

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2022

Ester Pánková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B5345

Ester Pánková

Studijní obor: Zdravotnický záchranář 5345R021

**PROBLEMATIKA OBÉZNÍCH PACIENTŮ PŘI POSKYTOVÁNÍ
ZDRAVOTNÍ PÉČE**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Stanislava Reichertová

PLZEŇ 2022

ZADÁNÍ PRÁCE

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne

.....
vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Pánková Ester

Katedra: Katedra záchranářství, diagnostických oborů a veřejného zdravotnictví

Název práce: Problematika obézních pacientů při poskytování zdravotní péče

Vedoucí práce: Mgr. Stanislava Reichertová

Počet stran – číslované: 60

Počet stran – nečíslované: 26

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 39

Klíčová slova: obezita, ošetrovatelská péče, obézní pacient

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá problematikou poskytování zdravotní péče obézním pacientům. Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část je věnována definici a historii obezity, etiologii obezity, zdravotním komplikacím spojeným s obezitou a vyšetřovacím metodám. Dále je zaměřena na poskytování ošetrovatelské péče obézním pacientům v nemocnici. Praktická část poskytuje náhled do péče o obézní pacienty z pohledu nelékařského zdravotnického personálu. Cílem bylo zjistit informace o obézních pacientech a o zkušenostech zdravotnických pracovníků souvisejících s poskytováním ošetrovatelské péče těmto pacientům. Praktická část je zpracovaná formou kvantitativního výzkumu, konkrétně metodou dotazníkového šetření. Na začátku práce je definován výzkumný vzorek, metodika a průběh výzkumného šetření, dále jsou zde formulovány cíle a předpoklady.

Abstract

Surname and name: Pánková Ester

Department: Department of Rescue Services, Diagnostic Fields a Public Health

Title of thesis: The issue of obese patients in the provision of health care

Consultant: Mgr. Stanislava Reichertová

Number of pages – numbered: 60

Number of pages – unnumbered: 26

Number of appendices: 6

Number of literature items used: 39

Keywords: obesity, nursing care, obese patient

Summary:

Bachelor thesis deals with the issue of providing a medical care to obese people. The thesis is divided into a theoretical and practical part. The theoretical part is pursued to a definition and history of obesity, etiology of obesity, it's medical/health complications and nurse methods. Further it is pursued to providing a medical care to obese patients in the hospital. The practical part provides a preview on the care of obese patients from the point of view of non-medical medical personnel. The purpose was to determinate an information about obese patients and experience of medical staff related to providing a medical care to there patients. The practical part is processed in the form of a quantitative research by questionnaire. At the beginning is defined a research sample, a methodology and the process of the research investigation. Further there are shaped objectives and assumptions.

Předmluva

Předkládaná bakalářská práce se zaměřuje na problém s poskytováním zdravotní péče obézním pacientům ze strany nelékařského zdravotnického personálu a na zkušenosti pracovníků s poskytováním péče těmto pacientům. Cílem práce bylo zjistit, jak často se personál s obézními pacienty setkává, jaká diagnóza je u obézních pacientů nejčastější a zmapovat tak problematiku ošetrovatelské péče o obézní pacienty.

Předmětem výzkumu se stala také přidružená onemocnění u těchto osob. V neposlední řadě se výzkum zabývá tím, jaké pomůcky jsou k dispozici při práci s obézním pacientem, jaké z nich se nejčastěji používají a zda je jich dostatek. Účelem práce je poukázat na zhoršenou možnost poskytování zdravotnické péče těmto pacientům a na možnost používání pomůcek, které by tuto práci mohly zjednodušit.

Poděkování

Děkuji Mgr. Stanislavě Reichertové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji pracovníkům vybraných klinik za vypracování dotazníků. Největší poděkování pak patří mým rodičům za podporu během celého mého studia.

OBSAH

SEZNAM GRAFŮ	10
SEZNAM TABULEK	11
SEZNAM ZKRATEK	12
ÚVOD.....	13
TEORETICKÁ ČÁST	15
1 OBEZITA	15
1.1 Definice obezity.....	15
1.2 Historie	16
1.3 Formy obezity.....	17
2 ETIOLOGIE	18
2.1 Pozitivní energetická bilance.....	18
2.1.1 Stoupající energetický příjem a pokles energetického výdeje.....	18
2.2 Genetické vlivy.....	19
2.3 Životní styl a životní prostředí jedince	19
2.4 Predisponující faktory ke vzniku obezity	20
3 ZDRAVOTNÍ KOMPLIKACE.....	22
3.1 Mechanické komplikace	22
3.2 Metabolické komplikace.....	22
3.2.1 Metabolický syndrom	22
3.2.2 Diabetes mellitus 2. typu	23
3.3 Ostatní komplikace	24
3.3.1 Nemoci srdce a cév.....	24
3.3.2 Obezita a nádory	25
3.3.3 Obezita a plodnost	25
4 VYŠETŘOVACÍ METODY	27
4.1 Anamnéza	27
4.2 Klinické vyšetření.....	28
4.3 Laboratorní vyšetření.....	28
4.4 Specializované vyšetření	29
5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O OBÉZNÍ PACIENTY V NEMOCNICI.....	30
5.1 Bezpečnost a manipulace.....	30
5.2 Hygienická péče a péče o kůži	32
5.3 Výživa.....	32
5.4 Péče o vyprazdňování.....	33
5.5 Vyšetření zobrazovacími metodami	34
5.6 Problémové momenty v péči o obézní pacienty	34

5.6.1	Kanylace cévního řečiště	34
5.6.2	Zajištění dýchacích cest a umělá plicní ventilace.....	36
5.6.3	Kardiopulmonální resuscitace	37
PRAKTICKÁ ČÁST		38
6	CÍL A ÚKOLY PRÁCE	38
6.1	Hlavní cíl	38
6.2	Dílčí cíle	38
6.3	Předpoklady	38
7	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	39
8	METODIKA PRÁCE	40
9	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	41
DISKUZE		66
ZÁVĚR.....		72
SEZNAM LITERATURY		73
SEZNAM PŘÍLOH		76
PŘÍLOHY		77

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Pohlaví respondentů	41
Graf 2 Věk respondentů.....	42
Graf 3 Délka praxe ve zdravotnictví.....	43
Graf 4 Pracoviště respondentů.....	44
Graf 5 Jak často se setkáváte s obézním pacientem	45
Graf 6 Jaké pohlaví je u obézních pacientů častější	46
Graf 7 Věk obézních pacientů	47
Graf 8 Nárůst počtu obézních pacientů	48
Graf 9 Příčina vzniku obezity	49
Graf 10 Problém s péčí o obézního pacienta	51
Graf 11 Nejnáročnější část ošetrovatelské péče u obézního pacienta	52
Graf 12 Důvod obtížné ošetrovatelské péče u obézního pacienta	54
Graf 13 Speciální pomůcky	55
Graf 14 Pomůcky pro ošetřování obézního pacienta.....	56
Graf 15 Dostatek speciálních pomůcek	57
Graf 16 Diagnózy obézních pacientů	58
Graf 17 Komorbidity obézních pacientů	60
Graf 18 Kurz/seminář zabývající se péčí o obézní pacienty	62
Graf 19 Standard/pracovní postup pro péči o obézního pacienta	63
Graf 20 Zlepšení péče o obézní pacienty.....	64
Graf 21 Rozšíření znalostí v oblasti péče o obézní pacienty.....	65

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Pohlaví respondentů	41
Tabulka 2: Věk respondentů.....	42
Tabulka 3: Délka praxe ve zdravotnictví.....	43
Tabulka 4: Pracoviště respondentů.....	44
Tabulka 5: Jak často se setkáváte s obézním pacientem	45
Tabulka 6: Jaké pohlaví je u obézních pacientů častější	46
Tabulka 7: Věk obézních pacientů	47
Tabulka 8: Nárůst počtu obézních pacientů	48
Tabulka 9: Nejčastější příčina vzniku obezity.....	49
Tabulka 10: Problém s péčí o obézního pacienta	51
Tabulka 11: Nejnáročnější část ošetrovatelské péče u obézního pacienta	52
Tabulka 12: Důvod obtížné ošetrovatelské péče u obézního pacienta	54
Tabulka 13: Speciální pomůcky	55
Tabulka 14: Pomůcky pro ošetřování obézního pacienta.....	56
Tabulka 15: Dostatek speciálních pomůcek	57
Tabulka 16: Diagnózy obézních pacientů	58
Tabulka 17: Komorbidity obézních pacientů	60
Tabulka 18: Kurz/seminář zabývající se péčí o obézní pacienty.....	62
Tabulka 19: Standard/pracovní postup pro péči o obézní pacienty.....	63
Tabulka 20: Zlepšení péče o obézní pacienty.....	64
Tabulka 21: Rozšíření znalostí v oblasti péče o obézní pacienty	65

SEZNAM ZKRATEK

AD-36	Lidský adenovirus 36
ACE inhibitory	Angiotensin-converting-enzyme inhibitory
ALT	Alaninaminotransferáza
ALP	Alkalická fosfatáza
Apo A	Apolipoprotein A-I
Apo B	Apolipoprotein B-100
Apod.	A podobně
AST	Asparátaminotransferáza
AT1 blokátory	Blokátory receptorů pro angiotenzin II
BMI	Body mass index
BOZP	Bezpečnost a ochrana zdraví při práci
C-peptid	Connecting – spojující peptid
CRP	C-reaktivní protein
CT	Počítačová tomografie
EKG	Elektrokardiografie
GMT	Gama-glutamyltransferáza
HbA1c	Glykovaný hemoglobin
HDL-C	Lipoproteiny s vysokou hustotou (High density lipoproteins)
HZS	Hasičský záchranný sbor
ICHS	Ischemická choroba srdeční
KO	Krevní obraz
LDL-C	Nízkodenzitní lipoproteiny (Low density lipoproteins)
Lp(a)	Lipoprotein (A)
Např.	Například
O-GTT	Orální glukózový toleranční test
POP	Perzistující organické polutanty
Popř.	Popřípadě
PNP	Přednemocniční neodkladná péče
T3	Trijodthyronin
T4	Tyroxin
TC	Cholesterol
TG	Triglyceridy
TSH	Tyreotropní hormon
Tzn.	To znamená
Tzv.	Takzvaně
WHO	Světová zdravotnická organizace
WHR	Wais to hip ratio (Poměr obvodu pasu a boků)
XL	Extra large (Velice velký)
XXL	Extra extra large (Velice velice velký)
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

ÚVOD

Obezita je jedním z nejrozšířenějších civilizačních onemocnění dnešní doby. Odborníci ji považují za pandemii 3. tisíciletí. Jedná se o velmi závažné a život ohrožující onemocnění, což si lidé mnohdy ani neuvědomují. Je faktorem mnoha civilizačních chorob a prokazatelně zvyšuje morbiditu a mortalitu pacientů. Počet obézních pacientů v posledním desetiletí rapidně roste. V Evropě postihuje více než 10–20 % mužů a 15–25 % žen. Jen v České republice tvoří obézní lidé více než 50 % populace a každý pátý obyvatel trpí nadváhou. Dle Světové zdravotnické organizace WHO byla obezita prohlášena za epidemii 21. století.

Obezita je velmi často podceňovaná. Počet obézních lidí narůstá hlavně kvůli nezdravému životnímu stylu, nevhodnému stravování, nedostatku pohybu, sedavému způsobu zaměstnání, ale například i vlivem nemoci nebo genetické predispozice. Obezita je také spojena s výskytem velkého množství komplikací. Komplikace mohou být metabolické, kardiovaskulární, respirační nebo gynekologické. Velmi často je s obezitou spojen výskyt diabetu, hypertenze, onemocnění kloubů, onemocnění srdce, poruch plodnosti anebo psychologických problémů. Tyto komplikace nejsou mnohdy problém jen pro daného jedince, ale i pro jeho rodinu a blízké okolí. Obezita negativně ovlivňuje jak kvalitu, tak i délku života pacienta.

Obézních pacientů je každým rokem více a jejich váha nepředstavuje problém pouze pro ně, ale také pro ošetřující personál. Rozměry i váha pacienta značně ovlivňují hospitalizaci a poskytování zdravotní péče. Tato práce je fyzicky i psychicky náročná pro všechny personál. Například ošetřování, transport, manipulace, diagnostika a léčba takových pacientů může být velmi ztížena kvůli jejich dispozicím. Těmto pacientům je nutno přizpůsobit lůžka, ošetrovatelské pomůcky, transportní pomůcky a další. Materiální a personální vybavení je většinou nedostatečné, a může tak docházet ke snižování kvality poskytované péče nebo ke vzniku nežádoucích událostí. Je důležité dbát na co nejšetrnější manipulaci s pacientem, jak na místě události, tak při transportu, při předávání pacienta do zdravotnického zařízení a ve zdravotnickém zařízení.

Cílem bakalářské práce je poukázat na problematiku obezity pacientů a na problematiku poskytování zdravotní péče takovým pacientům ze strany nelékařských zdravotnických pracovníků. Podnětem pro volbu tématu závěrečné práce se stal neustále narůstající počet obézních pacientů a podceňování obezity ze strany veřejnosti.

V teoretické části, která vychází z relevantní literatury, jsme se zaměřili na popis obezity, její definici, historii, etiologii a zdravotní komplikace, které může způsobit. Dále se soustředíme na vyšetřovací metody používané u obézních pacientů a ošetrovatelskou péči o obézní pacienty v nemocničním prostředí.

V praktické části jsme formou kvantitativního sběru dat, konkrétně formou dotazníkového šetření, zjišťovali informace o obézních pacientech. Předmětem šetření se staly jejich nejčastější diagnózy a přidružená onemocnění. Zkoumali jsem, jaké s nimi mají zaměstnanci zkušenosti, zajímali nás nejčastější problémy při poskytování péče těmto pacientům, dále pomůcky využívané zdravotníky při manipulaci s obézními pacienty. Dotazovali jsem se, zda je pomůcek dostatek, popřípadě co by podle názoru respondentů mohlo ulehčit práci s těmito pacienty.

TEORETICKÁ ČÁST

1 OBEZITA

Obezita je chronické multifaktoriální onemocnění, které je způsobené nadměrným ukládáním tuku v lidském organismu. Jedná se o velmi závažné onemocnění. Podle Světové zdravotnické organizace WHO je nyní obezita označována jako pandemie 21. století. Toto chronické onemocnění, které neustále progreduje, zkracuje průměrný věk obézních pacientů a stává se pro člověka celkovou nevýhodou – zatěžuje svou hmotností celkový pohybový aparát člověka a zhoršuje fyziologické funkce mnoha orgánů. V České republice trpí obezitou 20–25 % žen a 18–22 % mužů, dalších 30 % žen a 45 % mužů trpí nadváhou, která je označována jako předstupeň obezity. Obezita tvoří jeden z nejčastějších rizikových faktorů předčasné smrti. V 58 % případů je zodpovědná za vznik diabetu, dále v 21 % za vznik ischemické choroby srdeční a za více než 10 % všech úmrtí. (5,16,18,27)

1.1 Definice obezity

Slovo obezita pochází z latinského slova “obesus”, které znamená dobře živený nebo tučný. (29)

Obezita je obecně definovaná jako zmnožení tukové tkáně nad určitou optimální mez. U mužů je to více než 25 % a u žen více než 30 % celkové tělesné hmotnosti. Laickou veřejností je obezita v dnešní době stále ještě vnímána spíše jako estetický problém. Je ale nutné si uvědomit, že se jedná o chronickou chorobu, která může mít závažné zdravotní důsledky. Způsobuje zatěžování jak celkového statického, tak dynamického aparátu člověka, zhoršuje dýchání a také fyziologické funkce dalších orgánů. Obezita je rizikovým faktorem pro mnohá onemocnění. Přesná definice obezity je číselná. Hodnotí se procento tuků v těle nebo hmotnost ve vztahu k výšce. Podíl tuku v těle lze měřit několika způsoby. Používá se např. měření kožních řas kleštěmi zvanými kaliper, vážení pod vodou nebo vyšetřování počítačovou tomografií, ultrazvukem či denzitometrií, která se mimo jiné využívá i pro vyšetřování osteoporózy. (29)

Dnes se pro určení toho, kolik kilogramů tuku má člověk v těle a kolik procent těla tvoří tuk, používá měření kožní impedance – vodivosti těla. Přítomnost tuku v těle totiž mění

schopnost vést proud. Vyšetření se provádí měřením průchodu proudu mezi horními končetinami, ve kterých pacient drží přístroj. Než začneme měřit, musíme zadat výšku, váhu, pohlaví a věk pacienta.

