



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ošetřovatelství

Bakalářská práce

Obezita jako ošetřovatelský problém

Vypracoval: Jolana Matyášová
Vedoucí práce: Mgr. Veronika Švábová

České Budějovice 2014

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá tématem „Obezita jako ošetrovatelský problém“. První část teoretické práce se převážně zaměřuje na medicínskou stránku obezity, a je zde proto zmíněna prevence obezity, rizikové faktory ovlivňující obezitu, komplikace obezity a terapie obezity. Terapie obezity je rozdělena na chirurgickou léčbu, farmakologickou a nefarmakologickou léčbu. Druhá část teoretické práce je zaměřena na problematiku ošetrovatelské péče o obézního pacienta, kde je zmíněno diagnostické vyšetření sestrou, komplikace s komunikací, soběstačností, hygienickou péčí, péčí o kůži a nehty, rány, komplikace s vyprazdňováním a výživou obézního pacienta. Ve výzkumné části je stanoven jeden cíl, a to zjistit úroveň náročnosti ošetrovatelské péče ve zdravotnických zařízeních o pacienty trpící obezitou. Ke splnění cíle byly vytvořeny tři výzkumné otázky. 1. výzkumná otázka: Jak jsou obézní pacienti spokojeni s poskytovanou ošetrovatelskou péčí? 2. výzkumná otázka: S jakými nejčastějšími problémy se ošetřující personál setkává v ošetrovatelské péči o obézního pacienta? 3. výzkumná otázka: Jak náročné je pro ošetrovatelský personál poskytovat ošetrovatelskou péči pacientovi s obezitou?

V bakalářské práci byla použita kvalitativní forma výzkumného šetření pomocí polostrukturovaných rozhovorů celkem s deseti respondenty. Pro vypracování praktické části byla podána žádost o provedení výzkumného šetření do Oblastní nemocnice Kolín, a.s. Pět respondentů tvořily všeobecné sestry na chirurgickém a interním oddělení a pět respondentů jsem získala z řad pacientů na interním a chirurgickém oddělení hospitalizovaných v nemocničním zařízení Oblastní nemocnice Kolín, a.s. Všeobecným sestrám bylo položeno celkově 11 otázek zaměřujících se na nejčastější problémy při ošetrovatelské péči o obézního pacienta a náročnost ošetrovatelské péče poskytované obéznímu pacientovi. Pacientům hospitalizovaným na lůžkových odděleních bylo položeno celkově 10 otázek zaměřujících se na spokojenost obézních pacientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí. Odpovědi z rozhovorů byly převedeny do kategorizací, které jsou demonstrovány v přehledových tabulkách.

Ze zpracovaných výsledků z první výzkumné otázky vyplývá, jak jsou obézní pacienti spokojeni s poskytovanou ošetrovatelskou péčí: pacienti jsou si vědomi nedostatků v ošetrovatelské péči a přáli by si nápravu především v oblasti komunikace sester s pacienty. Odpovědí na 2. výzkumnou otázku: S jakými nejčastějšími problémy se ošetrující personál setkává v ošetrovatelské péči o obézního pacienta, je, že všeobecné sestry při mobilizaci pacienta mají největší problémy při přesunu pacienta z lůžka. Při odběrech venózní krve se sestry nejvíce potýkají s problémem najít vhodnou žílu k odběru. Při poskytování dopomoci či provádění hygienické péče mají sestry největší komplikace s obtížně dostupnými tělními partiemi obézního pacienta. U stravování pacientů sestry nejčastěji řeší problém s nedodržením dietního opatření stanoveného ošetrujícím lékařem a při vyprazdňování obézních pacientů se potýkají s obtížnou manipulací obézního pacienta. U 3. výzkumné otázky: Jak náročné je pro ošetrovatelský personál poskytovat ošetrovatelskou péči pacientovi s obezitou, bylo zjištěno, že všeobecné sestry při poskytování ošetrovatelské péče obéznímu pacientovi vyžadují dopomoc dalšího personálu při veškerých ošetrovatelských činnostech, pro menšinu dotazovaných sester je péče částečně náročná a přivolávají si pomoc při náročnějších výkonech. Nejčastěji používanou pomůcku, kterou sestry využívají k manipulaci s obézním pacientem, je hrazdička a látková podložka.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit úroveň náročnosti ošetrovatelské péče ve zdravotnických zařízeních o pacienty trpící obezitou. Cíl práce byl naplněn a ze shrnutí všech výsledků vyplývá, že ošetrovatelská péče o obézní pacienty je pro sestry velmi náročná a zatěžující a je nutné jak ošetrovatelskou péči, tak podmínky pro její vykonávání zlepšit.

Výsledky výzkumného šetření budou poskytnuty k prostudování hlavní sestře v Oblastní nemocnici Kolín, a.s. Následně byl také vypracován standard ošetrovatelské péče o obézní pacienty zaměřující se na ošetrovatelskou péči o rány u obézních pacientů. Ošetrovatelský standard je přiložen v příloze č. 15.

Klíčová slova: Obezita, Ošetrovatelská péče, Komplikace, Obézní pacient, Diagnostika sestrou

Abstract

Bachelor thesis theme is “Obesity as nursing problem”. First part of theoretical study is mainly focus on medicine site of obesity. There are mentioned themes like obesity prevention, risk factors influencing obesity, complications of obesity and obesity therapy. Obesity therapy consists of surgical treatment, pharmacological and non-pharmacological treatment. Second part of theoretical study is focused on the issue of nursing care given to obese patient, where are mentioned diagnostic tests by a nurse, complications with communication, self-sufficiency, hygienic care, care of skin, nails and wounds, complications with secretion and with nutrition of obese patient. There is one goal in the research section, to determine level of difficulty of nursing care given to obese patients in health care facilities. There are three questions to reach the goal. 1. question: How are obese patient satisfied with nursing care? 2. question: Which three problems are the most commons for nursing staff taking care of obese patient? 3. question: How difficult is for nursing staff to take care about obese patient?

In Bachelor thesis were used qualitative forms of research using semi-structured interviews with ten patients. There was a request sent to Oblastní nemocnice Kolín, a.s. asking to allow research. Five respondents were universal nurses from surgical department and department of internal medicine. Another five respondents were hospitalized patients from internal and surgical department from Oblastní nemocnice Kolín, a.s. Universal nurses got 11 questions focused on the most common problems with care about obese patient and difficulty of nursing care given to obese patient. Hospitalized patients got 10 questions focused on satisfaction with given care. Answers from interviews were transformed into organized tables.

Results of evaluation of answers from the first question have shown how are patients satisfied with given care: patients are aware of deficiencies and wish for improvement in communication between nurses and patients. Answers on the 2. question: Which three problems are the most commons for nursing staff taking care of

obese patient, have shown that nurses have the biggest problem with the transfer of a patient from a bed. Nurses have problem with finding a suitable vein when they take venous blood. There is also problem to access some body parts when nurses help with hygiene. Nurses deal with failure to fulfil nutrition plan given by a doctor. They also face the problem with manipulation of obese patient during secretion. Answers on the 3. question: How difficult is for nursing staff to take care about obese patient, have shown that nurses need help from other personnel during all nursing activities. For minority of asked nurses is this work partially hard and need help with difficult operation. The most common tools, which nurses use, are crossbar and fabric pad.

The goal of bachelor thesis was to find out difficulty level of nursing care given to obese patient in health care facilities. The goal was reached and evaluation of all results have shown that taking care of obese patient is for nurses very hard and burdening and is needed to improve nursing care and also improve conditions for its performing.

Results of this research will be provided to Head Nurse in Oblastní nemocnice Kolín, a.s. There was developed standard of nursing care for obese patients focusing on treatment of wounds of obese patients. Standard of nursing care is attached in attachment no. 15.

Keywords: Obesity, Nursing care, Complications, Obese patients, Diagnosis sister

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 21. 7. 2014

.....

Jolana Matyášová

Poděkování

Velice děkuji své vedoucí práce, Mgr. Veronice Švábové, za její věcné připomínky a rady, které mi pomohly při psaní mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům za jejich trpělivost a ochotu a v neposlední řadě své rodině za podporu a trpělivost.

Obsah

Úvod.....	12
1 Současný stav.....	14
1.1 Definice a druhy obezity	14
1.2 Prevence obezity	14
1.3 Rizikové faktory ovlivňující obezitu.....	15
1.3.1 Ovlivnitelné rizikové faktory	16
1.3.2 Neovlivnitelné rizikové faktory	16
1.4 Komplikace obezity	18
1.5 Terapie obezity.....	20
1.5.1 Nefarmakologická a farmakologická terapie obezity	20
1.5.2 Chirurgická terapie obezity.....	21
1.6 Ošetrovatelská péče o obézní pacienty	23
1.6.1 Diagnostické vyšetření sestrou	23
1.6.1.1 Vyšetřovací metody prováděné sestrou.....	24
1.6.2 Edukační činnost sestry	25
1.6.3 Komunikace	26
1.6.4 Soběstačnost.....	27
1.6.5 Hygienická péče a oblékání	28
1.6.6 Péče o kůži a nehty	30
1.6.7 Péče o rány.....	31
1.6.8 Vyprazdňování.....	32
1.6.9 Výživa	33
1.6.10 Odběr krve u obézního pacienta	34

1.6.11	Vyšetření krevního tlaku.....	35
1.7	Současnost a budoucnost obezity.....	36
2	Cíle práce	38
2.1	Cíl práce.....	38
2.2	Výzkumné otázky	38
3	Metodika.....	39
3.1	Technika sběru dat.....	39
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	39
4	Výsledky.....	41
4.1	Kategorie u rozhovorů se sestrami.....	41
4.1.1	Komplikace při manipulaci s pacientem.....	42
4.1.2	Komplikace při odběru venózní krve.....	42
4.1.3	Komplikace při hygienické péči	43
4.1.4	Komplikace při stravování pacientů	44
4.1.5	Komplikace při vyprazdňování pacienta	45
4.1.6	Pomůcky k manipulaci s pacientem.....	45
4.1.7	Časová náročnost v ošetrovatelské péči o obézního pacienta.....	47
4.1.8	Náročnost péče o obézní pacienty	47
4.1.9	Nemožnost postupovat dle standardů	48
4.2	Kategorie u rozhovorů s pacienty	49
4.2.1	Věk, pohlaví, oddělení a BMI pacientů	49
4.2.2	Omezení pacientů v běžných činnostech.....	50
4.2.3	Komplikace způsobené obezitou	50
4.2.4	Spokojenost s ošetrovatelskou péčí	51

4.2.5 Spokojenost či nespokojenost s přístupem sester	52
4.2.6 Spokojenost s činnostmi sester	52
4.2.7 Nepříjemné pocity pacientů při dopomoci sester	53
4.2.8 Změna chování sester.....	53
4.2.9 Možnosti usnadňující péči o obézní pacienty	54
4.2.10 Změna v celkové péči o obézního pacienta	55
5 Diskuze	56
5.1 Diskuze k rozhovorům se sestrami	56
5.2 Diskuze k rozhovorům s pacienty.....	61
Závěr	65
Seznam informačních zdrojů	67
Přílohy.....	71

Seznam použitých zkratk

BMI - Body mass index

PMK - Permanentní močový katetr

TK - Krevní tlak

HDL - Cholesterol v lipoproteinech s vysokou hustotou

LDL - Lipoprotein s nízkou hustotou

ALT - Alaninaminotranferáza

AST - Aspartátaminotransferáza

ALP - Alkalická fosfatáza

GMT - Gama-glutamyltransferáza

STH - Somatotropin

i. v. - intra venozní

Úvod

Téma *Obezita jako ošetrovatelský problém* jsem si vybrala z toho důvodu, že obezita ve 21. století tvoří závažný problém, který se stále rozšiřuje. Nárůst obezity je nejčastěji způsoben vysokým energetickým příjmem a sníženým energetickým výdejem, což souvisí s přejídáním a snížením pohybové aktivity. V dnešní době převládají sedavá zaměstnání a špatný životní styl a to velmi přispívá ke vzniku obezity. Mnoho lidí obezitu považuje za kosmetický problém, v čemž se velice mýlí. Obezita je závažné, metabolické onemocnění, které výrazně ovlivňuje život člověka a jeho zdraví. Díky obezitě vzniká mnoho zdravotních komplikací, jako je onemocnění srdce a cév, ortopedické onemocnění, nádorová onemocnění, gastrointestinální onemocnění, které často prodlužují hospitalizaci pacienta v nemocnici.

Obézní pacienti jsou přítomni na všech odděleních nemocniční péče. Tito lidé vyžadují náročnější péči od zdravotnického personálu, jak z pohledu časového, tak z rozsahu fyzického a psychického. Obezita pacienty ovlivňuje v mnoha základních samoobslužných činnostech, mezi které patří například hygienická péče, oblékání, mobilizace, stravování nebo vyprazdňování. V uvedených činnostech při hospitalizaci vyžadují zvýšenou péči ze strany ošetrovatelského personálu. Krom zmíněných činností je u obézních pacientů problém s provedením některých vyšetření, která sestra běžně provádí. Častým problémem při ošetrování obézních pacientů je nedostatečné uzpůsobení nemocničního zařízení a pomůcek. Zdravotnický personál mnohdy nemůže některé ošetrovatelské činnosti provést nebo je provedení velmi ztížené z důvodu nevyhovujícího vybavení či uspořádání pokojů pro obézní pacienty.

V teoretické části své práce jsem se zaměřila převážně na charakteristiku obezity, kde shrnuji prevenci, rizikové faktory, komplikace, diagnostiku a terapii obezity a dále problematiku ošetrovatelské péče o obézního pacienta. V praktické části práce jsem stanovila tři hlavní cíle. Mým prvním cílem je zjistit, s jakými nejčastějšími problémy se ošetrující personál setkává v ošetrovatelské péči o obézního pacienta. Dále mým cílem bylo zjistit, jak náročné je pro ošetrovatelský personál poskytovat ošetrovatelskou péči pacientovi s obezitou. A posledním cílem bylo zjistit, jak jsou obézní pacienti

spokojení s poskytovanou ošetrovatelskou péčí. Výzkum bude prováděn v nemocničním zařízení formou polostrukurovaného rozhovoru se sestrami a pacienty. Na základě získaných odpovědí bych chtěla poukázat na problematiku ošetrovatelské péče u obézních pacientů pro zdravotnický personál, spokojenost pacientů s poskytovanou péčí a nedostatečnost vybavení nemocničních zařízení právě pro obézní pacienty.

1 Současný stav

1.1 Definice a druhy obezity

Obezita existovala od samého počátku vzniku lidstva. Důkazy o obezitě nacházíme již v prehistorické době v podobě Venuše, která byla symbolem hojnosti a plodnosti. Obezita byla v prehistorické době vzácná kvůli vysokému energetickému výdeji tehdejší populace, ale přesto existovala z důvodu nedostatku potravy, kdy se tuk ukládal v těle (1).

Obezita se dnes definuje jako nadměrné ukládání tuku v organismu, kdy množství tuku tvoří u žen kolem 28 % a více a u mužů od 20 % (2). Tyto podíly jsou dány pohlavím, věkem a také rasou člověka (3).

Obezita je považována za multifaktoriální onemocnění, jehož vznik ovlivňuje prostředí a dědičné predispozice (4). Je to jedno z nejrozšířenějších metabolických onemocnění u nás i v rozvojových zemích. Výskyt tohoto onemocnění se výrazně zvyšuje jak u dospělých, tak u dětí a dospívajících. Pro stanovení stupně obezity se nejčastěji používá Body mass index tělesné hmotnosti (3).

Dle rozložení tuku v těle dělíme obezitu na androidní neboli mužský typ a gynoidní neboli ženský typ obezity (Příloha 1). Androidní typ se vyznačuje ukládáním tuku v oblasti břicha a hrudníku. Gynoidní typ obezity je charakteristický ukládáním tuku v oblasti hýždí a stehen (5).

1.2 Prevence obezity

U preventivní činnosti proti obezitě je důležité, aby se prevence zaměřovala na individuální skupiny obyvatel. Preventivní opatření by se měla provádět již od dětského věku, proto nejvýraznější skupinu pro zahájení preventivní činnosti tvoří děti, ale také těhotné ženy, ženy ve fertilním věku a ženy po porodu. Preventivní

opatření by mělo zabránit následnému růstu průměrného BMI, snížit výskyt dalších případů obezity, přiblížit vysoké BMI k BMI v normě a také snížit vznik komplikací obezity (1).

Podstatou prevence proti obezitě je snaha zvýšit informovanost populace o obezitě, upozorňovat na komplikace a následky spojené s obezitou, věnovat vyšší pozornost edukaci, soustředit se na populaci s vyšším rizikem vzniku obezity, potlačovat vliv počítačových her a rychlého občerstvení, šířit zásady zdravého životního stylu, zajistit dostupnost nízkoenergetických potravin, využít každé příležitosti k fyzické aktivitě. Je důležité, aby sestra zapojila do prevence proti obezitě u dítěte i rodiče, kteří jsou základním výchovným činitelem v dodržování zásad zdravého životního stylu dítěte. Mnoho dětí dnes nesnídá, nesvačí a často ani neobědvá a poté se přejídá nezdravými, vysokokalorickými potravinami, jako jsou rohlíky, sušenky, brambůrky a sladké nápoje, což výrazně zvyšuje procento vzniku obezity. (6)

1.3 Rizikové faktory ovlivňující obezitu

Vliv na vznik obezity má mnoho rizikových činitelů. Mezi jedny z hlavních rizikových faktorů patří např. pozitivní rodinná anamnéza na obezitu, genetické faktory, špatné stravování a nedostatečná fyzická aktivita (1).

Mezi další rizikové faktory ovlivňující vznik obezity se řadí změny životního stylu a vlivu prostředí. Obezita se v dnešní době netýká jen dospělých jedinců, ale i dětí a dospívajících, proto je nejlepší již od dětství zasáhnout do životosprávy co do pohybu a výživy. (6)

Faktory ovlivňující vznik obezity můžeme rozdělit na ovlivnitelné a neovlivnitelné rizikové faktory. Mezi faktory vzniku obezity, které lze ovlivnit, patří nejčastěji špatná výživa, nedostatečný pohyb, nedostatek spánku, stres a nevhodné trávení volného času. Mezi neovlivnitelné rizikové faktory nejčastěji řadíme genetické dispozice, pohlaví, věk, vliv prostředí, nadváhu rodičů, tělesnou výška, kojení, vzdělání či působení léků,

vyšší věk matek prvorodiček, problematické socioekonomické postavení, psychické změny a kolísání hmotnosti. (7)

1.3.1 Ovlivnitelné rizikové faktory

Výživa: Výživa je jedním z nejsnadněji ovlivnitelných rizikových faktorů vzniku obezity. Je uváděno, že velká část populace se snaží zredukovat svoji hmotnost pomocí různých dietních opatření, nebo aspoň svoji hmotnost takto udržet. Velkou část naší výživy tvoří sacharidy a vláknina, které mají velký význam pro zdravotní stav člověka. Dále také tuky a bílkoviny, které tvoří nezbytnou součást naší výživy (7).

Fyzická aktivita: V dnešní době zaznamenáváme velmi výrazný pokles fyzické aktivity, což vede ke snížení energetického výdeje (6). Jak již bylo řečeno, obezita vzniká v souvislosti s nadměrným příjmem energie neboli přejídáním a nedostatečným výdejem energie, což souvisí s nedostatečnou pohybovou aktivitou (7). Sestra má za úkol edukovat pacienty o významnosti pohybu a energetické náročnosti. Sestra pacientovi vysvětlí, že fyzická aktivita zvyšuje energetický výdej, snižuje množství tělesného tuku, způsobuje lepší fyzickou výkonnost, pozitivní psychologický efekt, zvyšuje citlivost na inzulín, provádí tvarové změny ve svalstvu a dlouhodobě zlepšuje krevní tlak (2).

Nedostatek spánku: Lidé, kteří spí kolem 5-6 hodin denně mají dvojnásobné riziko vzniku obezity než lidé, kteří spí kolem 9-10 hodin denně. Nedostatečný spánek ovlivňuje mnoho metabolických a hormonálních poruch, které přispívají ke vzniku obezity. Obézní pacienti často trápí apnoické pauzy, neklidné spaní, chrápání a ráno mívají silné bolesti hlavy. Sestra by měla pacientovi doporučit spaní ve zvýšené poloze kolem 30 stupňů, což sníží tlak na bránici (4).

1.3.2 Neovlivnitelné rizikové faktory

Genetika: V minulosti lidstva se rozšířila genetická výbava, která umožňuje přežít různé hladomory. V dnešní době při velkém přebytku jídla toto vede spíše k vyšší energetické

spotřebě, čímž vzniká obezita (3). Geny mohou náchylnost ke vzniku obezity zvyšovat nebo snižovat. Geny zvyšující náchylnost ke vzniku obezity se nazývají obezigenní geny. Obezigenní geny ovlivňují, zda jedinec bude obézní či nebude a to v souvislosti s prostředím. Dále ovlivňují například ukládání živin do energetických zásob, spalování živin, hormony upravující energetickou úroveň, pocit hladu a sytosti a vsřebávání potravy ve střevech (4).

Pohlaví: Rozložení tuku v těle často závisí na pohlaví. U žen se často objevuje gynoidní rozložení tuku, tedy ukládání tuku v oblasti boků, hýždí a stehen. U mužů se objevuje spíše androidní typ rozložení tuků, tedy v oblasti břicha. V současné populaci se vyskytuje více mužů s nadváhou, zatímco ženy jsou více obézní. K nepřiměřenému nárůstu hmotnosti u žen dochází především v období puberty, gravidity, po porodu a v klimakteriu.

S přibývajícím věkem postupně přibývá i množství tukové tkáně v těle. U mužů mezi 60.-70. rokem života stoupá nejvíce množství podkožního tuku v oblasti břicha a to více než u žen. Množství viscerálního břišního tuku stoupá u obou pohlaví přibližně stejným tempem.

Kojení a nadváha rodičů: Kojení má dobrý vliv na zdravý vývoj dítěte. Zabraňuje vzniku obezity v dospělosti. Kojit by se mělo nejlépe po dobu alespoň šesti měsíců (7). Děti, které jsou živěné umělou výživou již od narození, mají v dospělosti vyšší riziko vzniku obezity než děti kojené mateřským mlékem. Nejvyšším rizikem jsou ohrožené děti, které nikdy nebyly kojené mateřským mlékem a jejichž matky v graviditě trpěly nadváhou či obezitou. V případě, že rodiče dítěte měli nebo mají nadváhu či obezitu, je jejich dítě ohroženo až 2,5 x vyšším rizikem vzniku obezity. Velmi významným faktorem je také nadváha matky během gravidity. (4)

Léky: Obezita se stále častěji vykytuje díky zvýšenému předepisování různých léků ovlivňujících regulaci tělesné váhy a vznik tukových buněk. Mezi léky ovlivňující regulaci tělesné váhy řadíme například některá antidiabetika, antipsychotika, antiepileptika, tyreostatika, beta-blokátory a antihistaminika (4).

Prostředí: Na vzniku obezity se také podílí vliv prostředí. V dnešní době je trendem zjednodušování a usnadňování si života. Výrazně se snižuje frekvence pohybu přes den z důvodu cestování autem či hromadnou dopravou. Dále se zvyšuje množství sedavých zaměstnání, technologický vývoj přispěl dálkovými ovládači na televizi, sledování a hraní na počítači také na pohybu nepřidává. Velký vliv má ale také rodina a především rodiče, kteří ovlivňují dítě, jeho životní styl a stravovací návyky (3).

1.4 Komplikace obezity

Komplikace obezity výrazně snižují kvalitu života a zvyšují celkovou úmrtnost obézních pacientů. Mezi nejčastější komplikace obezity řadíme např. onemocnění kloubního aparátu, dušnost nebo varixy, hypertenze, diabetes mellitus 2. typu a nádorová onemocnění (8). V následujících odstavcích se budeme věnovat onemocněním obézních pacientů, která vedou k vysoké mortalitě.

