky, tracheomalacie (ochabnutí chrupavky tracheálního tubusu), a infekce tracheálního tubusu. Tyto komplikace mohou vést k chronickému respiračnímu selhání a mohou vyžadovat další zásahy, jako je chirurgická korekce. Obezita může být rizikovým faktorem závažných komplikací, morbidity a mortality související s intubací a ventilací na jednotce intenzivní péče (JIP). Pokles funkční reziduální kapacity podporuje uzavření dýchacích cest a tvorbu atelektáz (De Jung, 2020; Žáček, 2017).

Neinvasivní strategie by měly nejprve optimalizovat polohu těla pomocí obrácené Trendelenburgovy polohy nebo polohy vsedě. Neinvasivní ventilace (NIV) je považována za terapii první volby u pacientů s obezitou s pooperačním akutním respiračním selháním. Referenční metodou je preoxygenace s pozitivním tlakem před

intubací. Použití videolaryngoskopie musí zvážit dostatečně vyškolení intenzivisté, zejména u pacientů s několika rizikovými faktory (De Jung, 2020).

Polohování na břicho je terapeutickou volbou u pacientů s těžkým ARDS a obezitou. Po extubaci by měla být zvážena profylaktická NIV, aby se zabránilo opětovné intubaci (Esquinas a a Lemyze, 2018).

COVID - 19

Během celosvětové pandemie COVID-19 byla zaznamenána větší pravděpodobnost těžšího průběhu onemocnění u lidí s vyšším BMI. Často měli tito lidé potřebu hospitalizace na jednotkách intenzivní péče. Podle dat britského Národního zdravotnického systému tvořili lidé s třetím stupněm obezity téměř 8 % pacientů hospitalizovaných na jednotkách intenzivní péče, což je výrazně víc než zastoupení v obecné populaci, které činí 2,9 %. Obezita zvyšuje šanci na těžší průběh infekčních onemocnění, jako je COVID-19. Existuje několik faktorů, které mohou ovlivnit průběh nemoci u pacientů s obezitou, včetně prozánětlivého stavu, patologické interakce mezi tukovými buňkami a imunitním systémem nebo zvýšené srážlivosti krve (Fratlicelli et al., 2023).

1.2.2 Kardiolo­vaskulární komplikace

Ischemická choroba srdeční

Podle studie Interheart je abdominální obezita spojena s významným rizikem vzniku infarktu myokardu. Toto riziko je zesíleno přítomností dalších faktorů, jako jsou diabetes 2. typu a dyslipidémie. Tuková tkáň navíc produkuje cytokiny, které mohou ovlivnit rozvoj ischemické choroby srdeční (ICHS). Nicméně, paradoxně bylo prokázáno, že pacienti s vyšším BMI vykazují menší úmrtnost při diagnostikované ICHS než pacienti s normální váhou. To naznačuje, že v tomto případě může být obezita spojena s protektivním vlivem (Kelly, 2018; Vitásková, 2021).

Hypertenze

Pro rozvoj hypertenze je obezita prokázaným rizikovým faktorem, kdy se riziko jejího vzniku výrazně zvětšuje s hodnotou BMI. (Litwin, et al. 2021). Korelace mezi obezitou a hypertenzí byla dlouho pozorována a řada studií potvrzuje, že obezita zvyšuje riziko

vysokého krevního tlaku. Hypertenze je charakterizována vysokým krevním tlakem, který může vést k poškození srdce, cév a ledvin (Gilbert, 2022; Widimský, 2019).

Obezita je spojena s významným zvýšením rizika hypertenze prostřednictvím několika patofyziologických mechanismů. Zvýšená produkce inzulínu v důsledku obezity může ovlivnit krevní tlak, zatímco zánětlivé procesy spojené s obezitou mohou ovlivnit regulaci krevního tlaku prostřednictvím komplexních molekulárních mechanismů. Porucha endotelové funkce, která je spojena s obezitou, může také podstatně ovlivnit krevní tlak tím, že snižuje relaxaci cév a zvyšuje vaskulární tonus. Zvýšená tuková tkáň spojená s obezitou může vést k nadměrné produkci reninu, což má za následek zvýšení krevního tlaku (Widimský, 2019; Heiner, 2022).

Riziko hypertenze a hypertenzního poškození cílových orgánů se zvyšuje s expozicí metabolických rizikových faktorů, které jsou určovány narušeným složením těla a viscerální obezitou. Vzhledem k tomu, že primární hypertenze i hypertenze související s obezitou mají podobnou patogenezi, jsou principy léčby stejné a jsou zaměřeny nejen na snížení krevního tlaku, ale také na normalizaci tělesného složení a metabolických abnormalit (Matoulek, 2021).

Trombembolická nemoc (TEN)

Obezita zvyšuje riziko vzniku trombembolické nemoci (TEN), což je vážné onemocnění, které může vést k úmrtí a je častější u pacientů s vyšším stupněm obezity. Nedostatečná antikoagulace může být problémem u pacientů s TEN, a proto je vhodné monitorovat hladinu anti-Xa v séru u pacientů s obezitou. Doporučuje se profilaktické podání enoxaparinu nebo nadroparinu u obézních pacientů a časná rehabilitace a vertikalizace pacienta. Použití kompresních pomůcek je dalším opatřením v účinné v prevenci TEN (Sbraccia, 2019).

Cévní mozkové příhody (CMP)

Obezita je také nezávislým rizikovým faktorem pro vznik cévních mozkových příhod (CMP), které mohou být hemoragické nebo ischemické. Hyperkoagulační stavy, inzulinorezistence a hypertenze mohou zvýšit riziko CMP u obézních pacientů. Studie ukazují, že riziko vzniku hemoragické CMP se zvyšuje o 6 % a ischemické CMP o 4 % s každým nárůstem BMI o jednotku. Obézní muži jsou dvojnásobně více postiženi CMP než muži s normální váhou. Kromě toho, špatně korigovaná hypertenze, inzulinémie,

inzulinorezistence a hyperleptinemie mohou mít vliv na vývoj CMP u obézních pacientů (Kushner, 2021).

1.2.3 Metabolická rizika

Diabetes mellitus

Obezita a diabetes mellitus 2. typu jsou propojeny a jejich kombinace zvyšuje rizika chronických komplikací, zároveň jsou součástí metabolického syndromu. Kromě pozitivní rodinné anamnézy je obezita nejvýznamnějším rizikovým faktorem vzniku diabetu 2. typu a její rozvoj může vést k jeho neuspokojivé kompenzaci. Obezita dále přispívá ke vzniku chronických komplikací diabetu (Fábryová a Holéczy, 2019).

Diabetes mellitus může také přispívat k rozvoji obezity, zvláště při léčbě inzulinem nebo některými PAD, která vedou ke zvýšení hmotnosti. V posledním desetiletí bylo zvýšené riziko obezity spojeno i s diabetes mellitus 1. typu. Obezita je také dle studií významným rizikovým faktorem rozvoje chronických komplikací u diabetiků 1. typu. Nejužším spojením je její vztah zejména s rizikem vzniku kardiovaskulárních komplikací, které jsou nejčastější příčinou úmrtí diabetiků 1. typu (Fábryová, 2019; Fried et al. 2018).

Metabolický syndrom

Metabolický syndrom je souborem patofyziologických a biochemických faktorů. Kombinací těchto faktorů se výrazně zvyšuje riziko vzniku aterosklerotických kardiovaskulárních komplikací (Heiner et al., 2022).

Metabolický syndrom je stále častější zdravotní problém, který postihuje lidi po celém světě. Tento syndrom je charakterizován kombinací rizikových faktorů, jako jsou obezita, vysoký krevní tlak, poruchy metabolismu cukrů a cholesterolu v krvi. Tyto faktory zvyšují riziko kardiovaskulárních onemocnění, diabetu a dalších zdravotních problémů (Heiner et al., 2022; Matos, 2022). Podle nedávných studií má metabolický syndrom negativní dopad na zdraví nejen dospělých, ale i dětí a adolescentů. Mezi hlavní rizikové faktory patří sedavý způsob života, nadměrná konzumace kalorické stravy, stres a genetické predispozice. Pravidelná fyzická aktivita, zdravá strava a snížení stresu jsou zásadní pro snížení rizika vzniku metabolického syndromu (Matos, 2022).

Inzulínová resistance

Inzulínová resistance je často považována za hlavní faktor v patogenezi Reavenova metabolického syndromu. U lidí bez diabetu je inzulínová hladina přibližně úměrná míře inzulínové resistance. Pokud má člověk normální funkčnost beta-buněk, může překonat inzulínovou resistenci tím, že vylučuje více inzulínu. To se nazývá hyperbolická křivka závislosti citlivosti na inzulínu a inzulínové hladině, kterou popsal Ferrannini. Pokud je citlivost na inzulín vyšší, méně inzulínu je potřeba, aby se dosáhlo stejného účinku. Naopak, pokud je citlivost na inzulín nižší, je nutná vyšší hladina inzulínu k dosažení stejného účinku (Kushner, 2021).

Vztah mezi inzulínovou resistencí a obezitou je komplikovaný. Inzulínová hladina koreluje s BMI a obvodem pasu, ale u obézních lidí se hyperbolická křivka závislosti citlivosti na inzulínu a inzulínové hladině posouvá nahoru a doprava. To znamená, že obézní lidé mají vyšší hladinu inzulínu, která neodpovídá pouze přítomné inzulínové resistenci, ale je vždy o něco vyšší. Stále je ještě nejasné, jak inzulínová resistance funguje a jak se reguluje, ale její úloha při vzniku obezity a metabolického syndromu je nepopiratelná. Efektivita inzulínu závisí na BMI. Poměr hypersekrece a inzulínové resistance ovlivňuje inzulínovou hladinu, přičemž u štíhlých lidí je tento poměr přibližně 1:1, zatímco u výrazně obézních lidí se poměr mění na 3:2. To znamená, že s rostoucí obezitou se zvyšuje podíl hyperinzulinémie z hypersekrece (tělo produkuje více inzulínu, než by potřebovalo na zvládnutí přítomné inzulínové resistance) (Sbraccia, 2019).

1.2.4 Nádorová onemocnění

V posledních letech byla zjištěna souvislost mezi obezitou a vznikem nádorových onemocnění. Podle American Cancer Prevention Study 2 je obezita spojena nejen s hormonálně podmíněnými nádory, jako je rakovina prsu, endometria, ovarií, prostaty a kolorektální karcinom, ale také s dalšími typy nádorů, včetně rakoviny ledvin, lymfomů a leukémie. Riziko vzniku nádoru roste s tím, jak se zvyšuje stupeň obezity. U morbidně obézních osob je riziko vzniku nádoru až o 1,52 vyšší u mužů a o 1,62 u žen (Kushner, 2021).

1.3 Ošetrovatelská péče o pacienta s obezitou

1.3.1 Intenzivní ošetrovatelská péče

Na odděleních intenzivní péče jsou hospitalizováni pacienti, kteří jsou přímo ohroženi potenciálním nebo již probíhajícím selháváním jednoho nebo více orgánů. Dalším důvodem hospitalizace je aktuální selhání životních funkcí nebo jeho bezprostřední riziko (Kapounová, 2020).

Intenzivní péči lze rozdělit do tří stupňů. Třetí – nejvyšší stupeň je určen pacientům, kterým selhávají dvě a více orgánových funkcí, kdy jejich přežití je závislé na přístrojové a farmakologické podpoře. Druhý stupeň zahrnuje pacienty se selháním jedné životní funkce, tato skupina pacientů potřebuje především monitoring, přístrojové a farmakologické zajištění. První stupeň je určen pacientům, kteří prokazují příznaky orgánové dysfunkce, důležitý je zde monitoring a nižší potřeba farmakologické a přístrojové podpory (Kapounová, 2020, Zadák et. al., 2017).

Obdobně, jako se dělí intenzivní péče se dají rozčlenit i jednotlivá pracoviště resuscitační a intenzivní medicíny. Pracoviště třetího stupně poskytují vysoce specializovanou a komplexní péči v diagnostice, monitoraci a terapeutických postupech - v praxi označovaná jako anesteziologicko-resuscitační oddělení (ARO). Do druhého stupně spadají většinou oddělení označované zkratkou JIP, kde již jsou pacienti více stabilní a méně závislí na přístrojové technice a posledním stupněm jsou označovány intermediální pokoje, které jsou charakteristické vyšší mírou soběstačnosti pacienta. Samozřejmě v praxi záleží na konkrétním zdravotnickém zařízení jak má jednotlivá oddělení rozdělena a jaká je skladba pacientů na nich (Zadák et al. 2017).

Péče o obézního pacienta v intenzivní péči vyžaduje vysoké nároky jak na personál, tak i na poskytnutý čas. Ošetrovatelské intervence u těchto pacientů jsou časově náročnější než u neobézních pacientů a často se vyskytují rizika komplikací souvisejících s obezitou. Mechanické komplikace, jako je například nebezpečí pádu, jsou častým problémem. Ošetrovatelský personál musí být obezřetný, aby se předešlo úrazům pacienta při jeho manipulaci, a i úrazům personálu samotného. Stejně tak by měla péče o obézního pacienta být stejně kvalitní a adekvátně přizpůsobena jeho potřebám, jako u každého jiného pacienta. Je nesmírně důležité respektovat práva pacienta, poskytovat

mu citlivou péči a dodržovat jeho soukromí (Hudáková, 2020; Lewandowski et. al 2011).

Komunikace s pacienty trpícími obezitou je klíčovým prvkem v jejich léčbě. Během komunikace můžeme zjistit, že pacient nevnímá obezitu jako nemoc, nebo že již se nechce snažit o změnu. V komunikaci je nezbytné s pacientem diskutovat možnosti léčby a snižování hmotnosti, důkladně probrat jejich přínosy a rizika a připomenout možné zdravotní komplikace s obezitou spojené. Je důležité, aby zdravotnický personál přistupoval k pacientům s laskavostí a empatií, zejména při citlivých tématech jako je váha pacienta (Herlesová, 2019).

1.3.2 Vybrané komplikované intervence v intenzivní péči

V následující podkapitole jsou vybrány intervence u obézních pacientů, které mohou být v intenzivní péči komplikované. Zároveň zde jsou uvedeny možné ošetřovatelských diagnózy, které se pojí s danými intervencemi. Ošetřovatelské diagnózy tvoří základ pro plánování a následnou realizaci ošetřovatelského procesu. NANDA International v roce 2021 uvedla, že *„Ošetřovatelská diagnóza je klinickým posouzením lidské reakce na zdravotní stav/procesy nebo náchyllost jedince, rodiny, skupiny nebo komunity. Ošetřovatelská diagnóza poskytuje základ pro výběr ošetřovatelských intervencí k dosažení výsledků, za které je sestra zodpovědná.“* (Herdman a kol., 2021, s. 424). Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny podle NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2021-2023. I obezita samotná je ošetřovatelskou diagnózou – Obezita (00232).

Kardiopulmonární resuscitace

Resuscitace u pacientů s obezitou se řídí stejným algoritmem jako u pacientů s normální hmotností, ale vzhledem k jejich stavu je třeba brát v úvahu některé specifické faktory. Provedení účinné kardiopulmonální resuscitace (KPR) u pacientů trpících obezitou může být problematické z několika důvodů, jako je omezený přístup k pacientovi a jeho transport, nutnost zajištění průchodnosti dýchacích cest, zajištění kvality srdeční masáže, účinnost použitých vazoaktivních léků a defibrilace (Gupta, 2016).

Při provádění komprese hrudníku u obézních pacientů by měla být dodržována maximální hloubka komprese hrudníku 6 cm. Je to způsobeno tím, že provádění resuscitace u pacientů s větší váhou vyžaduje větší úsilí, aby byla účinná, zároveň

se doporučuje častější střídání zdravotníků. Pokud je nutné použít defibrilaci, měla by být postupně eskalována energie výbojů až do maximální nastavitelné úrovně. Doba ventilace pomocí obličejové masky by měla být minimalizována a techniku by měl provádět nejzkušenější zdravotník s držení masky oběma rukama. Pokud je k dispozici zkušený lékař, měl by být přítomen schopen provést tracheální intubaci v raném stadiu KPR (Douglas, 2004; Manning 2020).

Při použití mechanické KPR je velikost hrudníku pacienta klíčovým faktorem. Systém Lucas, který je nejčastěji používaným přístrojem pro mechanickou KPR, může být použit u pacientů s výraznou abdominální obezitou pouze tehdy, pokud mají přiměřeně velký hrudník a lze přístroj na něj upevnit. Přístroj je schopen pojmout pacienty s výškou sternu 17 - 30,3 cm a se šířkou hrudníku 45 cm (LUCAS – Chest Compression System). Související ošetrovatelské diagnózy s resuscitací: snížený srdeční výdej – 00029, neefektivní tkáňová perfuze (kardiopulmonální, cerebrální, periferní) – 00024, oslabené dýchání – 0003 (Herdman a kol, 2021).

Kanylace cévního řečiště

Zajištění přístupu do krevního řečiště je základním prvkem každého léčebného postupu u nemocných v kritickém stavu (Charvát, 2016). Indikacemi přístupu do krevního oběhu dle Kapounové (2020) mohou být aplikace léků, aplikace tekutin a parenterální výživy, odběry krve pro laboratorní vyšetření a invazivní měření tlaků.

Centrální žilní katetr

Zajištění centrálního žilního katetru patří mezi nejčastější výkony v intenzivní péči. Zavedení katetru se provádí v případech, kdy periferní žíla není dostatečná a kdy je třeba monitorovat centrální venózní tlak (CVP), podávat vysoko objemové náhrady tekutin a transfuzní přípravky, podávat parenterální výživu a léky s vysokou koncentrací nevhodnou pro aplikaci do periferního řečiště (Charvát, 2016).

Při běžných podmínkách jsou pro kanylaci vhodné žíly vena jugularis interna, vena subclavia a vena femoralis. U pacientů s obezitou je však kanylace vena femoralis nevhodná kvůli infekčnímu riziku a zhoršeným podmínkám pro péči o katetr. Kanylaci vena jugularis interna lze u pacientů s obezitou považovat za nejbezpečnější a technicky nejúspěšnější. Zajištění centrálního cévního vstupu může být obtížné kvůli nezřetelným anatomickým orientačním bodům, změněnému úhlu kanylace a zvýšené hloubce

dosažitelnosti cév. Proto se při kanylaci doporučuje použít metody punkce pod stálou ultrazvukovou kontrolou (Charvát, 2016; Ostroff, 2022).

K monitoraci oběhu u pacientů s obezitou se využívá kanylace arteriálního katetru a invazivní monitoring krevního tlaku. Při použití neinvazivního měření krevního tlaku musí být zvolena správná šířka manžety, což u pacientů s obezitou může být kvůli velkému objemu paže obtížné. Hodnoty hemodynamických parametrů u pacientů s obezitou by neměly být odlišné od hodnot pacientů s fyziologickou hodnotou BMI. S rostoucí tělesnou hmotností sice roste objem krve a klidový srdeční výdej, ale když vezmeme v úvahu velikost tělesného povrchu, jsou hodnoty srovnatelné (Charvát, 2016).

Zajištění periferního žilního katetru

Zajištění periferního žilního katetru bývá nezbytné, když potřebujeme akutně žilní přístup a není možnost čekat na zavedení centrálního. Dále například na nižším stupni intenzivní péče, kdy se pacientovi vyndá centrální žilní vstup, ale je nutné mít ještě zajištěn přístup do krevního řečiště. Pacienti s obezitou nebo edémy představují pro sestry pracující v intenzivní péči zvláštní výzvu. Sestry musí při zavádění intravenózního katetru zohlednit specifické anatomické rozložení tukové tkáně, aby zajistily správné umístění katetru a minimalizovaly riziko vzniku hematomů nebo jiných poškození. U pacientů s edémem může být obtížné najít vhodné místo pro zavedení katetru, z důvodu omezeného přístupu k žilám (Charvát, 2016).

Sestry musí být schopny identifikovat žíly, které jsou vhodné pro katetrizaci a minimalizovat poškození nebo flebitidu cév. Účinnými strategiemi, jak si pomoci při zavedení periferního žilního katetru u obézních pacientů jsou – použití více turniketů, aplikace teplého obkladu, aby došlo k vazodilataci, asistence další sestry při natažení tkání a zaměření se na palpaci žíly. Pro snadnější zavedení katetru může sestra použít, pokud má k dispozici, žilní transiluminátor, aby lokalizovala a určila velikost žil. Dalším doporučením je lokalizovat povrchové žíly na palcové straně zápěstí, na hřbetu ruky a na vnitřním povrchu předloktí, protože tyto oblasti mají méně spodních tuků ve srovnání s jinými částmi paže (Ostroff, 2022). Související ošetřovatelské diagnózy: porušená kožní integrita – 00046, porušená tkáňová integrita – 00044 (Herdman a kol, 2021).

Cévkování nebo zavádění PMK

Cévkování u obézních pacientů může být náročné v důsledku anatomických obtíží, zhoršené vizualizaci, zvýšeného rizika komplikací a nutnosti použít větší cévky. Obézní pacienti mohou mít větší množství tuku v oblasti břicha, což ztěžuje přístup k močovému měchýři a uretře. Větší vrstva tuku také může ztížit vizualizaci anatomických struktur, což zvyšuje riziko chyb. Obézní pacienti mají navíc větší riziko komplikací v důsledku zvýšeného tlaku v oblasti břicha, jako jsou infekce a krvácení. Kromě toho mohou být potřeba cévky větších velikostí než u běžných pacientů. Pro minimalizaci rizika komplikací a maximalizaci pohodlí a bezpečnosti pacienta je nezbytné, aby cévkování u obézních pacientů bylo prováděno zkušeným zdravotnickým personálem s použitím vhodných technik a vybavení (Hewes et al., 2011). Související ošetrovatelské diagnózy: porušené vyprazdňování moči – 00016, retence moči – 00023, riziko infekce – 00004 (Herdman a kol, 2021).

Intubace a ventilace

Intubace je považována za nejbezpečnější invazivní metodu pro zajištění dýchacích cest. Tato procedura zahrnuje zavedení tracheální rourky do trachey buď ústy (orotracheální intubace) nebo nosem (nasotracheální intubace). Nicméně, úspěšnost této metody může být ztížena přítomností obezity (Žáček, 2017). Související ošetrovatelské diagnózy: oslabené dýchání – 00033, neefektivní dýchání – 00032 (Hedrman a kol., 2021).

Obézní pacienti mají větší pravděpodobnost obtížné intubace v důsledku anatomických změn, jako jsou: omezení pohybu athalookcipitálního skloubení a krční páteře, nadměrné záhyby tkáně v ústech a hltanu, krátký a tlustý krk, suprasternální, presternální a zadní cervikální tuk, silný submentální tukový polštář a zvýšené množství tukové tkáně v laterálních stěnách hltanu. Hlavním ukazatelem obtížné intubace u obézních pacientů je obvod krku (Manning, 2020).

V případě očekávané obtížné intubace je vhodné zvažovat intubaci pacienta při vědomí za použití flexibilního bronchoskopu. Před intubací je však nutné dostatečně preoxygenovat pacienta, protože obézní pacienti mají menší reziduální kapacitu plic a nižší zásoby kyslíku. V případě urgentní nebo neplánované situace je nutné mít připravené pomůcky pro zvládnutí obtížné intubace (videolaryngoskop, bronchoskop,

zavaděč, bužii) a pomůcky pro alternativní zajištění dýchacích cest (laryngeální masku, kombirourku, set pro urgentní koniopunkci) (De Jong, 2020).

Vzhledem k negativnímu vlivu obezity na respirační systém a dýchání potřebují obézní pacienti daleko častěji podporu umělé plicní ventilace (UPV) než pacienti s normálními hodnotami BMI. Zvýšená abdominální obezita, zvýšený nitrobřišní tlak, metabolický syndrom a snížená poddajnost hrudní stěny jsou faktory, které přispívají k většímu výskytu atelektáz a obstrukčních ventilačních poruch u obézních pacientů (De Jong, 2020, Žáček, 2017).

Obézní pacienti vykazují výraznější potřebu podpory umělé plicní ventilace (UPV) v porovnání s pacienty s normální hmotností těla. Důležité je si uvědomit, že obézní pacienti mají stejně velké plíce s kapacitou jako osoby s menší konstitucí. To znamená, že při použití ventilátoru by měl být nastaven stejný dechový objem jako u osoby s ideální váhou, což se vypočítá jako ideální tělesná hmotnost (IBW) v kilogramech podle různých vzorců, například podle Robinsona. Nastavení ventilace s odlišným dechovým objemem může vést k vážnému poškození plicní tkáně (De Jong, 2020). Dále může dojít k chybnému nastavení ventilačních parametrů z důvodu zhoršené poddajnosti respiračního systému, což může ovlivnit schopnost ventilátoru vyhodnotit skutečnou poddajnost plic. Proto se doporučuje měření jícnových tlaků, pokud je to možné (Žáček, 2017).

U obézních pacientů bývá obtížný proces odvykání od ventilátoru a samotná extubace. Tyto osoby mají až dvakrát větší riziko selhání extubace než pacienti s normální hmotností. Proto je vhodné provádět extubaci v Anti-Trendelenburgově poloze nebo v polosedu, aby byla zachována průchodnost dýchacích cest a snížena tvorba atelektáz (Kushner, 2021). Po extubaci je vhodné zařadit časovanou neinvazivní plicní ventilaci, například v režimu Continuous Positive Airway Pressure (CPAP), jako prevenci kolapsu alveolů. Tento režim udržuje v dýchacích cestách vyšší tlak než atmosférický během celého dechového cyklu, což vede ke snížení dechové práce, usnadnění nádechu, ovlivnění plicní poddajnosti a oxygenační funkce plic (Manning, 2020). Související ošetrovatelské diagnózy: dysfunkční odpojování umělé plicní ventilace – 00034, narušená verbální komunikace – 0005 (Hedrman a kol., 2021).

Hojení ran a péče o kůži

Přítomnost obezity zvyšuje riziko vzniku infekcí a infekčních komplikací spojených s hojením ran. U kriticky nemocných pacientů s obezitou může dojít k nehojení ran, které se mohou dokonce rozpadnout v důsledku tahu okolních tkání a zvýšeného napětí v ráně. Celý proces je způsoben nedostatečným přísunem kyslíku do tkání v okolí rány, který je způsoben útlakem a zvýšeným napětím tukové tkáně. U morbidně obézních pacientů se často vyskytuje snížená vitální kapacita plic, což omezuje přísun kyslíku pro hojení ran. Nedostatek kyslíku má také negativní vliv na produkci kolagenu fibroblasty, který taky může ovlivnit proces hojení. U každého pacienta je důležité zhodnotit stav nutriční, protože i když obézní pacienti mohou působit, že mají dostatek živin, často jsou malnutriční (Hlinková, 2019).

Při péči o obézní pacienty je důležité hodnotit riziko vzniku dekubitů pomocí doporučených škál, např. Knollova stupnice, stupnice dle Bradenové, Stupnice dle Nortonové. Doporučení pro klinickou praxi EPUAP z roku 2016 zdůrazňuje důležitost bezpečného prostředí a kvalitních pomůcek, stanovení hodnoty BMI a nutričního stavu pacienta a pravidelnou kontrolu celého kožního krytu. Polohování obézních pacientů vyžaduje založení všech kožních záhybů a využití polohovacích pomůcek. Pokud dojde k vzniku dekubitu, je důležité pravidelně kontrolovat defekt, zajistit dostatečnou výživu a sledovat projevy infekce (Swezey, 2015). Související ošetrovatelské diagnózy: riziko dekubitu – 00249, riziko vzniku infekce – 00004, poškozená kožní integrita – 00046, poškozená tkáňová integrita – 00044 (Hedrman a kol., 2021).

2 Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Popsat problematiku hospitalizace obézního pacienta na jednotce intenzivní péče.