Pro výpočet relativní tělesné hmotnosti se využívá Queteletův hmotnostní index, tzv. Body mass index (BMI). BMI (Příloha 1) se používá pro identifikaci podváhy, normální hmotnosti, nadváhy nebo obezity. Umožňuje porovnání tělesné hmotnosti lidí s různou výškou. Tento výpočet platí jak u dětí, tak u dospělých, přičemž u dětí je nutno výsledek vztáhnout k věku. Ukazatel BMI je celosvětově uznávaný výpočet a využívá se nejen pro stanovení obezity, ale také jako ukazatel životní prognózy. Queteletův index se vypočítá vydělením hmotnosti daného člověka v kilogramech druhou mocninou jeho výšky v metrech. Váha je údajem, který se zjistí zvážením na váze ve spodním prádle, bez obuvi, ráno, nalačno. Váha vážené osoby musí být rozložena na obě nohy. Výšku měříme pomocí výškoměru a vždy bez bot, nejlépe ráno. Měřená osoba stojí na ploše kolmé k svislé ose výškoměru. Od dříve používaného měření pomocí tzv. Brocova indexu, tzn. hmotnost v kg/ (výška v cm -100), se dnes již prakticky upustilo z důvodu nevhodnosti univerzálního použití u malých a naopak i velkých jedinců. (5,18, 28, 29)

1.2 Historie

Historie obezity sahá až do prehistorických dob. Důkazy o tom, že se lidé v dávných dobách setkávali s obezitou, přináší nejrůznější umělecké předměty. Jsou to třeba sošky nalezené na mnohých místech světa, které zobrazují hojnost a plodnost, např. Věstonická Venuše (Příloha 2) datovaná do období 29 000–25 000 př. n. l. Dále pak obrazy, některá literární díla, a dokonce i rozbory z kožních řas zemřelých faraonů ze starověkého Egypta nám dokazují, že již tito vládci trpěli obezitou. (7)

Naopak ve starověkém Řecku a Římě se upřednostňoval atletický typ postavy. Antičtí lékaři zdůrazňovali zdravotní rizika obezity. Například Hippokrates tvrdil, že častěji umírají lidé obézní, než ti s normální hmotností, a poukazoval i na další problémy spojené s obezitou, jako je např. neplodnost obézních žen. Galén ve starém Římě jako první rozdělil obezitu na přiměřenou a morbidní, a dokonce jako první popsal příznaky mentální anorexie. (7)

Ve středověku bohatí feudálové velmi rádi holdovali jídlu a pití. Spolu s nedostatkem pohybu docházelo i u nich ke vzniku obezity a ke komplikacím s ní spojeným. Za dob

baroka představovaly ideál krásy zaoblené tvary, důkazem toho jsou sošky a obrazy buclatých andělíčků. (7, 29)

Až v 18. a 19. století přináší medicína nový pohled na obezitu. Zaměřuje se na vznik obezity, prevenci a léčbu. Koncem 19. století byla považována za ideál krásy štíhlá rakouská císařovna Alžběta Bavorská. (7)

1.3 Formy obezity

Obezitu můžeme klasifikovat podle hmotnosti – kvantitativně, ale i kvalitativně – rozlišováním na více a méně závažnou. Kvalitativně lze obezitu členit na androidní a gynoidní. Existuje také dělení na obezitu ženského a mužského typu. Tyto formy nejsou vázané jen na muže a ženy, obezitou ženského typu může trpět i muž a obezitou mužského typu zase žena. Forma mužského typu bývá častější. (29)

Androidní obezita (mužský typ), též označována jako abdominální, je charakteristická výrazným nahromaděním tuku v oblasti trupu a rozvojem mnoha metabolických komplikací (Diabetes mellitus, ICHS, aterosklerózy). Tuk se nehromadí pouze v podkoží, ale také intraabdominálně („typ jablíčko“) a podporuje vznik metabolických a kardiovaskulárních komplikací. Gynoidní obezita (ženského typu) je přirovnávána k hrušce, dochází k nahromaděním tuku v oblasti hýždí a stehen a je spíše estetickým problémem. Má poměrně nižší zdravotní riziko a metabolické komplikace ji nedoprovázejí. (12, 29)

Pro klasifikaci androidní a gynoidní obezity byl používán poměr obvodu pasu a boků WHR (waist to hip ratio). WHR se provádí výpočtem jako podíl obvodu pasu v cm (waist) a boků v cm (hips). Podle zjištěných výsledků se dají rozdělit typy postavy do čtyř kategorií. Typ „hruška“, vyrovnaný typ, centrální typ a typ „jablko“. Typ postavy „hruška“, periferní typ postavy, je vyznačován hodnotou méně než 0,75 pro ženy a méně než 0,85 pro muže. Pro vyrovnaný typ postavy je hodnota 0,75–0,80 pro ženy a 0,85–0,90 pro muže. Tento typ bývá označován jako ideální, protože se tuk na těle ukládá rovnoměrně. WHR ale nehodnotí množství tělesného tuku v těle, hodnotí pouze vzájemný poměr. Pro centrální typ postavy jsou hodnoty 0,8–0,85 pro ženy a 0,9–0,95 pro muže. Zde se na břicho hromadí trochu více tuku, než by bylo ideální. Typ „jablko“ má hodnoty více než 0,85 pro ženy a více než 0,95 pro muže. Jedná se o nejrizikovější typ postavy. Na břicho se hromadí příliš velké množství tuku. (29)

Dnes se spíše využívá měření obvodu pasu nebo měření počítačovou tomografií. (29)

2 ETIOLOGIE

Obezita je multifaktoriální onemocnění, kde je příčin vzniku hned několik. Globální výskyt obezity za posledních 20 let prudce vzrostl a v současnosti je na světě více obézních než podvyživených lidí. Výskyt tohoto onemocnění stoupá i u mladší a dospívající generace. V západních zemích se obezita vyskytuje častěji v nižších sociálních skupinách, ale v jiných částech světa, například v Indii, se objevuje spíše v bohatších vrstvách. (28)

Hlavním etiologickým faktorem vzniku obezity je nerovnováha mezi příjmem a výdejem energie. Jakmile dojde k energetické dysbalanci, dochází k podstatné převaze lipogeneze nad lipolýzou a tuk se bez dostatečné zátěže a pohybu ukládá. Dále také dochází ke kombinaci vlivů zevního prostředí (např. příjem potravy, výdej energie, životní styl a prostředí) a genetických vlivů (tzv. primární obezita). Mělo se za to, že poměr mezi faktory genetickými (vnitřními) a vnějšími je 2:1, později se uvádí 1:1. Dnes ale zřejmě převažují faktory prostředí. Většina lidí přijímá nadměrné množství kalorií a málo se pohybuje. Uplatnění genů při vzniku obezity může být nastartováno nevhodnou životosprávou, určitá tendence k obezitě se dědí. (11, 29)

Příčinami vzniku tzv. sekundární obezity může být užívání některých léků (antikoncepce, psychofarmaka, glukokortikoidy), popřípadě přítomnost některé endokrinní příčiny (hypothyreóza, Addisonova choroba, Cushingova nemoc, apod.) (33)

2.1 Pozitivní energetická bilance

Obezita vzniká nejčastěji vlivem pozitivní energetické bilance. To znamená, že dochází k porušení energetické rovnováhy a energetický příjem se stane vyšší než energetický výdej. Na zvýšení energetického příjmu se nejčastěji podílí zvýšený příjem tuků. (7)

2.1.1 Stoupající energetický příjem a pokles energetického výdeje

Energetický příjem populace se podle Světové zdravotnické organizace WHO postupně zvyšuje. Přesto si mnoho obézních lidí myslí, že je jejich obezita způsobena nějakou metabolickou abnormalitou nebo nemocí. Základem tohoto onemocnění je příjem většího množství kilojoulů, než kolik jich je spotřebováno. V roce 1963 byl energetický pří-

jem 9660 kJ, v roce 1971 představoval 11 420 kJ a v roce 2010 už 12 200 kJ. Nárůst energetického příjmu způsobuje častější konzumace potravin a tekutin s vysokým obsahem tuků, jednoduchých sacharidů i ztužovaných rostlinných tuků. (7,18, 20, 25)

Pokles energetického výdeje je poté způsoben sedavým způsobem života, zavedením nových technologií, automatizací apod. K tomuto životnímu stylu napomáhá především přeprava osobními automobily, sledování televize a celkové snížení požadavků na lidskou fyzickou práci. (7, 12, 18)

2.2 Genetické vlivy

Člověk předává svým potomkům nejenom své geny, ale vychovává je a předává jim i své dietní návyky. Existuje koncepce tzv. “šetrného genu”, která předpokládá, že lidé s tímto genem lépe překonávali kritická období, jako byly války a hladomory. (29)

Rozvoj obezity ovlivňují také genetické faktory, které působí jak energetický příjem, tak energetický výdej. Faktory určující tělesnou hmotnost dělíme na genetické a zevní. Podíl genetických faktorů je u obezity značně podceňován. Genetické vlivy můžeme rozdělit na monogenní, kdy dojde k mutaci pouze jednoho genu a jsou jen vzácně příčinou vzniku obezity, nebo polygenní, kdy se uplatňuje několik genových variant. Polygenní vlivy jsou častěji příčinou vzniku obezity. Polygenní vlivy mohou například způsobovat onemocnění diabetes mellitus 2. typu a další komplikace. Monogenně podmíněné syndromy jsou vzácné a může to být například Praderův-Williho syndrom, který způsobuje ztrátu pocitu plnosti. (7)

Geny se mohou také dělit na primární a sekundární podle toho, které určují rozvoj obezity. Primární geny primárně ovlivňují vznik obezity, ale mohou ovlivňovat i jiné fenotypické známky. Sekundární geny nejprve ovlivňují jiné znaky, mají v menší míře vliv na vznik obezity. (7)

2.3 Životní styl a životní prostředí jedince

Nejčastější příčinou obezity v dnešní moderní společnosti je malá pohybová aktivita, nadbytečný příjem kalorií, nevhodné složení potravy a stres. V potravinách máme k dispozici větší pestrost a výběr, a to povzbuzuje k většímu příjmu. Vylepšená konzervace potravin umožňuje jejich trvalou dostupnost a často jídlo vyžaduje jen malou úpravu a může se ihned konzumovat. Lidé se také častěji stravují v zařízeních rychlého občerstvení, v nichž

potraviny obsahují vyšší obsah energie. Člověk je taky častěji vystavován stresu a společenskému tlaku. (18, 28)

2.4 Predisponující faktory ke vzniku obezity

Mezi predisponující faktory ke vzniku obezity bychom mohli zařadit různá věková riziková období nebo užívání farmak podporujících její rozvoj. Rizikovým obdobím pro rozvoj obezity může být období prenatální. Když během nitroděložního vývoje dojde k podvýživě plodu, jde o rizikový faktor pro vznik viscerální obezity, inzulínové rezistence a hypertenze. V prenatálním období jsou také důležité zvýšené hodnoty BMI matky před těhotenstvím nebo zvýšený nárůst hmotnosti během těhotenství. Jsou to také genetické predispozice a diabetes mellitus matky. Je dokázáno, že obezita matky před těhotenstvím je rizikovým faktorem pro vznik obezity u dítěte. V těhotenství fyziologicky stoupá hmotnost matky o 12,5 kg. Nahromaděný tuk během těhotenství je potom zásobárnou energie pro dítě v období kojení. Dalším faktorem je doba po porodu. Pro toto období neexistují jednoznačné důkazy o tom, že za vzestup váhy mohou hormonální změny. Většina žen po porodu změní styl života a méně se pohybuje. Důležitá je i porodní hmotnost novorozence. Pokud je příliš vysoká nebo příliš nízká, může dojít k nahromadění tukové tkáně v oblasti břicha a v pozdějším věku ke vzniku centrální obezity. (7, 12, 18)

V životě muže patří mezi rizikové momenty zanechání fyzické aktivity, změna zaměstnání či zanechání kouření, které může způsobovat zvýšení chuti k jídlu. Po ukončení kouření dochází v průběhu prvních deseti let ke zvýšení hmotnosti u mužů průměrně o 4, 4 kg, u žen o 5 kg. Dalším faktorem je pravidelné užívání alkoholických nápojů, konzumace uzenin a dalších kalorických potravin a antiandrogenní léčba. (12, 18)

Mezi další příčiny ovlivňující vznik obezity patří psychické poruchy. Zvýšený příjem potravy může způsobit duševní zátěž, tzv. hyperfagická reakce, která způsobuje "otylost ze smutku". (12)

Ke zvýšení hmotnosti u žen dochází při používání steroidních hormonů. Mezi ty řadíme např. kortikoidy, pohlavní hormony při užívání hormonální antikoncepce nebo léky před in vitro fertilizací. Kromě výše uvedených tam mohou patřit i glukokortikoidy, anti-diabetika (inzulin, deriváty sulfonylurey, thiazolidiony), beta-blokátory, tyreostatika, některá neuroleptika, eutonika trávicí soustavy, některá psychofarmaka (např. tricyklická anti-depresiva, lithium), antiepileptika (valproát sodný), léky k léčbě migrény či alergií (cyproheptadin, pizotifen) a estrogeny. (7, 18)

Na vzniku obezity se mohou podílet i endokrinopatie. Patří sem zejména hypothyreóza, Cushingův syndrom, hypotalamické poruchy, inzulinom, hypogonadismus apod. Mezi nejčastější endokrinopatické příčiny vzniku obezity patří hypothyreóza (neboli snížená funkce štítné žlázy). Je to onemocnění postihující štítnou žlázu, která je místem tvorby důležitých hormonů. Tvoří se v ní tyroxin, o kterém platí, že čím více ho máme v krvi, tím více kalorií můžeme spalovat při stejné fyzické aktivitě. (7)

3 ZDRAVOTNÍ KOMPLIKACE

Komplikace obezity se dělí na mechanické, které jsou skutečnými komplikacemi a způsobuje je právě velká tělesná hmotnost. Další skupinou jsou metabolické komplikace, které nejsou pravými komplikacemi obezity, mají pouze společný původ. Metabolické komplikace jsou vázány především na tzv. metabolický syndrom a pro ústup jejich příznaků obvykle stačí redukce hmotnosti o 5–10 %. (18, 29)

3.1 Mechanické komplikace

Mezi mechanické komplikace bychom mohli zařadit nemoci, které jsou vázané především na velkou tělesnou hmotnost. Jsou jejím důsledkem. Mezi tyto nemoci patří bolesti v zádech, artrózy, dušnost, poruchy hojení ran, spánkové apnoe, intertrigo (záněty kůže pod převislými místy – prsa, podbříšek), varixy, otoky a celulitida, inkontinence moči, komplikace chirurgické a porodnické. (29)

Pro ústup takových komplikací je většinou potřeba velká redukce tělesné hmotnosti, protože ztráta malého množství tuku způsobí pouze změnu zatížení kloubů. Problémy s pohybovým aparátem jsou u obézních pacientů dvakrát častější než u štíhlých a často musejí být léčeni pomocí kloubních náhrad. Umělý kloub unese pouze 90 kilogramů. Takovou hmotnost musí mít pacient před operací. (29)

3.2 Metabolické komplikace

Metabolické komplikace jsou označovány jako metabolický syndrom. Jedná se o jedno z nejčastějších onemocnění na světě. Mezi metabolické komplikace bychom mohli zařadit diabetes mellitus 2. typu, kardiovaskulární onemocnění, hypertenzi, poruchy srážení krve, nádorová onemocnění apod.

3.2.1 Metabolický syndrom

Metabolický syndrom může postihovat až přes 50 % populace. Představuje společný výskyt čtyř onemocnění: hypertenze, diabetes mellitus, dyslipoproteinemie a obezity. Důsledkem těchto onemocnění a příčinou následného úmrtí je nejčastěji ateroskleróza. V 80. letech byla lékařem Kaplanem tato čtveřice označena jako “deadly quartet” neboli smrtící

čtveřice či smrtící kvarteto. Dnes se běžně používá termín metabolický syndrom. Je to onemocnění velmi časté a lze ho nepochybně nazvat nemocí druhého a třetího tisíciletí. Pokud sledujeme výskyt obezity a diabetu ve světě, můžeme vidět, že tam, kde je nejvíce obézních lidí, je i nejvíce diabetiků 2. typu. S diabetem a metabolickým syndromem se mohou pojít i různá psychická onemocnění (deprese, schizofrenie), tvorba nádorů, sklon ke krevním sraženinám, neplodnost. Celkem je dnes s metabolickým syndromem spojováno více než 50 nemocí a příznaků. (18, 29)

Již ve starověku byla obezita s diabetem spojována a dávno se ví, že typický diabetik má hypertenzi. Obezita je pokládána za rizikový faktor diabetu. Nejde o vztah příčina – následek, ale o to, že jedno onemocnění v komplikovaných patogenetických vztazích ovlivňuje druhé. Pokud začneme včas léčit některou ze složek metabolického syndromu, oddálíme tím další složky a komplikace a prodloužíme život pacienta. (7, 18, 29)

Není zcela jasné, zda může metabolický syndrom vzniknout bez jakýchkoli genetických vloh. Nemocný má často příznaky metabolického syndromu v rodině. Je zajímavé, že většina pacientů s metabolickým syndromem prodělala podvýživu ve svém vývoji při nedostatečné výživě matky před porodem. Porodní hmotnost těchto pacientů bývá nižší. Metabolický syndrom je také označován jako šetrný neboli “thrifty” genotyp a je tedy jasné, že na jedné straně je metabolický syndrom genetickým onemocněním, na druhé straně pak ale výběr životního stylu modifikuje jeho rozvoj. Patogeneze onemocnění je v mnohém nejasná a to vede i ke zpochybňování existence tohoto syndromu. Nejdůležitější je ale skutečnost, že přítomnost jedné ze složek zvyšuje pravděpodobnost vzniku složek dalších. (18, 29)

3.2.2 Diabetes mellitus 2. typu

Diabetes mellitus neboli cukrovka je onemocnění, které u nás postihuje 7,5 % celé populace. Jedná se o nejzávažnější složku metabolického syndromu. Je charakterizována hyperglykemií na základě inzulínové rezistence a relativně nedostatečné sekreci inzulínu. U diabetiků jsou složky metabolického syndromu zastoupené takto: 90 % z diabetiků trpí obezitou, 70 % z diabetiků trpí také hypertenzí a hypertriglyceridemií. Diabetes mellitus 2. typu je častější u lidí, kteří ji mají v rodinné anamnéze. (7, 12, 18, 29)

