



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Problematika péče o morbidně obézního pacienta na
standardních lůžkách a jednotkách intenzivní péče**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Dominik Král

Vedoucí práce: Mgr. Tereza Svidenská, Ph.D.

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Problematika péče o morbidně oběžního pacienta na standardních lůžkách a jednotkách intenzivní péče*“ jsem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2.5. 2022

.....

Dominik Král

Poděkování

Rád bych poděkoval své vedoucí bakalářské práce paní Mgr. Tereze Svidenské, Ph.D. za odborné vedení, čas, podporu a rady během zpracování bakalářské práce. Dále bych chtěl poděkovat sestřám ze standardních lůžek a z jednotek intenzivní péče za jejich ochotu a čas.

Problematika péče o morbidně obézního pacienta na standardních lůžkách a jednotkách intenzivní péče

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá problematikou péče o morbidně obézního pacienta na standardních lůžkách a jednotkách intenzivní péče. Práce je zaměřená na to, jakým způsobem sestry na standardních lůžkách a jednotkách intenzivní péče pečují o morbidně obézního pacienta. Teoretická část se skládá z charakteristiky obezity, vyšetřovacích metod, léčby a možností prevence vzniku obezity a vybraných aspektů v péči o morbidně obézního pacienta na standardních lůžkách a na jednotce intenzivní péče. Výzkumná část je zaměřena na překážky, které sestry vnímají při poskytování péče o morbidně obézního pacienta a na to, jakým způsobem sestry pečují o hygienu, pokožku, výživu, vylučování a duševní potřeby morbidně obézního pacienta.

Cílem práce je: Zmapovat problematiku ošetrovatelské péče o morbidně obézního pacienta. Tato část byla zpracovaná formou kvalitativního výzkumného šetření pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovorů se zúčastnilo pět sester ze standardního oddělení a čtyři sestry z jednotek intenzivní péče. Po získání potřebných informací byly informace zpracovány formou otevřeného kódování a vytvořením šesti kategorií.

Z výsledků vyplývá, že o náročnosti péče rozhoduje mobilita, zdravotní stav pacienta a jeho spolupráce. Další překážky jsou proporce pacienta, nedostatek personálu a potřeba většího množství času na celkovou péči. Pro zdravotnický personál je péče náročnější po fyzické stránce při manipulaci s pacientem během hygieny, po vylučování a při polohování. Sestry pravidelně monitorují pokožku. Výživu pacienta konzultují s dietní sestrou. K zjištění duševních potřeb využívají rozhovor s pacientem.

Ze získaných poznatků byla vytvořena brožura pro sestry, která je zaměřena na nejčastější problémy v péči o obézního pacienty, se kterými se sestry ve své praxi mohou setkat.

Klíčová slova

Péče, pacient, potřeby, obezita, překážky, hygiena, výživa, pokožka, vylučování, sestra.

Issues of care for a morbidly obese patient in standard beds and intensive care units

Abstract

This bachelor thesis deals with the issue of care for a morbidly obese patient in standard units and intensive care units. The work is focused on how nurses in standard units and intensive care units care for a morbidly obese patient. The theoretical part consists of the characteristics of obesity, examination methods, treatment, the possibilities of prevention of obesity and selected aspects in the care for a morbidly obese patient in standard units and in the intensive care unit. The research part focuses on the obstacles which nurses perceive in providing care for a morbidly obese patient and on how nurses care for the hygiene, skin, nutrition, excretion and mental needs of a morbidly obese patient.

The aim of the thesis is to map the issue of nursing care for a morbidly obese patient. This part was processed in the form of qualitative research survey using semi-structured interviews. Five nurses from the standard ward and four nurses from the intensive care units took part in the interviews. After obtaining the necessary information, it was processed in the form of open coding and the creation of six categories.

The results show that the complexity of care is determined by patient's mobility, state of health and his cooperation. Other obstacles are his proportions, lack of staff and the need for more time for overall care. For healthcare professionals, care is more physically demanding when handling the patient during hygiene, after excretion and during positioning. The nurses regularly monitor the skin. They consult patient's nutrition with a dietitian. They use interview with the patient to identify his mental needs.

Based on the findings, a brochure for nurses was created, which focuses on the most common problems in the care for obese patients, which nurses may encounter in their practice.

Key words

Care, patient, needs, obesity, obstacles, hygiene, nutrition, skin, excretion, nurse.

Obsah

ÚVOD	8
1 Současný stav.....	9
1.1 Morbidní obezita	11
1.1.1 Vyšetřovací metody v obezitologii	13
1.1.2 Terapie obezity	14
1.1.3 Prevence obezit.	16
1.1.4 Duševní potřeby morbidně obézního pacienta.....	17
1.2 Vybrané aspekty ošetrovatelské péče o morbidně obézního pacienta na standardním lůžkovém oddělení	18
1.2.1 Hygienická péče a péče o pokožku.....	18
1.2.2 Vyprazdňování	19
1.2.3 Výživa.....	20
1.2.4 Spánek a odpočinek	21
1.2.5 Péče o rány	21
1.2.6 Podávání medikace a odběr biologického materiálu	22
1.2.7 Kanylace cévního řečiště	23
1.2.8 Ochrana před nebezpečím.....	23
1.3 Vybrané aspekty ošetrovatelské péče o morbidně obézního pacienta na jednotce intenzivní péče	24
1.3.1 Kardiopulmonální resuscitace.....	25
1.3.2 Zajištění dýchacích cest	26
1.3.3 Monitorace fyziologických funkcí	27
1.3.4 Bezpečná manipulace a transport pacienta	28
2 CÍL PRÁCE	29
2.1 Cíl práce	29
2.2 Výzkumné otázky.....	29

3	METODIKA	30
3.1	Použité metody	30
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	31
4	Výsledky	32
4.1	Identifikační údaje sester	32
4.2	Kategorizace výsledků	34
4.2.1	Kategorie 1 – Překážky v péči o morbidně obézního pacienta	34
4.2.2	Kategorie 2 – Péče o hygienu morbidně obézního pacienta	38
4.2.3	Kategorie 3 – Péče o pokožku morbidně obézního pacienta	39
4.2.4	Kategorie 4 – Péče o výživu morbidně obézního pacienta	42
4.2.5	Kategorie 5 – Péče o vylučování morbidně obézního pacienta	44
4.2.6	Kategorie 6 - Duševní potřeby morbidně obézního pacienta	46
5	Diskuse	48
6	Závěr	58
7	Seznam literatury	59
8	Seznam příloh	67
9	Seznam zkratk	70

ÚVOD

Tématem bakalářské práce je „*Problematika péče o morbidně obézního pacienta na standardních lůžkách a jednotkách intenzivní péče.*“ V dnešní době, kdy je obezita na vzestupu a morbidně obézní pacient není v nemocnici tak vzácný případ jako kdysi, představuje poskytování péče o morbidně obézního pacienta pro sestry větší výzvu než u ostatních pacientů. V případě hospitalizace morbidně obézního pacienta musí být oddělení vybaveno vhodnými pomůckami jako je postel se zvýšenou nosností, vhodnými velikostmi inkontinenčních plen a jiných pomůcek. Při péči o morbidně obézního pacienta velmi rozhoduje jeho mobilita, zdravotní stav a to, do jaké míry spolupracuje se zdravotnickým personálem. Samotná manipulace na lůžku s morbidně obézním pacientem je mnohem více fyzicky náročná než s ostatními pacienty. Náročná je i hygiena morbidně obézního pacienta a následná péče o vylučování. Při poskytování péče spolupracuje mnohem více členů zdravotnického personálu a stráví u toho více času než u jiných pacientů. Morbidně obézní pacienti jsou velmi náchylní k poškození integrity pokožky, a proto je nutné, aby sestry na obou nemocničních jednotkách poskytovaly kvalitní péči. Dále je třeba mít na paměti i to, že morbidně obézní pacient má také duševní potřeby a je třeba o ně pečovat. Celkově péče o morbidně obézního pacienta představuje výzvu pro zdravotnický personál.

Jako téma své bakalářské práce, jsem si zvolil problematiku péče o morbidně obézního pacienta, protože během své praxe na jednotce intenzivní péče jsem měl možnost být součástí ošetrovatelského týmu, který se staral od morbidně obézního pacienta. Tato zkušenost byla pro mě velmi zajímavá a přínosná. Zajímalo mě, jestli se poskytování péče o morbidně obézního pacienta na jednotce intenzivní péče liší od poskytování péče na standardních lůžkách a pokud ano, jaké jsou rozdíly v poskytované péči. Proto bych rád dle svého výzkumného šetření zmapoval problematiku péče o morbidně obézního pacienta na standardních lůžka a jednotkách intenzivní péče.

1 Současný stav

Podle Součka a Svačiny (2019, s.328) je obezita definována jako „*chronické onemocnění se zmnožením tělesného tuku v organismu o 25 % u žen, o 30 % u mužů a nepoměrem tělesné hmotnosti a tělesné výšky.*“ Výskyt obezity má od konce 20. století stoupající tendenci, která má charakter až globální pandemie, a to jak v ekonomicky vyspělých zemích jako USA, tak i v zemích rozvojových. V České republice, a i v ostatních zemích dochází ke zvyšování počtu dospělých i dětí, kteří trpí nadváhou nebo obezitou. Poslední údaje získané ze států EU uvádí nadváhu u 30–70 % a obezitu u 10–30% dospělé populace (Hainer, 2022). K obezitě patří řada etiopatogenetických složek. Běžná obezita je zastoupena ve více než 90 %. Vzácné jsou obezity endokrinologického původu. (hypotyreóza, Cushingův syndrom, hyperprolaktinemie aj.) (Souček a Svačina, 2019).

Na přelomu tisíciletí se stala obezita v důsledku životních podmínek a životního stylu, který vyústil v pozitivní energetickou bilanci, nejčastější metabolickou chorobou. Člověk se v minulosti potýkal spíše s nedostatkem než s nadbytkem potravy, a proto byl častěji vystaven podvýživě a hladovění (Hainer, 2022). Neznamena to ale, že obezita se v té době nevyskytovala. Od prehistorických dob se lidstvo setkává s obezitou. Sošky Venuše, jejíž stáří se odhaduje 25 000 let, byly nalezeny na mnoha místech po celém světě. Figurky tohoto typu měly pravděpodobně představovat kult hojnosti a plodnosti. Sošky velmi přesně vystihují obézní postavu ženy, a proto je jasné, že autor tohoto díla vycházel z reálné skutečnosti (Svačina a Bretšnajdrová, 2008). Zdravý životní styl byl doporučován již ve starém Řecku a Římě. Hippokrates poukazoval na to, že náhlá smrt může potkat častěji osoby otlé než ty, které mají přiměřenou hmotnost. Upozorňoval u obézních žen rovněž na častější výskyt menstruačních poruch a neplodnosti. Galén ve starém Římě rozděloval obezitu na morbidní a přiměřenou. Galén obezitu léčil větším množstvím jídla malé výživové hodnoty, masážemi, rychlým během a koupelemi. V počátcích křesťanství bylo tělo považováno za nástroj hříchu a mělo být zahalováno. Poustevníci hladověli, protože půstem chtěli dosáhnout očisty svého těla i ducha (Heiner,2011).

V době baroka byl ideál krásy spatřován v zaoblených tvarech lidského těla. V barokních kostelích můžeme najít svědectví ve formě obrazů a soch buclatých andělíčků. Symbolem úřední moci, úspěšnosti a blahobytu se stal obézní muž. I přesto se poukazovalo na to, že obezita může zkrátit lidský život (Pastucha, 2011).

V 19. století byla otylost často spojována s příliš velkou konzumací cukru. První náhražka cukru – sacharin, který je dodnes užíván jako umělé sladidlo byl vyroben již v roce 1879. V tomto období se poprvé objevují první zeštíhlující diety a začíná se zkoumat vliv genetiky na pravděpodobnost vzniku obezity. Díky nové moderní diagnostice a nově objeveným technologickým postupům se začínají zavádět také první chirurgická a farmakologická řešení. V dnešní době je obezita na vzestupu a řadí se do skupiny největších komplikací ve zdravotnictví (Hainer, 2011).

Standardní oddělení a jednotka intenzivní péče patří do základních oddělení, které najdeme ve všech nemocnicích. Je mezi nimi velký rozdíl, co se týče hospitalizovaných pacientů, a to konkrétně v jejich stavu, počtu na oddělení a v péči, kterou vyžaduje jejich stav. Na standardním oddělení jsou hospitalizováni pacienti, kterým je poskytována vyšetřovací, léčebná, ošetrovatelská a rehabilitační péče u onemocnění, která neohrožují pacienta na životě (Kelnarová et al., 2015).

Oddělení tvoří pokoje pro pacienty, pracovna sester, jídelna, kuchyňka, koupelna, toaleta, čistící místnost, denní místnost a sklad prádla a pomůcek. Oddělení je vybaveno různými počty pokojů. Obvykle jsou na jednom pokoji tři lůžka, která jsou přístupná ze tří stran. Dále pak může být pokoj po jednom nebo dvou lůžkách. Ke každému lůžku je přiřazen stoleček pro osobní věci pacienta, signalizační zařízení a rozvod kyslíku. Jestliže dojde ke zhoršení stavu pacienta, je předán na jednotku intenzivní péče (Burda a Šolcová, 2016). Jednotka intenzivní péče poskytuje péči pacientům, kteří jsou ohroženi selháním důležitých vitálních funkcí. U těchto pacientů je důležitá intenzivní monitorace fyziologických funkcí, poskytování intenzivní péče a léčby (Hejnarová a Slezáková, 2019). Kapacita lůžek na jednotce intenzivní péče je kolem 10 lůžek. Uspořádání jednotky intenzivní péče je zajištěné tak, aby byl provoz a pohyb co nejsnazší pro personál. Uplatňuje se kombinace otevřené jednotky intenzivní péče s jednotlivými izolovanými boxy. Lůžko je přístupné minimálně ze tří stran, nejlépe ze všech čtyř stran. Lůžko je vybaveno monitorovacím systémem fyziologických funkcí, rozvodem kyslíku a vzduchu, lineárními dávkovači, infuzními pumpami a odsávacím zařízením.

Na vybraných lůžkách by mělo být k dispozici napojení na přístroje pro hemodialýzu (Zadák a Havel, 2017). Počet personálu pracujícího v nemocnici na standardních odděleních jednotkách intenzivní péče stanoven podle vyhlášky č. 99/2012 sb. *Vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb*.

1.1 Morbidní obezita

Rozmezí, které dle Body Mass Indexu (BMI) považujeme za normální, je 18,5 – 24,9. Hodnoty nad 30,0 označují obezitu, která se rozlišuje na tři stupně. Obezita 3. stupně neboli morbidní obezita odpovídá výsledkům nad 40. Kromě stupňů obezity podle BMI se dále rozlišuje typ obezity podle místa koncentrace tuku na lidském těle. Rozlišujeme dva typy obezity: obezita ženského typu (gynoidní, typ hruška) a obezita mužského typu (androidní, typ jablko) (Souček a Svačina, 2019). Androidní typ se vyznačuje zásobami tuku, který je uložen v oblasti hrudníku a uvnitř břicha. Gynoidní typ se projevuje ukládáním tuku především na hýždích a stehnech. Androidní typ se může vyskytovat i u ženy a stejně tak gynoidní obezitou mohou trpět i muži (Machová a Kubátová, 2016).

Obezita je nejčastěji způsobena nadměrnou spotřebou energie (příjem potravy) v poměru k nedostatečnému energetickému výdeji (ztráta energie prostřednictvím metabolické a fyziologické aktivity). Příčina obezity je velmi komplikovaná a spadají do ní fyziologické, genetické, environmentální, sociální, psychologické a ekonomické faktory, které se v různé míře podílí na vývoji obezity (Wright a Aronne, 2012). Všeobecně je známo, že v některých rodinách se často objevuje více obézních osob. Z většiny prováděných studií vyplývá, že na vzniku obezity se ze 40–50 % podílí genetické faktory. Nicméně jednotlivé geny, které jsou za predispozici odpovědné, jsou nadále předmětem řady studií. Jisté ovšem je, že pravděpodobnost vzniku obezity u dětí s obézními rodiči je v dospělém věku mnohonásobně vyšší než u dětí se štíhlými rodiči, kteří dbají na správný zdravý životní styl. (Stránský, 2019).

U pacientů s obezitou je třeba dbát i na mentální faktory. Obecně je známo, že některá psychofarmaka podporují přírůstek hmotnosti. Studie opakovaně ukazují vzájemnou souvislost mezi depresí a obezitou. Tento fakt proto není příliš překvapivý, protože změny v příjmu potravy jsou považovány za příznaky deprese (Valk, 2019). Značná část obézních osob trpí poruchou příjmu potravy, která se projevuje různými způsoby a znesnadňuje diagnózu. Pacient, který je obézní se vyznačuje tím, že jí častěji a rychle

a později dosahuje pocitu sytosti i po příjmu potravy s vysokou hustotou. Odhad příjmu energie oproti reálnému příjmu je tedy podstatně nižší. Malé sebevědomí je typické pro obézní pacienty, ti mohou být nejistí, úzkostliví a velmi snadno upadají do deprese. Na stres nebo na negativní pocity mohou reagovat zvýšeným nebo excesivním příjmem potravy. Snadno se nechají zlákat k jídlu. Jídlo je pro ně způsobem uspokojování, ze kterého se může stát závislost. (Stránský, 2019). V dnešní době se potravinové prostředí změnilo v místo, které snadno podporuje přejídání. Strava je vysoce kalorická. Tučné potraviny jsou cenově dostupné a také se vyskytují na více místech (např. rychlé občerstvení, automaty s energeticky vydatnými potravinami ve školách, kancelářích atd.). Tyto velmi chutné potraviny jsou snadno dostupné ve velkých porcích, což přispívá ke zvýšenému dennímu příjmu kalorií (Wright a Aronne, 2012).

Obezita způsobuje komplikace nejen po tělesné stránce, ale i po stránce psychické a je prokázáno, že duševní zdraví souvisí se zdravím fyzickým. Dospělí, a zvláště pak děti mají velmi často problémy prosadit se v kolektivu a trpí nedostatkem sebevědomí (Marinov a Pastucha, 2012). Společnost, v níž stále ještě vítězí ideál ženského těla, jehož míry hraničí se stavem podvýživy, posuzuje obezitu velmi negativně. Obezita a nadváha je příliš rychle a snadno odsouzena jako jistý projev nedostatku sebekontroly, která je v současném výkonově orientovaném světě důležitou hodnotou. Obézní lidé patří do skupiny lidí, kteří jsou považováni za méněcenné z hlediska fyzické přitažlivosti, jejich nadbytečné kilogramy jsou spojovány s negativními osobnostními vlastnostmi a s horšími profesionálními kvalitami. V dnešních populárních médiích jsou prezentováni hanlivým zobrazením. Kvůli společenskému ideálu štíhlosti dochází u obézních lidí k negativnímu vnímání vlastního těla. I přes tuto cílenou diskriminaci a možné ztížené společenské uplatnění, se v psychologických testech neobjevují významné osobnostní rozdíly mezi lidmi s obezitou a lidmi, kteří mají normální váhu (Mašková, 2014).

Život obézního pacienta mohou provázet komplikace, které poté vedou ke zvýšení mortality a také podstatně snižují kvalitu života. Mezi mechanické komplikace obezity řadíme ty, které vznikají v důsledku vysoké hmotnosti těla. Metabolické komplikace pak označují komplikace, které souvisí s metabolickým syndromem. Do mechanických komplikací řadíme bolesti zad, artrózy, bolesti svalů a kloubů, otoky, stresovou inkontinenci, intertrigo, celulitidu, horší hojení ran zejména na dolních končetinách, varixy, dušnost, větší pocení, komplikace chirurgických výkonů, porodnické

a anesteziologické komplikace, část hypertrofie srdce (zbytek je dán hypertenzí), syndrom spánkové apnoe a chrápání (Vokurka, 2018). Do metabolických komplikací pak spadá hypertenze, dyslipidémie, diabetes 2. typu a dále celá řada složek, které patří k metabolickému syndromu v širším smyslu (např. nádory vázané na metabolický syndrom, syndrom polycystických ovarií, deprese, psoriáza a chronická obstruktivní plicní nemoc) (Štěpán, 2013).