Cíl 2: Zjistit, jak péče o obézního pacienta ovlivňuje práci všeobecné sestry na jednotce intenzivní péče.

2.2 Výzkumné otázky

VO1 : S jakými problémy se všeobecné sestry setkávají při péči o obézního pacienta na jednotkách intenzivní péče ?

VO2: Jak ovlivňuje péče o obézního pacienta práci všeobecné sestry?

2.3 Hypotézy

H1: Znalosti sester spojené s problematikou péče o obézního pacienta se odlišují v závislosti na délce praxe.

H2: Znalosti sester spojené s problematikou péče o obézního pacienta se odlišují v závislosti na typu oddělení intenzivní péče.

H3: Znalosti sester se odlišují v závislosti na frekvenci, se kterou se s obézními pacienty setkávají.

H4: Existuje rozdíl v hodnocení náročnosti péče o obézního pacienta sestrami na jednotkách intenzivní péče v závislosti na věku sestry.

H5: Existuje rozdíl v hodnocení náročnosti péče o obézního pacienta sestrami na jednotkách intenzivní péče v závislosti na typu jednotky intenzivní péče.

H6: Postoj sester k péči o obézní pacienty (tj. s BMI nad 30 kg/m²) se odlišuje v závislosti na délce praxe sestry.

H7: Postoj sester k péči o pacienty s nadváhou (tj. BMI 25–30 kg/m²) je rozdílný v závislosti na délce praxe.

2.4 Operacionalizace pojmů

V souladu s definicí obezity uváděnou WHO (2021) považujeme za **pacienta s nadváhou** takového pacienta, který má hodnoty BMI větší než 25 kg/m² ale méně než 30 kg/m².

Obézní pacient je pro účely této diplomové práce definován jako pacient, který má hodnotu BMI větší než 30 kg/m² (WHO, 2021).

Za **jednotku intenzivní péče** považujeme dle Bartůňka (2016) všechna oddělení spadající do jedné ze tří stupňů intenzivní péče (i intermediální jednotky), ale neřadíme sem dospávací pokoje a sály, z důvodu, že pacient zde může být jen krátký časový úsek a neprobíhá zde péče o pacienta tak komplexně jako na odděleních (Bartůněk, 2016).

Všeobecná sestra je pro účely této práce definována jako osoba, která dosáhla příslušného vzdělání v oboru všeobecná sestra v nejméně tříletém akreditovaném zdravotnickém bakalářském studijním programu nebo v nejméně tříletém studiu v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšší odborné škole. Řadíme sem i sestry, které absolvovaly střední zdravotní školu v obor všeobecná sestra (studium zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004) (Zákon č. 201/2017 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání).

Znalosti sester jsou pro účely této práce definovány jako znalosti týkající se schopnosti porozumět a aplikovat odborné znalosti a dovednosti v oblasti ošetrovatelské péče. V našem případě se znalosti zabývají převážně diagnostikou, prevencí, definicí pacienta s nadváhou a obezitou a výpočtem BMI (Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester, 2017).

Podle Evropské agentury pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci (2019) je **náročnost práce** charakterizována vysokou mírou fyzické nebo psychické zátěže, která může mít negativní dopad na zdraví a psychickou pohodu pracovníka (European Agency for Safety and Health at Work, 2019).

Postoj sestry je pro účel této diplomové práce definován jako vnitřní psychologický postoj, který odráží její vztah k péči o pacienta s obezitou nebo nadváhou a k těmto pacientům samotným. Postoj sestry může mít významný vliv na kvalitu ošetrovatelské péče (Polit, 2017).

3 Metodika

3.1 Použité metody

Pro zpracování empirické části této diplomové práce bylo využito smíšené výzkumné strategie. V rámci kvalitativního výzkumu bylo využito polostrukturovaných rozhovorů. Kvantitativní výzkum byl realizován za pomoci nestandardizovaného dotazníku. Účelem kvalitativního výzkumu bylo zmapování problematiky péče o obézní pacienty na jednotkách intenzivní péče a popsání problémů, se kterými se sestry setkávají, stejně jako dopadu, který na ně péče o tyto pacienty má. Informanti pro kvalitativní výzkum byli získáváni za pomoci metody metody sněhové koule (snowball sampling). Tato metoda „nabaluje“ účastníky podle doporučení těch předchozích. Základním východiskem je získání kontaktu s prvními účastníky (s „první generací“), které se může uskutečnit prostřednictvím instituce nebo osobním kontaktem (nulová fáze). Pro první fázi získáváme potenciální účastníky tak, že je nominují účastníci nulté fáze (Kutnohorská, 2009).

Osnova k polostrukturovanému rozhovoru byla sestavena na základě cílů práce, výzkumného záměru, vlastních zkušeností a studia odborné literatury. Po prvotním sestavení osnovy byly realizovány 3 rozhovory k ověření srozumitelnosti připravených otázek, tyto rozhovory nebyly zařazeny do diplomové práce z důvodu rozsáhlé úpravy osnovy rozhovoru. Následně došlo k finalizaci osnovy rozhovoru (viz Příloha č. 1). Všichni informanti byli seznámeni s účelem tohoto rozhovoru a s pořizováním zvukového záznamu (viz Příloha č.2). S účastí na výzkumu všichni souhlasili.

Na základě výsledků kvalitativního výzkumu, cílů práce a hypotéz, vlastních zkušeností a studia odborné literatury byl sestaven nestandardizovaný dotazník pro kvantitativní výzkumné šetření. Tento dotazník byl zcela anonymní. Dotazník obsahoval celkem 45 položek a byl složen z otázek uzavřeného typu, polouzavřeného typu a otevřeného typu (viz Příloha č. 3). V dotazníku byla využita i Likertova škála. V úvodu dotazníku bylo představeno téma práce, účel sběru dat a jaká z vyplnění plynou rizika a přínosy pro respondenty. Prvních sedm otázek dotazníku bylo demografického charakteru a dotazovaly se na pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání a specializační vzdělání, délku praxe a aktuální pracoviště respondentů. Následujících sedm otázek bylo zaměřeno na znalosti respondentů související s péčí o obézního pacienta. Další otázky se zaměřovaly na hodnocení náročnosti péče a celkovou problematiku ošetrovatelské

péče o oběžního pacienta. Otázky 29–31 zkoumaly subjektivní postoj zdravotníků k péči o oběžního pacienta. Otázky 36–39 se zaměřovaly na polohovací pomůcky a školení o manipulaci. Následující otázky zjišťovaly, zda je personální složení na směnách z pohledu respondentů dostatečné. V posledních třech otázkách měli respondenti možnost uvést, co by z jejich pohledu zlepšilo péči o oběžní pacienty na jednotkách intenzivní péče, vyjádřit se, zda by za práci s oběžními pacienty měli být ohodnoceni příplatky a poslední otázka byla zcela otevřená k vyjádření se k problematice dotazníku. Dotazník byl vytvořen jako online verze za použití webu www.surveymonkey.com.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Informanti pro kvalitativní část výzkumu byly získávány metodou snowball. Výběr informantů byl záměrný. Cílem bylo obsáhnout všechny stupně intenzivní péče v takovém zastoupení, aby bylo dosaženo teoretické saturace. Nejvíce všeobecných sester nebo sester se specializací pracujících na jednotkách intenzivní péče bylo osloveno na anesteziologicko resuscitačních odděleních, kde jsou pacienti často pod vlivem sedace a míra dopomoci pacienta zde není vysoká. Odpovědi byly získány od 7 informantek, u osmé se již informace značně opakovaly a rozhovor nevedl k žádným novým poznatkům, proto rozhovor nebyl zařazen do diplomové práce a ani na těchto odděleních již nebyly další rozhovory realizovány. Stejná situace se opakovala na jednotkách intenzivní péče, kde se výzkumný soubor ustálil na 3 sestřích. A v posledním případě intermediální péče byly respondentky pouze 2, z důvodů nepříliš velké četnosti výskytu intermediálních oddělení a stoupající míře soběstačnosti pacienta. Zároveň dalším kritériem byla ochota sester se rozhovoru zúčastnit. Pro přehlednost byly sestry označeny písmenem S a náležejícím číslem (S1 – S12).

U kvantitativního výzkumného šetření byl použit kvótní výběr - 200 respondentů. Vybraní respondenti museli pracovat v intenzivní péči na pozici všeobecná sestra.

3.3 Provedení předvýzkumu

Před zahájením distribuce dotazníku byla ověřena správnost a srozumitelnost pomocí předvýzkumného šetření, kdy online dotazník vyplnilo 7 sester pracujících na jednotkách intenzivní péče. Oslovení respondenti shodně uvedli, že je těžké posoudit, jestli personální složení na směnách je dostatečné pouze pomocí jedné otázky. Proto byla původní otázka přeformulována a přidány další dvě, aby byly zahrnuty všechny

možnosti směn – denní, noční, víkendy nebo svátky. Dotazníky vyplněné během předvýzkumu nebyly zařazeny do zpracování.

3.4 Realizace výzkumu

Kvalitativní výzkum probíhal od 1.3. 2023 do 31. 3. 2023. Většinou se jednalo o sestry pracující v intenzivní péči v Plzni a Praze. S těmito sestrami, byl rozhovor veden osobně. Zbývající 4 sestry byly kontaktovány pomocí Skype komunikace. Následně byly zpracovány přepisy rozhovorů ze zvukových záznamů za použití programu Microsoft Word. Získané přepisy byly analyzovány a pomocí otevřeného kódování metodou „tužka a papír“ uceleny do osmi kategorií, následně byly některým kategoriím ještě přiřazeny podkategorie.

Dotazníkové šetření probíhalo online formou od 1.4. 2023 do 7.4. 2023. Dotazníky byly rozesílány formou odkazu sestrám pracujícím v intenzivní péči, které následně dotazníky rozšiřovaly na svá pracoviště. Dále byly sestry pracující v intenzivní péči oslovovány pomocí skupin na sociálních sítích, kdy byly vybírány skupiny zaměřené na intenzivní péči. Celkem se za dané období nashromáždilo 205 vyplněných dotazníků.

3.5 Metodika statistického zpracování dat

Výsledky dotazníků byly zpracovány pomocí programu Microsoft Office Excel 365, verze 2010. Statistická analýza proběhla v programu STATISTICA 12. Při analýze byly využity metody aritmetického průměru, směrodatné odchylky, kontingenční tabulky, t-testu, Fisherova exaktního testu, ANOVY a korelace.

Cílem analýzy rozptylu (**ANOVA**) je určit, zda střední hodnoty sledovaného znaku v různých skupinách se odlišují nebo ne.

Korelace vyjadřuje vzájemný vztah mezi dvěma náhodnými procesy, pokud se mezi nimi identifikuje korelace, je pravděpodobnost, že procesy na sobě závisejí.

Fisherův exaktní test je statistická metoda, která se používá pro testování vztahu mezi dvěma kategoriálními proměnnými. Jedná se o neparametrický test, poskytuje přesnou pravděpodobnostní hodnotu pro určení signifikance výsledků, což je užitečné pro malé vzorky dat (Matematická biologie učebnice: Analýza a management dat pro zdravotnické obory, Analýza klinických dat).

4 Výsledky výzkumného šetření

4.1 Výsledky kvalitativního výzkumného šetření

Tabulka č. 1 - Identifikační údaje

Sestry	Pracoviště	Věk	Délka praxe	Vzdělání
S1	Kardiochirurgické ARO	27 let	4 roky	Bc. – zdravotnický záchranář, Dis. – všeobecná sestra
S2	Kardiochirurgické ARO	43 let	21 let	SZŠ, Arip
S3	Všeobecné ARO	44 let	20 let	Mgr., Arip
S4	Všeobecné ARO	35 let	10 let	Bc., Arip
S5	Všeobecné ARO	32 let	10 let	Bc., Arip
S6	Kardiochirurgické ARO	25 let	3 roky	Bc.
S7	Chirurgické ARO-DIP	31 let	9 let	Bc., Arip
S8	Neurologická JIP	25 let	6 let	Bc., probíhající Mgr. studium v intenzivní péči
S9	Kardiologická JIP	26 let	4 roky	Dis.
S10	Chirurgická JIP	37 let	15 let	SZŠ
S11	Intermediální pokoj kardiologie	27 let	4 roky	Dis., probíhající Bc. studium všeobecná sestra
S12	Intermediální pokoj kardiologie	53 let	20 let	Dis., Arip

Legenda: vzdělání - Bc. - bakalářské, Dis. - diplomovaná specialistka, Arip - vzdělání v oboru anestezie, resuscitace a intenzivní péče, Mgr. - magisterské, SZŠ - střední zdravotnická škola

4.1.1 Kategorizace výsledků

I. Manipulace s obézním pacientem

I.I. Polohování

I.II. Manipulační a polohovací pomůcky

II. Problémy s komunikací s obézním pacientem

III. Psychika obézního pacienta

IV. Péče o kůži

IV.I. Hygiena

IV.II. Převozky ran

IV.III. Dekubity

V. Komplikace při odběru venózní krve

VI. Postoje sester

VI.I. Postoj sester k pacientům s nadváhou

VI.I.I. Postoj sester k obézním pacientům

VII. Stigmatizace obézního pacienta

VIII. Ošetrovatelský standard

Kategorie I. – Manipulace

První kategorie je rozdělena na dvě podkategorie. V první podkategorii je nastíněno polohování oběžných pacientů a druhá se zabývá manipulačními a polohovacími pomůckami. Správná manipulace s oběžným pacientem je při poskytování ošetrovatelské péče klíčová, tak aby nedošlo k poškození zdravotního stavu pacienta, ale ani zdravotnického personálu. Vždy je potřeba zajistit dostatečné množství pomůcek pro správnou manipulaci s pacientem a dostatek personálu. Téměř všechny sestry uvedly, že největší problém péče o oběžního pacienta je právě kvůli ztížené manipulaci s ním. S4, uvádí: *„Jako problémovou hodnotím jakoukoliv manipulaci s pacientem.“* Sestra S8 upozornila na možnost dalšího závažného problému, kterým bývá nedostatek zdravotnických pracovníků na směnách s oběžnými pacienty: *„Nevadí mi, že je pacient oběžní, ale pokud není dostatek personálu, vadí mi právě potíže při manipulaci s pacientem.“* Podobného názoru je i S7: *„Na správně provedenou manipulaci s pacientem nám chybí lidi.“* Existuje řada návodů jak postupovat při manipulaci s oběžným pacientem aby docházelo k co nejmenšímu poškození zdravotního stavu sestry, ale jak dodává S6: *„Ačkoliv existují návody jak vykonávat potřebné pohyby správně pro svoji zdravotní stránku, bohužel často je to nemožné.“* O svých zdravotních problémech se zmiňuje i sestra S2 *„Docházím na rehabilitace kvůli bolestem zad, které bych klidně připsala právě manipulaci s oběžnými pacienty (sama vážím 45 kg). Dokonce v noci na směně nemáme na pomoc ani sanitáře a jsme tak nuceny si vypomáhat, jak jen to jde mezi sebou.“* Náročnost manipulace s oběžným pacientem potvrzuje i jediný dotázaný muž S1: *„Péče o oběžního pacienta probíhá stejně jako o každého jiného, jen hygiena bývá delší a složitější na manipulaci a celkově je nutné větší zapojení sanitářů. Pojem oběžní pacient mám spojen hlavně s tím, že potřebuji k posazení pacienta minimálně další dva lidi. Pacienty bez nadváhy si zvládnou na posteli posadit i bez větší námahy sám.“*

Podkategorie I.I – Polohování

Většina informantů se shodla, že polohování pacienta by mělo být systematické, protože pravidelnými změnami polohy pacienta se minimalizuje nadměrné působení tlaku na tlakové body a zajišťuje se tak správné prokrvení tkání. S10 dodává: *„Intervaly mezi jednotlivými polohami závisí na zdravotním stavu pacienta. Také záleží na zvyku oddělení. U imobilních pacientů by mělo být polohování častější.“* S4 vyzdvihuje

důležitost plánu polohování: „Pro důkladné provádění polohování je na místě sestavit si denní plán polohování a plán souvisejících preventivních opatření. Zároveň v rámci polohování je důležité kontrolovat predikční místa nejlépe při každé změně polohy. Jakmile se objeví příznaky počínajícího dekubitu je nezbytné intervaly mezi polohami zkrátit.”

Z provedených rozhovorů vyplynulo, že polovina dotázaných všeobecných sester polohuje obézní pacienty po 2 hodinách. Všechny tyto sestry pracují na oddělení nejvyššího stupně intenzivní péče. Pohled, jak to vypadá na všeobecném ARO v krajském městě, přináší S5: „Máme na odděleních hodně traumat, kde se jedná o nestabilní pacienty, které nepolohujeme. Standartě polohujeme pacienty po 2 hodinách, pokud není kontraindikace. Jinak máme i možnost automatických laterálních náklonů, která já osobně často právě u obézních pacientů využívám.” Kolik lidí je potřeba na polohování na kardiochirurgickém ARO uvádí S1: „Většinou polohujeme ve dvou lidech, pokud je pacient opravdu obézní tak i ve třech až čtyřech. Vždy je důležité hlídat všechny invaze, aby zůstaly na svém místě. Jinak obézní pacienty přepolohováváme po 2 hodinách.”

Třetina informantek uvádí, že pacienty polohují po 3 hodinách. S10: „Pracuji na chirurgické jednotce intenzivní péče, kde již roste míra dopomoci pacienta a často jsou schopni se v lůžku pohybovat aktivně sami, samozřejmě záleží, po jakém úrazu nebo operaci se pacient nachází. U obézních pacientů provádíme polohování po 3 hodinách, stejně tak jako u chronických pacientů.” Dvě sestry, které pracují na intermediálním pokoji, uvedly, že obézní pacienty nejčastěji nepolohují vůbec nebo po 4 hodinách, jak dokládá výrok sestry S12: „Většinou není polohování obézních pacientů úplně potřeba, dostatečně se hýbou přes den a samovolně v noci. Pokud je potřeba tak polohujeme po 4 hodinách.”

Více než polovina informantů uvedla, že zažili situaci, kdy se obézního pacienta nepodařilo v posteli správně napolohovat. S2: „U obézních pacientů, pokud je chceme přetáčet na boky tak se nám stává, že se jim nevejde paže do postele tak aby si na ní neleželi, proto často musíme sundat postranice u postele a přisunout stolek, na který končetinu položíme a vypodložíme polštáři. Nicméně sundanou postranicí riskujeme, že nám může pacient z postele sklouznout.” Informantka S9 udává, že při

polohování obézních pacientů může dojít ke zhoršení zdravotního stavu: „Míváme potíže napolohovat obézní pacienty, protože s přesunutím tělesné hmoty u pacienta dochází často k útlaku dýchání a celkové oběhové nestabilitě, proto plán polohování vždy konzultujeme s lékařem a pokud se vyskytne během polohování nějaký zdravotní problém, provedeme zápis do dokumentace a dál již u tohoto pacienta využíváme jen laterálních náklonů.“ S12 uvádí, že mnohdy je nemožnost polohování závislá na pacientovi: „Několikrát se mi stalo, že se mi nepodařilo obézního pacienta napolohovat z důvodu nespolupráce, kdy odmítal ležet jinak než na zádech.“

Zbylí informanti uvedli, že se jim obézní pacienty vždy povedlo napolohovat, ale neobešlo se to bez komplikací, jak udává S8: „Napolohovali jsme obézního pacienta vždy, ovšem potíže jsou skoro pokaždé. Je zapotřebí mít dostatek personálu, ideální by byl i elektrický zvedák, ale ten nemáme. Hodně nám pomáhá lůžko s náklony.“ Informantka S4 podtrhuje důležitost bariatrického lůžka na oddělení: „Vždy jsme schopni obézní pacienty napolohovat. Velmi nám pomáhá dostupnost bariatrického lůžka.“

Podkategorie I.II. – Manipulační a polohovací pomůcky

Tato podkategorie se zabývá manipulačními a polohovacími pomůckami, které mají respondenti dostupné na odděleních a využívají je při manipulaci s obézním pacientem. Dostupnost manipulačních pomůcek je spolu s dostatkem ošetrovatelského personálu klíčová pro důkladnou péči o obézní pacienty. Přitom právě na některých odděleních dostatek polohovacích pomůcek chybí. Přítomnost bariatrického lůžka uvedly jen 2 sestry ze všech dotázaných. S5: „Máme dokonce na oddělení k dispozici i bariatrické lůžko a zvedák na pacienty, který jsme zvyklí často používat. Další odlišností je, že používáme laterální náklony, které se dají nastavit i automaticky, takže se po určitých časových intervalech postel sama nakloní, a tak se přesune rozložení hmoty pacienta.“ Pět informantů dále uvedlo, že mají na oddělení dostupný elektrický zvedák na pacienty. Další dvě sestry pracující na intermediálním pokoji vypověděly, že zvedák na oddělení nemají, ale mají možnost si ho zapůjčit z ARO stejné kliniky. Dále se většina informantů shoduje, že polštářů, polohovacích klínů a posazovacích křesílek mají dostatečně. S4 jako jediná uvádí dostupnost polohovací folie na oddělení: „Dokonce nedávno jsme vyfasovali na oddělení polohovací folie, které nám velmi pomáhají právě s polohováním obézních pacientů a upravováním je v lůžku, když

je gravitace neustále tahá dolů.” Alespoň 1 antidekubitní matraci mají dostupnou všichni informanti, ale S1 a S7 uvádí, že pacienti si často stěžují na ztížený spánek na této matraci, kdy je automatizované upouštění a dofukování se budí ze spánku.

Kategorie II. - Problémy s komunikací s obézním pacientem

V další kategorii je rozebrán problém komunikace s obézním pacientem. Problémy v komunikaci mohou být z důvodu zdravotního stavu, který je umocněn právě přítomností obezity, jak se shodla třetina informantek. Častá je zde respirační nedostatečnost pacienta, kdy se pacient může zadýchávat, proto je komunikace ztížená, jak uvádí informantka S5: *„U obézních pacientů mám občas problém jim rozumět, protože nemůžou popadnout dech a já se tak musím na případnou otázku doptat znova.”* Další problém vidí třetina informantek v komunikaci s pacientem o jeho obezitě a s tím souvisejícím životním stylem a dietou. S12: *„Občas ta komunikace s obézními pacienty je složitá, většinou to jsou diabetici, kteří doma nerespektují diabetickou nebo jinou šetrící dietu a v nemocnici jsou akorát naštvaní, že musí dietu dodržovat, ale i tak jsem se setkala s tím, že si jídlo přinesené tajně od návštěv schovávali pod polštářem.”* Úskalím může být i jak se o obezitě s pacientem bavit jak odkazuje S11: *„Mám spíše problém jak se s obézním pacientem o jeho váze bavit, protože ačkoliv vidím, že mu obezita způsobuje značný diskomfort, nevím jak ho správně edukovat aby se neurazil.”* S2 doplňuje: *„Někdy se přistihnu, že si musím při péči o obézního pacienta dávat pozor na jazyk abych nepoužila nějaké ofenzivní spojení.”* Potíže pacientů s dodržováním diety uvádí i S9: *“ Pamatuji si obézní pacienty, kteří po ostatních na pokoji žebrali jejich zbytky jídla, protože jim jejich porce přišly malé. Celkově komunikace s pacientem o změně jeho životního stylu, aby se komplikace obezity neprohlubovaly a nevznikaly nové jsou těžké.”*

Zbylí informanti vypověděli, že žádný výrazný problém v komunikaci s obézním pacientem nezaznamenali. S3: *„Myslím, že hodně záleží na samotné povaze pacienta, ale je pravda, že obézní pacienti mají občas ztížené podmínky kvůli své obezitě, a proto nemusí být úplně přívětiví na zdravotnický personál, a tak můžou vznikat problémy v komunikaci.”*

Kategorie III. - Psychika obézního pacienta

„Mezi obézními pacienty jsou ve zvýšené míře popisovány afektivní poruchy, impulzivita, nižší subjektivně vnímaná kvalita života, pocity izolace, diskriminace a ztíženého společenského uplatnění a převažuje depresivní prožívání hospitalizace.” uvádí S2. Téměř polovina informantek uvedla nejružnější problémy s psychikou obézních pacientů. Mezi nejčastějšími byly nedostatečná motivace a sebevědomí S6: *„Obézní pacienti mají často sklony k nedostatečnému sebevědomí, mají pocit, že stejně už to nemá cenu, proto se zaprou, a to pak ta ošetrovatelská péče je najednou 100x náročnější.”* Psychika může být i narušena dlouhým pobytem na oddělení intenzivní péče, kde je pacient často upoután na lůžko a u každého posazení se na posteli nebo i napití musí být přítomna sestra, aby pacientovi dopomohla. Dalším nepříjemným momentem může být pro obézní pacienty vykonávání potřeby do podložní mísy, kdy přesun obézního pacienta na gramofon by se nemusel včas stihnout nebo není ze zdravotního důvodu možný. S4 uvádí: *„Obézní pacienti mají často delší dobu hospitalizace na našem oddělení, proto když nevidí znatelné pokroky, může to být velmi náročné na jejich psychiku. S1 opět zdůrazňuje problémy s respiračním systémem u obézních pacientů „Obézní pacienti mají často po operaci zhoršenou psychiku, myslím si, že je to nejčastěji způsobeno zhoršeným dýcháním, kdy mají paniku, z toho že se nemůžou kvůli obezitě pořádně dodechnout.”* Na jednotkách intenzivní péče, zvláště na pooperačních odděleních je po anestezii u pacientů přítomna zmatenost, která může přecházet do agresivity. Nebo i při dlouhé hospitalizaci se na psychiku podávají nejružnější medikamenty. S7 poukazuje na možné vzniklé problémy s těmito léky u obézních pacientů: *„Pacienti po anestezii bývají často zmatení až agresivní, u obézních pacientů je obtížnější odhadnout dávku léků na zklidnění, protože léky mívají často delší nástup nebo je potřeba vyšších dávek.”*

Kategorie IV. – Péče o kůži

Tato kategorie se věnuje péči o kůži u obézního pacienta, obsahuje tři podkategorie, kterými jsou hygiena, rány a dekubity. Kůži je třeba udržovat čistou a hydratovanou, ale suchou. Jak často se provádí osobní hygiena uvádí S6: *„Osobní hygienu provádíme dvakrát denně – ráno a večer. Na kůži používáme ochranné krémy nebo spreje, které zvyšují její hydrataci a zároveň pokožku chrání.”*

Podkategorie IV.I. - Hygiena

Správná hygiena je u obézních pacientů velmi důležitá, aby se předešlo nechtěným komplikacím a zvýšilo se pacientovo pohodlí, jak uvedla většina z dotázaných sester. Všechny sestry označily provádění hygieny obézního pacienta jako náročnou činnost. Jak dokládají tvrzení informantek, souvisí hygienická péče opět s dostatkem zdravotnického personálu. S12: *„Mám na starost většinou 3 pacienty, na noční směně děláme hygieny v 5 ráno, kdy umýt za hodinu a půl 3 pacienty je opravdu náročné, zvláště pokud je některý z nich obézní a snažím se je do procesu zapojit.“* S4 doplňuje: *„Rozdíl v ošetrovatelské péči u obézního pacienta vidím především v déle trvající hygieně, kdy často pomáhá veškerý dostupný personál. Zároveň promazání všech predikčních míst a případné ošetření ragád a již vzniklých dekubitů zabere další čas. Většinou se mi obézní pacient i velmi potí, proto během dne pacienta ještě omývám a používám deodoranty proti zápachu.“*

Informantka S7 si je vědoma případných rizik nesprávně provedené hygieny a uvádí, jaké činnosti vykonává v rámci hygieny: *„Při hygieně dávám pozor na výskyt zapařenin a ragád, které nejčastěji vznikají v tříselech nebo u žen pod prsy. Vždy dbám na řádné omytí a osušení. Pravidelně promazávám predikční místa zinkovou mastí, dále preventivně u ležících promazávám oblast sacra a u velmi obézních pacientů lepím ochranný Foam border.“*

Podkategorie IV. II. - Rány

Většina informantů uvedla, že pozoruje horší hojení ran u obézních pacientů. Tuto informaci potvrzuje výrok S1: *„V praxi pozorujeme vyšší výskyt komplikací hojení u obézních pacientů, organismus u obézních lidí je udržován v zánětlivém stavu neustále, čímž se podílí na oddálení hojícího procesu.“* *„Dalšími komplikacemi u hojení ran jsou chronická onemocnění často spojovaná s výskytem obezity, jako je – ischemická choroba srdeční, nebo diabetes mellitus“* uvádí S3.