Změny, které v těle vznikají, jsou složité a týkají se poměru spalování živin. Začíná stoupat spalování tuků na úkor cukrů a mění se citlivost na inzulín. K diabetu dochází i v případech, kdy dojde k poruše sekrece inzulínu. Ta může nastat dvěma způsoby. Jedním z nich je vyčerpání slinivky, která musela celý život překonávat necitlivost na inzulín. Za to mohly

zejména ztučnělé svaly a játra a přítomnost velkého množství podkožního tuku v břiše. Druhou příčinou může být měnící se struktura membrán Langerhansových ostrůvků, kdy na buňky, které produkují inzulín, působí toxicky vysoká hladina tuků v krvi a vysoká hladina cukru. Tím slinivka nevydává inzulín včas a vyčerpává se. (29)

Vysoká hladina cukru je tak stále přítomná, protože tkáň ho neumějí spalovat. Diabetik nemusí glukózu přijímat jen v potravě, k její tvorbě dochází v játrech, aby byla udržována stálá hladina krevního cukru. (29)

Léčba diabetu by měla být komplexní, tzn. zajistit dostatečnou kompenzaci glykemií, ale zaměřit se i na další klinické projevy inzulínové rezistence (např. obezitu, hypertenzi, dyslipidemii a hyperkoagulační stav). Nejpoužívanějším antiabetikem je metformin ze skupiny biguanidů a podává se v dávce 500 či 850 mg jednou až dvakrát denně. V případě, že nestačí léčba pomocí režimových opatření a antidiabetik, je nutná plná léčba diabetu pomocí inzulínu. Dalším perorálním antidiabetikem jsou deriváty sulfonylurey, ale ty nejsou indikovány u obézních pacientů, využívají se spíše u pacientů s normální hmotností či nadváhou. (7, 18)

3.3 Ostatní komplikace

3.3.1 Nemoci srdce a cév

Obezita je hlavním rizikovým faktorem pro vznik kardiovaskulárního onemocnění. Nejčastější komplikací doprovázející obezitu představuje hypertenze neboli vysoký krevní tlak. Skoro každý diabetik má vysoký krevní tlak. Systolický a diastolický tlak obvykle s redukcí hmotnosti klesají. Vysoký pulz nad 75 mají až tři čtvrtiny neléčených hypertoniků. K léčbě obézních hypertoniků používáme stejné léky jako k léčbě neobézních. Vhodné je podávat ACE – inhibitory a AT1 – blokátory, které snižují riziko vzniku diabetu, dále se používají centrální antihypertenziva, jež se nepoužívají samostatně, ale jen do kombinací. (18, 29)

Dále v souvislosti s obezitou dochází i k poruše metabolismu krevních tuků a tím nastává rozvoj aterosklerózy. Pacienti s obezitou jsou tak náchylnější ke vzniku infarktu myokardu nebo mozkové příhody. Dochází k tendenci tvořit krevní sraženiny a k malé schopnosti je rozpouštět. Po vzniku diabetu riziko vzniku aterosklerózy výrazně stoupá. (28, 29)

3.3.2 Obezita a nádory

S obezitou se často spojuje také výskyt některých zhoubných nádorů. Dříve se diabetes a obezita pokládaly za onemocnění s nižším výskytem karcinomů. Podle některých studií poslední doby je dokázáno, že jisté zhoubné nádory se u diabetiků a obézních pacientů vyskytují častěji. Vznik nádorů je vázán zejména na přítomnost obezity, diabetu, ale i na hypertenzi. (18, 29)

U žen trpících obezitou se častěji vyskytují gynekologické nádory a tumory žlučníku. U mužů vznikají karcinomy tlustého střeva a další nádory trávicí soustavy a nádory prostaty. Je zřejmé, že již mírná redukce hmotnosti riziko vzniku těchto nádorů výrazně snižuje. Váhový úbytek hmotnosti o 5 až 10 % redukuje riziko vzniku nádorového onemocnění. Karcinom tlustého střeva se častěji vyskytuje při BMI kolem 30, riziko je tedy vyšší již u pacientů s BMI 25–30, tj. u pacientů s nadváhou. V posledních letech byl prokázán i vztah karcinomu ledviny a karcinomu jícnu k obezitě. (29)

3.3.3 Obezita a plodnost

Velmi častá nemoc, která taktéž souvisí s obezitou a diabetem 2. typu se nazývá syndrom polycystických ovarií. První zmínky o tomto onemocnění pocházejí z roku 1721 a v roce 1976 popsal profesor Kahn jako hlavní příčinu této nemoci necitlivost na inzulín. Syndrom polycystických ovarií je onemocnění celého těla a dochází při něm k poruše látkové výměny. Zmnožené cysty ve vaječnicích jsou jen jedním z projevů této choroby. (29)

Postihuje 5 až 10 % žen, tzn. každá desátá žena může tímto syndromem trpět. Není to onemocnění pouze gynekologické, ale onemocnění s metabolickými a hormonálními nálezy v krvi, včetně výskytu diabetu. Jedním z příznaků syndromu může být hirsutismus neboli nadměrné ochlupení na místech, na nichž u žen není obvyklé, např. obličej, prsa, projevy akné a alopecie. (29)

Přítomnost anovulačních cyklů a sterility souvisí právě s BMI. Plodnost je optimální při normální hmotnosti, ale jakmile dojde k nadváze tak klesá. Stejně tak je tomu u nižší hmotnosti. Všechny pacientky by měly být léčeny dietou. Na její výsledek se většinou nečeká a pacientkám se nasazuje hormonální, stimulační léčba. Krajním řešením je pak podstoupení umělého oplodnění. Syndrom polycystických ovarií také zvyšuje riziko aterosklerózy. (18, 29)

Důležitá je edukace pacientek o obezitě v těhotenství. Umělé oplodnění a případná hormonální léčba zvyšují šanci na otěhotnění, ale pokud nebude pacientka dodržovat dietní opatření, bude ji obezita doprovázet celý život a mohou nastat i jiné metabolické komplikace. Můžeme zdůraznit, že u obézních těhotných žen je mnohem častější výskyt hypertenze, eklampsie, těhotenské cukrovky, zánětu žil, močových infekcí. Při porodu nastává častěji nutnost provést císařský řez. (29)

4 VYŠETŘOVACÍ METODY

U onemocnění jako je obezita nebo diabetes je velmi důležitá spolupráce pacienta s lékařem. Pacient musí být edukován, aby svými postupy lékařům pomohl. Tato onemocnění by měla být sledována a léčena i laboratorně, což se dělá jen málokdy. Veškerá vyšetření začínají anamnézou, která je zaměřená na specifické problémy, které souvisejí s obezitou. (7, 29)

4.1 Anamnéza

Pro začátek vyšetření si lékař sestaví anamnézu odebranou od pacienta formou klasického rozhovoru. Základ tvoří anamnéza rodinná a obezitologická. Důležité je zjistit výskyt obezity a diabetu v rodině, tzn. u rodičů, sourozenců a prarodičů. Dále je vhodné zjišťovat i výskyt přidružených onemocnění jako jsou hypertenze, dyslipidemie, výskyt mozkových příhod, výskyt infarktu a ostatních nemocí, které souvisí s metabolickým syndromem u pacienta i u jeho příbuzných. Cílem je poodhalit genetické predispozice. Zjišťuje se vývoj hmotnosti během života, popřípadě přítomnost váhových výkyvů. Správná anamnéza je mnohdy významnější než laboratorní vyšetření. (7, 29)

U žen se zajímáme o hmotnost během jednotlivých těhotenství a o váhu po nich a po ukončení kojení. Dále je důležitá váha po přechodu a po dalších událostech jako jsou operace apod. Pacient musí sdělit svůj životní styl popravdě, popsat fyzickou aktivitu, práci, koníčky, stravování atd. Dalším významným prvkem může být i anamnéza kouření a stop kouření, poruch spánku či používání léků navozujících obezitu. Z nutriční anamnézy je nutné znát pacientovi stravovací zvyklosti, preference, intolerance některých pokrmů a spouštěcí mechanismy jídla. (7, 18, 29)

Dalším údajem, na který se lékař ptá, je, zda pacient někdy zkoušel nějakou obezitologickou léčbu, jestli se někdy pokoušel zhubnout, kolik zhubnul. Lékař se také zajímá o maximální dosažené výsledky či o projevy „jajo efektu“. Důležité je sdělit i motiv k léčbě. Důvody mohou být jak zdravotní, tak estetické. Motivem může být i partnerský vztah či vznik obtíží, např. bolest zad, kloubů. Diabetik by měl vědět, kdy měl poprvé zvýšenou hladinu cukru v krvi, jakou měl v té době hmotnost a jaká dieta mu byla doporučena. (29)

4.2 Klinické vyšetření

Klinické vyšetření obézního pacienta zahrnuje celkové interní vyšetření, které má však své zvláštnosti. Hmotnost, výška, krevní tlak a obvod pasu jsou hodnoty, které patří k běžnému vyšetření. Během vyšetření se zaměřujeme také na lipodystrofické změny, lipomy, intertriga, překrývání kožních laloků, mykózy, kýly, varixy. U mužů dále na gynekomastie a hypogonadismus a u žen hirsutismus. Důležité je vyšetřit velikost štítné žlázy. (18)

K dalším ambulantním vyšetřením patří vyšetření bioelektrické impedance, které měří složení těla tím, že stanoví odpor při průchodu slabého proudu o vysoké frekvenci lidským tělem. Používá se k tomu bimanuální měřič, na kterém chytí pacient elektrody do rukou. Existuje také bipedální měřič, na němž se na elektrodách stojí. Toto vyšetření pacienta nijak nezatěžuje, ale je poměrně drahé, a proto se příliš nevyužívá. Dalším vyšetřením je antropometrické měření, které určí obsah tuku změřením 10 nebo 4 podkožních řas kaliperem. Toto měření je závislé na zkušenosti lékaře. Více užívané je měření čtyř podkožních řas – subskapulární, nad tricipsem, nad bicipsem a suprailiakální. (18, 28)

Palpace neboli pohmat je ztížena přítomností tuku. Nejdůležitější je umět odlišit ascites. Na dolních končetinách si všímáme chronické žilní insuficience nebo lymfedému. Pro celkové zhodnocení pacienta pozorujeme jeho psychomotorické tempo, dušnost, mobilitu i soběstačnost. (18)

4.3 Laboratorní vyšetření

Při prvotním vyšetření se provede odběr žilní krve a vyšetří se základní biochemické ukazatele (glykemie, jaterní testy, lipidogram, urea, kreatinin, CRP) (Příloha 3). Obézní pacient by měl vždy být laboratorně vyšetřen, aby lékař mohl posoudit, zda se u něj objevují složky metabolického syndromu. Mezi tyto složky patří vysoká hladina glukózy v krvi, vyšší hladina triglyceridů nebo kyseliny močové. Diabetikům se laboratorně kontroluje hladina glykémie, ale v tomto případě nám může usnadnit práci takzvaný self – monitoring, během kterého si pacient měří hladinu glukózy sám. Vyšetření se doplňuje o screening nutričních karencí (železo, celková bílkovina a další), o vyšetření moči na přítomnost mikroalbuminémie a dále o vyšetření hladiny thyreostimulačního TSH hormonu.

Screeningové vyšetření TSH hormonu je vhodné provádět i přesto, že se u obézních lidí často setkáváme se sníženým nebo zvýšeným TSH. Další vyšetření periferních hormonů (free T4) je indikováno až při zachycení patologického TSH. T3 (Trijodthyronin) hormon se

standardně nevyšetřuje, protože jeho hladina může být ovlivněna nutričním stavem pacienta. (20)

Sleduje se také hladina acetonu. Obézní lidé by při hubnutí neměli mít hladinu acetonu (ketolátek) příliš vysokou. (18, 29)

Dalším posuzovaným parametrem je glykovaný hemoglobin. Tyto parametry ukazují průměrnou hodnotu glykemie za několik týdnů. V minulosti se používalo měření pomocí tzv. glykemické křivky, která sledovala hodnotu glykemie po vypití sladkého roz-toku. Tato metoda se dnes používá už jen málo. (29)

V současné době používáme měření tzv. porušenou glykémii na lačno. Hranice je 6-7 mmol/l. Glykémie v tomto pásmu je už závažná a může vyvolat aterosklerózu. Při hodnotě nad 6 mmol/l je možné předvídat vznik diabetu. (29)

Laboratorní vyšetření je však nejdůležitější doplňovat o pravidelné měření a vážení pacienta. Důležitá je i kontrola zápisů jídla a pohybu. Výsledné laboratorní hodnoty se kontrolují s měnícím se stavem pacienta. (18, 29)

Při podezření na sekundární obezitu se provádí rozšířený screening, do kterého zahrnujeme endokrinologické vyšetření s cílem vyloučit Cushingův syndrom, syndrom polycystických ovárií, inzulinomu, prolaktinomu. Hormonální vyšetření na Cushingův syndrom je vhodné pouze při výskytu dalších příznaků typických pro toto onemocnění – tvorba modřin, fialové strie, výrazná abdominální obezita, svalová atrofie, atrofie kůže apod. (7, 28)

4.4 Specializované vyšetření

Mezi další vyšetření, která se provádí u obézního pacienta, patří vyšetření fyzické zdatnosti. Po těchto vyšetřeních může následovat vyšetření psychologické s následným psychologickým poradenstvím. (18)

Některá specializovaná pracoviště mohou provádět vyšetření nepřímou kalorimetrií, která stanoví klidový energetický výdej u pacienta. Podle výsledku se dále stanovuje optimální energetický obsah hypokalorických diet. Toto vyšetření počítá s tím, že veškeré děje v metabolismu probíhají oxidací. Měří se spotřeba kyslíku a výdej oxidu uhličitého v litrech za minutu. (18)

5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O OBÉZNÍ PACIENTY V NEMOCNICI

Česká republika patří mezi národy s nejčastějším výskytem obezity. Obezitou třetího stupně u nás trpí přes 150 tisíc lidí. Do našich nemocnic jsou tak čím dál častěji přijímáni pacienti s hmotností, která může být i vyšší než 150 kilogramů. Na jednotkách intenzivní péče se nachází zhruba 30 % pacientů obézních, z toho je 2-7 % morbidně obézních. Na takovou hmotnost však není standardní vybavení nemocnic přizpůsobeno a mnohdy je potřeba speciální vybavení. (2, 18)

Péče o obézního pacienta je náročná jak po stránce fyzické, tak časové. Běžné výkony trvají u pacienta s obezitou déle než u pacienta neobézního. Komplikace mohou nastat už během transportu pacienta do nemocnice, při jeho ošetření a stanovení diagnózy, což může způsobit i následnou špatnou léčbu. Stanovení diagnózy komplikuje vysoké BMI a konstituce pacientů. Sonografické vyšetření břicha je u nich neprůkazné a vyšetření pohmatem a poklepem nemá žádnou výpovědní hodnotu. (17)

Často vznikají mechanické komplikace a ošetrovatelské intervence jsou rizikovější. Pacienti jsou náchylnější k nozokomiálním infekcím. Nemocniční personál je vystaven většímu riziku vzniku úrazu při manipulaci s obézním pacientem. Hlavním problémem, se kterým se ošetřující personál potýká, jsou obtížné ošetrovatelské činnosti. Mezi ty řadíme zajišťování hygieny, péči o dýchací cesty a rehabilitaci. Problém může nastat i během klasického měření tlaku, během kterého je potřeba použít větší manžetu, protože malá by mohla zkreslit naměřené hodnoty. Zajištění periferního žilního vstupu může představovat problém, protože žíly jsou pod vrstvou podkožního tuku. Je možné používat ultrasonografickou kontrolu. Stále více častěji se u těchto pacientů využívá centrální žilní přístup. Personál musí dohlížet na dodržování dietních opatření, která pacient i jeho rodina velmi často porušují. Obézní pacienti mají ale také svá práva a měla by se jim dostat ta samá komfortní a citlivá péče jako pacientům neobézním. (2, 10, 17, 19, 21)

5.1 Bezpečnost a manipulace

Manipulace s obézním pacientem je značně ztížena. Fyzickou zátěž zde představuje zejména manipulace s pacientem v rámci léčebné a ošetrovatelské péče. Zaměstnavatel je povinen zajistit bezpečné pracovní prostředí a personál je zase povinen dodržovat postupy, které předepisuje zákoník práce. Tyto postupy zamezí poškození zdraví jak zdravotníků, tak

pacientů. Pro snížení celkové fyzické zátěže je vhodné zajištění dostatečného množství zdravotnického personálu, vhodných mechanických pomůcek apod. Zaměstnavatel je podle zákona povinen zajisti proškolení v Bezpečnosti a ochraně zdraví při práci (BOZP). Musí také stanovit četnost a rozsah školení, formu ověřování znalostí jak zaměstnanců, tak školitele. Ze zákona není určen interval opakování BOZP, ale běžně se provádí zhruba jednou za dva roky společně se školením požární ochrany, kde je tento interval povinný. (19, 34)

Obézní pacienti mají sníženou schopnost pohybu a sníženou plicní kapacitu. To znesnadňuje jejich zapojení do pohybu. Před manipulací s pacientem musíme vždy zhodnotit pro a proti. Je důležité znát celkový zdravotní stav pacienta, informovat ho se zamýšlenou změnou, vyzvat ho ke spolupráci, znát správnou techniku pro provedení změny a dodržovat BOZP. (26, 30)