U obézního pacienta se například hojení rány opoždí oproti jedinci s normální tělesnou hmotností. Obezita způsobuje vedlejší efekty na tkáni co do tvaru, velikosti, složení, mění funkci tkáně a její konečný klinický stav. Bez správného stravování a hydratace pacienta nemůže sestra docílit optimálního výsledku jen za pomoci moderní terapie ran. Je velmi důležité, aby sestra zajistila konzultaci pacienta s nutričním terapeutem (9).

Nádorová onemocnění patří mezi druhou nejčastější příčinu úmrtí v Evropě a v Severní Americe. Do nádorových onemocnění, která souvisí s obezitou, patří např. nádorové onemocnění trávicího traktu, především tlustého střeva, nádorové onemocnění jícnu, jater, prostaty, dělohy, prsu, ledvin, žlučníku a lymfatických uzlin. Obézní pacienti trpící nádorovým onemocněním mají horší prognózu, než pacienti s normální hodnotou BMI se stejným typem nádorového onemocnění. Dodnes není úplně jasné, co způsobuje, že obézní pacienti mají větší riziko vzniku nádorového onemocnění (7).

Kardiovaskulární onemocnění zahrnují ischemickou poruchu srdeční, fibrilaci síní, ischemickou chorobu dolních končetin, aterosklerózu mozkových tepen způsobující mozkové infarkty a arteriální hypertenzi. Kardiovaskulární onemocnění je jedním z nejčastějších původců úmrtí u nás (7). U pacienta hospitalizovaného v nemocničním zařízení se srdečním onemocněním sestra zjišťuje, zda má pacient problémy se srdcem či krevním oběhem, zda se nadměrně zatěžuje, dále zjišťuje únavu, vyčerpání, nechutenství, hodnotu a kvalitu pulzu a krevního tlaku, jak pravidelně bere pacient své léky. Dále zjišťuje prokrvení končetin, otoky na končetinách, pravidelnou diurézu, a zda pacient pociťuje bušení srdce nebo brnění v končetinách (11).

Do metabolického onemocnění se řadí diabetes mellitus 2. typu, který je zaznamenán jako šestá nejčastější příčina mortality u nás, zároveň až 80 % všech diabetiků 2. typu má diagnostikovanou nadváhu. Pacienti, kteří mají Body mass index vyšší než 31 kg/m^2 , mají čtyřicetkrát vyšší riziko vzniku diabetu mellitu než lidé s body mass indexem pod 22 kg/m^2 (7).

Jedním z nejznámějších *respiračních onemocnění* souvisejících s obezitou je astma. Riziko vzniku astmatu se výrazně zvyšuje se zvyšováním hmotnosti. Obézní pacienti navíc hůře reagují na léčbu než štíhlí pacienti. Je zjištěno, že z důvodu obezity může dojít při astmatickém onemocnění až k 75 % zhoršení (7). U obézního pacienta s respiračním onemocněním při hospitalizaci sestra zjišťuje, zda má pacient onemocnění dýchacích cest a zda pociťuje bolest při dýchání. Dále se zaměřuje na počet a kvalitu dechu, zda má pacient kašel a případně jakého charakteru, nebo zda pacient pociťuje dušnost (11).

Z kategorie *gastrointestinálního onemocnění* jmenujme především gastroesofageální reflux, který se 2,5 krát častěji vyskytuje u obézních pacientů než u štíhlých lidí a který výrazně zvyšuje riziko vzniku nádorového onemocnění jícnu. Dále do této kategorie patří např. cholelithiáza, u které často dochází ke komplikaci ve formě biliární koliky (7).

Onemocnění pohybového aparátu nejčastěji postihuje klouby dolních končetin, jako jsou kolena a kotníky. Obézní pacienti mají 3x vyšší riziko vzniku artrózy než lidé s body mass indexem v normě (7). U dětí obezita výrazně ovlivňuje jejich skeletální

system, který je nadměrně zatěžován, a často se tak vytvářejí skoliózy páteře a kyfózy hrudníku (6).

1.5 Terapie obezity

Dostatečná a správná motivace pacienta sestrou je klíčová pro dosažení příznivých výsledků v terapii obezity. U obézního pacienta je důležité uspořádat stravovací návyky. Sestra zjišťuje pacientův jídelníček a vyhledává rizikové potraviny. Je důležité, aby obezita byla podchycena co nejdříve, aby se zabránilo následným komplikacím (12).

1.5.1 Nefarmakologická a farmakologická terapie obezity

Dietoterapie představuje nefarmakologický druh terapie. Za vhodný typ diety je považována taková dieta, která je dlouhodobá, vyvážená a je úměrná energetickému výdeji (Příloha 6). Správnou dietoterapii většinou nastavuje dietolog nebo nutriční terapeut, jednotlivě pro každého pacienta. Redukční dieta musí být složena z vyvážené stravy s obsahem vlákniny, vitamínů a minerálních látek. Je obecně doporučováno, pravidelné stravování 4x až 5x denně s menšími porcemi. V dietoterapii je velmi důležitý i pitný režim, který pacient musí dodržovat. Za nejvhodnější tekutiny je považována čistá nesycená voda nebo hořké čaje z ovoce či bylin. U dětí je nejlepší vytvořit jen lehčí dietu, ale více se zaměřit na fyzickou zátěž, nácvik stravovacích zvyklostí a výuku principů zdravého stravování (12). Za nejlepší druh dietoterapie je považována dieta, při které pacient netrpí, ale strava mu vyhovuje jak chuťově, tak i co do časové náročnosti, zároveň mu dieta nezakazuje jíst nevhodné potraviny, ale jen jejich konzumaci omezuje (3).

Významnou součástí podílející se na optimálním výsledku léčby obezity je bezpochyby *fyzická aktivita*, která úzce koreluje s dietoterapií. Za nejjedlejší pohybovou aktivitu pro obézní pacienty se považuje chůze, jízda na kole či rotopedu a plavání. Při větší fyzické zátěži se celkový energetický výdej zvětšuje. Míra

energetického výdeje je závislá na rozsahu fyzické činnosti, době trvání, úsilí a typu cvičení. Mezi přednosti fyzické aktivity patří hlavně snížení množství tukové tkáně v těle, zvýšení svalové hmoty, vylepšení krevního tlaku a cukru v krvi. Pomocí pohybové aktivity a diety se snižuje množství tukové tkáně a zvětšuje se tkáň svalová, což má na snížení obezity pozitivní účinek (12). Sestra má často nelehký úkol při přesvědčování pacienta, aby začal s pohybovou aktivitou. Je velmi důležité, aby sestra pacienta dostatečně motivovala. Musí najít dostatek důvodů, proč by měl pacient začít cvičit, a přesvědčit ho, že veškeré jeho obavy a argumenty proti fyzické aktivitě jsou zbytečné. Sestra u pacienta zjišťuje jeho sportovní anamnézu, která je užitečná v tom smyslu, že lze snadněji navázat na předchozí pohybové aktivity (13).

Mezi další druh nefarmakologické léčby řadíme *kognitivně behaviorální terapii*. Při kognitivně behaviorální terapii pomáhá terapeut pacientovi v uvědomování si svého zkrleslého myšlení a dysfunkčního jednání. Poté napomáhá pacientovi za pomoci strukturovaného rozhovoru a behaviorálních úkolů toto jednání a myšlení změnit (12). Terapeuti nebo sestry pacienty pomalu vyučují, jak měnit své špatné návyky ve stravě a pohybu, jak se vyznat v energetických tabulkách, odolávat nepříznivým podnětům a pravidelně se stravovat (14).

Kromě nefarmakologické léčby obezity existuje také léčba obezity za pomoci antiobezitik. Farmakologická léčba, naordinovaná lékařem, využívá mnoho specifických léků, které se používají spolu s dietoterapií (15). Farmakologická léčba pomocí antiobezitik se podává u pacientů, kteří mají hodnotu BMI ≥ 30 nebo s BMI ≥ 27 pouze v případě, že se vyskytují u pacienta vážné komplikace (16).

1.5.2 Chirurgická terapie obezity

Chirurgická neboli bariatrická léčba není jen kosmetickým zákrokem, ale léčebným zákrokem, který pomáhá obézním pacientům. Léčí jak samotnou obezitu, tak i přidružená onemocnění. Bariatrická léčba má tři základní operační druhy: restriktivní operace, malabsorpční operace a kombinované operace.

Restriktivní operace: Do této kategorie patří gastrická bandáž (Příloha 7). Při tomto zákroku se sníží objem žaludku tím, že se značný úsek žaludku odstraní.

Malabsorpční operace: Do této kategorie patří biliopankreatická diverze (Příloha 8).

Kombinované operace: Do této kategorie patří gastrický bypass (Příloha 9) (17).

U předoperačního období se sestra musí důkladně zaměřit na kožní řasy zvláště v břišní krajině a kolem pupku. Je velmi důležité, aby sestra před operačním výkonem zajistila žilní vstup, což je často u obézních pacientů značně obtížné. Dále se musí zaměřit na prevenci tromboembolické nemoci použitím elastických obinadel či punčoch a pravidelným podáváním nízkomolekulárního heparinu.

Pooperační péče je pro sestru náročná z časového hlediska. Důležité je zahájit s pacientem včasnou rehabilitační péči, ale ta je pro pacienta i pro sestru velmi náročná. Obézní pacienti mají problém i se sebemenším pohybem kvůli fyzické náročnosti, nebezpečí pádu a nemožnosti zdvihnout pacienta ze země. Sestrám hrozí riziko zranění při rehabilitaci kvůli vysoké hmotnosti pacienta. Nedílnou součástí pooperační péče u obézního pacienta je pravidelné měření krevního tlaku a pulzu, dechu, saturace kyslíku, tělesné teploty a bilance tekutin. Vedle zmíněných činností sestra také pravidelně zajišťuje pacientovi dostatečnou hygienickou péči, což je další náročná činnost u obézního pacienta s omezenou hybností. Zanedbáním hygienické péče se navyšuje riziko vzniku infekce a narušení kožní integrity. Velmi důležitá je také včasná vertikalizace pacienta z důvodů proleženin. Při vertikalizaci pacienta se často sestra setkává s problémy při výměně ložního prádla, polohování nebo přesunu pacienta z lůžka na vozík nebo do křesla. Je důležité, aby sestra pacienta motivovala pochvalou za každou činnost, která se pacientovi povede. To může vést k lepší a větší samostatnosti obézního pacienta. Pacient bývá po operaci propuštěn kolem třetího dne do domácí péče. Při propuštění sestra pacienta upozorní na možnost navštěvovat Banding kluby, kde jsou lidé, kteří již bariatrickou operaci prodělali. Zde si mohou vyměňovat své názory a zkušenosti (4).

1.6 Ošetrovatelská péče o obézní pacienty

Při ošetrování obézních pacientů je nutné, aby sestra dostatečně ovládala mnoho ošetrovatelských intervencí. Stanovené intervence musí sestra provádět tak, aby plně uspokojovaly bio-psycho-socio-spirituální potřeby pacienta. Jelikož péče o obézního pacienta v nemocničním zařízení je pro sestru náročná, musí jednotlivé činnosti provádět dle reálných možností a schopností obézního pacienta (18).

U sestry je nutné, aby uměla vyhodnotit situaci, plánovat a poskytovat odbornou ošetrovatelskou péči při obnově zdraví obézního pacienta. Sestra musí být obeznámena se zásadami chování při poskytování péče obéznímu pacientovi, být znalá v bezpečnosti práce a ochrany zdraví, být schopna aplikovat fáze ošetrovatelského procesu a dostatečně ovládat ošetrovatelsko-diagnostické postupy (19).

Sestra neustále pracuje s pacienty, kteří jsou imobilní, nesoběstační, vyžadují pomoc při běžných denních činnostech, polohování či vertikalizaci. Různé činnosti sestry při práci s obézním pacientem vyžadují nucenou polohu a vynaložení velké fyzické síly (20).

Nemocní s obezitou nepohlíží na obezitu jako na onemocnění a chovají se nepřiměřeně. Často se sestrou nespolupracují nebo po chvíli při činnostech, které jim nejdou, spolupráci vzdávají (8).

Obézní pacienti se často za svou váhu stydí a vyžadují více soukromí než běžní pacienti. Při provádění ošetrovatelských úkonů požadují větší dodržování soukromí a intimity, proto je zapotřebí mít k těmto pacientům citlivější přístup a více trpělivosti (21).

1.6.1 Diagnostické vyšetření sestrou

Do diagnostického vyšetření u obézních pacientů, prováděného všeobecnou sestrou, můžeme zařadit sběr anamnézy, odběry krve na laboratorní vyšetření, které se používá

především při zjišťování komplikací obezity, a stanovení sekundárních příčin obezity. Dále je velmi důležité zjistit energetický příjem a výdej potravy obézního pacienta (1).

Při zjišťování anamnézy u obézních pacientů se sestra zaměřuje na rodinnou, osobní, pracovní a farmakologickou anamnézu. V *osobní anamnéze* se zaměřuje na alergie, kouření, stravovací návyky, deprese, změny nálad, pokusy o redukci hmotnosti, změny váhy během života, poruchy spánku, komplikace spojené s obezitou, očekávání a motivace pacienta a fyzickou aktivitu v mládí, v dospívání a dospělosti (14). U fyzické aktivity se sestra zaměřuje na začátek a ukončení sportovní činnosti, úrazy a imobilizaci spojenou s úrazem a také na nástup do zaměstnání. U *rodinné anamnézy* se sestra dotazuje na výskyt obezity v rodině, či obezitu v těhotenství u matky. V pracovní anamnéze se zaměřuje sestra na typ práce a míru fyzické aktivity. Ve *farmakologické anamnéze* se zaměřuje na hormonální terapii, především na kortikoidy a estrogen, dále také na neuroleptika (22).

1.6.1.1 Vyšetřovací metody prováděné sestrou

Vyšetření zahrnuje zjištění váhy, výšky, BMI, rozměru obvodu pasu v rovině ve středu, obvodu boků, měření TK, stanovení procenta tuku v těle a zjištění rozsahu obezity u pacienta (23).

Body mass index (BMI) je nejčastěji používaná základní orientační metoda, při které sestra zjišťuje u pacienta úroveň nadváhy či obezity (Příloha 2). BMI se počítá poměrem váhy v kilogramech a druhé mocniny výšky v metrech: $BMI = \text{váha (kg)} / \text{výška(m)}^2$ (23). Tělesnou hmotnost sestra měří ráno na lačno. Váha musí být rozložena na obě nohy a pacient musí být v klidu, pouze ve spodním prádle bez obuvi. Tělesnou výšku pacienta měří sestra ráno na rovné ploše bez obuvi naboso nebo jen v tenkých ponožkách pomocí výškoměru (1). Normální hodnota BMI Evropanů je 18,5 až 24,9 kg/m² (2). Hodnocení BMI je základní ukazatel tělesného složení, ale u jedinců s nadměrně vyvinutou svalovou hmotou nebo s vysokým zastoupením tukové tkáně v těle může být výsledek při stanovení diagnózy nepřesný (1).

Obvod pasu se měří kvůli stanovení rozložení tuku v těle (Příloha 3). Obvod pasu sestra měří v polovině vzdálenosti mezi dolním krajem dolního žebra a crista illiaca v horizontální rovině. Hraniční hodnota u ženy je 102 cm a u muže 88 cm.

U měření obvodu boků pacient stojí rovně s končetinami u sebe. Pacient povolí břišní stěnu a sestra měří na konci normálního výdechu. Toto měření sestra provádí u maximálního vyklenutí hýždí v horizontální rovině. Měření se provádí s přesností na 0,5 cm.

Antropometrie se používá k vyšetření obsahu tukové tkáně v těle. Měření se provádí dvěma způsoby. První způsob je podrobné měření, které se používá podle Pařízkové, kdy se vyšetřuje 10 nebo 4 kožní řasy pomocí Bestova kaliperu (Příloha 4). Druhý způsob je orientační měření, které se provádí podle Durnina & Wommersley, kdy se vyšetřují 2 kožní řasy subskapulární nad tricipsem pomocí Holtainova kaliperu (Příloha 5).

Laboratorní vyšetření krve je další nedílnou součástí vyšetřovacích metod u obézního pacienta. Sestra nejčastěji odebírá krev obéznímu pacientovi na biochemické vyšetření, kdy odebere krev na glykemii nalačno a postprandiálně, HDL a LDL cholesterol, triglyceridy, kyselinu močovou, jaterní enzymy ALT, AST, ALP, GMT, bilirubin, dále ureu, kreatinin, ionty, moč chemicky a sedimentálně, STH a dále hematologické vyšetření na krevní obraz (1).

1.6.2 Edukační činnost sestry

Edukace pacienta je definovaná jako „*proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech*“. Jinak řečeno jedná se o výchovu a vzdělávání pacienta. Mezi základní formy edukace, které sestra k osvojení znalostí a dovedností pacienta může využít, patří například forma individuální, skupinová či instruktážní s praktickým cvičením (24).

Hlavním úkolem sestry v prevenci proti obezitě je vstupní, hloubková a pokračující edukace pacienta. Významem edukace pacienta sestrou je osvojení si znalostí,

dovedností a postojů ke zdravému životnímu stylu. Sestra by měla edukovat pacienta za přítomnosti a ve spolupráci s celou jeho rodinou. Důležité pro sestru je, aby přesvědčila pacienta a rodinu k aktivní spolupráci (25).

Pro pacienta je důležité, aby ho sestra edukovala o správných zásadách stravování pro trvalé snížení tělesné váhy. Pro rychlejší a efektivnější změnu stravovacích zvyků je vhodné informovat okolí o hubnutí, rozdělit si denní dávky jídel do pěti porcí, jíst jen v předem určený čas, veškeré nezdravé potraviny skladovat na hůře dostupném místě, večer si přesně stanovit jídlo na další den, určovat si množství kalorií, jíst malá sousta a pomalu, každé sousto minimálně 15x zkoušet, během jídla nepožívat alkohol, vyhýbat se občasnému zobání sladkostí a nepřidávat si. Dále sestra musí edukovat pacienta o vhodných a nevhodných potravinách. Mezi vhodné potraviny patří odtučněné mléčné výrobky, libové maso, zvěřina, ryby, kuře bez kůže, celozrnné výrobky, zelenina, houby, rýže, brambory, luštěniny a sója. Mezi nevhodné potraviny patří polotučné či tučné mléčné výrobky, tučné maso, uzené maso, kachna, husa, hranolky, lupínky, tuky jako např. slunečnicový olej, majonéza, sladkosti, ovoce jako např. banán, hroznové víno, olivy, ořechy či rozinky. Dále sestra musí edukovat pacienta o pitném režimu. Jako vhodné tekutiny by mohla doporučit pitnou a minerální vodu, zeleninové šťávy a zředěné ovocné šťávy. Mezi nedoporučované tekutiny patří slazené nápoje, limonády a silně slazený čaj (26).

1.6.3 Komunikace

Obézní pacienti se často kvůli své váze cítí být diskriminováni, a proto by sestra měla k pacientovi přistupovat empatičtěji a citlivěji (21).

Při komunikaci s obézními pacienty je vhodné, aby sestra podávala veškeré informace tak, aby jim pacient rozuměl, měl prostor pro dotazy a mohl projevit svůj názor (27).

Zmíněné zásady je nezbytné dodržovat, protože obézní pacienti jsou mnohdy kvůli své vysoké hmotnosti citlivější a vztahovačnější, než pacienti s váhou v normě. Obézní pacienti kvůli své váze mívají i psychické problémy, například deprese (8). V tomto

případě je nezbytné, aby sestra zaujala v komunikaci specifický postoj a depresivní náladu u obézního pacienta uměla rozpoznat. Péče o takového pacienta je pro sestru velmi náročná z několika důvodů. Pacient sestře dává najevo, že o její péči nestojí či si ji nezaslouží, a při vzniklé reakci se setra přestává snažit. Pro předcházení nepříjemným reakcím by sestra měla udržet klidný přístup vzoru dospělý k dospělému, aby se pacient necítil kritizován, poskytnout pacientovi dostatek času na rozmyšlení, zvolit mírnější tempo rozhovoru, rozebrat s ním různé varianty a pomáhat mu v rozhodování (27).

Je vhodné, když se sestra pacientovi snaží zvednout náladu například vlastními vtipnými historkami na určitý problém, aby pacient věděl, že ho sestra neodsuzuje (21).

1.6.4 Soběstačnost

Při příjmu obézního pacienta se sestra zaměřuje především na hodnocení soběstačnosti a sebezpečí pacienta. Sestra hodnotí, do jaké míry pacient zvládá všední denní úkony, do kterých se řadí celková hygienická péče, osobní hygienická péče, oblékání, stravování, přesun z lůžka na židli, přesun na WC a jeho použití a kontinence. Do jaké míry obézní pacient tyto činnosti zvládá, zjišťuje sestra pomocí Barthelova testu základních všedních činností. Bartelův test sestru vyplňuje většinou během příjmu pacienta. Obézní pacienti mají často problém s hybností, což velmi často vede k nesoběstačnosti pacienta a zvýšení zátěže pro sestry při provádění ošetrovatelských úkonů (18).

Při snížené pohyblivosti obézního pacienta je jeho převoz nebo přesun z místa na místo pro sestru velmi fyzicky náročný. Často sestra musí požádat o pomoc další sestru či sanitáře. Nejlepší tedy je, když při transportu či přesunu pacienta jsou sestře nápomocné dvě či více sester nebo jiný další zdravotnický personál (21).

Při přesunu obézního pacienta je nutné, aby sestra nejprve zhodnotila jeho fyzický a zdravotní stav. Je vhodné, aby při posouvání nemocného na lůžku, posazování nemocného, vertikalizaci či přesouvání obézního pacienta z lůžka na vozík byly přítomny alespoň dvě sestry. Povinností sestry v průběhu hospitalizace obézního pacienta je také zajištění pravidelného polohování a podpora v pohybu. Sestra má

za úkol obézního pacienta pravidelně polohovat z důvodu předcházení komplikacím, podpory soběstačnosti pacienta či jejího zdokonalení (20).

V nemocničních zařízeních se na standardních odděleních používají pomůcky se standardními nosnostmi. Výrobce Linete nebo MEDISSET CHIRONAX s.r.o. uvádějí jako standardní nosnost lůžka kolem 170 kg a nosnost chodítek kolem 130 kg. Vozíky pro ležící pacienty mají nosnost 120 kg a vozíky na převoz mají nosnost 100-120 kg (Příloha 10). V bariatrické péči se dle prodejce Promo reha používají lůžka s nosností až 500 kg (Příloha 11).

1.6.5 Hygienická péče a oblékání

Při příjmu obézního pacienta získává sestra, zdravotnický asistent a ošetřovatelka informace i ohledně hygienické péče. Zde se zaměřují na úroveň soběstačnosti pacienta v péči o kůži, vlasy, oči, uši, nos, dutinu ústní, genitál, chodidla a nehty a výměnu osobního prádla. U obézních pacientů často bývá soběstačnost při provádění hygienické péče snižena (28).

Sestra, zdravotnický asistent či ošetřovatelka si při přijímání pacienta na oddělení mohou všimnout, že obézní pacienti zapáchají. Zápach může být způsoben tím, že obézní pacienti se v domácím prostředí hůře dostávají do vany, proto jejich hygienická péče není dostatečná (29).

Kvůli snížené schopnosti pacienta provádět kvalitně osobní hygienu může sestra stanovit ošetřovatelské diagnózy jako například: 00108 Deficit sebepéče při koupání a hygieně v souvislosti se sníženou pohyblivostí, projevující se nedostatečnou hygienou, zápachem a nečistotou; nebo také 00109 Deficit sebepéče při oblékání a úpravě zevnějšku v souvislosti se zvýšením tělesné váhy, projevující se neupraveností a zápachem. Před provedením hygienické péče obézního pacienta ošetřovatelský personál musí zjistit, zda pacient má pomůcky pro hygienu, a pokusit se co nejvíce vyhovět pacientovým individuálním zvyklostem a co nejvíce pacienta motivovat ke spolupráci (28). Dále je potřebné, aby se ošetřovatelský personál s pacientem domluvil, jak mu koupel vyhovuje a v čem je pacient schopen pomoci (18).