1.1.1 Vyšetřovací metody v obezitologii

Anamnéza pacienta patří mezi nejzákladnější vyšetřovací metody v obezitologii. Pro zjištění stavu nutriční zvyklosti a vývoj hmotnosti v průběhu života velmi podstatné. Zásadní je získat informace ohledně různých zdravotních omezení vyžadující specifická dietní opatření. Podstatné jsou informace o přítomnosti onemocnění, alergie a intolerance na určité potraviny a užívání léků. Dále se ptáme na stravovací návyky. Zajímá nás kolikrát denně pacient jí, velikost jeho porcí, způsob zpracování potravy a její pestrost (Pichlerová, 2021). Metoda pro měření podkožního tuku se nazývá kaliperace. Při této metodě používáme kontaktní měřidla, kterým se říká kaliper. Těmito pomůckami se ve vybraných lokalitách na těle měří jednotlivé kožní řasy (Georgie et al., 2014). Ke zhodnocení zdravotního rizika obezity používáme jednoduchou metodu, a to měření obvodu pasu krejčovským metrem. Měří se v polovině výšky mezi dolními žebry a horní částí kyčelní kosti. U mužů je vyšší riziko zdravotních komplikací nad 94 cm a u žen nad 80 cm. (Vokurka, 2018). Ke stanovení stupně nadváhy a obezity se používá hodnocení podle indexu tělesné hmotnosti obecně označovaného zkratkou BMI (Body Mass Index) viz Příloha 1. Výpočet je založen na poměru mezi tělesnou hmotností (kg) a druhé mocniny výšky (m). Vztah mezi BMI a zdravotními důsledky obezity je dokázán velkým množstvím provedených vědeckých studií. Je ale nutné mít na paměti skutečnost, že BMI nedokáže odlišit, do jaké míry se na tělesné hmotnosti podílí tuk a do jaké například svaly. Pro určení obezity je důležité zjistit množství tukové tkáně a také její rozložení na těle pacienta. Abdominální forma je z hlediska zdravotních důsledků mnohem závažnější v důsledku ukládání zásob tuku v oblasti břicha, oproti gynoidní formě. Podle poměru pasu a boků lze toto riziko ukládání tuku jednoduše posoudit. Tento ukazatel má zkratku WHR (Waist/hip Ratio), tedy označení pro poměr pas/boky (Hamplová, 2019). Přístroj Bodystat funguje na principu BIA neboli bioelektrická impedance. Tato metoda měří množství tělesného tuku. Funguje

na principu stanovení odporu těla vůči průchodu proudu o nízké intenzitě a vysoké frekvenci. Přístroj Bodystat má dvě elektrody umístěné na zápěstí a nad hlezenním kloubu pravostranných končetin. BIA je výhodná forma vyšetření, protože je velmi snadno opakovatelná a pacienta nijak zvlášť nezatěžuje ani nepůsobí nepříjemnosti (Hainer, 2011). Praktický lékař může při prevenci minimálně jedenkrát za dva roky zjistit v rámci běžného vyšetření krve v biochemické laboratoři hladiny lipidů, glykémii nalačno, hodnoty jaterních testů, hladiny kyseliny močové a CRP, což jsou parametry, které obezita jasně ovlivňuje. Pravidelně se například objevuje vyšší CRP u obézních lidí, i přestože jsou vyloučeny jakékoliv zdroje infekce. Je prokázáno, že obezita je samostatný faktor pro udržení chronického systémového zánětu v těle. Poté záleží na posouzení praktického lékaře, jak často doporučí obéznímu pacientovi preventivní vyšetření, jako je např. kardiologické vyšetření (včetně echokardiografie srdce), ultrazvuk břicha, ultrazvuk karotid a další (Pichlerová, 2021).

1.1.2 Terapie obezity

Obezita a nadváha je sice časté onemocnění, nicméně stále spadá do obtížně léčitelných onemocnění. Léčba spočívá v kombinaci některých ze šesti postupů – dieta, pohyb, psychoterapie, farmakoterapie a bariatrická chirurgie. První tři postupy jsou účinné jen tehdy, pokud jsou dodržovány dlouhodobě – to znamená po zbytek života. Nicméně jsou výrazně personálně náročné. Šestý způsob je kombinace všech zmíněných postupů. Důležité je zvolit správný postup tak, aby nevedl ke zvyšování váhy. Naopak musí vést k poklesu váhy a k léčbě přidružených onemocnění (Svačina, 2020).

Před tím, než se člověk dostane na hranici obezity proběhne fáze mírné nadváhy. K léčbě nadváhy jsou vhodná dieteticko-terapeutická opatření, která se zaměřují na značné snížení příjmu tuků, konzumaci smíšené stravy se sníženým obsahem energie, pravidelné půsty, příjem potravin se sníženým obsahem energie a umělé diety. Před zahájením léčby je důležité během informačního pohovoru pacientovi vysvětlit rizika otylosti a problémy dlouhodobé stabilizace tělesné hmotnosti. Zároveň je podstatné stanovit reálně dosažitelnou požadovanou hmotnost. Při výrazně zvýšené tělesné hmotnosti nad standardní hodnoty není možné stanovit cílový stav tak, aby pacient dosáhl normální tělesné hmotnosti. Obvykle se ale již po redukci o několik kilogramů projevuje zlepšení průvodních onemocnění (např. diabetes mellitus 2. typu nebo hypertenze) (Kapsler, 2015).

Za nejúčinnější dietické opatření k redukci tělesné hmotnosti je považována smíšená strava se sníženým obsahem energie. Dietní terapie patří do podstatných odvětví klinické medicíny. Pacient může mít problém vyznat se v novém způsobu stravování, a proto je vhodné zajistit edukaci ze strany zkušené dietní sestry. Před zahájením léčby je důležité zjistit pacientovy stravovací návyky a psychologický aspekt příčiny vzniku obezity. Ke zjištění podstatných informací můžeme použít různé dotazníky zaměřené na množství, kvality, druhů a frekvenci snědeného jídla a také na to, co vede pacienta ke zvýšenému příjmu potravy (Svačina a Bretšnajdrová, 2008). Kontrolované porce zaručují dostatečné pokrytí živin a dovolují pacientovi (více než ostatní formy diety) uchovat si do jisté míry své stravovací návyky. Dojde k omezení kvantity a zlepšení kvality stravy. Bude-li pacient konzumovat sacharidy ve formě zeleniny nebo celozrnných výrobků, výsledkem bude výrazný pocit naplnění žaludku. Podstatným pravidlem je vyhýbat se cukru, výrobkům z bílé mouky atd. Jelikož většina pacientů není schopná dodržet dietu smíšené stravy s redukováným obsahem energie, je tato dieta považována za málo účinnou. Podle výsledků četných studií obezity druhého a třetího typu se pomocí kaloricky redukované smíšené stravy dosáhne dlouhodobého úspěchu maximálně v 10–20 % (Kapser, 2015).

Farmakologická léčba spočívá ve využití léčiv, které jsou spojené s dodržováním nízkonoenergetické diety a zvýšením pohybové aktivity. Používá se u obézních pacientů $BMI > 30 \text{ kg/m}^2$ (Souček, 2019). Antiobezitika byla v minulosti stažena z trhu kvůli výskytu závažných nežádoucích účinků (kardiovaskulární, chlopenní vady, plicní hypertenze, deprese, riziko závislosti.) S nově objevenými látkami na trhu se této skupině léčiv v posledních letech opět věnuje pozornost. Nejčastěji ordinovaná antiobezitika jsou Orlistat, Fenterminrezinát a Liraglutid. Lék Orlistat snižuje vstřebávání tuku o 25–30 %. Během prvních 6 měsíců se projeví největší pokles váhy, poté by se léčba měla ukončit. Tato léčebná metoda je efektivní především u obézních diabetiků, u nichž dochází ke snížení glykemie nezávisle na poklesu hmotnosti. Orlistat poměr LDL/HDL – C, snižuje inzulínovou rezistenci a arteriální TK. Uplatní se také jako významná prevence rozvoje diabetes mellitu 2. typu. Fenterminrezinát má stimulující účinky na CNS. Tlumí nadměrnou chuť k jídlu a potlačuje pocit hladu. Jde tedy o anorektický účinek, který se projevuje během 1-3 hodin a trvá až 8 hodin. Existuje zde ale zvýšené riziko vzniku lékové závislosti. Liraglutid snižuje hmotnost a obvod pasu v průměru o 7,4 %. Redukuje hlavně viscerální tuk. Respondenti uvádějí dlouhodobý pokles hmotnosti po 2 až 3 letech,

který je doprovázen velkým zlepšením glykemického a lipidového profilu i arteriálního krevního tlaku (Martínková, 2018).

Tam, kde konzervativní terapie těžké obezity selhává, začíná chirurgická léčba obezity – bariatrie. Indikace k bariatrické operaci mají především dospělí pacienti od 18 do 60 let s obezitou 3. stupně, případně 2. stupně ($BMI > 35 \text{ kg/m}^2$), u nichž jsou přítomna obezitou způsobena závažná onemocnění. Laparoskopická metoda se dnes používá téměř u všechny bariatrických operací. Dnešní bariatrie využívá metody restriktivní, malabsorpční nebo kombinované (Hainer, 2011). Tyto výkony mají za cíl výrazně zmenšit objem přijímané stravy a zmenšit plochy resorpce živin ze střeva pomocí jeho vyzřením nebo spojením obou principů těchto metod. Do čistě restriktivní operace spadají adjustabilní žaludeční bandáž a vertikální gastrická aplikace. Další v současnosti nejčastěji používané metody jsou restriktivní metoda sleeve gastrectomy a tubulizace žaludku, která má částečný hormonální efekt. Za čistě malabsorpční operaci je považována biliopankretická diverze. Dále do bariatrických metod řadíme gastrické bypassy, které jsou většinou autorů považovány za restriktivně malabsorpční metodu (Kasalický, 2020).

1.1.3 Prevence obezit.

V současné době je společností štíhlost (někdy až podvýživa) vnímaná jako ideál krásy. Díky této myšlence jsou často obézní lidé od mládí vystaveni sociální perzekuci. Pouhé zvyšování znalostí o zdravotních dopadech obezity v dětském věku nepomůže, ale i přesto je velmi důležité. Vyplatí se pozitivní stimulace, která vede děti k aktivnímu pohybu, prostřednictvím podpory rodiny a přípravou vhodných podmínek. Ve společenské oblasti prevence a intervence musí dojít k aktivaci individuální zodpovědnosti, poskytnutí znalostí a vybudování a úpravě podmínek (Müllerová a Aujezdská, 2014). Pohybová aktivita má zásadní roli v prevenci obezity. Pravidelná pohybová aktivita napomáhá ke snížení tělesné hmotnosti a zlepšuje metabolické komplikace vyskytující se u obézních osob. Dostatečný tělesný pohyb potom funguje jako prevence vzniku metabolických a kardiovaskulárních chorob a snižuje úmrtnost z těchto příčin (Hainer, 2011). Zdravější volba životního stylu by proto měla být v jednotlivých oblastech pro obyvatelstvo snazší než volba nezdravá. Životního styl má na rozvoj obezity v dospělosti zásadní vliv. Nejrizikovějším faktorem je například ukončení aktivního fyzického tréninku, pórůzové snížení fyzické aktivity, změna stravovacích

návyků. Dále pak přizpůsobení se novému partnerovi, strava energeticky nevyvážená s převahou tuků, nepravidelnost v jídlu a celodenní hladovění s následnou konzumací večerního jídla, pravidelné užívání alkoholu, odvyknutí kouření, pracovní stres, deprese apod. Nejlepší prevence se nachází ve zvýšení znalostí, možnosti a dostupnosti zdravé prospěšné stravy a začlenění pravidelného cvičení do životního stylu a duševní hygieny (Müllerová, 2014). Obecně se doporučuje udržovat si přiměřenou stálou tělesnou hmotnost, pohybovat se každý den alespoň 30 minut, jíst pestrou stravu, konzumovat 4–5 jídel denně, nevynechávat snídani, konzumovat ovoce a zeleninu, zařadit do jídelníčku obiloviny a luštěniny, snížit příjem cukru a kuchyňské soli a omezit tučná jídla a fast foody. (Tuček a Slámová, 2012)

1.1.4 Duševní potřeby morbidně obézního pacienta

Lidskou potřebu lze charakterizovat jako stav dynamické síly, která vzniká z pocitu přebytku, nedostatku nebo touhou něčeho dosáhnout v oblasti sociální, psychologické nebo biologické. Výsledkem naplnění je vyrovnaní a obnovení změněné rovnováhy organismu neboli homeostázy. Potřeby jsou užitečné, nutné a velmi úzce souvisí se zachováním a s kvalitou života. Podle obsahu lze potřeby rozdělit na materiální a nemateriální potřeby. Materiální potřeby představují požadavek mít věci ve vlastnictví a používat je. Nemateriální potřeby jsou spojeny s duševní stránkou člověka jeho ideály a osobní hierarchií hodnot, které jsou například potřeba přátelství, lásky a osobní svobody (Šamánková, 2011). Morbidně obézní pacienti mají stejné duševní potřeby jako jiní pacienti. Pro morbidně obézní pacienty je specifické, že jídlo využívají v situacích úzkosti, ohrožení, neúspěchu nebo frustrace jako způsob, jak vyvolat pocit uspokojení. Jídlo jim může přinést pocit uvolnění, jistoty a lásky. Obézní pacienti potom již nerozlišují mezi fyziologickým hladem, který lze uspokojit jídlom a symbolickým hladem, který představuje emoce jako je láska nebo uznání. Toto řešení je jen dočasné a představuje jen odsunutí problému. Z dlouhodobého hlediska náhradní uspokojení nepřináší správné řešení problémové situace (Hainer, 2011).

1.2 Vybrané aspekty ošetrovatelské péče o morbidně obézního pacienta na standardním lůžkovém oddělení

Ošetrovatelství řadíme do samostatné vědecké disciplíny. Hlavním cílem této disciplíny je péče o člověka. Ošetrovatelství aktivně vyhledává a uspokojuje potřeby člověka v oblasti biologické, sociální, psychické a spirituální dimenze. Pracuje jak s nemocným, tak se zdravým jedincem. Ošetrovatelská péče se provádí na každém oddělení v nemocnici nebo jiném zdravotnickém zařízení (Burda, 2016). Sestra je člověk, který se stará o uspokojování potřeb. Pracuje s lidmi, kteří jsou nesoběstační, imobilní, potřebují dopomocť při běžných činnostech, vertikalizaci nebo při polohování. U sestry je nezbytné, aby uměla správně zhodnotit situaci a naplánovat a poskytnout odbornou péči při navrácení zdraví morbidně obéznímu pacientovi (Vytečková, 2011). U morbidně obézního pacienta je ošetrovatelská péče náročná především po fyzické stránce. Nemocní s morbidní obezitou se mohou za svoji váhu stydět a požadují více soukromí než ostatní pacienti. Sestra by proto měla zajistit při ošetrovatelské péči dostatek soukromí a dbát na dodržení intimity. Vhodné je zvolit citlivější přístup a být trpělivý. U některých jedinců s morbidní obezitou se můžeme setkat s negativním přístupem k léčbě. Určití jedinci mohou popírat závažnost situace, neuvědomují si nutnost léčby a projevují odpor k jakémukoliv omezování. Svoji situaci často zlehčují anebo jí nevěnují příliš velkou pozornost. Naopak existují pak pacienti, kteří rozumí svému současnému stavu, ale nemají dostatečnou sílu snášet nepříjemné situace. Důležitost psychologické podpory narůstá ve chvíli, kdy se pacientovi nedaří uskutečnit změny ve svém životním stylu nebo v případě dlouhodobé neschopnosti redukovat svoji váhu, kdy dochází k její stagnaci. Sestra by proto měla podporovat pacienta v jeho činnostech a být mu oporou v těchto náročných situacích (Slabá, 2020).

1.2.1 Hygienická péče a péče o pokožku

Hygienu řadíme do základních biologických potřeb. Tento proces se vyvíjí od narození a je uspokojován po celý život. Jde o soubor pravidel a postupů potřebných k ochraně a podpoře zdraví. Hygienická péče je základní činnost v ošetrovatelské péči. Úloha sestry je závislá na úrovni soběstačnosti nemocného (Červenková, 2018). U morbidně obézních pacientů hraje uspokojení potřeby čistoty důležitou roli. Přispívá k navození pocitu spokojenosti a současně přispívá k celkové dobré náladě a uvolnění. Při nekvalitní hygieně může dojít u morbidně obézních pacientů k poruchám tělesných funkcí. Zejména

porušení integrity kůže vede k zvýšení rizika vzniku infekce. Morbidně obézní pacienti se mohou potit mnohem víc než jiní pacienti, a proto je vhodné je umístit co nejbližší koupelny, která má bezbariérový vstup (Trachtová, 2018).

Během pobytu na oddělení morbidně obézního pacienta sestra zhodnotí jeho soběstačnost. Respektuje jeho individuální hygienické návyky a zapojuje pacienta, pokud mu to jeho stav umožňuje do procesu. Vždy seznámí pacienta s výkonem. Připraví pomůcky k hygieně a pomůže nebo uvede pacienta do vhodné polohy (Dingová Šlíková et. al., 2018). Během hygieny se používají šetrná tekutá mýdla nebo mycí gely. Po opláchnutí a omytí pacienta není vhodné vlhkou pokožku vysoušet třením kvůli možnému vzniku mikrotraumat a oděrek. Pokožku vysušujeme mírným tlakem (tapováním) nebo adekvátním teplým proudem vzduchu (Mikula a Müllerová, 2008).

Důsledná hygiena je nezbytná pro prevenci vzniku dekubitu. Dekubit je označení pro poškození kůže nebo podkoží, většinou vyskytující se na místě nad kostní prominencí. Nejčastěji vznikají působením tlaku, třecí smykové síly. Jelikož se morbidně obézní pacienti častěji potí, sestra se musí zaměřit na ošetření kožních záhybů a pravidelné polohování pacienta (Šelfová, 2016).

Na pokožce obézních pacientů může dojít k změnám v oblasti podpaží a v kožních záhybech vlivem nadměrného pocení. Dále se vyskytují opruzeniny v oblasti třísel a genitálu. Zapařeniny v těchto místech způsobuje únik moči a stolice. Většina žen trpí opruzeninami pod prsy (Vytejková, 2011).

1.2.2 Vyprazdňování

Do základních potřeb každého člověka patří vyprazdňování. Během sběru informací je nutné, aby sestra byla k pacientovi taktní a diskrétní. Nejvíce informací ohledně vyprazdňování sestra získá při sepisování anamnézy, při kontrole dokumentace a při práci s pacientem (Pokorná et al., 2014). Při sběru dat se sestra ptá na údaje o vylučování moči. Dotazuje se na barvu, frekvenci, množství, viditelné příměsi, zápach, problémy při vylučování a na medikaci ovlivňující močení. Jestliže má pacient problém s vylučováním sestra zajistí obéznímu pacientu zvýšený příjem tekutin, soukromí a tolik času, kolik pacient bude potřebovat. Soběstačného pacienta doprovodí na WC, pokud je nesoběstačným pacientem žena, zajistí podložní mísu. U mužů zajistí k posteli močovou láhev. Sestra by měla zvážit možnost zavedení permanentního močového katétru a poradit

se s lékařem. U vylučování stolice se sestra zaměřuje na data ohledně frekvence, barvy, konzistence, zápachu, příměsí, problémech při defekaci a jejich příčiny a projevy (Mikšová, 2006). Sestra může podpořit pacienta při defekaci správnou edukací. Edukuje ho ohledně možnosti cvičení na podporu defekace a odchod plynu. Pro pacienta zvolí vhodnou formu vyprazdňování a zajistí mu soukromí. Pro imobilního pacienta je nutné používat podložní mísu. Pacient musí mít podložní mísu řádně umístěnou. Jelikož umístění podložní mísy může být u morbidně obézního pacienta problém je nutné, aby si sestra přivolala pomoc. Sestra po defekaci provede důkladnou hygienickou péči genitálu, rekta a rukou (Výtejková, 2011).