Na pacienty se vztahují hmotnostní limity pro dodržování bezpečnosti práce podle nařízení vlády č. 361/2007 Sb., které stanovuje podmínky ochrany zdraví při práci. A to proto, že v §28 je napsáno, že za břemeno se považuje i břemeno živé. Cituji: „*Hygienický limit při občasném zvedání a přenášení je pro muže 50 kg, při časné manipulaci 30 kg. Při práci vsedě je pak maximální hmotnost 5 kg. Průměrný hygienický limit za celou osmihodinovou směnu pro muže při práci s ručně manipulovaným břemenem je 10 000 kg. U žen je hmotnostní limit břemene při občasném zvedání 20 kg a při časnější manipulaci 15 kg. Při práci vsedě 3 kg. Za celou osmihodinovou směnu je pak pro ženy průměrný hmotnostní limit 6500 kg. Občasným zvedáním a přenášením se rozumí doba, která nepřesahuje 30 minut v průměrné osmihodinové směně. A časným zvedáním je označena doba přesahující 30 minut v průměrné osmihodinové směně. Pokud je směna více než osmihodinová, zvyšuje se průměrný hygienický limit o 5 % za každou hodinu. Za dvanáctihodinovou směnu nesmí být limit navýšen o více než 20 %*“. (39)

Při manipulaci s obézními pacienty je nutné znát limity všech dostupných pomůcek klasických i speciálních. U těchto pacientů je zvýšené riziko pádů, nejčastěji při překládání na křeslo či jiné lůžko. Výborným pomocníkem jsou zvedáky, které jsou vyráběné i pro morbidně obézní pacienty. V České republice je vyrábí firma Dartin. Jejich zvedák Viking XL má nosnost až 300 kg. Firma vyrábí i stropní systémy a stropní zvedáky, které mají nosnost až 500 kg a používají se společně s přídatným prostěradlem, díky kterému se pacient může polohovat a otáčet. Dále jsou u nás firmy vyrábějící antidekubitární polohovací systémy nebo speciální lůžka. (19, 39)

5.2 Hygienická péče a péče o kůži

Potřeba čistoty a hygieny je základní lidská potřeba. U různých lidí je tato potřeba různě vyjádřena. Především musíme správně určit míru soběstačnosti pacienta. Pacient, který je chodící, si zajistí svou hygienu sám. Sestra dohlédne pouze na to, aby neupadl. Částečně soběstačnému nebo ležícímu pacientovi musíme dopomoci nebo úplně pomoci. Celková hygiena je prováděna minimálně jednou denně. (2)

Hygienická péče o obézního pacienta, který je nesoběstačný, by měla být prováděna s větším množstvím zdravotnických pracovníků. Hygiena u pacienta může být zajištěna přímo na lůžku, nebo pomocí vodního lůžka. Je to náročný výkon u ležících, imobilních nebo ochrnutých pacientů. Pokud máme dostatečné množství personálu a pomůcek, můžeme pacienta přemístit do sprchy. Tam se ale výrazně snižuje personální zapojení z důvodu zmenšeného prostoru. Kompletní hygiena obézního pacienta pak obvykle probíhá za asistence celé směny ošetrovatelského týmu. (30)

Polohování, používání antidekubitárních pomůcek a péče o pokožku patří k prevenci vzniku dekubitů. Plán polohování je součástí ošetrovatelského plánu a ošetrovatelské dokumentace. Zvýšené množství podkožního tuku, který nemá prokrvení, tak zhoršuje hojení ran a dochází k infekcím. Dekubitus (proleženina) vzniká dlouhodobě působícím tlakem na měkké tkáně, které jsou stlačovány mezi pevnou podložkou lůžka a kostí. U morbidně obézních pacientů, je riziko vzniku dekubitů asi 1,5–3krát vyšší než u pacientů s normální hmotností. (2, 30)

Obézní pacienty také mohou trápit opruzeniny (intertriga) či plísňové infekce, které vznikají v místech, v nichž se dvě vlhké plochy kůže o sebe třou. Mohou se vyskytovat zejména v podpaží, pod prsy, pod břichem a v tříselech. Do kožních záhybů proto můžeme aplikovat ochranné pasty či pudry nebo záložky z mulu či jiné tkaniny, které odvádějí vlhkost. (2, 30)

5.3 Výživa

Výživa je základní potřeba člověka a uplatňuje se při vzniku, prevenci a léčbě onemocnění. Výživu lze pacientovi podávat perorálně, enterálně nebo parenterálně. Důležité je zhodnotit stav výživy. To se dělá při příjmu pacienta na oddělení (obvykle 1x týdně, popř. 1x za 14 dní). Jedná se o tzv. nutriční screening. Využívají se k tomu různé skórovací systémy, které vypovídají o tom, zda je pacient rizikový z hlediska vzniku malnutrice. Obézním

pacientům, i přes jejich zjevnou nadměrnou výživu, chybí dostatečné množství bílkovin a základních živin. To může být způsobeno metabolickým stresem. Lékař se pokusí sestavit takovou dietu, která vede k redukci váhy, ale zároveň neprohlubuje stresové hladovění. (10, 17, 30)

U pacientů, kteří nepřijímají potravu perorálně, by měla být do 24 hodin zavedena enterální výživa pomocí nasogastrické sondy. Její poloha se u obézního pacienta velmi špatně ověřuje, a proto se používá kontrastní látka a poloha se zjišťuje pomocí rentgenového záření. Při podávání enterální výživy musíme dát pozor na riziko aspirace. Ta je u obézních pacientů větší než u pacientů s normální hmotností, protože obsah jejich žaludku je větší a také je na žaludek vyvíjený větší tlak. (10)

Pacientům s diabetem je strava podávána 6x denně (snídaně, svačina, oběd, svačina a 2 večeře). Strava musí být sladěna s podáváním inzulínu a je potřeba sledovat glykémii. Při subkutánním podávání inzulínu je třeba myslet na to, že velké množství tukové tkáně může zhoršovat vstřebávání inzulínu. (30)

5.4 Péče o vyprazdňování

Vyprazdňování tlustého střeva a močového měchýře patří taktéž k základním lidským potřebám. Tato funkce může být vlivem onemocnění nebo hospitalizace narušena. Soběstační pacienti si mohou dojet na klozetu (existují různé druhy: nepojízdná křesla, pojízdná křesla apod.), na toaletu nebo použijí podložní mísu. Muži mohou pro vyprazdňování močového měchýře využít močovou lahev.

U nesoběstačných pacientů nebo pacientů inkontinentních používáme podložní mísy nebo pleny. K inkontinenci napomáhá omezená pohyblivost, ale také tlak, který působí na močový měchýř a střeva. Je důležité používat inkontinenční pomůcky správné velikosti, což bývá u obézních pacientů obtížné. U takových pacientů je vhodné zavést močový katétr. Jeho zavedení je mnohdy technicky náročné a je k němu potřeba více personálu. V případě průjmovité stolice může být zaveden i katétr pro odvod stolice (tzv. FlexiSeal). FlexiSeal zajišťuje kontinuální odvádění stolice a je tak komfortnější jak pro pacienta, tak pro personál. Inkontinence moči a stolice velmi často vede k rozvoji perineální dermatitidy, které zvyšuje riziko vzniku kožních defektů. Je nezbytné dodržovat důkladnou hygienu po vyprázdnění a používat ochranné krémy. (10, 15, 17)

5.5 Vyšetření zobrazovacími metodami

Vyšetření pacientů zobrazovacími metodami nám velmi často pomáhá stanovit správnou diagnózu. Ultrasonografické vyšetření je u monstrózně obézních pacientů neprůkazné a zobrazovací metody jako je například CT vyšetření je limitováno hmotností 150 kg. Většina těchto přístrojů je konstruována na pacienta s normální hmotností. Obtížný je i transport pacienta na vyšetření a jeho překládání z postele na vyšetřovací stůl.

Rentgenové vyšetření je limitováno velikostí kazety. Jedinou možností pro imobilní obézní pacienty je pojezdový rentgen. Ovšem pro velkou hmotnost je nutné počítat s menší kvalitou provedeného snímku.

Dalším způsobem vyšetření je CT – počítačová tomografie nebo magnetická rezonance. Ty jsou limitovány jak hmotností, tak velikostí pacienta. Průměr prstence CT přístroje je 70-80 cm a nosnost vyšetřovacího stolu je 200-230 kg, bariatrické stoly mohou unést až 300 kg. U extrémně obézních pacientů je poté jediná možnost, a to využít vyšetření veterinárního ústavu nebo ZOO, kde mají CT přístroje, které jsou schopné unést i extrémní hmotnosti.

Ultrasonografické vyšetření sice nepotřebuje žádný speciální vyšetřovací stůl a pacient může být vyšetřen přímo na lůžku, ovšem obrazy nemusí být přesné a v některých případech jsou neprůkazné.

Ve všeobecné fakultní nemocnici v Praze by mělo vzniknout tzv. XXL centrum, které se bude zabývat právě diagnostikou a léčbou obézních pacientů. Pro léčbu těchto pacientů se nemocnice pokusí dovybavit své stávající kliniky speciálním vybavením. Zřídí speciální ambulance, operační sály, stoly s velkou nosností, výtahy a židle o vysoké nosnosti, lůžka, nosítka a také uzpůsobené nástroje a vyšetřovací přístroje. Pro provoz XXL kliniky bude potřeba i zajistit XXL sanitky anebo právě speciální přístroje pro CT vyšetření nebo magnetickou rezonanci. (6, 18, 27, 36)

5.6 Problémové momenty v péči o obézní pacienty

5.6.1 Kanylace cévního řečiště

Nejčastější zajištění přístupu do cévního řečiště je zavedení periferní žilní kanyly. Tu řadíme mezi krátkodobé zajištění přístupu do cévního řečiště. K punkci se preferuje zavedení kanyly do žíly na horní končetině. Vhodným místem je například hřbet ruky, palcová strana

předloktí, loketní jamka a vnitřní strana předloktí. U obézních pacientů může být zajištění periferní žíly problém, protože žíly jsou uloženy hluboko pod vrstvou tuku. Vpich musí být hlubší a pod jiným úhlem, než je obvyklé. Jako další způsob se může použít zajištění centrálního žilního přístupu, které je plně v kompetenci lékaře. Používá se tam, kde zajištění periferního žilního přístupu není dostačující. Pomocí kanylace centrálního žilního řečiště můžeme monitorovat centrální žilní tlak, podávat vysokoobjemové infuze, parentální výživu, transfuze nebo například léky, které by dráždily periferní žíly. U neobézních pacientů je ke kanylaci vhodná zejména vena jugularis interna, vena femoralis nebo vena subclavia. Nejrizikovější je zajištění přístupu do veny femoralis, a to hlavně z důvodu nebezpečí průniku infekce nebo vznikem hluboké žilní trombózy. Tato rizika se vyskytují i u pacientů s přiměřenou tělesnou konstitucí a u obézních pacientů se ještě zvyšují. Důvodem větší rizikovitosti u obézních pacientů je objemná kožní řasa nad místem vpichu, velký prosto pro vznik zapárky, nedostatek místa pro manipulaci s katetrem a péči o něj. Za nejvíce bezpečnou a technicky nejúspěšnější kanylaci centrálního žilního řečiště je u obézních pacientů kanylace vena jugularis interna. Nevýrazné anatomické body, hloubka, ve které jsou cévy uloženy a nedostačující délky některých katétrů jen zhoršují podmínky kanylace. Zajištění vstupu se doporučuje provádět pod ultrazvukovou kontrolou. Sníží se riziko neúspěšného zavedení, sníží se riziko punkce arterie a mechanické komplikace. Pro kanylaci centrálního řečiště se doporučuje trendelenburgova poloha. U obézních pacientů se používá s velkou opatrností z důvodu snížené kapacity plic a zvýšenému intraabdominálnímu tlaku. Může způsobit akutní zhoršení kardiopulmonálního stavu. (8, 26, 17)

U pacientů je v některých případech také nutné monitorovat oběh pomocí arteriálního tlaku. Toho lze dosáhnout zavedením arteriálního katétru. Výhodou je získání relevantních hodnot. Při měření tlaku neinvazivní metodou je nutné mít vhodnou velikost manžety (2/3 obvodu paže), což by mohlo být u obézních pacientů obtížné či dokonce nemožné. Palpace periferní pulzace nemusí být tak přesná a naměřené hodnoty by mohly být zkreslené. (8, 17, 30)

V urgentních situacích lze zajistit přístup do cévního řečiště intraoseální cestou. Vhodná místa vpichu jsou sternum, proximální a distální tibie nebo humerus. K dispozici jsou tři velikosti jehel. Růžová pro hmotností rozmezí 3-39 kg, modrá pro 40 kg a více a růžová pro obézní pacienty. Zavedení se provádí přísně asepticky a katetr se musí do 24 hodin nahradit jiným přístupem do cévního řečiště. (8, 10, 17, 23, 30)

5.6.2 Zajištění dýchacích cest a umělá plicní ventilace

U obézních pacientů dochází vlivem obezity ke změně anatomických poměrů, které mohou výrazně ovlivnit zajištění dýchacích cest. Za nejbezpečnější způsob zajištění dýchacích cest se považuje endotracheální intubace. Jde o zavedení tracheální rourky do trachey ústy (orotracheální) nebo nosem (nasotrachální). Její úspěšnost může být obezitou snížena. Obézní pacienti mají na rozdíl od normálních pacientů menší hltanový prostor, omezenou pohyblivost athalookcipitálního skloubení a krční páteře z důvodu horního hrudního a dolního krčního tukového polštáře, nadměrné záhyby tkáně hltanu a úst, tlustý a krátký krk, zvětšený jazyk a zvětšený obvod hrudníku. Obvod krku je hlavním ukazatelem obtížné intubace. Její výskyt je přibližně 5 % u osob s obvodem krku 40 cm a u osob s obvodem krku 60 cm je výskyt 35 %. (17)

Podmínky pro obtížnou intubaci mohou být také u osob u nichž: je vzdálenost mezi štítnou chrupavkou a kostěným bodem brady menší než 7 cm (mají tzv. „hlavohrud“), je vzdálenost mezi horními a dolními řezáky menší než 3 cm při co největším otevření úst, je BMI vyšší než 40, je přítomno poranění obličeje nebo úst, se vyskytují onemocnění, která omezují hybnost krční páteře (např. Morbus Bechtěrev). (17)

Pokud očekáváme obtížnou intubaci pacienta, je dobré ho intubovat při vědomí za použití flexibilního bronchoskopu. Pacienta je před intubací vždy potřeba správně a dostatečně preoxygenovat z důvodu menší reziduální kapacity plic a nižším zásobám kyslíku. Preoxygenace nebo ventilace obličejovou maskou se provádí zvednutím horní poloviny těla pacienta o 25 stupňů výš, než má nohy, nebo použít Trendelenburgovu polohu, aby se posunula váha z hrudníku i bránice a bránice se mohla lépe pohybovat. Pokud se jedná o urgentní situaci je nutné mít připravené pomůcky pro obtížnou intubaci (videolaryngoskop, bronchoskop, zavaděč, bužii) a také pomůcky pro alternativní zajištění dýchacích cest (laryngeální maska, kombirourka, set pro koniopunkci). (1, 23, 37)

Z důvodu abdominální obezity dochází ke zvýšenému nitrobřišnímu tlaku, metabolickému syndromu a snížené poddajnosti hrudní stěny a dochází častěji ke vzniku atelaktáz a obstrukční ventilační poruchy. Obézní pacienti také potřebují mnohem častěji prodlouženou podporu umělé plicní ventilace. (17)

Obézní pacient má stejnou velikost plic jako pacient s normální hodnotou BMI. Je tak jasné, že dechový objem bude u obou pacientů stejný, a to 6-8 ml/kg ideální (ne aktuální) hmotnosti. Ideální hmotnost lze spočítat pomocí vzorce: muži: $(\text{výška v cm} - 152,4) \times 0,728 + 51,65$, ženy: $(\text{výška v cm} - 152,4) \times 0,650 + 48,67$. (1, 37)

I odpojení od ventilátoru, tzv. extubace, je u obézních pacientů obtížnější, protože často vyžadují prodlouženou dobu odvykání (weaning). Hrozí až dvakrát větší riziko selhání extubace. Pro extubaci je vhodné zvážit i použití neinvazivní ventilace pozitivním přetlakem (NIPPV). NIPPV pomáhá předcházet vzniku atelaktáz a únavě dechových svalů, protože udržuje v dýchacích cestách vyšší tlak, než je tlak atmosférický, a to během celého dechového cyklu. (1, 23, 37)

5.6.3 Kardiopulmonální resuscitace

Resuscitace obézních pacientů je podle Guidelines 2021 prováděna stejným algoritmem jako u pacientů s normální hmotností. I přes to je tento život zachraňující úkon obezitou výrazně ztížen. Kardiopulmonální resuscitace je u obézních pacientů velmi fyzicky náročná a klade se důraz na včasné střídání záchránců, aby byla dodržena kvalita resuscitace. Běžný je interval 2 minut, ale u obézních pacientů by měl být častější. Stejně jako manuální resuscitace je ovlivněno i použití mechanického resuscitačního přístroje (Lucas). Podle výrobce není rozhodující váha pacienta, ale velikost jeho hrudníku, aby bylo možné přístroj na pacientovi upevnit. Je tedy možné resuscitovat pacienty s výraznou abdominální obezitou, ale musí mít přiměřenou velikost hrudníku, aby bylo možné spojit desku pod zády pacienta s upevňujícími rameny přístroje. Přístroj je schopen resuscitovat pacienta s výškou sternu 17 – 30,3 cm a se šířkou hrudníku 45 cm. (4, 14)

PRAKTICKÁ ČÁST

6 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

6.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem práce bylo zmapovat problematiku ošetrovatelské péče o obézní pacienty.