Více než polovina oslovených informantů uvedla dehiscenci rány u obézního pacienta jako vážné riziko pro jeho zdravotní stav. S6: *„Řekla bych, že takovým specifikem našeho oddělení jsou u obézních lidí dehiscence sternotomie, které mohou být pro pacienta opravdu vážným zdravotním problémem zvláště za přítomnosti infekce. Proto když k dehiscenci sternotomie dojde, tak využíváme podtlakovou terapii aby byla rána*

co nejlépe kryta a často proplachujeme kontinuálně dezinfekcí“ jak dodává S10: „Dehiscence ran nebo celkově jejich špatné hojení u obézních pacientů prodlužuje jejich hospitalizaci a rány se často zhojí do ošklivě vypadajících jizev” je dalším problémem na který upozorňuje S9: „U obézních pacientů, kteří se zvýšeně potí, je občas obtížné aby obvazový materiál držel na svém místě a nedošlo k odlepování a tak vystavování pacienta riziku infekce.” S10 vysvětluje proces proč je hojení ran u obézních pacientů pomalejší: „Podstatou špatného hojení ran je u obézních pacientů zvýšení množství tukové tkáně na úkor svalové. Tuková tkáň má oproti svalové minimální perfuzi což vede k nedostatečné výživě a hojení poškozených tkání.”

Podkategorie IV. III. - Dekubity

„Pacienti s obezitou mají vyšší riziko dekubitů, jejich tukové polštáře nepředstavují ochranu před tlakovými a smykovými silami. Tito pacienti většinou bývají také méně mobilní, proto bývá nesnadné zabránit zvýšenému tlaku na kůži.” uvádí S3. Možné riziko vzniku dekubitů u pacienta s obezitou uvedli všichni informanti. *„Na oddělení nám vznikají dekubity, když není kladen dostatečný důraz na polohování”* vypovídá S4. Stejně zkušenosti potvrzuje i S5: *„U pacientů, které není možnost polohovat hrozí vznik dekubitů, které se potom velmi těžce hojí.”* Jak situace vypadá na všeobecném ARO popisuje S3: *„Dalším rizikem jsou dekubity, se kterými se setkáváme často, protože většinou máme pacienty oběhově nestabilní nebo traumata s poraněním páteře, které není možno polohovat, jak bychom potřebovali.”*

Kategorie V. – Komplikace při odběru venózní krve

Další problematickou činností v péči o obézního pacienta vidí respondentky při odběrech venózní krve. Častou zhoršenou možností při vyhledání žil uvedla půlka informantek a převážně se jednalo o sestry pracující na nižších stupních intenzivní péče. Předchozí tvrzení dokládá výrok S8: *„U obézních pacientů se často setkávám s žilami, které nejsou vůbec vidět a jsou špatně hmatné. Vzpomínám si na pacienta, který byl tak oteklý, že jsme mu zaváděli PŽK do nohy.”* S2 dále zmiňuje *„Jako problémovou ošetrovatelskou činnost vnímám odebirání hemokultur, kdy obézní pacienti mají často oteklé končetiny a je pro mě tak těžší najít žílu.”* Jak situace vypadá na kardiochirurgickém intermediálním pokoji nás informuje S12: *„Než přeložíme pacienty z intermediálních pokojů na standardní, tak je zbavujeme centrálního žilního*

katetru a zavádíme periferní. U obézních pacientů je občas velmi obtížné zavést periferní žilní katetr, někdy se domluvíme s doktorem, že pacient zůstane bez intravenózního vstupu. Pokud i.v. vstup pacient bude i nadále potřebovat, tak volíme zavedení Midline.” S11 uvádí, jak se s problematickými náběry krve vypořádává ona: *„Nabrat pár zkumavek krve většinou není tak náročné, naučila jsem se nabírat pacienty se špatně viditelnými žilami přes jehlu a stříkačku a vždy požádám další kolegyni, aby mi na pacientovi přidržela překážející tkáň a vypla mi tak místo kde hledám žílu.”*

Kategorie VI. – Postoje sester

Následující kategorie se zabývá postojem sester k pacientům s obezitou a pacientům s nadváhou. Z provedených rozhovorů vyplývá, že respondenti vnímají pozitivněji pacienty s obezitou než pacienty s nadváhou. Největší rozdíly ve vnímání pacientů s nadváhou a obezitou byly spojeny s manipulací s pacientem, což potvrzuje výrok S1: *„Největší rozdíl vnímám ze strany manipulace, obézní pacienti jsou těžší, a tak je manipulace s nimi náročnější.”*

Podkategorie V.I.I. – Postoj sester k pacientům s nadváhou

Pacienti s nadváhou jsou na každodenním pořádku téměř každého nemocničního oddělení. U některých pacientů je nadváha skoro nepostřehnutelná a u jiných je zcela přehledná a může komplikovat poskytování ošetrovatelské péče. Z odpovědí informantů vyplynulo, že většina nerozlišuje pacienty s normální váhou a pacienty s nadváhou. *„Zdá se mi, že nadváhu má v této době pomalu každý druhý, sama bych se do skupiny s mírnou nadváhou zařadila. Při práci nepociťuji rozdíl v poskytování péče pacientovi s nadváhou oproti pacientům, kteří mají váhu v normě”* uvádí S8.

Dokonce sestry S3 a S12 uvedly, že ze svých zkušeností vyzorovaly, že pro pacienty mírná nadváha v nemocničním prostředí může být i výhodou. S3 uvádí: *„Mírná nadváha může být pro pacienta značnou výhodou, tito pacienti mají často nižší riziko komplikací spojené s různými zákroky, zároveň mívají více svalové hmoty a pokud jsou při vědomí, tak často zvládají každodenní činnosti s dopomocí.”* *„Na našem oddělení jsem dokonce ráda za pacienty s mírnou nadváhou, většinou mají lepší svalovou sílu a je tak snazší je postavit zpět na nohy. Ono, když je pacient přehnaně hubený, tak je to pro mě horší situace, než když má nadváhu”* doplňuje S12.

Podkategorie V.I. II. – Postoj sester k obézním pacientům

Pohled na pacienty s obezitou již respondenti mají více negativní. Při dotazu, co se Vám vybaví při pojmu obézní pacient, nejvíce informantů uvedlo, že péče pro ně bude fyzicky náročná. S2: „*Bude pro mě těžký, když mám takového pacienta třeba dva dny po sobě, tak ten druhý ten už mám pocit, že je pro mě problém zvednou i jeho samotnou ruku.*” Zajímavou myšlenku prezentuje i S3: „*Nejsem již nejmladší a manipulace s velmi obézními pacienty mě unavuje. Zvláště pokud nabudu dojem, že si pacient za svoji obezitu může sám a nechá svoji obezitu zajít takhle daleko, je mi nepříjemné se o něj starat. Mohla bych přeci mít jiného pacienta, se kterým nebudu mít tolik fyzické námahy a zapláceno dostanu úplně stejně.*” Nejvíce respondenty stresuje manipulace s obézním pacientem, kdy často chybí dostatek ošetřujícího personálu nebo pomůcek a často tak trpí zdravotníci nesprávnou manipulací problémy se zády. Sestrám se vybavují i další s obezitou spojené problémy: S11: „*V poslední době mi přijde že obézních lidí na oddělení máme čím dál tím více, jsem z toho již unavena. Kolikrát se mi ty lidi ani do postele pořádně nevejdou, neustále je gravitace táhne dolů a já strávím velkou část své směny neustálým taháním je zpět. Zároveň mám na starost většinou 3 pacienty a nemůžu strávit tolik času neustálým přepolohováním obézního pacienta.*”

Kategorie VII. - Stigmatizace obézního pacienta

Stigmatizace obézních pacientů se týká výzkumu předsudků a postojů zdravotníků k těmto osobám. Zároveň stigmatizace obézních pacientů může mít vliv na kvalitu poskytované péče a zdravotní stav pacienta. S5: „*Jednotky intenzivní péče jsou psychicky i fyzicky náročná oddělení, často jsme zvyklí na zaintubované pacienty, kteří mluvit nemohou, ale neznamená to, že často nemohou některé věci slyšet. Zároveň většina anesteziologických a resuscitačních oddělení je buď stylem otevřeného prostoru, kolikrát jednotlivá lůžka oddělují jen závěsy nebo stylem bezbariérových boxů. V obou případech řeči, které vedou sestry mezi sebou jsou často nesený přes celý prostor a je jim zřetelně rozuměno i na druhé straně místnosti.*“ Z provedených rozhovorů vyplynulo, že respondenti si uvědomují, že se stigmatizace nemají dopouštět a nikdo neodpověděl kladně, že by se stigmatizace dopustil přímo před pacientem plně při vědomí. Ale naprostá většina uvedla, že byla svědkem nebo se účastnila stigmatizace pacienta sestrami. Jak uvádí S2: „*Se stigmatizací obézních pacientů se setkávám celkem pravidelně, ale nikdy ne v přímé blízkosti pacienta, na druhou stranu jsme v otevřeném*

prostoru, takže těžko říci co vše mohou pacienti slyšet. Většinou mi to přijde takové povzdechnutí té sestry, že péče o obézního pacienta je namáhavá. Samozřejmě je to častěji u nespolupracujícího nebo nepříjemného obézního pacienta než u pacienta, který se snaží pomáhat". Problematiku komentování pacientovi váhy přímo nad lůžkem pacienta uvádí S3: *„Se stigmatizací se setkávám, nemohu říci, že já bych byla výjimkou. Určitě si nemyslím, že došlo k přímé stigmatizaci pacienta při vědomí z očí do očí. Ale často u zaintubovaných pacientů, kdy není jisté, zda vnímají, jsem byla několikrát v situaci, kdy komunikace o pacientovo váze v negativním smyslu probíhala přímo nad lůžkem pacienta.“*

Kategorie VIII. - Ošetřovatelský standard

Ošetřovatelský standard může být velmi dobrou pomůckou při provádění ošetřovatelských úkonů u obézního pacienta. Cílem bylo zjistit, zda respondenti ošetřovatelský standard v rámci nemocnice mají a jaký vnímají jeho přínosy a nedostatky. Z rozhovorů však vyplynulo, že jen 5 respondentů ví o existenci tohoto ošetřovatelského standardu, z čehož tři ho nikdy nečetli. Pozitiva a negativa ošetřovatelského standardu uvádí S5: *„Máme vypracovaný standard, který se jmenuje bezpečná manipulace s pacienty s nadměrnou tělesnou hmotností. Jako přínos vnímám, že je zde vypsán seznam pomůcek, které jsou na různých odděleních po nemocnici a v případě potřeby se dají zapůjčit. Zároveň je popsán způsob, jak správně manipulovat s obézním pacientem bez poškozování vlastních zad. Ocenil bych, kdyby byly ve standardu rozpracovány i mimo manipulace i další oblasti péče o obézní pacienty.“* Respondentka S11: *„Jediný standard, který jsem na intranetu našla, je péče o mrtvé tělo monstrózně obézního pacienta.“* Všichni respondenti, kteří nemají dostupný standard uvedli, že by jim jeho existence mohla pomoci.

4.2 Výsledky kvantitativního výzkumného šetření

Tabulka č. 2. – Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Žena	179	89,5
Muž	21	10,5
Celkem	200	100

(Zdroj: vlastní výzkum)

Z tabulky č. 2 vyplývá, že provedeného výzkumu se účastnilo 179 (89,5 %) žen a 21 (10,5 %) mužů.

Tabulka č. 3 – Věk respondentů

Věk respondentů	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Méně než 30 let	71	35,5
30–40 let	71	35,5
41–50 let	47	23,5
51–60 let	11	5,5
Více než 60 let	0	0
Celkem	200	100

(Zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka č. 3 nás informuje, jak byl věk respondentů rozdělen do pěti kategorií. V výzkumu byly kategorie „méně než 30 let“ a „30–40 let“ shodně zastoupeny 71 (35,5 %) respondenty. V následující kategorii „41–50 let“ se výzkumu zúčastnilo 47 respondentů (23,5 %). Ve čtvrté kategorii „51–60 let“ bylo zaznamenáno 11 (5,5 %) respondentů. V poslední kategorii nebyl zaznamenán žádný respondent.

Tabulka č. 4 – Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Dosažené vzdělání	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Střední zdravotnická škola	40	20,0
Vyšší odborná škola zdravotnická	40	20,0
Vysokoškolské bakalářské studium	80	40,0
Vysokoškolské magisterské studium	38	19,0
Jiné	2	1,5
Celkem	200	100

(Zdroj: vlastní výzkum)

V tabulce č.4 je uvedeno nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Nejvíce respondentů - 80 (40 %) uvedlo vysokoškolské bakalářské studium za své nejvyšší dosažené vzdělání. Dále bylo shodně zastoupeno (40 respondentů; 20 %) vzdělání na střední zdravotnické škole a vyšší odborné škole zdravotnické. Možnost jiné uvedli 2 respondenti, následně měli možnost vepsat o jaké vzdělání se jedná a oba shodně uvedli Ph.D studium.

Tabulka č. 5 – Specializační vzdělání respondentů

Specializace	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	107	53,5
Ne	93	46,5
Celkem	200	100

(Zdroj: vlastní výzkum)

V tabulce č.5 je uvedeno zastoupení specializačního vzdělání. Více než polovina - 107 (53,5 %) respondentů uvedla, že má specializační vzdělání. Respondenti, kteří odpověděli kladně následně byli požádáni v následující otevřené otázce, aby vypsali, jakého specializačního vzdělání dosáhli.

Tabulka č.5. 1 - Zaměření specializačního vzdělání

Zaměření specializace	Absolutní četnost (n)
ARIP	75
Intenzivní péče (Mgr.)	21
Intenzivní péče (Dis.)	2
Interní	6
Perioperační	2
Psychiatrická	2
Organizace a řízení	1
Chirurgická	7
Celkem	116

(Zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka č. 5.1 ukazuje zaměření specializačního vzdělání respondentů. Z celkového počtu respondentů se specializačním vzděláním (107) uvedlo 9 respondentů dvě specializační vzdělání. Nejvíce respondentů - 75 (37,5 %) uvedlo specializační vzdělání ARIP, což je specializace v anesteziologické, resuscitační a intenzivní péči. Druhou nejvíce zastoupenou skupinou bylo magisterské studium v intenzivní péči - 21 respondentů (10,5 %). Mezi dalšími zastoupenými specializacemi byly interní (6 respondentů; 3,0 %), perioperační (2 respondenti, 1,0 %), psychiatrická (2 respondenti, 1,0 %), organizace a řízení (1 respondent, 0,5 %) a chirurgická (7 respondentů, 3,5 %).

Tabulka č. 6 – Délka praxe respondentů ve zdravotnictví

Délka praxe ve zdravotnictví	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Méně než 5 let	40	20,5
5–10 let	65	32,5
11–20 let	40	20,0
21–30 let	42	21,0
Více než 30 let	13	6,5
Celkem	200	100

(Zdroj: vlastní výzkum)

V tabulce č. 6 je uvedena délka praxe respondentů ve zdravotnictví. Nejvíce respondentů - 65 (32,5 %) uvedlo délku praxe „5–10 let“. V kategorii „21–30 let“ se nachází

42 (21 %) respondentů. Praxi „11–20” let uvedlo 40 (20 % respondentů). „Méně než 5 let” uvedlo 41 respondentů (20,5 %) a praxi delší než 30 let má 13 respondentů (6,5 %).

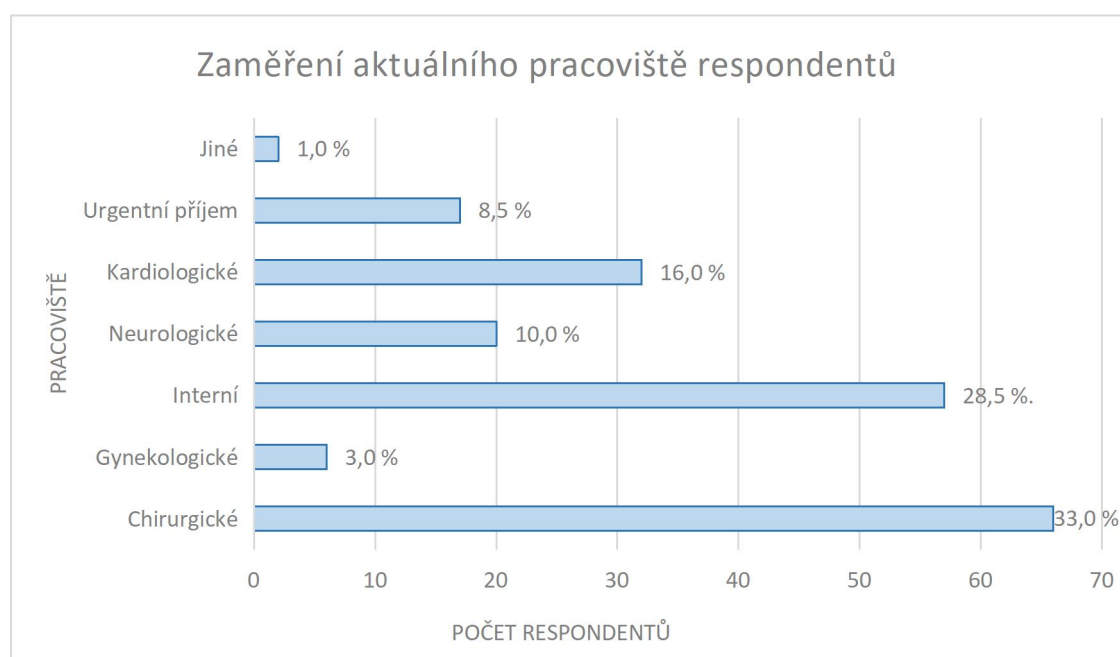
Tabulka č. 7 – Délka praxe respondentů v intenzivní péči

Délka praxe v intenzivní péči	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Méně než 2 roky	39	19,5
2–5 let	51	25,5
6–10 let	40	20,0
11–20 let	41	20,5
Více než 20	29	14,5
Celkem	200	100

(Zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka č. 7 zobrazuje délku praxe respondentů v intenzivní péči. Největší počet respondentů 51 (25,5 %) uvedli délku praxe v intenzivní péči „2–5 let.” Další kategorii s délkou praxe „6–10 let” uvedlo 40 (20 %) respondentů. Délku praxe více než 11 let ale zároveň méně než 21 uvedlo 41 (20,5 %) respondentů. Méně, než 2roční praxi uvedlo 39 (19,5 %) respondentů a delší praxi než 20 let má 29 (14,5 %) respondentů.

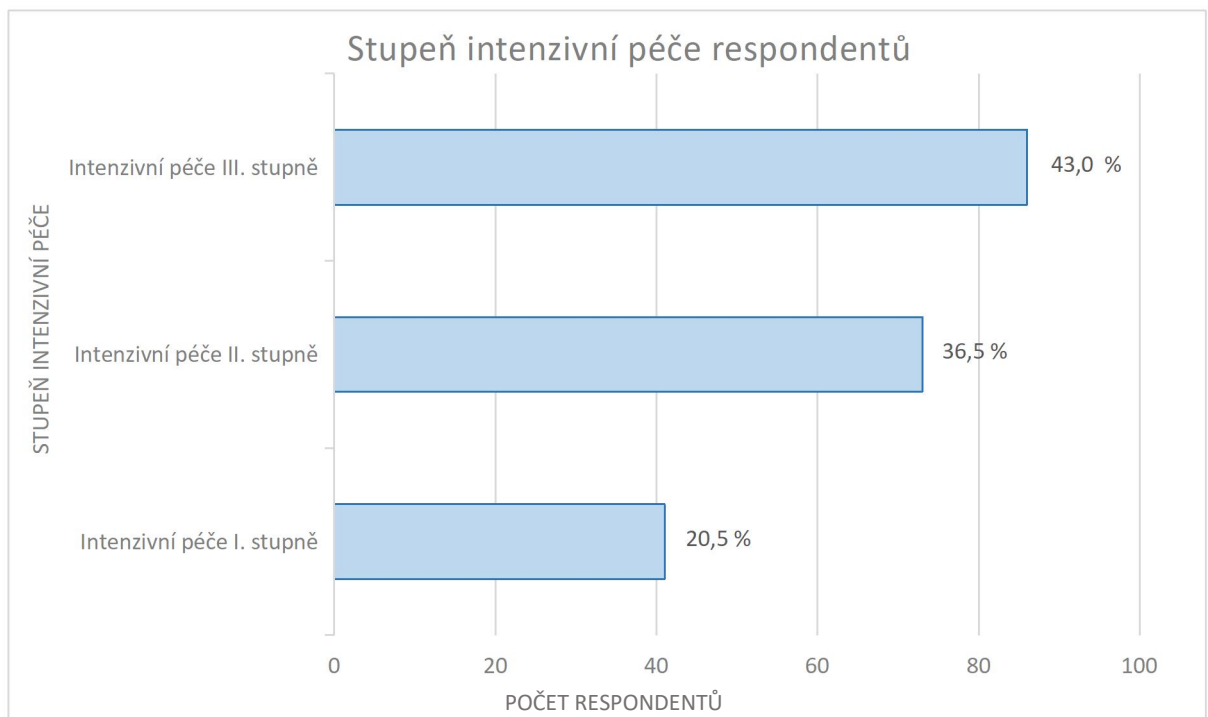
Obrázek č. 1 – Zaměření aktuálního pracoviště respondentů



(Zdroj: vlastní výzkum)

Nejvíce respondentů 66 (33,0 %) pracuje na oddělení chirurgického zaměření. Druhou největší skupinou byli respondenti, kteří pracují na interním oddělení - 57 (28,5 %). Z urgentního příjmu bylo do výzkumu zapojeno 17 (8,5 %) respondentů. Dalších 20 (10,0 %) respondentů aktuálně pracuje na neurologickém oddělení, kardiologické zaměření má 32 (16,0 %) respondentů. Nejméně respondentů - 6 (3,0 %) pracuje na gynekologickém oddělení. Dva respondenti (1,0 %) uvedli v rámci možnosti jiné onkologické oddělení.

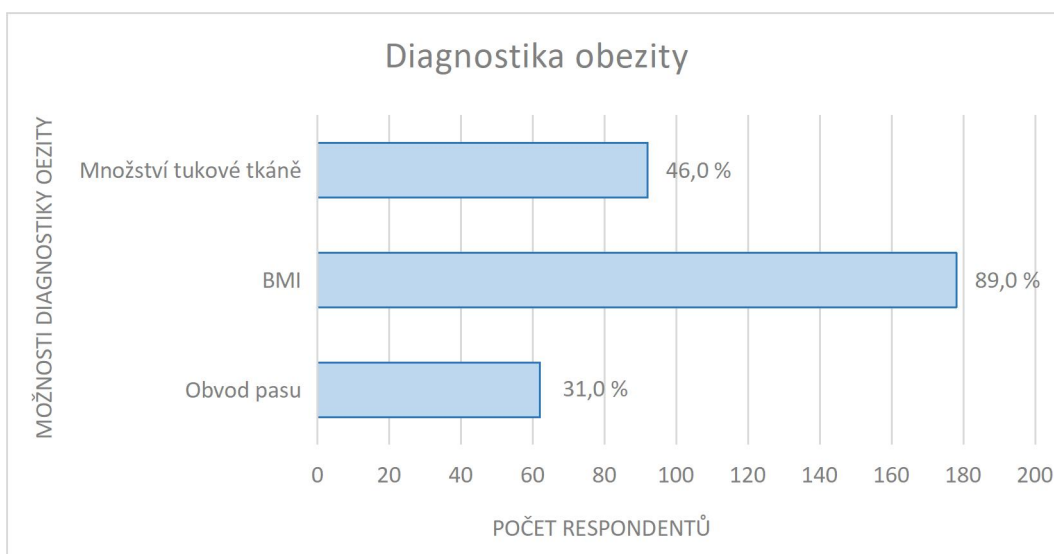
Obrázek č. 2 - Stupeň intenzivní péče



(Zdroj: vlastní výzkum)

Obrázek č. 2 zobrazuje stupeň intenzivní péče respondentů. Nejvíce respondentů - 86 (43,0 %) pracuje v III. stupni intenzivní péče. Na II. stupni intenzivní péče pracuje 73 (36,5 %) a první stupeň jako své pracoviště uvedlo 41 (20,5 %) respondentů.

Obrázek č. 3 - Diagnostika obezity



(Zdroj: vlastní výzkum)

Obrázek č. 3 zobrazuje znalost respondentů ohledně diagnostiky obezity. V této otázce byla možnost zvolit více možností. Největší množství odpovědí 178 (89,0 %) bylo u možnosti diagnostikovat obezitu dle BMI. Možnost „množství tukové tkáně“ označilo 92 (46,0 %) respondentů a možnost „obvod pasu“ zvolilo 62 (31,0 %).

Tabulka č. 8 – Znalost respondentů o vymezení obezity dle Body Mass Index

Znalost vymezení obezity dle BMI	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Nad 25	15	7,5
Nad 30	80	40,0
30–40	5	2,5
35–40	6	3,0
Nad 35	7	3,5
Nevím	20	10,0
Celkem	133	66,5

(Zdroj: vlastní výzkum)

V tabulce č. 8 jsou uvedeny nejčtenější odpovědi, které zaznamenávají znalost respondentů o vymezení obezity dle Body Mass Index. Odpovědi jsou rozděleny do šesti kategorií. Možnost „nad 30 BMI“ uvedlo 80 (40,0 %) respondentů a „30–40“ uvedlo respondentů 5 (2,5 %). Odpověď „nad 25“ vepsalo 15 (7,5 %) respondentů, „35–40“ 6

(3,0 %) respondentů a „nad 35“ 20 (10, 0 %) respondentů. Četnost odpovědi „nevím“ byla zaznamenána 20krát (10 %).