1.2.3 Výživa

Výživa patří neomylně mezi základní potřeby člověka. Během hospitalizace morbidně obézního pacienta sestra spolupracuje s nutričním terapeutem a společně zvolí pro pacienta vhodnou dietu. Pacienti můžou dostat dietu číslo 8 neboli redukční dietu. Tu sestavuje nutriční terapeut podle požadovaného příjmu množství energie. Vhodná rychlost ztráty hmotnosti je půl kilogramu za týden. Redukční dieta má během hospitalizace nemocného jen malý vliv na jeho hubnutí z důvodu krátkého pobytu. Hubnutí je proces, který potřebuje čas. V nemocnici nejsou obvyklé redukční pobyty. Pro tento účel jsou vhodnější specializovaná centra. Pokud je pacient hospitalizován na delší dobu z jiného důvodu a je-li při této příležitosti vhodné snížit jeho váhu, je na místě individuální komplexní postup (Grofová, 2007).

Ošetrovatelský personál nebo nutriční terapeut provádí nutriční screening, při kterém zjistí hodnotu BMI, zda pacient v posledním čtvrt roce zhubnul, za poslední týden přibral, snížil příjem potravy anebo závažně onemocněl. Při sepisování anamnézy se sestra ptá na soběstačnost při stravování, zvycích a na pitný režim (Výtejková, 2011).

Pro obézního pacienta je vhodná dieta, která obsahuje 100 % doporučeného příjmu vlákniny, minerálu a sacharidů. Bílkoviny rostlinného původu tvoří alespoň 10 % přijímaných živin. Podstatné je zvýšit příjem ovoce a zeleniny, luštěnin a redukovat množství soli (Frej, 2006). Sestra i ostatní ošetrovatelský personál by měl aktivně sledovat příjem potravy z důvodu lepšího vyhodnocení, zda obézní pacient za poslední týden zmenšil nebo nezměnil příjem potravy (Grofová, 2007).

1.2.4 Spánek a odpočinek

Spánek a odpočinek jsou velmi důležité procesy pro předpoklad zachování fyzického a psychického zdraví. Pro lidské tělo mají regenerační a ochranný význam. Dostatečný a pravidelný spánkový režim napomáhá k udržení normální funkce centrální nervové soustavy a slouží jako obranný mechanismus před vyčerpáním (Haluzíková a Břegová, 2019). Morbidně obézní pacient se často potýká s obstrukčním syndromem spánkové apnoe (OSA). OSA je časté onemocnění projevující se poruchou dýchání ve spánku. V důsledku zvýšeného množství tuku v oblasti krku a horní poloviny těla dochází k obstrukci dýchacích cest a vzniká tak hypoventilace. Oxid uhličitý se hromadí v těle a způsobuje spavost a usínání během dne. Při dlouhodobém působení může u pacienta nastat Pickwickův syndrom, tedy stav, kdy dochází k pravostrannému srdečnímu selhání, plíce se nemůžou dostatečně roztáhnout a je obtížné dýchat (Marinov, 2012). V terapii spánkové apnoe dosahuje velmi dobrých výsledků aplikace kontinuálního pozitivního tlaku do dýchacích cest během spánku. Pozitivní přetlak udržuje průchodnost dýchacích cest. Terapie pozitivního přetlaku snižuje výskyt obstrukčních respiračních stavů, celkově zlepšuje spánek a kvalitu života a snižuje riziko vzniku kardiovaskulárních onemocnění (Kudela, 2018).

1.2.5 Péče o rány

Jakékoliv narušení celistvosti kůže se označuje jako kožní defekt neboli otevřená rána (Kouřilová, 2010). Kvůli obezitě dochází ke zvýšenému zatížení srdce na dodávání okysličené krve do tělesných tkání. Pokud srdce není schopno zajistit dostatek kyslíku do tkáně, může se objevit ischemie, jejíž důsledkem je zhoršené hojení ran. Rány mají vlivem obezity zpomalenou regeneraci. Nadměrný tělesný habitus obézních pacientů způsobuje omezenou pohyblivost, neschopnost přemísťovat se nebo provádět standardní hygienu. Zvětšení tukové tkáně nechrání oblasti s výskytem vysokého tlaku, ale naopak činí místo zranitelnější z důvodu přítomnosti bezcévní tukové tkáně. Morbidně obézní pacienti mohou mít mikrobiální kolonizace, které se vyskytují v oblasti kožních záhybů. Vlhké prostředí vytváří výborné podmínky pro mikroorganismy. Takové místo je nejlepším zdrojem pro vznik infekce (Hlinková et al., 2019). Mezi nejčastější kožní onemocnění vyskytující se u morbidně obézních pacientů patří vředy diabetické nohy, vředy z žilní nedostatečnosti, lymfedém a tlakové vředy.

Při ošetřování ran morbidně obézních pacientů je nutné brát v potaz větší rozměry těla. Příkladem může být rána na noze nebo břišním záhybu, kdy je třeba, aby požadovanou část těla držely dvě nebo tři osoby. Péče o ránu je teoreticky jednoduchá, ale rozměry pacientů, nedostatek bariatrického vybavení, nevhodná konstrukce oddělení nebo únava personálu může péči značně zkomplikovat (Beitz, 2014). Hlavním úkolem sestry je sledovat jednotlivá kritéria, která jsou důležitá pro hodnocení stavu rány. Hodnotí spodinu rány, okraje rány, velikost rány, vlhkost rány – exsudace, zápach a známky infekce. Tato kritéria jsou důležitá pro volbu vhodného materiálu pro nejefektivnější hojení. Fáze hojení je podstatná při výběru materiálu (Pokorná a Mrázová, 2011).

1.2.6 Podávání medikace a odběr biologického materiálu

Podávání medikace je jedním z úkonů v rámci náplně práce sestry. Sestra se řídí lékařem předepsanou ordinací. Určenému pacientovi podá správný lék, ve správném množství, správným způsobem a ve správný čas. Pro morbidně obézní pacienty platí, že dávkování léčiv založených na hmotnosti nebo tělesném povrchu nemusí být vyhovující z hlediska bezpečnosti a účinnosti. Důvodem je hmotnost a celkový povrch těla pacienta. Pacienti s obezitou 3. stupně sice dostanou lék, ale požadovaný účinek není dostatečný. Podávání léku per os je snadná metoda pro podávání léčiv. Nevýhodou však je fakt, že například u analgetik může docházet k pozdějšímu nástupu účinku. Při aplikaci léků do svalu může dojít k aplikaci léku do tukové tkáně místo do svalu. V případě morbidně obézních pacientů je aplikace do svalu v gluteální oblasti v podstatě nemožná a vždy dojde k aplikaci do podkoží (Pilková, 2020). Pro aplikaci léků, které se dávají intramuskulárně se používá delší jehla, aby nedošlo k vpravení léku do podkoží (Bartůnek et al., 2016).

Odběr biologického materiálu je důležitý pro diagnostiku a hodnocení stavu pacienta. U morbidně obézních pacientů může dojít ke komplikacím při odběru krve. Důvodem je opět zvýšené množství tuku na těle. Sestra proto musí zvolit správné místo k odběru. Odběr z kubitní žíly je považován za nejlepší místo. K odběru se nejlépe hodí žíly, které jsou pružné a měkké. Tenké a klouzavé žíly jsou nevhodné, protože buď rychle praskají nebo jsou sklerotické (Pokorná, 2013). Odběr krve se provádí ráno nalačno. Je potřeba, aby byl pacient dostatečně hydratovaný. Sestra vysvětlí pacientovi důvod odběru a po odběru ho edukuje. Pacient je v klidu v poloze, která je pro něj příjemná, nejčastěji v sedě nebo v leže. Sestra dbá na dezinfekci místa vpichu a svou ochranu během odběru krve.

Důležité je dodržet správné pořadí při odběru více zkumavek (Zima, 2010). Dále je možné k odběru krve použít centrální žilní katetr nebo použít jehly a stříkačky.

1.2.7 Kanylace cévního řečiště

U většiny hospitalizovaných pacientů jsou nezbytné žilní vstupy pro aplikaci léků a nutrice, odběr krve pro řadu léčebných a diagnostických výkonů anebo pro monitorování vitálních funkcí. Pro všechny žilní vstupy platí, že mají své indikace ale i své komplikace. Pro sestru je nezbytné znát možné komplikace, jak jim předcházet a jak je léčit. Zavedení žilního vstupu patří mezi základní podmínku správné péče na jednotkách intenzivní péče. Hlavním přínosem je aplikace léků a tekutin, podávání parenterální výživy a možnost hemodynamického monitorování. Výkony jako hemodialýza nebo jiné eliminační metody není možné provádět bez cévního přístupu. V intenzivní péči se v současné době používají centrální žilní katetry (CŽK) a periferně zavedené centrální žilní katetry (PICC) (Charvát, 2016). Hlavním důvodem pro indikaci CŽK je zajištění bezpečného a spolehlivého dlouhodobého žilního přístupu. Nejčastějším místem pro zavedení kanyly je vena subclavia a vena jugularis interna (Málek, 2016). U morbidně obézního pacienta je zajištění centrálního žilního přístupu považováno za obtížné. Důvodem je náročná lokalizace anatomických bodů, které jsou při obezitě méně zřejmé. Proto je vhodné při zavádění použít ultrazvuk (Ševčík, 2014).

1.2.8 Ochrana před nebezpečím

Péče o morbidně obézní pacienty je velmi nebezpečná pro samotné zdraví zdravotnického personálu. Důvodem je extrémní váha pacienta. Velkým rizikem je poranění zad a páteře. Zaměstnavatel a zaměstnanci se proto musí řídit BOZP. Zaměstnavatel má ze zákona povinnost zajistit proškolení zdravotnického personálu v bezpečnosti a ochraně zdraví při práci (BOZP) v předepsaných situacích. Řadíme sem nástup do nového zaměstnání, změna pracovního zařazení, zavedení nové technologie nebo pracovních postupů aj. Rovněž je zaměstnavatel povinen stanovit počet a rozsah školení a postupů, které ověří znalosti zaměstnanců a školitele. Běžnou praxí je provádět školení BOZP 1krát za 2 roky. Legislativní rámec pro školení BOZP vychází ze zákoníku práce z § 103 odstavec zákona č. 262/2006 a z § 103 odstavec 3 zákona č. 262/2006 (Zákon č.262/2006 Sb., 2021).

U některých osob ve zdravotnictví se objevuje mylná představa, že pacient není považován za břemeno. To ovšem není pravda, protože § 28 nařízení vlády č. 361/2007

Sb. o zajištění dalších podmínek bezpečnosti a ochrany zdraví při práci uvádí: „*Za ruční manipulaci s břemenem se pokládá též zvedání a přenášení živého břemene.*“ (pp. 5096–5097) Zároveň zde i platí i § 29 nařízení vlády č. 361/2007 ve kterém se říká, že hygienický limit pro hmotnost ručně manipulovaného břemene přenášeného mužem je 50 kg a při častém zvedání a přenášení 20 kg. U žen je tento limit stanoven při občasném zvedání na 20 kg a při častém zvedání 15 kg. Zvedání a přenášení nesmí souhrnně přesáhnout 30 minut v osmihodinové směně (Nařízení vlády č.361/2007 Sb., 2021).

Jestliže morbidně obézní pacient váží 200 kg, měli být při polohování nebo manipulaci s ním přítomni 4 mužští pracovníci nebo 10 žen. Pokud není možné zajistit správný počet personálu a uvedený hygienický limit je překročen, je nutné, aby zaměstnavatel přijal příslušná opatření ve formě nahrazení fyzické zátěže technickým zařízením nebo navýšil počet osob pro bezpečnou manipulaci s pacientem a zajistil další potřebné vybavení (Mynářová, 2020).

1.3 Vybrané aspekty ošetrovatelské péče o morbidně obézního pacienta na jednotce intenzivní péče

Jednotka intenzivní péče patří do pracovišť intenzivní péče. Dále do této skupiny můžeme zařadit ARO (Anesteziologicko-resuscitační oddělení). ARO představuje nevyšší stupeň intenzivní péče ve zdravotnickém zařízení akutní lůžkové péče. Na ARO jsou přijímáni pacienti ve stavu probíhajícího selhání jedné či více základních životních funkcí. Tento druh ošetrovací jednotky je vybaven nejmodernějšími přestojí pro záchran a obnovu životních funkcí pacienta. Jednotka intenzivní péče je určena pro pacienty s rizikem vzniku nebo s již probíhajícím selháním základních životních funkcí anebo těm, u nichž k selhání už došlo (Kelnarová et al., 2015). Pro splnění podmínek na intenzivní péči je nutné, aby bylo oddělení po technické a organizační stránce vhodně uzpůsobené. Nároky kladené na sestru na JIP jsou velké jak po stránce odborné a technické, tak i po psychické a fyzické stránce. Všeobecný přehled ze všech medicínských oborů je pro sestry na jednotce intenzivní péče důležitou dovedností, protože pacienti mají přidružená onemocnění různého původu. Sestra dále musí umět používat všechny přístroje na oddělní. Schopnost rychle reagovat na nečekanou situaci a zajistit komplexní ošetrovatelskou péči je důležitou vlastností všech sester na jednotkách intenzivní péče. Sestra musí mít na vědomí, že z ošetrovatelského pohledu je péče o morbidně obézní pacienty spojena s řadou komplikací. Jedná se například o nedostatek speciálního

vybavení typu dostatečně široké lůžko, pomůcky k manipulaci, nástroje a dostatek vhodného materiálu pro ošetrovatelskou péči (Kapounová, 2020). Důvody pro přijetí morbidně obézního pacienta na jednotku intenzivní péče jsou nejčastěji volitelná nebo akutní pooperační péče, trauma ve formě poranění měkkých tkání a kostí nebo infekce. Dalším důvodem může být léčba primárního zdravotního stavu nebo komplikace způsobené komorbidním onemocněním (Jamadarkhana et al., 2014).

1.3.1 Kardiopulmonální resuscitace

Když se řekne kardiopulmonální resuscitace, mluvíme o souboru logických a jednoduchých na sebe navazujících postupů, které mají za cíl dostat dostatečné množství okysličené krve do mozku. Rychlost zahájení a správné provádění techniky resuscitace je hlavním faktorem pro její úspěch. Pokud není do 5 minut zajištěno dostatečné množství krve do mozku, dochází k nezvratnému odumírání mozkových buněk (Šeblová a Knor, 2013). Podle Guidelines 2021 platí, že v případě, kdy pacient nereaguje a nedýchá normálně, je nutné zahájit KPR 30:2 (30 stlačení hrudníku a 2 vdechy) a volat resuscitační tým. Dokud nepřijde resuscitační tým, je důležité pokračovat v pravidlu 30:2. Důležité je zhodnotit, zda je srdeční rytmus defibrilovatelný nebo ne. Pokud ano, je nutné použít defibrilátor nebo AED. Pokud není, pokračujeme v KPR. Sestra se řídí pokyny lékaře (Rozšířená resuscitace, 2021).

U morbidně obézního pacienta může být efektivní KPR ovlivněna několika aspekty. Největším problémem je transport a obecně přístup k pacientovi kvůli jeho tělesné velikosti. Zajištění žilního přístupu je mnohdy také komplikované z důvodu velkého množství tuku. Stane se, že kvůli nadměrné velikosti těla není srdeční masáž dostatečně kvalitní. Proto je nutné, aby si byla sestra vědoma, že komprese hrudníku musí provádět až do maximální hloubky 6 cm. Z důvodu větší fyzické námahy se musí zdravotnický personál provádějící komprese hrudníku střídát častěji. Na lékaři je, aby zvážil postupné zvyšování energie defibrilačních výbojů až do maximální nastavitelné hodnoty. Při podávání kyslíku pomocí obličejové kyslíkové masky by doba měla být zkrácena na minimum a prováděna technikou dvě ruce na masce. Tuto činnost by měl provádět nejzkušenější personál. Lékař by měl rozhodnout o časném provedení tracheální intubace (Truhlář, 2021).

1.3.2 Zajištění dýchacích cest

Morbidně obézní pacient se potýká s řadou dýchacích komplikací. Kvůli hromadění tuku v mediastinu a břišních dutinách dochází ke změně mechanických vlastností plic a hrudní stěny. Obezita je rizikový faktor a modifikátor mnoha respiračních onemocnění. Běžné respirační příznaky spojené s obezitou jsou sípání, dušnost a ortopnoe. Čím vyšší je BMI tím vyšší je hyperreaktivita dýchacích cest (Ubong, Dixon, 2018). Základní činností sestry je péče o dýchání a dýchací cesty, konkrétně například zajištění a udržování dýchacích cest, podpora dýchání a podávání léků. Do ošetrovatelských intervencí, které vedou k udržení volných a dostatečně průchozích dýchacích cest, patří především polohování, rehabilitace a pravidelné odstraňování nežádoucích sekretů (Vytejšková, 2013).

Nedílnou a samozřejmou součástí v intenzivní péči je zajištění dýchacích cest a péče o dýchací cesty. Existuje celá řada metod pro přístup do dýchacích cest a pro jejich podporu. Faktory, které ovlivňují volbu přístupu, jsou druh onemocnění, nutnost zajištění dýchacích cest a předpokládána doba léčby. Přístupy dělíme na invazivní a neinvazivní. Do neinvazivních metod řadíme nosní a ústní vzduchovod, orofaryngeální vzduchovod s nafukovatelnou manžetou a laryngeální masku. Tracheální intubace patří do invazivních přístupů. Je to definitivní metoda k zajištění dýchacích cest. Mezi hlavní indikace patří napojení na dýchací přístroj, kardiopulmonální resuscitace, obstrukce horních cest dýchacích a bezvědomí (Zadák a Havel, 2017).

Na jednotce intenzivní péče je obezita rizikovým faktorem pro komplikace a mortalitu související s intubačními postupy a ventilací. Morbidně obézní pacienti se poměrně často potýkají s akutním respiračním selháním (ARS). Pro tyto pacienty se doporučuje používat neinvazivní ventilaci jak k léčbě, tak prevenci ARS. Vhodné je pacienta uvést do správné polohy, kdy dojde k lepší podpoře dýchání. Optimální poloha je obrácená Trendelenburgova poloha, Fowlerova poloha nebo sedící poloha. Zmíněné polohy napomáhají u pacientů s morbidní obezitou správné výměně plynů. Naopak nejméně vhodná poloha je na zádech. Tato poloha je kvůli nadměrné hmotnosti pro pacienta příliš namáhavá a vysilující. Důležité je mít na paměti, že morbidně obézní pacienti mají v důsledku nadměrné hmotnosti sníženou pohyblivost krku, omezené otvírání úst, zvýšený obvod krku a nadměrné množství měkkých tkání. Zde zmíněné změny mají vliv na vznik komplikací při ventilaci pomocí masky a při intubaci

(Jong a Wrigge, 2020). Proto je nezbytné, aby byla zajištěna přítomnost zkušeného personálu s pokročilými dovednostmi v oblasti zajištění dýchacích cest. Oddělení by také mělo být vybaveno správnými pomůckami jak k plánovaným, tak neplánovaným zásahům do dýchacích cest. V případě, kdy selžou supraglotické pomůcky a intubace, je nutné provést tracheostomii. U morbidně obézních pacientů jsou standardní tracheostomní trubice příliš krátké, a to z důvodu velké vzdálenosti mezi kůží a průdušnicí. Tracheostomní trubice se může uvolnit nebo je obtížné ji vložit do správného místa. Dnes se stále častěji používají tracheostomatologické trubice, které jsou vyrobené na zakázku, protože odpovídají anatomii obézních lidí (Jamadarkhana et al., 2014).