6.2 Dílčí cíle

- C1. Zjistit, jak často se zdravotnický personál s obézním pacientem setkává.
- C2. Zjistit, jaká diagnóza a přidružená onemocnění jsou u obézních pacientů nejčastější.
- C3. Zjistit, jaké pomůcky jsou k dispozici personálu při práci s obézním pacientem.
- C4. Zjistit, jaké pomůcky se nejčastěji používají a zda je jich dostatek.

6.3 Předpoklady

- P1. Předpokládáme, že se zdravotnický personál s obézním pacientem setkává denně.
- P2. Předpokládáme, že obézní pacienti mají velké množství přidružených onemocnění, z nichž nejčastější je diabetes mellitus a arteriální hypertenze.
- P3. Předpokládáme, že jsou k dispozici alespoň základní pomůcky pro práci s obézním pacientem.
- P4. Předpokládáme, že se nejčastěji používají polohovací podložky.

7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Sledovaný soubor tvoří vzorek respondentů. Vzorkem respondentů pro výzkumné šetření byli pracovníci nelékařského zdravotnického personálu FN Plzeň – všeobecné sestry, praktické sestry, zdravotničtí záchranáři a sanitáři.

8 METODIKA PRÁCE

Praktická část bakalářské práce je vypracována kvantitativní metodou, která byla zrealizována formou anonymních dotazníků, jež byly rozdány v papírové podobě na vybraná oddělení zvolených klinik. Dotazníkové šetření bylo založeno na dobrovolnosti respondentů. Dotazovaní byli seznámeni s účelem průzkumu a s použitím získaných dat. Dotazník byl určen nelékařskému zdravotnickému personálu FN Plzeň, konkrétně všeobecným sestřím, praktickým sestřím, zdravotnickým záchranářům a sanitářům. Dotazník je sestaven z 21 otázek a obsahuje uzavřené, polouzavřené a otevřené otázky. Materiály byly rozdány ve vytištěné formě na odděleních Chirurgické kliniky, Neurochirurgické kliniky a Kardiologické kliniky v Plzni. Sběr dat probíhal od 22. 11. 2021 do 17. 12. 2021. Celkem bylo rozdáno 105 dotazníků a vráceno bylo dotazníků 100. Výsledky jsou znázorněny v tabulkách a grafech. Pod grafy se nachází jejich interpretace.

Na vyhodnocení získaných dat byl použit tabulkový program Microsoft Excel a textový program Microsoft Word.

9 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Otázka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?

Tabulka 1: Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost
Muž	15
Žena	85
Celkem	100

Zdroj: autor

Podle tabulky č. 1 můžeme zjistit, že největší počet respondentů tvořily ženy.

Graf 1 Pohlaví respondentů



Zdroj: autor

Graf 1 dokazuje, že dotazník vyplnilo 100 respondentů, z toho bylo 85 (85 %) žen a 15 (15 %) mužů.

Otázka č. 2: Kolik je Vám let?

Tabulka 2: Věk respondentů

Věk	Absolutní četnost
20-30 let	35
31-40 let	21
41-50 let	24
Více než 50 let	20
Celkem	100

Zdroj: autor

Z tabulky č. 2 můžeme zjistit, že nejčastěji odpovídali respondenti ve věkové kategorii 20-30 let.

Graf 2 Věk respondentů



Zdroj: autor

Graf 1 dokazuje, že se nejčastěji zapojovali respondenti ve věkové kategorii 20-30 let. Tuto kategorii označilo 35 dotazovaných (35 %). Dále je hojně zastoupena věková kategorie 41-50 let - 24 respondentů (24 %). Ve věkové kategorii 31-40 let je zahrnuto 21 respondentů (21 %) a v kategorii více než 50 let 20 respondentů (20 %).

Otázka č. 3: Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

Tabulka 3: Délka praxe ve zdravotnictví

Délka praxe	Absolutní četnost
1-5 let	34
6-10 let	17
11-20 let	15
Více než 20 let	34
Celkem	100

Zdroj: autor

Z tabulky č. 3 můžeme zjistit, že nejčastější délka praxe respondentů je 1-5 let a více než 20 let.

Graf 3 Délka praxe ve zdravotnictví



Zdroj: autor

Graf 3 dokazuje, že se do průzkumného šetření nejčastěji zapojovali respondenti s délkou praxe 1-5 let a více než 20 let a to konkrétně v počtu 34 respondentů (34 %) v každé z kategorií. Kategorii 6-10 let označilo 17 respondentů (17 %) a kategorii 11-20 let 15 respondentů (15 %).

Otázka č. 4: Jak se jmenuje pracoviště, na kterém jste zaměstnán/a?

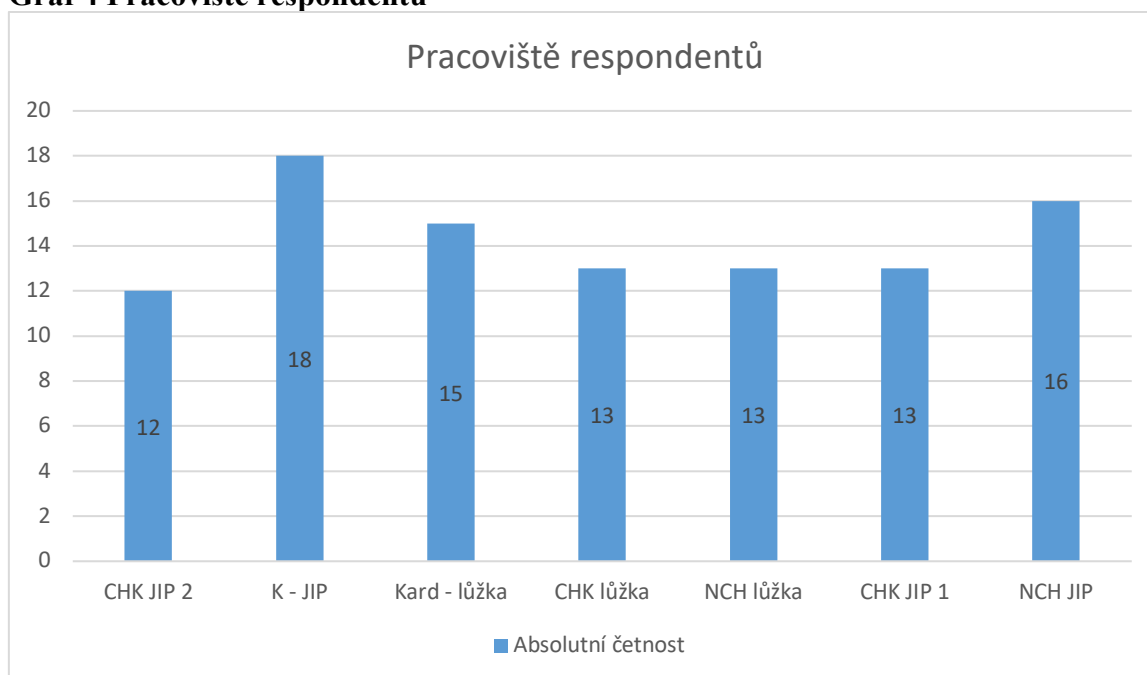
Tabulka 4: Pracoviště respondentů

Pracoviště respondentů	Absolutní četnost
CHK – JIP 2	12
K – JIP	18
Kard – lůžka	15
CHK – lůžka	13
NCH lůžka	13
CHK – JIP 1	13
NCH – JIP	16
Celkem	100

Zdroj: autor

Z tabulky č. 4 můžeme vidět, že největší množství dotazníků vyplnili respondenti na oddělení Kardiologické jednotky intenzivní péče.

Graf 4 Pracoviště respondentů



Zdroj: autor

Podle grafu 4 lze zjistit, že se do výzkumného šetření zapojilo 18 respondentů z oddělení Kardiologické kliniky JIP (18 %), 16 respondentů z oddělení Neurologické kliniky JIP (16 %), 15 respondentů z oddělení Kardiologické kliniky lůžka, 13 respondentů z oddělení Neurologické kliniky lůžka, Chirurgické kliniky JIP 1 a lůžka (13, 13 a 13 %) a 12 respondentů z oddělení Chirurgické kliniky JIP 2 (12 %)

Otázka č. 5: Jak často se při své práci setkáváte s obézními pacienty?

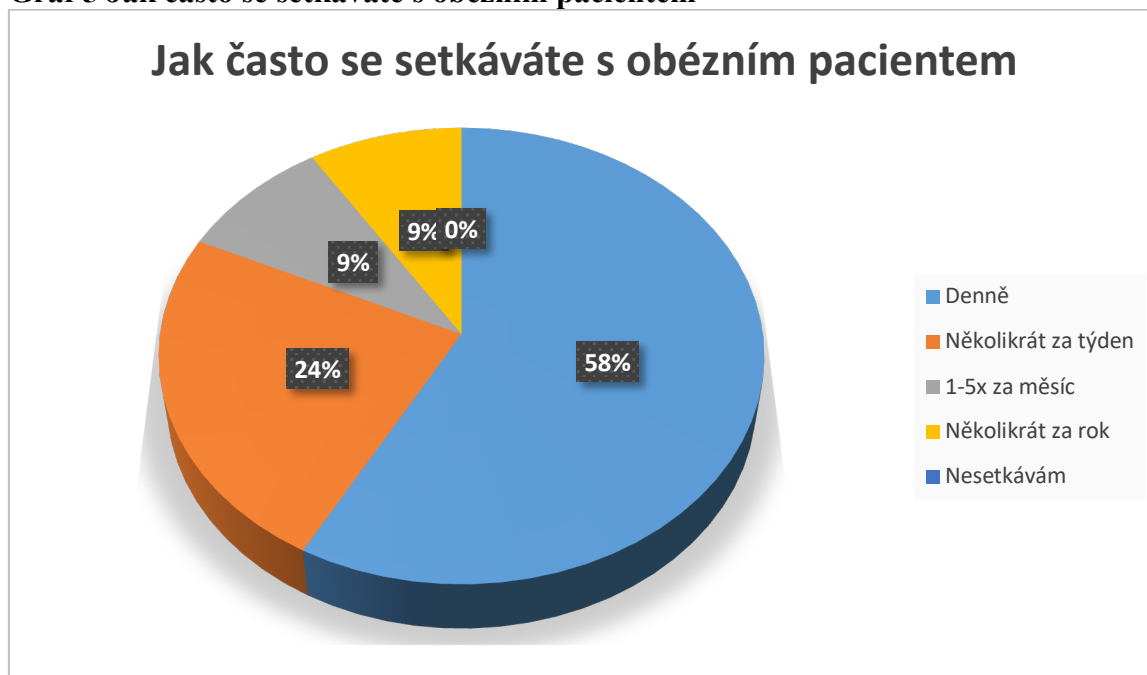
Tabulka 5: Jak často se setkáváte s obézním pacientem

Jak často se setkáváte s obézním pacientem	Absolutní četnost
Denně	58
Několikrát za týden	24
1-5x za měsíc	9
Několikrát za rok	9
Nesetkávám	0
Celkem	100

Zdroj: autor

Z tabulky č. 5 je patrné, že největší počet respondentů se s obézními pacienty setkává denně.

Graf 5 Jak často se setkáváte s obézním pacientem



Zdroj: autor

Graf 5 znázorňuje, že nejčastěji byla označena odpověď denně, kterou zaškrtnulo 58 respondentů (58 %). Jako další byla označována odpověď několikrát za týden, kterou zaškrtnulo 24 respondentů (24 %) a dále byla stejným počtem hlasů označována odpověď 1-5x za měsíc a několikrát za rok, kterou zaškrtnulo 15 respondentů (15 %). Odpověď, že se respondent s obézním pacientem nesetkává vůbec neoznačil nikdo.

Otázka č. 6: Jaké pohlaví je u obézních pacientů častější?

Tabulka 6: Jaké pohlaví je u obézních pacientů častější

Jaké pohlaví je u obézních pacientů častější	Absolutní četnost
Žena	49
Muž	51
Celkem	100

Zdroj: autor

Z tabulky č. 6 je zřejmé, že ženy a muži jsou zastoupeni téměř ve shodném počtu.

Graf 6 Jaké pohlaví je u obézních pacientů častější



Zdroj: autor

Graf 6 ukazuje, že počet obézních žen a mužů je téměř shodný. 51 % respondentů se častěji setkává s obézními muži a 49 % respondentů s obézními ženami.

Otázka č. 7: Jaký je nejčastější věk obézních pacientů?

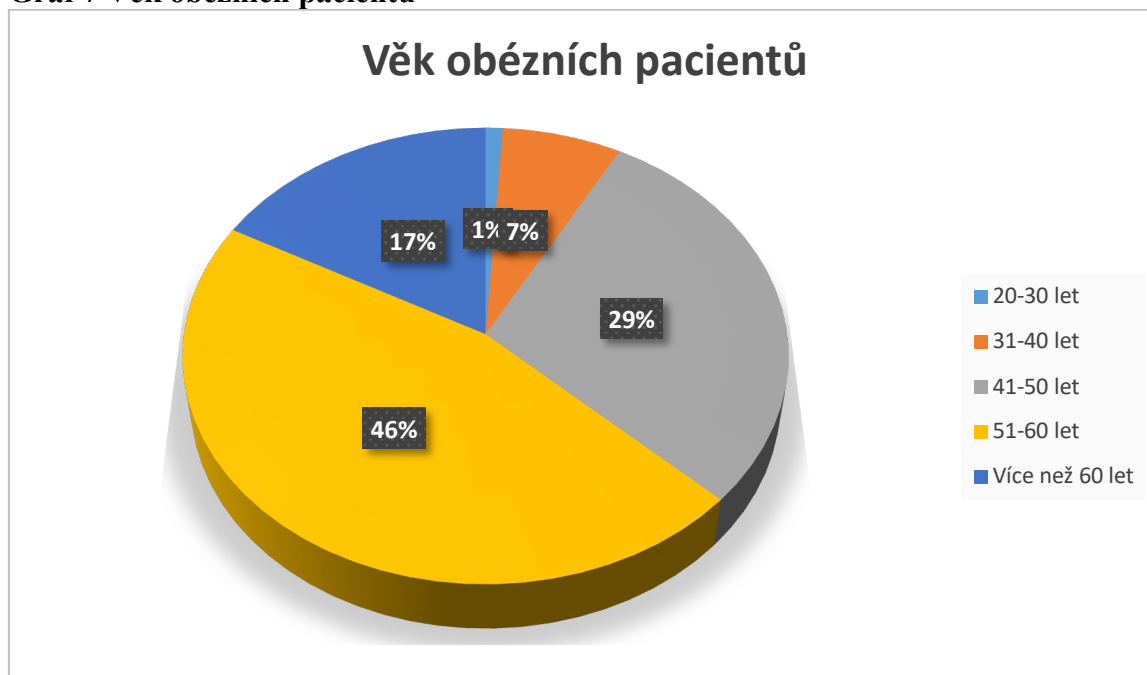
Tabulka 7: Věk obézních pacientů

Věk obézních pacientů	Absolutní četnost
20-30 let	1
31-40 let	7
41-50 let	29
51-60 let	46
Více než 60 let	17
Celkem	100

Zdroj: autor

Z tabulky č. 7 můžeme zjistit, že nejčastější věk obézních pacientů je mezi 51 a 60 lety.

Graf 7 Věk obézních pacientů



Zdroj: autor

Graf 7 vypovídá o tom, že nejčastěji se naši respondenti setkávají s pacienty ve věku 51-60 let, tuto odpověď označilo 46 respondentů (46 %). Dále 29 respondentů (29 %) označilo odpověď 41-50 let, 17 respondentů (17 %) odpověď Více než 60 let, 7 respondentů odpověď 31-40 let a 1 respondent (1 %) odpověď 20-30 let.

Otázka č. 8: Narůstá podle Vás počet obézních pacientů?

Tabulka 8: Nárůst počtu obézních pacientů

Nárůst počtu obézních pacientů	Absolutní četnost
Ano	98
Ne	2
Celkem	100

Zdroj: autor

Z tabulky č. 8 můžeme zjistit, že většina respondentů pozoruje nárůst počtu obézních pacientů.

Graf 8 Nárůst počtu obézních pacientů



Zdroj: autor

Graf 8 znázorňuje, že 98 respondentů (98 %) si všímá zvyšujícího se počtu obézních pacientů a pouze 2 respondenti (2 %) uvedli, že nárůst nepozorují.