Při provádění hygienické péče u částečně soběstačného obézního pacienta ošetrovatelský personál nejprve připraví potřebné pomůcky na dosah pacienta a dopomáhá mu s přepravou či převozem do koupelny či k umyvadlu. Mezi další činnosti patří sledování pacienta a dopomáhání mu při hygieně v místech, kde to pacient sám nezvládne. U obézních pacientů je to často na zádech, dolních končetinách, genitálu a pod břichem (28). Obézní pacient si tyto partie nedokáže sám dostatečně umýt, protože se nemůže ohnout přes břicho a boky, a to způsobí, že na dolní končetiny, genitál a záda nedosáhne. Ze stejného důvodu má obézní pacient problémy i při oblékání a obouvání (29).

Sestra musí stále motivovat pacienta k co nejvyšší soběstačnosti a chválit ho za snahu (28). U obézních pacientů při provádění hygienické péče, oblékání a obouvání výrazně stoupá riziko pádu, které může mít závažné následky. Proto je nutný soustavný dohled sestry nad pacientem (29).

Hygienická péče u nesoběstačného obézního pacienta je pro ošetřující personál fyzicky, psychicky i časově velmi obtížná. Hygienu ošetrovatelský personál provádí na lůžku nebo ve sprše. Ošetrovatelský personál musí obéznímu pacientovi zabezpečit hygienickou péči na lůžku alespoň 2x denně, a to ráno a večer. Při ranní hygieně se sestra věnuje dutině ústní, kde je zapotřebí zvýšená péče, dále obličej, krku, vrchní polovině těla a genitálu. Poté vše pečlivě usuší, především záhyby a genitál. Po ukončení umývání pacienta se sestra věnuje ošetření kůže a masáži zad a nakonec vymění a upraví lůžkoviny. U celkové hygienické péče ošetrovatelský personál opatrně přemístí obézního pacienta na vozík či koupací vanu a převeze ho do sprchy, nebo se hygiena provede na lůžku pacienta. Nejprve pacienta vysvlečeme, ale zároveň je nutné respektovat intimitu pacienta. Poté začneme s hygienickou péčí o obličej, ramena, paže, ruce, hrudník, břicho, dolní končetiny, záda a genitál. Nakonec upravíme vlasy a nehty. Při provádění hygienické péče na lůžku i ve sprše je žádoucí, aby péči provádělo více osob ošetrovatelského personálu kvůli náročnosti manipulace s obézním pacientem. U celkové hygienické péče je také podstatná péče o dutinu ústní a zuby, kterou si soběstačný či částečně soběstačný pacient provede sám u umyvadla či na lůžku za pomoci emitní misky, kartáčku, pasty a kelímku s vodou na vypláchnutí úst.

U nesoběstačného obézního pacienta dutinu ústní můžeme vypláchnout například roztokem heřmánku, borax glycerinem, nebo vytřít pomocí Pagavitových štětiček. V případě zubní protézy použijeme tekoucí vodu, kartáček a pastu. Zubní protézu vyjmeme, omyjeme pod tekoucí vodou a pečlivě vyčistíme. Poté zubní protézu vložíme do sklenice s vodou. Celková hygienická péče se provádí minimálně jednou za pět dní. Při provádění večerní hygieny má ošetřovatelský personál za úkol především zajistit pacientovy dobré podmínky pro spánek a dodržovat jeho spánkové zvyky (28).

1.6.6 Péče o kůži a nehty

Mezi základní vyšetřovací metody sestry patří i vyšetření pokožky obézního pacienta. Sestra musí oplývat dokonalými znalostmi patologických stavů kůže u obézních pacientů, aby mohla s přesností patologickou změnu včas zachytit či zhodnotit a nahlásit lékaři (18).

Obézní pacienti mívají ekzémy, plísně či zapářky, strie, otoky a rány na kůži mnohem častěji než pacienti s tělesnou váhou v normě. Ekzémy, plísně a zapářky se nejčastěji u obézních pacientů vyskytují pod kožními záhyby, kam se pacient hůře dostává (30). Aby sestra objevila zmíněná onemocnění, musí u obézního pacienta pravidelně sledovat barevné změny na kůži, kožní turgor, léze, otoky, nehty a vlasy. Tyto změny hodnotí jak pohledem, tak pohmatem (18).

U otoků by sestry měla hodnotit, zda jsou symetrické či asymetrické, měkké či tuhé (31). Mezi jednu z hlavních kožních změn u obézních pacientů především z pohledu špatné hygienické péče patří *intertigo* neboli opruzenina. Opruzeniny sestra může nejčastěji objevit u obézních pacientů v podpaží a tukových záhybech, kde vznikají působením potu. Dále pak v okolí genitálu, stehen, třísel, v gluteální rýze a v okolí konečníku. V těchto oblastech jsou způsobovány především únikem moči či stolice. U obézních žen se také velmi frekventované místo opruzenin nachází pod prsy (20). Mezi další ohrožená místa, která sestra musí u obézního pacienta kontrolovat, patří oblast pod kolena a ohyby loktů (18). Při hygienické péči těchto míst sestra nesmí používat žádná dráždivá mýdla. Opruzeniny musí pravidelně sprchovat vodou

a důkladně osoušet pouze přikládáním ručníku a pečlivě místa ošetřit mastí nebo pudrem (20).

Při péči o kůži nesmí sestra zapomenout i na kontrolu a péči o nehty u obézního pacienta. Především při ranní hygieně sestra musí pacientovi zkontrolovat délku a stav nehtů na ruce i na nohou. Převážně obézní a méně soběstační pacienti mají nehty na nohou hodně znečištěné z důvodu špatné dostupnosti k nehtům. Znečištěné nehty jsou tak velkým zdrojem infekce jak pro sestru, tak pro pacienta samotného (18).

Převážně u obézních pacientů s onemocněním diabetes mellitus hrozí zvýšené riziko infekce. Nehty na ruce sestra či specializovaný odborník stříhá do obloučku a na nohou rovněž, zároveň musí dbát na možné zvýšené riziko poranění pacienta při úpravě nehtů (20).

1.6.7 Péče o rány

Všeobecná sestra má za úkol se u obézního pacienta starat jak o zdravou kůži pacienta, tak i o porušenou pokožku pacienta. Sestra musí zajistit prevenci proti vzniku poškození integrity kůže, především vzniku dekubitů. Vznik dekubitů je velmi rychlý (18).

Sestra u takového pacienta pravidelně vyhodnocuje riziko vzniku dekubitů dle tabulky Nortonové. V této tabulce hodnotí spolupráci pacienta, věk, stav kůže, přidružená onemocnění, fyzický a psychický stav, mobilitu a inkontinenci. V případě, že screening sestře u pacienta vyjde pod 13 bodů, je u pacienta vysoké riziko vzniku dekubitů. U pacienta ohroženého vznikem dekubitů sestra musí dodržovat stanovené preventivní postupy (28).

U preventivních postupů sestra musí nejvíce dbát na polohování pacienta, hygienickou péči, úpravu lůžka a výživu obézního pacienta. Polohování je často pro pacienta nepříjemné a pro sestru fyzicky obtížné, ale je velmi nezbytné. Při polohování obézního pacienta si sestra může přivodit i potíže se zády a páteří, proto je výhodné, když jsou lůžka pro tyto pacienty vybavené antidekubitární matrací (32).

Je důležité, aby sestra od počátku minimalizovala rizika vzniku dekubitů, využívala pomůcky zabraňující vzniku dekubitů a podporovala aktivitu obézního pacienta, včas

plnila potřeby pacienta, lůžko udržovala v neustálé čistotě, v suchu, vypnuté, a kvalitně prováděla hygienu obézního pacienta (20).

Při již vzniklém dekubitu je sestra povinná zavést do dokumentace plán ošetřování rány. V plánu sestra pravidelně popisuje úvodní hodnocení rány, její lokalizaci, velikost, typ, vzhled, exudát a příčinu vzniku rány (33).

Při ošetřování dekubitu musí sestra dokonale prakticky ovládat převazování ran. Nejprve sestra provede hygienu rány. Poté ránu vypláchne roztokem (ringer roztok, fyziologický roztok, borová voda). Nadále ránu zhodnotí, ošetří okolí rány, vloží materiál na podporu hojení určený lékařem a poté řádně zafixuje a provede zápis převazu do dokumentace. U obézních pacientů se rány hojí pomaleji z důvodu omezení krevního průtoku způsobeného velkou tukovou vrstvou (34).

1.6.8 Vyprazdňování

Vylučování je jednou ze základních potřeb každého člověka. Při sběru informací u obézního pacienta se sestra zaměřuje na doménu vylučování, o čemž mají pacienti mnohdy zábrany rozmlouvat. Je nutné, aby tuto oblast sestra důkladně prověřila, ale zároveň byla k pacientovi diskrétní a taktní (18).

Informace o vylučování obézního pacienta sestra nejčastěji získá při sběru anamnézy a při kontrole zdravotnické dokumentace. Sestra při sběru dat o vyprazdňování moče od pacienta získává informace o frekvenci močení, vzhledu, barvě, zápachu, příměsích, problémech při vylučování, i o tom, zda pacient užívá nějakou medikaci ovlivňující močení. Při problémech s vylučováním moči je sestra povinná zajistit obéznímu pacientovi zvýšený příjem tekutin, zajistit soukromí a dostatek času, doprovodit pacienta na WC a zbavit ho napětí. U nesoběstačného obézního pacienta při nemožnosti si dojít na WC by sestra k lůžku měla zajistit pro muže močovou lahev a pro ženu podložní mísu a dopomoci pacientovi do Fowlerovy polohy.

Při sběru dat o vylučování stolice u obézního pacienta se sestra zaměřuje na frekvenci normální defekace, problémy při defekaci, co je způsobuje, kdy a jak často

se problémy projevují. Dále se zaměřuje na stravování, tekutiny, pohyb, léky a stres, barvu, hustotu, zápach a příměsi stolice. Dle získaných informací sestra může určit ošetrovatelskou diagnózu u obézního pacienta. Ošetrovatelská diagnóza může znít: 00011 Zácpa v souvislosti s nevyváženým stravováním, nedostatečným příjmem tekutin, sníženou fyzickou aktivitou, projevující se dlouhodobým nevyprázdněním stolice, bolestivostí, nadýmáním; dále 00110 Deficit sebepěče při vyprázdňování v souvislosti se sníženou pohyblivostí, projevující se neschopností přemístit se na toaletu, provést hygienickou péči po vyprázdnění (28).

U obézních pacientů se často objevují i hemoroidy z důvodu chronické zácpy a námahy vynaložené při vylučování stolice (18).

Mezi základní aktivity sestry při podpoře defekace u obézního pacienta patří zajistit obéznímu pacientovi dostatek soukromí při vylučování stolice, navrhnout mu cvičení na podporu defekace, omezovat plynatost u pacienta pomocí rektální rourky a podávat léky dle ordinace lékaře (28).

U imobilního obézního pacienta je nutné pro defekaci pacientovi připravit podložní mísu. Dopomocť pacientovi na podložní mísu je pro sestru velmi fyzicky náročné, proto je nutné, aby si přivolala pomoc. Po defekaci sestra musí pacientovi důkladně provést hygienickou péči genitálu, rekta a rukou (35).

1.6.9 Výživa

Stravování je další nezbytnou součástí zdravotní péče o obézní pacienty. Je známo, že i obézní pacienti mohou trpět podvýživou. Dle stavu a přidružených onemocnění je obéznímu pacientovi lékařem nebo obezitologem naordinovaná dieta. Sestra nebo zdravotnický asistent pravidelně kontrolují, zda pacient tuto dietu dodržuje (18).

Sestra, zdravotnický asistent či nutriční terapeut mají za úkol nejprve zjistit odlišnosti ve stravování obézního pacienta. Dále musí zhodnotit stav pacienta a zjistit, jaké hodnoty ve výživě pacient preferuje a zpět je obracet k normě. Zmíněné oblasti lze určit pomocí anamnézy a nutričního screeningu (36).

V nutričním screeningu sestra, zdravotnický asistent nebo nutriční terapeut zjišťují hodnotu BMI, zda pacient zhubl v posledních třech měsících, zda za poslední týden snížil příjem potravy či zda má pacient závažné onemocnění. Při sběru anamnézy se ošetrovatelský personál zajímá o soběstačnost při stravování, stravovací zvyky a problémy, i o pitný režim. Dále se zjišťuje, zda si pacient při propuštění z nemocnice zvládne sám nakoupit a uvařit si (20).

U obézního pacienta je výhodné, když je možné zajistit mu individuální dietu. Dietu sestavuje nutriční terapeut, který sestaví jídelníček dle onemocnění pacienta a potravin, které je obézní pacient schopen zkonsumovat (36).

Dieta pro obézního pacienta by měla obsahovat 100 % doporučeného příjmu sacharidů, vlákniny, minerálů a vitamínů. Bílkoviny, nejlépe rostlinného původu, by měly tvořit 10 % přijímaných živin, je důležité také zvýšit příjem ovoce a zeleniny, luštěnin a snížit množství soli. Sladkosti obézní pacienti nemusí úplně vylučovat ze svého jídelníčku. Malé množství je povoleno proto, aby obézní pacienti lépe dodržovali dietní režim (37).

Je nutné, aby ošetrovatelský personál sledoval pacientův příjem potravy, aby byl schopen vyhodnotit, zda obézní pacient zmenšil za poslední týden příjem potravy či nikoli (36).

1.6.10 Odběr krve u obézního pacienta

Odběr krve patří mezi základní kompetence sestry. Na sestru jsou v průběhu odběru krve kladeny velké nároky na zajištění kvalitního vzorku. Nesprávně odebraný vzorek od pacienta může vést k nesprávnému vyhodnocení v laboratoři, což následně ovlivňuje celkovou léčbu a dobu hospitalizace pacienta (38).

Je důležité, aby u obézního pacienta sestra správně vybrala místo odběru, což není vždy jednoduché. Sestra musí zajistit vhodnou polohu paže pacienta a zkontrolovat, zda na paži nejsou další i. v. vstupy, jizvy a zda na dané straně nehrozí riziko vzniku lymfedému. Nejlépe se sestře odebírá krev z kubitální žíly, ale také může využít žíly na hřbetu ruky a předloktí obézního pacienta. Žíla vhodná k odběru krve musí být

měkká, pružná, a po stlačení by se měla žíla znovu naplnit. Mezi nevhodné žíly patří žíly hmatatelné, klouzavé, dobře viditelné. Uvedené žíly jsou většinou sklerotické a rychle praskají. Při zatahování končetiny turniketem sestra nesmí traumatizovat kůži obézního pacienta pro lepší viditelnost žíly (18).

U obézních pacientů se mnohdy stává, že žíly jsou málo viditelné a hmatné. Proto sestra pro lepší viditelnost žil může využít masáže paže od zápěstí až po loket, přiložit na odběrové pole teplý obklad okolo 40°C na 5 minut či spuštění paže podél kraje lůžka. V případě, že se stále nedaří vzorek krve odebrat, může sestra změnit umístění jehly, vyměnit zkumavku, povolit nadměrně utaženou manžetu či změnit vakuový uzavřený systém za jehlu a stříkačku. V případě použití jehly a stříkačky musí sestra manipulovat s pístem pozvolna z důvodu hrozící hemolýzy a traumatizování žilní stěny a krev ze stříkačky musí pozvolna vstříkovat do zkumavky po její stěně, aby se krev nepěníla (39).

1.6.11 Vyšetření krevního tlaku

Obézní pacienti velmi často doprovází i hypertenze. Tato dvě onemocnění spolu úzce souvisí, ale původ vzniku onemocnění bohužel není jasný (40).

Při měření krevního tlaku u obézního pacienta se sestra musí informovat u pacienta o provedených činnostech před měřením krevního tlaku. Dále musí správně zvolit velikost manžety dle obvodu paže obézního pacienta a správně ji přiložit, aby neškrtila. Obézní pacienti mají nejčastěji obvod paže okolo 33-41 cm, kdy správná šířka manžety je 15 cm a délka manžety okolo 33 cm. Při obvodu paže nad 41 cm se přikládá manžeta o šířce 18 cm a délce 36 cm.

Dále se sestra musí optat pacienta, zda užívá léky na hypertenzi. Při měření krevního tlaku u obézního pacienta se může stát, že tlak krve klasickou metodou nelze změřit. Důvodem toho může být chybná velikost manžety či její chybné přiložení, rychlé vypouštění manžety, zaškrtnutí paže nebo nevhodná doba pro měření.

Pro obézního pacienta je nutné, aby sestra zvolila širokou šířku manžety pro optimální měření krevního tlaku (18). V případě nemožnosti měření krevního tlaku

auskultační metodou lze krevní tlak změřit palpační metodou, kdy se místo použití fonendoskopu pulz nahmatá (28).

1.7 Současnost a budoucnost obezity

Na celém světě za jeden rok zemře v důsledku obezity okolo 2,8 milionů lidí. Mezi rokem 1980 až rokem 2008 se dle WHO prevalence obezity zdvojnásobila (Příloha 12). V roce 2008 bylo zaznamenáno, že 10 % mužů a 14 % žen na celém světě mělo diagnostikovanou obezitu (41).

Obezita se celosvětově považuje za epidemii. Obézních pacientů je v dnešní době takové množství, že není v silách všech zdravotních zařízení, aby poskytly odbornou péči všem obézním pacientům. Dnešní pacienti se při samostatném řešení obezity formou dietního opatření a změně životního stylu neustále točí v kruhu. Nějaký čas dietní opatření dodržují, ale za nějakou dobu se znovu vracejí ke starým návykům (42).

Obezita se nedá vyléčit jednorázovými dietami, tabletami či koktejly. U obézních pacientů je potřebné, aby se postupovalo v léčbě a ošetrovatelské péči postupně a systematicky. Je potřebné, aby všichni personál působil na negativní emoce a postoje obézního pacienta. K dosažení optimálních výsledků se dnes již využívá behaviorální psychoterapie, se kterou se výrazně počítá i v budoucnosti. Účinnost této metody je potvrzená mnoha zahraničními studii a nadále i v České republice probíhají časté konference pro výuku zdravotnického personálu (43).

Mezi další prospěšné činnosti pro budoucí řešení obezity patří větší zapojení zdravotních pojišťoven na zvýšené hrazení preventivních programů proti obezitě. Ředitel AMA Ardis Hoven potvrdil, že očekává start informativních kampaní pro zdravotníky a pacienty (44).

V dnešní době se do nemocniční péče dostávají pacienti s tělesnou váhou okolo 200 kilogramů. Na takovou váhu standardní nemocniční zařízení nejsou uzpůsobena a disponují nevyhovujícími pomůckami. Bohužel velmi často se stává, že pacienti

s takovouto váhou mohou být nemocničním zařízením odmítnuti. Zásadním řešením tohoto problému představuje vznik bariatrických a obezitologických center, kterých ale v naší zemi není dostatek. Budoucností pro řešení tohoto problému je obstarání vhodného technického vybavení pro nemocniční zařízení. Některá nemocniční zařízení si problematiku obézních pacientů uvědomují a postupně svá oddělení vybavují vhodnými pomůckami pro obézní pacienty (45).

Dnes již existuje několik asociací, které se zabývají studiem, prevencí, diagnostikou a léčbou obezity. Mezi nejznámější patří Evropská asociace pro studium obezity, Evropská skupina pro dětskou obezitu, Mezinárodní federace pro chirurgii obezity - Evropská větev a International Obesity Task Force.

Stěžejní pro budoucnost v léčbě obezity je zajištění komplexní péče o obézní pacienty. Toho lze dosáhnout pouze zvýšením počtu center pro diagnostiku a terapii obezity, obezitologů a dalších specialistů. Dále bude nutné zajistit zvýšenou edukaci pacientů od praktických lékařů, rozšířit počet redukčních klubů a zapojit do edukační činnosti mediální prostředky (46).

2 Cíle práce

2.1 Cíl práce

Zjistit úroveň náročnosti ošetrovatelské péče o pacienty trpící obezitou ve zdravotnických zařízeních.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jak jsou obézní pacienti spokojeni s poskytovanou ošetrovatelskou péčí?
2. S jakými nejčastějšími problémy se ošetřující personál setkává v ošetrovatelské péči o obézního pacienta?
3. Jak náročné je pro ošetrovatelský personál poskytovat ošetrovatelskou péči pacientovi s obezitou?

3 Metodika

3.1 Technika sběru dat

Pro splnění stanovených cílů v bakalářské práci *Obezita jako ošetrovatelský problém* byla zvolena kvalitativní forma výzkumného šetření. Výzkumné šetření probíhalo v dubnu 2014 formou polostrukturovaného rozhovoru s respondenty (Příloha 13). Rozhovory s respondenty byly vedeny individuálně, nedirektivní formou pokládání otázek. Pro získání odpovědí jsem zvolila osobní setkání s respondenty v Oblastní nemocnici Kolín, a.s., kde skupinu respondentů tvořilo pět sester a pět pacientů po schválení žádosti Ireny Šandové, hlavní sestry Oblastní nemocnice Kolín, a.s.

Rozhovory probíhaly celkově s deseti respondenty z řad sester a pacientů. Respondenti byli plně seznámeni se záměrem rozhovoru, plnou anonymitou a možností rozhovor odmítnout. Navrhovanou možnost odmítnout rozhovor využili dva pacienti z chirurgického oddělení a jeden pacient z interního oddělení. Z řad všeobecných sester možnost neposkytnout mi rozhovor nezvolil nikdo. Otázky pro rozhovor jsem měla předem připravené v tištěné formě a před rozhovorem jsem je ponechala k dispozici respondentům k bližšímu prostudování (Příloha 14). Soubor otázek pro rozhovory s respondenty byly určeny ke splnění stanovených cílů a výzkumných otázek. Rozhovory jsem po souhlasu respondentů zaznamenávala na diktafon.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumné šetření probíhalo celkově s deseti respondenty. Tři respondenty představovaly všeobecné sestry na chirurgickém oddělení a dva respondenty tvořily všeobecné sestry z Interního oddělení v Oblastní nemocnici Kolín, a.s.

Polostrukturované rozhovory probíhaly jednotlivě v zasedací místnosti nemocnice. Rozhovory se třemi pacienty probíhaly jednotlivě na vyšetřovacích odděleních kvůli

soukromí pacientů. Se dvěma pacienty rozhovory probíhaly na pokoji pacientů pro nemožnost jejich přemístění z lůžka. Tři pacienti byli hospitalizovaní na interním oddělení a dva pacienti byli hospitalizovaní na chirurgickém oddělení. Pacienti byli různého věkového rozmezí. Vhodné pacienty pro uskutečnění výzkumného šetření jsem vybrala dle spočítané hodnoty BMI. Před uskutečněním rozhovorů jsem získala souhlas od všech respondentů z řad sester i pacientů a informovala jsem je o anonymitě zpracovaných dat. Rozhovory byly pro pozdější zpracování nahrány na diktafon.

Tab. č. 1: Počet respondentů na odděleních

ODDĚLENÍ	SESTRY		PACIENTI	
	Realizované rozhovory	Odmítnuté rozhovory	Realizované rozhovory	Odmítnuté rozhovory
INTERNA	2	0	3	1
CHIRURGIE	3	0	2	2
CELKEM	5	0	5	3

4 Výsledky

Výzkumné šetření probíhalo se sestrami na interním a chirurgickém oddělení. Rozhovory byly rozřazeny do 9 kategorií určující náročnost péče a komplikace s oběžními pacienty. Rozhovory s pacienty probíhaly na interním a chirurgickém oddělení v Oblastní nemocnici Kolín, a.s. a byly rozděleny do 10 kategorií určujících spokojenost pacientů s ošetrovatelskými činnostmi a přístupem všeobecných sester k oběžním pacientům. Rozhovory byly následně zakódovány do kategorizačních tabulek.