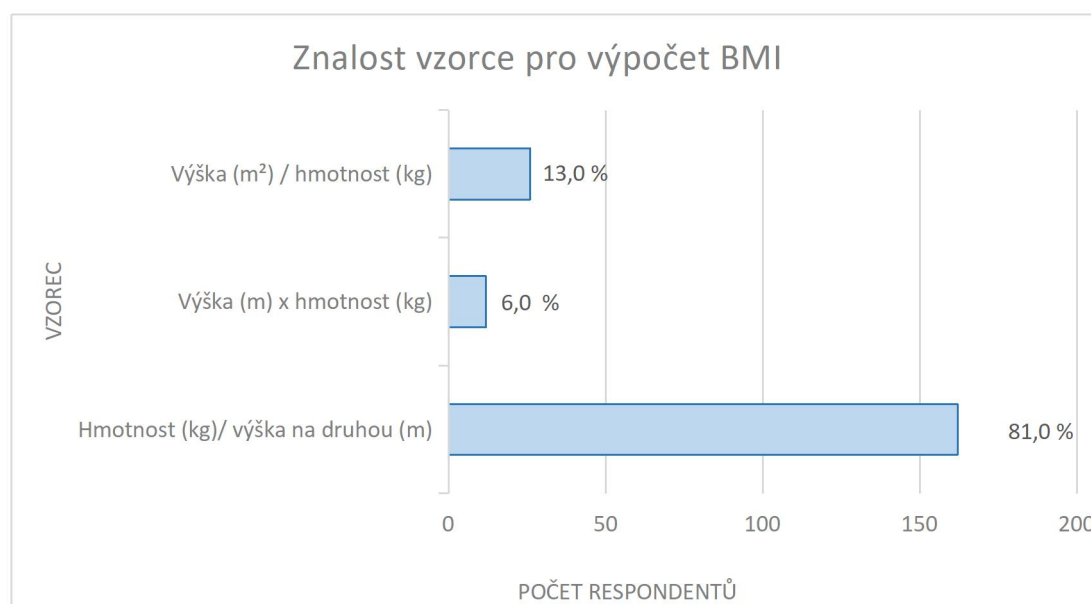
Tabulka č. 9 – Znalost respondentů o vymezení nadváhy dle Body Mass Index

Znalost vymezení nadváhy dle BMI	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
25–30	83	41,5
Nad 30	9	4,5
Nad 25	15	7,5
Nad 28	3	1,5
30–40	10	5,0
Nevím	15	7,5
Celkem	135	67,5

(Zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka č. 9 zachycuje znalost respondentů o vymezení nadváhy dle BMI. Otázka byla otevřená, tabulka je sestavena na základě četnosti výskytu jednotlivých odpovědí. Odpověď „25–30 BMI“ uvedlo 83 (41,5 %) dotázaných. Další odpovědi v kategorii „nad 30“ 9 uvedlo (4,5 %) respondentů, „nad 25“ 15 (7,5 %) respondentů, „nad 28“ 3 (1,5 %) a „30–40“ 10 (5,0 %) respondentů. Četnost odpovědi nevím byla zaznamenána 15krát (7,5 %).

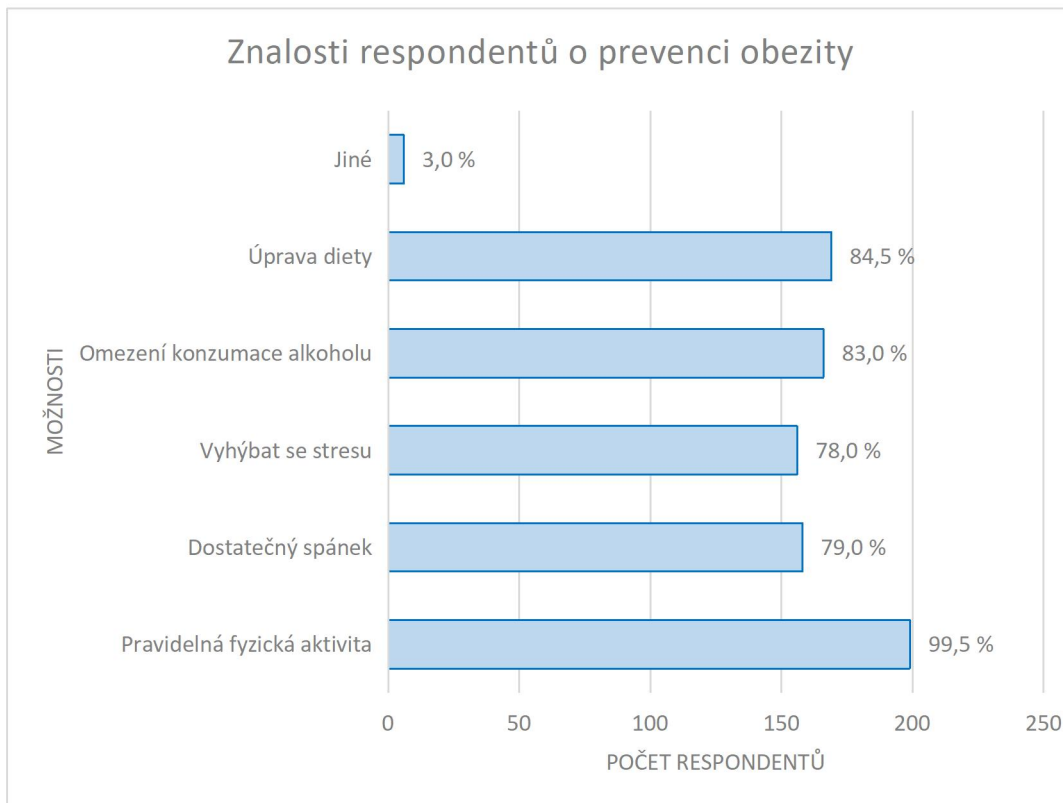
Obrázek č. 4 – Znalost respondentů správného vzorce pro výpočet BMI



(Zdroj: vlastní výzkum)

Obrázek č. 4 se zabývá zobrazením znalosti vzorce pro výpočet BMI. Odpověď „Hmotnost (kg) / výška na druhou (m)” uvedlo 162 (81,0 %) respondentů. Další možnosti pak zvolilo 26 (13,0 %) respondentů a 12 (6,0 %).

Obrázek č. 5 – Znalosti respondentů o zásadách prevence obezity



(Zdroj: vlastní výzkum)

Tato otázka zkoumala znalosti respondentů o zásadách pro prevenci vzniku obezity a bylo zde možné označit více možností. Na obrázku č. 5 je uvedeno, že 199 (99,5 %) respondentů zvolilo možnost pravidelné fyzické aktivity. Dalších 158 (79,0 %) vybralo odpověď „dostatečný spánek”, 156 (78,0 %) respondentů zvolilo možnost „vyhýbat se stresu”. „Omezení konzumace alkoholu” zakliklo 166 (83,0 %) respondentů. Poslední možnost „úpravu diety” uvedlo 169 (84,5 %) z dotázaných. Možnost jiné označilo 6 (3,0 %) respondentů, následně měli možnost vypsát co jim v možnostech chybělo. Výčet vypsáných odpovědí: psychická pohoda, dostatek vitamínů, pozitivní přístup k životu, šťastný život, léčba psychiatrického onemocnění, léčba hormonální dysbalance.

Tabulka č. 10 - Zdravotní rizika ve spojení s výskytem obezity

Škála: 0 – není riziko; 1 – nejmenší riziko; 5 – největší riziko						
Zdravotní rizika	0	1	2	3	4	5
Diabetes mellitus II. typu	0	0	9	32	66	93
Vysoký krevní tlak	3	4	8	34	46	105
Nádory	12	27	53	56	28	24
Srdeční a cévní choroby – ateroskleróza	2	3	12	18	41	124
Artróza	3	6	24	43	63	61
Problémy s potencí a reprodukci	9	14	32	52	53	40
Vznik dekubitů	2	3	8	45	49	93
Respirační poruchy	1	2	16	39	65	77

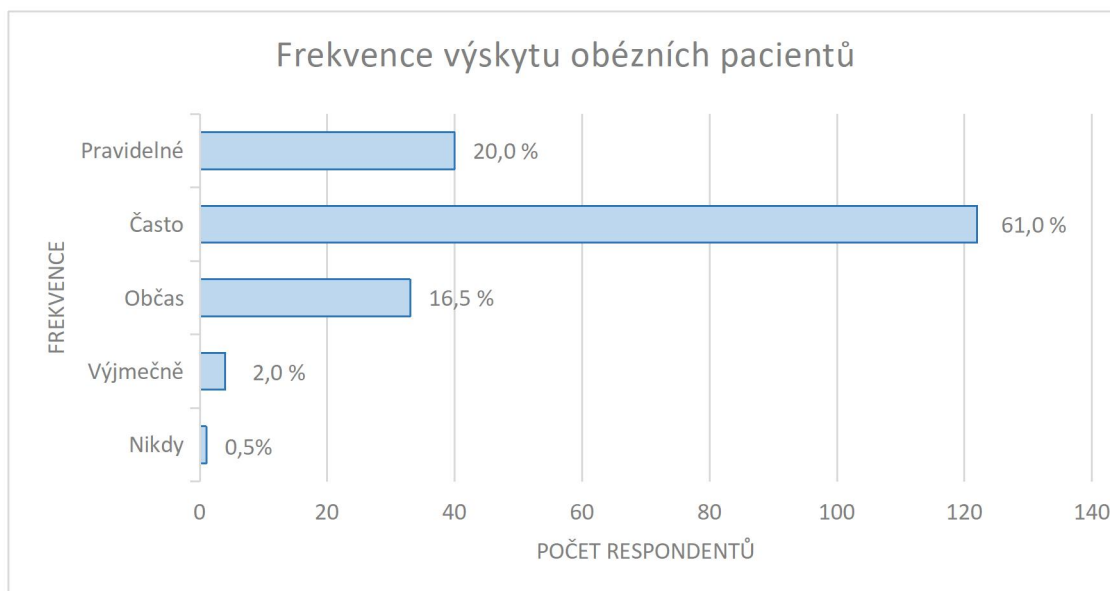
(Zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka č. 10 zobrazuje nakolik respondenti vnímají uvedená zdravotní rizika za závažná ve spojení s obezitou. Každý respondent v každém řádku zhodnotil riziko a vybral odpovídající bodování. Více než polovina respondentů spatřuje největší riziko v srdečních a cévních chorobách důsledkem aterosklerózy (124; 62,0 %) a vysokém krevním tlaku (105; 52,5 %). Shodný počet respondentů (93, 46,5 %) označil diabetes mellitus II. typu a vznik dekubitů. Vysoké zastoupení u nejvyššího rizika měly i respirační poruchy (77; 38,0 %) a artróza (61; 30,5 %). Nulovou rizikovost vyhodnotilo nejvíce respondentů u nádorů (12; 6,0 %) a u problému s potencí a reprodukci (9; 4,5 %).

Tato otázka měla podotázku pro respondenty, kterým by ve výčtu zdravotních rizik nějaké závažné chybělo. Podotázku vyplnilo 11 respondentů, z nichž 8 uvedlo „psychické poruchy“ a míru rizika jim přisoudili 4. Druhou odpovědí bylo „složitě

odvykání UPV”, která se vyskytla celkově třikrát a respondenti jí průměrně obodovali na riziko 3.

Obrázek č. 6 – Frekvence výskytu obézních pacientů



(Zdroj: vlastní výzkum)

Obrázek č. 6 zobrazuje, jak často se respondenti setkávají s obézním pacientem. Nejvíce respondentů (122 - 61,0 %) zvolilo možnost „často”. Dalších 20 % (40) respondentů se s nimi setkává pravidelně. Možnost „výjimečně” nebo „nikdy” zvolilo pouze 5 respondentů.

Tabulka č. 11 - Fyzická zátěž pro respondenty při péči o obézního pacienta

Fyzická zátěž	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	191	95,5
Ne	6	3,0
Nepřicházím do kontaktu s obézními pacienty	3	1,5
Celkem	200	100

(Zdroj: vlastní výzkum)

V tabulce č. 11 je rozklíčováno, zda respondenti pocítují fyzickou zátěž při péči o obézního pacienta. Odpověď „Ano” zvolilo 191 (95,5 %) respondentů. Dalších

6 (3,0 %) uvedlo negativní odpověď a 3 (1,5 %) respondenti uvedli, že se s obézními pacienty nepřichází do kontaktu.

Tabulka č. 11.1 - Škála fyzické zátěže

Škála fyzické zátěže	1	2	3	4	5	Celkem
Absolutní četnost (n)	0	0	26	72	93	191
Relativní četnost (%)	0	0	13,0	36,0	46,5	95,5

(Zdroj: vlastní výzkum)

V tabulce č. 11.1 je zobrazeno na škále 1-5 jak velkou fyzickou zátěž respondenti pociťují. Nejvíce z dotázaných (93; 46,5 %) uvedlo nejvyšší možnou hodnotu č. 5.

Tabulka č. 12 – Psychická zátěž pro respondenty při péči o obézního pacienta

Psychická zátěž	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	115	57,5
Ne	82	41,0
Nepřicházím do kontaktu s obézními pacienty	3	1,5
Celkem	200	100

(Zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka č. 12 znázorňuje přítomnost psychické zátěže u respondentů. Je zřetelné, že více než polovina (115; 57,5 %) pociťuje i psychickou zátěž při péči o obézního pacienta. Možnost „Ne“ uvedlo 82 (41,0 %) respondentů. Zbylí 3 respondenti (1,5 %) nepřicházejí do kontaktu s obézními pacienty.

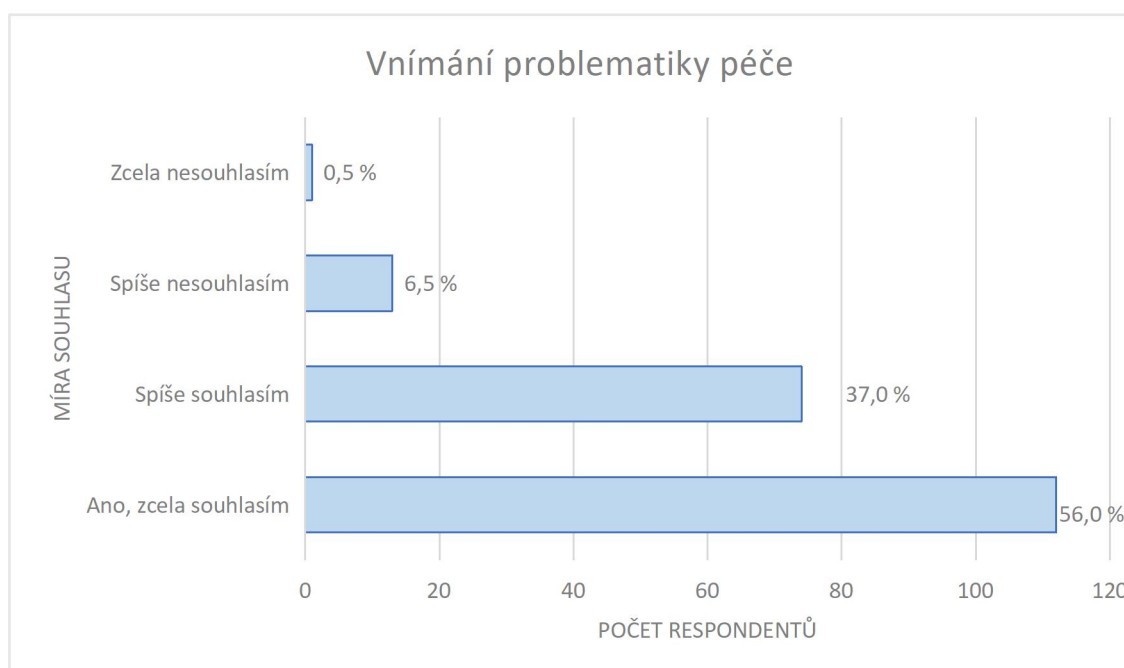
Tabulka č. 12.1– Škála psychické zátěže

Škála psychické zátěže	1	2	3	4	5	Celkem
Absolutní četnost	0	8	48	40	19	115
Relativní četnost	0	4,0	24,0	20,0	9,5	57,5

(Zdroj: vlastní výzkum)

V tabulce č. 12.1 je na škále vyznačeno, jak silnou psychickou zátěž respondenti pocítují. Odpovídali jen respondenti, kteří uvedli, že psychickou zátěž pocítují a nejvíce (48, 24,0 %) z nich zvolilo na škále číslo 3. Druhou nejčastější volbou (40, 20,0 %) byla poté zátěž 4.

Obrázek č. 7 - Vnímání problematiky péče



(Zdroj: vlastní výzkum)

Obrázek č. 7 zobrazuje míru souhlasu respondentů s výrokem. S tvrzením, že péči o oběžního pacienta vnímá jako problémovou zcela souhlasilo 112 (56,0 %) respondentů z celkového počtu 200. Spíše souhlasilo 74 (37,0 %) respondentů. Odpovědi „spíše nesouhlasím“ bylo pak 13 (6,5 %) a zcela nesouhlasil jediný respondent.

Následující otevřená podotázka vyzvala všech 186 respondentů, kteří odpovědi kladně pro upřesnění proč je pro ně vnímaná péče o oběžní pacienty jako problémová.

Tabulka č.13 - Důvody problémové péče

Důvody vnímání problémové péče	Absolutní četnost (n)
Zvýšená fyzická zátěž	65
Náročnější hygiena	41
Obtížná manipulace	40
Nevyhovující pomůcky	33
Nedostatek personálu	28
Ztížené polohování	22
Zvýšený výskyt dekubitů	13
Snížená spolupráce	13
Ztížená péče o rány	10
Složitý transport na vyšetření	8

(Zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka č. 13 zobrazuje výčet problémových situací při péči o oběžního pacienta. Někteří respondenti uváděli hned několik problémových oblastí. Nejvíce respondentů (65; 32,5 %) z celkového počtu 186 uvedlo zvýšenou fyzickou zátěž s kterou souvisí obtížná manipulace, jak poznamenalo 40 (20,0 %) z dotázaných. Mezi dalšími četnými odpověďmi bylo „náročnější hygiena“ (41; 20,5 %), „nevhovující pomůcky“ (33; 16,5 %) „nedostatek personálu“ (28; 14,0 %) a „ztížené polohování“ (22; 11,0 %).

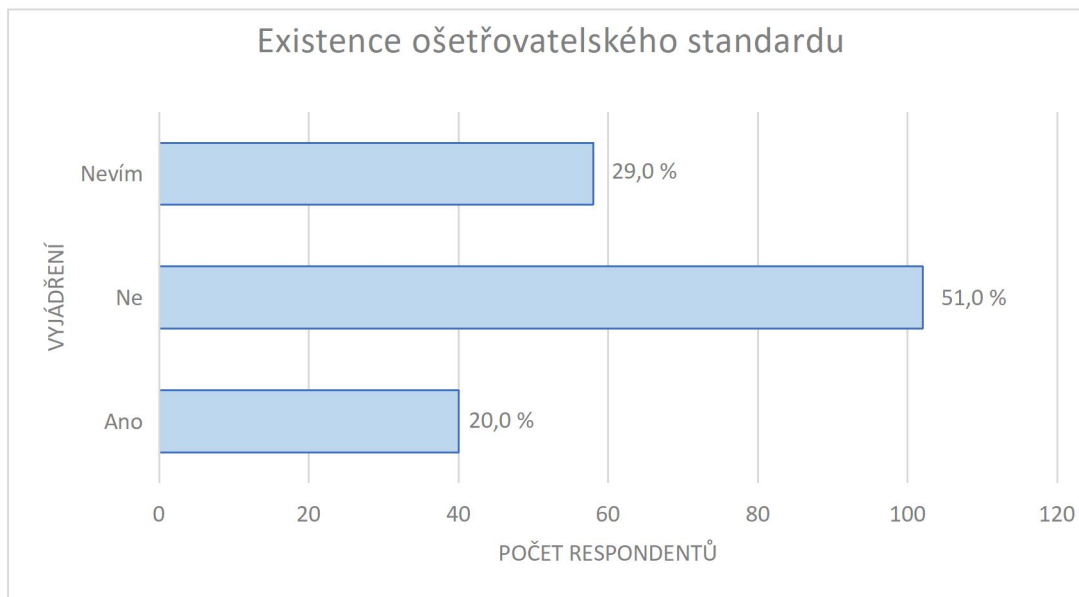
Tabulka č. 14 - Problematické ošetrovatelské činnosti

Problematické ošetrovatelské činnosti	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Zcela nesouhlasím
Kardiopulmonální resuscitace	113	75	11	1
Manipulace	186	12	1	1
Důkladná hygienická péče	160	31	7	2
Převazy ran	92	85	20	3
Komunikace s pacientem	12	30	92	66
Zavedení a péče o invazivní vstupy	81	90	26	3
Cévkování	94	72	27	7

(Zdroj: vlastní výzkum)

V tabulce č.14 je znázorněna míra souhlasu respondentů s jednotlivými ošetrovatelskými činnostmi, respondenti zde hodnotili nakolik jsou výkony problematické u oběžního pacienta. Nejvyšší výskyt úplného souhlasu byl u manipulace, kde souhlasilo 186 (93,0 %) respondentů z 200. Dalšími problematickými činnostmi, u kterých byla taky vysoká míra úplného souhlasu byla kardiopulmonální resuscitace (113; 56,5 %) a důkladná hygienická péče (160; 80, 0 %). Největší míra nesouhlasu se objevila při komunikaci s pacientem, kdy 92 (46, 0 %) respondentů zvolilo „spíše nesouhlasím“ a 66 (33,0 %) dokonce „nesouhlasím“.

Obrázek č. 8 – Ošetřovatelský standard



(Zdroj: vlastní výzkum)

Obrázek č. 8 vyjadřuje existenci ošetřovatelského standardu v péči o oběžního pacienta. Nejvíce respondentů (102; 51,0 %) uvedlo, že žádný standart, který by se zabýval péčí o oběžního pacienta nemají. Následovala odpověď „nevím”, kterou zvolilo 58 (29, 0 %) respondentů a existující ošetřovatelský standart má pouze 20 % (40) respondentů.

Následovala podotázka, pro respondenty, kteří vypracovaný ošetřovatelský standart nemají, kam byli zahrnutí i respondenti kteří na předchozí otázku odpověděli, že neví. Celkem na podotázku odpovídalo 160 respondentů z celkového počtu 200.

Tabulka č. 15 - Obsah ošetrovatelského standardu

Oblasti	Absolutní četnost (n)
Manipulace s pacientem	132
Polohování pacienta	124
Péče o pokožku	106
Zdravotní rizika spojená s hospitalizací	103
Výživa	97
Hygiena	97
Léky (vstřebávání, aplikace)	71
Komunikace	33
Jiné	3

(Zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka č. 15 zobrazuje oblasti, které respondenti uvedli, že by chtěli mít zpracovány v ošetrovatelském standardu. V této polootevřené otázce měli respondenti možnost vybrat více možností, případně možnost dopsat, kdyby předepsané nestačily. Nejvíce respondentů (132, 66,0 %) uvedlo manipulaci s pacientem, dále 124 (62,0 %) respondentů zvolilo polohování pacienta, 106 vybralo (51,5 %) péči o pokožku a 103 (51,5 %) zdravotní rizika spojená s hospitalizací oběžního pacienta. Shodný počet respondentů 97 (48,5 %) měly odpovědi „výživa“ a „hygiena“. Informace ohledně léků (jejich vstřebávání, aplikace) by v ošetrovatelském standardu uvítalo 71 (35,5 %) respondentů a ohledně komunikace 33 (16,5 %) respondentů. Odpověď jiné zvolili tři respondenti a všemi dopsanou oblastí byla péče o psychickou pohodu pacienta.

Tabulka č. 16 – Přítomnost problémové komunikace

Problém v komunikaci	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano, setkal (a)	46	23,0
Ne, nesetkal (a)	154	77,0
Celkem	200	100

(Zdroj: vlastní výzkum)

V tabulce č. 16 je zaznamenáno, že 46 (23,0 %) respondentů se setkalo s problémy v komunikaci s obézním pacientem. Nesetkalo se 154 (77,0 %) respondentů.

Pro respondenty, kteří uvedli, že se setkali s problémy s komunikací následovala otevřená podotázka, aby popsali, s čím byl problém. Následně pro větší přehlednost byla vytvořena tabulka nejčtenějších odpovědí.

Tabulka č. 16.1 - Komunikační problémy

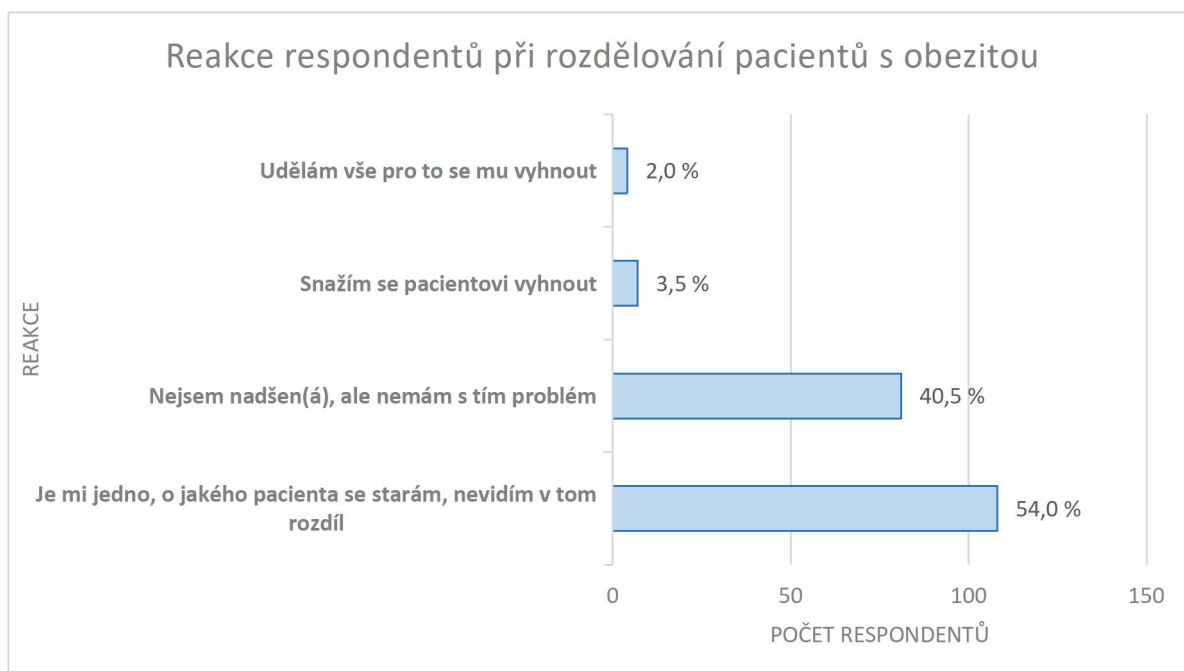
Komunikační problém	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Dušnost	5	2,5
Nespolupráce	10	5,0
Nepřiznání si obezity	12	6,0
Dodržování diety	9	4,5
Špatná psychika pacienta	4	2,0
Nedodržování léčby	7	3,5

(Zdroj: vlastní výzkum)

Nejvíce respondentů (12; 6,0 %) z celkového počtu 46 napsalo jako komunikační problém nepřiznání si obezity ze strany pacienta. Další četnou odpovědí (10; 5,0 %) byla pacientova nespolutpráce a komunikace s pacientem ohledně dodržování diety (9; 4,5 %).

Další komunikační problémy byly ohledně nedodržování léčby (7; 3,5 %) a zdravotního stavu pacienta – dušnosti pacienta (5; 2,5 %) - špatná psychika pacienta (4; 2,0 %).

Obrázek č. 9 – Reakce respondentů při rozdělování pacientů s obezitou



(Zdroj: vlastní výzkum)

Obrázek č. 9 zobrazuje reakce respondentů při rozdělování pacientů s obezitou na směně. Jak je znázorněno 108 (54,0 %) respondentů nevidí rozdíl v tom o jakého pacienta se stará, 81 (40,5 %) respondentů není nadšená, ale nemá s tím problém. Dalších 3,5 % (7) respondentů se snaží pacientovi vyhnout a 2 % (4) udělají vše pro to, aby se pacientovi vyhnuli.

Tabulka č. 17 – Reakce respondentů při rozdělování pacientů s nadváhou

Reakce respondentů	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Je mi jedno, o jakého pacienta se starám, nevidím v tom rozdíl	115	57,5
Nejsem nadšen(á), ale nemám s tím problém	79	39,5
Snažím se pacientovi vyhnout	4	2,0
Udělám vše pro to se mu vyhnout	2	1,0
Celkem	200	100

(Zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka č.17 ukazuje výčet reakcí respondentů při rozdělování pacientů s nadváhou na směně. Většina respondentů (115; 57,5 %) uvedla, že nevidí rozdíl v tom, o jakého pacienta se stará, další početná skupina (79; 39,5 %) respondentů uvedla, že není

naděšená, ale nemá vyloženě problém s péčí o pacienta s nadváhou. Posledních 3% (6) se snaží pacientovi vyhnout, z čehož 2 (1,0 %) respondenti jsou odhodláni udělat vše co mohou aby se pacientovi s nadváhou vyhnuli.