Otázka č. 9: Jaká je podle Vás nejčastější příčina vzniku obezity (lze označit více odpovědí)

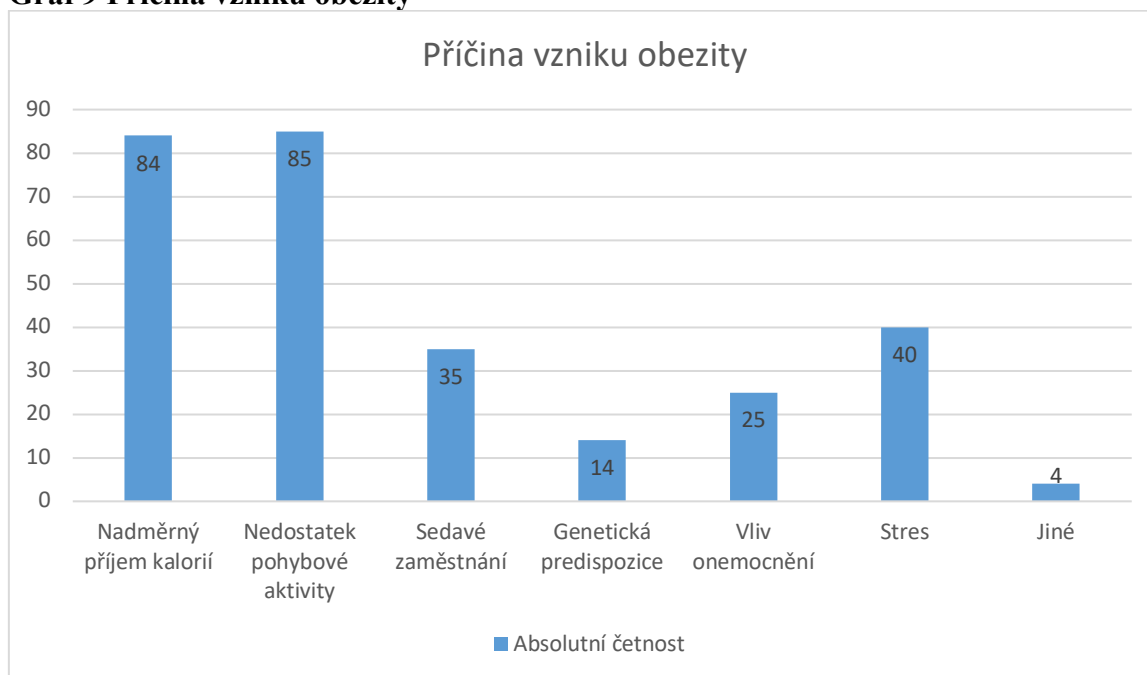
Tabulka 9: Nejčastější příčina vzniku obezity

Příčina vzniku obezity	Absolutní četnost
Nadměrný příjem kalorií	84
Nedostatek pohybové aktivity	85
Sedavé zaměstnání	35
Genetická predispozice	14
Vliv onemocnění	25
Stres	40
Jiné	4

Zdroj: autor

Z tabulky č. 9 vyplývá, že nejvíce respondentů označilo odpověď nadměrný příjem kalorií a nedostatek pohybové aktivity.

Graf 9 Příčina vzniku obezity



Zdroj: autor

Graf 9 ukazuje, že nejvíce respondentů považuje za příčinu vzniku obezity nedostatek pohybové aktivity - 85 respondentů (85 %), další příčinou je podle 84 respondentů (84 %) nadměrný příjem kalorií. Dále 40 respondentů (40 %) označilo za příčinu vzniku obezity

stres, 35 respondentů (35 %) uvedlo sedavý způsob zaměstnání, 25 (25 %) respondentů vliv onemocnění, 14 (14 %) respondentů genetické predispozice a 4 (4 %) respondenti označili jiné příčiny vzniku obezity.

Otázka č. 10: Setkali jste se někdy při péči o obézního pacienta s nějakým problémem?

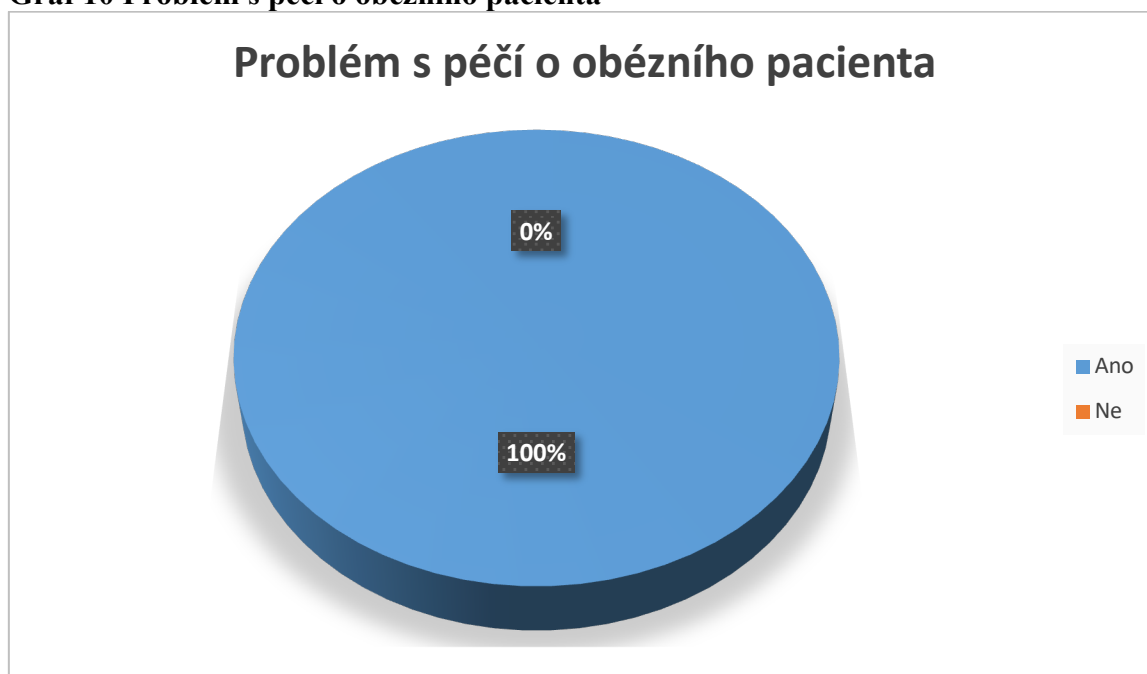
Tabulka 10: Problém s péčí o obézního pacienta

Problém s péčí o obézního pacienta	Absolutní četnost
Ano	100
Ne	0
Celkem	100

Zdroj: autor

Z tabulky č. 10 je jasné, že všichni respondenti se při péči o obézního pacienta setkali s nějakým problémem.

Graf 10 Problém s péčí o obézního pacienta



Zdroj: autor

Graf 10 nám ukazuje, že se všichni respondenti (100 %) setkali při péči o obézního pacienta s nějakým problémem.

Otázka č. 11: Jaká část ošetrovatelské péče o obézního pacienta Vám přijde nejnáročnější (lze označit více odpovědí)

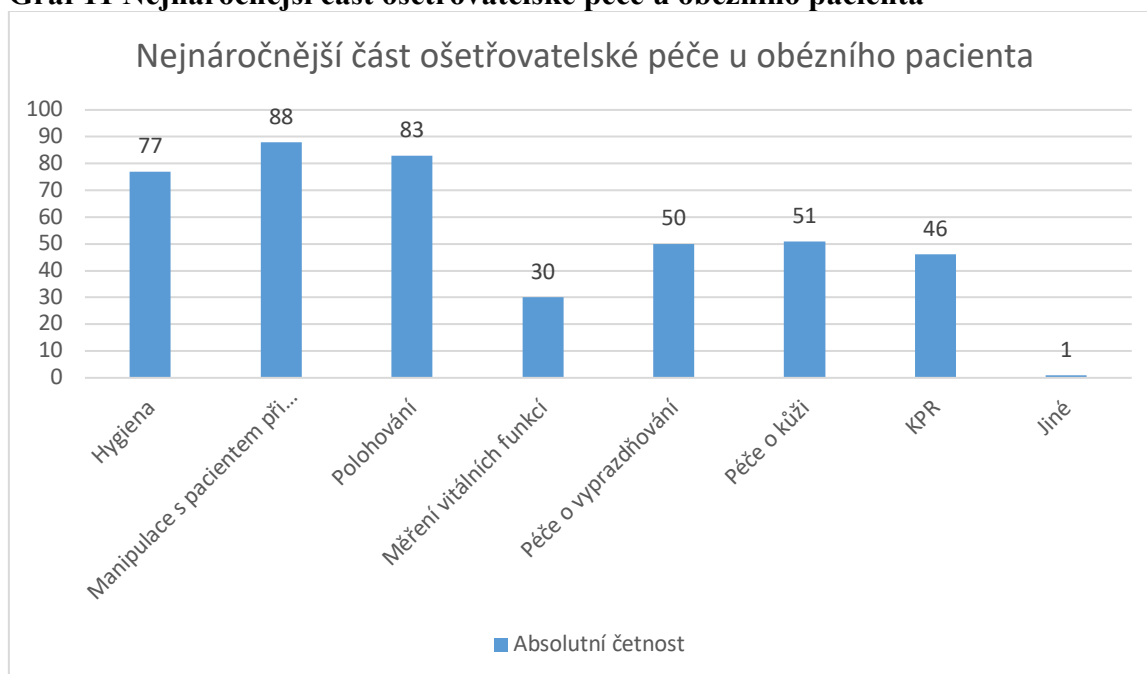
Tabulka 11: Nejnáročnější část ošetrovatelské péče u obézního pacienta

Nejnáročnější část ošetrovatelské péče u obézního pacienta	Absolutní četnost
Hygiena	77
Manipulace s pacientem při ošetření	88
Polohování	83
Měření vitálních funkcí	30
Péče o vyprazdňování	50
Péče o kůži	51
KPR	46
Jiné	1

Zdroj: autor

Tabulka č. 11 nám ukazuje, že největším problémem při ošetrovatelské péči u obézního pacienta je manipulace s pacientem při ošetření.

Graf 11 Nejnáročnější část ošetrovatelské péče u obézního pacienta



Zdroj: autor

Z grafu 11 vyplynulo, že nejčastější problémem při poskytování ošetrovatelské péče obéznímu pacientovi je manipulace s pacientem při ošetření, tuto odpověď označilo 88 respondentů (88 %), jako druhý největší problém bylo označeno polohování, které označilo 83 respondentů (83 %). 77 respondentů označilo hygiena (77 %), 51 respondentů péče o kůži (51 %) a 50 respondentů péče o vyprazdňování (50 %), dále 46 respondentů (46 %) zaškrtnulo odpověď KPR, 30 respondentů (30 %) měření vitálních funkcí a 1 respondent (1 %) označil odpověď jiné, ve které uvedl zavedení i.v. vstupů.

Otázka č. 12: Pokud jste v předchozí otázce označili jednu z možností, jaký je podle Vás důvod?

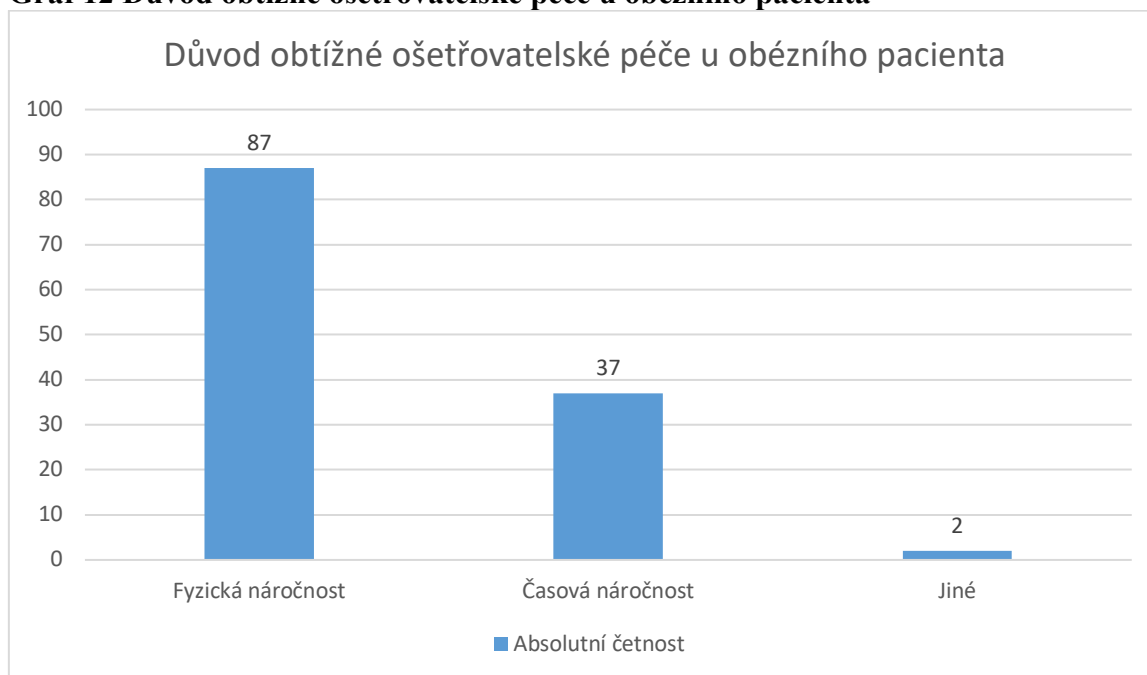
Tabulka 12: Důvod obtížné ošetrovatelské péče u obézního pacienta

Důvod obtížné ošetrovatelské péče u obézního pacienta	Absolutní četnost
Fyzická náročnost	87
Časová náročnost	37
Jiné	2
Celkem	100

Zdroj: autor

Z tabulky č. 12 je jasné, že nejčastějším důvodem obtížné ošetrovatelské péče u obézního pacienta je pro respondenty fyzická náročnost.

Graf 12 Důvod obtížné ošetrovatelské péče u obézního pacienta



Zdroj: autor

Z grafu 12 vyplývá, že nejčastější důvodem obtížné ošetrovatelské péče u obézního pacienta je pro respondenty fyzická náročnost, tuto odpověď označilo 87 respondentů (87 %), dále 37 respondentů (37 %) označilo odpověď časová náročnost a pouze 2 respondenti (2 %) odpověděli jině. Někteří respondenti označovali více odpovědí.

Otázka č. 13: Máte k dispozici nějaké speciální pomůcky pro manipulaci s obézním pacientem?

Tabulka 13: Speciální pomůcky

Speciální pomůcky	Absolutní četnost
Ano	66
Ne	34
Celkem	100

Zdroj: autor

Z tabulky č. 13 je patrné, že na více než polovině vybraných pracovištích jsou k dispozici speciální pomůcky pro manipulaci s obézním pacientem.

Graf 13 Speciální pomůcky



Zdroj: autor

Z grafu 13 je jasné, že 66 respondentů (66 %) má na svém pracovišti pomůcky pro manipulaci s obézním pacientem. 34 respondentů (34 %) označilo odpověď ne, z čehož vyplývá, že na svém pracovišti žádné speciální pomůcky nemají.

Otázka č. 14: Jaké pomůcky při ošetřování obézního pacienta nejvíce využíváte? (lze označit více odpovědí)

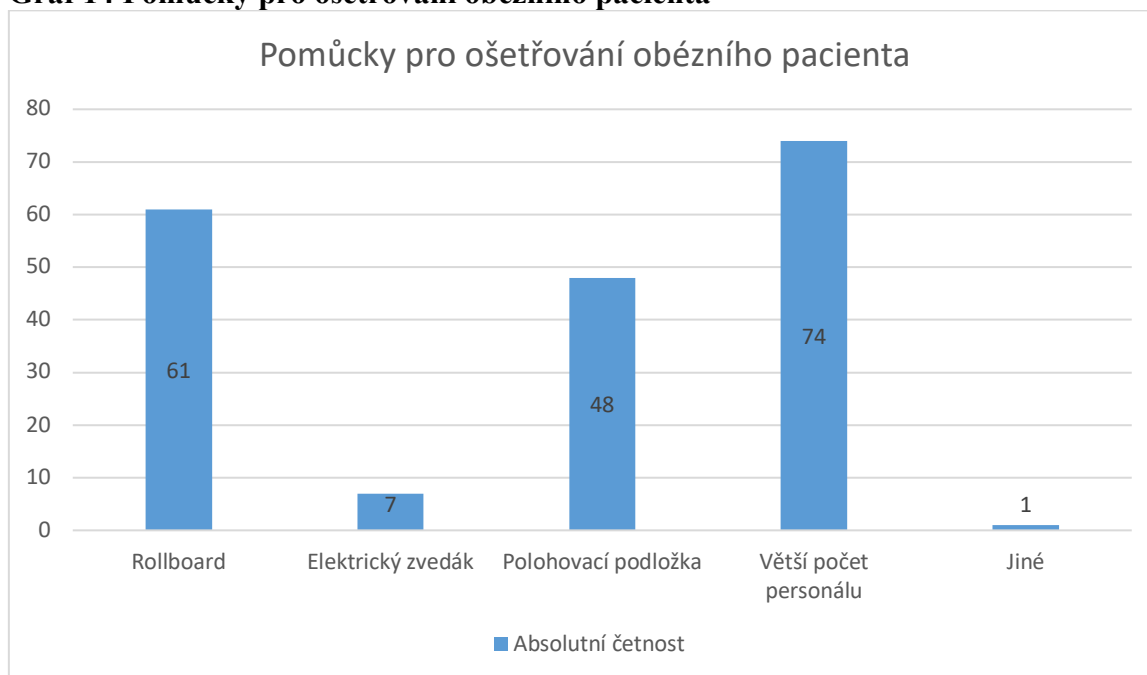
Tabulka 14: Pomůcky pro ošetřování obézního pacienta

Pomůcky pro ošetřování obézního pacienta	Absolutní četnost
Rollboard	61
Elektrický zvedák	7
Polohovací podložka	48
Větší počet personálu	74
Jiné	1

Zdroj: autor

Z tabulky č. 14 můžeme zjistit, že nejčastěji používaná pomůcka při manipulaci s obézním pacientem je větší počet personálu.