1.3.3 Monitorace fyziologických funkcí

Sledování fyziologických funkcí je základní náplně práce sestry na jednotce intenzivní péče. Monitorování není léčebný přístup, přesto je jeho význam pro správnou léčbu velmi podstatný. Sledování fyziologických funkcí je kontinuální nebo opakovaná činnost v čase. Interpretace ukazovaných údajů zprostředkovává lidský prvek. Mezi hlavní cíle řadíme posouzení stavu fyziologických funkcí a včasné zachycení vzniku nefyziologických hodnot, hodnocení průběhu a vývoje klinického stavu, zachycení nežádoucích účinků léčby nebo komplikace spojené s klinickým stavem. Sledování jednotlivých orgánových funkcí zahrnuje využití přístrojových a laboratorních metod. Metody mohou být invazivní (narušují kožní kryt) nebo neinvazivní (Ševčík, 2014). Při monitoraci je kladen důraz na sledování vědomí, stavu zornic u pacientů v bezvědomí, hodnocení náplně krčních žil, poslech srdce a plic, prokrvení tkáně, stav hydratace aj.

Měření krevního tlaku u morbidně obézních pacientů může být zkresleno nevhodnou velikostí manžety. Pokud je manžeta příliš malá nebo nevhodně sedí kolem ruky, výsledná hodnota neodpovídá skutečnosti. Řešení se nachází v použití extra velkých manžet jako jsou stehenní nebo kuželové manžety. Také je možné použít manžetu normální velikosti a umístit ji kolem předloktí. Ke zkreslení výsledků může dojít i při měření saturace. Hodnota pulzní oxymetrie může být zavádějící, protože signál může být zakryt tukovou vrstvou v podkoží prstu (Philips, 2013). Proto by sestra měla při měření saturace umístit saturační čidlo na ušní lalůček. Velká výzva může nastat při hodnocení elektrokardiogramu. Záznam může být zkreslený z důvodu nadměrné vrstvy

podkožního tuku. Výsledný záznam může ukazovat komplexy o nízké voltáži (Jamadarkhana et al.,2014).

1.3.4 Bezpečná manipulace a transport pacienta

Pacient, který je morbidně obézní vyžaduje zvýšenou ošetrovatelskou péči. Ošetrovatelská péče je mnohem fyzicky náročnější než u pacienta s normální hmotností. Morbidně obézní pacienti potřebují pomoc při chůzi, ale také při přesunu z křesla do lůžka nebo na vozík. Často potřebují pomoc i při polohování v posteli. Pro polohování nebo přesouvání morbidně obézního pacienta je někdy potřeba i všechen personál oddělení. Práci s morbidně obézním pacientem usnadňují vakuové zvedáky, upravené kluzné podložky, matrace a lůžkové rámy. Vozíky a sedačky by měly mít nosnost nejméně do 250 kg. Po operaci dochází u morbidně obézních pacientů k problému, kdy není možné sehnat kompenzační pomůcky, které by byly vhodné pro jejich tělesné rozměry. Zejména vhodné ortézy na končetiny nejsou často k dispozici. V oblasti bariatrické péče se používají lůžka až s nosností 500 kg (Fried, 2011). Jen nutné, aby byl ošetrovatelský personál poučen ohledně pohybu a manipulace s morbidně obézním pacientem. Transport mezi nemocnicemi po silnici nebo letecky se může stát velmi problémový z důvodu požadavku na dostupnost velkých sanitek, nosnosti a šířky nosítek. Je nutné zajistit velká modifikovaná nosítka s několika rukojeťmi. Pokud dojde na letecký přenos je nutné použít pneumatické nebo hydraulické výtahy pro vyzvednutí nosítek do výšky kabiny (Jamadarkhana et al, 2014).

2 CÍL PRÁCE

2.1 Cíl práce

Zmapovat problematiku ošetrovatelské péče o morbidně obézního pacienta.

2.2 Výzkumné otázky

Jaké překážky vnímají sestry v péči o morbidně obézního pacienta?

Jakým způsobem sestry zajišťují hygienickou péči morbidně obézního pacienta?

Jakým způsobem sestry pečují o pokožku morbidně obézního pacienta?

Jakým způsobem sestry pečují o výživu morbidně obézního pacienta?

Jakým způsobem sestry pečují o vylučování morbidně obézního pacienta?

Jakým způsobem sestry uspokojují duševní potřeby morbidně obézního pacienta?

3 METODIKA

3.1 *Použité metody*

Pro získání potřebných dat k praktické části bakalářské práce bylo využito technik kvalitativního výzkumu. Praktická část byla realizována formou individuálních polostrukturovaných rozhovorů se sestrami pracujícími na standardních odděleních a jednotkách intenzivní péče.

Ústředním tématem byla problematika péče o morbidně obézního pacienta na standardních odděleních a jednotkách intenzivní péče. V úvodu každého rozhovoru byly sestry seznámeny s důvody prováděného výzkumu. Námi oslovené sestry byly ujištěny o anonymitě v rámci zpracování rozhovorů v této práci.

Rozhovory se týkaly problematiky ošetrovatelské péče o morbidně obézní pacienty. Sestry odpovídaly celkem na dvacet dva otázek, které byly rozděleny do šesti okruhů. V prvním okruhu jsme zjišťovali úvodní identifikační údaje. V druhém okruhu jsme se sester ptali na hygienickou péči a péči o pokožku morbidně obézního pacienta. Třetí okruh byl zaměřený na polohování morbidně obézního pacienta. Ve čtvrtém okruhu jsme se dotazovali na péči o výživu morbidně obézního pacienta. V pátém okruhu jsme se zabývali péčí o vylučování u morbidně obézního pacienta a v šestém okruhu nás zajímala péče o duševní potřeby morbidně obézních pacientů (viz Příloha 2).

Výzkumné šetření bylo prováděno od února do března 2022. Rozhovory byly pořízeny na standardním oddělení a jednotce intenzivní péče na základě souhlasu hlavní a staniční sestry. Doba trvání byla individuální od 10 do 15 minut. Každý rozhovor byl se souhlasem sestry nahráván na diktafon. Získaná data byla následně přepsána do programu MS Word a zpracována otevřeným kódováním, metodou „papír tužka“. Z takto vypracovaných výsledků bylo sestaveno šest kategorií.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo pět sester ze standardního oddělení a čtyři sestry pracující na jednotce intenzivní péče. Z důvodu snížení možnosti identifikace a zajištění anonymity zde záměrně nezveřejňujeme názvy zdravotnických zařízení, se kterými jsme spolupracovali. Sestry z jednotek intenzivní péče jsou označeny JS1-JS4 a ze standardního oddělení S1-S5. Sestry byly s otázkami předem seznámeny, rozhovor byl zaznamenáván elektronicky. Výzkumné šetření bylo prováděno od února do března 2022.

4 Výsledky

4.1 Identifikační údaje sester

Tabulka 1. Základní informace o sestrách

Označení sestry	Nejvyšší dosažené vzdělání	Počet let ve zdravotnickém zařízení	Počet let na aktuálním oddělení
JS1	Magisterské Chirurgické obory	4 roky	3 roky
JS2	Bakalářské	2 roky	1 rok
JS3	Středoškolské + ARIP	30 let	30 let
JS4	Středoškolské	30 let	5 let
S1	Bakalářské	2 roky	2 roky
S2	Magisterské Interní obory	30 let	30 let
S3	Bakalářské	6 let	4 roky
S4	Bakalářské	10 let	5 let
S5	Bakalářské	10 let	6 let

S1 – S5 – sestry ze standardního oddělení, JS1-JS4 – sestry z jednotky intenzivní péče, ARIP – Anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče. Zdroj: vlastní výzkum.

Výzkumný soubor se skládal z devíti sester. Označení JS je určeno pro sestry z jednotky intenzivní péče. Písmenem S jsou označeny sestry ze standardních oddělení. Sestry jsme se ptali, kde pracují, na jejich nejvyšší dosažené vzdělání, jak dlouho pracují ve zdravotnickém zařízení a jak dlouho pracují na současném oddělení.

Sestra JS1 pracuje na jednotce intenzivní péče. Její nejvyšší dosažené vzdělání je Magisterské se zaměřením na chirurgické obory. Ve zdravotnickém zařízení pracuje čtyři roky a na aktuálním oddělení tři roky.

Sestra JS2 pracuje na jednotce intenzivní péče. Její nejvyšší dosažené vzdělání je Bakalářské. Ve zdravotnickém zařízení pracuje dva roky a na aktuálním oddělení pracuje jeden rok.

Sestra JS3 pracuje na jednotce intenzivní péče. Má středoškolské vzdělání a má speciální vzdělání v oblasti anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče (ARIP). V zdravotnickém zařízení působí třicet let na aktuálním oddělení.

Sestra JS4 pracuje na jednotce intenzivní péče. Nejvyšší dosažené vzdělání má středoškolské. Ve zdravotnickém zařízení pracuje třicet let a na aktuálním oddělení pracuje pět let.

Sestra S1 je ze standardního oddělení. Její nejvyšší dosažené vzdělání je Bakalářské. Celkem ve zdravotnickém zařízení pracuje dva roky na aktuálním oddělení.

Sestra S2 je ze standardního oddělení. Její nejvyšší dosažené vzdělání je Magisterské vzdělání se zaměřením na interní obory. Ve zdravotnickém zařízení působí již třicet let na stejném oddělení.

Sestra S3 je ze standardního oddělení. Její nejvyšší dosažené vzdělání je Bakalářské. Ve zdravotnickém zařízení působí šest let a na aktuálním oddělení pracuje čtyři roky.

Sestra S4 je ze standardního oddělení. Její nejvyšší dosažené vzdělání je Bakalářské. Ve zdravotnickém zařízení působí deset let a na aktuálním oddělení pracuje pět let.

Sestra S5 je ze standardního oddělení. Její nejvyšší dosažené vzdělání je Bakalářské. Ve zdravotnickém zařízení pracuje deset let a na aktuálním oddělení pracuje šest let.

4.2 Kategorizace výsledků

Z důvodu přehlednosti byly výsledky rozděleny do šesti kategorií (Tabulka 2). Těmto kategoriím se budeme věnovat v následujících kapitolách.

Tabulka 2. Kategorie výsledků

Kategorie výsledků	
Kategorie 1	Překážky v péči o morbidně obézního pacienta
Kategorie 2	Péče o hygienu morbidně obézního pacienta
Kategorie 3	Péče o pokožku morbidně obézního pacienta
Kategorie 4	Péče o výživu morbidně obézního pacienta
Kategorie 5	Péče o vylučování morbidně obézního pacienta
Kategorie 6	Duševní potřeby morbidně obézního pacienta

Zdroj: vlastní

4.2.1 Kategorie 1 – Překážky v péči o morbidně obézního pacienta

Tato kategorie se zabývá nejčastějšími překážkami v péči o morbidně obézního pacienta na standardních odděleních a jednotkách intenzivní péče. Na otázku, jestli vnímají nějaké překážky v péči o morbidně obézního pacienta sestry jak ze standardního oddělení, tak z jednotky intenzivní péče jednohlasně uvedly, že za překážku považují už jen velikost a váhu pacienta. Na podporu těchto tvrzení dokládáme několik odpovědí sester: (S5) „*Určitě jako překážku vnímám už jen tu váhu pacienta a jeho velikost.*“ (S2) „*Samotná váha a velikost toho pacienta s tím, že kvůli jeho velikosti může být ošetrovatelská péče mnohem více komplikovaná.*“ (JS2) „*Kvalita péče je náročnější kvůli jeho váze a velikosti.*“ Sestra z interní jednotky intenzivní péče pak dodává: (JS3) „*Nedostatek vhodných pomůcek pro manipulování s pacientem.*“

Sestrám jsme položili otázku, jaké překážky nejvíce ohrožují zdravotnický personál. Sestry ze standardního oddělení a z jednotek intenzivní péče se shodly na odpovědi, že je

to váha a manipulace s pacientem. Jako důvod také uvedly zvýšenou fyzickou námahu a větší riziko vzniku zranění, protože kolektiv tvoří převážně ženy. (S2) „*Váha pacienta a manipulace s ním. Jak máme většinou ženský personál, tak je to pro ně větší fyzická zátěž.*“ (S3) „*Váha pacienta a manipulace s ním. Náš kolektiv je složen hlavně z ženského personálu, takže je to pro ně mnohem více namáhavé.*“ (S4) „*Nejvíce ohrožuje ta samotná váha pacienta. Potom taky je náročný na manipulaci s ním. Jelikož jsme převážně ženský kolektiv, je to pro nás více náročné, co se týče fyzické zátěže.*“ Sestra S1 krátce uvedla: „*Váha pacienta.*“ Sestra S5 doplnila: „*Manipulace s takhle obrovskou váhou.*“ První tázaná sestra z jednotky intenzivní péče dodává: „*Je náročnější pro nás s ním vstávat po operaci a obecně manipulace s pacientem.*“ Sestra JS2 odpovídá stejně jako sestry ze standardních oddělení. Jako překážku uvádí samotnou váhu pacienta, manipulaci s ním a zvýšenou fyzickou náročnost pro ženský kolektiv. „*Samotná váha pacienta a následná manipulace a nedostatek síly ze strany ženského personálu.*“ Sestry JS3 a JS4 uvedly stejné překážky, kterými jsou váha a manipulace s pacientem.

Zajímalo nás, jaké překážky vnímají sestry v rámci péče o pokožku. Sestry S1, S2, S3 a S4 uvádějí jako překážku velké množství kožních řas a záhybů. (S1) „*Nadměrné množství kožních záhybů...*“ (S3) „*Jsou to například ty kožní záhyby, kterých je velké množství...*“ (S4) „*Jak mají velké množství kožních záhybů snadno se tvoří opruzeniny.*“ Sestra S2 přímo popisuje možné následky velkého počtu kožních řas a záhybů. „*Jsou tam překážky, co se týče větších množství kožních záhybů. Pokožka se snadno zaparí a pak vznikají opruzeniny.*“ Sestra S2 doplňuje, že morbidně obézní pacienti jsou mnohem náchylnější k vzniku dekubitů a uvádí důvody. „*...snadněji vznikají dekubity, protože pacienti nejsou kolikrát schopni se otočit na bok bez pomoci a navíc váha, která působí na predilekční místa je mnohonásobně větší než u ostatních.*“ Sestra S4 popisuje jako překážku výšku a váhu pacienta, a proto je nutné pracovat ve více lidech. „*Velikost a váha pacienta a nutnost spolupracovat ve více lidech.*“ Sestra S5 uvedla: „*Velikost pacienta, je o to víc náročný na udržení v dobrém stavu, a hlavně rozhodující je stav a mobilita pacienta.*“ Sestry JS1 až JS3 odpověděly stejně jako sestry ze standardních oddělení. Nadměrné množství kožních záhybů vidí také jako překážku v péči o pokožku. Sestra JS4 vnímá jako překážku i velikost plochy, kterou je třeba sledovat. „*Velikost plochy, kterou sledujeme.*“ Dále dodává: „*...pacient zaplní celou postel a je potom problém s jeho polohováním.*“

Následně nás zajímaly překážky, které vznikají při péči o výživu. Sestry S2, S3, S4 a S5 uvedly jako nejčastější překážku nespolupráci pacienta. Odmítá jíst nemocniční jídlo, ale jí jídlo, které mu přinese rodina. Tím porušují léčbu. Jako důkaz přikládáme několik odpovědí. (S2) „*Dost často pacienti nespolupracují. Nejí nemocniční jídlo a jí jídlo, které jim přinese rodina.*“ (S3) „*Máme zkušenosti s tím, že pacienti nejí jídlo, které dostávají v nemocnici a jí jídlo, které jim přinese rodina a tím porušují léčbu.*“ (S5) „*Nespolupráce pacienta. Nemocniční jídlo nejí nebo se ho sotva dotknou a pak jí jen jídlo co jim přinese rodina.*“ Sestra JS2 uvádí jako překážku krátký časový úsek pobytu pacienta na oddělení, a proto mají dietu podle zdravotního stavu. „*U nás na oddělení se pacienti rychle střídají, takže k poskytnutí nějaké konkrétní diety není moc času. Většinou dostávají dietu dle jejich zdravotního stavu.*“ Sestra JS3 popisuje případy, kdy si pacienti často stěžují, že mají hlad a na nedostatek jídla, ale přesto nejí nemocniční stravu. „*Pacienti si často stěžují, že mají hlad, že mají nedostatek stravy anebo odmítají jíst nemocniční jídlo, protože jim nechutná.*“ Sestra JS4 popisuje, že na jejich oddělení pacienti kvůli úrazu musí jíst v leže nebo mají zavedené sondy. Následně uvádí nespokojenost s velikostí porcí ze strany pacientů nebo odmítání daného jídla. „*U nás je to obvykle u všech stejné, tedy, že úraz, kterým se jim stal jim většinou neumožňuje se k jídlu posadit, a tudíž se musí najíst buď v leže nebo mají zavedené právě ty sondy. Dále potom většinou jim nestačí porce jídla anebo naopak je vůbec nejí.*“ Sestry S2, S3 a S4 pak uvedly jako další překážku během péče o výživu nevědomost ze strany pacientů o důležitosti vyvážené stravy. Doplnují také, že morbidně obézní pacienti jsou zvyklí celý život jíst jen určitý typ jídel. (S2) „*Oni vlastně nechápou, že musí jíst vyváženou stravu a jsou zvyklí jíst jen určité jídlo.*“ (S3) „*Pacienti si často neuvědomují, že nejí vyváženou stravu a vlastně celý život jí jen určité typy jídel.*“ Sestra S4 dodává neochotu ze strany pacientů pochopit daný problém a projevit snahu tento problém řešit. „*Neochota ze strany pacientů uvědomit si, že by měli jíst vyváženou stravu. Celý život jí jen jeden typ jídla a nejsou ochotni to změnit.*“ Sestra JS1 jako překážku doplňuje stav pacienta, kdy mu je možné podávat pouze parenterální výživu. „*...jejich stav nedovoluje jiný způsob dodávání živin než parenterální cestou.*“

Sester jsme se zeptali, zda vnímají nějaké překážky v péči o vylučování. Sestry uvedly, že jako překážku vnímají opět velikost a váhu pacienta, náročnou manipulaci, velkou plochu na očistu a nespolupráci ze strany pacienta. Sestra S1 vnímá jako překážku nedostatek personálu a obtížnou manipulaci. Sestry S2, S3 a S4 uvádějí jako překážku

velikost a váhu pacienta. (S3) „*Jako překážku vidím velikost a váhu pacienta.*“ (S4) „*Opět velikost a váha pacienta.*“ Sestra S2 dodává: „*Dále taky většinou nemáme dostatečně velké pleny, takže používáme velké savé podložky.*“ Sestry S2 až S5 pak uvádí, že jako překážku vnímají nespokojenost pacienta. Sestra S4 uvedla: „*Setkala jsem se s lidmi, kteří si neuvědomují, jak je to pro nás náročné a sotva nám v něčem pomohli.*“ Sestry S2 a S5 uvedly jako překážku velkou plochu pro očištění. Sestra JS1 dodává: „*Náročnější na čas a chce to více personálu.*“ Sestry JS2 a JS3 uvedly jako překážku náročnou manipulaci s pacientem, a velký důraz kladou na jeho spolupráci. (JS2) „*Je to mnohem víc namáhavé na zdravotnický personál než u normálních pacientů. Je to náročnější víc na sílu a na čas.*“ (JS3) „*Opět manipulace s pacientem. Kvůli dostatečnému očištění je to fyzicky náročné pro personál. Dále potom záleží, jak jsou ochotní s námi spolupracovat. Pokud nejsou ochotní spolupracovat a je jim vše jedno, tak je to potom velmi obtížné.*“ Sestra JS4 dodává, jako překážku váhu, manipulaci a větší plochu na očištění. „*Tak ta váha pacienta a manipulace s ním při té očištění a taky že ta plocha pro očištění je větší než u ostatních.*“

Do kategorie překážky v péči jsme zařadili překážky v poskytování péče o duševní potřeby. Sestry S1, S2, S3, S5 a sestry JS1 až JS5 uvedly jako nejčastější překážku nedostatek času. K potvrzení těchto tvrzení přidáváme několik odpovědí jako důkaz. (S1) „*Naše oddělení je hodně rychlé, pacienti se nám tu hodně střídají, takže si myslím, že na dostatečné uspokojení duševních potřeb nemáme tolik času kolik by bylo třeba.*“ (S2) „*Nedostatek času na to si pořádně o tom promluvit...*“ (S5) „*Podle mě na tyhle potřeby není dostatek času.*“ (JS1) „*Nedostatek času. Není na to tolik času, kolik by si zasloužili.*“ (JS2) „*Z mého pohledu nedostatek času...*“ (JS3) „*Málo času na uspokojení těchto potřeb.*“ Sestra S4 uvedla: „*Podle mě je překážka, že o tom vlastně ani nechtějí mluvit nebo se bojí o tom mluvit, protože se bojí, že je ostatní odsoudí za to.*“ Sestry S2 a S3 uvádějí negativní myšlenky a neochotu mluvit o svých potřebách. Sestra S5 dodává: „*Ne všichni jsou ochotni rozebírat svoje pocity.*“ Sestra JS2 doplňuje: „*Ne vždy dokážu pacienta pochopit.*“ Sestra JS4 dodává: „*U některých sester může být i nezáměr o tyhle potřeby pacienta.*“

4.2.2 Kategorie 2 – Péče o hygienu morbidně obézního pacienta

Ve druhé kategorii probereme péči o hygienu morbidně obézního pacienta. Zaměříme se na způsob hygieny, kolik času zabere a kolik zdravotnického personálu u ní spolupracuje. Zajímali nás i pomůcky, které zdravotnický personál používá k hygieně pacientů.