Tabulka č. 18 - vyjádření se k výroky

Výroky	Souhlasím	Spíše Souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
Komunikace s obézním pacientem je pro mě těžká.	8	21	71	100
Spoluúčast obézního pacienta (např. při hygieně, manipulaci) je nízká.	49	100	42	9
U obézních pacientů, by byla potřeba provádět častější hygienická péče.	79	101	19	1
Když mám na směně obézního pacienta tak se nevyhnu stigmatizaci.	15	69	77	39
Jsem naštván(a) na obézní pacienty, kteří si dle mého názoru za svoji obezitu můžou sami.	33	59	70	38

(Zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka č. 18 zobrazuje Likertovu škálu k příslušným výroky. Nejvyšší míra souhlasu je zaznamenána u výroku „U obézních pacientů, by byla potřeba provádět častější hygienická péče.“ kdy možnost vybralo (79; 39,5 % - Souhlasím; a 101; 51,0 % - Spíše souhlasím) respondentů. Další souhlasné odpovědi byly přiděleny výroku „Spoluúčast obézního pacienta (při hygieně, manipulaci) je nízká.“, kdy možnost zvolilo 42 (21,0 %) respondentů souhlasí a 100 (50,0 %) respondentů spíše souhlasí. Nejvyšší míra nesouhlasu byla zvolena u výroku „komunikace s obézním pacientem je pro mě těžká“, kdy 71 (35,5 %) spíše nesouhlasí a 50,0 % (100) respondentů uvedlo, že zcela nesouhlasí. Další tvrzení, které vyšlo spíše nesouhlasné bylo „když mám na směně obézního

pacienta tak se nevyhnu stigmatizaci”, kdy 77 (38,5 %) respondentů vybralo možnosti spíše nesouhlasím a 39 (19,5 %) nesouhlasí zcela. I poslední tvrzení spadlo více do nesouhlasu než souhlasu, kdy 70 (35,0 % - spíše nesouhlasím) a 38 (19,0 % - nesouhlasím) respondentů není naštváno na pacienta, když si za svoji obezitu může sám.

Tabulka č. 19 - Náročnost ošetrovatelských úkonů – obezita

Škála : 0 - není náročný, 1 - nejméně náročný, 5 nejvíce náročný						
Náročnost úkonů	0	1	2	3	4	5
Hygienická péče	1	1	9	29	70	90
Transport	1	2	2	13	53	129
Polohování	1	2	1	20	54	122
Péče o kůži a defekty	1	4	11	62	65	57
Zajištění a péče o invazivní vstupy	4	10	25	75	51	35
Kardiopulmonální resuscitace	2	7	16	43	55	77
Rehabilitace (posazování, přesun lůžko – křeslo)	2	1	7	16	46	128

(Zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka zobrazuje náročnost jednotlivých výkonů u obézního pacienta. Respondenti se u každého vypsání úkonu museli zamyslet, jak je pro ně náročný. Nejnáročnějšími výkony byly více než polovinou respondentů zvoleny transport (129; 64,5 %), rehabilitace (128; 64,0 %) a polohování (122; 61,0 %). Dalším velmi náročným úkonem určilo 90 respondentů (45,0 %) hygienu a 77 (38,5 %) resuscitaci. Středně těžká byla zvolena odpověď „zajištění a péče o invazivní vstupy”, kdy tak učinilo 75 (37,5 %) respondentů.

Otázka č. 25 měla otevřenou podotázku, pokud by respondentům nějaký náročný úkon v uvedených možnostech chyběl. Zaznamenány byly dvě odpovědi a tím bylo vyprazdňování – náročnost 4 a zobrazování metody – náročnost 4.

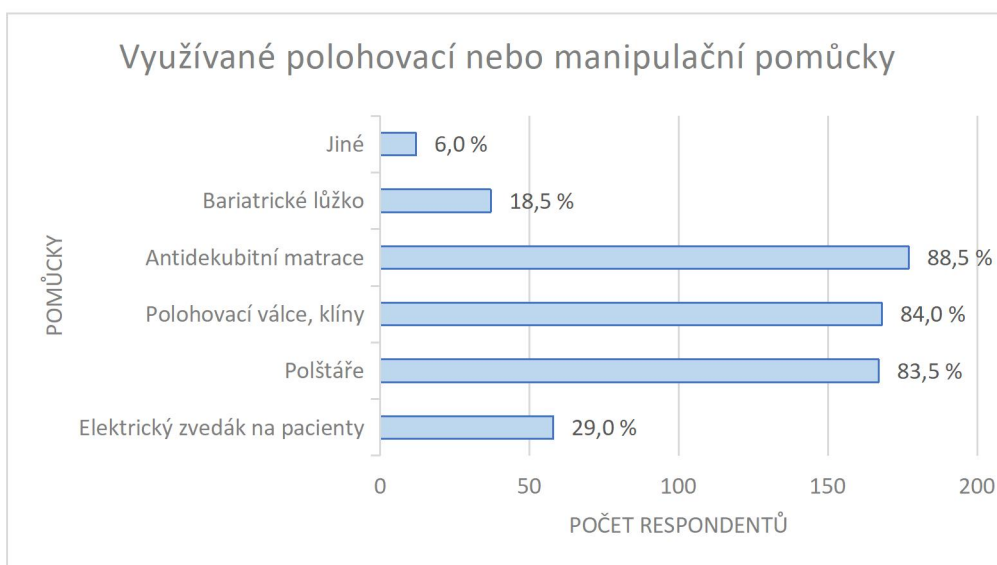
Tabulka č. 20 - Náročnost ošetrovatelských úkonů u pacienta s nadváhou

Škála: 0 - není náročný, 1 - nejméně náročný, 5 - nejvíce náročný						
Náročnost úkonů	0	1	2	3	4	5
Hygienická péče	4	16	46	64	28	47
Transport	8	12	40	52	40	50
Polohování	6	17	38	67	30	45
Péče o kůži a defekty	12	23	54	57	27	31
Zajištění a péče o invazivní vstupy	21	26	50	61	28	18
Kardiopulmonální resuscitace	15	22	46	45	36	39
Rehabilitace (posazování, přesun lůžko – křeslo)	5	16	38	52	39	51

(Zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka č. 20 zaznamenává náročnost ošetrovatelských úkonů u pacientů s nadváhou. Nejvíce odpovědí bylo zaneseno u náročnosti 3 (středně náročný) u hygienické péče (64; 32,0 %), u transportu (52; 26,0 %) u polohování (67; 33,5 %), u péče o kůži a defekty (57; 28,5 %) u zajištění a péče o invazivní vstupy (61; 30,0 %) a u rehabilitace (52; 26,0 %). U kardiopulmonální resuscitace byla nejvíce krát uvedena lehčí náročnost (2) 46 (23,0 %) respondenty. I u této otázky následovala otevřená podotázka na chybějící úkony v tabulce, ale možnosti dopsání úkonu žádný respondent nevyužil.

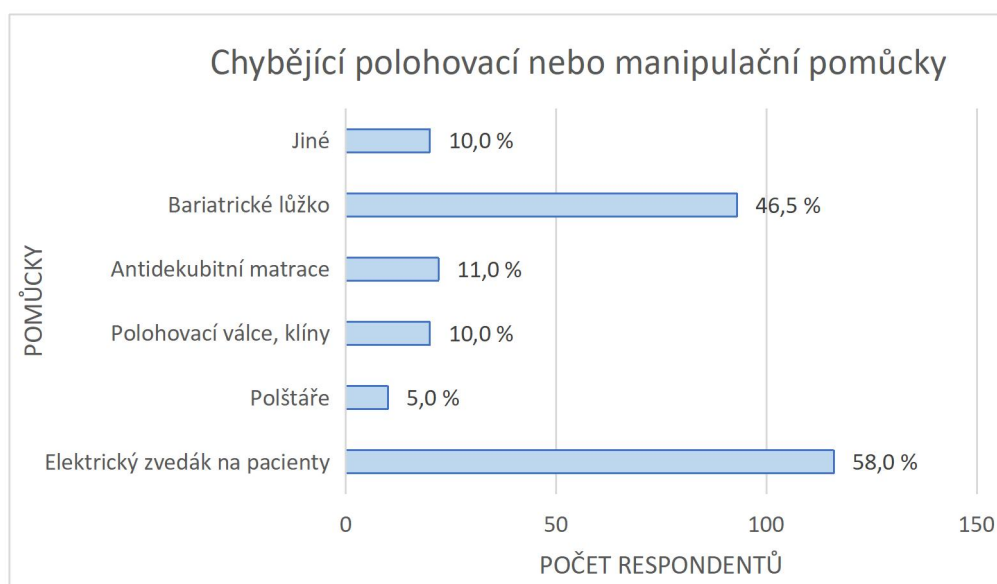
Obrázek č. 10 - Využívané polohovací nebo manipulační pomůcky



(Zdroj: vlastní výzkum)

Obrázek č. 10 ukazuje jaké polohovací či manipulační pomůcky využívají respondenti na svém oddělení, bylo zde možné označit více odpovědí, tak aby mohly být obsaženy všechny pomůcky, které respondenti využívají. Největší zastoupení se zaznamenalo u antidekubitní matrace (177; 88,5 %), polohovacích válců nebo klínů (168; 84,0 %) a polštářů (167; 83,0 %). Elektrický zvedák pro pacienty využívá 29,0 % respondentů (58) a bariatrické lůžko jen 18,5 % (37). Možnost „jiné“ zvolilo 12 respondentů (6,0 %). Ve vypsaných odpovědích bylo: roloboard 4x, polohovací podložka 4x, laterální náklony na posteli 3x, polohovací křeslo 2x, koupací lůžko 2x.

Obrázek č. 11 – Chybějící polohovací nebo manipulační pomůcky



(Zdroj: vlastní výzkum)

Obrázek č. 11 prezentuje chybějící manipulační nebo polohovací pomůcky u respondentů. Největší počet respondentů - 116 (58,0 %) uvedl chybějící elektrický zvedák a velké zastoupení měla i nepřítomnost bariatrického lůžka (93; 46,5 %). Možnost jiné zvolilo 20 respondentů, mezi odpověďmi bylo: manipulační folie 3x, lůžka s laterálními náklony 4x, koupací lůžko 2x, více elektrických zvedáků 2x a 11 respondentů uvedlo, že jim nic nechybí.

Tabulka č. 21- Pravidelná školení o manipulaci na pracovišti

Pravidelná školení o manipulaci	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	13	6,5
Ne	187	93,5
Celkem	200	100

(Zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka č. 21 ukazuje kolik respondentů má na pracovišti pravidelná školení o manipulaci s obézním pacientem. Odpověď „Ano” uvedlo 13 (6,5 %) respondentů, zbytek označil negativní odpověď.

Pro respondenty, kteří odpověděli záporně byla podotázka, zda by o pravidelná školení měli zájem.

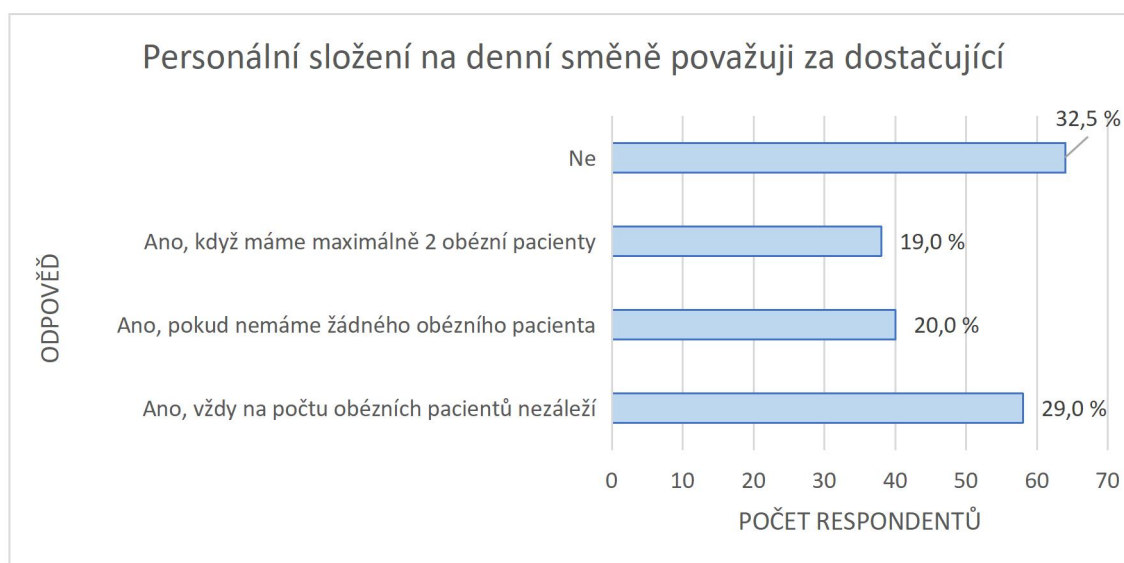
Tabulka č. 21.1 – Zájem respondentů o manipulační školení

Zájem o manipulační školení	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	125	62,5
Ne	62	31,0
Celkem	187	93,5

(Zdroj: vlastní výzkum)

Z tabulky č. 21.1 vyplývá že z celkového počtu 187 (93,5 %) by 125 (62,5 %) respondentů mělo zájem o pravidelná školení manipulace s obézním pacientem. Zbýlých 62 (31,0 %) respondentů by o pravidelná školení zájem nemělo.

Obrázek č. 12 – Personální složení na denní směně



(Zdroj: vlastní výzkum)

Obrázek č. 12 ukazuje, zda považují respondenti dostatek zdravotnického personálu na denní směně při péči o oběžní pacienty za dostatečný. Nejvíce respondentů - 64 (32,5 %) uvedlo, že nemají dostatečné personální zajištění, 20 % (40) uvedlo, že mají dostatečné složení zdravotnického personálu, pokud na směně nemají žádného oběžního pacienta. Další respondenti (38; 19,0 %) vypověděli, že mají dostatečné složení zdravotnického personálu, pokud mají maximálně 2 oběžní pacienty na oddělení a 58 respondentů (29,0 %) zvolilo možnost, že mají dostatečné personální složení vždy.

Tabulka č. 22 – Personální složení na noční směně

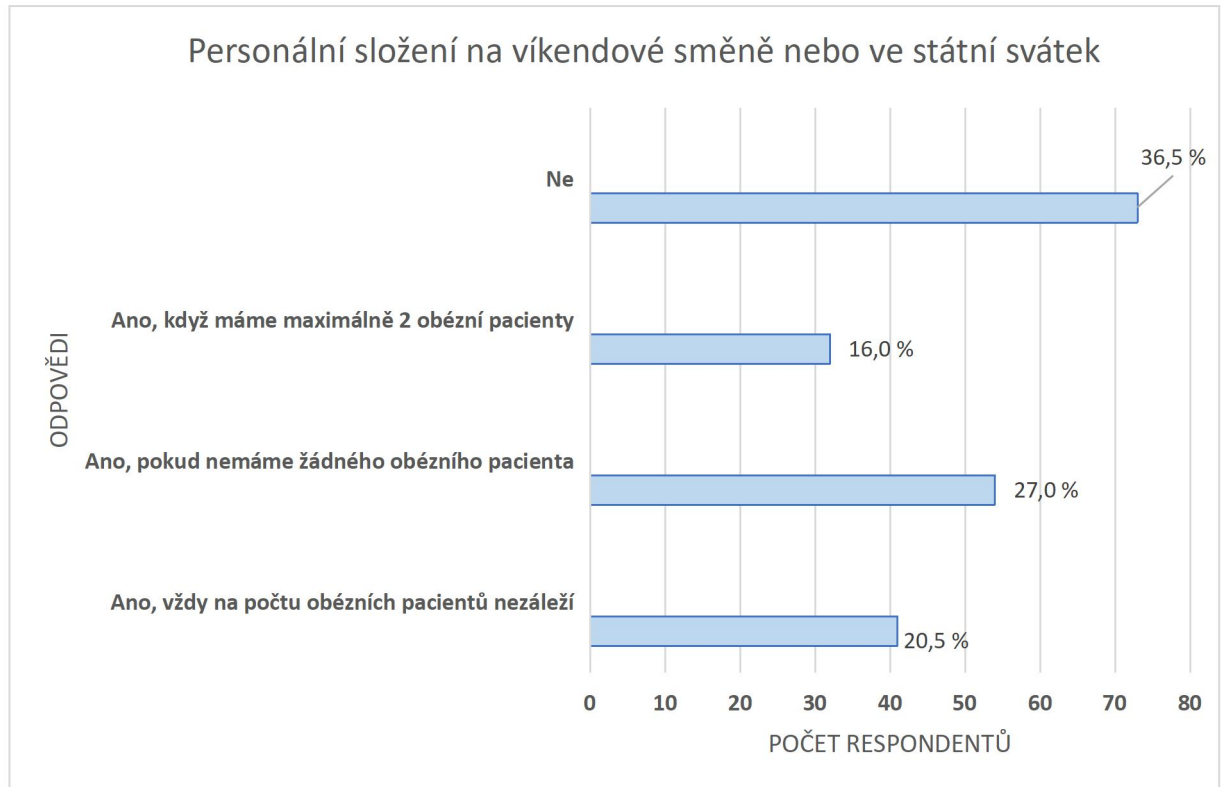
Personální složení na noční směně	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano, vždy na počtu oběžních pacientů nezáleží	32	16,0
Ano, pokud nemáme žádného oběžního pacienta	52	26,0
Ano, když máme maximálně 2 oběžní pacienty	29	14,5
Ne	87	43,5
Celkem	200	100

(Zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka č. 22 uvádí, zda respondenti považují složení zdravotnického personálu na noční směně za dostatečné. Největší počet respondentů - 87 (43,5 %) uvedl, že personální složení na noční směně nevnímá jako dostatečné, 26 % (52) respondentů uvedlo, že personální složení je dostatečné, ale pouze pokud mají jednoho oběžního

pacienta na směně. Dostatečné personální složení nezávislé na počtu oběžných pacientů uvedlo 32 respondentů (16,0 %).

Obrázek č. 13 – Personální složení na víkendové směně nebo ve státní svátek



(Zdroj: vlastní výzkum)

Obrázek č. 13 zobrazuje nakolik vnímají respondenti personální složení na víkendové směně nebo ve státní svátek jako dostatečné. Nejvíce respondentů - 73 (36,5 %) uvedlo, že personální složení zdravotnického personálu hodnotí jako nedostatečné, 27 % respondentů (54) zvolilo možnost „Ano, pokud nemáme žádného oběžního pacienta.” Dostatečné obsazení personálu na víkendových směnách nebo ve státní svátek potvrdilo 41(20,5 %) respondentů.

Tabulka č. 23 – Zlepšení péče o obézního pacienta

Zlepšení péče o obézního pacienta	Absolutní četnost (n)
Dostatek ošetrovatelského personálu	150
Lepší vybavení (lůžka, zvedák)	121
Dostatek polohovacích pomůcek	53
Vypracovaný standard	43
Vypracovaný interní návod	27
Větší podpora vedoucích pracovníků	77
Jiné	10
Celkem	200

(Zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka č. 23 uvádí přehled co by z pohledu respondentů zlepšilo péči o obézního pacienta na jejich oddělení. Byla zde možnost vybrat více odpovědí případně zaklíknout možnost „jiné“ a dopsat svoji. Nejčetnější byla odpověď „dostatek ošetrovatelského personálu“, kdy ji zvolilo 150 (75, 0 %) z celkových 200 respondentů. Další velmi četnou odpovědí se stala možnost „lepší vybavení (lůžka, zvedák)“, kterou označilo 121 (60,5 %) respondentů. Možnost „jiné“ uvedlo 10 (5,0 %) respondentů. Vypsané možnosti byly následující: více pracovníků mužského pohlaví ve zdravotnictví 4x, uzpůsobené pomůcky 2x, dostatečně proškolený personál 3x, intervence ze strany nutričních terapeutů 1x.

Tabulka č. 24 – Příplatky za péči

Příplatky za péči	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Určitě souhlasím	60	30,0
Spíše souhlasím	63	31,5
Spíše nesouhlasím	46	23,0
Ne souhlasím	31	15,5
Celkem	200	100

(Zdroj: vlastní výzkum)

Otázka č. 34 se týkala, zda by respondenti byli pro zavedení příplatků za péči o obézní pacienty. Tabulka č. 24 uvádí, že 123 (61,5 %) respondentů uvedlo, že určitě nebo zcela souhlasí s příplatky za péči. Oproti tomu 77 respondentů (38,5 %) spíše nesouhlasí nebo zcela nesouhlasí se zavedením příplatků za péči o obézního pacienta.

Chcete ještě doplnit něco k danému tématu:

Otázka č. 35 byla zcela otevřená a respondenti zde měli možnost vyjádřit se k problematice péče o obézního pacienta v intenzivní péči. Celkem se vyjádřilo 5 respondentů, níže je uveden výčet jejich vyjádření.

„To vše pochopí nejlépe ten, kdo se opravdu o pacienty stará a zajišťuje jim péči. Problematika péče o obézního pacienta je tak široká, že vyřešení je v nedohlednu a z důvodu pohledu dnešní společnosti, tedy jakékoli návrhy těžko projdou, protože budou označeny jako diskriminace těchto osob. Takže snaha něco ovlivnit zapadá do neznáma a řešit se nic nebude. Přitom body k řešení jsou – pojištění, počet personálu, vybavení oddělení ...”

„Obezita je jedna z nejvíce opomíjených závažných onemocnění současnosti a spolu se současným prosazováním „body free culture” jsou obézní lidé velkou hrozbou pro zdravotní personál i pojišťovny – zrovna pár dní zpět jsme v sedmi lidech zvedali z křesla paní (170 kilo) v sedmi lidech.”

„Obézní pacienti by se měli určitě finančně podílet na nákladech na zdravotní péči, tak jako narkomani a alkoholici.”

„Obézní lidé jsou taky lidé, z většiny případů nevíme, proč je pacient v této situaci, neznáme celý jeho životní příběh, a tak bychom se měli vyhnout stigmatizaci a nedat pacientovi pocit, že je pro nás přítěžím práce – z 99 % to moc dobře vědí. Z naší strany je důležitá hlavně motivace a trpělivost.”

4.2.1 Statistické vyhodnocení hypotéz

V následném textu jsou prezentovány výsledky statistického testování stanovených hypotéz.

Testování hypotézy č. 1

1H₀: Znalosti sester spojené s problematikou péče o obézního pacienta se neodlišují v závislosti na délce praxe.

1H_A: Znalosti sester spojené s problematikou péče o obézního pacienta se odlišují v závislosti na délce praxe.

V první hypotéze by zkoumán vztah mezi délkou praxe respondentů a jejich znalostmi spojenými s péčí o obézní pacienty. Pro otestování hypotézy byly použity otázky dotazníku č. 5 (délka praxe respondentů) a na znalosti respondentů č. 9 (diagnostika obezity), č. 10 (znalost BMI obezita) č. 11 (znalost nadváha BMI), č. 12 (vzorec pro výpočet BMI) a č. 13 (prevence obezity). Respondenti, kteří odpověděli správně na znalostní otázky dostali za každou správnou odpověď na otázku jeden bod, poté byly jednotlivé body u respondentů sečteny. Pro přehled bodů u jednotlivých otázek v porovnání s délkou praxe je uvedena tabulka č. 25. Tato tabulka, ale nesloužila ke statistickému vyhodnocení dat.

Tabulka č. 25 - Znalosti respondentů ve vztahu k délce praxe

Zkoumaná znalost	Délka praxe				
	méně než 5 let	5–10 let	11–20 let	21–30	více než 30 let
Vzorec pro výpočet BMI	33	55	32	32	10
Diagnostika obezity	13	10	8	4	4
Znalost BMI obezita	10	24	19	21	12
Znalost BMI nadváha	15	23	17	18	10
Prevence obezity	27	44	23	17	7
Celkem	98	156	99	92	43

(Zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka č. 26 - Statistický výstup hypotézy č. 1

Korelace	
Hladina významnosti α	0,05
Signifikace p	0,0117

(Zdroj: vlastní výzkum)

K otestování hypotézy byla použita statistická metoda korelace. Byla hledána síla korelace mezi dvěma proměnnými. Výsledkem je hodnota 0,0117 což je hodnota nižší než hladina významnosti $\alpha = 0,05$. Nulová hypotéza je zmítnuta a přijata alternativní hypotéza o pozitivní korelaci mezi proměnnými. Bylo prokázáno, že mezi znalostmi respondentů a délkou praxe je statisticky významná závislost.

Testování hypotézy č.2

2H₀: Znalosti sester spojené s problematikou péče o obézního pacienta se neliší v závislosti na typu oddělení intenzivní péče.

2H_A: Znalosti sester spojené s problematikou péče o obézního pacienta se odlišují v závislosti na typu oddělení intenzivní péče.

V druhé hypotéze by zkoumán vztah mezi stupněm intenzivní péče respondentů a jejich znalostmi spojenými s péčí o obézní pacienty. Pro otestování hypotézy byly použity otázky dotazníku č. 7 (stupeň intenzivní péče pracoviště) a na znalosti respondentů č. 9 (diagnostika obezity), č. 10 (znalost BMI obezity) č. 11 (znalost nadváha BMI), č. 12 (vzorec pro výpočet BMI) a č. 13 (prevence obezity). Respondenti, kteří odpověděli správně na znalostní otázky dostali za každou správnou odpověď na otázku jeden bod, poté byly jednotlivé body u respondentů sečteny. Pro přehled bodů u jednotlivých otázek v porovnání s délkou praxe je uvedena tabulka č. 27. Tato tabulka, ale nesloužila ke statistickému vyhodnocení dat.

Tabulka č. 27 - Znalosti respondentů v závislosti na stupni intenzivní péče

Zkoumaná znalost	Stupeň intenzivní péče		
	I. Stupeň intenzivní péče	II. Stupeň intenzivní péče	III. Stupeň intenzivní péče
Vzorec pro výpočet BMI	5	15	19
Diagnostika obezity	12	26	48
Znalost BMI obezita	13	26	44
Znalost BMI nadváha	34	56	72
Prevence obezity	19	37	62
Celkem	83	160	245

(Zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka č. 28 - Statistický výstup hypotézy č. 2

Korelace	
Hladina významnosti α	0,05
Signifikace p	0,245

(Zdroj: vlastní výzkum)

K otestování hypotézy byla použita statistická metoda korelace. Byla hledána síla korelace mezi dvěma proměnnými. Výsledkem je hodnota 0,245 což je hodnota vyšší než hladina významnosti $\alpha = 0,05$. Není dostatek důkazů pro zamítnutí nulové hypotézy. Mezi znalostmi a stupněm intenzivní péče nebyla zjištěna statisticky významná závislost.

Testování hypotézy č. 3

3H₀: Znalosti sester spojené s problematikou péče o obézního pacienta se neodlišují v závislosti na frekvenci, se kterou se s obézními pacienty setkávají.

3H_A: Znalosti sester se odlišují v závislosti na frekvenci, se kterou se s obézními pacienty setkávají.

V této hypotéze by zkoumán vztah mezi frekvencí výskytu obézních na odděleních respondentů a jejich znalostmi spojené s péčí o obézní pacienty. Pro otestování hypotézy byly použity otázky dotazníku č. 15 (frekvence výskytu obézních pacientů) a na znalosti respondentů č. 9 (diagnostika obezity), č. 10 (znalost BMI obezita) č. 11 (znalost

nadváha BMI), č. 12 (vzorec pro výpočet BMI) a č. 13 (prevence obezity). Respondenti, kteří odpověděli správně na znalostní otázky dostali za každou správnou odpověď opět jeden bod, poté byly jednotlivé body u respondentů sečteny. Pro přehled bodů u jednotlivých otázek v porovnání s frekvencí výskytu obézních pacientů je uvedena tabulka č. 29. Tato tabulka, ale nesloužila ke statistickému vyhodnocení dat.