Graf 14 Pomůcky pro ošetřování obézního pacienta



Zdroj: autor

Z grafu 14 vyplývá, že nejčastěji je jako pomůcka pro ošetřování obézního pacienta využíván větší počet personálu, tuto odpověď označilo 74 respondentů (74 %), druhou nejčastější pomůckou je rollboard, který označilo 61 respondentů (61 %), dále polohovací podložka označena 48 respondenty (48 %), 7 respondentů (7 %) zaškrtnulo elektrický zvedák a 1 respondent (1 %) jiné.

Otázka č. 15: Máte na svém pracovišti dostatek těchto speciálních pomůcek?

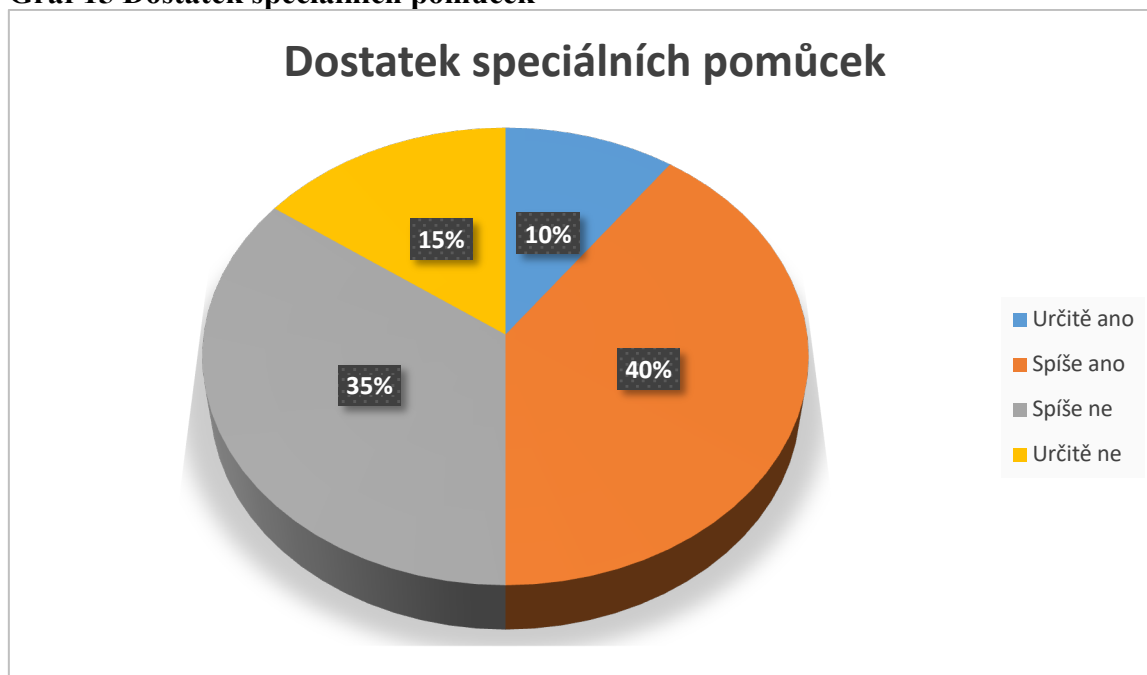
Tabulka 15: Dostatek speciálních pomůcek

Dostatek speciálních pomůcek	Absolutní četnost
Určitě ano	10
Spíše ano	40
Spíše ne	35
Určitě ne	15
Celkem	100

Zdroj: autor

Tabulka č. 15 nám ukazuje, že nejvíce respondentů odpovědělo, že na svém pracovišti mají dostatek speciálních pomůcek.

Graf 15 Dostatek speciálních pomůcek



Zdroj: autor

Graf 15 nám ukazuje, že 40 respondentů (40 %) označilo odpověď spíše ano a mají tím dostatek speciálních pomůcek pro manipulaci s obézním pacientem. 35 respondentů (35 %) označilo spíše ne a nemají tím dostatek pomůcek pro ošetření obézních pacientů, 15 respondentů (15 %) zaškrtnulo určitě ne a 10 respondentů (10 %) určitě ano.

Otázka č. 16: Jaké jsou nejčastější diagnózy obézních pacientů? (Lze označit více odpovědí)

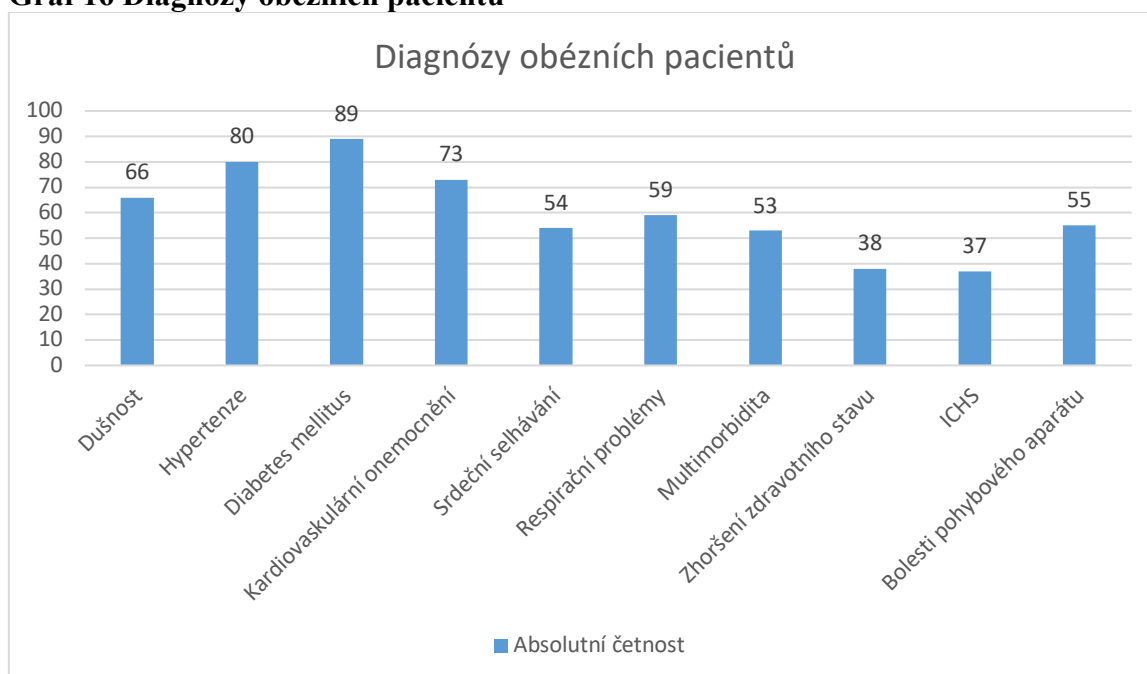
Tabulka 16: Diagnózy obézních pacientů

Diagnózy obézních pacientů	Absolutní četnost
Dušnost	66
Hypertenze	80
Diabetes mellitus	89
Kardiovaskulární onemocnění	73
Srdeční selhávání	54
Respirační problémy	59
Multimorbidita	53
Zhoršení zdravotního stavu	38
ICHS	37
Bolesti pohybového aparátu	55

Zdroj: autor

Z tabulky č. 16 je jasné, že nejčastější diagnózou obézních pacientů je diabetes mellitus a hned za ním hypertenze.

Graf 16 Diagnózy obézních pacientů



Zdroj: autor

Z grafu 16 vyplývá, že mezi nejčastější diagnózu u obézních pacientů patří diabetes mellitus, kterou označilo 89 respondentů (89 %), na druhém místě je potom hypertenze, kterou označilo 80 respondentů (80 %) a jako třetí nejčastější příčina bylo značeno kardiovaskulární onemocnění a bylo označeno 73 respondenty (73 %). Jako další je dušnost, kterou zaškrtnulo 66 respondentů (66 %), 59 respondentů (59 %) označilo respirační problémy, 55 respondentů (55 %) bolesti pohybového aparátu, 54 respondentů (54 %) srdeční selhávání, 53 respondentů (53 %) multimorbidita, 38 respondentů (38 %) zhoršení zdravotního stavu a 37 respondentů (37 %) ICHS.

Otázka č. 17: Jaká jsou nejčastější přidružená onemocnění (komorbidity) obézních pacientů? (Lze označit více odpovědí)

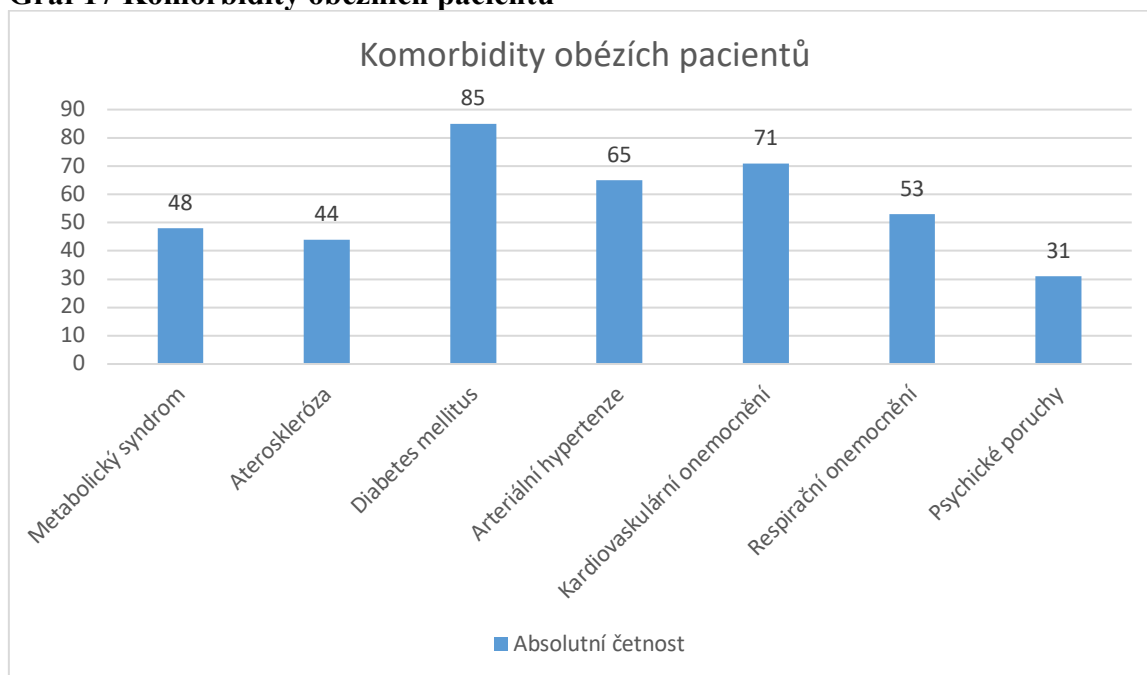
Tabulka 17: Komorbidity obézních pacientů

Komorbidity obézních pacientů	Absolutní četnost
Metabolický syndrom	48
Ateroskleróza	44
Diabetes mellitus	85
Arteriální hypertenze	65
Kardiovaskulární onemocnění	71
Respirační onemocnění	53
Psychické poruchy	31

Zdroj: autor

Z tabulky č. 17 je zřejmé, že nejvíce respondentů označilo jako nečastější přidružené onemocnění u obézních pacientů diabetes mellitus.

Graf 17 Komorbidity obézních pacientů



Zdroj: autor

Graf 17 nám dokazuje, že respondenti označovali za nejčastější komorbiditu obézních pacientů diabetes mellitus, tuto možnost označilo 85 respondentů (85 %), hned za diabetem byla označována odpověď kardiovaskulární onemocnění, tu označilo 71 respondentů

(71 %), dále 65 respondentů (65 %) zaškrtovalo možnost arteriální hypertenze, 53 respondentů (53 %) respirační onemocnění, 48 respondentů (48 %) metabolický syndrom, 44 respondentů (44 %) ateroskleróza a pouhých 31 respondentů (31 %) označilo možnost psychické poruchy.

Otázka č. 18: Zúčastnil/a jste se někdy kurzu nebo semináře, který se zabývá péčí o obézní pacienty?

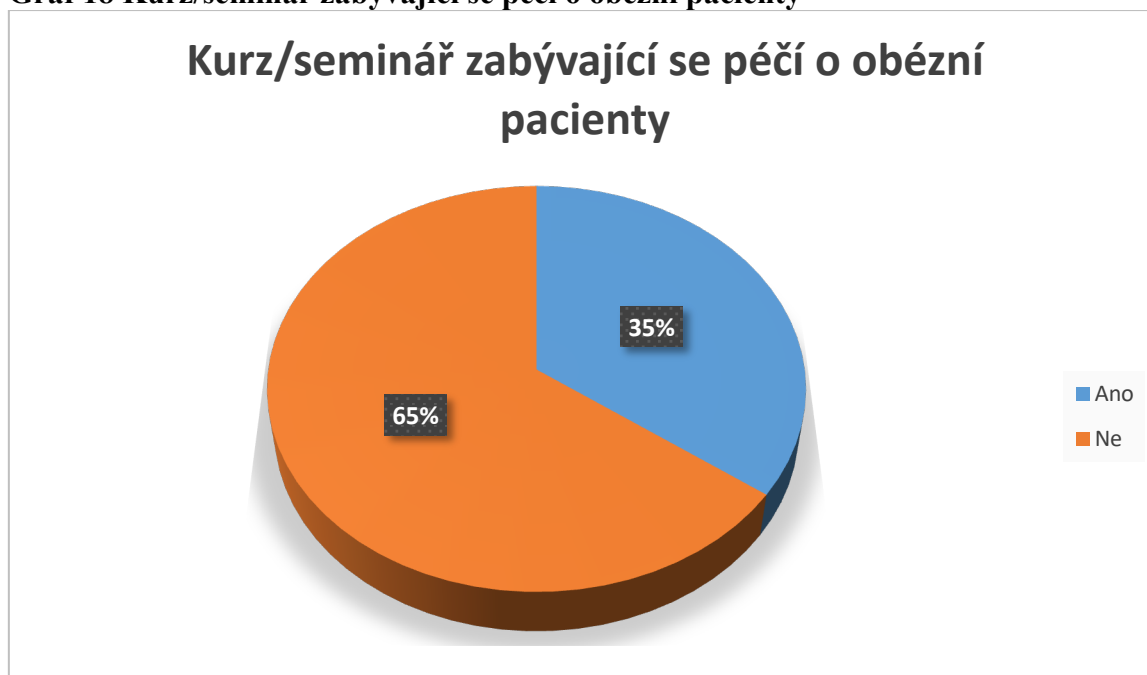
Tabulka 18: Kurz/seminář zabývající se péčí o obézní pacienty

Kurz/seminář zabývající se péčí o obézní pacienty	Absolutní četnost
Ano	35
Ne	65
Celkem	100

Zdroj: autor

Tabulka č. 18 nám říká, že více než polovina respondentů se nikdy nezúčastnila kurzu nebo semináře, který se zabývá péčí o obézní pacienty.

Graf 18 Kurz/seminář zabývající se péčí o obézní pacienty



Zdroj: autor

Z grafu 18 je zřejmé, že více než polovina respondentů (65 %) se nikdy nezúčastnila žádného kurzu nebo semináře, který se zabývá péčí o obézní pacienty. 35 respondentů (35 %) se někdy takové kurzu nebo semináře zúčastnilo.

Otázka č. 19: Má vaše pracoviště vypracovaný standard nebo pracovní postup pro péči o oběžní pacienty

Tabulka 19: Standard/pracovní postup pro péči o oběžní pacienty

Standard/pracovní postup pro péči o oběžního pacienta	Absolutní četnost
Ano	50
Ne	20
Nevím	30
Celkem	100

Zdroj: autor

Z tabulky č. 19 můžeme zjistit, že polovina pracovišť respondentů má vypracovaný standard nebo pracovní postup pro péči o oběžního pacienta.

Graf 19 Standard/pracovní postup pro péči o oběžního pacienta



Zdroj: autor

Z grafu 19 vyplývá, že na polovině pracovišť respondentů mají vypracovaný standard nebo pracovní postup pro péči o oběžního pacienta. Tuto možnost označilo 50 respondentů (50 %), 30 respondentů (30 %) označilo neví a neví o tom, zda má jejich pracoviště nějaký takový standard nebo pracovní postup a 20 respondentů (20 %) označilo, že jejich pracoviště nemá žádný standard nebo pracovní postup pro péči o oběžní pacienty.

Otázka č. 20: Co by podle Vás pomohlo zlepšit péči o obézní pacienty?