4.1 Kategorie u rozhovorů se sestrami

Ve výzkumném šetření prováděném u všeobecných sester bylo stanoveno 9 kategorizačních skupin.

-
- 1. Komplikace při manipulaci s pacientem**
 - 2. Komplikaci při odběru venózní krve**
 - 3. Komplikace při hygienické péči**
 - 4. Komplikace při stravování pacientů**
 - 5. Komplikace při vyprazdňování pacienta**
 - 6. Pomůcky k manipulaci s pacientem**
 - 7. Časová náročnost při péči o oběžního pacienta**
 - 8. Náročnost péče o oběžní pacienty**
 - 9. Nemožnost postupovat dle standardů**
-

4.1.1 Komplikace při manipulaci s pacientem

V této kategorii jsem se zaměřila na nejčastější komplikace při manipulaci s obézním pacientem. Všechny dotazované sestry uvedly, že komplikací je mnoho. Každá z dotazovaných sester však zdůraznila jinou komplikaci. Přesto S1, 3, 4 se shodly na problému s přesunem pacienta z lůžka. Dále S3 ještě upozornila na hrozící riziko úrazu pacientů i zdravotnického personálu kvůli velké tělesné váze obézního pacienta. S2 uvedla, že největší komplikaci má při nespolupráci pacienta a nedostatečné sebekritice pacienta. S5 u rozhovoru uvedla, že má největší problém s převozem pacienta na vyšetření. Přesně odpověděla: „Při manipulaci jsou obtížné převozy pacientů na vyšetření, kdy se musí přesunout z lůžka a dovést k sanitě nebo do ambulancí. Uvézt takového pacienta je náročné i pro muže, natož pro mě.“

Komplikace:	
Přesun z lůžka	S1, S3, S4
Špatná spolupráce	S2
Nesoudnost pacienta	S2
Riziko úrazu	S3
Převoz na vyšetření	S5

4.1.2 Komplikace při odběru venózní krve

Při rozhovoru jsem se zaměřila na kategorii nejčastějších komplikací při odběrech krve u obézních pacientů. U této otázky jsem získala odpovědi převážně totožné od všech dotazovaných sester. Možnost obtížného vyhledání žil u obézního pacienta uvedly S1,S2,S3,S4,S5. S2 a S4 dále uvedly, že největší komplikace pocítují u poškozeného žilního systému obézních pacientů. S1 uvedla: „Tak nejčastější komplikací je, že tito pacienti mají žíly, které je obtížné vyhledat.“ S2 uvedla: „Při odběrech krve je velmi obtížné najít vhodnou žílu, a když už jí najdete, tak zajistit, aby žíla vpich vydržela, protože obézní pacienti mají žilní systém poškozený.“ Sestra 3 mi odpověděla: „Nemohu často vyhledat vhodnou žílu. Obézní pacienti přes velké množství tukové tkáně nemají

žily hmatné ani viditelné a odebrat krev je mnohdy výkon vhodný medaile.“ S4 uvedla: „Nejčastější komplikací je vyhledání vhodné žíly. Velký problém je, že tito pacienti mají často žíly sklerotické a po vpichu žíla praskne a je nutné znovu žílu najít, což není jednoduché.“ S5 shodně odpověděla: „Největší problém je najít žílu, protože přes množství tuku žíly nejsou viditelné a je téměř nemožné krev odebrat. Většinou se to podaří až po více pokusech.“

Komplikace:	
Vyhledání žíly	S1, S2, S3, S4, S5
Poškozený žilní systém	S2, S4

4.1.3 Komplikace při hygienické péči

V této kategorii se především zaměřuji na veškeré komplikace při provádění hygienické péče u obézních pacientů. Při provádění hygienické péče se sestry převážně v odpovědích shodovaly. Provádění hygienické péče je pro sestry nejčastěji komplikované z důvodu obtížné přístupnosti tělních partií u obézních pacientů. Zmíněnou skutečnost uvedly S1, S3. Další zmiňovaná komplikace, kterou uvedly S2, 3 se týkala obtížného přesunu obézního pacienta. Další komplikací týkající se obtížné spolupráce s obézním pacientem uvedly S4, 5, které také zmínily obtížnou manipulaci s obézním pacientem v koupací vaně. S1 ohledně špatně přístupných partií obézního pacienta zmínila: „Při hygienické péči se setkávám s mnoho komplikacemi. Mezi nejčastější z nich patří obtížná dostupnost partií u obézního pacienta, kdy přes záhyby nemůžeme řádně pacienta omýt.“ S2 ohledně obtížného přesunu obézního pacienta uvedla: „Nejčastějším problémem při hygieně pacienta je velká rozloha pacienta, kdy je obtížné ho přemístit na koupací vanu nebo i otočit na lůžku.“ Ohledně obtížné spolupráce a manipulace s pacientem v koupací vaně S4 uvedla: „Jako největší problém považuji obtížnou spolupráci obézního pacienta a manipulace s pacientem v koupací vaně. Člověk musí neustále dávat pozor, aby pacient z vany nepřepadl, nebo sledovat, aby vana jeho váhu snesla.“ S5 uvedla: „Problém je u imobilních obézních pacientů,

kdy nejsou schopni ani minimální spolupráce. Poté není možné řádně pacienta umýt, protože je manipulace s ním téměř nemožná.“

Komplikace:

Přístupnost tělních partií	S1, S3
Přesun pacienta	S2, S3
Obtížná spolupráce	S4, S5
Obtížná manipulace v koupací vaně	S4, S5

4.1.4 Komplikace při stravování pacientů

Pro správné stravování obézních pacientů při hospitalizaci v nemocničním zařízení je pacientům většinou ordinovaná redukční dieta. Redukční dietu ordinuje ošetřující lékař a nutriční terapeutka nemocničního zařízení. Pacientům je strava dovážena z nemocniční jídelny v připravených jídelních boxech.

Sestry při otázce zaměřené na stravování obézních pacientů nejčastěji odpovídaly, že obézní pacienti nedodržují naordinovanou dietní léčbu. Zmíněnou možnost zodpověděly S1, S2, S5. S3, 4 na položenou otázku odpověděly, že při stravování pacientů nemají žádné problémy, nebo si žádných nejsou vědomy. S5 přesně odpověděla: *„Tito pacienti nedodržují dietní opatření naordinované lékařem a dopřávají si sladkosti nebo potraviny, které mají z vlastních zásob nebo jim je stále donáší rodina pacienta.“* S4 žádné problémy při stravování nezaznamenala: *„Zatím se mi nikdy nestalo, že bych musela řešit nějaký problém týkající se stravování u obézních pacientů.“*

Komplikace:

Žádné	S3, S4
Nedodržování diety	S1, S2, S5

4.1.5 Komplikace při vyprazdňování pacienta

Vyprazdňování obézních, především imobilních pacientů je velmi obtížné. Sestry používají podložní mísy, pleny či permanentní močové katetry. Na položenou otázku: *S jakými nejčastějšími komplikacemi se potýkáte při vyprazdňování obézního pacienta?* mi byly poskytnuty odpovědi týkající se obtížného polohování na podložní mísu. Tuto odpověď zdůraznily S1, 4. S1 mi sdělila: „*Při dopomoci u vyprazdňování je obtížné dát pacientovi i podložní mísu. Pacienti jsou těžcí a je často nutná dopomoc.*“ S4 dále uvedla komplikaci se zajištěním mikce u obézních imobilních pacientů: „*Obtížné je pacienta napolohovat na podložní mísu. Většinou musím požádat o pomoc jinou sestru, aby mi pacienta pomohla otočit. Dále si myslím, že komplikace se vyskytují i při močení, kdy močové lahve jsou nevyhovující, protože pacienti často moč vylíjí do postele a někteří pacienti PMK odmítají.*“ Jako další možnosti komplikací při vyprazdňování sestry uváděly fyzickou náročnost, což uvedly S3, S5, a nevyhovující pomůcky, především nevyhovující velikost plenkových kalhotek uvedla S2 a S3.

Komplikace:	
Zajištění mikce	S4
Obtížná manipulace	S1, S4
Fyzická náročnost	S3, S5
Nevyhovující pomůcky	S2, S3

4.1.6 Pomůcky k manipulaci s pacientem

Ve stanovené kategorii jsem se zaměřila na pomůcky, které sestry využívají k manipulaci s obézním pacientem a které jim v této práci nejvíce pomáhají. Nejčastější používanou pomůckou k manipulaci s pacientem dle výzkumného šetření je hrazdička a látková podložka. Tuto odpověď uvedly S1, 2, 3, 4 a 5. Další nejčastější odpovědí, kterou uvedly 3 z 5 dotazovaných sester, byly postranice u lůžka. Zmíněnou odpověď uvedly sestry S3, S4 a S5. Další zmiňované pomůcky zahrnovaly madla, antidekubitní pomůcky, lehátko, vozík, látkovou podložku, klouzavou podložku Magic. S1 přesně uvedla: „*Nejčastější pomůcka k manipulaci s pacientem je hrazdička u lůžka a látková*

podložka pod pacientem pro vyzdvižení pacienta. Bez těchto pomůcek se často neobejdu téměř u každé manipulace s obézním pacientem.“ S2 odpověděla: „Nejvíce využívám pomůcky jako je hrazdička, podložka a antidekubitní pomůcky, pro lepší manipulaci, polohování s pacientem.“ S3 uvedla: „Pomůcek, které by vyhovovaly pro tyto pacienty, moc není, ale hrazdička je neužitečnější pomocník. Dále často využívám postranice a podložku, jak látkovou, tak rolbovou.“ S4 mi sdělila: „Nejčastěji využívám hrazdičku, podložku, postranice, vozíky nebo lehátka. Zkrátka všechny dostupné pomůcky, co tu na oddělení máme. Velmi často také využívám antidekubitní pomůcky“. S5 odpověděla: „Nejčastěji využívám pomůcky, jako jsou postranice, hrazda a madla k přidržení pacienta a podložka.“

Pomůcky:	
Usnadňující pohyb pacienta:	
Hrazdička	S1, S2, S3, S4, S5
K zabezpečení pacientů:	
Postranice	S3, S4, S5
Madla	S5
Antidekubitní pomůcky	S2, S4
K převozu pacienta:	
Vozík, Lehátko	S4
K polohování pacienta:	
Látková podložka	S1, S2, S3, S4, S5
Klouzavá podložka Magic	S3

4.1.7 Časová náročnost v ošetrovatelské péči o obézního pacienta

V kategorii časové odlišnosti při péči o obézního pacienta oproti pacientovi s BMI v normě jsem se pokusila zjistit, jak moc se čas strávený ošetrovatelskou péčí u obézního pacienta u jednotlivých sester liší. Každá sestra přistupuje k ošetrovatelským úkonům individuálně, a proto se odpovědi sester liší. Sestry 1, 2 nedokázaly časový rozdíl podrobně určit. S1 odpověděla: „Časovou náročnost je velmi těžké odhadnout. Velmi záleží na stavu a přidruženým nemocem pacienta.“ S2 uvedla: „Časová náročnost je rozdílná. Někdy to trvá déle a někdy je to jako u jiných pacientů.“ Sestra 3 uvedla, že u obézního pacienta stráví přibližně o 15 minut déle než u pacienta s BMI v normě. U této otázky S4 a S5 uvedly, že péče o obézního pacienta dle jejich slov trvá o 20 minut déle, než o pacienty s BMI v normě.

Časový rozdíl:

Nelze určit	S1, S2
15 minut	S3
20 minut	S4, S5

4.1.8 Náročnost péče o obézní pacienty

V této kategorii jsem položila dotazujícím sestřím otázku: *Do jaké míry zvládáte péči o obézního pacienta sama?* Položenou otázkou jsem chtěla zjistit především rozsah náročnosti ošetrovatelské péče o obézní pacienty. Z výzkumného šetření dle odpovědi sester vyplynulo, že obézní pacienti opravdu pro všeobecné sestry představují velkou fyzickou zátěž a často potřebují pomoc u jednotlivých výkonů, jako je hygienická péče, vyprazdňování nebo polohování, od jiné sestry či dalšího personálu. S2, S3, S5 uvedly, že při vykonávání ošetrovatelské péče u obézních pacientů, především u hygienické péče, vyprazdňování, polohování nebo jiné manipulace si přivolávají na pomoc další sestru. S2 uvedla: „Práce sestry je obtížná sama o sobě a při polohování, zvedání, nebo podobných činnostech si dopomoc sestry musím obstarat.“ S1 a S4 uvedly, že si přivolávají také pomoc další sestry, ale snaží se uvedené činnosti (hygienická péče, vyprazdňování) nejdříve zvládnout samy.

Náročnost ošetrovatelské péče:	
Maximální náročnost péče:	
Hygienická péče	S2, S3, S5
Vyprazdňování	S2, S3, S4
Polohování	S2, S3, S4

Náročnost ošetrovatelské péče:	
Částečná náročnost péče:	
Hygienická péče	S1, S4
Vyprazdňování	S1, S4

4.1.9 Nemožnost postupovat dle standardů

Při vykonávání své praxe jsem se často setkala s tím, že kvůli nespolupráci s pacienty bylo dosti obtížné některé ošetrovatelské činnosti provést dle standardních postupů. To mě vedlo k vytvoření této kategorie, kdy jsem chtěla zjistit, zda se všeobecné sestry s takovou možností ve své praxi také u obézních pacientů setkaly. S2 a S5 odpověděly, že se nikdy nesetkaly s tím, že by péči nemohly vykonat dle standardů. S5 přesně uvedla: „Vždy si musím nějak poradit. Nezáleží na tom, jestli se úkon provede hned nebo později, ale vždy jsem ho vykonala.“ Dále S1, S3, S4 uvedly, že nemohly vykonat hygienickou péči dle platných standardů. Dále S4 na tuto otázku odpověděla, že nemohla dle platných standardů provést cévkování u obézního pacienta. Přesně odpověděla: „Bohužel se mi přihodilo, že jsem neprovedla dle standardních postupů cévkování a hygienickou péči. U nespolupracujícího pacienta jsou tyto výkony náročné a ne vždy se povede sterilní zavedení močového katetru a u hygienické péče je obtížné důkladně omýt veškeré partie těla obézního pacienta.“

Standard	
Nikdy	S2, S5
Cévkování	S4
Hygienická péče	S1, S3, S4

4.2 Kategorie u rozhovorů s pacienty

Ve výzkumném šetření prováděném u pacientů hospitalizovaných v nemocničním zařízení bylo stanoveno 10 kategorizačních skupin.

1. Věk, pohlaví, oddělení a BMI pacientů
2. Omezení pacientů v běžných činnostech
3. Komplikace způsobené obezitou
4. Spokojenost s ošetrovatelskou péčí
5. Spokojenost či nespokojenost s přístupem personálu
6. Spokojenost s činnostmi sester
7. Nepříjemné pocity pacientů při dopomoci sester
8. Změna chování sester
9. Možnosti usnadňující péči o obézní pacienty
10. Změna v celkové péči o obézního pacienta

4.2.1 Věk, pohlaví, oddělení a BMI pacientů

Při provádění výzkumného šetření byli pacienti různé věkové kategorie. Věk dotazovaných pacientů se pohyboval od 49 let do 65 let. Z dotazovaných pacientů byli tři pacienti mužského pohlaví a dva pacienti ženského pohlaví:

P1 50letý muž hospitalizovaný na interním oddělení s BMI střední obezita.

P2 je 65letá žena hospitalizovaná na interním oddělení s BMI střední obezita.

P3 je 52letá žena hospitalizovaná na interním oddělení s BMI střední obezita.

P4 je 49letý muž hospitalizovaný na chirurgickém oddělení s BMI střední obezita.

P5 je 61letý muž hospitalizovaný na chirurgickém oddělení s BMI střední obezita.

1. Věk:	
49	P4
50	P1
52	P3
61	P5
65	P2

2. Pohlaví:	
Muž	P1, P4, P5
Žena	P2, P3
3. Oddělení:	
Interní oddělení	P1, P2, P3
Chirurgické oddělení	P4, P5
4. BMI:	
Středně obézní	P1, P2, P3, P4, P5

4.2.2 Omezení pacientů v běžných činnostech

Pacienti s obezitou mají spoustu omezení především co do vykonávání určitých činností. Proto jsem se v této kategorii zaměřila právě na činnosti pacientů, při kterých pacienty jejich obezita omezuje. Z výzkumu vyplynulo, že dva z pěti dotazovaných pacientů obezita omezuje ve všech běžných činnostech. Zmíněnou odpověď uvedli P2, 5. P2 a P5 vyžadují dopomoc od všeobecných sester ve všech denních činnostech, jako je hygienická péče, stravování, vyprazdňování, pohyb. Dále pacienti 1, 3 uvedli, že činnost, ve které je obezita nejvíce omezuje, je samotný pohyb. „*Nejvíce mi vadí, že při oblékání si nemůžu natáhnout ponožky nebo mám problém při obouvání.*“ Uvedenou větu uvedl pacient 4, když mi odpovídal na otázku: *Konkretizujte prosím nějaké činnosti, při kterých vás obezita omezuje v běžném životě?*

Omezující činnosti:	
Veškeré běžné činnosti	P2, P5
Oblékání	P4
Obouvání	P4
Pohyb	P1, P3

4.2.3 Komplikace způsobené obezitou

Uvedená kategorie je zaměřena na komplikace spojené s obezitou u dotazovaných pacientů. Pro zjištění výsledků jsem pacientům položila otázku: *Uvedte prosím komplikace spojené s obezitou, které se u vás vyskytují?* Na položenou otázku P1, P2, P3, P5 odpověděli, že mají diagnostikovaný diabetes mellitus II. typu. Dále P3, P4, P5 uvedli jako komplikaci arteriální hypertenzi. P2 krom diabetu mellitu také uvedl jako

komplikaci ischemickou chorobu srdeční. P4 měl také diagnostikovanou cholelithiazu. P5 krom již uvedeného diabetu mellitu a hypertenze měl také diagnostikovanou artrózu II. stupně. Obézní pacienti nemají povědomí, že jejich onemocnění s obezitou úzce souvisí. Odpověď uvedli P2, P4 a P5 měl pouze částečné povědomí.

Komplikace:	
Diabetes mellitus	P1, P2, P3, P5
Arteriální hypertenze	P3, P4, P5
Cholelithiaza	P4
Artróza	P5
Ischemická choroba srdeční	P2
Povědomí o onemocnění způsobené obezitou:	
Ano	P1, P3
Částečné	P5
Ne	P2, P4

4.2.4 Spokojenost s ošetrovatelskou péčí

Obézní pacienti dle předchozích otázek pokládaných všeobecným sestrám jsou náročnou skupinou pacientů. Proto jsem chtěla touto kategorií zjistit, jak jsou obézní pacienti spokojeni s poskytovanou ošetrovatelskou péčí. Pacientům jsem postupně pokládala otázku: *Jak jste spokojen/a s poskytováním ošetrovatelské péče během hospitalizace?*

Z výsledků vyplynulo, že všichni pacienti jsou s poskytovanou péčí od všeobecných sester spokojeni. Pouze P1, P4 uvedli drobné nespokojenosti týkající se nepříjemných poznámek mířících na jejich tělesnou hmotnost. P1 přesně sdělil „*Nemůžu si stěžovat. Sestřičky jsou hodný, doktoři taky. Jenom mě trápí, že se se mnou musí občas tahat a někteří z personálu mají takové poznámky jako: chlape, vy jste ale těžký.*“ Naopak P2, P3, P5 projevíli naprostou spokojenost. P5 sdělil: „*Vždy jsou sestry ochotné a pomůžou mi, kdykoli něco potřebuji.*“

Spokojenost s péčí:	
Naprostá spokojenost	P2, P3, P5
Částečná spokojenost	P1, P4

4.2.5 Spokojenost či nespokojenost s přístupem sester

Na předchozí kategorii navazuje kategorie spokojenosti či nespokojenosti s přístupem personálu k obézním pacientům. Pacientů jsem se dotazovala, zda si jsou vědomi nějaké situace, kdy byli spokojeni či nespokojeni s poskytovanou ošetrovatelskou péčí. P1 mi odpověděl: „*Nevzpomenu si, jestli jsem byl někdy nespokojený. Občas slychávám poznámky jako, že bych mohl zhubnout, ale já jsem člověk, který si tohle moc k srdci nebere a neuráží mě to.*“ P2 mi odpověděl: „*Nespokojená jsem byla pouze, když jsem musela dlouho čekat na výměnu pleny. To bylo velmi nepříjemné. Chápu, že tu nejsem jediná, ale být ve špinavé pleně je velmi nepříjemné.*“ P3 mi odpověděl: „*Nikdy jsem nebyla nespokojená. Já jsem s osobním přístupem sester naprosto spokojená*“. P4 mi odpověděl: „*Jedinou připomínku mám právě k těm nepříjemným poznámkám týkajících se váhy, ať si to říkají, ale za dveřmi.*“ P5 mi odpověděl: „*Nikdy jsem nezaregistroval nějaký problém, kdy by mě vyjadřování nebo chování sester urazilo nebo zosobilo.*“ Z odpovědí tedy vyplývá, že většina dotazovaných pacientů (P1, P3, P5) je s přístupem sester spokojena. P2, P4 mají drobné výhrady.

Spokojenost či nespokojenost:	
Naprostá spokojenost	P1, P3, P5
Dlouhá časová prodleva při výměně plen	P2
Nepříjemné poznámky	P4

4.2.6 Spokojenost s činnostmi sester

Sestry v péči o obézní pacienty provádějí mnoho ošetrovatelských činností a tato kategorie se zaměřuje na činnosti sester, se kterými jsou pacienti nejvíce spokojeni. Odpovědi pacientů byly rozmanité a každý z dotazovaných pacientů vyjádřil spokojenost s jinou činností. P1 uvedl naprostou spokojenost se všemi ošetrovatelskými činnostmi ze strany sester. P2 byl spokojený s chováním a vystupováním sester vůči pacientově osobě. P3 uvedl spokojenost s dopomocí při hygienické péči. P4 uvedl spokojenost s mírou poskytovaných informací, týkajících se ošetrovatelských výkonů ze strany všeobecných sester. P5 byl spokojen při dopomoci s vyprazdňováním.