Tabulka č. 29 - Znalosti respondentů v závislosti na frekvenci

Zkoumaná znalost	Frekvence výskytu obézních pacientů				
	Nikdy	Výjimečně	Občas	Často	Pravidelně
Vzorec pro výpočet BMI	1	3	29	95	34
Diagnostika obezity	0	0	5	24	10
Znalost BMI obezita	0	2	9	49	26
Znalost BMI nadváha	1	1	11	46	24
Prevence obezity	0	2	17	66	33
Celkem	2	7	71	280	127

(Zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka č. 30 - Statistický výstup hypotézy č. 3

Korelace	
Hladina významnosti α	0,05
Signifikace p	0,0053

(Zdroj: vlastní výzkum)

K otestování hypotézy byla použita statistická metoda korelace. Byla hledána síla korelace mezi dvěma proměnnými. Výsledkem je hodnota 0,0053 což je hodnota nižší než hladina významnosti α – 0,05. Nulová hypotéza je zmínuta a přijata alternativní hypotéza o pozitivní korelaci mezi proměnnými. Bylo prokázáno, že mezi znalostmi respondentů a frekvencí výskytu obézních pacientů je statisticky významná závislost.

Testování hypotézy č. 4

H₄₀: Neexistuje rozdíl v hodnocení náročnosti péče o obézního pacienta sestrami na jednotkách intenzivní péče v závislosti na věku sestry.

H_{4A}: Existuje rozdíl v hodnocení náročnosti péče o obézního pacienta sestrami na jednotkách intenzivní péče v závislosti na věku sestry.

Čtvrtá hypotéza zkoumala, zda existuje rozdíl v hodnocení náročnosti péče o obézního pacienta sestrami na jednotkách intenzivní péče v závislosti na věku sestry. Pro otestování hypotézy byly použity otázky dotazníku č. 2 (věk respondentů) na náročnost péče byla zvolena otázka na fyzickou náročnost č. 16 a její podotázka vyhodnocena škálou a otázka č. 17 opět rozšířená o podotázku s hodnotící škálou. Respondenti, kteří odpověděli, na škále námahy dostali počet bodů podle náročnosti, kterou odpověděli (např. náročnost 5 = 5 bodů), ti, kteří uvedli, že nepocítují psychickou nebo fyzickou námahu nezískali žádný bod. Poté byla vytvořena tabulka, kde byla uvedena věková kategorie, psychická i fyzická zátěž každého respondenta. Pro přehled je uvedena tabulku č. 31 průměrných dat, která ale nebyla použita ke statistickému vyhodnocení.

Tabulka č. 31 - Hodnocení zátěže podle věkových kategorií

Věk	Fyzická zátěž průměr	Směrodatná odchylka	Psychická zátěž průměr	Směrodatná odchylka
Méně než 30 let	4,027	1,110	1,958	1,889
30–40 let	4,044	1,164	1,897	1,970
41–50	4,239	1,272	2,696	1,895
51–60 let	4,636	0,699	2,545	1,840

(Zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka č. 32 - Statistický výstup hypotézy č. 4

ANOVA	
Hladina významnosti α	0,05
Signifikace p (fyzická zátěž)	0,0000
Signifikace p (psychická zátěž)	0,2455

(Zdroj: vlastní výzkum)

K otestování hypotézy byla použita statistická metoda dvoufaktorová ANOVA. Výsledkem jsou hodnoty pro psychickou zátěž, kdy $p = 0,2455$ je větší než hladina významnosti 0,05, proto nebyla zaznamenána žádná statisticky významná závislost mezi věkem sestry a psychickou náročností péče o obézního pacienta. Oproti tomu fyzická náročnost, kdy $p = 0,0000$ je nižší než hladina významnosti, vychází velmi silná statisticky významná závislost mezi věkem sestry a fyzické náročnosti péče o obézního pacienta.

Testování hypotézy č. 5

5H₀: Neexistuje rozdíl v hodnocení náročnosti péče o obézního pacienta sestrami na jednotkách intenzivní péče v závislosti na typu jednotky intenzivní péče.

5H_A: Existuje rozdíl v hodnocení náročnosti péče o obézního pacienta sestrami na jednotkách intenzivní péče v závislosti na typu jednotky intenzivní péče.

Pátá hypotéza zkoumá, zda existuje rozdíl v hodnocení náročnosti péče o obézního pacienta sestrami v závislosti na typu jednotky intenzivní péče. Pro otestování hypotézy byly použity otázky dotazníku č. 7 (stupeň intenzivní péče) na náročnost péče byla zvolena otázka na fyzickou náročnost č. 16 a její podotázka vyhodnocena škálou a otázka č. 17 opět rozšířená o podotázku s hodnotící škálou. Respondenti, byli opět bodováni stejně jako u předchozí otázky. Poté byla vytvořena tabulka, kde byla uveden stupeň intenzivní péče pracoviště a psychická i fyzická zátěž každého respondenta. Pro přehled je uvedena tabulka č. 33 průměrných dat, která ale nebyla použita ke statistickému vyhodnocení.

Tabulka č. 33 - Hodnocení zátěže podle stupňů intenzivní péče

Stupeň intenzivní péče	Fyzická zátěž průměr	Směrodatná odchylka	Psychická zátěž průměr	Směrodatná odchylka
I. Stupeň	3,8	0,707	2,275	1,777
II. Stupeň	4,2	1,378	2,239	1,999
III. Stupeň	4,417	0,798	1,940	1,841

(Zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka č. 34 - Statistický výstup hypotézy č. 5

ANOVA	
Hladina významnosti α	0,05
Signifikace p (fyzická zátěž)	0,0001
Signifikace p (psychická zátěž)	0,6076

(Zdroj: vlastní výzkum)

K otestování hypotézy č. 5 byla použita statistická metoda dvoufaktorová ANOVA. Výsledkem jsou hodnoty pro psychickou zátěž, kdy $p = 0,6076$ je větší než hladina významnosti 0,05, proto neexistuje žádný statisticky významný rozdíl mezi stupněm intenzivní péče a psychickou náročností péče o oběžního pacienta. Oproti tomu fyzická náročnost, kdy $p = 0,0001$ je nižší než hladina významnosti, vychází rozdíly velmi silně statisticky významné mezi stupněm intenzivní péče a fyzickou náročností péče o oběžního pacienta.

Testování hypotézy č. 6

6H₀: Postoj sester k péči o oběžní pacienty se neliší v závislosti na délce praxe sestry.

6H_A: Postoj sester k péči o oběžní pacienty se odlišuje v závislosti na délce praxe sestry.

Šestá hypotéza se zabývá, zda se liší postoj sester k péči o oběžní pacienty v závislosti na délce jejich praxe. K vyhodnocení hypotézy byly použity otázky č. 6 (délka praxe ve zdravotnictví) a č. 22 (postoj při rozdělování pacientů na směně). Byla sestavena kontingenční tabulka č. 35, která zobrazuje postoje sester v závislosti na délce praxe.

Tabulka č. 35 - Postoje sester v závislosti na délce praxe.

Postoje respondentů	Délka praxe					Celkem
	Méně než 5 let	6–10 let	11–20 let	21 - 30 let	Více než 30	
Je mi jedno, o jakého pacienta se starám, nevidím v tom rozdíl	13	35	24	19	5	96
Nejsem nadšen(á), ale nemám s tím problém	25	29	15	17	7	93
Snažím se pacientovi vyhnout	2	1	1	4	1	9
Udělám vše pro to se mu vyhnout	0	0	0	2	0	2
Celkem	40	65	40	42	13	200

(Zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka č. 36 - Statistický výstup hypotézy č. 6

Fisherův exaktní test	
Hladina významnosti α	0,05
Signifikace p	0,019

(Zdroj: vlastní výzkum)

K otestování hypotézy č. 6 byl použit Fisherův exaktní test z důvodu nedostatku potřebných dat pro chí-kvadrát test. Byla sestavena kontingenční tabulka s možnými aranžemi dat do kategorií, které by mohly nastat za předpokladu nulové hypotézy. Data byla zpracována v programu STATISTICA 12. Výsledná p – hodnota vyšla 0,019, kdy je menší než hladina významnosti a můžeme zamítnout nulovou hypotézu a přijmout hypotézu alternativní. Mezi postojem sester v péči o obézní pacienty a délkou jejich praxe byla zjištěna statisticky významná závislost.

Testování hypotézy č. 7

7H₀: Postoj sester k péči o pacienty s nadváhou (tj. BMI 25–30 kg/m²) se neliší v závislosti na délce praxe.

7H_A: Postoj sester k péči o pacienty s nadváhou (tj. BMI 25–30 kg/m²) je rozdílný v závislosti na délce praxe.

Sedmá hypotéza se zabývá, zda se liší postoj sester k péči o pacienty s nadváhou v závislosti na délce jejich praxe. K vyhodnocení hypotézy byly použity otázky č. 6 (délka praxe ve zdravotnictví) a č. 23 (postoj při rozdělování pacientů s nadváhou na směně). Byla sestavena kontingenční tabulka č. 37, která zobrazuje postoje sester v závislosti na délce praxe.

Tabulka č. 37 - Postoje sester při rozdělování pacientů s nadváhou

Postoje respondentů	Délka praxe					Celkem
	Méně než 5 let	6–10 let	11–20 let	21 - 30 let	Více než 30	
Je mi jedno, o jakého pacienta se starám, nevidím v tom rozdíl	22	40	22	23	7	114
Nejsem nadšen(á), ale nemám s tím problém	18	24	17	16	5	80
Snažím se pacientovi vyhnout	0	1	1	3	1	6
Udělám vše pro to se mu vyhnout	0	0	0	0	0	0
Celkem	40	65	40	42	13	200

(Zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka č. 38 - Statistické vyhodnocení hypotézy č. 7

Fisherův exaktní test	
Hladina významnosti α	0,05
Signifikace p	0,5808

(Zdroj: vlastní výzkum)

K otestování hypotézy č. 7 byl opět využit Fisherův exaktní test. Kdy hodnota p vyšla 0,5808 což znamená, že není zamítnuta nulová hypotéza H_0 na hladině významnosti 0,05. Nebyly získány dostatečné důkazy pro to, aby se postoj sester k péči o pacienty s nadváhou lišil v závislosti na délce praxe.

5 Diskuse

Diplomová práce se zabývala problematikou ošetrovatelské péče o obézního pacienta v intenzivní péči. Výzkum byl realizován smíšenou strategií s využitím polostrukturovaných rozhovorů a nestandardizovaných dotazníků. Rozhovorů se sestrami pracujícími v intenzivní péči bylo celkově zrealizováno 12, byly provedeny jejich přepisy a následně využitím otevřeného kódování metodou „tužka a papír“ byly kódy z informací uspořádány do 8 kategorizačních skupin. Dotazníkové šetření proběhlo online formou a celkově bylo získáno 205 dotazníků, po vyřazení chybně vyplněných dotazníků bylo do zpracování zařazeno 200 dotazníků.

Cílem práce bylo popsat problematiku hospitalizace obézního pacienta na jednotce intenzivní péče a zjistit, jak tato péče ovlivňuje práci všeobecné sestry. Z cílů byly stanoveny dvě výzkumné otázky, které zní: „S jakými problémy se všeobecné sestry setkávají při péči o obézního pacienta na jednotce intenzivní péče?“ a „Jak ovlivňuje péče o obézního pacienta na oddělení intenzivní péče práci všeobecné sestry?“ Dále bylo stanoveno 7 hypotéz: H1: Znalosti sester spojené s problematikou péče o obézního pacienta se odlišují v závislosti na délce praxe. H2: Znalosti sester spojené s problematikou péče o obézního pacienta se odlišují v závislosti na typu oddělení intenzivní péče. H3: Znalosti sester se odlišují v závislosti na frekvenci, se kterou se s obézními pacienty setkávají. H4: Existuje rozdíl v hodnocení náročnosti péče o obézního pacienta sestrami na jednotkách intenzivní péče v závislosti na věku sestry. H5: Existuje rozdíl v hodnocení náročnosti péče o obézního pacienta sestrami na jednotkách intenzivní péče v závislosti na typu jednotky intenzivní péče. H6: Postoj sester k péči o obézní pacienty (tj. s BMI nad 30 kg/m²) se odlišuje v závislosti na délce praxe sestry. H7: Postoj sester k péči o pacienty s nadváhou (tj. BMI 25–30 kg/m²) je rozdílný v závislosti na délce praxe.

Tato část diplomové práce shrnuje výsledky výzkumných šetření, které porovnává mezi sebou a hodnotí s jinými výzkumy a publikacemi podobného tématu.

Kvalitativní výzkum byl proveden formou polostrukturovaných rozhovorů se sestrami pracujícími na jednotkách intenzivní péče. Polostrukturované otázky se zaměřovaly na základní informace o sestřích, frekvenci výskytu pacientů s obezitou i nadváhou, komplikace a rizika u obézních pacientů při ošetrovatelské péči, postupy – standard,

polohování pacientů a v neposlední řadě subjektivní pohledy na pacienty s nadváhou a obezitou. Kvalitativních rozhovorů se zúčastnilo 12 sester pracujících na jednotkách intenzivní péče, v této skupině byl i jeden muž. Do 30 let věku bylo v rozhovorech pět informantů, do 40 let čtyři informanti a nad 40 let se zúčastnili tři. V rámci vzdělání 6 informantů mělo ukončeno bakalářské vzdělání, u jedné sestry stále dálkově bakalářské studium probíhalo, čtyři informantky měly ukončeno vzdělání diplomované specialistky a dvě informantky měly ukončenou SZŠ, ale obě disponovali specializačním vzděláním Arip (které celkově měla polovina). Pracoviště informantů byly v třetím stupni intenzivní péče – kardiochirurgické ARO (3x), všeobecné ARO (3x) a chirurgie ARO – DIP. U druhého stupně intenzivní péče se jednalo o Neurologickou JIP, Kardiologickou JIP a Chirurgickou JIP. Za první stupeň intenzivní péče byly uvedeny dvě informantky z kardiochirurgického intermediálního pokoje.

Problémy Manipulace

První výzkumná otázka se věnovala problémům, s kterými se sestry setkávají při péči o obézního pacienta na odděleních intenzivní péče. Největší počet informantů uvedl, že nejrozsáhlejší problém je při manipulaci s pacientem, kdy často chybí dostatek personálu nebo adekvátních pomůcek při manipulaci s pacienty, jak potvrzuje S8 „*Nevadí mi, že je pacient obézní, ale pokud není dostatek personálu, vadí mi právě potíže při manipulaci s pacientem.*” K obdobným problémům v péči o obézní pacienty došla i studie „*Moving and handling care of bariatric patients: a survey of clinical nurse managers.*” Tato studie zkoumala frekvenci, logistiku a překážky poskytování bariatrické péče o pacienty včetně dostupnosti vybavení v nemocnicích. Hlavními překážkami v péči o obézní pacienty byl shledán nedostatek vybavení (75 %), personálu (65,2 %) a nepřítomnost školení (57,6 %) (Dockrell, 2021).

McClellan et al, (2021) uvádí ve svém přezkoumání z třiceti studií s názvem *Risks to Healthcare Organizations and Staff Who Manage Obese (Bariatric) Patients and Use of Obesity Data to Mitigate Risks* rizika obezity pro zdravotnický personál a organizace, které pečují o obézní (bariatrické) pacienty. Vysoké riziko zranění zdravotnického personálu bylo identifikováno v souvislosti s úkony manipulace s bariatrickými pacienty a také byla zjištěna vysoká finanční rizika organizací, které poskytují péči bariatrickým pacientům.

Z kvalitativního výzkumu v této práci dále vyplynulo, že polovina informantů má k dispozici na oddělení elektrický zvedák na pacienty, méně informantek uvedlo dostupnost bariatrického lůžka a využívání polohovací folie bylo zaznamenáno minimálně. S2 uvádí problém při polohování, kterému by přítomnost bariatrického lůžka předešla: „*U obézních pacientů, pokud je chceme přetáčet na boky tak se nám stává, že se jim nevejde paže do postele tak aby si na ní neleželi, proto často musíme sundat postranice u postele a přisunout stolek, na který končetinu položíme a vypodložíme polštáři. Nicméně sundanou postranicí riskujeme, že se nám pacient může z postele sklouznout.*” Obézní pacienti by neměli být vystaveni riziku pádu z důvodu neadekvátního vybavení.

Z kvantitativního výzkumu vyplynulo, že pouze 11 respondentů má veškeré manipulační a polohovací pomůcky, které potřebuje. Více než půlce respondentů (58,0 %) chybí na oddělení elektrický zvedák na manipulaci s pacienty a 46,5 % postrádá dostupnost bariatrického lůžka. Podle 75 % respondentů souvisí zlepšení péče o obézní pacienty na jednotkách intenzivní péče s dostatkem personálu na směnách. Dále respondenti nastínili situaci, jak je to s personálním zajištěním na jejich pracovištích. Nedostatečné personální složení na denní směně uvedlo 64 (32,5 %) respondentů a dalších 20 % vnímá personální složení jako dostatečné jen v případě, kdy nemají na oddělení hospitalizovaného žádného obézního pacienta. Na noční směně uvedlo chybějící personál 87(43,5 %) respondentů a dalších 26 % považuje personální složení za dostatečné, pokud nejsou hospitalizováni žádní obézní pacienti.

Problémy s péčí o kůži

Další problematickou oblastí byla v kvalitativním šetření shledána péče o kůži a celková hygiena obézního pacienta. Jak dokládá vědecký článek s názvem *Best Practice in Pressure Injury Prevention Among Critical Care Patients* ze severní Ameriky, důležitá je komplexní péče. „*Je nutné zvolit lůžko, které umožní pacientovi dostatek prostoru, aby se mohl volně pohybovat ze strany na stranu, aniž by se zaklínil o boční zábradlí. Dále kožní záhyby způsobené obezitou se mohou macerovat, což zvyšuje riziko dekubitů, a proto by měly být udržovány čisté a suché. Bezpečná manipulace s pacientem a vybavení pro mobilitu, jako jsou zvedací zařízení jsou u této populace zásadní pro bezpečnost pečovatелů a současně zabraňují riziku vystavení pacienta třecím a střížným silám.*” (Alderden, 2020, s 490).

Většina informantů uvedla vznik dekubitů jako závažné riziko pro oběžní pacienty, jak dokládá výrok S3: „*Dalším rizikem jsou dekubity, se kterými se setkáváme často, protože většinou máme pacienty oběžně nestabilní nebo traumata s poraněním páteře, které není možno polohovat, jak bychom potřebovali.*” Zároveň se opět většina informantů shodla, že samotná správně provedená hygiena o oběžního pacienta je velmi časově náročná a někteří dokonce uvedli, že by bylo třeba z důvodu nadměrného pocení pacienta provádět hygienu častěji. Pohled nám zprostředkovává S4: „*Rozdíl v ošetrovatelské péči u oběžního pacienta vidím především v délce trvající hygieně, kdy často pomáhá veškerý dostupný personál. Zároveň promazání všech predikčních míst a případné ošetření ragád a již vzniklých dekubitů zabere další čas. Většinou se mi oběžní pacient i velmi potí, proto během dne pacienta ještě omývám a používám deodoranty proti zápachu.*”

V kvantitativním výzkumu byla důkladná hygienická péče shledána jako náročnou činností podle míry souhlasu u 191 (95,5 %) respondentů (viz. Tabulka č. 14). Že je péče o pokožku důležitým tématem dokládá i tabulka č. 15, kde respondenti, kteří nemají vypracovaný ošetrovatelský standart uváděli jako důležitou oblast, která by v ošetrovatelském standartu neměla chybět, právě péči o pokožku (106; 53, 0 %) a hygienu (97; 48,5 %). S výrokem „U oběžních pacientů, by byla potřeba provádět častěji hygienickou péči.” uvedlo nějakou míru souhlasu (souhlasím, spíše souhlasím) 180 (80 %) respondentů. Dalších 149 respondentů považuje do jisté míry spoluúčast oběžního pacienta i v rámci hygieny jako nízkou (viz. tabulka č. 18).

Dále výsledky kvantitativního průzkumu naznačují, že respondenti vnímají dekubity jako závažné zdravotní riziko pro oběžní hospitalizované pacienty. Konkrétně, 149 respondentů na škále hodnocení rizik v rozsahu od 1 do 5 (kde 5 značí nejzávažnější riziko) ohodnotilo závažnost rizika dekubitů buď jako 4 nebo 5 (viz. Tabulka č. 10). Dekubity a ztížená péče o ránu, byly dalšími důvody, které 23 respondentů uvedlo jako hlavní důvod proč vnímají péči o oběžního pacienta jako problematickou. V tabulce č. 14, která se zaměřovala na možné problematické činnosti u oběžního pacienta, u možnosti „převazy ran” uvedlo opět určitou míru souhlasu (ano souhlasím, spíše souhlasím) 177 (88,5 %) respondentů. Péči o kůži a defekty označovali respondenti v tabulce č. 19 jako středně až hodně náročnou.

Problém u obézních pacientů s hojením ran a vyšší přítomnosti pooperačních infekcí potvrzuje anglická studie *Impact of obesity on the risk of wound infection following surgery: results from a nationwide prospective multicentre cohort study in England*. Výsledky této studie ukazují, že nadváha nebo obezita významně zvyšuje riziko pooperační infekce v řadě chirurgických kategorií. Toto zvýšení rizika přetrvávalo i po úpravě o další rizikové faktory, včetně stupně kontaminace rány, předoperačního fyzického stavu pacienta a délky operace (Thelwall, 2015). K podobným výsledkům došly i studie provedeny v menším rozsahu v Austrálii, kde se zkoumaly pooperační infekce u pacientů po koronárním bypassu (Chan, 2010) a v USA, kde byly zkoumány různé druhy operací a zdravotnických zařízení (Waisbren, 2010).

Komunikace

Dalším rozebíraným problémovým tématem byla v kvalitativním i kvantitativním šetření komunikace s obézním pacientem. Anglická studie zkoumala komunikaci s obézním pacientem v předoperační péči z hlediska, jak by měli anesteziologové komunikovat s pacienty s obezitou v předoperačním období o perioperačních rizicích spojených s managementem jejich tělesné hmotnosti. Závěr studie byl, že v současné době nejsou publikována žádná doporučení, jak by anesteziologové mohli nejúčinněji diskutovat o hmotnosti v perioperačním období s pacienty s obezitou. (Hodsdon et al., 2020) Další dohledaná studie uvádí, že strach z urážení pacientů, nedostatečné školení a neznalost doporučení byly identifikovány jako faktory, které brání zdravotníkům ve schopnosti diskutovat s pacienty o jejich hmotnosti. Pacienti preferovali neutrální výrazy, jako je „váha“, zatímco slova „tlustý“ a „obézní“ považovali za nežádoucí a stigmatizující slova. Je potřeba větší podpora a poskytování specifického školení, včetně vzdělávání o sdělování stavu hmotnosti, pro ty, kdo se podílejí na léčbě obézních pacientů (Auckburally et al, 2021).

V kvalitativním šetření více než polovina informantů uvedla, že se setkali s problémy v komunikaci s obézním pacientem a 4 z nich dále specifikovali, že si není vždy jisto, jak s obézním pacientem správně komunikovat. Jak uvádí S11 *„Mám spíše problém, jak se s obézním pacientem o jeho váze bavit, protože ačkoliv vidím, že mu obezita způsobuje značný diskomfort nevím, jak ho správně edukovat, aby se neurazil.“* S2 doplňuje: *„Někdy se přistihnu, že si musím při péči o obézního pacienta dávat pozor na jazyk abych nepoužila nějaké ofenzivní spojení.“* Dalšími problémy v komunikaci byly

identifikovány zdravotní obtíže způsobeny obezitou, jak uvádí respondentka S5 „*U obézních pacientů mám občas problém jim rozumět, protože nemůžou popadnout dech a já se tak musím na případnou otázku doptat znova.*”

Na problémy v komunikaci se v nestandardizovaném dotazníku zaměřovala otázka č. 16 a její doplňující podotázka, kde měli respondenti možnost vylíčit své komunikační problémy. Celkem se setkalo s problémovou komunikací 23,0 % respondentů a nejvíce specifikovalo problém jako nepřiznání si obezity ze strany pacienta. Druhou nejčtenější odpovědí byla pacientova nespolupráce a problémová komunikace ohledně dodržování diety.

Druhým cílem bylo stanoveno zjistit, jak péče o obézního pacienta ovlivňuje práci všeobecné sestry na jednotce intenzivní péče. Na základně tohoto cíle byly stanovena výzkumná otázka ve stejném znění a následující hypotézy. Sestra pečující o obézního pacienta musí mít dostatečné znalosti o péči a jejich specifikách, aby mohla poskytnout pacientovi adekvátní péči. Zdravotní sestry po vystudování školy se nepřestávají vzdělávat, zvláště sestry pracující v intenzivní péči. Ať už se jedná o navštěvování odborných konferencí, plnění kurzů specializačního vzdělávání nebo samotnou praxi na jednotkách intenzivní péče, kde se často odehrávají nejrůznější situace. Z tohoto úsudku byla vytvořena první hypotéza: **„Znalosti sester spojené s problematikou péče o obézního pacienta se odlišují v závislosti na délce praxe.”** K testování této hypotézy byla využita otázka č. 5, která se dotazovala na délku praxe respondentů. K testování znalostí byly využity otázky č. 9 (diagnostika obezity, kdy všechny tři správné odpovědi označilo 39 (19,5 %) respondentů z celkového počtu 200 respondentů) č. 10 (znalost BMI obezita - správnou odpověď vymezení obezity „nad 30 BMI” uvedlo 80 (40,0 %) respondentů a „30 - 40” uvedlo respondentů 5) č. 11 (znalost nadváha BMI - správnou odpověď „25 - 30 BMI” uvedlo 83 (41,5 %) dotázaných), č. 12 (vzorec pro výpočet BMI - správnou odpověď „Hmotnost (kg) / výška na druhou (m)” uvedlo 162 (81,0 %) respondentů) a č. 13 (prevence obezity, kde správnou možností bylo vybrat všechny odpovědi, aby se docílilo co nejcílenější prevence obezity. Takto učinilo 118 (59 %) respondentů.). Bylo prokázáno, že mezi znalostmi respondentů a délkou praxe je statisticky významná závislost. Výsledky dokládají, že nejvíce správných odpovědí v znalostních otázkách ohledně obezity mají sestry, které mají praxi ve zdravotnictví delší než 30 let. Jak uvádí studie Mojzkowské et al. (2020) prevalence nadváhy a obezity

naznačuje, že v podstatě každý zdravotnický pracovník má každodenní kontakt s pacienty s nadměrnou tělesnou hmotností. Dále bylo zjištěno, že 32,9 % zdravotnických pracovníků nemělo dostatečné znalosti o tom, jak diagnostikovat a léčit obezitu. V našem kvantitativním výzkumu správnou diagnostiku obezity znalo 39 (19,5 %).

Druhou hypotézou zaměřující se na znalosti sester byla H2: **Znalosti sester spojené s problematikou péče o obézního pacienta se odlišují v závislosti na typu oddělení intenzivní péče.** K vyhodnocení bylo opět použito 5 otázek označující znalosti a otázka č. 7 (stupeň intenzivní péče). Nejvíce respondentů – 86 (43,0 %) pracuje na III. stupni intenzivní péče, na druhém stupni intenzivní péče pracuje 73 (35,5 %) a první stupeň byl zastoupen 41 (20,5) respondenty. Mezi znalostmi sester a stupněm intenzivní péče, kde pracují nebyla zjištěna žádná statisticky významná závislost.