Všechny sestry (JS1-4, S1-S5) uvedly, že hygienická péče probíhá na lůžku. Sestry S3, S4, JS1 a JS3 uvedly, že o náročnosti rozhoduje soběstačnost a mobilita pacienta. Na podporu těchto tvrzení uvádíme několik odpovědí: (S3) *„Hodně záleží na mobilitě pacienta nebo jak nám je schopen pomoci. Někdo zvedne jen ruku a roztáhne nohy někdo ani to ne. Záleží na tom, jak moc je pacient mobilní“* (S4) *„Při hygieně záleží na soběstačnosti pacienta, jestli je nám schopný v něčem pomoci anebo jestli se vším potřebuje pomoci.“* (JS1) *„Záleží na soběstačnosti, snažíme se ho co nejvíce zapojit do procesu, snažíme se mu dopomoci.“* (JS3) *„Záleží, jestli spolupracují nebo ne a taky jak moc jsou soběstační.“*

Sester jsem se zeptali, kolik času si vyhražují na hygienickou péči o morbidně obézního pacienta a sestry ze standardního oddělení odpověděly kolem 30 minut. Sestry S1 a S2 dodávají: (S1) *„Je to více než u pacienta, který netrpí morbidní obezitou.“* (S2) *„U těchto pacientů si vyhražujeme více času.“* Sestry S4 a S5 přímo uvádí: (S4) *„Prostě dokud není hotovo.“* (S5) *„Dokud to není hotové.“* Sestry z jednotky intenzivní péče odpovídaly kolem 45 minut a více. Sestra JS5 odpověděla: *„Tolik, kolik je potřeba. Časově to nemáme omezené. Obvykle nám to zabere 45 minut.“* Sestra JS1 dodává: (JS5) *„Potřebujeme delší časový úsek na hygienu než u jiných pacientů, minimálně 45 minut.“*

Ohledně počtu personálu, který spolupracuje při hygieně odpovídaly sestry velmi podobně. Sestry ze standardního oddělení uvádějí kolem čtyř zdravotních pracovníků. Dále potom sestry S2, S4 a S5 doplnily spolupráci se sanitáři z důvodu lepší manipulace s pacientem. (S2) *„Kolem 4 sester. Pomáhají nám sanitáři při manipulaci s pacientem.“* (S4) *„Kolem 3 až 4 sester a pomáhají nám sanitáři.“* (S5) *„Většinou kolem 4 až 5 pracovníků. Pomáhají nám hlavně sanitáři kvůli manipulaci s pacientem.“* Sestra S1 k tomu dodává: *„Záleží na váze pacienta, jeho zdravotním stavu a jak sám je soběstačný. Můžou to být 3 až 4 zdravotníci.“* Sestry, které pracují na jednotkách intenzivní péče uvádí větší počet, a to konkrétně kolem šesti a více pracovníků. Sestra JS4 uvádí: *„Obvykle spolupracují všechny sestry a na pomoc si přivoláme sanitáře. Takže celkem*

šest sester a jeden nebo dvě sanitářky/sanitáři.“ Sestra JS3 odpovídá podobně: *„Kolik je třeba. Obvykle pět sester, jedna sanitářka na pomoc si zavoláme sanitáře.* Sestra JS1 dodává, že na večerní hygienu jich je méně. (JS1) *„Na večerní hygienu čtyři z důvodu, že už tu není sanitářka. Pokud je ale pacient opravdu mohutný přivoláme si na pomoc sanitáře.*“ Jediná sestra JS2 uvádí menší počet než ostatní. (JS2) *„Dvě až čtyři sestry a na pomoc si voláme sanitáře.*“

Do kategorie péče o hygienu morbidně obézního pacienta jsme zařadili pomůcky, které sestry používají při hygieně morbidně obézního pacienta. Sestry ze standardních oddělení (S1-S5) uvedly, že používají stejné pomůcky jako u ostatních pacientů. Pro potvrzení těchto odpovědí přikládáme několik odpovědí: (S1) *„Pomůcky používáme u všech pacientů stejné. Takže lavor, mýdla, pěnu, žínky a různé masti.*“ (S2) *„Používáme stejné pomůcky jako pro ostatní pacienty, například žínky, mýdla, pěnu, buničimu a různé oleje a masti.*“ (S3) *„Používáme běžné pomůcky jako lavor, žínky, pěnu, mýdla atd.*“ (S4) *„Používáme stejné pomůcky jako u ostatních, lavor, mýdlo, pěnu a žínky.*“ Sestra S5 uvedla kratší odpověď. *„Jsou stejné jako u ostatních.*“ Sestry z jednotek intenzivní péče odpověděly stejně jako sestry ze standardních oddělení. Sestra JS2 dodala, že používají všeho více při hygieně. *„K hygieně používáme pěnu, mýdlo, žínky, buničimu. Používám všeho více než u normálních pacientů.*“

4.2.3 Kategorie 3 – Péče o pokožku morbidně obézního pacienta

V následující kategorii se budeme zabývat péčí o pokožku. Zajímalo nás, jakým způsobem sestry pečují o pokožku a jestli vnímají nějaké odlišnosti od ostatních pacientů. Ptali jsme se, jaké používají pomůcky, jak ošetřují opruzeniny a jak jim předchází. Poslední otázky z této kategorie jsou, jak často polohují morbidně obézního pacienta, jaké používají pomůcky a kolik zdravotnických pracovníků spolupracuje při polohování.

Sestra S3 přímo popisuje, jak pečuje o pokožku u morbidně obézního pacienta. *„Promašťujeme samozřejmě pomocí melaninového oleje, polohujeme, kožní záhyb promazáváme melaninovým krémem, dále dáváme preventivně záložky mezi kožní řasy.*“ Sestra S5 popisuje: *„Tak pokožku udržujeme suchou, promazáváme oleji a mezi kožní záhyby dáváme záložky.*“ Sestra S4 doplňuje: *Dbáme na to, aby byla pokožka suchá a promaštěná. Používáme různé masti a oleje.*“ Sestra JS3 uvedla, nutnost po hygieně osušit všechny kožní záhyby, vložit mezi ně záložky a promazat mastmi. Sestra S1

dodává: „*Pečujeme o to, aby pacient byl všude dobře umytý, potom třeba nějaký zásyp a promazáváme pokožku, aby se netvořily opruzeniny nebo dekubity.*“ Sestra JS3 odpovídá podobně jako sestry ze standardních oddělení. „*...mezi kožní řasy a záhyby dáváme záložky, snažíme se, aby byla suchá pokožka.*“ Sestra JS2 doplňuje o informaci preventivního promazávání pokožky. „*...preventivně promazáváme oleji a mastmi.*“ Sestry JS1 a JS4 se pak shodují s ostatními sestrami, že mezi kožní řasy a kožní záhyby dávají záložky a snaží se pokožku udržet suchou. Jako odlišnost sestra S2 uvádí, že péče o pokožku je zvýšená oproti ostatním pacientům. „*Je tam zvýšená péče o pokožku, více ji sledujeme.*“ S4 a S5 uvádějí také zvýšenou monitoraci pokožky. Sestra S4 uvádí: (S4) „*Liší se tím, že je to více náročné na sledování povrchu pokožky a následné ošetřování.*“ Sestra S5 dodává: „*Hodně monitorujeme i stav pokožky.*“ Sestra S1 pak doplňuje další odlišnost, že morbidně obézní pacienti mají mnohem více kožních záhybů. Sestry JS1, JS2 a JS4 se shodly, že více sledují stav pokožky. (JS1) „*...odlišnost je jen zvýšené sledování stavu pokožky.*“ (JS2) „*Více ji sledujeme...*“ Jediná sestra JS3 neuvedla žádnou odlišnost.

Dále jsme se zajímali, jak sestry předchází vzniku opruzenin a dekubitů v rámci péče o pokožku u morbidně obézního pacienta. Sestry nejčastěji uvádí, že se snaží pokožku udržet suchou, promazávají pokožku mastmi, oleji, pravidelně polohují pacienta a vypínají povlečení. Sestra S1 popsala: „*Snažíme se, aby riziková místa byla suchá, promazáváme je mastmi, dáváme záložky.*“ Sestra S2 doplňuje: „*Pravidelně polohujeme, udržujeme pokožku v suchu a vypínáme prádlo.*“ Sestra S4 uvedla: „*Pacienty polohujeme, dbáme, aby byla pokožka suchá a byla vypnutá prostěradla.*“ Sestra S5 odpovídá podobně: „*Polohujeme a vypínáme co nejvíce prostěradla, mezi kožní záhyby dáváme záložky ze čtverců a promazáváme pokožku.*“ Sestra S3 uvedla podobné postupy jako ostatní sestry a podotýká, že pacienti na oddělení často přichází s opruzeninami nebo dekubity. „*Většinou s nimi už přijdou na oddělení...*“ Sestry JS1 až JS4 uvedly podobné postupy. Zdůrazňují, aby pokožka byla suchá a promazaná. Dále je pak nutné pravidelné polohování a sledování stavu pokožky a dávat mezi kožní záhyby záložky ze čtverců. V případě, kdy u pacienta vzniknou opruzeniny, sestry uvádějí, že používají zinkovou mast, místo omývají čistou vodou a dávají záložky mezi kožní záhyby. Jako potvrzení těchto tvrzení udáváme některé odpovědi. (S2) „*Polohováním, zvýšeným dohledem, snažíme se, aby pokožka byla suchá. Dáváme záložky mezi kožní záhyby.*“ (S3) „*Omýváme čistou vodou, používáme zinkovou mast a dáváme záložky.*“ (S4) „*Používáme*

zinkovou mast, omýváme čistou vodou a dáváme záložky mezi kožní záhyby.“ (S5) „*Omýváme vodou, vysušujeme a používáme masti. Třeba zinková mast je u nás často používaná.*“ Sestra S1 dodává: „*K léčbě používám framykoin zásyp.*“ Sestra JS1 uvedla, že riziková místa jsou třísla, u žen oblast pod prsy a uvedla, jaké přípravky používají při léčbě opruzenin: „*Víc riziková jsou třísla nebo u žen pod prsy. Dále používáme zinkovou mast, záložky. Při delší době používáme antimykotické masti.*“ Sestra JS2 popsal péči následovně: „*Používáme zinkovou mast, místo omýváme čistou vodou a dáváme na postižená místa záložky.*“ Sestra JS3 uvedla: „*Klasická hygiena, dobře osušit a ošetříme to pomocí menalindové pasty, zásypy a mezi kožní záhyby dáme záložky.*“ Sestra JS4 uvedla, že riziková místa vypořádávají podložkami a používají pudry.

Zajímalo nás, jak často sestry polohují morbidně obézní pacienty. Všechny sestry (S1 až S5 a JS1 až JS4) odpověděly stejně. Morbidně obézní pacienty polohují přes den po dvou hodinách a v noci po třech. Sestry S1, S2, S4 a S5 uvedly, že záleží i na mobilitě a spolupráci pacienta. Sestry JS1, JS2, a JS3 odpovídaly podobně jako sestry ze standardního oddělení. Pro ověření tohoto tvrzení přidáváme několik odpovědí jako důkaz. (S1) „*Záleží na zdravotním stavu morbidně obézního pacienta. Jak on sám je nám schopný pomoci.*“ (S4) „*Hodně záleží na mobilitě a spolupráci pacienta s personálem.*“ (S5) „*Tady hodně rozhoduje, jak je pacient mobilní a jestli se zvládne otočit sám nebo jestli není vůbec schopen pomoci.*“ (JS1) „*...záleží na tom, jestli jsou schopni se polohovat sami jenom na výzvu s dopomocí nebo jsou na nás kompletně závislí.*“ Sestra JS3 dodává, že záleží i na počtu personálu. „*záleží na počtu zdravotního personálu a na soběstačnosti pacienta.*“ Sestra S3 dodává jako komplikaci neschopnost některých pacientů vydržet na boku dvě hodiny, kdy pacient polohu neudrží a vrací se zpět na záda. „*...morbidně obézní pacienti nevydrží dvě hodiny, a proto se často vrací na záda. Takže se jim snažíme aspoň odlehčit.*“ Sestra S4 udává stejný problém. „*Problém je, že pacienti nevydrží na jednom boku celé dvě hodiny a vlastně větší část leží na zádech.*“

Dále jsme se sester ptali na pomůcky, které používají k polohování. Sestry S1 až S5 a JS1 až JS4 odpověděly, že se k polohování nejčastěji používají kapny a polohovací klíny. Sestra S1 uvedla, že improvizují s tím, co mají na oddělení. „*Improvizujeme s tím, co máme zrovna na oddělení. Většinou používáme polohovačky nebo kapny.*“ Sestra S2 doplňuje, že místo podložek používají spíše kapny: „*Místo podložek používáme kapny a pak hodně používáme polštáře mezi nohy a polohovací klíny.*“ Sestra S5 dodává tvrzení,

že kapny jsou lepší pro polohování morbidně obézního pacienta, protože jsou silnější. *„Používáme kapny, jsou silnější než žluté polohovačky a za záda nebo mezi nohy dáváme klín nebo polštář.“* Sestry z jednotek intenzivní péče zmiňují speciální postel XXL, která je přímo určená pro morbidně obézní pacienty.

Zajímá nás počet zdravotníků, kteří spolupracují při polohování morbidně obézního pacienta. V kategorii péče o hygienu sestry uvedly, že rozhoduje stav pacienta, jak spolupracuje a jeho mobilita. Podobné odpovědi jsme získali i na otázku, kolik zdravotnických pracovníků spolupracuje při polohování. Sestry ze standardních oddělení uvedly počet kolem čtyř až šesti sester a na pomoc si volají sanitáře. Sestra S2 uvedla: *„Opravdu záleží na velikosti pacienta a kolik personálu může pomoci. Většinou čtyři sestry a dva sanitáři na pomoc. A opět záleží na mobilitě pacienta.“* Sestra S3 uvedla: *„Co nejvíce v daný moment jsme schopni sehnat. Šest je ideální. Musíme si přivolat na pomoc sanitáře. Nejvíce o tom rozhoduje, jak pacient s námi spolupracuje a jestli vůbec může s námi spolupracovat.“* Sestra S5 souhlasí a odpovídá podobně. *„Co nejvíce seženeme. Čím víc, tím líp, takže kolem čtyř až šesti lidí nejlépe.“* Sestra S1 a S4 uvádějí jako problém noční směnu, kdy jsou na oddělení jen ve dvou. (S1) *„Bohužel někdy jsme tu jen ve dvou, hlavně v noci. Musíme si vystačit a když je to opravdu hodně morbidně obézní pacient tak si zavoláme na pomoc sanitáře.“* (S4) *„Přes noc je to ale problém, protože jsme na směnu jen ve dvou.“* Sestra JS4 neuvvedla přesný počet a popsala běžný postup. *„Snažíme se, v co v největším počtu. Záleží na stavu pacienta a jeho schopnosti nám pomoci. Na pomoc si přivoláme i sanitáře.“* Sestry JS1 a JS2 uvedly, že při polohování spolupracují minimálně čtyři zdravotničtí pracovníci. Sestra JS3 uvedla, že opět záleží na pacientově váze a spolupráci s personálem. (JS3) *„Záleží podle váhy a podle toho, jak moc pacient spolupracuje s personálem. Někdy v šesti, jindy až v devíti lidech.“*

4.2.4 Kategorie 4 – Péče o výživu morbidně obézního pacienta

Následující kategorie dostala název Péče o výživu. Bude nás zajímat, jak sestry zajišťují výživu u morbidně obézního pacienta. Dále jsme se ptali, jestli spolupracují s dietní sestrou. Sestry jsme se tázali na otázku, jak zajišťují výživu. Sestry ze standardního oddělení odpovídaly poměrně podobně. Nejčastěji uváděly, že dostávají dietu podle jejich zdravotního stavu, případně podle onemocnění. Toto tvrzení máme podloženo několika odpověďmi: (S2) *„Mají dietu podle jejich onemocnění.“* (S3) *„Záleží na stavu pacienta,*

podle onemocnění se mu přiřadí dieta.“ (S4) „*Pacienti mají dietu, kterou jim určí lékař podle zdravotního stavu.*“ Sestry S2, S3 a S4 dodávají, že morbidně obézní pacienti jsou často diabetici, a proto mají dietu číslo 9. (S2) „*... často jsou to diabetici.*“ (S3) „*Poměrně často jsou to diabetici, takže mají dietu číslo 9.*“ (S4) „*Navíc jsou to často diabetici.*“ Tři sestry uvedly, že morbidně obézní pacienti mohou být podvyživení, protože nemají vyváženou stravu. (S2) „*Měli jsme tu pacienty, kteří byli morbidně obézní, a přesto měli hypoproteinemii. Proto je nutné dbát na to, aby měli vyváženou stravu.*“ (S3) „*...bývají podvyživení, protože nemají vyváženou stravu.*“ (S4) „*Jsou často podvyživení, protože nemají vyváženou stravu.*“ Sester z jednotek intenzivní péče jsem se ptali na stejnou otázku. Jejich odpovědi se mírně lišily od sester ze standardu. Sestra JS1 a sestra JS2 odpovídají, že u nich pacienti mají parenterální výživu, enterální výživu anebo zavedenou nasogastrickou sondu. (JS1) „*Kvůli operaci střev mají parenterální výživu, můžou mít nasogastrické sondy.*“ (JS2) „*U nás mají většinou enterální výživu, parenterální výživu.*“ Sestra JS2 dodává: (JS2) „*Záleží na jejich stavu.*“ Sestra JS3 odpovídá stejně jako sestry ze standardního oddělení. (JS3) „*Dietu mají podle onemocnění, se kterým jsou hospitalizováni, často mají tyto pacient diabetes.*“ Sestra JS4 pak shrnula péči podobně jako sestry JS1, JS2 a JS3. Potvrzuje to její odpověď: (JS4) „*Dietu mají podle onemocnění nebo jejich stavu. Mohou mít parenterální nebo enterální výživu.*“ Sestra JS4 doplňuje: „*Mají často proteinové doplňky.*“

Dále nás zajímalo, zda sestry spolupracují s dietní sestrou, odpověděly sestry S2, S3, S4 a S5 kladně a jako důvod uvedly, že pomáhá určit vhodnou dietu pro pacienty. Jako důkaz předkládáme tyto odpovědi. (S2) „*Ano právě ona nám většinou dopomáhá k určení vhodné diety.*“ (S4) „*Ano spolupracujeme s dietní sestrou. Pomáhá nám určit vhodnou dietu pro pacienta.*“ (S5) „*...pro lepší péči spolupracujeme s dietní sestrou.*“ Sestra S3 dodává: „*Pacient by neměl výživově strádat. Proto lékaři a sestry spolupracují s dietní sestrou.*“ Jen sestra S1 uvedla jinou odpověď. „*Nevšimla jsem si, že by na našem oddělení toto bylo nějak časté. Takže spíš ne.*“ Sestry z jednotky intenzivní péče JS1 až JS4 odpověděly, že spolupracují s dietní sestrou. Sestra JS2 uvedla: „*S dietní sestrou spolupracujeme a společně s doktorem stanoví vhodnou dietní terapii.*“ Sestra JS4 pak dodává, že jim dietní sestra doporučuje proteinové doplňky pro pacienty. „*Ano spolupracujeme, navrhuje nám například, které proteinové doplňky bychom jim mohli podávat.*“ Sestra JS1 pak odpověděla, že spolupráce je omezená kvůli stavu pacienta po operaci střev. „*Spolupracujeme, ale je to limitované stavem po operaci střev.*“

4.2.5 Kategorie 5 – Péče o vylučování morbidně obézního pacienta

V předposlední kategorii jsme se zaměřili na péči o vylučování. Sester jsme se ptali, jakým způsobem pečují o vylučování, jestli vnímají nějaké odlišnosti a jaké používají pomůcky. Poté nás zajímalo, jak řeší inkontinentní pacienty, jestli mají zkušenosti s péčí o flexiseal a kolik lidí je potřeba pro očistu pacienta po vylučování.