Spokojenost s činnostmi:	
Spokojenost se vším	P1
Informovanost	P4
Chování sester	P2
Hygienická péče	P3
Dopomoc při vyprazdňování	P5

4.2.7 Nepříjemné pocity pacientů při dopomoci sester

Při vykonávání ošetrovatelských činností u obézního pacienta sestry dopomáhají pacientům v různých činnostech, kdy je tato dopomoc pacientům nepříjemná. Z odpovědí pacientů jsem zjistila, že převážně je jim nepříjemná dopomoc sester, kde je odhalena jejich intimita. P1 je nepříjemná dopomoc při hygienické péči a na otázku odpověděl: *„Během hygieny. Personál má občas nemístné poznámky, ale jak říkám, já tohle neberu moc vážně a za pět minutu je zapomenuto, že někdo něco řekl.“* P2 se cítí nepříjemně při výměně plenkových kalhotek. P3 se cítí nepříjemně při svlékání před ostatními pacienty na pokoji. P4 se cítí nepříjemně při vážení na pokoji před ostatními pacienty. P5 uvedl, že nepříjemné pocity má při dopomoci s hygienickou péčí a výměně plenkových kalhotek: *„Nepříjemně se cítím při intimních výkonech, jako je hygienická péče a vyprazdňování. Člověk se cítí poníženě, ale nedá se nic dělat, a sestry nikdy nedaly najevo nelibost při vykonávání těchto úkonů.“*

Nepříjemné pocity:	
Vážení pacientů	P4
Svlékání před pacienty	P3
Výměna plenkových kalhotek	P2, P5
Hygienická péče	P1, P5

4.2.8 Změna chování sester

Tato kategorie se zabývá tím, co by pacienti chtěli změnit na přístupu a chování všeobecných sester při poskytování ošetrovatelské péče. Pacienti jsou s chováním a přístupem sester spokojeni, ale přesto 3 pacienti odpověděli, že by drobné změny

uvítali. P2 odpověděl, že by uvítal změnu v komunikaci sester s pacienty. Přesně mi sdělil: „*Byla bych moc ráda, kdyby si se mnou sestry více povídaly, a ne jen mezi sebou. Člověk se někdy cítí, jako by tam vůbec nebyl.*“ P1, P4 mi sdělili, že by rádi, aby sestry neříkaly před pacienty poznámky ohledně jejich váhy. P4 mi přesně sdělil: „*Ty nemístné poznámky ať si nechají, až budou za dveřmi pokoje, ale nemá cenu se nad tím rozčilovat.*“ P3, P5 by na chování a přístupu sester neměnili nic. P3 mi sdělil: „*Já jsem naprosto spokojená a myslím si, že něco měnit není třeba.*“ P5 mi sdělil: „*Já osobně bych neměnil nic. Jsem spokojený.*“

Změna chování:	
Žádná	P3, P5
Komunikace s pacienty	P2
Nemístné poznámky	P1, P4

4.2.9 Možnosti usnadňující péči o obézní pacienty

Jako předposlední jsem položila pacientům otázku: *Domníváte se, že existují nějaké další možnosti, které by usnadnily péči o obézní pacienty? Pokud ano, jaké?*, na jejímž základě jsem vytvořila tuto kategorii. Cílem položené otázky bylo zjistit, jaké možnosti by si pacienti představovali pro usnadnění práce pro všeobecné sestry při péči o obézní pacienty. P1 odpověděl: „*Domnívám se, že by bylo zapotřebí zaměstnat více personálu z řad mužů.*“ P2 mi na zmíněnou otázku sdělila: „*Já bych změnila pomůcky na vypodložení, protože jsou moc tvrdé a po delším čase tlačí.*“ P3 kladl důraz především na umístění závěsů mezi lůžka pacientů. „*Závěsy mezi lůžka by byly velmi prospěšné. Když přijde lékař a vyšetřuje vás nebo sestra vykonává třeba hygienickou péči, tak si zatáhne a člověk se hned cítí lépe, když má pocit, že ho nesleduje půl nemocnice.*“ P4 si není vědom žádných možností, které by přispěly k vylepšení ošetrovatelské péče o obézního pacienta. P5 by rád vybavil nemocniční zařízení oblečením s větší velikostí. „*Když mě hospitalizovali, neměl jsem s sebou žádné oblečení na převlečení a na oddělení neměli dostatečně velké pyžamo, které by odpovídalo mé velikosti.*“

Možnosti usnadňující péči:	
Žádné	P4
Více personálu	P1, P5
Závěsy mezi lůžky	P3
Lepší pomůcky na polohování	P2
Větší velikosti oblečení	P5

4.2.10 Změna v celkové péči o obézního pacienta

Co byste chtěl/a změnit v celkové péči o obézní pacienty? Takto zněla poslední položená otázka ve výzkumném šetření u obézních pacientů. Pacienti jsou s péčí ošetřujícího personálu spokojeni, ale vždy jde ještě něco vylepšit, což potvrdili i pacienti ve svých odpovědích. P2 uvedl, že by chtěl větší soukromí pacientů na pokojích. Přesně mi na otázku sdělil: *„Přála bych si větší soukromí při získávání ošetřovatelské anamnézy, protože některé pokládané otázky jsou příliš intimní a rozhovor poslouchají i ostatní pacienti na pokoji.“* P4 by chtěl citlivější přístup ze stran sester k pacientům, především co se týče jejich váhy. P5 by uvítal lepší pomůcky na oddělení, jako je pojízdný systém na stropě oddělení. Přesně uvedl: *„Sestry se mnou mají těžké porřízení a nemají dostatek pomůcek, které by jim pomohly. Viděl jsem v jiném zařízení takový pojízdný systém, ve kterém pacienty snadno převážely do koupelny nebo pacienta lehce zvedly z lůžka.“* Avšak P1 a P3 by neměnili nic v celkové péči o obézního pacienta. P3 uvedl: *„Nemám žádné výhrady k poskytované péči a nejsem si vědoma žádných nutných změn, které by bylo nutné provést pro zvýšení kvality ošetřovatelské péče o obézní pacienty.“*

Změna v celkové péči:	
Žádná	P1, P3
Větší soukromí	P2
Citlivější přístup sester	P4
Lepší pomůcky	P5

5 Diskuze

Téma této bakalářské práce se týkalo obezity jako ošetrovatelského problému. Cílem bakalářské práce bylo zjistit úroveň náročnosti ošetrovatelské péče o pacienty trpící obezitou ve zdravotnických zařízeních. Pro splnění cíle bylo provedeno výzkumné šetření se všeobecnými sestrami na Interním a Chirurgickém oddělení v Oblastní nemocnici Kolín, a.s. a s pacienty hospitalizovanými na interním a chirurgickém oddělení zmíněného nemocničního zařízení. Výzkumné šetření probíhalo pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Celkově se zúčastnilo výzkumného šetření pět všeobecných sester a pět pacientů.

Pro provedení výzkumného šetření byly zpočátku stanoveny tři výzkumné otázky:

Otázka č. 1: Jak jsou obézní pacienti spokojeni s poskytovanou ošetrovatelskou péčí?

Otázka č. 2: S jakými nejčastějšími problémy se ošetrující personál setkává v ošetrovatelské péči o obézního pacienta?

Otázka č. 3: Jak náročné je pro ošetrovatelský personál poskytovat ošetrovatelskou péči pacientovi s obezitou?

Ke zjištění potřebných odpovědí na výzkumné otázky bylo sestaveno 11 otázek pokládaných všeobecným sestrám a 10 otázek pokládaných pacientům.

5.1 Diskuze k rozhovorům se sestrami

Pro výzkumné šetření byly stanoveny dvě výzkumné otázky. První výzkumná otázka byla zaměřena na *nejčastější problémy ošetrujícího personálu v ošetrovatelské péči o obézního pacienta*. Komplikací při ošetrování obézního pacienta bylo mnoho, proto byly ve výzkumné části vymezené komplikace spojené s manipulací, stravováním, odběrem venózní krve, hygienickou péčí a vyprazdňováním.

Mnoho komplikací, které všeobecné sestry zmiňovaly, se týkaly samotné manipulace s obézními pacienty. Vytejčková uvádí, že sestry musí vynaložit velké

fyzické úsilí a musejí zaujímat nucenou polohu k vykonání činnosti u obézního pacienta. Při dopomoci s oblékáním, přesunem pacienta, hygienickou péčí hrozí u obézních pacientů riziko pádu a je velmi důležitý soustavný dohled ošetrovatelského personálu. Zmíněná možnost byla potvrzena i ve výzkumném šetření. Z výzkumu vyplynulo, že pro sestry byla nejčastější komplikace při manipulaci s pacientem převážně hrozící riziko pádu pacienta a přesun pacienta z lůžka.

Jako další komplikace byly uváděny: nedostačující vybavení, nesoudnost pacientů při vykonávání běžných denních činností, špatná spolupráce pacientů a s tím spojené hrozící riziko úrazu. Špatnou spolupráci obézních pacientů potvrzuje i Svačina, který tvrdí, že obézní pacienti obezitu nevnímají jako onemocnění. Často s všeobecnou sestrou nespolupracují, případně po malé chvíli po činnostech, které nezvládají, spolupráci vzdávají.

Velmi častou komplikací u obézních pacientů se ukázal odběr venózní krve, což bylo potvrzeno všemi dotazovanými sestrami ve výzkumném šetření. Bylo uváděno, že největší komplikací je vyhledání vhodné žíly u obézního pacienta. Pokorná a Komínková ve své publikaci tvrdí, že je velmi důležité správně vyhledat místo pro odběr venózní krve, což není u obézních pacientů jednoduché. Toto tvrzení bylo potvrzeno i v mnou provedeném výzkumném šetření. V laboratorní příručce biochemické a hematologické laboratoře v Uherském Hradišti bylo uvedeno, že u obézních pacientů se stává, že žíly jsou minimálně viditelné a hmatné, a proto sestra může využít doporučení pro lepší viditelnost žil. Dále dvěma sestrami bylo zmíněno, že největší problém mají také s poškozeným žilním systémem u obézních pacientů, kdy po vpichu žíla praskne. V publikaci Pokorné a Komínkové se uvádí, že žíla vhodná k odběru krve musí být pružná, měkká a po stlačení se opět musí naplnit. Nevhodné žíly jsou klouzavé a špatně viditelné. Tyto žíly často vpich nevydrží a prasknou. Pro zvýšení šancí na odběr žilní krve je dle laboratorní příručky biochemické laboratoře v Příbrami vhodné provést masáž paže od zápěstí až po loket, přiložit na odběrové pole teplý obklad okolo 40°C na 5 minut či spustit paži podél kraje lůžka. V případě, že se stále nedaří vzorek krve odebrat, může sestra změnit umístění jehly, vyměnit zkumavku, povolit nadměrně utaženou manžetu či změnit vakuový uzavřený systém za jehlu

a stříkačku. Jednou z dotazovaných sester bylo uvedeno, že dává přednost při odběru žilní krve stříkačce s jehlou před vakuovým odběrem.

Další, podle mého názoru nejčastější komplikací u obézních pacientů je provedení hygienické péče. Z výzkumného šetření vyplynulo, že většina dotazovaných sester má problém s obtížným přístupem k tělním partiím obézního pacienta. S uvedeným výsledkem se ztotožňuji i já osobně. Dále můj a názor sester potvrzuje Vytejková tvrzením, že obézní pacienti si dostatečně nedokážou provést hygienickou péči sami, protože se nemohou ohnout přes břicho, boky a nedosáhnou si ani na genitálie, ani dolní končetiny. Následně byly sestrami uváděny problémy s přesunem pacienta, obtížná spolupráce a obtížná manipulace v koupací vaně.

Dále se u obézních pacientů mnohdy stávalo komplikací i samostatné stravování a dodržování dietního opatření. U obézních pacientů je důležité pro snížení tělesné hmotnosti dodržovat dietní opatření a správnou životosprávu. V článku od H. Hladné bylo uvedeno, že správným typem diety pro obézní pacienty je dieta dlouhodobá, vyvážená a vytvořená úměrně k energetickému výdeji pacienta. Vhodnou dietu pro obézního pacienta nastavuje většinou ošetřující lékař, dietolog nebo nutriční terapeut. Dle výzkumného šetření nejčastějších problémů při stravování obézního pacienta bylo zjištěno, že podle tvrzení sester obézní pacienti stanovené dietní opatření nedodržují a porušují je potravinami donesenými z domova. Toto zjištění mě přivedlo k otázce, proč obézní pacienti dietní opatření nedodržují? Já se domnívám, že je to způsobeno tím, že obézní pacienti se stravují nezdravě již dlouhodobě a je velice těžké své návyky ze dne na den naprosto změnit. Při hospitalizaci v nemocničním zařízení je obéznímu pacientovi naordinovaná redukční dieta, která mnohdy obsahuje menší porce, než na které je obézní pacient zvyklý. Nejenže redukční dieta obsahuje menší porce, ale i potraviny, které pacient ve svém jídelníčku zařazené běžně nemá a které mu nechutnají. V publikaci *Moderní terapie obezity* od Kláry Owen bylo napsáno, že vhodná dieta je taková, u které pacient netrpí a vyhovuje mu jak chuťově, tak i co do časové náročnosti, a která mu nezakazuje jíst nevhodné potraviny, jen jejich konzumaci omezuje, aby pacient předepsanou dietu dodržoval. Ve výzkumném šetření bylo zjištěno, že u komplikací se stravováním byl úplně opomíjen příjem tekutin u obézních

pacientů. V publikaci Libora Vítka bylo zmíněno, že pitný režim je velmi důležitý. Lidé s nízkým příjmem tekutin jsou hladovější, mají nižší pracovní výkonnost a jsou unavenější. Následně uvádí, že obézní pacienti pijí převážně sladké nebo močopudné nápoje. Více by se měli zaměřit na pití čisté neperlivé nebo minerální vody, protože obsahuje vápník, fluor, hořčík a další potřebné minerály.

Při poskytování ošetrovatelské péče se nejčastěji sestry potýkaly s neustálými komplikacemi při vyprazdňování obézních pacientů. Nejčastěji byly zmiňovány komplikace při vyprazdňování obézního pacienta, jako je obtížná manipulace s pacientem na podložní mísu a také nevyhovující pomůcky k vyprazdňování. Sestrami bylo uváděno, že mají často nedostatečnou velikost plen, které obézním pacientům nesedí. Obtížnou manipulaci s obézním pacientem zmiňuje i Mlýnková, která tvrdí, že dopomoc pacientovi na podložní mísu je pro sestru natolik fyzicky náročná činnost, že je nutné, aby si přivolala pomoc.

Druhá výzkumná otázka zněla: *Jak náročné je poskytovat ošetrovatelskou péči pacientovi s obezitou pro ošetrovatelský personál?* Pro zjištění odpovědí byly pokládány otázky týkající se činností, při nichž sestry využívají pomůcky k manipulaci s obézním pacientem, nebo týkající se časového rozdílu, které sestry věnují péči o obézního pacienta oproti péči o pacienta s BMI v normě.

Pro manipulaci s obézním pacientem byly nejčastěji využívány hrazdy a látkové podložky. Další nejčastější odpovědi byly postranice u lůžka. Postranice ale nepatří do pomůcek, které slouží k manipulaci s pacientem, jelikož slouží pouze k zabezpečení pacientů, přesto tuto odpověď uvedly téměř všechny dotazované sestry. Baková dodává, že některá nemocniční zařízení si uvědomují nedostatečné vybavení pro obézní pacienty a tuto situaci postupně začínají řešit. Vybavují oddělení vhodnějšími pomůckami s vyšší nosností.

Při odhadu časového rozdílu v péči o obézního pacienta oproti pacientovi s BMI v normě mi sestry odpověděly, že u obézního pacienta stráví okolo 15 minut déle než u pacienta s BMI hodnotou v normě, případně nedokázaly časový rozdíl dostatečně odhadnout. Tyto výsledky byly potvrzené i tvrzením Pokorné a Komínkové, že sestra ošetrovatelskou péči o obézního pacienta musí provádět dle možností a schopností

pacienta tak, aby byla provedena co nejlépe a aby uspokojovala bio-psycho-sociální potřeby obézního pacienta. Podle mého názoru je časová náročnost v ošetrovatelské péči o obézní pacienty výrazně vyšší, než u pacientů s BMI v normě. Každý obézní člověk má kromě vysoké tělesné váhy další komplikace, které ošetrovatelskou péči znesnadňují. Mezi zmíněné komplikace patří například dle Vítka kardiovaskulární onemocnění, nejčastěji arteriální hypertenze, ischemická choroba srdeční a fibrilace síní. Mezi další komplikace spojené s obezitou patří diabetes mellitus, který je šestou nejčastější příčinou úmrtí u nás. Zároveň až 80 % všech diabetiků 2. typu je obézních. Dále sem jsou zařazeny nemoci gastrointestinálního traktu a pohybového aparátu, přičemž obézní pacienti mají 3x vyšší riziko vzniku artrózy oproti lidem s body mass indexem v normě.

Dále jsem se zaměřovala na stupeň náročnosti ošetrovatelské péče, zda se vyskytl nějaký problém, kdy ošetrovatelskou činnost sestry nemohly u obézního pacienta vykonat. Pro zdravotnický personál je ošetrovatelská péče o obézní pacienty opravdu náročná, což je potvrzeno i hodnotící škálou TISS, kde je hodnocena péče o obézního pacienta jako jedna z nejnáročnějších činností. Z výsledků vyplynulo, že sestry se snaží převážně zvládnout samy co nejvíce z ošetrovatelské péče, ale při náročnějších úkonech, jako je hygienická péče, polohování nebo dopomoc při vyprazdňování obéznímu pacientovi, si přivolají na pomoc někoho dalšího z ošetrovatelského personálu. Já sama z vlastní zkušenosti vím, jak je ošetrovatelská péče obtížná, což potvrdila i Fraňková, když uvedla, že při manipulaci s obézním pacientem je výhodnější nápomoc dalšího ošetrovatelského personálu pro zmírnění fyzické náročnosti. Dle Matoulka a Šoupové je důležité, aby pro zlepšení spolupráce s obézními pacienty sestra pacienty dostatečně motivovala a našla dostatek důvodů, proč pacientovi vyvrátit, že jeho snažení je zbytečné. Dále Vytejková uvádí, že je nutné, aby před manipulací s obézním pacientem byl zhodnocen fyzický a zdravotní stav pacienta a popřípadě zvážena možnost dalšího postupu. Pro sestry je péče o obézního pacienta opravdu fyzicky i psychicky náročná, což bylo potvrzeno i odpověďmi získanými ve výzkumném šetření. U tří dotazovaných sester bylo zjištěno, že při vykonávání ošetrovatelských činností, jako je například provádění hygienické péče a cévkování,

nebyl proveden daný úkon dle platných standardů. Odpovědi byly odůvodněny špatnou spoluprací pacienta a nedostatkem personálu, kdy tedy nebylo v silách sester výkon provést. Zmíněné tvrzení vedlo k zamyšlení, zda by nebylo vhodné na některých odděleních posílit množství personálu, aby se uvedené chyby neopakovaly. Fried uvedl, že obézní pacienti často hůře spolupracují a mají problém s jakýmkoli pohybem z důvodu fyzické náročnosti. Všeobecným sestrám hrozí riziko úrazu při manipulaci s takovým pacientem kvůli jeho vysoké tělesné hmotnosti.

Při zjišťování odpovědí na stanovené výzkumné otázky bylo zjištěno, že sestry mají mnoho komplikací při ošetřování obézních pacientů. Jejich odpovědi se často shodovaly i s mými zkušenostmi a byly mnohokrát zmíněny i v uvedených publikacích. Proto jsem došla k závěru, že zmíněné komplikace jsou všeobecně známy a je nutné stanovit postupná opatření pro eliminaci uvedených komplikací při ošetrovatelské péči o obézní pacienty.

5.2 Diskuze k rozhovorům s pacienty

Pro výzkumné šetření u obézních pacientů byla stanovena první výzkumná otázka: *Jak spokojeni jsou obézní pacienti s poskytovanou ošetrovatelskou péčí?* Pro zjištění výsledků pro výzkumnou otázku byla pacientům položena otázka týkající se spokojenosti s poskytovanou péčí. Z výzkumného šetření vyplynulo, že většina obézních pacientů hospitalizovaných v nemocničním zařízení je s péčí téměř spokojena, i když někteří si sami povšimli určitých pochybení ze stran sester. Někteří pacienti mají jen drobné výhrady týkající se převážně nevhodných poznámek o jejich váze. Fraňková tvrdí, že pacienti trpící obezitou se za svou váhu často cítí být diskriminováni a sestra musí k takovému pacientovi přistupovat citlivěji. Nadále Venglářová a Mahrová tvrdí, že je důležité, aby sestry obéznímu pacientovi podávaly veškeré informace tak, aby jim porozuměl a mohl popřípadě projevit vlastní názor.

Všichni dotazovaní pacienti se řadili podle BMI do středně obézních a byli ve věkovém rozmezí od 49 let do 65 let. Zařazení dle stupně obezity bylo získáno pomocí výpočtu BMI z váhy a výšky dotazovaných pacientů. Dle Vítka v publikaci *Jak ovlivnit obezitu* se uvádí, že se stoupajícím věkem stoupá i množství tukové tkáně v těle. U mužů mezi 60.-70. rokem života stoupá množství podkožního tuku v oblasti břicha více než u žen.

Obézní pacienti mají kvůli obezitě mnoho problémů v běžných denních činnostech. Z vlastní zkušenosti vím, že sestra problémové činnosti musí od obézního pacienta zjistit pomocí sběru informací při příjmu pacienta k hospitalizaci za pomoci Bartelova testu všedních činností či hodnotící škály dle Bradenové. Komínková a Pokorná ve své publikaci tvrdí, že sestra musí zhodnotit, do jaké míry zvládá pacient každodenní úkony, do kterých se řadí celková hygienická péče, osobní hygienická péče, oblékání, stravování, přesun z lůžka na židli, přesun na WC a jeho použití a kontinence.

Obézní pacienti ve výzkumném šetření uváděli, že jsou nejvíce spokojeni s informacemi od všeobecných sester a jejich přístupem k pacientovi, s dopomocí sester při vyprazdňování pacienta a hygienickou péčí. Zmíněné činnosti jsou, jak vím z mé vlastní zkušenosti, velmi náročné pro sestru i pro ostatní ošetrovatelský personál a je důležité je provádět správně. Ačkoli byli téměř všichni obézní pacienti s poskytovanou péčí dle výzkumného šetření spokojeni, byly zjištěny ošetrovatelské činnosti, které jim jsou nepříjemné. Nejčastěji byly uváděny nepříjemné činnosti, jako je odhalování jejich intimity a otázky týkající se jejich soukromí. Intimita pacienta je nejvíce odhalována při činnostech, jako je hygienická péče, vyprazdňování nebo převlékání. V knize od Mikšové bylo uvedeno, že například při vyprazdňování je nutné zajistit obéznímu pacientovi dostatek soukromí. Soukromí pacienta je nejvíce porušováno při sběru anamnézy na pokoji pacienta. Zmíněné chyby se stávají jak u obézních pacientů, tak u pacientů s hmotností v normě.

V publikaci Kalousové a Kunešové se uvádí, že se sestra při sběru anamnestických údajů zaměřuje na rodinnou, osobní, pracovní a farmakologickou anamnézu. Pro pacienta mohou být převážně nepříjemné otázky z oblasti osobní anamnézy, kdy se podle Kunešové a Kalouskové sestra ptá na stravovací návyky, deprese, změny nálad,

pokusy o redukci hmotnosti, změny váhy během života, poruchy spánku a komplikace spojené s obezitou. Odpovídání na uvedená témata může být pro obézní pacienty před jinými pacienty nepříjemné.

Ve výzkumném šetření bylo pacienty uváděno, že by rádi změnili komunikaci všeobecných sester s obézními pacienty. Od jednoho z dotazovaných pacientů jsme se dozvěděli, že sestry často komunikují mezi sebou, ale s pacientem už nikoli. Další pacient uvedl, že by rád změnil nevhodné poznámky zaměřené na váhu pacienta. Z mé zkušenosti vím, že narážky na váhu pacienta nebo na obtížnost ošetrovatelské činnosti sestry opravdu používají především při velké fyzické náročnosti ošetrovatelské činnosti. Bohužel se zmíněná skutečnost vyskytuje především u sester se syndromem vyhoření. Venglářová a Mahrová uvedly, že velkou roli ve zdravotnictví představuje nemoc, ale sestry si musí uvědomit, že předmětem jejich zájmu by měl být samotný pacient, a ne jeho problémy. Dále zdůrazňovaly, že rozhovor mezi pacientem a sestrou je důležitý pro získání sympatií a důvěry pacienta.