Oproti tomu hypotéza H3: **Znalosti sester se odlišují v závislosti na frekvenci, se kterou se s obézními pacienty setkávají** prokázala statisticky významnou závislost mezi frekvencí výskytu obézních pacientů a znalostmi respondentů. Jak můžeme vidět v tabulce č. 28 znalosti sester se zvyšují závisle na frekvenci výskytu obézních pacientů na oddělení. Nejčtenějšími odpověďmi, jak často se respondenti setkávají s obézním pacientem byly často a pravidelně. Pouze dva respondenti se s obézními pacienty vůbec nesetkávají, což potvrzuje tvrzení ze studie Mojzkowská et al, 2020: prevalence nadváhy a obezity naznačuje, že v podstatě každý zdravotnický pracovník má každodenní kontakt s pacienty s nadměrnou tělesnou hmotností.

Náročnost péče

V kvantitativním šetření byla zkoumána náročnost ošetrovatelských úkonů u obezity a nadváhy. V tabulce č. 19 je uveden výčet ošetrovatelských úkonů a na škále 0–5 jsou zhodnoceny náročnosti jednotlivých úkonů, tak jak je vnímají respondenti. Jako nejnáročnější činnost u obézního pacienta byl zvolen transport (129; 64,5 %). Jen o jednoho respondenta méně získala možnost rehabilitace (posazování, přesun lůžko – křeslo). V porovnání s tabulkou č. 20, kde byly posuzovány stejné ošetrovatelské úkony jen u pacienta s nadváhou, vidíme, že úkony, která byly hodnoceny jako nejnáročnější u obézního pacienta se přesouvají do středních hodnot náročnosti. Dále přibývá respondentů, kteří přestávají vnímat ošetrovatelské úkony jako náročné nebo jen mírně.

Dále byla u respondentů zkoumaná psychická a fyzická náročnost péče o oběžního pacienta. Fyzickou zátěž pociťuje 191 (95,5 %) respondentů viz tabulka č. 11. V hodnocení fyzické zátěže na škále 1–5 (kdy 5 byla největší zátěž), zvolilo nejvíce respondentů možnost 5 (93; 46,5 %) a 4 (72; 36,0 %). Psychickou zátěž v péči o oběžního pacienta pociťuje více než polovina (115; 57,5 %) respondentů. Dále byli tito respondenti vyzváni zhodnotit psychickou zátěž na škále, kde nejvíce respondentů (48; 24,0 %) zvolilo střední zátěž (3).

Na náročnost péče a konkrétněji na fyzickou a psychickou zátěž, byly zvoleny dvě hypotézy. **H4: Existuje rozdíl v hodnocení náročnosti péče o oběžního pacienta sestrami na jednotkách intenzivní péče v závislosti na věku sestry.** U psychické zátěže nebyla zjištěna žádná statisticky významná závislost mezi věkem sestry a psychickou náročností péče. U fyzické náročnosti byla závislost prokázána a v tabulce č. 30 vidíme, jak se průměrné hodnocení zátěže zvyšuje v závislosti na věku sestry.

V další hypotéze byla zkoumána závislost náročnosti péče na typu jednotky intenzivní péče. **H5: Existuje rozdíl v hodnocení náročnosti péče o oběžního pacienta sestrami na jednotkách intenzivní péče v závislosti na typu jednotky intenzivní péče.** Stejně jako u předchozí hypotézy v tabulce č. 32 vidíme, jak se zvyšuje průměrné hodnocení zátěže sestrami v závislosti, na jakém stupni intenzivní péče pracují. Vyšla nám tedy statisticky významná závislost, kde sestry pracující ve třetím stupni intenzivní péče hodnotily fyzickou zátěž jako nejvyšší. U psychické zátěže opět nebyla prokázána statisticky významná závislost, ale je zřetelné, že průměrné hodnocení psychické zátěže je větší v nižších stupních intenzivní péče. Otázkou tedy, zůstává, zda to může být způsobeno skladbou pacientů, kteří jsou většinou již plně při vědomí, a proto může být péče o ně psychicky náročnější. Bylo by potřeba dalšího výzkumu, který by se zabýval zdravotním stavem oběžního pacienta na jednotlivých stupních intenzivní péče a hodnocení psychické zátěže.

Na psychickou zátěž může mít vliv i prodloužená hospitalizace oběžních pacientů, Nguyen (2019) uvádí v porovnání oběžních pacientů s neoběžnými se zánětlivými střevními onemocněními delší hospitalizace a s tím spojené vyšší výdaje. Delší dobu hospitalizace uvádí i S4: „*Oběžní pacienti mají často delší dobu hospitalizace na našem*

oddělení, proto když nevidí znatelné pokroky může to být velmi náročné na jejich psychiku.

Vnímání obézních pacientů

Studie s názvem: *Intensive care nurses' experiences of caring for obese intensive care patients*, zjistila, že sestry na jednotce intenzivní péče vnímaly péči o obézní pacienty v rámci intenzivní péče jako emocionálně náročnou vzhledem k jejich zranitelnosti, odlišnosti a fyzickým problémům ve srovnání s pacienty s normální hmotností. Při péči o tyto pacienty zažívali ambivalentní pocity: zatímco se snažily poskytovat dobrou a stejnou péči všem pacientům, současně měli negativní názory a postoje k obézním pacientům. Dále se u sester na jednotce intenzivní péče objevila frustrace z fyzicky náročných situací v péči a u některých kolegů neochota pečovat o takové pacienty (Robstad et al., 2018).

Z provedených rozhovorů vyplývá, že informantky vnímají pozitivněji pacienty s nadváhou než s obezitou. Dokonce bylo zjištěno, že některé z dotázaných sester, kdyby nemusely tak by se o takové pacienty nejradši nestaraly (což potvrzuje výsledky studie Robstad et. al., 2018). Jak uvádí S3: „*Nejsem již nejmladší a manipulace s velmi obézními pacienty mě unavuje. Zvláště pokud nabudu dojmu, že si pacient za svoji obezitu může sám a nechá svoji obezitu zajít takhle daleko je mi nepříjemné se o něj starat. Mohla bych přeci mít jiného pacienta, se kterým nebudu mít tolik fyzické námahy a zapláceno dostanu úplně stejně.*”

Na testování postojů k obézním pacientům se v kvantitativním šetření zaměřovala H6: **Postoj sester k péči o pacienty s nadváhou (tj. BMI 25–30 kg/m²) je rozdílný v závislosti na délce praxe.** Mezi postojem sester v péči o obézního pacienta a délkou jejich praxe, byla zjištěna statisticky významná závislost. Z tabulky č. 34 vidíme, že sestry, které pracují ve zdravotnictví 21–30 let mají největší zastoupení u výroku „Snažím se pacientovi vyhnout” a „udělám vše pro to se mu vyhnout”. Za povšimnutí stojí u sester, které jsou v praxi méně než 5 let skoro 2x vyšší četnost výroku „nejsem nadšen(á), ale nemám s tím problém než „je mi jedno, o jakého pacienta se starám.”

Vnímání pacienta s nadváhou – nadváha jako výhoda?

Z kvantitativního šetření sestry uvedly, že ze svých zkušeností vyzorovaly, že pro pacienty mírná nadváha v nemocničním prostředí může být i výhodou. S3 uvádí: „*Mírná nadváha může být pro pacienta značnou výhodou, tito pacienti mají často nižší riziko komplikací spojené s různými zákroky, zároveň mívají více svalové hmoty a pokud jsou při vědomí tak často zvládají každodenní činnosti s dopomocí.*” „*Na našem oddělení jsem dokonce ráda za pacienty s mírnou nadváhou, většinou mají lepší svalovou sílu a je tak snazší je postavit zpět na nohy. Ono, když je pacient přehnaně hubený tak je to pro mě horší situace, než když má nadváhu.*” doplňuje S12. Podle Hoffmanna (2012) existuje u polytraumatizovaných pacientů významná korelace mezi obezitou, podváhou a zvýšenou mortalitou, avšak nadváha může být i výhodou, jak dokládá studie chirurgických pacientů na JIP, kdy byla nadváha nebo mírná obezita spojena se sníženým rizikem 60denní hospitalizační mortality. Riziko úmrtí se však zvýšilo u velmi obézních pacientů, zejména po neurochirurgických výkonech (Kobylka et. al., 2011).

V kvantitativním šetření byly zkoumány postoje všeobecných sester k péči o pacienty s nadváhou pomocí H7: **Postoj sester k péči o pacienty s nadváhou (tj. BMI 25–30 kg/m²) je rozdílný v závislosti na délce praxe.** Statistickým vyhodnocením hypotézy pomocí Fisherova exaktního testu, nebyly získány dostatečné důkazy pro to, aby se postoj sester k péči o pacienty s nadváhou lišil v závislosti na délce praxe.

Stigmatizace

Stigmatizace obézních pacientů se týká výzkumu předsudků a postojů zdravotníků k těmto osobám. Zároveň stigmatizace obézních pacientů může mít vliv na kvalitu poskytované péče a zdravotní stav pacienta. Jednotky intenzivní péče jsou psychicky i fyzicky náročná oddělení, zdravotní pracovníci jsou často zvyklí na zaintubované pacienty, kteří mluvit nemohou, ale neznamená to, že často nemohou některé věci slyšet. Zároveň většina anesteziologických a resuscitačních oddělení je buď stylem otevřeného prostoru, kolikrát jednotlivá lůžka oddělují jen závěsy nebo stylem bezbariérových boxů. V obou případech řeči, které vedou sestry mezi sebou jsou často nesené přes celý prostor a je jim zřetelně rozuměno i na druhé straně místnosti.

Z provedených rozhovorů vyplynulo, že respondenti si uvědomují, že se stigmatizace nemají dopouštět a nikdo neodpověděl kladně, že by se stigmatizace dopustil přímo před

pacientem plně při vědomí. Pro ukázkou, jak to vnímá S3: „*Se stigmatizací obézních pacientů se setkávám celkem pravidelně, ale nikdy ne v přímé blízkosti pacienta, na druhou stranu jsme v otevřeném prostoru, takže těžko říct co vše mohou pacienti slyšet. Většinou mi to přijde jako takové povzdechnutí té sestry, že péče o obézního pacienta je namáhavá. Samozřejmě je to častěji u nespolupracujícího nebo nepříjemného obézního pacienta než u pacienta, který se snaží pomáhat.*” I z dalších provedených rozhovorů vyplývá, že nejčastěji stigmatizace je spíše způsobena špatnými zkušenostmi sester a nevyhovujícími podmínkami péče o obézní pacienty.

Výzkumná studie z Nového Zélandu, která zkoumala interakce mezi personálem (67 sester a 13 doktorů) intenzivní péče a obézními pacienty, zjistila že poskytování adekvátní péče bylo náročné z důvodu sociálního stigmatu obklopujícímu obezitu. Při péči o morbidně obézní pacienty byla patrná sociální neobratnost. Zaměstnanci intenzivní péče používali strategie „pracovního obličeje” a vzájemného předstírání, aby zmírnili pocity nepohodlí při péči (jednalo se o strategii používanou k předcházení rozpakům a úzkosti jak pacientů, tak personálu) (Hales et al, 2016).

Zlepšení péče

Bylo zjištěno, že zlepšení péče o pacienty, by podle respondentů nejvíce pomohlo mít dostatek ošetrovatelského personálu (75,0 %) a lepší vybavení (60,5 %). Vysoké četnosti dosáhla i možnost větší podpora vedoucích pracovníků”, kde je otázkou, zda se míra podpory například odráží na personálním složení oddělení nebo na možnostech rozhodovat o tom co oddělení potřebuje. V otázce příplatků za péči o obézní pacienty byla patrná určitá míra souhlasu u nadpoloviční většiny respondentů, v součtu u 61,5 % dotázaných, by souhlasilo se zavedením příspěvků pro sestry, které se starají o obézní pacienty na směnách.

Dále by ke zlepšení práce mohly pomoci pravidelná školení o manipulaci na pracovišti, kde v kvantitativním šetření vyplynulo, že pravidelná školení o manipulaci na pracovišti nemá 93,5 % z dotázaných respondentů. Ale bylo zjištěno, že z celkových 200 respondentů by o tato školení mělo zájem 125 respondentů. Proto zůstává otázkou, proč tato školení nejsou v praxi zavedená, když zájem by o ně byl.

Osobně si myslím, že je velmi důležité uvědomit si , že obezita je velmi komplexním problémem, který je ovlivněn mnoha faktory, jako jsou genetické predispozice, psychologické faktory, životní styl, strava a další. Proto bychom se měli snažit o osvětu

a vzdělávání, abychom lépe porozuměli této problematice a přestali s jejím stigmatizováním. V rámci intenzivní péči je nezbytné zajištění dostatečného personálního složení, aby nedocházelo k poškozování zdravotního stavu sester. Atraktivní se jeví i myšlenka příplatků za péči o obézní pacienty, protože jak dokazují výsledky tohoto výzkumu péče o obézní pacienty je náročnější.

Dále je důležité zdůraznit, že osoby s obezitou jsou stejně cenné jako ostatní lidé a zaslouží si stejný respekt a důstojnost. Stigmatizace může vést k různým negativním důsledkům, jako je snížení sebevědomí, deprese, úzkosti, narušení vztahů a další. Naopak, normalizace obezity může vést k podceňování zdravotních rizik spojených s tímto stavem a bránit lidem v hledání vhodné pomoci. Proto by se mělo více mluvit o obezitě a jejích příčinách, rizicích a možnostech léčby. Vzdělávání by mělo být zaměřeno na zdravý životní styl, správnou stravu, pohyb a psychologickou podporu. Měli bychom také podporovat výzkum a vývoj nových léčebných metod a terapií, které by pomohly lidem s obezitou zlepšit své zdraví a kvalitu života. V neposlední řadě bychom se měli snažit o respekt a pochopení. Je důležité, abychom se snažili pochopit, co život pro lidi s obezitou znamená a jak můžeme být nápomocni v jejich boji proti ní.

6 Závěr

Diplomová práce se zabývá problematikou ošetrovatelské péče o obézního pacienta v intenzivní péči. Diplomová práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. Teoretická část se věnuje obezitě, její definici, správné diagnostice, etiologii a léčbě. Dále se věnuje zdravotním rizikům, která kvůli obezitě mohou vznikat a ohrožovat tak celkový zdravotní stav pacienta. Zvláštní důraz je kladen na vybrané ošetrovatelské činnosti v rámci intenzivní péče, které může výskyt obezity u pacienta komplikovat.

Cílem praktické části bylo popsat problematiku hospitalizace obézního pacienta na jednotce intenzivní péče a zjistit, jak tato péče ovlivňuje práci všeobecné sestry. K naplnění cíle bylo využito dvou výzkumných otázek: S jakými problémy se všeobecné sestry setkávají při péči o obézního pacienta na jednotce intenzivní péče? a Jak ovlivňuje péče o obézního pacienta na oddělení intenzivní péče práci všeobecné sestry? Dále bylo stanoveno sedm hypotéz, které zkoumaly znalosti sester v problematice ošetrovatelské péče o obézního pacienta v závislosti na délce praxe, stupni intenzivní péče a frekvenci se kterou se s pacienty setkávají. Další dvě hypotézy byly zaměřeny na náročnost péče o obézního pacienta v závislosti na věku sestry a stupni intenzivní péče. Poslední dvě hypotézy zkoumaly postoje sester k pacientům s obezitou a nadváhou v závislosti na délce praxe.

Výsledky kvalitativního výzkumu ukazují, že největší problém na jednotkách intenzivní péče je při manipulaci s obézním pacientem, zároveň často chybí dostatek personálu a adekvátní pomůcky. Dalšími problematickou oblastí byla shledána péče o rány a s ní spojená náročná hygiena. Informanti také identifikovali správnou komunikaci s pacienty o jejich váze jako problematickou.

Výsledky kvantitativního šetření potvrdily statistickou závislost mezi znalostmi sester v péči o obézního pacienta v závislosti na délce praxe a frekvenci s kterou se s pacienty setkávají. Statisticky významný rozdíl v hodnocení náročnosti péče o obézního pacienta byl zaznamenán pouze v oblasti fyzické náročnosti v závislosti na věku sestry a oddělení intenzivní péče. Postoje sester při péči o obézní pacienty jsou statisticky závislé na délce praxe sestry a u pacientů s nadváhou nebyla potvrzena statisticky významná závislost.

Dalším identifikovaným problémem v obou šetření byla stigmatizace obézního pacienta a s tím spojené postoje sester k péči o něj. Postoje sester se zvyšující se praxí měnily do neutrálních až více negativních. V provedených rozhovorech uvedli všichni informanti, že se setkali nebo setkávají se stigmatizací pravidelně.

6.1 Doporučení pro praxi

Diplomové práce se věnovala problematice péče o obézního pacienta v intenzivní péči. Cílem práce bylo, popsat problematiku hospitalizace obézního pacienta na jednotce intenzivní péče a zjistit, jak tato péče ovlivňuje práci všeobecné sestry na jednotce intenzivní péče. Z výzkumného šetření, které bylo realizováno smíšenou metodou kvality a kvantity vyplynuly tyto závěry, které by mohly pomoci zdravotnickému personálu a zkvalitnit péči o obézní pacienty v intenzivní péči.

1. Vypracování ošetrovatelského standartu o obézního pacienta

V ošetrovatelské péči jsou oblasti, kde se péče o obézního pacienta liší, samozřejmě každý pacient je individuální, ale mohlo by pomoci mít na jednom místě vypracovaný přehled s jednotlivými kategoriemi a příslušnými postupy. Z našeho výzkumu vyplynulo, že nejvíce by respondenti měli zájem o témata: manipulace, polohování, péče o pokožku, zdravotní rizika spojená s obezitou, výživu pacienta a hygienu.

2. Pravidelná školení personálu, pro správnou manipulaci s obézním pacientem

Tato pravidelná školení by měla být nejlépe realizovaná s praktickým nácvikem a důrazem na správnou techniku, aby nedocházelo k poškozování zad personálu. Školení by bylo vhodné zařadit již do úvodních školení pro nový nastupující personál a poté periodicky.

3. Vypracování seznamu bariatrických pomůcek v rámci zdravotnických zařízení a jeho umístění na intranetu

Tento vypracovaný seznam by sloužil jednotlivým klinikám, které by měli hospitalizované obézní pacienty, aby si mohly půjčit pomůcky co jim chybí, případně při potřebě se postarat o více bariatrických pacientů.

4. Plánování posílených směn při hospitalizaci obézního pacienta

V případě, kdy je pacient hospitalizovaný a tušíme, že hospitalizace bude nějakou chvíli trvat bylo by dobré navýšit počet pomocného personálu na pomoc při manipulaci s obézním pacientem. Samozřejmě, pokud již takhle má klinika podstav zaměstnanců nebude nejspíše toto řešení proveditelné.

5. Zařazení seminářů na problematiku péče o obézního pacienta v rámci celého zdravotnického zařízení

Tyto semináře by byly pro zájemce, kteří si chtějí rozšířit své znalosti v této problematice. Jeden ze seminářů by se měl určitě věnovat komunikaci, aby se zdravotnický personál naučil, jak správně komunikovat s obézním pacientem a nebál se tématu jeho váhy.

6. Kazuistické workshopy

Zde by se rozebíraly konkrétní případy péče o bariatrické pacienty, kteří byli na daném oddělení hospitalizováni. Byly by zde zastoupeny nejrůznější profese, které se o tohoto pacienta staraly a každý by přinesl úhel pohledu ze své odbornosti. Výstupem by byl vzájemný rozvoj a předávání zkušeností, které povedou k poskytování adekvátnější péče bariatrickým pacientům.

7 Seznam použité literatury

1. ADÁMKOVÁ, V. 2018. *Obezita a kardiovaskulární komplikace*. Obezita a ledviny. první vydání. s. 118-130. 978-80-204-4745-6.
2. ALDERDEN, J. et al., *Best Practice in Pressure Injury Prevention Among Critical Care Patients*. Critical Care Nursing Clinics of North America. Volume 32, Issue 4. 2020, Pages 489-500. ISBN 9780323757072. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2020.08.001>.
3. AUCKRBRALLY, S., et. al., 2021. *The use of effective language communication in the management of obesity: The challenge for healthcare professionals*. Doi: 10.1007/s13679-021-00441-1.
4. BENDLOVÁ, B. 2014. *Genetické pozadí běžných forem obezity – od studií identických dvojčat po studium kandidátních genů obezity*. Čas. Lék. čes. 153: 193-199
5. BRUCE, M et al., 2001. *Obesity and the Regulation of Energy Balance*. Cell Press.
6. BRUNEROVÁ, L., 2021. Obezita – epidemiologie a komorbidity. *Practicus* , roč. 20, č. 8, s. 9. ISSN: 1213-8711.
7. Český statistický úřad, 2017. Jak jsou na tom Češi s chudobou, obezitou či sportováním ?, dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/stoletistatistiky/jak-jsou-na-tom-cesi-s-chudobou-obezitou-ci-sportovanim> [cit. 2022-22-4]
8. DE JONG A., et al., *How to ventilate obese patients in the ICU*. Intensive Care Med. 2020 Dec;46(12):2423-2435. doi: 10.1007/s00134-020-06286-x.
9. DOCKRELL, et al., 2021. *Moving and handling care of bariatric patients: a survey of clinical nurse managers*. Journal of Research in Nursing. 2021;26(3):194-204. doi:10.1177/1744987120970623
10. DOUGLAS, D. 2004. *Resuscitation of the morbidly obese patient*. The American Journal of Emergency Medicine. Volume 22, Issue. ISSN 0735-6757. [https://doi.org/10.1016/S0735-6757\(02\)42250-4](https://doi.org/10.1016/S0735-6757(02)42250-4).

11. ESQUINAS, A., a LEMYZE, M., 2018. *Mechanical Ventilation in the Critically Ill Obese Patient*. první vydání. ISBN-13: 978-3319492520.
12. Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester | Česká asociace sester. Úvodní stránka | Česká asociace sester [online]. Copyright © 2017 ČESKÁ ASOCIACE SESTER [cit. 25.04.2023]. Dostupné z: <https://www.cnaa.cz/icn-eticky-kodex/>
13. European Agency for Safety and Health at Work. (2019). Psychosocial risks and stress at work. [online]. Dostupné z: <https://osha.europa.eu/en/themes/psychosocial-risks-and-stress>
14. European Pressure Ulcer Advisory Panel [online]. [cit. 23.04.2023]. Dostupné z: https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/czech-dekubity-preklad_uprava_july2015.pdf
15. FÁBRYOVÁ, E. a HOLÉCZY, P. 2019. *Diabezita: diabetes a obezita – nerozlučné dvojčičky*, vydanie prvé. Brno : *Facta Medica*, 2019. 336 s. ISBN: 978-80-88056-09-6.
16. FRIED M., et al., 2018. Moderní trendy v léčbě obezity a diabetu, *Axonite*. 136 s. 97-8808-804-6158.
17. GILBERT S., 2022. *National Kidney Foundation Primer on Kidney Diseases*. Elsevier. ISBN: 0323791220.
18. GUPTA, T. et al., 2016. *Association of obesity with survival after cardiopulmonary resuscitation for in-hospital cardiac arrest: analysis of the 2003 - 2011 national inpatient sample databases*. Journal of the American College of Cardiology. Volume 67, Issue 13, Page 807, ISSN 0735-1097. [https://doi.org/10.1016/S0735-1097\(16\)30808-7](https://doi.org/10.1016/S0735-1097(16)30808-7).
19. HAINER V., et al., 2022. *Základy klinické obezitologie*. 3. zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1302-6.
20. HALES, C. et al., Managing social awkwardness when caring for morbidly obese patients in intensive care: A focused ethnography. *International Journal of Nursing Studies*, Volume 58. 2016. Pages 82-89. ISSN 0020-7489. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.03.016>.

21. HALL, K. et al., 2022. *The energy balance model of obesity: beyond calories in, calories out*, The American Journal of Clinical Nutrition, Volume 115. Issue 5. Pages 1243–1254, <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqac031>
22. HEDRMAN, et al. 2021. *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification*, 2021-2023 12th Edition. ISBN - 978-1684204540
23. HERLESOVÁ, J., 2019. Komunikace s pacienty s obezitou. *Practicus*. 2019, roč. 18, č. 1, s. 14-17. ISSN: 1213-8711.
24. HLINKOVÁ, a kol., 2019. *Management chronických ran*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-271-0620-2.
25. HODSON A. et al. *Preoperative communication between anaesthetists and patients with obesity regarding perioperative risks and weight management: a structured narrative review*. Perioperative medicine (London, England) vol. 9 24. 13 Aug. 2020, doi:10.1186/s13741-020-00154-4.
26. HOFFMANN M. et al., 2012 *The impact of BMI on polytrauma outcome*, Injury. reasarch article volume 43, issue 2, p. 184-188.
27. HUDÁKOVÁ, T. et all.,2020. *Špecifická ošetrovateľského prístupu k pacientom s obezitou*, Florence. 2020, roč. 16, č. 3-4, s. 8-10. ISSN: 1801- 464X.
28. CHEN, L. et al., *Validating a 3-point prediction rule for surgical site infection after coronary artery bypass surgery*, Infect Control Hosp Epidemiol, 31 (2010), pp. 64-68
29. INTERHEART - Research Studies - PHRI - Population Health Research Institute of Canada. PHRI - Population Health Research Institute - Global Health Research [online]. [cit. 22.04.2023]. Dostupné z: <https://www.phri.ca/research/interheart/>
30. JABOR, A., 2018. *Poruchy vnitřního prostředí při obezitě*. Obezita a ledviny. první vydání. s. 70-80. ISSN: 978-80-204-4745-6.
31. KAPOUNOVÁ, G., 2020. *Ošetrovateľství v intenzivní péči*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. 388 s. ISBN 978-80-271-0130-6.
32. KASALICKÝ, M., 2018. *Bariatric – Chirurgická léčba obezity a cukrovky*. Maxdorf. ISBN: 978-80-7345-593-4.