Sestra S2 uvedla, že u pacientů využívají podložní mísu, inkontinenční pomůcky a savé podložky pod pacienta. *„Podáváme mísu, dále mají pleny a mají pod sebou velké savé podložky.“* Sestry S3, S4 a S5 zdůraznily, že rozhoduje spolupráce a mobilita pacienta. (S3) *„Pokud to jde a pacient spolupracuje dáváme jim podložní mísu.“* (S4) *„Opět rozhoduje, jak moc jsou mobilní a jak s námi spolupracují.“* (S5) *„Záleží na tom, jak moc jsou mobilní.“* Sestra S1 pak doplňuje: *„Hodně záleží na zdravotním stavu pacienta.“* Sestra S5 podotýká, že pokud si pacienti nejsou schopni říct o podložní mísu a na oddělení nemají vhodnou velikost inkontinenčních plen, dávají pod morbidně obézní navíc velké savé položky. *„Pleny jsou obvykle malé, a proto když si nejsou schopni říct aspoň o mísu mají pod sebou velké savé podložky.“* Sestra S1 pak doplňuje zvýšené riziko vzniku opruzenin a fakt, že je důležité dbát na to, aby byl pacient čistý a suchý. *„Kvůli velikosti pacienta jsou místa více náchylná k opruzení, a proto by tam měla být zvýšená hygiena. Důležité je, aby pacient byl v suchu a čistý.“* Sestry S2a S4 pak podotýkají odlišnost v tom, že u morbidně obézních pacientů je zvýšená fyzická náročnost. (S2) *„Je to více náročné po fyzické stránce pro personál.“* (S4) *„Zase je to náročnější po fyzické stránce než u běžných pacientů.“* Sestry z jednotek intenzivní péče hovoří podobně jako sestry ze standardních oddělení. Sestra JS1 uvedla: (JS1) *„Záleží na jejich soběstačnosti...“* Sestra JS2 pak popisuje, že problém nastává, když je pacient plně odkázán na sestry. *„Problém nastává, pokud pacient je na nás plně odkázán a není schopen nám ani trochu pomoci. Třeba kvůli váze nejsme ani schopné dát mísu.“* Sestra JS3 pak uvedla zvýšenou fyzickou náročnost kvůli váze. *„Odlišnost je zase ve zvýšené fyzické náročnosti kvůli jejich váze.“* Sestra JS4 pak doplňuje problémy spojené s vylučováním. Jako problém uvádí, že pleny jsou často malé a kvůli náročné manipulaci s pacientem je i problém podat mísu. Tento problém řeší pomocí velkých savých podložek. *„Na stolicí máme kolikrát problém podat mísu kvůli obtížné manipulaci s pacientem a pleny jsou často malé. Proto pod ně dáváme 2 až 3 velké savé podložky.“*

Sester jsme se zeptali, jaké pomůcky používají při péči o vylučování, sestry uvedly, že používají stejné pomůcky jako u ostatních pacientů. Sestry S1 až S5 a JS1 až JS4 uvedly stejné odpovědi. Používají pěnu, žínky, buničinu a savé podložky. Jako důkaz přikládáme několik odpovědí. (S2) „*Používáme stejně jako u ostatních pacientů pěnu, žínky, buničinu atd.*“ (S3) „*Používáme stejné pomůcky jako u ostatních. Pěnu, buničinu a savé podložky.*“ (JS3) „*Používáme velké savé podložky, pěnu, žínky, buničinu, stejné pomůcky jako u ostatních.*“ (JS2) „*Používáme pěnu, žínky, buničinu, pleny a savé podložky.*“ Sestra JS4 pak přímo uvedla pleny a pomůcky které používají při péči o vylučování. „*Když to jde, tak pleny nebo velké savé podložky a na očistu pěnu, žínky, buničinu a mažeme menalind.*“

Dále nás zajímalo, jak sestry pečují o pacienty, kteří trpí inkontinencí. Sestry S1 a S2 uvedly krátce jen močový katetr a inkontinenční pleny. Sestry S3 a S4 uvedly, že nezáleží na tom, zda je pacient muž nebo žena, všichni mají močové katetry a na stoličce pleny. Sestra S3 uvedla: „*Při inkontinenci jim zavádíme permanentní močový katetr jak u žen, tak i u mužů. A ohledně stolice, tak mají pemprsky.*“ Sestra S4 uvedla: „*Co se týče úniku moči je jedno, jestli je to žena nebo muž, mají permanentní močový katetr a pokud na oddělení je dostatečná velikost, mají pleny, ale i ty jsou často malé a pacienti proto mají pod sebou jen velké savé podložky.*“ Sestra S5 odpovídá podobně. „*Na odvod moči mají permanentní močový katetr muži i ženy a pak záleží, jestli se najdou na oddělení dostatečně velké pleny. Jinak používáme savé podložky.*“ Sestry JS1 až JS4 uvedly podobné odpovědi. Používají permanentní močové katetry, pleny nebo podají podložní mísu.

Ptali jsem se, jestli mají sestry zkušenosti s péčí o flexiseal. Z pěti sester na standardních odděleních tři sestry uvedly (S1, S2 a S3), že nemají zkušenosti s péčí o flexiseal, a že se na jejich oddělení nepoužívá. Pouze dvě sestry S4 a S5 uvedly, že se s nimi již setkaly. Sestra S4 uvedla: „*Na našem oddělení jsem ho zažila jen jednou. Bylo to z důvodu, že pacient trpěl průjmami. Sledovali jsme, jestli odchází stolice a jestli je na správném místě.*“ Sestra S5 dodává: „*Používáme je občas pokud pacient trpí průjmami. Je to jednodušší, co se týče hygieny.*“ Tři sestry z jednotek intenzivní péče JS1, JS2 a JS3 mají špatnou zkušenost s péčí o flexiseal. Jako důvod uvádí, že pacientům je flexiseal nepříjemný a když jsou zmatení, mají tendenci si ho vytahovat. K potvrzení těchto informací přidávám následující odpovědi jako důkazy. (JS1) „*Mám špatnou zkušenost, protože pacient byl*

zametený a každých pět minut si snažil flexiseal vytáhnout, takže jsme nakonec přešli k plenám.“ (JS2) „U nás na oddělení se nepoužívá. Jednou jsme ho tu měli, ale pacient měl tendenci si ho pořád vytahovat, protože byl zmatený.“ (JS3) „Na našem oddělení se nepoužívá. Mám zkušenost, že pacientům jsou nepříjemné a když jsou zmatení, mají tendenci si je sami vytahovat, proto jsme je přestali používat.“ Sestra JS4 pak uvedla, že na jejich oddělení se s péčí o flexiseal ještě nesetkala.

Při péči po vylučování spolupracují obvykle tři a až čtyři zdravotničtí pracovníci. Sestry uvedly, že dva přidržují pacienta a jeden provádí očistu. Všechny sestry uvedly, že rozhoduje i mobilita a spolupráce pacienta. Pro důvěryhodnost těchto tvrzení přikládáme některé odpovědi: (S2) „Aspoň tři členové zdravotnického personálu. Záleží dost na mobilitě toho pacienta.“ (S3) „Dva drží a jeden myje, minimálně. Záleží na mobilitě toho pacienta.“ (S4) „Alespoň 3. Dva na držení pacienta a třetí na očistu. Zase hodně rozhoduje, jak je pacient pohyblivý.“ S1 pak dodává, že si během noční směny musí vystačit ve dvou. „Stejně jako u polohování nebo u hygieny, takže minimálně kolem 4 lidí přes den a v noci si musíme vystačit sami ve dvou. Hodně záleží na zdravotním stavu pacienta, jak spolupracuje.“ Sestra JS3 uvádí rozdílný počet, jestliže pacient spolupracuje nebo ne. „To záleží na stavu a schopnosti pacienta pomoci personálu. Pokud spolupracuje, tak 2 až 4 zdravotní pracovníci a pokud ne, tak aspoň pět až šest lidí“.

4.2.6 Kategorie 6 - Duševní potřeby morbidně obézního pacienta

Následující kategorie dostala název Duševní potřeby. Tato kategorie se zabývá duševními potřebami morbidně obézních pacientů. Sester jsme se ptali na otázky, co si pod tímto pojmem představí, jakým způsobem vyhledávají tyto potřeby u pacientů a jaké jsou podle nich nejčastější potřeby.

Sestry ze standardního oddělení S3, S4, S5 na otázku, co si představí pod pojmem duševní potřeby odpověděly podobně. Uvedly, že si představí potřeby, které nejsou fyzicky hmotné a přidaly příklady. Pro potvrzení přikládám některé odpovědi: (S3) „Jsou to nefyzické potřeby jako například potřeba rodiny, lásky.“ (S4) „Jsou to nehmotné potřeby například potřeba lásky, potřeba dělat to, co vás činí šťastnými.“ (S5) „Potřeby, které nemají hmotnou formu. Cokoliv, co člověka uspokojuje a je pro něj důležité.“ Sestra S1 a S2 pak uvedly pouze příklady duševních potřeb: (S1) „Psychika, pohoda, duševní zdraví.“ (S2) „Vztah k rodině, vztah k domácím mazlíčkům, kontakt s rodinou.“ Sestry

z jednotek intenzivní péče mají podobné představy. Sestra JS1 a JS3 uvedly nehmotné potřeby. (JS1) „*Přestavím si něco, co není hmotné.*“ (JS3) „*Uspokojení nehmotných potřeb.*“ Sestra JS2 pak uvádí konkrétně potřebu pochopení. (JS2) „*Potřeba pochopení, aby sestry braly v potaz, že pacient má jiné stravovací návyky.*“ Sestra JS3 pak upřesňuje, že duševní potřeba je něco, co uspokojuje člověka na duševní úrovni.

Poté jsme se zajímali o to, jakým způsobem sestry vyhledávají tyto potřeby. Na standardních odděleních i jednotkách intenzivní péče uvedly všechny sestry, že k tomu používají rozhovor. Pro potvrzení tohoto tvrzení uvádíme několik odpovědí: (S2) „*Většinou pomocí rozhovoru nebo si všimnu, že nejsou ve své kůži dneska.*“ (S3) „*Ptám se pacientů, jestli něco nepotřebují nebo jestli je něco netrápí.*“ (S5) „*Poslouchám pacienty, vedu s nimi rozhovor, ptám se jich, jestli něco nepotřebují.*“ (JS1) „*Rozhovorem zjišťuji, co pacienta trápí, co by bylo třeba zajistit...*“ (JS2) „*Pomocí rozhovoru s pacientem.*“ Sestra S1 pak přímo uvedla, jak vyhledává tyto potřeby: „*Aktivně se ptám pacientů, jestli něco nepotřebují, jak se cítí. Sama pozoruji, jak pacient po ránu vypadá, hodnotím, jestli se na mě usmívá nebo jestli se mračí, je našťvaný. To vše poznám při prvním kontaktu a zeptám se ho, jestli ho něco netrápí nebo co se stalo.*“ Sestra S4 doplňuje, že to hodnotí i podle výrazu ve tváři a tónu hlasu.

Dále se sestry z obou jednotek shodly, že se duševní potřeby morbidně obézních pacientů neliší od ostatních pacientů. Jako nečastější příklad uváděly potřebu rodiny, potřebu lásky a potřebu jídla, ale ne k uspokojení hladu, ale z důvodu, že je jídlo dělá šťastnými. Toto tvrzení podkládáme příložením výroku sester S5, JS1, JS4: (S5) „*Dále si taky myslím, že mají více potřebu jídla ne proto, že by měli hlad, ale protože je jídlo dělá šťastné i po duševní stránce nebo skrz něj řeší svoje problémy.*“ (JS1) „*U těchto lidí si ale všímám, že je to i potřeba po uspokojení z jídla. Jídlo berou jako řešení svých problémů.*“ (JS4) „*Možná jen větší potřeba jíst k uspokojení a k pocitu štěstí.*“

5 Diskuse

Bakalářská práce pojednává o tématu problematiky péče o morbidně obézního pacienta na standardních lůžkách a jednotkách intenzivní péče. Toto téma je důležité z důvodu zvyšujícího se počtu morbidně obézních pacientů v nemocnici. Cílem bakalářské práce bylo zmapovat problematiku ošetrovatelské péče o morbidně obézního pacienta. Pro splnění cíle bylo provedeno výzkumné šetření se sestrami ze standardního oddělení a z jednotek intenzivní péče. Výzkumné šetření probíhalo pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Celkem se výzkumu zúčastnilo pět sester ze standardních oddělení a čtyři sestry z jednotek intenzivní péče. Za účelem provedení výzkumného šetření bylo stanoveno celkem šest výzkumných otázek.

Výzkumná otázka č.1: *Jaké překážky vnímají sestry v péči o morbidně obézního pacienta?*

První výzkumná otázka byla zaměřena na překážky v péči o morbidně obézního pacienta. Z našeho výzkumu jsme zjistili, že sestry vnímají několik překážek v péči o morbidně obézního pacienta. Jako hlavní překážku sestry jak ze standardních oddělení, tak i z jednotek intenzivní péče uvedly samotnou váhu a velikost pacienta. Velikost a váha pacienta ovlivňuje péči o hygienu, pokožku a péči o vylučování. V důsledku nadměrné velikosti a váhy morbidně obézního pacienta je péče mnohem náročnější po fyzické stránce zejména při hygieně, vylučování a v polohování pacienta. Přispívá tomu i fakt, že většinu ošetřujícího personálu tvoří převážně ženy. K potvrzení tohoto zjištění můžeme uvést například tvrzení informantky S3: *„Váha pacienta a manipulace s ním. Náš kolektiv je složen hlavně z ženského personálu, takže je to pro ně mnohem více namáhavé.“* Hales et al. (2018) ve svém článku uvádí stejnou překážku, kdy zaměstnanci v nemocnici popisují, že péče o morbidně obézního pacienta představuje značné fyzické výzvy nad rámec otázky hmotnosti pacienta. S tímto tvrzením souhlasíme. Například manipulace a polohování pacienta v lůžku je velmi náročné po fyzické stránce, kdy probíhá za spolupráce ostatního zdravotnického personálu.

Nedostatečný počet personálu je další překážka v péči o morbidně obézního pacienta. Z výzkumného šetření vyplývá, že sestry na standardních odděleních polohují ve čtyřech až pěti zdravotnících. Naproti tomu na jednotkách intenzivní péče je počet vyšší, kolem šesti a více. Sestry ze standardních oddělení uvádí jako další překážku nízký počet

pracovníků na noční směně, kdy polohují jen ve dvou a na pomoc si volají sanitáře. K potvrzení těchto tvrzení přidáváme odpověď informantky S1: „...jsme tu jen ve dvou, hlavně v noci. Musíme si vystačit a když je to opravdu hodně morbidní obézní pacient tak si zavoláme na pomoc sanitáře.“ Domníváme se, že tato překážka je mnohem fyzicky náročnější na standardních odděleních než na jednotkách intenzivní péče, protože za přítomnosti více zdravotníků je váha pacienta rozložena, a tak je pro zdravotníky tato činnost méně náročná. Dle BOZP je přesně dané kolik zdravotnického personálu by se mělo podílet na manipulaci s morbidně obézním pacientem. Domníváme se, že ale tento počet není možné použít kvůli jeho technické neproveditelnosti, protože na oddělení není přítomný tak velký počet zdravotnického personálu. Kůt (2014) ve svém článku nabízí řešení, nedostatečného počtu zdravotnického personálu při manipulaci s pacientem, v podobě využití zvedáku s vysokou nosností, který může obsluhovat i jedna sestra a tím ulehčit poskytování ošetrovatelské péče.

Jako další překážku sestry uvádí častou nespolupráci ze strany morbidně obézních pacientů při péči o hygienu a vylučování. Například sestra S4 uvedla: „Setkala jsem se s lidmi, kteří si neuvědomovali, jak je to pro nás náročné a sotva nám v něčem pomohli.“ Sestry z obou jednotek zdůrazňují, že spolupráce ze strany pacienta velmi rozhoduje o náročnosti péče. S touto překážkou souhlasí Svačina (2013), který tvrdí, že morbidně obézní pacienti často nespolupracují anebo po krátké době přestanou spolupracovat, protože nezvládají dané činnosti a svoji snahu poté vzdávají.

Z našeho výzkumného šetření vyplývá, že v péči o výživu sestry z obou nemocničních jednotek uvádí překážku v případě, kdy pacienti odmítají jíst nemocniční stravu. Domníváme se, že tento problém vzniká z důvodu, který spočívá ve stravování pacienta po celý život. Pacient nemá vyváženou stravu a jí jen jeden typ jídel. Proto, když během hospitalizace dojde ke změně složení a množství stravy, může přestat spolupracovat. Jolana Matyášová (2014) ve své bakalářské práci *Obezita jako ošetrovatelský problém*, uvádí stejné zjištění a dodává, že podle jejího výzkumu pacienti porušují dietu potravinami donesenými z domova. Toto tvrzení se shoduje s výsledky našeho šetření, kdy sestra S3 uvedla: „...nejí jídlo, které dostávají v nemocnici a jí jídlo, které jim přinese rodina.“

Hirt et al. (2019) ve svém článku uvádí, že větší množství podkožního tuku zvyšuje tření a vlhkost kůže, a to vede ke vzniku opruzenin. Sestry z obou nemocničních jednotek s tímto tvrzením souhlasí a dodávají, že nadměrné množství kožních řas a záhybů zvyšuje riziko tvorby opruzenin u morbidně obézního pacienta. Sestry z obou nemocničních jednotek uvedly jako nejvíce riziková místa pro vznik opruzenin oblasti třísel u mužů a u žen oblast pod prsy. Sestra JS2 uvedla: „*Morbidně obézní pacient má mnohem více kožních řas. Takže jeho velikost je sama problematická. Především oblast třísel a u žen pod prsy.*“ V důsledku mohutnosti morbidně obézního pacienta se zvyšuje i náročnost monitorování stavu jeho pokožky. Tím pádem je péče o něj náročnější a zabere více času. Myslíme si, že díky delšímu časovému úseku, strávenému nad péčí o pokožku a její monitorování mají morbidně obézní pacienti kvalitní péči o pokožku.