Dotazovanými pacienty bylo všeobecně upozorněno na to, že v nemocničním zařízení je mnoho možností, jak jde ošetrovatelská péče o obézní pacienty usnadnit. Někteří pacienti si mysleli, že je zapotřebí více personálu, převážně mužského pohlaví, kvůli fyzické náročnosti. Jiní pacienti se domnívali, že je zapotřebí pořídit lepší pomůcky pro manipulaci s pacienty, závěsy mezi lůžka či větší velikosti oděvů. Já osobně se všemi názory pacientů souhlasím, protože veškeré zmíněné příklady by byly v nemocničních zařízeních velmi ku prospěchu. Například vhodnější pomůcky pro obézní pacienty by byly nejlepším řešením jak náročnost péče o tyto pacienty usnadnit. Standardní nosnosti lůžek používaných v nemocničních zařízeních se pohybují kolem 170 kg. Uvedené hodnoty předepisuje prodejce nemocničního vybavení Medisekt. Dále tento výrobce uvádí nosnost chodítek kolem 130 kg. Vozíky pro ležící pacienty mají nosnost 120 kg a vozíky na převoz mají nosnost 100-120 kg. Uvedené parametry byly potvrzeny i jiným prodejcem nemocničního zařízení, Linet. V bariatrické péči se dle prodejce Promo reha používají lůžka s nosností až 500 kg. Obézní pacienti hospitalizovaní v nemocničním zařízení by rádi uvítali lepší pomůcky na oddělení, větší soukromí, citlivější přístup sester, ale na druhou stranu někteří

pacienti by neměnili vůbec nic. Uvedené odpovědi se objevovaly nejčastěji i v předešlých otázkách. Dle Halmo, Kudlové a Vránové v publikaci *Deník ošetrovatelské praxe* musí být sestra pro vykonávání veškeré ošetrovatelské činnosti dostatečně vzdělaná, ochotná a musí se kromě pacienta umět postarat i o potřeby pacientovy rodiny.

Při získávání odpovědí na třetí výzkumnou otázku ohledně spokojenosti obézních pacientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí bylo zjištěno, že sestry se musí zdokonalit v komunikaci s obézními pacienty, jinak ošetrovatelskou péčí provádějí ke spokojenosti obézních pacientů.

Závěr

V mé bakalářské práci jsem se zaměřila na obezitu jako ošetrovatelský problém u sester a pacientů. Hlavním cílem této práce bylo zjistit úroveň náročnosti ošetrovatelské péče o pacienty trpící obezitou ve zdravotnických zařízeních. Abych splnila tento cíl, stanovila jsem si výzkumné otázky, zaměřené na spokojenost obézních pacientů, kterým je poskytována ošetrovatelská péče ze stran sester. Zaměřila jsem se na nejčastější komplikace při ošetrovatelské péči o obézní pacienty a nakonec na náročnost poskytování péče o obézní pacienty. Pomocí rozhovorů s obézními pacienty a sestrami na odděleních nemocničního zařízení jsem stanovený cíl splnila.

Téměř všichni dotazovaní pacienti při otázce týkající se spokojenosti s ošetrovatelskou péčí ze strany sester odpověděli, že jsou spokojeni nebo téměř spokojeni. Bohužel z mého výzkumného šetření vyplynulo, že v ošetrovatelské péči se nacházejí stále nedostatky, nad kterými je zapotřebí se zamyslet a řešit je. Výsledky ukazují, že mezi tyto nedostatky patří například nemístné poznámky ze stran ošetrovatelského personálu, nevyhovující komunikace mezi pacientem a sestrou a vyskytují se i chyby v ošetrovatelské péči.

Obézních pacientů v nemocničních zařízeních stále přibývá a ošetrovatelský personál musí svou péči o zmíněné pacienty této skutečnosti přizpůsobit. Péče o obézní pacienty je fyzicky a psychicky náročná, což vyplývá i z provedeného výzkumného šetření.

Ošetrovatelský personál se v péči o obézního pacienta setkává s mnoha komplikacemi, které znesnadňují poskytovanou ošetrovatelskou péči. V nemocničních zařízeních je nedostatek pomůcek, které by péči o obézní pacienty usnadnily. Dnes již existuje mnoho pomůcek se zvýšenou nosností, které by péči o obézní pacienty usnadnily a i více motivovaly pacienta k lepší spolupráci. Sestry v nemocniční péči využívají při manipulaci s obézním pacientem pomůcky, které jsou standardním vybavením nemocničního zařízení, ale nejsou přímo určené pro manipulaci s obézním pacientem. Z výsledků vyplývá, že pro snížení fyzické náročnosti v péči o obézního pacienta by bylo třeba zvýšit počet personálu.

Jako výstup bakalářské práce jsem rozpracovala standard ošetrovatelské péče o rány u oběžných pacientů, který bude následně předán hlavní sestře Oblastní nemocnice Kolín, a.s., a který přikládám k dispozici v příloze bakalářské práce (Příloha 15).

Seznam informačních zdrojů

1. **Hainer, Vojtěch a kolektiv.** *Základy klinické obezitologie.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. ISBN 80-247-0233-9.
2. **Svačina, Štěpán.** *Obezitologie a teorie metabolického syndromu.* Praha: TRITON, 2013. ISBN 978-80-7387-678-4.
3. **Owen, Klára.** *Moderní terapie obezity, průvodce pro každodenní praxi.* Praha: Maxdorf s.r.o., 2012. ISBN 978-80-7345-301-5.
4. **Fried, Martin a kol.** *Bariatrická a metabolická chirurgie, nové postupy v léčbě obezity a metabolických poruch.* Praha: Mladá fronta a.s., 2011. ISBN 978-80-204-2424-2.
5. **Málková, Iva a Hanysová, Nikola.** Měření obezity. *Stop obezitě, hubněte snadno a natrvalo.* [Online] 23. Únor 2009. [Citace: 25. říjen 2013.] Dostupné z: <http://www.stob.cz/zaciname-hubnout-mereni-nadvahy-a-obezity/mereni-obezity>.
6. **Pařízková, Jana a Lisá, Lidka et al.** *Obezita v dětství a dospívání terapie a prevence.* Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-466-9.
7. **VÍTEK, Libor.** *Jak ovlivnit nadváhu a obezitu.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2247-4.
8. **Svadčina, Štěpán.** Obezita a deprese. *Remedia.* [Online] [Citace: 18. březen 2014.] Dostupné z: <http://www.remédia.cz/Clanky/Prehledy-nazory-diskuse/Obezita-a-deprese/6-F-bo.magarticle.aspx>.
9. **Grofová, Zuzana.** Obezita a hojení ran. *Lékařské listy.* [Online] 2. červenec 2007. [Citace: 14. Prosinec 2013.] Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/obezita-a-hojeni-ran-311980>.
10. **Vorlíček, J, Abrahámová, J a Vorlíčková, H a kol.** *Klinická onkologie pro sestry.* Praha: Grada Publishing , a.s., 2006. ISBN 80-247-1716-6.
11. Ošetřovatelský proces dle M. Gordonové. *Diagnostické domény Nanda taxonomie II.* České Budějovice: autor neznámý.
12. *Možnosti terapie obezity.* **Hladná, Hana.** 2011, Praha: Mladá fronta, a.s., 2011, Sestra, Sv. 4, str. 26. ISSN 1210-0404.

13. **Matoulek, Martin a Šouprová, Renáta.** Fyzická aktivita v léčbě obezity v praxi. *Postgraduální medicína*. [Online] 6. Červen 2008. [Citace: 8. listopad 2013.] Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/fyzicka-aktivita-v-lecbe-obezity-v-praxi-369041>.
14. **Kalousková, Pavla a Kunešová, Marie.** Medicína pro praxi. *Obezita stále podceňovaná nemoc*. [Online] 1. Květen 2008. [Citace: 8. prosinec 2013.] Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-200801-0002.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Dobezita%26sfrom%3D0%26spage%3D30>.
15. **Ichnovská, Radka.** Klinika komplexní péče o Vaše zdraví. *Silesia medical*. [Online] [Citace: 3. leden 2014.] Dostupné z: <http://www.silesiamedical.cz/komplexni-sluzby/obezitologie.html>.
16. **Hainer, Vojtěch.** Farmakoterapie a zdravotní komplikace obezity. *Klinická farmakologie a farmacie*. [Online] 20. únor 2006. [Citace: 6. leden 2013.] Dostupné z: <http://www.klinickafarmakologie.cz/pdfs/far/2006/02/11.pdf>.
17. **Nebeská, Helena.** Operační léčba obezity. *Nemocniční speciál*. 23. listopad 2009, Sv. ročník 4, 6.
18. **Pokorná, Andrea a Komínková, Alena.** *Ošetrovatelské postupy založené na důkazech*. Brno: Masarykova Univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6331-0.
19. **Halmo, Renata, Kudlová, Pavla a Vránová, Věra.** *Deník ošetrovatelské praxe*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-1787-0.
20. **Vytejšková, Renata, a další.** *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3419-4.
21. **Fraňková, Michaela.** Obézní vyžadují citlivější přístup. *Medical Tribune*. [Online] 29. listopad 2009. [Citace: 15. prosinec 2013.] Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/15692>.
22. Nasycené škodí. *Doporučené postupy-Obezita*. [Online] [Citace: 10. srpen 2013.] Dostupné z: <http://www.nasyceneskodi.cz/>.

23. *Obezita a možnost její léčby- II. Diagnostika a léčba obezity.* **Vlčková, Jana.** 1, místo neznámé: Státní zdravotní ústav ve spolupráci s Tigis, s.r.o., 2010, Sv. 55. ISSN 1802-6281.
24. **Juřeníková, Petra.** *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.
25. *Edukační program zaměřený na prevenci obezity u dětí.* **Kulanová, Lea.** 2013, Praha: Mladá fronta, a.s., 2013, Sestra, Sv. 07-08, str. 46. ISSN 1210-0404.
26. **Stránský, Miroslav a Ryšavá, Lydie.** *Fyziologie a patofyziologie výživy.* České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2010. ISBN 978-80-7394-241-0.
27. **Venglářová, Martina a Mahrová, Gabriela.** *Komunikace pro zdravotní sestry.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 978-80-247-1262-8.
28. **Mikšová, Z., a další.** *Kapitoly z ošetrovatelské péče I.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 80-247-1442-6.
29. **Gembalová, Alena.** *Kam až zajde obezita? „Nevejdu se do sanitky“. Jíme hlavou.* [Online] 4. srpen 2013. [Citace: 19. prosince 2013.] Dostupné z: <http://www.jimehlavou.cz/cz/obezita/Emag/DetailClanku/ic-97/kam-az-vede-obezita-nevejdu-se-do-sanitky.html>.
30. **Mlčoch, Zbyněk.** *Následky obezity, psychika, nádory, pohybové, kožní, dýchací a trávicí potíže.* [Online] 9. března 2008. [Citace: 9. ledna 2014.] Dostupné z: <http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/nemoci-lecba/nasledky-obezity-psychika-nadory-pohybove-kozni-dychaci-a-travici-potize>.
31. **Nejedlá, Marie.** *Fyzikální vyšetření pro sestry.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1150-8.
32. **Míkula, Jan a Mulerová, Nina.** *Prevence dekubitů.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2043-2.
33. **Pokorná, Andrea a Mrázová, Romana.** *Kompendium hojení ran pro sestry.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. ISBN 978-80-247-3371-5.
34. **Pejznochová, Irena.** *Lokální ošetřování ran a defektů na kůži.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-2682-3.

35. **Mlýnková, Jana.** *Pečovatelsví 1. díl.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 978-80-247-3184-1.
36. **Grofová, Zuzana.** *Nutriční podpora- Praktický rádce pro sestry.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1868-2.
37. **Frej, David.** *Dietní sestra: diety ve zdraví a nemoci.* Praha: Triton, 2006. 80-7254-537-X.
38. *Odběr krve- Žádná věda?* **Staňková, Alena.** 2009, Praha: Mladá fronta, a.s., 4. srpna 2009, Sestra, Sv. 4. ISSN: 1210-0404.
39. Laboratorní příručka-Postup odběru biologického materiálu. *Mz-Biochem.* [Online] 2009. [Citace: 4. března 2014.] Dostupné z: <http://www.mz-biochem.cz/odber.htm>.
40. **Souček, Miroslav, a další.** Obézní hypertonik. *Postgraduální medicína.* [Online] 6. června 2008. [Citace: 4. března 2014.] <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/obezni-hypertonik-369038>.
41. Global Health Observatory. *World health organization.* [Online] [Citace: 15. dubna 2014.] Dostupné z: http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/obesity_text/en/.
42. **Málková, Iva.** Obezita jako celosvětová epidemie. *Stop obezitě, hubněte zdravě a natrvalo.* [Online] 30. března 2010. [Citace: 15. dubna 2014.] Dostupné z: <http://www.stob.cz/clanky/obezita-jako-celosvetova-epidemie>.
43. Výcvik lektorů v kognitivně behaviorální terapii obezity. *Stop obezitě, hubněte zdravě a natrvalo.* [Online] 1. dubna 2014. [Citace: 15. dubna 2014.] Dostupné z: <http://www.stob.cz/vyvcvik-lektoru-v-kognitivne-behavioralni-terapii-obezity>.
44. V USA nyní řadí obezitu k nemocem, v ČR uznána za nemoc už dlouho. *Florence.* [Online] 25. června 2013. [Citace: 15. Duben 2014.] Dostupné z: <http://www.florence.cz/zpravodajstvi/aktuality/v-usa-nyni-radi-obezitu-k-nemocem-v-cr-uznana-za-nemoc-uz-dlouho/>.
45. **Baková, Radka.** Bariatrická a metabolická chirurgie byla základem pro vznik a rozvoj „XXL centra“. *Náš Agel.* [Online] 18. Zář 2013. [Citace: 15. Duben 2014.] Dostupné z: <http://www.nasagel.cz/z-nemocnic/nemocnice-prostějov/1305-xxl-centrum.html>.

Přílohy

Příloha č. 1 Gynoidní a androidní typ obezity

Příloha č. 2 BMI tabulka

Příloha č. 3 Obvod pasu

Příloha č. 4 Best kaliper

Příloha č. 5 Holtainuv kaliper

Příloha č. 6 Vyváženost potravy

Příloha č. 7 Gastrická bandáž

Příloha č. 8 Biliopankreatická diverze

Příloha č. 9 Gastrický bypass

Příloha č. 10 Lůžko používané na standardních odděleních

Příloha č. 11 Bariatrické lůžko

Příloha č. 12 Prevalence obezity ve světě u obou pohlaví

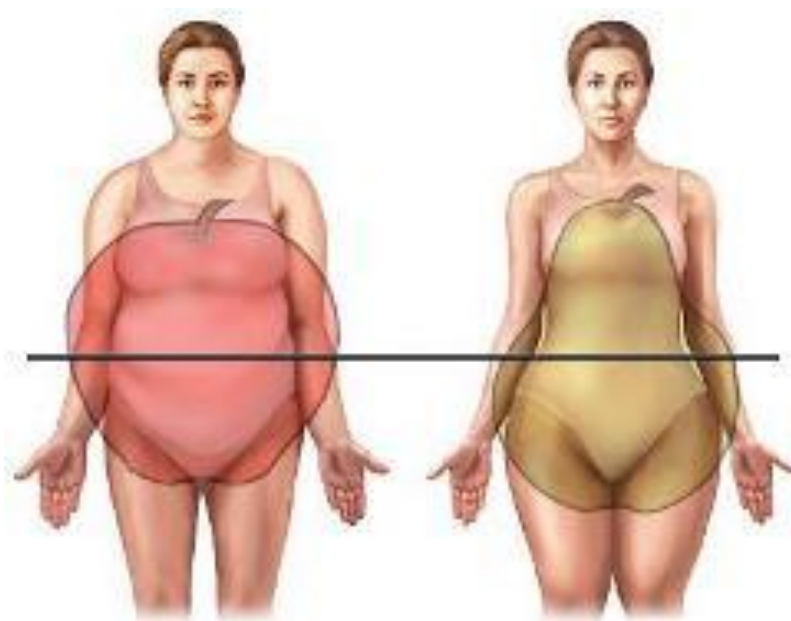
Příloha č. 13 Přepisy rozhovorů s pacienty a sestrami

Příloha č. 14 Otázky pro výzkumné šetření

Příloha č. 15 Standard ošetrovatelské péče

Příloha č. 16. Povolení o provedení výzkumného šetření

Příloha č. 1 Gynoidní a androidní typ obezity



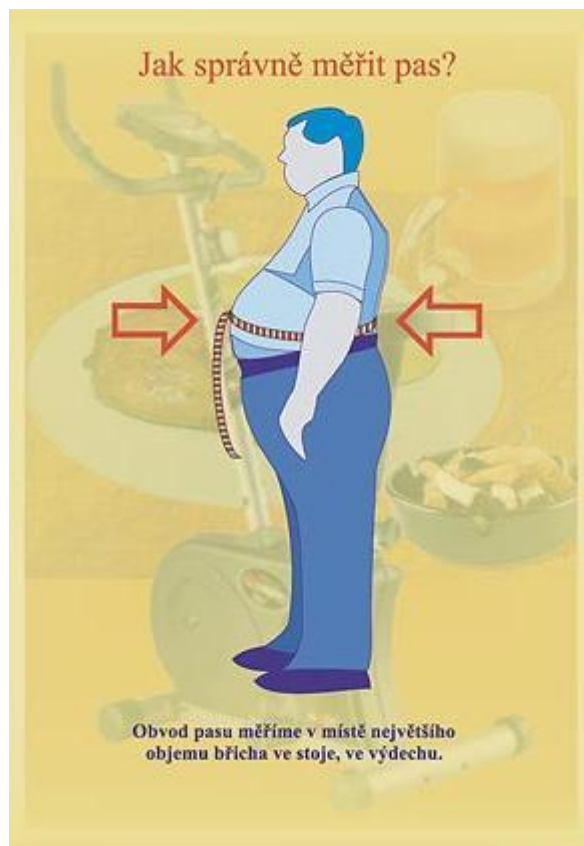
Zdroj: Hubnutí4you

Příloha č. 2 BMI tabulka

BMI	Váhová kategorie	Zdravotní rizika
pod 18,5	podváha	nebezpečí anorexie
18,5 - 24,9	normální rozmezí	minimální
25 - 29,9	nadváha	středně vysoká
30 - 39,9	obezita	vysoká
40 a více	těžká obezita	velmi vysoká

Zdroj: <http://info.hubnout.kvalitne.sweb.cz/>

Příloha č. 3 Obvod pasu



Zdroj: www.nadvaha.cz

Příloha č. 4 Best kaliper



Zdroj: <http://www.workoutforless.co.uk/>

Příloha č. 5 Holtainův kaliper



Zdroj: ciselniky.dasta.mzcr.cz

Příloha č. 6 Vyváženost stravy



Zdroj: www.chempoint.cz

Příloha č. 7 Gastrická bandáž



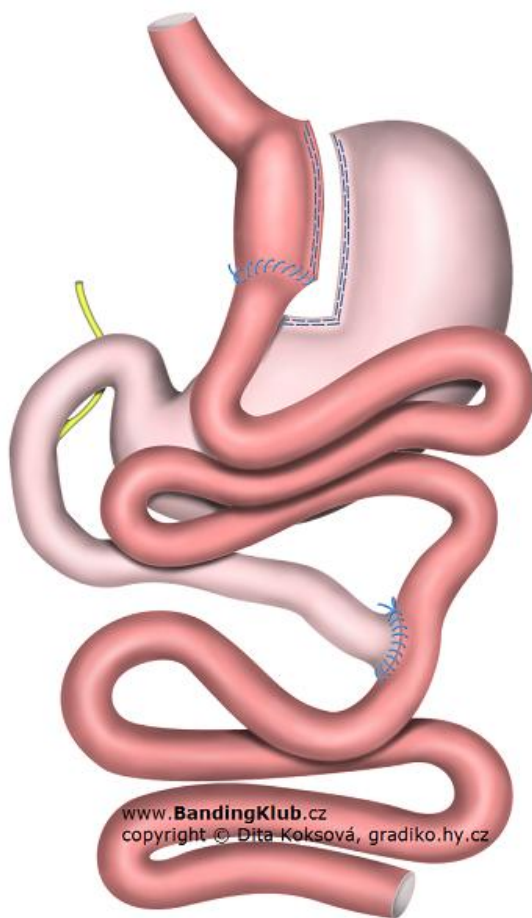
Zdroj: <http://www.surgalclinic.cz/>

Příloha č. 8 Biliopankreatická diverze



Zdroj: <http://www.obklinika.cz/>

Příloha č. 9 Gastrický bypass



Zdroj: <http://www.bandingklub.cz/>

Příloha č. 10 Lůžko používané na standardních odděleních



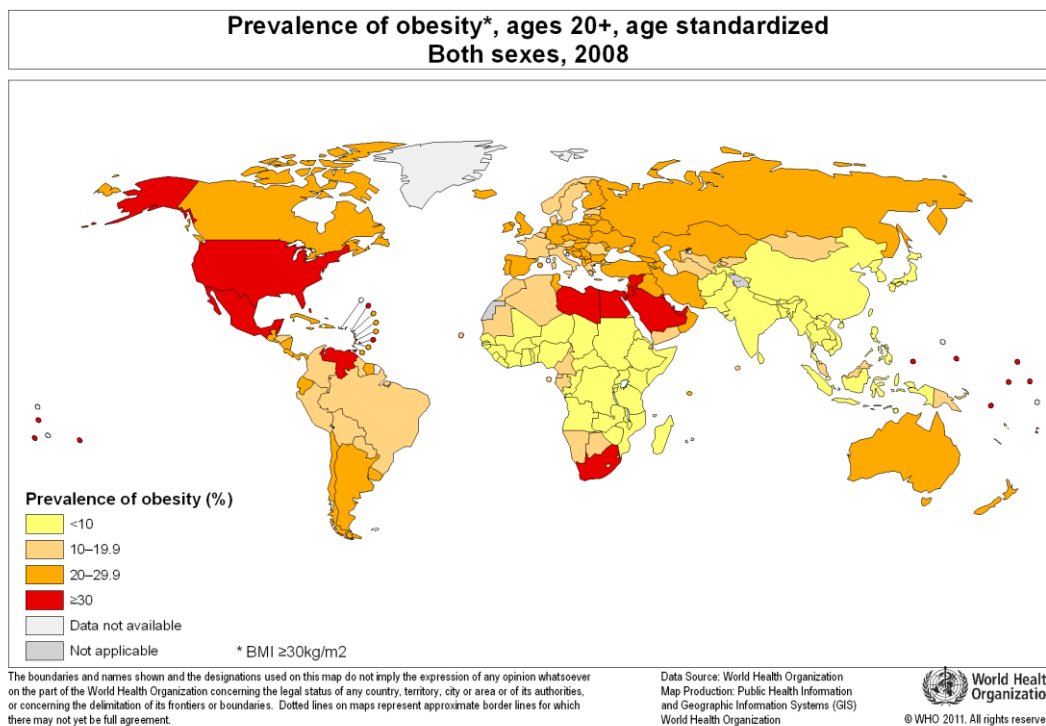
Zdroj: <http://www.linet.cz/>

Příloha č. 11 Bariatrické lůžko



Zdroj: <http://www.promareha.cz/>

Příloha č. 12 Prevalence obezity ve světě u obou pohlaví



http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_Obesity_BothSexes_2008.png

Příloha č. 13 Přepisy rozhovorů s pacienty a sestrami

Rozhovory se sestrami

Rozhovor č. 1

První dotazovaná je všeobecná sestra, která pracuje na chirurgickém oddělení v Oblastní nemocnici Kolín, a.s. již 5. rokem. Vystudovala Střední odbornou školu zdravotnickou a dále nástavbu na Vyšší zdravotnické škole v Praze. S tématem jsem ji pečlivě seznámila. Sestra s rozhovorem velmi ochotně souhlasila a odpovídala s rozvahou.