33. KEE, K., 2015. *A Simple Guide To Pickwickian Syndrome (Obesity Hypoventilation), Diagnosis, Treatment And Related Conditions (A Simple Guide to Medical Conditions)*. Kindle edition
34. KELLY, E., 2018. *Obesity 2nd Edition Health and Medical Issues Today*. 2. přepracované vydání, ABC-CLIO, 258 s. ISBN 14-4085-882-9.
35. KOBYLKA, J. et al., *Paradox obezity u pacientů na chirurgické jednotce intenzivní péče*. Intensive Care Med 37 , 1793–1799 (2011). <https://doi.org/10.1007/s00134-011-2321-2>.
36. KOPELMAN, J., 2022. *Clinical Obesity in Adults and Children*. John Wiley And Sons Ltd. ISBN: 9781119695271.
37. KUNA, S., et al., 2021. *Effects of Weight Loss on Obstructive Sleep Apnea Severity. Ten-Year Results of the Sleep AHEAD Study*. American journal of respiratory and critical care medicine vol. 203,2 (2021): 221-229. doi:10.1164/rccm.201912-2511OC
38. KUNEŠOVÁ, M. et al. 2016 *Základy obezitologie*. Galén. ISBN: 9788074922176.
39. KUSHNER, R. 2021. *Primary Care Evaluation and Management of Obesity* Wolters Kluwer Health. ISBN: 9781975145750.
40. KUTNOHORSKÁ, J. 2009 *Výzkum v ošetrovatelství*, Grada. ISBN: 978-80-247-2713-4.
41. LEWANDOWSKI et al., 2011. *Intensive care in the obese*. Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology, Volume 25, Issue 1, Pages 95-108. ISSN 1521-6896. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2010.12.003>.
42. LITWIN et al., 2021. *Obesity, metabolic syndrome, and primary hypertension*. Pediatric nephrology (Berlin, Germany) vol. 36,4 (2021): 825-837. doi:10.1007/s00467-020-04579-3
43. LUCAS - *Chest Compression System* [online]. [cit. 22.04.2023]. Dostupné z: https://www.lucascpr.com/files/7165363_LUCAS%203%20Myth%20busted_3330787_C_LR_US.pdf

44. MAHER L., et al., 2016. *Care of the Obese in Advanced Practice Nursing*. DNP, ARNP, FNP-BC, ISBN 978-0-8261-2358-9.
45. MANNING, S. 2020. *The Crashing Obese Patient*, Emergency Medicine Clinics of North America, Volume 38, Issue 4. Pages 857-869. ISBN 9780323761079.
46. Matematická biologie učebnice: Analýza a management dat pro zdravotnické obory, Analýza klinických dat. Matematická biologie učebnice: [online]. [cit. 23.04.2023]. Dostupné z: <https://portal.matematickabiologie.cz/index.php?pg=aplikovana-analyza-klinickyh-a-biologickyh-dat--analyza-a-management-dat-pro-zdravotnicke-obory>
47. MATOS, C., MOUTINHO, C., 2022. *Metabolic diseases*. LAP LAMBERT Academic Publishing. ISBN: 6205498561.
48. MATOULEK, M. 2019, *Manuál praktické obezitologie : nejen pro praktické lékaře*. 2. rozšířené vydání. Praha : NOL, 199 s. ISBN: 978-80-903929-7-7.
49. MATOULEK, M. et al., 2021. *Komplexní pohled na léčbu obézních hypertoniků*. Practicus. 2021, roč. 20, č. 7, s. 18-21. ISSN: 1213-8711.
50. MCCLEAN, K. et al. 2021. "Risks to Healthcare Organizations and Staff Who Manage Obese (Bariatric) Patients and Use of Obesity Data to Mitigate Risks: A Literature Review." *Journal of multidisciplinary healthcare* vol. 14 577-588. 8 Mar. 2021, doi:10.2147/JMDH.S289676
51. MOINI J., et al., 2020. *Global Health Complications of Obesity*. 1st Edition. Elsevier. ISBN 97-8012-819-7523.
52. MOJKOWKSA, A., 2020, *Nursing research: Knowledge of diagnostic and treatment of obese patient*. <https://doi.org/10.1316/2020>
53. MURÍN, J., GAŠPAR, L. 2020. *Vztah mezi nadhmotností a obezitou s vývojem kardiovaskulárních ochorení*, Forum diabetologicum, roč. 9, č. 2, s. 128-131. ISSN: 1805-3807; 1805-9279.
54. NGUYEN et al., 2019 *Obesity Is Independently Associated With Higher Annual Burden and Costs of Hospitalization in Patients With Inflammatory Bowel Diseases*, *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, Volume 17, Issue 4, 2019, Pages 709-718.e7, ISSN 1542-3565, <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2018.07.004>.

55. Obesity and overweight. *World Health Organization (WHO)* [online]. [cit. 22.04.2023]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
56. PALANIVELU, P. et al., 2019. *Clinics in Bariatric and Metabolic Surgery*. 1st Edition, Jaypee Brothers Medical Publishers. ISBN-13: 978-9352709113.
57. PICHLEROVÁ, D., 2021. *Léčba obezity: přehledně a prakticky*. Axonite. ISBN 978-80-88046-24-0.
58. POLIT, D. et al., (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer Health. (s. 464)
59. Přehled oborů a vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků – Ministerstvo zdravotnictví. Ministerstvo zdravotnictví [online]. [cit. 22.04.2023] Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/prehled-oboru-a-vzdelavani-nelekarskych-zdravotnickych-pracovniku/#VS-5>
60. ROCHA et al., 2006 *Risk of Venous Thromboembolism and Efficacy of Thromboprophylaxis in Hospitalized Obese Medical Patients and in Obese Patients Undergoing Bariatric Surgery*. *OBES SURG* 16, 1645–1655 (2006). <https://doi.org/10.1381/096089206779319383> - TEN
61. SBRAACCIA, P. 2019. *Obesity: Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment*. Springer Nature. ISBN: 9783319469324.
62. SVAČINA, Š., 2020, *Obezita a kardiovaskulární onemocnění*. *Vnitřní lékařství*. roč. 66, č. 2, s. 89-92. ISSN: 0042-773X.
63. SWEZEY, L. 2015. *How Obesity Affects Wound Healing - Wound Care | WoundSource*. Wound Care Products, Supplies, Dressings, Pressure Ulcers [online]. [cit. 23.04.2023]. Dostupné z: <https://www.woundsource.com/blog/how-obesity-impacts-wound-healing>
64. ROBSTAD, et. al., 2018. *Intensive care nurse's experiences of caring for obese patients*. Dostupné z : <https://doi.org/10.1111/jocn.13937>
65. TEPLAN, V., 2018. *Obezita a ledviny*. Mladá fronta, 1 vydání. ISBN: 97880-204-4745-6.

66. THELWALL, S. et al., P. Harrington, *Impact of obesity on the risk of wound infection following surgery: results from a nationwide prospective multicentre cohort study in England*. *Clinical Microbiology and Infection*. Volume 21, Issue 11. 2015. Pages 1008.e1-1008.e8. ISSN 1198-743X. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2015.07.003>
67. VITÁSKOVÁ, M., ADÁMKOVÁ, V. 2021. Poškození orgánů u obezity. *Profi medicina*. roč. 6, č. 10, s. 11-15. ISSN: 2571-2527.
68. WAISBREN, E. et. al, (2010) *Percent body fat and prediction of surgical site infection*. *J Am Coll Surg*, 210 (2010), pp. 381-389
69. WIDIMSKÝ, J. a kol., 2019. *Hypertenze: 5. aktualizované vydání*. Maxdort. ISBN: 978-80-7345-621-4
65. YOUNG, I. et al., 2022. *Distribution of energy intake across the day and weight loss: A systematic review and meta-analysis*. <https://doi.org/10.1111/obr.13537>
70. ZADÁK, Z. et al., 2017. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství, 2., doplněné a přepracované vydání*. 2. vydání. Praha: Grada. 448 s. ISBN 97880-271-0282-2.
71. Zákon č. 201/2017 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání - Příručka pro personální agendu a odměňování zaměstnanců. Obsah - Příručka pro personální agendu a odměňování zaměstnanců [cit. 25.04.2023] [online]. Dostupné z: https://ppropo.mpsv.cz/zakon_201_2017
72. Žáček, S., 2017. *Zajištění průchodnosti dýchacích cest u morbidně obézního pacienta v neodkladné péči* (číslo 6 / 2017) | Archiv | Odborné články | FLORENCE - Odborný časopis pro ošetrovatelství a ostatní zdravotnické profese. [online]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2017/6/zajisteni-pruchodnosti-dychacich-cest-u-morbidne-obezniho-pacienta-v-neodkladne-peci/>
73. WAISBREN, E. et. al, (2010) *Percent body fat and prediction of surgical site infection*. *J Am Coll Surg*, 210 (2010), pp. 381-389

8 Seznam příloh

Příloha č. 1 – Otázky k rozhovoru

Okruhy otázek:

Základní informace:

- Jaký je Váš věk?
- Na jakém pracujete oddělení a o jaký stupeň intenzivní péče se jedná?
- Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání ? Máte specializační vzdělání?
- Jak dlouhou máte praxi ve zdravotnictví a v intenzivní péči?

Pohled na pacienty s nadváhou a obezitou na oddělení

- Jaký vnímáte rozdíl mezi obézním pacientem a pacientem s nadváhou ?
- Co se Vám vybaví při slovním spojení pacient s nadváhou?
- Jaké jsou Vaše pocity, když se máte starat na směně o pacienta s nadváhou?
- Které ošetrovatelské činnosti hodnotíte jako náročné/problémové u pacienta s nadváhou?
- Co se Vám vybaví, když se řekne pojem obézní pacient?
- Jaké jsou Vaše pocity, když se máte na směně starat o obézního pacienta?
- Jak probíhá na vašem oddělení péče o obézního pacienta na denní směně?
- Jak probíhá na vašem oddělení péče o obézního pacienta na noční směně?
- Které ošetrovatelské činnosti hodnotíte jako náročné/problémové u obézního pacienta?

Postupy, standart, spolupráce na oddělení v rámci personálu, polohovací pomůcky – polohování (jak často ...)

- Máte na oddělení vypracovaný ošetrovatelský standart pro ošetrovatelskou péči u obézního pacienta ? Pokud ano, přijde Vám dostatečný? Pracujete podle něho?
- Je třeba na Vašem oddělení polohovat obézní pacienty ? Pokud ano, jak často polohujete na oddělení obézního pacienta? (po kolika hodinách, pokud je stabilizovaný stav)
 - Mikropolohování?

- Jaké máte na oddělení polohovací pomůcky ? (zvedák, polohovací polštáře, válce, klíny ...)
- Jaký máte personální management u obézního pacienta při manipulaci s ním ? (polohování, posazování, transport, - kolik lidí, sanitáři, pomůcky sestry – celý postup)
- Stalo se Vám někdy, že obézního pacienta se Vám nepodařilo napolohovat? (Pokud ano, čím to bylo?)

Frekvence výskytu pacientů, komplikace a rizika při ošetrovatelské péči na vašem oddělení

- S jakou frekvencí se u Vás na oddělení pacienty s nadváhou ?
- Které ošetrovatelské činnosti hodnotíte jako náročné/problémové u pacienta s nadváhou?
- S jakou frekvencí se u Vás na oddělení vyskytují pacienti s obezitou ?
- Které ošetrovatelské činnosti hodnotíte jako náročné/problémové u pacienta s obezitou?
- Jaké jsou nejčastější zdravotní komplikace obézních pacientů na Vašem oddělení?
- Jaká si myslíte, že hrozí zdravotní rizika obézním pacientům hospitalizovaným na Vašem oddělení? (dekubity, ...)
- Setkali jste se se stigmatizací obézního pacienta na Vašem oddělení?
- Jste si vědom/a zda došlo ke stigmatizaci obézního pacienta i z Vaší stany?

Příloha č. 2 - Informovaný souhlas (kvalita)

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s prosbou o spolupráci. V současné době vypracovávám závěrečnou práci, v rámci, které provádím výzkum, jehož cílem je popsat problematiku hospitalizace oběžního pacienta a zjistit, jak péče o oběžního pacienta ovlivňuje práci všeobecné sestry na jednotce intenzivní péče. Sbírání informací bude realizováno formou rozhovoru za přítomnosti audio nahrávání a poté přepis rozhovoru dále použit pouze pro zpracování této diplomové práce. Po odevzdání diplomové práce budou audionahrávky smazány. Z účasti na výzkumu pro Vás vyplývají tyto výhody: rozšíření si povědomí o ošetrovatelské péči o oběžního pacienta a reflexe Vašich postupů při péči o oběžního pacienta. Rizika nebyla nalezena žádná.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Studentka mne informovala o podstatě výzkumu a seznámila mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, stejně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány a použity pro účely vypracování závěrečné práce studentky. Měl/a jsem možnost si vše řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit. Měl/a jsem možnost se studentky zeptat na vše pro mne podstatné a potřebné. Na tyto dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu, způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží účastník výzkumu a druhý studentka.

Jméno, příjmení a podpis účastníka výzkumu: _____ -

V _____ dne: _____

Jméno, příjmení a podpis

studentky: _____

Příloha č. 3 – Dotazník

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s prosbou o spolupráci. V současné době vypracovávám závěrečnou práci, v rámci které provádím výzkum, jehož cílem je popsat problematiku hospitalizace oběžního pacienta a zjistit, jak péče o oběžního pacienta ovlivňuje práci všeobecné sestry na jednotce intenzivní péče.

Dotazník je určen pro všeobecné sestry pracující na jednotce intenzivní péče (nejedná se tedy o praktické sestry nebo asistenty). Délka vyplnění dotazníku je cca 10 - 15 minut. U každé otázky je uveden podrobný popis kolik lze vyznačit možností.

Z účasti na výzkumu pro Vás vyplývají tyto výhody: rozšíření si povědomí o ošetrovatelské péči o oběžního pacienta a reflexe Vašich postupů při péči o oběžního pacienta. Rizika nebyla nalezena žádná.

Prohlašuji,

že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Studentka mne informovala o podstatě výzkumu a seznámila mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, stejně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány a použity pro účely vypracování závěrečné práce studentky.

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu, způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Vyplněním tohoto dotazníku souhlasím s účastí ve výše uvedeném výzkumu.

Předem děkuji za spolupráci

Přeji krásný zbytek dne

- 1) Jaké je Vaše pohlaví?
 - Žena
 - Muž

- 2) Jaký je Váš věk?
 - méně než 30
 - 31- 40
 - 41 - 50
 - 51 – 60
 - Více než 60

- 3) Nejvyšší dosažené vzdělání :
 - Střední zdravotnická škola
 - vyšší odborná škola zdravotnická
 - Vysokoškolské bakalářské studium
 - Vysokoškolské magisterské studium
 - Jiné

- 4) Máte specializační vzdělání ?
 - Ano
 - Ne

- 5) Prosím uveďte, jaké máte specializační vzdělání.
.....

- 6) Uveďte prosím délku Vaší praxe ve zdravotnictví.
 - Méně než 5 let
 - 5-10 let
 - 11 - 20 let
 - 21 - 30 let
 - Více než 31 let

- 7) Uveďte prosím délku vaší praxe v intenzivní péči.
 - Méně než 2 roky

- 2 - 5 let
- 6-10 let
- 11 - 20 let
- Více než 20 let

8) Jaké je zaměření vašeho aktuálního pracoviště?

- chirurgie
- gynekologie
- Interní
- kardiologické
- Neurologické
- Urgentní příjem
- Jiné -----

9) Vyberte, do kterého stupně intenzivní péče spadá vaše pracoviště ?

- **Intenzivní péče I. stupně** – nižší – jsou nazývané intermediální jednotky, které zajišťují kontinuální monitorování, zvýšenou sesterskou péči, možnost okamžité resuscitace a možnost krátkodobé umělé plicní ventilace
- **Intenzivní péče II. stupně** – vyšší – jsou nejčastěji nazývány jednotkami intenzivní péče, které zajišťují kontinuální měření fyziologických funkcí i invazivní cestou, dlouhodobou umělou plicní ventilací, zvýšená sesterská péče, má přístup k širšímu rozsahu vyšetření statim.
- **Intenzivní péče III. stupně** – nejvyšší – jsou nejčastěji označovány – ARO, urgentní příjem – anesteziologicko-resuscitační péče. Poskytování celého rozsahu intenzivní péče se zvláštním zaměřením na kritické stavy různé etiologie (nejtěžší stavy spojené s vysokou mortalitou)

- I. stupeň
- II. stupeň
- III. Stupeň

10) Co slouží ke správné diagnostice obezity ?

- Obvod pasu
- BMI
- Množství tukové tkáně

11) Jaké je vymezení obezity podle Body Mass Indexu (BMI)?

-

12) Jaké je vymezení nadváhy podle Body Mass Indexu (BMI)?

-

13) Označte prosím správný vzorec pro výpočet BMI.

- hmotnost (kg) / výška na druhou(m)
- Výška (m) x hmotnost (kg)
- Výška (m²)/ hmotnost (kg)

14) Označte zásady prevence obezity.

- Pravidelná fyzická aktivita
- Dostatečný spánek
- Vyhýbat se stresu
- Omezení konzumace alkoholu
- Úprava diety
- Jiné

15) Nakolik považujete následující zdravotní rizika za závažná ve spojení s výskytem obezity. Prosím obodujte na škále 0-5. (0 - není riziko, 1 - nejmenší riziko, 5 - největší riziko)

- Diabetes mellitus 2. typu
- Vysoký krevní tlak
- Srdeční a cévní choroby - ateroskleróza
- Nádory
- Artróza
- Problémy s potencí a reprodukcí
- Vznik dekubitů
- Respirační poruchy
- Jiné

16) Pokud Vám v tabulce ještě nějaké riziko chybí prosím dopište a za něj uveďte závažnost rizika

.....

17) Jak často se na oddělení setkáváte s obézním pacientem (BMI nad 30)?

- Nikdy
- Výjimečně
- Občas
- Často
- Pravidelně

18) Pociťujete fyzickou zátěž v péči o obézního pacienta?

- Ano
- Ne

19) Určete na škále 1 - 5 jak je pro Vás náročná fyzická zátěž u obézního pacienta.

1 2 3 4 5

20) Pociťujete psychickou zátěž v péči o obézního pacienta?

- Ano
- Ne

21) Určete na škále 1 - 5 jak je pro Vás náročná psychická zátěž u obézního pacienta.

1 2 3 4 5

22) Péči o obézního pacienta vnímám jako problematickou.

- Ano, zcela souhlasím
- Spíše souhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Zcela nesouhlasím

23) Pokud byla Vaše odpověď kladná (Ano, souhlasím, Spíše Souhlasím), prosím doplňte důvod proč vnímáte péči o obézního pacienta jako problematickou.

.....

24) Uveďte, které ošetrovatelské činnosti hodnotíte jako problematické u pacienta s obezitou.

	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Zcela nesouhlasím
Kardiopulmonální resuscitace				
Manipulace				
Důkladná hygienická péče				
Převazy ran				
Komunikace				
Zavedení a péče o invazivní vstupy				
Cévkování				

25) Máte vypracovaný standart pro ošetrovatelskou péči o obézního pacienta ?

- Ano
- Ne
- Nevím

26) Pokud byla Vaše předchozí odpověď NE nebo NEVÍM, a byla by možnost standart mít a využívat, jaké důležité body by měl dle Vašeho názoru obsahovat?

- Polohování pacienta
- Manipulaci s pacientem (přesuny...)
- Hygiena
- Zdravotní rizika spojená s hospitalizací
- Výživa
- Péče o pokožku
- Léky (jejich vstřebávání a aplikace)
- Komunikace s pacientem

- jiné

27) Setkala jsem se s nějakým problémem v komunikaci s obézním pacientem v porovnání s pacienty bez obezity.

- Ano setkala.
- Nasetkala

28) Pokud byla vaše předchozí odpověď kladná, uveďte prosím jaký byl problém.

.....

29) Jaká je Vaše reakce při rozdělování pacientů s obezitou?

- Je mi jedno o jakého pacienta se starám, nevidím v tom rozdíl
- Nejsem nadšen(á), ale nemám s tím problém
- Snažím se pacientovi vyhnout
- Udělám vše pro to se mu vyhnout

30) Jaká je Vaše reakce při rozdělování pacientů s nadváhou?

- Je mi jedno o jakého pacienta se starám, nevidím v tom rozdíl
- Nejsem nadšen(á), ale nemám s tím problém
- Snažím se pacientovi vyhnout
- Udělám vše pro to se mu vyhnout

31) Uveďte prosím nakolik souhlasíte s následujícími výroky.

	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
Komunikace s obézním pacientem je pro mě těžká.				
Spoluúčast obézního pacienta (např. při hygieně, manipulaci) je nízká.				
U obézních pacientů, by byla potřeba provádět častější hygienická péče.				
Když mám na směně obézního pacienta tak se nevyhnu stigmatizaci.				
Jsem naštván(a) na obézní pacienty, kteří si dle mého názoru za svojí obezitu můžou sami.				

32) Prosím obodujte na stupnici náročnost ošetrovatelských úkonů u obézního pacienta v porovnání s pacientem bez obezity ve stejném zdravotním stavu. (kdy 0 není náročný, 1 nejméně náročný, 5 je nejnáročnější)

- hygienická péče
- transport
- polohování
- péče o kůži a defekty
- zajištění a péče o invazivní vstupy
- kardiopulmonální resuscitace
- rehabilitace (posazování na lůžku, přesun lůžko - křeslo)
- Jiné

33) Pokud Vám v tabulce ještě nějaký ošetrovatelský úkon chybí, prosím dopište a za něj prosím uveďte číslo na stupnici, kde by se nacházel.

.....

34) Prosím obodujte náročnost ošetrovatelských úkonů pacienta s nadváhou v porovnání s pacientem bez nadváhy ve stejném zdravotním stavu. (kdy 0 není náročný, 1 nejméně náročný, 5 je nejnáročnější)

- hygienická péče
- transport
- polohování
- péče o kůži a defekty
- zajištění a péče o invazivní vstupy
- kardiopulmonální resuscitace
- rehabilitace (posazování na lůžku, přesun lůžko - křeslo)
- Jiné

35) Pokud Vám v tabulce ještě nějaký ošetrovatelský úkon chybí, prosím dopište a za něj prosím uveďte číslo na stupnici, kde by se nacházel.

.....

36) Jaké využíváte polohovací nebo manipulační pomůcky na oddělení ?

- Elektrický zvedák na pacienty
- Polštáře
- Polohovací válce, klíny
- Antidekubitní matrace
- Bariatrické lůžko
- jiné

37) Co Vám osobně za polohovací nebo manipulační pomůcky na oddělení chybí?

- Elektrický zvedák na pacienty
- Polštáře
- Polohovací válce, klíny
- Antidekubitní matrace
- Bariatrické lůžko
- jiné

38) Máte na pracovišti pravidelná školení o manipulaci s obézním pacientem?

- Ano
- Ne

39) Pokud jste odpověděl(a) na předchozí otázku NE, měl(a) bych zájem o pravidelná školení o manipulaci s obézním pacientem?

- Ano vždy, na počtu obézních pacientů nezáleží
- Ano, pokud nemáme žádného obézního pacienta
- Ano, když máme maximálně 2 obézní pacienty
- Ne

40) Personální složení zdravotnických pracovníků na denní směně považují za dostačující. (při manipulaci s pacienty, při ošetrovatelské péči)

- Ano vždy, na počtu obézních pacientů nezáleží
- Ano, pokud nemáme žádného obézního pacienta
- Ano, když máme maximálně 2 obézní pacienty
- Ne

41) Personální složení zdravotnických pracovníků na noční směně považují za dostačující (při manipulaci s pacienty, při ošetrovatelské péči).

- Ano vždy, na počtu oběžních pacientů nezáleží
- Ano, pokud nemáme žádného oběžního pacienta
- Ano, když máme maximálně 2 oběžní pacienty
- Ne

42) Personální složení zdravotnických pracovníků na víkendové směně nebo ve státní svátek považují za dostačující (při manipulaci s pacienty, při ošetrovatelské péči).

- Ano vždy, na počtu oběžních pacientů nezáleží
- Ano, pokud nemáme žádného oběžního pacienta
- Ano, když máme maximálně 2 oběžní pacienty
- Ne

43) Co by z vašeho pohledu zlepšilo péči o oběžního pacienta na Vašem oddělení?
(možnost více možností)

- Dostatek ošetrovatelského personálu
- Lepší vybavení (lůžka, zvedák)
- Dostatek polohovacích pomůcek
- Ošetrovatelský standard
- Vypracovaný interní návod
- Větší podpora vedoucích pracovníků
- Jiné

44) Domnívám se, že sestry pečující o oběžní pacienty mají dostávat příplatky za péči.

- Určité souhlasím
- Spíše souhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Ne souhlasím

45) Chcete ještě něco doplnit k danému tématu?

.....

9 Seznam použitých zkratk

AHI	apnoe/ hypopnoe index
ARDS	syndrom akutní dechové tísně
ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
BMI	body mass index
CMP	cévní mozková příhoda
COVID 19	coronavirus disease 2019
CT	výpočetní tomografie
DIOP	dlouhodobá intenzivní péče
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel
HDL	high-density lipoprotein
ICHS	ischemická choroba srdeční
JIP	jednotka intenzivní péče
KPR	kardiopulmonální resuscitace
LDL	low-density lipoprotein
NIV	neinvazivní ventilace
NMR	nukleární magnetická rezonance
PAD	perorální antidiabetika
PRL	prolaktin
TEN	tromboembolická nemoc
TSH	Thyreotropin
UPV	umělá plicní ventilace
WHO	World Health Organization

10 Seznam tabulek a obrázků

Tabulky:

Tabulka č. 1 - Identifikační údaje	38
Tabulka č. 2. – Pohlaví respondentů	50
Tabulka č. 3 – Věk respondentů	50
Tabulka č. 4 – Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů	51
Tabulka č. 5 – Specializační vzdělání respondentů	51
Tabulka č.5. 1 - Zaměření specializačního vzdělání	52
Tabulka č. 6 – Délka praxe respondentů ve zdravotnictví	52
Tabulka č. 7 – Délka praxe respondentů v intenzivní péči	53
Tabulka č. 8 – Znalost respondentů o vymezení obezity dle Body Mass Index	55
Tabulka č. 9 – Znalost respondentů o vymezení nadváhy dle Body Mass Index	56
Tabulka č. 10 - Zdravotní rizika ve spojení s výskytem obezity	58
Tabulka č. 11 - Fyzická zátěž pro respondenty při péči o obézního pacienta	59
Tabulka č. 11.1 - Škála fyzické zátěže	60
Tabulka č. 12 – Psychická zátěž pro respondenty při péči o obézního pacienta	60
Tabulka č. 12.1– Škála psychické zátěže	61
Tabulka č.13 - Důvody problémové péče	62
Tabulka č. 14 - Problematické ošetrovatelské činnosti	63
Tabulka č. 15 - Obsah ošetrovatelského standardu	65
Tabulka č. 16 – Přítomnost problémové komunikace	66
Tabulka č. 16.1 - Komunikační problémy	66
Tabulka č. 17 – Reakce respondentů při rozdělování pacientů s nadváhou	67

Tabulka č. 18 - vyjádření se k výrokům	68
Tabulka č. 19 - Náročnost ošetrovatelských úkonů – obezita	69
Tabulka č. 20 - Náročnost ošetrovatelských úkonů u pacienta s nadváhou	70
Tabulka č. 21 - Pravidelná školení o manipulaci na pracovišti	72
Tabulka č. 21.1 – Zájem respondentů o manipulační školení	72
Tabulka č. 22 – Personální složení na noční směně	73
Tabulka č. 23 – Zlepšení péče o obézního pacienta	75
Tabulka č. 24 – Příplatky za péči	75
Tabulka č. 25 - Znalosti respondentů ve vztahu k délce praxe	77
Tabulka č. 26 - Statistický výstup hypotézy č. 1	77
Tabulka č. 27 - Znalosti respondentů v závislosti na stupni intenzivní péče	79
Tabulka č. 28 - Statistický výstup hypotézy č. 2	79
Tabulka č. 29 - Znalosti respondentů v závislosti na frekvenci	80
Tabulka č. 30 - Statistický výstup hypotézy č. 3	80
Tabulka č. 31 - Hodnocení zátěže podle věkových kategorií	81
Tabulka č. 32 - Statistický výstup hypotézy č. 4	81
Tabulka č. 33 - Hodnocení zátěže podle stupňů intenzivní péče	82
Tabulka č. 34 - Statistický výstup hypotézy č. 5	83
Tabulka č. 35 - Postoje sester v závislosti na délce praxe.	83
Tabulka č. 36 - Statistický výstup hypotézy č. 6	84
Tabulka č. 37 - Postoje sester při rozdělování pacientů s nadváhou	85
Tabulka č. 38 - Statistické vyhodnocení hypotézy č. 7	85

Obrázky:

Obrázek č. 1 – Zaměření aktuálního pracoviště respondentů	53
Obrázek č. 2 - Stupeň intenzivní péče	54
Obrázek č. 3 - Diagnostika obezity	55
Obrázek č. 4 – Znalost respondentů správného vzorce pro výpočet BMI	56
Obrázek č. 5 – Znalosti respondentů o zásadách prevence obezity	57
Obrázek č. 6 – Frekvence výskytu obézních pacientů	59
Obrázek č. 7 - Vnímání problematiky péče	61
Obrázek č. 8 – Ošetrovatelský standard	64
Obrázek č. 9 – Reakce respondentů při rozdělování pacientů s obezitou	67
Obrázek č. 10 - Využívané polohovací nebo manipulační pomůcky	71
Obrázek č. 11 – Chybějící polohovací nebo manipulační pomůcky	71
Obrázek č. 12 – Personální složení na denní směně	73
Obrázek č. 13 – Personální složení na víkendové směně nebo ve státní svátek	74