Jolana Matyášová (2014) ve své bakalářské práci *Obezita jako ošetrovatelský problém* uvádí jako překážky při vylučování obtížnou manipulaci s morbidně obézním pacientem a nedostatečnou kvalitu pomůcek. Zejména nedostatečné množství inkontinenčních plen vhodné velikosti. Z našeho výzkumného šetření vyplývá podobné zjištění, kdy sestry uvádí jako překážku v péči o vylučování u morbidně obézního pacienta podobné odpovědi. Sestry kromě obtížné manipulace s pacientem a nevhodné velikosti inkontinenčních plen doplňují další překážku, kterou je větší plocha pro očištění po vylučování. Jako důvod uvádí větší fyzickou náročnost a delší časový úsek pro očištění. K potvrzení těchto tvrzení přidáváme několik odpovědí informantů jako důkaz. (JS4) „...*váha pacienta a manipulace s ním při té očištění. A taky, že ta plocha pro očištění je větší než u ostatních.*“ (JS3) „*manipulace s pacientem kvůli dostatečnému očištění je fyzicky náročná pro personál.*“ (S2) „*váha pacienta, manipulace s ním, jestli je schopen pomoci a taky velikost plochy pro očištění. Dále taky většinou nemáme dostatečně velké pleny.*“ Možným řešením tohoto problému by mohlo být požádat rodiny pacienta nebo samotného pacienta, aby si zajistil vhodné inkontinenční pomůcky, které odpovídají jeho velikosti. Anebo požádat vedení o zvýšení rozpočtu pro objednávku vhodné velikosti inkontinenčních pomůcek či si pomůcky půjčit z jiného oddělení, kde se starají o morbidně obézní pacienty.

Při zkoumání překážek v péči o morbidně obézního pacienta jsme zjistili, že v péči o duševní potřeby sestry uvádí překážku, kdy není dostatek času zabývat se tímto tématem. Informanti S1, S2, S3, S5 a JS1 až JS5 uvedli jako překážku nedostatek času

z důvodu pracovního vytížení na oddělení. Stejnou překážku uvádí ve své publikaci Sováříová Soósová (2022) a jako další překážky uvádí nedostatek znalostí či neporozumění významu, důležitosti duševní a duchovní péče pro pacienty ze strany sester. Za důležité považujeme zmínit, že ne všichni pacienti jsou ochotni o svých duševních potřebách mluvit. Toto tvrzení potvrzují odpovědi informantů S3, S4, S5, JS4 a JS5. (S3) „...někteří pacienti o tom nechtějí mluvit nebo to vůbec řešit.“ (S4) „Podle mě je překážka, že o tom vlastně ani nechtějí mluvit, nebo se bojí o tom mluvit.“ (JS4) „...pacienti sami o tom nechtějí moc mluvit.“ Domníváme se, že zmíněné překážky by mohla vyřešit větší spolupráce s rodinou, s přáteli nebo možnost promluvit si s dobrovolníky či kaplanem na oddělení.

Výzkumná otázka č. 2 *Jakým způsobem sestry zajišťují hygienickou péči morbidně obézního pacienta?*

Olišarová a Sekerová (2016) ve svém článku uvádí, že přestože je oblast hygieny jedna ze základních domén ošetrovatelství, vyskytuje se v ní několik problémů, které vychází ze stavu pacienta. Ty se týkají především náročné manipulace s pacientem, samotného zajištěním hygienické péče a rizika vzniku dekubitů a opruzenin. Zjistili jsme, že hygienická péče o morbidně obézního pacienta se liší v počtem zdravotnických pracovníků, kteří spolupracují při hygieně a mají na ni delší vyhrazený čas. Ze zjištěných dat vyplývá, že o náročnosti velmi rozhoduje spolupráce, mobilita a zdravotní stav pacienta. Informanti z obou nemocničních jednotek (S1-S5 a JS1-JS4) označili spolupráci jako hlavní rozhodující faktor náročnosti hygienické péče. Odpověď informantky S3 koresponduje s odpovědí výše uvedených informantů: „Záleží na stavu a spolupráci pacienta. Někdo zvedne jen ruku a roztáhne nohy někdo ani to ne. Záleží na tom, jak moc je pacient mobilní.“ Dále jsme zjistili, že o náročnosti rozhoduje i počet zdravotnických pracovníků, kteří spolupracují při hygieně o morbidně obézního pacienta. Z výzkumného šetření vyplývá, že čím více zdravotnického personálu spolupracuje, tím je péče méně náročná.

Huang et. al (2021) ve svém článku uvádějí, že ošetrovatelské dovednosti, zkušenosti a kompetence přímo ovlivňují dobu potřebnou k dokončení ošetrovatelské péče a dodávají, že pro správné provedení ošetrovatelské péče u obézních pacientů je třeba delší časový usek k poskytnutí ošetrovatelské péče. Zjistili jsme, že sestry mají na jednotkách intenzivní péče vyhrazeno více času na hygienickou péči než sestry ze

standardního oddělení. Sestry ze standardního oddělení uvádějí časový úsek do 30 minut. Sestry z jednotek intenzivní péče uvádí kolem 45 minut a více. Jako potvrzení uvádíme několik odpovědí. (S2) „*U těchto pacientů si vyhradzujeme více času. Kolem půl hodiny.*“ (JS1) „*Potřebujeme delší časový úsek na tu hygienu než u jiných pacientů, minimálně 45 minut navíc.*“ Myslíme si, že důvodem, proč uvádí sestry na standardním oddělení menší časový úsek je ten, že mají na starosti více pacientů (i neoběžných) než na jednotkách intenzivní péče.

Z našeho výzkumného šetření vyplývá, že hygienická péče probíhá na lůžku a sestry na obou jednotkách používají stejné pomůcky jako u ostatních pacientů. K potvrzení tohoto tvrzení uvádíme několik odpovědí. (S1) „*Pomůcky používáme u všech pacientů stejně. Takže lavor, mýdla, pěnu, žínky a různé masti.*“ (S2) „*Používáme stejné pomůcky jako pro ostatní pacienty, například žínky, mýdla, pěnu, buničimu a různé oleje a masti.*“ Sestra JS2 dodává: „*Používám všeho více než u normálních pacientů.*“ Domníváme se, že důvodem, proč používají všeho více je opět větší proporce těla než u ostatních pacientů.

Výzkumná otázka č. 3 *Jakým způsobem sestry pečují o pokožku morbidně oběžního pacienta?*

Trachtová (2018) ve své publikaci uvádí, že při nekvalitní péči o pokožku může dojít k porušení integrity kůže, a to vede k zvýšení rizika vzniku infekce. Během našeho výzkumného šetření jsme zjistili, že si sestry z obou nemocničních jednotek toto riziko pro pacienta uvědomují a dbají na důslednou péči o pokožku. Zjistili jsme, že v péči o pokožku morbidně oběžního pacienta sestry mnohem více monitorují její stav a více se věnují prevenci vzniku komplikací. Při péči o pokožku sestry využívají řady pomůcek jako jsou oleje, masti a krémy. Dále se snaží pokožku udržet suchou a čistou. Sestry velmi často využívají jak k prevenci, tak k léčbě opruzenin metodu vkládání záložek mezi kožní záhyby a řasy. Jamadarkhana a kolektiv (2014) ve svém článku souhlasí s touto metodou a uvádí, že vložení měkké látky mezi povrch kožních záhybů snižuje tření a vstřebává vlhkost. Tato metoda se považuje za velmi účinnou a užitečnou.

Jako další preventivní postupy proti vzniku opruzenin a jiných poškození pokožky sestry uvádí důslednou hygienu, osušení pokožky, vypnutí povlečení lůžka a pravidelné polohování a odlehčování predilekčních míst. Informantky S1 – S5 a JS1 – JS4 uvádí, že přes den polohují každé dvě hodiny a v noci každé tři hodiny. Pro představu uvádíme

odpověď informatiky JS3: „*Polohujeme každé dvě hodiny přes den a v noci každé tři hodiny.*“ K polohování sestry využívají polohovací klíny a většinou kapny, protože jsou silnější a větší. Zajímavostí bylo, že žádná ze sester nezminila používání žádných pomůcek, které by jim usnadnil polohování nebo usnadnili manipulaci s morbidně obézním pacientem. Huang et.al (2021) ve svém článku uvádějí možnost využít kluzné podložky, která usnadní manipulaci s obézním pacientem a zároveň snižuje fyzickou náročnost pro ošetrovatelský personál. Díky využíváním pomůcek by se také snížil počet personálu nutný k polohování či smotané péči o pacienta. U zdravotnického personálu by se také předešlo úrazům spojeným se zvýšenou váhou pacienta a zároveň by se tak předešlo nedodržování BOZP.

Pokud má pacient opruzeniny uvádí sestry (S1 – S5 a JS1 – JS4) z obou nemocničních jednotek uvádí, že pokud má pacient opruzeniny, omývají je čistou vodou, vysouší pokožku a používají k ošetření například zinkovou mast, antimykotické masti a menalind krém. K potvrzení těchto tvrzení uvádím několik odpovědí. (S3) „*Omýváme čistou vodou, používáme zinkovou mast.*“ (S4) „*Požíváme zinkovou mast, omýváme čistou vodou.*“ (JS1) „*Dále používáme zinkovou mast, záložky. Při delší době používáme antimykotické masti.*“ (JS3) „*Klasická hygiena, dobře osušit a ošetříme to pomocí menalindové pasty, zášpvy.*“ Tyto postupy se shodují s informacemi, které uvádí Burda a Šolcová (2016) ve své publikaci, kde píše, že na již vzniklé opruzeniny platí stejné zásady péče jako při prevenci opruzenin. Jako další možnost léčby mokvajících opruzenin udávají obklady z odvaru heřmánku nebo například aplikaci dětské masti s rybím tukem. Dalšími vhodnými mastmi jsou Bepanthen a Pityol. Rovněž souhlasí s tím, že obézní pacienti jsou náchylnější na opruzeniny.

Výzkumná otázka č. 4 *Jakým způsobem sestry pečují o výživu morbidně obézního pacienta?*

Pražsky (2013) ve svém článku uvádí, že v dietním systému nemocnic je pro morbidně obézní pacienty určena dieta č.8 neboli redukční. My jsme zjistili, že morbidně obézní pacienti dostávají dietu podle jejich zdravotního stavu, případně podle typu onemocnění. K potvrzení těchto tvrzení přidáváme několik odpovědí. (S2) „*Mají dietu podle jejich onemocnění.*“ (S3) „*Záleží na stavu pacienta, podle onemocnění se mu přiřadí dieta.*“ (S4) „*Pacienti mají dietu, kterou jim určí lékař podle zdravotního stavu.*“ (JS3) „*Dietu mají podle onemocnění, se kterým jsou hospitalizováni, často mají tyto pacienti*

diabetes.“ (JS4) „*Dietu mají podle onemocnění nebo jejich stavu.*“ Myslíme si, že důvod, proč sestry uvádí dietu dle ordinace lékaře je ten, že dietu je nutné uzpůsobit aktuálnímu zdravotnímu stavu pacienta. Redukční dieta se nehodí pro každé onemocnění a je spíš vhodná k postupnému snižování váhy během delšího časového úseku.

Hainer (2022) ve své publikaci píše, že obezita patří mezi nejvýraznější rizikové faktory pro vznik diabetu 2. typu. Toto tvrzení potvrzuje náš výzkum, kdy informanti S2, S3 a S4 uvedli, že morbidně obézní pacienti jsou často diabetici, a proto mají dietu číslo 9. (S2) „... často jsou to diabetici.“ (S3) „Poměrně často jsou to diabetici, takže mají dietu číslo 9.“ (S4) „Navíc jsou to často diabetici.“

Hradecká (2011) ve svém článku uvádí, že dieta by měla být pro každého pacienta stanovena individuálně a v optimálním případě jí stanoví dietolog nebo dietní sestra. Dále jsme zjistili, že informanti S2, S3, S4, S5 a JS1 až JS4 spolupracují při vybírání vhodné diety pro morbidně obézní pacienty s dietní sestrou a s lékaři. Dietní sestra s nimi konzultuje pro pacienta vhodnou dietu a případně doporučuje proteinové doplňky. Jako důkaz přidáváme několik odpovědí. (S2) „Ano právě ona nám většinou dopomáhá k určení vhodné diety.“ (S4) „Ano, spolupracujeme s dietní sestrou. Pomáhá nám určit vhodnou dietu pro pacienta.“ (S5) „...pro lepší péči spolupracujeme s dietní sestrou.“ (JS3) „S dietní sestrou spolupracujeme a společně s doktorem stanoví vhodnou dietní terapii.“ (JS4) „Ano spolupracujeme, navrhuje nám například, které proteinové doplňky bychom jim mohli podávat.“ Jenom sestra S1 uvedla, že výživu s dietní sestrou nekonzultují z důvodu krátkého pobytu na jejich oddělení. Dietní sestry vnímáme jako velmi přínosné členy ošetrovatelského týmu vzhledem k jejich odborným znalostem a zkušenostem.

Výzkumná otázka č.5 *Jakým způsobem sestry pečují o vylučování morbidně obézního pacienta?*

Vylučování patří mezi základní potřeby člověka (Pokorná, 2014). Pokud jsou morbidně obézní pacienti inkontinentní, na obou nemocničních jednotkách k tomuto problému přistupují stejně. Při úniku moči mají muži i ženy zavedený permanentní močový katetr a při úniku stolice dostávají inkontinentní pleny. Pro potvrzení těchto tvrzení uvádíme několik odpovědí. (S3) „Při inkontinenci jim zavádíme permanentní močový katetr jak u žen, tak i u mužů. A ohledně stolice mají pemprsky.“ (S4) „Co se týče úniku moče je

jedno, jestli je to žena nebo muž, mají permanentní močový katetr a pokud na oddělení je dostatečná velikost, mají pleny.“ (S5) *„Na odvod moči mají permanentní močový katetr muži i ženy a pak záleží, jestli se najdou na oddělení dostatečně velké pleny.*“ Jamadarkhana a kolektiv (2014) ve svém článku souhlasí s touto metodou a uvádí, že pokud je morbidně obézní pacient inkontinentní, je vhodné zavést močový katetr a společně s ním využívat inkontinentní pleny nebo vložky vhodné velikosti tak, aby vstřebávaly vlhkost a nenarušovaly strukturu pokožky.

Pražský (2012) ve svém článku uvádí, že při péči o vylučování u morbidně obézního pacienta používají Flexiseal, který umožnil kontinuální odvádění stolice a byl tedy komfortnější jak pro pacienta, tak i pro ošetrovatelský personál. Zajímalo nás, jestli mají dotazované sestry zkušenost s péčí o zavedený flexiseal a popřípadě jestli se užívá u morbidně obézních pacientů. Z výzkumného šetření vyplývá, že na obou nemocničních jednotkách se flexiseal nepoužívá moc často. Informantky S1, S2, S3 a JS4 uvádí, že s péčí o flexiseal nemají žádnou zkušenost a na jejich oddělení se vůbec nepoužívá. Informantky S4, S5 mají zkušenost s péčí o flexiseal a používaly ho v případě, kdy pacient trpěl průjmami. JS1, JS2, JS3 uvedly, že mají sice zkušenost s péčí o flexiseal u morbidně obézního pacienta, ale uvádí, že pacientům není příjemný a pokud jsou zmatení, mají tendenci si pomůcky vytahovat. (JS1) *„Mám špatnou zkušenost, protože pacient byl zmatený a každých pět minut se snažil si flexiseal vytáhnout...“* (JS2) *„Jednou jsme ho tu měli ale pacient měl tendenci si ho pořád vytahovat, protože byl zmatený.“* I přes toto zjištění se domníváme, že při správném využití flexisealu by tato metoda mohla usnadnit péči o vylučování u morbidně obézního pacienta. Vždy však záleží na celkovém stavu pacienta a jeho schopnosti porozumět nutnosti využívat této pomůcky.

Výzkumná otázka č. 6 *Jakým způsobem sestry uspokojují duševní potřeby morbidně obézního pacienta?*

V oblasti uspokojování duševních potřeb pacientů jsme zjistili, že sestry si pod pojmem duševní potřeby představí potřeby, které nejsou fyzicky hmotné. Zde uvádíme několik odpovědí. (S3) *„Jsou to nefyzické potřeby jako například potřeba rodiny, lásky.“* (S4) *„Jsou to nehmotné potřeby například potřeba lásky, potřeba dělat to, co vás činí šťastnými.“* (S5) *„Potřeby, které nemají hmotnou formu. Cokoliv, co člověka uspokojuje a je pro něj důležité.“* (JS1) *„Přestavím si něco, co není hmotné.“* (JS3) *„Uspokojení*

nehmotných potřeb.“ Kvasničková (2016) ve svém článku uvádí, že spiritualita neboli duševní potřeba je založena na postoji k životu, k rodině, ke svému nitru ale i k něčemu, co nemůžeme vysvětlit. Svou spiritualitu člověk vyjadřuje skrze rodinu, hudbu, komunitu nebo pomocí jiných zájmů.

Sestry z obou nemocničních jednotek vyhledávají tyto potřeby pomocí rozhovorů s pacientem. Domníváme se, že nejlépe popsala tento proces informantka S1: *„Aktivně se ptám pacientů, jestli něco nepotřebují, jak se cítí. Sama pozoruji, jak pacient po ránu vypadá, hodnotím, jestli se na mě usmívá nebo jestli se mračí, je naštvaný. To vše poznám při prvním kontaktu a zeptám se ho, jestli ho něco netrápí nebo co se stalo.*“ Kvasničková (2016) souhlasí s výše uvedeným tvrzením a ve svém článku dodává, že základními nástroji pro získání informací během duševní péče jsou rozhovor, umění naslouchat, sdílet a také důvěřovat. Doplnuje, že i prosté naslouchání a přítomnost ošetřujícího personálu je u pacienta jsou velmi důležité. Z vlastní zkušenosti víme, že umění vést rozhovor, naslouchat a dobře komunikovat jsou pro sestru v péči o pacienty velmi důležité.

Dále jsme zjistili, že se sestry shodly na tom, že duševní potřeby morbidně obézních pacientů se neliší tolik od ostatních pacientů. Nejčastěji uvádí potřebu rodiny, lásky a potřebu jídla. Jídlo neberou jen jako prostředek k uspokojení pocitu hladu, ale také jim přináší zároveň i pocit štěstí. Potvrzují to odpovědi informantek S5, JS1 a JS4. (S5) *„Dále si také myslím, že mají více potřebu jídla ne proto, že by měli hlad, ale protože je jídlo dělá šťastnými i po duševní stránce nebo skrz něj řeší svoje problémy.*“ (JS1) *„U těchto lidí si ale všímám, že je to i potřeba po uspokojení z jídla. Jídlo berou jako řešení svých problému.*“ (JS4) *„Možná jen větší potřeba jíst k uspokojení a k pocitu štěstí.*“ Stránský (2019) ve své publikaci s výše zmíněným souhlasí a dodává, že jídlo pro ně znamená náhradu či uspokojování chybějících potřeb. Díky tomu se zvyšuje riziko závislosti na jídle a vzniku obezity případně morbidní obezity.

Při zjišťování odpovědí na stanovené výzkumné otázky bylo zjištěno, že sestry mají přehled v péči o morbidně obézního pacienta. Jejich odpovědi se často shodovaly s informacemi v uvedených publikacích a byly totožné s našimi názory. Z výzkumného šetření je zjevné, že sestry z obou jednotek ovládají péči v problematice morbidně obézního pacienta a mají s ní dostatek zkušeností. Domníváme se, že pro sestry z jednotek intenzivní péče může být péče o morbidně obézní pacienty o trochu snazší. Z toho

důvodu, že jednotkách intenzivní péče pracuje větší počet sester, než je počet pacientů a tím pádem může při péči o morbidně obézního pacienta spolupracovat více zdravotnického personálu. Přesto si myslíme, že péče o morbidně obézního pacienta má prostor pro zlepšení a představuje pro ošetrovatelský personál výzvu.

6 Závěr

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou péče o morbidně obézní pacienty na standardních lůžkách a jednotkách intenzivní péče. Zabývá se péčí, kterou poskytují sestry na standardních lůžkách a jednotkách intenzivní péče.

Celá práce je rozdělena do dvou částí. První teoretická část se zabývá morbidní obezitou jako takovou, terapií obezity a prevencí. V teoretické části jsou dále popsány jednotlivé aspekty ošetrovatelské péče o morbidně obézního pacienta na standardních lůžkách a na jednotce intenzivní péče. Ve výzkumné části bylo použito kvalitativní výzkumné šetření a výsledky byly získány pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovory byly vedeny s pěti sestrami ze standardních oddělení a se čtyřmi z jednotek intenzivní péče. V rámci výzkumu byl stanoven jeden cíl. Cílem bylo zmapovat problematiku ošetrovatelské péče o morbidně obézního pacienta.