Sestra na otázku, *zda si je vědoma nějakých komplikací při manipulaci s obézním pacientem*, odpověděla: *„Komplikací při manipulaci je mnoho. Pro mě je nejtěžší, když mám pacienta přemístit z lůžka.“*

Na další dotaz, *zda může uvést nejčastější komplikace při odběru krve u obézního pacienta*, sestra odpověděla: *„Tak nejčastější komplikací je, že tito pacienti mají žíly, které je obtížné vyhledat.“*

Při uvádění komplikací při provádění hygienické péče u obézních pacientů sestra odpověděla bez rozvahy: *„Při hygienické péči se setkávám s mnoha komplikacemi. Mezi nejčastější z nich patří obtížná dostupnost partií u obézního pacienta, kdy přes záhyby nemůžeme řádně pacienta omýt.“*

Při další otázce, *s kterými nejčastějšími problémy se potýká při stravování obézního pacienta*, se sestra zamýšlela a poté odpověděla: *„Obézní pacienti často nedodržují předepsané dietní opatření a dopřávají si potraviny z vlastních zásob.“*

Při rozhovoru jsem se setry optala na další otázku: *S jakými nejčastějšími komplikacemi se potýkáte při vyprazdňování obézního pacienta?* Sestra odpověděla: *„Při dopomoci u vyprazdňování je obtížné dát pacientovi i podložní mísu. Pacienti jsou těžcí a je často nutná dopomoc.“*

Z činností, u kterých sestra nejčastěji využívá pomůcky pro lepší manipulaci s obézním pacientem, sestra jmenovala: *„Jako nejčastější pomůcka k manipulaci s pacientem slouží hrazdička u lůžka a látková podložka pod pacientem pro vyzdvihnutí*

pacienta. Bez těchto pomůcek se často neobejdu téměř u každé manipulace s obézním pacientem.“

Při odhadování časového rozdílu u péče o obézního pacienta oproti péči o pacienta s BMI v normě sestra chvíli přemýšlela a pak odpověděla: „Časovou náročnost je velmi **těžké odhadnout**. Velmi záleží na stavu a přidružených nemocech pacienta.“

Sestra číslo jedna mi sdělila, že „při provádění ošetrovatelské péče u obézních pacientů si často při mnoha činnostech musím **poradit sama** z důvodu nedostatku personálu na směně. Ale při obtížných činnostech se pokusím obstarat pomoc sanitáře či druhé zdravotní sestry.“

Na otázku, zda se vyskytl během praxe nějaký problém při poskytování ošetrovatelské péče o obézního pacienta, při kterém nešlo postupovat dle standardních postupů, mi sestra odpověděla: „Velmi často je problém u imobilních obézních pacientů, kdy pro zvýšenou hmotnost a velmi obtížnou manipulaci je obtížné dle standardních postupů provádět **hygienickou péči**.“

Rozhovor č. 2

Sestra č. 2 je všeobecná sestra, která pracuje na chirurgickém oddělení již 12. rokem. Vystudovala střední školu zdravotnickou. Sestru č. 2 jsem podrobně seznámila s tématem a ona ochotně spolupracovala.

Sestra si je vědoma mnoha komplikací spojených s péčí o obézní pacienty a na otázku ohledně komplikací s manipulací obézního pacienta mi odpověděla: „Obézní pacienti velmi často **obtížně spolupracují** a **nejsou dostatečně sebekritičtí** a neuvědomují si, že bez jejich spolupráce nejsem schopna sama péči zvládnout.“

U komplikací s odebráním krve obézních pacientů sestra uvedla: „Při odběrech krve je velmi **obtížné najít vhodnou žílu**, a když už jí najdete, tak zajistit, aby žíla vpich vydržela, protože obézní pacienti mají **žilní systém poškozený**.“

Nad odpovědí na další otázku ohledně komplikací při hygienické péči se sestra zamýšlela a pak odpověděla: „Nejčastějším problémem při hygieně pacienta je velká rozloha pacienta, kdy je obtížné ho **přemístit na koupací vanu** nebo i otočit na lůžku.“

U stravování obézních pacientů sestra č. 2 neuvedla mnoho obtíží. „Největším problémem je, abychom uhlídali pacienty, aby dodržovali stanovenou **diету** a jídlo si mezi sebou nevyměňovali.“

Na dotaz, jaké jsou nejčastější komplikace při vyprazdňování obézního pacienta, sestra 2 uvedla: „U těchto pacientů je velmi obtížné najít **odpovídající pomůcky**. Na našem pracovišti máme sice pleny velikosti XXL, ale mnohdy ani ty nestačí a pleny se nechávají na volno.“

Sestra č. 2 nejčastěji u obézního pacienta využívá pomůcky, jako je **hrazdička**, **podložka** a **antidekubitní pomůcky**, pro lepší manipulaci a polohování s pacientem.

Sestra mi při rozhovoru uvedla, že časová náročnost v péči o obézního pacienta je velmi různorodá. „Časová náročnost je **rozdílná**. Někdy to trvá déle a někdy je to jako u jiných pacientů.“

Na dotaz, do jaké míry sestra zvládá péči o obézního pacienta sama, mi sestra odpověděla: „Při ošetřování obézního pacienta si často **volám pomoc** druhé sestry nebo sanitáře. Zdraví mám pouze jedno a práce sestry je obtížná sama o sobě,

a při polohování, zvedání pacienta nebo podobných činnostech si dopomoc sestry musím obstarat.“

U poslední položené otázky, zda se za její praxi vyskytl někdy nějaký problém, který způsobil, že nemohla provést výkon dle standardních postupů, mi sestra odpověděla: „**Nejsem si vědoma**, žádné takové situace. Myslím, že se mi to nikdy nestalo.“

Rozhovor č. 3

Sestra č. 3 je všeobecná sestra, která ukončila své vzdělání maturitní zkouškou na Střední zdravotní škole v Kolíně. Na Chirurgickém oddělení v Oblastní nemocnici Kolín, a.s. pracuje 10 let. S daným tématem jsem ji řádně seznámila a přislíbila mi spolupráci v rozhovoru.

Sestra č. 3 uvedla, že za svou praxi se s obézními pacienty setkala mnohokrát a během těchto let se vyskytlo mnoho problémů, které musela vyřešit. Dále uvedla: „Při manipulaci je obtížné **přesunout pacienta z lůžka**. Pacienti jsou těžcí a hrozí, že se stane nějaký **úraz** pacientovi nebo i nám. Vždy je nutné péči poskytovat minimálně ve dvou.“

Při odběru venózní krve se sestra č. 3 nejčastěji potýká s tímto problémem: „Nemohu často **vyhledat vhodnou žílu**. Obézní pacienti přes velké množství tukové tkáně nemají žíly hmatné ani viditelné a odebrat krev je mnohdy výkon hodný medaile.“

Na otázku ohledně *vyskytujících se problému při hygienické péči obézního pacienta* sestra zdůraznila, že hygienická péče u těchto pacientů je pro ni asi nejnáročnějším úkonem ze všech ošetrovatelských činností. Uvedla: „**Nejobtížnější je dopravit pacienta do koupelny a řádně umýt veškeré problémové partie, kde se pacient potí a tvoří se mu opruzeniny. Člověk se musí hodně snažit, aby tato místa řádně omyl a vysušil.**“

Při stravování pacientů sestra č. 3 neshledává **žádný problém**. „Pacientům je jídlo přivezeno z jídelny, a co se jim podá, to většinou sní, i když často slýchám, že i jejich zvířata mají lepší jídlo.“

U vyprazdňování sestra shledává problém v tom, že se pacientovi musí nasazovat plenkové kalhotky, které často nejsou v **dostačující velikosti**. A neustálá výměna plen je **fyzicky obtížná**.

Na dotaz, *jaké nejčastější pomůcky sestra využívá při manipulaci s obézním pacientem*, mi sestra odpověděla: „Pomůcek, které by vyhovovaly pro tyto pacienty, moc není, ale **hrazdička** je neužitečnější pomocník. Dále často využívám **postranice** a **podložku jak látkovou, tak rolbovou**.“

U časového rozdílu v péči mezi obézním pacientem a pacientem s BMI v normě setra dlouho váhala, ale poté uvedla: „Myslím, že tak kolem 15 minut. Pacienti jsou těžší, a proto jednotlivé činnosti jsou náročnější“.

Sestra č. 3 zvládá ošetrovatelskou péči o obézního pacienta sama jen minimálně. „Snažím se vždy donutit pacienta ke spolupráci, ale přesto u velkého procenta výkonů si žádám o pomoc někoho z kolegů.“

Na dotaz, zda se za její praxi v nemocničním zařízení setkala s činností, kterou nemohla u obézního pacienta provést dle platných standardů, sestra odpověděla: „Párkrát se mi přihodilo, že není dokonale provedená hygienická péče. Máme málo personálu a ne vždy mi může někdo pomoci.“

Rozhovor č. 4

Sestra č. 4 je všeobecná sestra pracující na interním oddělení v Oblastní nemocnici Kolín, a.s. Vystudovala Střední zdravotní školu v Praze a na oddělení pracuje již 16 let. S tématem jsem ji pečlivě seznámila a sestra se rozhodla ke spolupráci.

Sestra č. 4 byla velmi příjemná a ochotně spolupracovala již u první položené otázky týkající se *komplikací při manipulaci s obézními pacienty*. U této otázky sestra uvedla: „Největší komplikací při manipulování s obézními pacienty je **přesun pacienta z lůžka do vozíku a zpět**.“

Na dotaz, zda může uvést nejčastější komplikace při odběru krve u obézního pacienta, sestra 4 uvedla: „Nejčastější komplikací je **vyhledání vhodné žíly**. Velký problém je, že tito pacienti mají často **žíly sklerotické** a po vpichu žíla praskne a je nutné znovu žílu najít, což není jednoduché.“

Při vykonávání hygienické péče u obézních pacientů mi sestra 4 uvedla: „Jako největší problém považuji **obtížnou spolupráci obézního pacienta a manipulaci s pacientem v koupací vaně**. Člověk musí neustále dávat pozor, aby pacient z vany nepřepadl nebo sledovat, aby vana jeho váhu snesla.“

U stravovacích návyků sestra č. 4 nezaznamenala zvláštní komplikace. „Zatím se mi **nikdy nestalo**, že bych musela řešit nějaký problém týkající se stravování u obézních pacientů.“

Na dotaz, s jakými nejčastějšími komplikacemi se potýká při vyprazdňování obézního pacienta, mi sestra odpověděla: „Obtížné je pacienta **napolohovat na podložní mísu**. Většinou musím požádat o pomoc jinou sestru, aby mi pacienta pomohla otočit. Dále si myslím, že komplikace se vyskytují i při **močení**, kdy močové lahve jsou nevyhovující a někteří pacienti PMK odmítají.“

Sestra 4 mi ohledně využívání pomůcek sdělila: „Nejčastěji využívám **hrazdičku, podložku, postraniče, vozíky nebo lehátka**. Zkrátka všechny dostupné pomůcky, co tu na oddělení máme. Velmi často také využívám **antidekubitní pomůcky**.“

U otázky zaměřené na časový rozdíl mezi péčí o obézního pacienta a pacienta s BMI v normě mi sestra odpověděla, že časový rozdíl nedokáže přesně odhadnout, ale

téměř vždy je péče o obézního pacienta delší a náročnější. „Myslím, že kolem 20 minut je ošetrovatelská péče náročnější.“

Setra č. 4 se péči o obézního pacienta vždy snaží vykonat sama, ale v případě, že pacient vůbec nespolupracuje nebo je péče nad její síly, tak si zavolá pomoc sanitáře, ale nejdříve se o to pokusí sama. „Snažím se co nejvíce si vypomoci sama, protože není možné neustále mít někoho při ruce, kvůli nedostatku personálu, ale když to nezvládám, tak si někoho zavolám na pomoc.“

Setra č. 4 u poslední otázky zaměřené na činnosti, které kvůli obezitě pacienta nemohla vykonat dle platných standardních postupů, uvedla: „Bohužel se mi přihodilo, že jsem neprovedla dle standardních postupů cévkování a hygienickou péči. U nespolupracujícího pacienta jsou tyto výkony náročné a ne vždy se povede sterilní zavedení močového katetru, a u hygienické péče je obtížné důkladně omýt veškeré partie těla obézního pacienta.“

Rozhovor č. 5

Sestra č. 5 je všeobecná sestra, která pracuje na Interním oddělení v Oblastní nemocnici Kolín, a.s. již 29 let. Vystudovala Střední zdravotní školu v Kolíně a poté vystudovala Vyšší odbornou školu v Jindřichově Hradci. S tématem byla pečlivě seznámena a s rozhovorem po ujištění o naprosté anonymitě souhlasila.

Sestra č. 5 při rozhovoru odpovídala s rozvahou a rozmyslem a na první položenou otázku ohledně *komplikací s manipulací u oběžního pacienta* odpověděla: „*Při manipulaci jsou obtížné převozy pacientů na vyšetření, kdy se musí přesunout z lůžka a dovést k sanitě nebo do ambulancí. Uvézt takového pacienta je náročné i pro muže, natož pak pro mě.*“

U *odebírání venózní krve* u oběžných pacientů sestra 5 považuje za největší problém, že oběžní pacienti mají špatně viditelné žíly a je velmi obtížné vhodnou žílu nalézt. „*Největší problém je najít žílu, protože přes množství tuku žíly nejsou viditelné, a je téměř nemožné krev odebrat. Většinou se to podaří až po více pokusech.*“

Při otázce na *největší komplikace při provádění hygienické péče* u oběžných pacientů sestra uvedla: „*Problém je u imobilních oběžných pacientů, kteří nejsou schopni ani minimální spolupráce. Poté není možné řádně pacienta umýt, protože je manipulace s ním téměř nemožná.*“

Na otázku, *se kterými nejčastějšími komplikacemi se potýká při stravování oběžního pacienta*, mi sestra odpověděla: „*Tito pacienti nedodrží dietní opatření naordinované lékařem a dopřávají si sladkosti nebo potraviny, které mají z vlastních zásob nebo jim je stále donáší rodina pacienta.*“

U komplikací s vyprazdňováním u oběžných pacientů sestra uvedla: „*Pacienti s obezitou často mívají zácpu, a proto se jim podávají laxancia. Po podání těchto léků zase pacienti mívají průjemovou stolicí a vyžadují neustále podložní mísu nebo časté měnění plen, což je zatěžující jak pro pacienta, tak pro nás.*“

Sestra č. 5 nejčastěji využívá *pomůcky*, jako jsou *postranice*, *hrazda* a *madla* k přidržení pacienta a *podložka*.

Na dotaz, *zda může odhadnout, jaký je časový rozdíl mezi péčí o obézního pacienta oproti pacientovi s BMI v normě*, mi sestra odpověděla: *„Časový rozdíl je individuální, ale odhaduji to kolem 20 minut na pacienta.“*

Během rozhovoru jsem se dále dozvěděla, že sestra při ošetřování obézního pacienta využívá **plně dopomoci** jiné sestry či sanitáře. Dále uvedla, že personálu je málo, hlavně z řad mužů, kteří při péči o obézního pacienta jsou velmi potřební pro svou sílu.

Během její dlouholeté praxe se sestra nikdy nesečkala se situací, že nemohla vykonat ošetrovatelskou činnost dle platných standardních postupů u obézního pacienta. *„Vždy si musím nějak poradit. Nezáleží na tom, jestli se úkon provede hned nebo později, ale vždy jsem činnost vykonala.“*

Rozhovory s pacienty

Pacient č. 1

Pacient č. 1 je 50letý muž hospitalizovaný na interním oddělení. Váha pacienta je 100 kg a výška pacienta se pohybuje kolem 160 cm. Pacient byl plně seznámen s tématem a s rozhovorem souhlasil.

Pacient č. 1 je dle výšky a váhy řazen do kategorie dle BMI středně obézních pacientů. U každodenních běžných činností ho obezita nejvíce omezuje v pohybu a v chůzi. „Při chůzi se hned zadýchám a nedojdu moc daleko.“ Mezi hlavní komplikace spojené s obezitou patří zjištěný diabetes mellitus II. typu.

Na otázku, jak je spokojen s poskytováním ošetrovatelské péče, mi pacient č. 1 odpověděl, že je s péčí spokojený. Jediný problém, který pacient shledává, jsou poznámky na jeho váhu při manipulaci s pacientem. „Nemůžu si stěžovat. Sestřičky jsou hodný, doktoři taky. Jenom mě trápí, že se semnou musí občas tahat a někteří z personálu mají takové poznámky, jako chlape, vy jste ale těžký.“

U další položené otázky týkající se spokojenosti či nespokojenosti pacienta s osobním přístupem personálu k jeho osobě mi pacient sdělil, že si není vědom žádné situace, kdy by byl s péčí poskytované zdravotními sestrami nespokojen. Zmínil se o poznámkách na jeho váhu, které někdy sestra při pečování o pacienta vysloví, ale nespokojenost nevyjádřil. „Nevzpomenu si, jestli jsem byl někdy nespokojený. Občas slýchávám poznámky jako, že bych mohl zhubnout, ale já jsem člověk, který si tohle moc k srdci nebere, a neuráží mě to.“

Pacient č. 1 uvedl, že je naprosto spokojený se všemi ošetrovatelskými činnostmi prováděné všeobecnou sestrou u jeho osoby a není si vědom nějakého pochybení ze strany personálu nemocnice.

Nadále jsem se dozvěděla, že jsou mu nepříjemné situace, kdy je mu poskytována pomoc při vykonávání hygienické péče. Uvedl, že sestry mají občas nemístné poznámky týkající se jeho váhy, ale zároveň podotkl, že tyto poznámky ho neuráží. Na položenou otázku se pacient doslova vyjádřil: „Během hygieny. Personál

má občas nemístné poznámky, ale jak říkám, já tohle neberu moc vážně a za pět minutu je zapomenuto, že někdo něco řekl.“

Na otázku, v čem by se chování všeobecných sester mělo změnit vůči pacientově osobě, mi pacient odpověděl následovně „Ty **nemístní poznámky** at' si nechají, až budou za dveřmi pokoje, ale nemá cenu se nad tím rozčilovat.“

U dalšího položeného dotazu, zda se domnívá, že existují nějaké další možnosti, které by usnadnily péči o obézní pacienty, pacient odpověděl, že by bylo zapotřebí zaměstnat **více personálu** z řad mužů.

Na poslední položenou otázku, zda by chtěl něco změnit v celkové péči o obézního pacienta, jsem dostala odpověď, že *pacient je s péčí spokojen a **nic** by měnit nechtěl.*

Pacient č. 2

Pacient č. 2 je 65letá žena hospitalizovaná na Interním oddělení v nemocnici Kolín. Váha a výška této pacientky je 110 kg a 163 cm. Pacientka je částečně nesoběstačná a vyžaduje dopomoc téměř ve všech základních úkonech.

Pacientku obezita omezuje téměř ve všech základních činnostech běžného života. Pacientka vyžaduje dopomoc při vykonávání hygienické péče, vyprazdňování, polohování a dalších náročnějších činnostech. Pacientka má zaveden permanentní močový katetr a nasazenou plenu.

Mezi nejčastější komplikace spojené s obezitou spadá diabetes mellitus II. typu a ischemická choroba srdeční, u které pacientka neví, že obezita tuto nemoc výrazně ovlivňuje.

Pacientka na dotaz, jak je spokojena s poskytováním ošetrovatelské péče od všeobecných sester během hospitalizace, odpověděla, že je jí vyhověno ve všech ohledech. Je si vědoma náročnosti péče o její osobu, ale s péčí je spokojena. Nespokojenost se objevila u pacientky pouze jednou při potřebě přebalení pleny, kdy musela delší dobu čekat, než si sestra udělala čas a plenu jí vyměnila. „To bylo velmi nepříjemné. Chápu, že tu nejsem jediná, ale být ve špinavé pleně je velmi nepříjemné.“

Na další otázku týkající se spokojenosti v přístupu sestry k pacientce jsem se dozvěděla, že pacientka je s chováním sester naprosto spokojená a nemá žádné vážné výhrady „Kromě té pleny jsem nikdy nějaké odlišnosti v přístupu sester nezaregistrovala.“

U otázky, u jaké činnosti jí je pomoc od sester nepříjemná, jsem zjistila, že nejvíce je pacientce nepříjemné vyprazdňování do plen a následně jejich výměna. Cítí se ponížena, ale chápe, že vzhledem k jejímu stavu jiná možnost není možná. „Vyprazdňování do pleny je velmi nepříjemné, ale co jiného můžu dělat, když z lůžka nevstanu.“

Dále jsem se při rozhovoru dozvěděla, že pacientka by ráda u sester změnila pouze komunikaci. S péčí o její osobu je jinak spokojena. „Byla bych moc ráda, kdyby si semnou sestry více povídaly, a ne jen mezi sebou. Člověk se někdy cítí, jako by tam vůbec nebyl.“

U předposlední položené otázky, *zda existují nějaké další možnosti, u kterých se pacientka domnívá, že by usnadnily péči o obézní pacienty*, pacientka odpověděla, že by uvítala lepší pomůcky při polohování. „Měnila bych **pomůcky** na vypodložení, protože jsou moc tvrdé a po delším čase tlačí.“

Na poslední otázku, co by pacientka chtěla změnit v celkové péči o obézního pacienta, jsem dostala odpověď, že pacientka by si přála větší **soukromí** při získávání ošetrovatelské anamnézy, protože některé pokládané otázky jsou příliš intimní a rozhovor poslouchají i ostatní pacienti na pokoji.

Pacient č. 3

Pacient č. 3 je 52letá žena hospitalizovaná na interním oddělení. Pacientka váží kolem 98 kg a její výška je 157 cm. Pacientka je částečně soběstačná, vyžaduje pomoc jen v náročnějších činnostech. Pacientku jsem seznámila s tématem a po ujištění, že rozhovor je plně anonymní, s rozhovorem souhlasila.

Pacientka si není vědoma výraznějších komplikací v běžných činnostech ovlivněných její obezitou. Dle váhy a výšky je její BMI 39,8 a řadí se do středně obézních pacientů. Největší problémy vnímá pouze při **dlouhodobé chůzi** nebo chůzi do schodů.

Jako komplikace zdravotního stavu, které jsou způsobeny obezitou u pacientky, byly diagnostikovány **hypertenze** a **diabetes mellitus**.

Pacientka je s péčí ze strany ošetřujícího personálu **naprosto spokojena** a nevybavuje si sebemenší problém, který by se vyskytl při poskytování ošetřovatelské péče. „*Nejsem si vědoma žádného problému, ze strany sester.*“ Dále uvedla, že ošetřovatelská péče poskytovaná na interním oddělení byla nejlepší, se kterou se kdy setkala.

Na otázku, zda může uvést nějaký příklad, kdy byla spokojena či nespokojena s osobním přístupem personálu k její osobě, pacientka odpověděla, že nespokojenost s přístupem personálu nikdy nepocítila. Dále jsem se dozvěděla, že pacientka je s osobním přístupem sester **naprosto spokojena**.

U dalšího položeného dotazu týkajícího se *naprosté spokojenosti pacientky s jednotlivými činnostmi prováděnými ošetřovatelským personálem* pacientka odpověděla, že nejvíce spokojena je s ochotou personálu dopomoci i v nepříjemných situacích, jako je **hygienická péče**. „*Nikdy jsem nezaregistrovala nějaké opovržení nebo poznámky, ať se snažím sama nebo, že jsem líná.*“

Na optání, kdy je pro pacientku *ošetřovatelská péče nepříjemná*, jsem dostala odpověď, že pacientce je nepříjemné, když je svlečena donaha i před ostatními pacienty. „*Člověk nikdy nemá dostatek soukromí ani při převlékání.*“

Pacientka nemá žádné námitky ohledně chování všeobecných sester při poskytování ošetrovatelské péče a nepřeje si žádné změny „*Já jsem naprosto spokojená a myslím si, že něco měnit není třeba.*“

U dotazu, *zda se domnívá, že existují nějaké další možnosti, které by usnadnily péči o obézní pacienty*, jsem dostala odpověď, že pacientka by si nejvíce přála umístit na pokoje mezi lůžka závěsy pro zkvalitnění soukromí pacienta. „*Závěsy mezi lůžka by byly velmi prospěšné. Když přijde lékař a vyšetřuje vás nebo sestra vykonává třeba hygienickou péči, tak si zatáhne a člověk se hned cítí lépe, když má pocit, že ho nesleduje půl nemocnice.*“

Pacientka nemá žádné výhrady k poskytované péči a není si vědoma žádných nutných změn, které by bylo nutné provést pro zvýšení kvality ošetrovatelské péče o obézní pacienty.

Pacient č. 4

Pacient č. 4 je 49letý muž hospitalizovaný na chirurgickém oddělení. Váha a výška pacienta je 189 cm a 125 kg a BMI pacienta je 35, tedy střední obezita. Pacient je částečně soběstačný a vyžaduje pomoc ošetrovatelského personálu především při pohybu. S tématem práce jsem pacienta podrobně seznámila a s rozhovorem souhlasil.

Pacient č. 4 uvedl, že nejvíce ho obezita omezuje v sebeobslužných činnostech, převážně při **oblékání**. „*Nejvíce mi vadí, že při oblékání si nemůžu natáhnout ponožky nebo mám problém při **obouvání**.*“

U tohoto pacienta byly diagnostikovány komplikace spojené s obezitou, jako je **hypertenze** a **cholelithiaza**. Pacient si nebyl vůbec vědom, že tyto nemoci s obezitou úzce souvisí.

Pacient mi prozradil, že s ošetrovatelskou péčí je **spokojen částečně** z toho důvodu, že občas se cítí nepříjemně kvůli nepříjemným poznámkám personálu. „*Několikrát mi bylo sděleno, že je se mnou hodně práce a že jsem moc těžký a měl bych zhubnout.*“

Na další položenou otázku, zda může uvést nějaký příklad, kdy byl spokojen či nespokojen s osobním přístupem personálu k jeho osobě, mi pacient odpověděl, že jedinou připomínku má právě ke zmíněným nepříjemným **poznámkám** týkajících se pacientovy váhy. „*Změnil bych pouze ty poznámky, ať si to říkají, ale za dveřmi.*“

U otázky týkající se činností, při kterých je naprosto spokojen s přístupem sestry, jsem získala odpověď, že pacient je plně spokojen s **edukací** jednotlivých výkonů a vyšetření. „*Vždy mi vše řádně vysvětlí a uklidní, že se ani tak nebojím.*“

U zodpovídání další otázky, kdy je pacientovi ošetrovatelská činnost nepříjemná, jsem získala odpověď, že velmi nepříjemné je pro pacienta **vážení** na pokoji před ostatními pacienty. „*Dost nepříjemné je, když vás zváží a pak si váhu nahlásí nahlas a všichni se otočí, aby se podívali, komu tato váha patří.*“

Na dotaz, v čem by se vystupování a chování sestry k jeho osobě mělo změnit, mi pacient odpověděl, že nemá výraznější námitky na chování sester. Jediné, co by změnil, jsou již **zmiňované poznámky** týkající se váhy pacienta.

U předposlední položené otázky zaměřené na *možnosti usnadňující péči o obézního pacienta* si pacient není vědom **žádných možností**, které by přispěly k vylepšení ošetrovatelské péče o obézního pacienta.

Pacient č. 4 by v celkové péči o obézního pacienta chtěl změnit pouze **citlivější přístup** k obézním pacientům ze strany sester.

Pacient č. 5

Pacient č. 5 je 61letý muž hospitalizovaný na chirurgickém oddělení. Výška a váha pacienta je 173 cm a 108 kg a BMI 36,1 - střední obezita. Pacient je plně imobilní a vyžaduje pomoc ve všech činnostech. Pacient byl plně obeznámen s tématem a s rozhovorem ochotně souhlasil.

Pacienta obezita omezuje téměř ve všech základních činnostech každodenního života. Nedokáže provést samostatně hygienickou péči ani dojít si na toaletu. Vyžaduje pomoc při stravování i pohybu.

Mezi komplikacemi spojenými s obezitou u pacienta byly diagnostikovány diabetes mellitus, hypertenze a artróza. Pacient si myslí, že pouze artróza může být podmíněna obezitou.

Pacient je plně spokojen s péčí poskytovanou ošetrovatelským personálem a nemá žádné výhrady. „Vždy jsou sestry ochotné a pomůžou mi, kdykoli něco potřebuji.“

Na otázku týkající se spokojenosti či nespokojenosti s osobním přístupem sester k jeho osobě mi pacient odpověděl, že nemá žádné výhrady k chování sester k jeho osobě. „Nikdy jsem nezaregistroval nějaký problém, kdy by mě vyjadřování nebo chování sester urazilo nebo zosobilo.“

Uprostřed rozhovoru jsem pacientovi položila otázku, zda si je vědom nějaké činnosti, při které je naprosto spokojen s přístupem sestry. Pacient mi odpověděl, že naprosto spokojen je, když vyžaduje pomoc s vyprazdňováním, nikdy se nesetkal s poznámkami na jeho váhu, ani si nepovšiml, že by sestry daly najevo obtížnost výkonu činností.

Na další položenou otázku, kdy je pacientovi pomoc sestry nepříjemná, jsem získala odpověď, že se cítí nepříjemně při intimních úkonech, jako je hygienická péče a vyprazdňování. „Člověk se cítí ponížene, ale nedá se nic dělat, a sestry nikdy nedaly najevo nelibost při vykonávání těchto úkonů.“

Od pacienta jsem zjistila, že si není vědom nějakých pochybení v chování ze stran sester, a proto změny nepovažuje za nutné. „Já osobně bych neměnil nic. Jsem spokojený.“

Na dotaz, zda se domnívá, že existují nějaké další možnosti, které by usnadnily péči o obézní pacienty, mi pacient odpověděl, že by zařídil, aby v nemocnicích měli k dispozici oblečení pro pacienty i ve větších velikostech a více personálu. „Když mě hospitalizovali, neměl jsem s sebou žádné oblečení na převlečení a na oddělení neměli dostatečně velké pyžamo, které by odpovídalo mé velikosti.“

Na poslední položenou otázku, co nejvíce by chtěl změnit v celkové péči o obézní pacienty, mi pacient odpověděl, že by si představoval lepší pomůcky na dopomoc v pohybu, například pojízdný závěsný systém umístěný na stropě. „Sestry se mnou mají těžké porřízení a nemají dostatek pomůcek, které by jim pomohly.“

Zdroj: Vlastní

Otázky pokládané pacientovi

Jak spokojeni jsou obézní pacienti s poskytovanou ošetrovatelskou péčí?

1. Můžete mi prosím sdělit, jaká je vaše výška a váha?
2. Konkretizujte prosím nějaké činnosti, při kterých Vás obezita omezuje v běžném životě?
3. Uveďte komplikace spojené s obezitou, které se u Vás vyskytují?
4. Jak jste spokojen/a s poskytováním ošetrovatelské péče během hospitalizace?
5. Můžete uvést nějaký příklad, kdy jste byla spokojena či nespokojena s osobním přístupem personálu k Vaší osobě?
6. Popište prosím činnosti, u kterých jste naprosto spokojen/a s přístupem sestry k Vám?
7. Podělil/a byste se prosím o situace, kdy je pro Vás dopomoc sestry nepříjemná?
8. V čem by se vystupování a chování sestry k Vaší osobě mělo změnit?
9. Domníváte se, že existují nějaké další možnosti, které by usnadnily péči o obézní pacienty? Pokud ano, jaké?
10. Co nejvíce byste chtěl/a změnit v celkové péči o obézní pacienty?

Otázky pokládané ošetřujícímu personálu

1. S jakými nejčastějšími problémy se ošetřující personál setkává v ošetrovatelské péči o obézního pacienta?

2. Jak náročné je poskytovat ošetrovatelskou péči pacientovi s obezitou pro ošetrovatelský personál?

1. Na jakém oddělení pracujete?
2. Kolikátým rokem působíte na Vašem oddělení?
3. Jste si vědoma nějakých komplikací při manipulaci s obézním pacientem?
Pokud ano, jakých?
4. Můžete uvést nejčastější komplikace při odběru krve u obézního pacienta?
5. Uveďte prosím, nejčastější komplikace při provádění hygienické péče u obézního pacienta.
6. S kterými nejčastějšími problémy se potýkáte při stravování obézního pacienta?
7. S jakými nejčastějšími komplikacemi se potýkáte při vyprazdňování obézního pacienta?
8. Vyjmenujte prosím činnosti, při kterých jste nucena využívat pomůcky při manipulaci s obézním pacientem.
9. Můžete odhadnout časový rozdíl, jaký je mezi péčí o obézního pacienta oproti péči o pacienta s BMI v normě?
10. Do jaké míry zvládáte péči o obézního pacienta sama?
11. Vyskytl se během vaší praxe nějaký problém při poskytování ošetrovatelské péče o obézního pacienta, při kterém nešlo postupovat dle standardních postupů?
Pokud ano, jaký?

Zdroj: Vlastní

Příloha č. 15 Standard ošetřovatelské péče

Standardní ošetřovatelský postup

Ošetřovatelská péče o rány u obézního pacienta

Definice standardu

Obézní pacienti mají častý vznik dekubitů, kvůli své tělesné váze, nepohyblivosti, obtížnému polohování a špatným stravovacím návykům.

Vymezení vybraných pojmů:

Dekubit neboli proleženina je oblast poškození pokožky a tkání, které je způsobeno tlakem, stříhovým namáháním, třením či kombinací zmíněných faktorů.

Cíl standardu:

- Provést celkovou edukaci obézního pacienta
- Prevence dekubitu
- Asepticky pečovat o čerstvý dekubit
- Zvolení vhodného materiálu pro léčbu dekubitu
- Provedení převazu dekubitu u obézního pacienta

Indikace:

I. stupeň

Lehce začervenalá pokožka, kůže není poškozena, ale dochází k poškození tukové vrstvy svalů.

II. stupeň

Tvorba puchýřů naplněných čirou tekutinou, povrchové porušení kůže, postihuje pokožku nebo kožní vrstvu.

III. stupeň

Tvorba puchýřů, spodina tmavne a postupně se tvoří nekróza, velké riziko infekce.

IV. stupeň

Rozšiřování a prohlubování dekubitu, může dosahovat až na kost, vzniká obraz vředu.

KRITÉRIA STRUKTURY

S1 Kompetentní osoby k výkonu

- registrovaná všeobecná sestra bez odborného dohledu
- registrovaná porodní asistentka bez odborného pohledu
- sestra specialista (převazová sestra)
- zdravotnický asistent pod odborným dohledem

S2 Pomůcky (přístroje)

- jednorázová podložka
- rukavice
- ústenka
- emitní miska
- nůžky
- sterilní pinzety
- sterilní tampony
- materiál k převazu ran, obvaz
- štětičky
- náplast
- sterilní krytí
- dezinfekce k oplachu rány
- dokumentace
- polohovací pomůcky

S3 Dokumentace

- ošetřovatelská anamnéza
- ošetřovatelský plán
- polohovací záznam
- záznam hodnocení bolesti
- hodnotící škály dekubitů

- Nortonova škála
- Medleyho škála
- Bradenova škála
- Waterlova škála
- záznam o převazování ran
- bilanční a nutriční screening
- záznam o rehabilitaci pacienta

S4 Prostředí

- lůžko
- koupelna
- vyšetřovna

KRITÉRIA PROCESU

Ošetrovatelský postup

Povinnosti sestry při edukaci obézního pacienta

P1 Kompetentní osoba seznámí pacienta s onemocněním

P2 Kompetentní osoba edukuje obézního pacienta o oblastech predilekčních míst

P3 Kompetentní osoba zajistí psychickou podporu pacienta

P4 Kompetentní osoba seznámí pacienta s faktory ovlivňující vznik dekubitu

P5 Kompetentní osoba zapojí obézního pacienta do preventivních opatření

P6 Kompetentní osoba edukuje obézního pacienta o nutnosti zajištění co do mobility

P7 Kompetentní osoba edukuje obézního pacienta o frekvenci polohování

P8 Kompetentní osoba edukuje obézního pacienta o nutnosti dodržování stravovacího a pitného režimu

P9 Kompetentní osoba edukuje pacienta o nutnosti dodržování hygienické péče

P10 Kompetentní osoba naučí obézního pacienta si všímat oblastí na kůži se změnou barvy a citlivosti

P11 Kompetentní osoba informuje pacienta o možných pomůckách

P12 Kompetentní osoba informuje obézního pacienta o nutnosti využívání antidekubitních pomůcek

Povinnosti sestry v rámci preventivní péče u vzniku dekubitů

P13 Kompetentní osoba uloží obézního pacienta s rizikem vzniku dekubitů na vhodnou antidekubitní matraci

P14 Kompetentní osoba provádí polohování obézního pacienta

P15 Kompetentní osoba provádí pravidelné polohování dle stanoveného časového plánu od 10 minut do 2 hodin u obézního pacienta

P16 Kompetentní osoba používá antidekubitní pomůcky

P17 Kompetentní osoba pravidelně kontroluje stav pokožky a sliznic na predilekčních místech obézního pacienta dle Nortonovy stupnice

P18 Kompetentní osoba provádí dostatečnou a pravidelnou hygienickou péči u obézního pacienta

P19 Kompetentní osoba zajistí pravidelnou péči o lůžkoviny u obézního pacienta

P20 Kompetentní osoba zajistí pravidelnou péči o pokožku obézního pacienta

P21 Kompetentní osoba zamezí kontaktu s vlhkostí u obézního pacienta

P22 Kompetentní osoba zajistí pravidelnou rehabilitaci u obézního pacienta

P23 Kompetentní osoba zajistí pravidelnou stravu obézního pacienta

P24 Kompetentní osoba zajistí dodržování pravidelného pitného režimu u obézního pacienta

Povinnosti sestry v rámci péče o čerstvý dekubit

P25 Kompetentní osoba zhodnotí stupeň rány

P26 Kompetentní osoba pravidelně kontroluje lokalizaci, vzhled, okolí, velikost a hloubku, sekreci a infekci rány

P27 Kompetentní osoba sleduje bolestivost rány

P28 Kompetentní osoba odstraní tlak působící na místo vzniku dekubitu

P29 Kompetentní osoba si připraví pomůcky pro ošetření a převaz dekubitu

P30 Kompetentní osoba založí ošetrovatelskou dokumentaci a pravidelně provádí zápis

Výběr vhodného materiálu pro lokální ošetření dekubitu

P31 Kompetentní osoba vybere vhodný typ vlhkého hojení ran (gelové, hydrokolidní krytí, hydrogel, hydroaktivní krytí, alginát, filmové krytí, hydropolymer, aktivní uhlí či stříbro, měkký silikon, neadherentní mřížky)

P32 Kompetentní osoba vybere vhodný typ roztoků pro výplachy rány (Ringerův roztok, fyziologický roztok, 3% borová voda, pitná voda, dermacin, prontosan)

Povinnosti sestry při ošetření dekubitu u obézního pacienta

P33 Kompetentní osoba si připraví pomůcky

P34 Kompetentní osoba provede desinfekční mytí rukou

P35 Kompetentní osoba si nasadí ochranné rukavice

P36 Kompetentní osoba poučí pacienta o výkonu

P37 Kompetentní osoba očistí ránu a okolí rány

P38 Kompetentní osoba zhodnotí ránu

P39 Kompetentní osoba provede převaz dekubitu pomocí vlhkého krytí

P40 Kompetentní osoba provede sekundární fixaci pomocí prodyšného materiálu

P41 Kompetentní osoba po skončení převazu rány uvede pacienta do původního stavu

P42 Kompetentní osoba zlikviduje použitý materiál do určených odpadních kontejnerů

P43 Kompetentní osoba provede mytí a desinfekci rukou

P44 Kompetentní osoba zaznamená převaz do dokumentace

Provedení záznamu do dokumentace

P45 Kompetentní osoba zapíše do dokumentace datum, čas převazu dekubitu, provede záznam o zhodnocení rány, bolesti a nutričního a bilančního screeningu, potvrdí podpisem a razítkem sestry

Komplikace

- Zvýšená tělesná teplota
- Změna citlivosti kůže
- Otok
- Krvácení
- Vznik sekrece z rány
- Změna sekrece a zápachu z rány
- Vznik infekce v ráně
- Alergická reakce na převazový materiál
- Sepsa

Zvláštní upozornění

Nutná pravidelná kontrola stravovacího a pitného režimu u obézních pacientů.

KRITÉRIA VÝSLEDKU

V1 Pacient byl edukován o možnosti vzniku dekubitu

V2 Pacient byl zapojen do preventivních činností u vzniku dekubitu

V3 U pacienta je pravidelně kontrolován stav kůže a sliznic

V4 U pacienta nedošlo ke vzniku komplikací

Seznam literatury:

Hainer, Vojtěch. Obezita v evropském kontextu. [Online] [Citace: 15. Duben 2014.]

Dostupné z: http://www.khsova.cz/03_plneni/files/obezita.pdf.

47. **Pejznochová, Irena.** *Lokální ošetřování ran a defektů na kůži.* Praha : Grada Publishing , a.s, 2010. ISBN 978-80-247-2682-3.

48. **Pokorná, Renata a Mrázová, Romana.** *Kompendium hojení ran pro sestry.* Praha : Grada Publishing, a.s, 2012. ISBN 978-80-247-3371-5.

49. **Míkula, Jan a Mullerová, Nina.** *Prevence dekubitů.* Praha : Grada Publishing, a.s, 2008. ISBN 978-80-247-2043-2.

Zpracovatelé

Matyášová Jolana

Kontrolní kritéria k auditu: Ošetrovatelská péče o rány u oběžního pacienta

Pracoviště:

Datum:

Auditoři:

Metody auditu:

- Dotaz/otázky pro sestru
- Dotaz/otázky pro klienta, rodinu
- Dotaz/otázky na zaměstnavatele
- Pozorování klienta, sestry
- Kvalifikační požadavky sestry – v osobním spise
- Kontrola pomůcek – pohledem, inventář
- Kontrola prostředí
- Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace - pohledem

Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	Ano	Ne
KRITÉRIA STRUKTURY				
S1	Prováděli výkon kompetentní osoby?	Pozorování, dotaz klienta		
S2	Byly použity správné pomůcky?	Kontrola pomůcek - pohledem		
S3	Byla požívána správná dokumentace?	Pohledem - kontrola ošetrovatelské dokumentace		
S4	Prováděla sestra ošetření dekubitu na pokoji?	Pozorování sestry		
KRITÉRIA PROCESU				
P1	Seznámila sestra pacienta s onemocněním?	Dotaz na klienta		

P2	Edukovala sestra obézního pacienta o oblastech predilekčních míst?	Dotaz na klienta		
P3	Zajistila sestra psychickou podporu pacienta?	Pozorování sestry		
P4	Seznámila sestra pacienta s faktory ovlivňující vznik dekubitu?	Pozorování sestry, dotaz na klienta		
P5	Zapojila sestra obézního pacienta do preventivních opatření?	Dotazování klienta		
P6	Seznámila sestra obézního pacienta s nutností zajištění nejvyšší mobility?	Dotazování pacienta		
P7	Seznámila sestra obézního pacienta s frekvencí polohování?	Dotazování pacienta		
P8	Seznámila sestra obézního pacienta s nutností dodržování stravovacího a pitného režimu?	Dotazování pacienta		
P9	Seznámila sestra pacienta s nutností dodržování hygienické péče?	Dotazování pacienta		
P10	Naučila sestra obézního pacienta všimnout si oblastí na kůži se změnou barvy a citlivostí?	Dotazování pacienta		
P11	Informovala sestra pacienta o možných pomůckách?	Dotazování pacienta		
P12	Informovala sestra obézního pacienta o nutnosti využívání antidekubitních pomůcek?	Dotazování pacienta		
P13	Uložila sestra obézního pacienta s rizikem vzniku dekubitů na vhodnou antidekubitní matraci?	Pozorování sestry		
P14	Prováděla sestra polohování obézního pacienta?	Pozorování sestry		
P15	Prováděla sestra pravidelné polohování dle stanoveného časového plánu od 10 minut do 2 hodin u obézního pacienta?	Pozorování sestry		

P16	Používala sestra antidekubitní pomůcky?	Pozorování sestry		
P17	Kontrolovala sestra stav pokožky a sliznic na predilekčních místech oběžního pacienta dle stupnice Nortonovy?	Pozorování sestry		
P18	Prováděla sestra dostatečnou a pravidelnou hygienickou péči o oběžního?	Pozorování sestry		
P19	Zajistila sestra pravidelnou péči o lůžkoviny u oběžního pacienta?	Pozorování sestry		
P20	Zajistila sestra pravidelnou péči o pokožku oběžního pacienta?	Pozorování sestry		
P21	Zamezila sestra kontaktu s vlhkostí u oběžního pacienta?	Pozorování sestry		
P22	Zajistila sestra pravidelnou rehabilitaci u oběžního pacienta?	Pozorování sestry		
P23	Zajistila sestra pravidelnou stravu oběžního pacienta?	Pozorování sestry		
P24	Zajistila sestra dodržování pravidelného pitného režimu u oběžního pacienta?	Dotazování sestry, pacienta		
P25	Zhodnotila sestra stupeň rány?	Pozorování sestry		
P26	Kontrolovala sestra pravidelně lokalizaci, vzhled, okolí, velikost a hloubku, sekreci a infekci rány?	Pozorování sestry		
P27	Sledovala sestra bolestivost rány?	Pozorování sestry		
P28	Odstranila sestra tlak působící na místo vzniku dekubitu?	Pozorování sestry		
P29	Připravila si sestra pomůcky pro ošetření a převaz dekubitu?	Pozorování sestry		
P30	Založila sestra ošetřovatelskou dokumentaci a pravidelně provádí zápis?	Pozorování sestry		
P31	Vybrala sestra vhodný typ vlhkého hojení ran?	Pozorování sestry		
P32	Vybrala sestra vhodný typ roztoků pro výplachy rány?	Pozorování sestry		

P33	Připravila si sestra pomůcky?	Pozorování sestry		
P34	Provedla sestra desinfekční mytí rukou?	Pozorování sestry		
P35	Nasadila si sestra ochranné rukavice?	Pozorování sestry		
P36	Poučila sestra pacienta o výkonu?	Pozorování sestry, dotazování pacienta		
P37	Očistila sestra ránu a okolí rány?	Pozorování sestry		
P38	Zhodnotila sestra ránu?	Pozorování sestry		
P39	Provedla sestra převaz dekubitu pomocí vlhkého krytí?	Pozorování sestry		
P40	Provedla sestra sekundární fixaci pomocí prodyšného materiálu?	Pozorování sestry		
P41	Uvedla sestra po skončení převazu rány pacienta do původního stavu?	Pozorování sestry		
P42	Zlikvidovala sestra použitý materiál do určených odpadních kontejnerů?	Pozorování sestry		
P43	Provedla sestra mytí a desinfekci rukou?	Pozorování sestry		
P44	Zaznamenala sestra převaz do dokumentace?	Pozorování sestry		
KRITÉRIA VÝSLEDKU				
V1	Edukovala sestra pacienta o vzniku dekubitu?	Dotaz na sestru		
V2	Byl pacient zapojen do preventivní činnosti před vznikem dekubitu?	Dotaz na sestru		
V3	Kontrolovala sestra pravidelně stav pokožky a sliznice?	Pozorování sestry		
V4	Vznikly u pacienta nějaké komplikace?	Pozorování pacienta		

Vysvětlivky:

S – kritéria struktury

P – kritéria procesu

V – kritéria výsledku

Kódy a jejich číslování v auditu odpovídají příslušným kritériím standardu.

Zdroj: Vlastní

Příloha č. 16. Povolení o provedení výzkumného šetření

Irena Šandová
Hlavní sestra
Oblastní nemocnice Kolín, a.s
Žižkova 146
280 00 Kolín III

Věc: Žádost o provedení výzkumného šetření k bakalářské práci

Vážená paní hlavní sestro Šandová

Jmenuji se Jolana Matyášová a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích oboru Všeobecná sestra. Zpracovávám bakalářskou práci na téma Obezita jako ošetrovatelský problém.

Chtěla bych Vás požádat o svolení provést kvalitativní, výzkumné šetření pomocí rozhovorů se sestrami a pacienty.

Děkuji

Jolana Matyášová

V Kolíně 29.3.2014

*Oblastní nemocnice Kolín, a.s.
nemocnice Středočeského kraje*

280 00 Kolín, Žižkova 146; IČO: 27256391

- 2 -

*Oblastní nemocnice Kolín, a.s.
hlavní sestra*

Zdroj: Vlastní