Z výzkumného šetření jsme zjistili, že sestry z obou nemocničních jednotek uvádí, že o náročnosti péče velmi rozhoduje zdravotní stav morbidně obézního pacienta, jeho mobilita a schopnost spolupracovat se zdravotnickým personálem. Sestry z obou jednotek uvádí jako hlavní překážky v péči proporce pacienta, nedostatek personálu, nedostatečné množství vhodných inkontinentních plen a nedostatek času na poskytování péče o duševní potřeby. Dále jsme zjistili, že pokud tito pacienti nespolupracují, péče o ně vyžaduje větší počet zdravotnického personálu a obnáší mnohem více času než u ostatních pacientů. Pro zdravotnický personál je péče o morbidně obézního pacienta při poskytování péče o hygienu, vylučování a při polohování mnohem více fyzicky náročná než u ostatních jedinců. Dále jsme zjistili, že v péči o hygienu a vylučování používají sestry stejné pomůcky jako u ostatních pacientů. Rozdíl je v použití většího množství. V péči o pokožku u morbidně obézního pacienta si sestry uvědomují možné komplikace a dbají na důslednou péči o pokožku. Z výzkumného šetření jsme zjistili, že sestry spolupracují s dietní sestrou při poskytování péče o výživu. Jako překážku v péči o výživu sestry uvádí, že pacienti nedodržují dietní režim a odmítají jíst nemocniční jídlo. Rovněž si sestry uvědomují význam duševních potřeb a k jejich zjištění používají metodu rozhovoru s pacienty.

Na základě zjištěných informací byla vytvořena brožura, která umožní zlepšit péči o morbidně obézní pacienty v praxi. Brožura je vložena v deskách této bakalářské práce.

7 Seznam literatury

1. BARTŮNĚK, B., URÁSKOVÁ, D., NALOS, D., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. U Průhonu 22, Praha 7: Grada Publishing, 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
2. BEITZ, 2014. Providing Quality Skin and wound Care for the Bariatric patient: an Overview of Clinical Challenges. *Ostomy Wound Manage* [online]. 2014, 60(1), 12-21 [cit. 2022-4-20]. DOI: 24434162. Dostupné z: <https://www.hmpgloballearningnetwork.com/site/wmp/article/providing-quality-skin-and-wound-care-bariatric-patient-overview-clinical-challenges#14201811>
3. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2016. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada Publishing, 228 s. ISBN 978-80-247-5333-1.
4. ČERVENKOVÁ, Z. et al., 2018. *Ošetrovatelské postupy*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 143 s. ISBN 978-80-7560-184-9.
5. DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M., VRABELOVÁ, L., LIDICKÁ, L., 2018. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů: pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada Publishing, 316 s. ISBN ISBN978-80-271-0717-9.
6. FREJ, D., 2006. *Dietní sestra: diety ve zdraví a nemoci*. V Praze: Triton, 312 s. ISBN 80-725-4537-X.
7. FRIED, M., 2011. *Bariatrická a metabolická chirurgie: nové postupy v léčbě obezity a metabolických poruch*. Praha: Mladá fronta, 268 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2424-2.
8. GEORGI, H., HÖSCHL, C., VIDOVIČOVÁ, L., 2014. *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Karolinum, 290 s. ISBN 978-802-4626-284.
9. GROFOVÁ, Z., 2007. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada, 248 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1868-2.
10. HAINER, V., 2011. *Základy klinické obezitologie. 2., přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada, 464 s. ISBN 978-80-247-3252-7.

11. HAINER, V., 2022. *Základy klinické obezitologie*. 3., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 566 s. ISBN 978-80-271-1302-6.
12. HALES, C., COMBS, M., DE VRIES, kay, 2018. The Challenges in Caring for Morbidly Obese Patients in Intensive Care: A Focused Ethnographic Study. *Australian Critical Care* [online]. 31(1), 37–41 [cit. 2022-4-5]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1036731417301558?via%3Dihub>
13. HALUZÍKOVÁ, J., BŘEGOVÁ, B., 2019. *Ošetrovatelství v nefrologii*. Praha: Grada Publishing, 252 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5329-4.
14. HAMPLOVÁ, L., 2019. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, 132 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0568-7.
15. HEJNAROVÁ, E., SLEZÁKOVÁ, L., 2012. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 211 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3601-3.
16. HIRT, P., CASTILLO, D., YOSIPOVITCH, G., .KERI, J., 2019. Skin Changes in the Obese Patient. *Journal of the American Academy of Dermatology* [online]. 81(5), 1037-1057 [cit. 2022-4-22]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190962219301586?via%3Dihub>
17. HLINKOVÁ, E., NEMCOVÁ, J., HULO, E., 2019. *Management chronických ran*. Praha: Grada Publishing, 232 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0620-2.
18. HRADECKÁ, lenka, 2011. Možnosti terapie obezity. [online]. *Zdraví. euro. cz*. 18. 4. 2011 [cit. 2022-4-22]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/moznosti-terapie-obezity-459322>
19. HUANG, S.L., CHENG, H., DUFFIELD,, C., -WILSON, E.D., 2021. The Relationship Between Patient Obesity and Nursing Workload: An Integrative Review. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 02 February 2021, 30((13-14), 1810-1825 [cit. 2022-4-23]. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.15679>

20. CHARVÁT, J., 2016. *Žilní vstupy: dlouhodobé a střednědobé*. Praha: Grada Publishing, 184 s. ISBN 978-80-247-5621-9.
21. JAMADARKHANA, S., MALLICK, A., BODENHAM, R., 2014. Intensive Care Management of Morbidly Obese Patients. *Continuing Education in Anaesthesia Critical Care & Pain* [online]. 2014, 14(2), 73-78 [cit. 2022-4-20]. Dostupné z: <https://academic.oup.com/bjaed/article/14/2/73/271457>
22. JONG, A. et al., 2020. How to Ventilate Obese Patients in the ICU. *Intensive Care Medicine*. [online]. 2020, 46, 2423–2435 [cit. 2022-4-20]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06286-x>
23. KAPOUNOVÁ, G., 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči. 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 404 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0130-6.
24. KASPER, H., 2015. *Výživa v medicíně a dietetika*. Praha: Grada, 592 s. ISBN 978-80-247-4533-6.
25. KASALICKÝ, M., 2020. Chirurgická léčba těžké obezity -bariatrie. *Vnitřní lékařství* [online]. 2020(8), 472–477 [cit. 2021-10-27]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/vnitri-lekarstvi/2020-8-4/chirurgicka-lecba-tezke-obezity-bariatrie-126213>
26. KELNAROVÁ, J. et al., 2015. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 1. ročník. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 244 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5332-4.
27. KŮT, F., 2014. Sestrám v brněnské nemocnici usnadní práci zvedáky po pacienty. [online]. *Zdraví. euro. cz.* [cit. 2022-4-23]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/denni-zpravy/profesni-aktuality/sestram-v-brnenske-nemocnici-usnadni-praci-zvedaky-po-pacienty-474253>
28. KVASNIČKOVÁ, V., 2016. Uspokojování spirituálních potřeb z pohledu pacienta. *Florence* [online]. 4.7. 2016, 2016(7-8), 22-24 [cit. 2022-4-11]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2016/7/uspokojovani-spiritualnich-potreb-z-pohledu-pacienta/>

29. LANGOVÁ, A., 2018. *Role sestry v péči o obézního pacienta v chirurgii*. Plzeň. Bakalářská práce. Západočeská univerzita Fakulta zdravotních studií.
30. MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D., 2015. *Výchova ke zdraví. 2., aktualizované vydání*. Praha: Grada, 312 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5351-5.
31. MÁLEK, J., 2016. *Praktická anesteziologie. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 208 s. ISBN 978-80-247-5632-5.
32. MARINOV, Z., PASTUCHA, D., 2012. *Komplexní metabolické změny u obézních dětí: Komplex Metabolic Changes in Children with Obesity*. *Pediatrics pre prax*. Bratislava: SOLEN, 13(2), 76 a 78-80. ISSN 1336-8168.
33. MARINOV, Z., PASTUCHA, D., 2012. *Praktická dětská obezitologie*. Praha: Grada, 224 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-4210-6.
34. MARTÍNKOVÁ, J., 2018. *Farmakologie: Pro studenty zdravotnických oborů. 2., zcela přepracované a doplněné vydání*. U Průhonu 22, Praha 7: Grada Publishing, 520 s. ISBN 978-80-271-0929-6.
35. MÁLKOVÁ, I., MÁLKOVÁ, H., 2014. *Obezita: malými krůčky k velké změně*. Praha: Forsapi, 192 s. Rady lékaře, průvodce dietou. ISBN 978-80-87250-24-2.
36. MATYÁŠOVÁ, J., 2014. *Obezita jako ošetrovatelský problém*. České Budějovice. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta.
37. MIKŠOVÁ, Z., 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče. Aktualiz. a dopl. vyd.* Praha: Grada, 249 s. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1442-6.
38. MIKULA, J., MÜLLEROVÁ, N., 2008. *Prevence dekubitů*. Praha: Grada, 96 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2043-2.
39. MÜLLEROVÁ, D., AUJEZDSKÁ, A., 2014. *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. Praha: Karolinum, 254 s. ISBN 978-80-246-2510-2.
40. MYNÁŘOVÁ, M., 2020. *Problematika péče o morbidně obézního pacienty v intenzivní péči*. Brno. Diplomová práce. MUNI.

41. Nařízení vlády č. 361/2007 Sb.: Nařízení vlády, kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci [online], 2021. [cit. 2021-11-29]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2007-361?text=BOZP>
42. PASTUCHA, D., 2011. Pohyb v terapii a prevenci dětské obezity. Praha: Grada, 128 s. ISBN 978-80-247-4065-2.
43. PHILLIPS, J.A., 2013. Care of the Bariatric Patient in Acute Care. *Journal of Radiology Nursing* [online]. 32(1), 21-31 [cit. 2021-11-23]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1546084312001083>
44. PICHLEROVÁ, D., 2021. *Léčba obezity přehledně a prakticky*. Mlečice: Axonite s.r.o., nakladatelství lékařské literatury, 264 s. Asclepius (Axonite CZ). ISBN 978-80-88046-24-0.
45. PILKOVÁ, A., 2020. *Změny farmakokinetiky léčiv u obézních pacientů. Vnitřní Léč.* 66(8), 465–471.
46. POKORNÁ, A., KOMÍNKOVÁ, A., SIKOROVÁ, N., 2014. *Ošetrovatelské postupy založené na důkazech*. Brno: Masarykova univerzita, 171 s. ISBN 978-80-210-6331-0.
47. POKORNÁ, A., MRÁZOVÁ, R., 2011. *Hojení ran. Hojení ran z pohledu všeobecné sestry*. Florence. 7(8), 14-16.
48. PRAŽSKÝ, B., 2012. Morbidně obézní pacientka. [online]. *Zdraví. euro. cz.* 16. 11. 2012 [cit. 2022-4-23]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/morbidne-obezni-pacientka-467714>
49. PRAŽSKÝ, B., 2013. Dietní systém neboli léčebná výživa. [online]. *Zdraví. euro. cz.* 8. 7. 2013 [cit. 2022-4-23]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/dietni-system-neboli-lecebna-vyziva-471143>
50. *Rozšířená resuscitace: Univerzální algoritmus rozšířené resuscitace dospělých, 2021*. [online]. Česká resuscitační rada. [cit. 2022-4-26]. Dostupné z: <https://www.resuscitace.cz/doporucene-postupy/rozsirena-resuscitace>

51. SLABÁ, Š., 2020. *Psychologické aspekty obezity*. Časopis Lékařů Českých. 3-4(159), 118–124.
52. SOUČEK, M., SVAČINA, P., 2019. *Vnitřní lékařství v kostce*. Praha: Grada Publishing, 464 s. ISBN 978-80-271-2289-9.
53. SOVÁRIOVÁ SOŮSOVÁ, M., 2022. *Péče o duchovní potřeby nemocných v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 144 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-3242-3.
54. SVAČINA, Š., 2020. *Současnost a perspektivity farmakoterapie obezity. Vnitřní lékařství*. 66(8), 478–482.
55. SVAČINA, Š., BRETŠNAJDROVÁ, A., 2008. *Jak na obezitu a její komplikace*. Praha: Grada, 144 s. Doktor radí. ISBN 978-80-247-2395-2.
56. ŠAMÁNKOVÁ, M., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 136 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3223-7.
57. ŠEBLOVÁ, J., KNOR, J., 2013. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada, 492 s. ISBN 978-80-247-4434-6.
58. ŠEFLOVÁ, L., 2016. Dekubity v praxi. *Medicína pro praxi*. 13(5), 263-267. DOI: 10.36290/med.2016.057. ISSN 12148687. Dostupné také z: <http://www.medicinapropraxi.cz/doi/10.36290/med.2016.057.html>
59. ŠEVČÍK, P., 2014. *Intenzivní medicína*. Na popelce 3144/10, 150 00 Praha 5: Galén, 1195 s. ISBN 978-80-7492-066-0.
60. TRACHTOVÁ, E., 2018. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester*. Vydání: čtvrté rozšířené. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 261 s. ISBN 978-807-0135-907.
61. TRUHLÁŘ, A., 2021. *Doporučené postupy pro resuscitaci ERC 2021: Souhrn doporučení. Anesteziologie a intenzivní medicína*. 32(A), 33. DOI: doi:

- 10.1016/j.resuscitation.2021.02.003. Epub 2021 Mar 24. ISSN 978-80-7471-358-3.
62. TUČEK, M., SLÁMOVÁ, A., 2012. *Hygiena a epidemiologie pro bakaláře*. V Praze: Karolinum, 214 s. ISBN ISBN978-80-246-2136-4.
63. UBONG, P., DIXON, A.E., 2018. The Effect of Obesity on Lung Function. *Expert Rev Respir Med* [online]. 12(9), 755-767 [cit. 2021-11-9]. DOI: 10.1080/17476348.2018.1506331. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6311385/>
64. VALK, E.S., 2019. A Comprehensive Diagnostic Approach to Detect Underlying Causes of Obesity in Adults. *Obesity Reviews* [online]. 20(6), 795-804 [cit. 2022-4-20]. DOI: 10.1111/obr.12836. ISSN 1467-7881. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/obr.12836>
65. VOKURKA, M., 2018. *Patofyziologie pro nelékařské směry. 4., upravené vydání*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 319 s. ISBN 978-80-246-3563-7.
66. VYTEJČKOVÁ, R., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada, 254 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3419-4.
67. VYTEJČKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada, 288 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3420-0.
68. WRIGHT, S., ARONNE, L., 2012. Causes of Obesity. *Abdominal Radiology* [online]. 2012(37), 730-732 [cit. 2022-4-20]. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00261-012-9862-x>. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00261-012-9862-x>
69. ZADÁK, Z., HAVEL, E., 2017. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství. 2., doplněné a přepracované vydání*. Praha: Grada Publishing, 448 s. ISBN 978-80-271-0282-2.
70. *Zákon č. 262/2006 Sb.: Zákon zákoník práce*, 2006. [online]. Zákony pro lidi. [cit. 2022-4-20]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-262/zneni-20210701>

71. ZIMA, T., 2010. *Zásady přípravy pacienta k odběru krve a preanalytická část laboratorního vyšetření. Interní medicína pro praxi.* 12(10), 490-493.

8 Seznam příloh

Příloha 1. Hodnocení BMI

Příloha 2. Podklad pro polostrukturovaný rozhovor.

Příloha 1. *Hodnocení BMI*

Hodnota BMI	Míra obezity
18,5 a méně	nižší hmotnost, podváha
18,6 -25	normální hmotnost
25,1 - 30	Nadváha
30,1 - 35	obezita 1. stupně (mírná otylost)
35,1 -40	obezita 2. stupně (výrazná otylost)
>40	obezita 3. stupně (maligní, morbidní otylost)

1. ZDROJ: ZDROJ: HAMPLOVÁ, L., 2019. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, 132 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0568-7.

Příloha 2. Podklad pro polostrukturovaný rozhovor.

Otázky k rozhovoru:

1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
2. Kolik let pracujete ve zdravotnickém zařízení?
3. Jak dlouho působíte na současném oddělení?
4. Vnímáte nějaké překážky v péči o morbidně obézního P/K? Jaké komplikace nejvíce ohrožuje P/K? Jaké překážky nejvíce ohrožuje oše. personál?
5. Jak probíhá hygienická péče u morbidně obézního P/K? Vnímáte nějaké odlišnosti oproti P/K, kteří netrpí morbidní obezitou? Kolik času si vyhražujete na hygienickou péči o morbidně obézního P/K? Kolik zdravotnických pracovníků spolupracuje při hygienické péči o morbidně obézního P/K?
6. Jaké pomůcky používáte při hygieně morbidně obézního P/K?
7. Jak pečujete o pokožku morbidně obézního pacienta? Vnímáte nějaké odlišnosti oproti P/K, kteří netrpí morbidní obezitou?
8. Vnímáte nějaké překážky v rámci péče o pokožku u morbidně obézního P/K?
9. Jak předcházíte opruzeninám a dekubitům v rámci péče o pokožku u morbidně obézních P/K? V případě, že pacient má opruzeniny, jak je ošetřujete?
10. Jak často polohujete morbidně obézního P/K?
Jaké pomůcky používáte při polohování morbidně obézního P/K?
Kolik zdravotního personálu je třeba k polohování morbidně obézního P/K?

11. Jakým způsobem zajišťujete výživu morbidně obézních P/K? Vnímáte nějaké překážky v rámci výživy oproti P/K, kteří netrpí morbidní obezitou?
12. Spolupracujete s dietní sestrou v při rozhodování o dietním režimu morbidně obézního P/K?
13. Vnímáte nějaké překážky během péče o výživu u morbidně obézního P/K?
14. Jak pečujete o vylučování morbidně obézního pacienta? Vnímáte nějaké odlišnosti oproti P/K, kteří netrpí morbidní obezitou?
15. Jaké pomůcky používáte při péči o vylučování morbidně obézního P/K?
16. Jak pečujete o inkontinentní morbidně obézní P/K?
Máte zkušenosti s péčí o zavedení flexiseal u morbidně obézního P/K?
17. Kolik zdravotnického personálu je třeba při očištění po vylučování u morbidně obézního P/K?
18. Vnímáte nějaké překážky během péče o vylučování u morbidně obézního P/K?
19. Co si představíte pod pojmem duševní potřeba?
20. Jakým způsobem vyhledáváte a naplňujete tyto potřeby?
21. Jaké duševní potřeby se podle Vás nejčastěji u morbidně obézních P/K vyskytují?
22. Vnímáte nějaké překážky během poskytování duševních potřeb u morbidně obézního P/K?

Zdroj: Vlastní výzkum.

9 Seznam zkratek

- AED – Automatizovaný externí defibrilátor
Aj – A jiné
Apod – A podobně
ARIP – Anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče
ARO – Anesteziologicko-resuscitační oddělení
ARS – Akutní respirační tíseň
Atd. – Atak dále
BIA – Bio impedanční analýza
BMI – Body Mass Index
BOZP – Bezpečnost a ochrana zdraví při práci
CNS – Centrální nervová soustava
CRP – C – reaktivní protein
CŽK – Centrální žilní katetr
Č. - číslo
EU – Evropská unie
Et al. – et alii – a jiní
HDL – Vysokodenzitní lipoprotein
Kg – Kilogram
KPR – Kardiopulmonální resuscitace
LDH – Laktátdehydrogenáza
Např. - Například
OSA – Syndrom obstrukční spánkové apnoe
PICC – Periferní implantovaný centrální žilní katetr
Sb. – Sbirka
TK – Krevní tlak
WC – Water Closet (veřejné toalety)
WHR – Waist/hip Ratio (poměr pas/boky)
XXL – Extra extra large (velice velice velký)