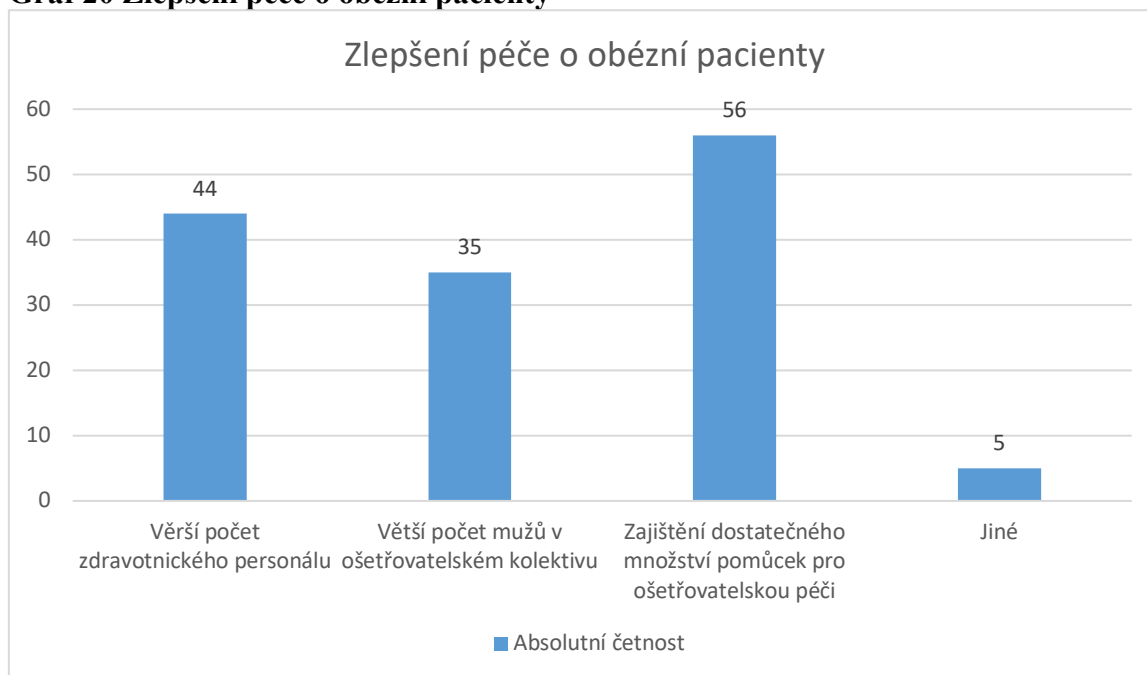
Tabulka 20: Zlepšení péče o obézní pacienty

Zlepšení péče o obézní pacienty	Absolutní četnost
Větší počet zdravotnického personálu	44
Větší počet mužů v ošetrovatelském kolektivu	35
Zajištění dostatečného množství pomůcek pro ošetrovatelskou péči	56
Jiné	5

Zdroj: autor

Z tabulky č. 20 vyplývá, že nejvíce by pomohlo zlepšit ošetrovatelskou péči o obézního pacienta zajištění dostatečného množství pomůcek pro ošetrovatelskou péči.

Graf 20 Zlepšení péče o obézní pacienty



Zdroj: autor

Graf 20 vypovídá o tom, že nejlepší pro zlepšení péče o obézního pacienta by bylo zajištění dostatečného množství pomůcek pro ošetrovatelskou péči, tuto možnost zaškrtnulo 56 respondentů (56 %), dále by pomohlo zajistit větší počet zdravotnického personálu, to označilo 44 respondentů (44 %), dále by mohl pomoci větší počet mužů v ošetrovatelském kolektivu, to zvolilo 35 respondentů (35 %). 5 respondentů (5 %) zvolilo možnost jiné.

Otázka č. 21: Měli byste zájem o rozšíření znalosti v oblasti péče o obézní pacienty?

Tabulka 21: Rozšíření znalostí v oblasti péče o obézní pacienty

Rozšíření znalostí v oblasti péče o obézní pacienty	Absolutní četnost
Ano	60
Ne	40
Celkem	100

Zdroj: autor

Tabulka 21 vypovídá o tom, že více než polovina respondentů by měla zájem o to rozšířit své znalosti v oblasti péče o obézní pacienty.

Graf 21 Rozšíření znalostí v oblasti péče o obézní pacienty



Zdroj: autor

Z grafu 21 vyplývá, že 60 respondentů (60 %) zapojených do dotazníkového šetření by mělo zájem o rozšíření znalostí v oblasti péče o obézní pacienty. 40 respondentů (40 %) zájem o tuto možnost nejeví.

10 DISKUZE

V bakalářské práci jsem se zabývala problematikou poskytování ošetrovatelské péče obézním pacientům. Téma bylo vybráno cíleně z důvodu neustálého navyšování počtu těchto pacientů ve zdravotnických zařízeních, ale i mimo ně. Práce byla zpracována formou kvantitativního sběru dat pomocí anonymního dotazníku. Dotazník byl určen pro zdravotnický personál na odděleních chirurgické kliniky, neurologické kliniky a kardiologické kliniky. Sběr dat probíhal od 22. 11. 2021 do 17. 12. 2021. Celkem bylo rozdáno 105 dotazníků a vráceno bylo dotazníků 100. **Hlavním cílem šetření v této bakalářské práci bylo zmapovat problematiku ošetrovatelské péče o obézního pacienta.** Naši práci v diskuzi porovnááme s pracemi, které se zabývají podobným tématem a to bakalářskou prací Martiny Machové z roku 2019, která je zaměřena na problematiku péče o obézní pacienty z pohledu sestry. Dále s bakalářskou prací Moniky Bednářové z roku 2015, která se zabývá problematikou ošetrovatelské péče u pacientů s monstrózní obezitou. A jako poslední s prací Martiny Mynářové z roku 2020, která se zabývá problematikou péče o morbidně obézní pacienty.

Úvodní část našeho dotazníku zjišťovala demografická data dotazovaných a poskytla nám podrobné seznámení s respondenty. Základním údajem bylo zjištění pohlaví respondentů, věku, délka praxe ve zdravotnictví a název pracoviště respondenta. Do výzkumu se zapojilo 100 respondentů, a to v počtu 85 žen (85 %) a 15 mužů (15 %).

Výzkumu se nejvíce účastnili respondenti ve věkové kategorii 20-30 let (35 %) a dále ve věkové kategorii 41-50 let (24 %). V kategorii 31-40 let bylo tázaných 21 %. Naopak nejméně bylo respondentů ve věkové kategorii více než 50 let (20 %). Délka praxe respondentů ve zdravotnictví byla nejčastěji 1-5 let a více než 20 let, tu označilo shodně 34 respondentů (34 %). Dále se vyskytovali respondenti v kategorii 6-10 let (17 %) a 11-20 let (15 %).

Největší množství dotazníků vyplnili respondenti z oddělení kardiologické kliniky JIP (18 %) a potom z neurologické kliniky JIP (16 %). 15 respondentů (15 %) bylo z kardiologické kliniky-lůžka, 13 (13 %) z neurologické kliniky lůžka, chirurgické kliniky JIP 1 a lůžka a 12 (12 %) z chirurgické kliniky JIP 2.

V této bakalářské práci byly stanoveny 4 dílčí cíle. V otázce č. 5 zjišťujeme, jak často se respondenti při své práci setkávají s obézními pacienty. Tato otázka nám odpovídá na **Cíl 1 Zjistit, jak často se personál s obézním pacientem setkává.** Odpovědi zahrnovaly možnosti setkávání denně, několikrát za týden, 1-5 x za měsíc nebo nesetkávám. Nejvíce respondentů odpovídalo, že se s obézními pacienty setkává denně (58 %) a druhou nejčastější odpovědí byla odpověď několikrát za týden, kterou označilo 24 (24 %) respondentů. Stejným

počtem byla označena možnost 1-5x za měsíc a několikrát za rok. Naopak žádný z respondentů neoznačil odpověď, že se s obézními pacienty neseťkává nikdy. Výsledky našeho šetření potvrzují **Předpoklad 1 Předpokládáme, že se zdravotnický personál s obézním pacientem setkává denně**. Zároveň to poukazuje na neustálý nárůst počtu obézních pacientů. Vzhledem ke skutečnosti, že v České republice trpí obezitou zhruba 18–22 % mužů a 20–25 % žen (Fried, 2018), nás toto číslo ale nemůže překvapit.

Skoro shodnými čísly bylo označeno, že se naši respondenti setkávají s obézními pacienty mužského (51 %) nebo ženského pohlaví (49 %). Věk obézních pacientů se podle respondentů nejčastěji pohybuje ve věkové kategorii 51-60 let, kterou označilo v dotazníku 46 respondentů (46 %). Na druhém místě se objevila kategorie 41-50 let, tu označilo 29 respondentů (29 %). Naopak nejméně se naši respondenti setkávají s obézními pacienty ve věku 20-30 let (1 %). Odpověď více než 60 let označilo 17 respondentů (17 %) a 31–40 let 7 respondentů (7 %).

V další otázce, otázce č. 8, jsme se pokoušeli zjistit, zda podle respondentů narůstá počet obézních pacientů. Zde odpovědělo 98 respondentů (98 %), že podle nich dochází k nárůstu počtu obézních pacientů a pouze 2 respondenti (2 %) odpověděli, že nárůst nepozorují. Tento výsledek se jistě shoduje s názorem WHO, která považuje obezitu za pandemii 21. století, která velmi rychle progreduje.

V otázce č. 9 jsme se ptali, jaká je podle respondentů nejčastější příčina vzniku obezity. Zde byly možnosti nadměrný příjem kalorií, nedostatek pohybové aktivity, sedavý způsob zaměstnání, genetická predispozice, vliv onemocnění, stres a jiné. Respondenti mohli v této otázce označovat více odpovědí. Nejvíce označovaná byla odpověď nedostatek pohybové aktivity, kterou zaškrtnulo 85 respondentů (85 %) a nadměrný příjem kalorií, kterou zaškrtnulo 84 respondentů (84 %). Nejméně byla označována odpověď jiné, tu označili 4 respondenti (4 %) a genetická predispozice (14 %). Stres označilo 40 respondentů (40 %), sedavé zaměstnání 35 respondentů (35 %) a vliv onemocnění 25 respondentů (25 %). Ze všech nejčastěji označovaných odpovědí jasně vyplývá, že je enormní obezita souhrnně způsobena nezdravým životním stylem.

Otázkou č. 10 jsme zjišťovali, jestli se zdravotnický personál při péči o obézního pacienta setkává s nějakým problémem. Odpověď respondentů byla ve všech případech ano. Tato otázka nám napomohla naplnit hlavní cíl práce, zmapovat problematiku ošetrovatelské péče o obézní pacienty. Vždy je při manipulaci s obézním pacientem přítomný nějaký problém, který zhoršuje kvalitu poskytované ošetrovatelské péče. V otázce č. 11 zjišťujeme,

jaká část ošetrovatelské péče u obézních pacientů je pro zdravotnický personál nejnáročnější. Tato otázka nám opět naplňuje hlavní cíl práce. Respondenti měli znovu možnost označit více odpovědí. Na výběr byla možnost hygiena, manipulace s pacientem při ošetření, polohování, měření vitálních funkcí, péče o vyprazdňování, péče o kůži, KPR a jiné. Nejvíce respondentů označilo možnost manipulace s pacientem při ošetření, a to v počtu 88 respondentů (88 %), hned poté následovala možnost polohování, kterou označilo 83 respondentů (83 %). Naopak nejméně byla označována možnost jiné (1 %) a měření vitálních funkcí (30 %). 77 dotazovaných (77 %) označilo hygienu, 51 (51 %) péči o kůži, 50 (50 %) péči o vyprazdňování a 46 (46 %) KPR.

Pro srovnání v práci Martiny Mynářové (2020) respondenti nejčastěji označovali možnost polohování (39,32 %), dále potom hygienickou péči a péči o vyprazdňování (26,50 %). Z práce Martiny Machové (2019) vyplývá, že jsou pro ošetřující personál nejobtížnější úkony, jako jsou odběry krve, zavádění flexil či zavádění permanentních močových katetrů. Za obzvláště náročnou považují respondentky hygienickou péči. Největší problém shledávají v manipulaci s obézním pacientem, během níž personál musí vynaložit velké fyzické úsilí. Ošetrovatelskou péči o obézní pacienty, dle respondentek, komplikuje často snížená pohyblivost pacienta.

Na otázku č. 11 navazuje otázka č. 12, ve které jsme se snažili zjistit, jaký je podle respondentů důvod obtížné ošetrovatelské péče u obézního pacienta. Z odpovědí je jasné, že mezi nejčastější důvody patří fyzická a časová náročnost. Odpověď fyzická náročnost označilo 87 respondentů (87 %) a časová náročnost 37 respondentů (37 %). Další možností byla odpověď jiné, kterou označili pouze 2 respondenti (2 %). V práci Moniky Bednářové (2015) se i její respondentky shodují na tom, že je práce s obézními pacienty velmi fyzicky a časově náročná. Později i psychicky.

Pokračovali jsme otázkou č. 13 a ptali se, zdali má ošetřující personál pro manipulaci s obézními pacienty k dispozici nějaké speciální pomůcky a navazující otázkou č. 14, jsme se snažili zjistit, jaké pomůcky jsou při ošetřování obézních pacientů nejvíce používané. Tím naplňujeme dílčí **Cíl 3 Zjistit, jaké pomůcky jsou k dispozici personálu při práci s obézním pacientem** a dílčí **Cíl 4 Zjistit, jaké pomůcky se nejčastěji používají**. Z otázky č. 13 vyplývá, že 66 respondentů (66 %) má na svém pracovišti speciální pomůcky k dispozici a 34 (34 %) tyto pomůcky k dispozici nemá. Otázka č. 14 nám vypovídá o tom, že nejvíce je používaný větší počet personálu. Tuto možnost označilo 74 respondentů (74 %), hned za ním byla označena odpověď“ rollboard jako druhá nejvyužívanější pomůcka pro manipulaci

s obézním pacientem, tuto odpověď označilo 61 respondentů (61%). Dále naši respondenti používají polohovací podložku, tu označilo 48 respondentů (48 %), 7 respondentů (7 %) označilo elektrický zvedák a pouze 1 respondent (1 %) označil možnost jiné. To nám potvrzuje **Předpoklad 3 Předpokládáme, že jsou k dispozici alespoň základní pomůcky pro práci s obézním pacientem** a vyvracuje **Předpoklad 4 Předpokládáme, že nejvíce se využívají polohovací podložky**. Podle výzkumu Martiny Machové (2019) všechny její respondentky uvedly, že k usnadnění manipulace s obézními pacienty používají polohovací podložky a některé i rollboardy. Z rozhovorů bylo zřejmé, že pomůcky jako je např. elektrický zvedák jsou finančně náročnější a jsou dostupné jen zřídka.

Další otázka, která se pojí k otázkám č. 13 a č. 14 je otázka č. 15, která měla za úkol zjistit, zda je na pracovištích dostatečný počet všech těchto speciálních pomůcek. Odpovědi byli: určitě ano, spíše ano, spíše ne a určitě ne. Nejvíce označovaná byla odpověď spíše ano, kterou označilo 40 respondentů (40 %), další byla odpověď spíše ne, tu označilo 35 respondentů (35 %). Dále možnost určitě ne označilo 15 dotazovaných (15 %) a určitě ano označilo 10 (10 %). I z rozhovorů v bakalářské práci Moniky Bednářové (2015) je jasné, že všeobecná sestra, se kterou vedla rozhovor si postěžovala hlavně na nedostatek ošetřujícího personálu, ale polohovacích pomůcek pro imobilní obézní pacienty na oddělení mají dostatek. Všeobecný ošetřovatel z ARO, se kterým byl veden další rozhovor v práci Moniky Bednářové (2015), tvrdí, že co se týká pomůcek, ty na oddělení mají, ale nejsou prý vždy dostačující. Dále pro srovnání z práce Martiny Mynářové (2020) můžeme vyčíst, že nedostatek vhodných zvedáků a pomůcek pro manipulaci s obézním pacientem považovalo za problematické 43,5 % jejich respondentů. Na její otázku, co vnímají respondenti jako největší problém při péči o obézní pacienty, uvedlo 56,41 % nedostatek ošetřovatelského personálu. 17,95 % respondentů označilo nevyhovující pomůcky nebo jejich absenci a 16,24 % oslovených celkovou nepřipravenost pracoviště na tento typ pacientů. Naopak z výzkumu Martiny Machové (2019) bylo na nedostatek pomůcek, které by byly přizpůsobené pacientovi s obezitou, jako například zvedák, dostatečně velký vozík, větší prostory v koupelně, a zejména na nedostatečné personální obsazení poukazováno velmi často. Dle mého názoru není tedy problémem nedostatek pomůcek, ale nedostatek zdravotnického personálu, který by s těmito pomůckami mohl pracovat a kterého je při ošetřování obézních pacientů potřeba větší množství.

Otázka č. 16 a otázka č. 17 nám zodpovídají dílčí **Cíl 2 Zjistit, jaká diagnóza a přidružená onemocnění jsou u obézních pacientů nejčastější**. V těchto otázkách bylo

možno zaškrtnout více odpovědí. V otázce č. 16 jsme zjišťovali, jaké jsou nejčastější diagnózy u obézních pacientů. Mezi nejčastější diagnózu u obézních pacientů byl zařazen diabetes mellitus, tuto možnost označilo 89 respondentů (89 %), dále hypertenze, kterou označilo 80 respondentů (80 %) a kardiovaskulární onemocnění (73 %). Tento výsledek je shodný s faktem, kdy se podle Mullerové (2009) metabolické komplikace u obézních pacientů vyskytují častěji. Odpověď dušnost označilo 66 respondentů (66 %), respirační problémy 59 respondentů (59 %), bolesti pohybového aparátu 55 (55 %), srdeční selhávání 54 (54 %), multimorbiditu 53 (53 %), zhoršení zdravotního stavu 38 (38 %) a ICHS 37 respondentů (37 %).

Otázkou č. 17 zjišťujeme, jaká jsou podle tázaných kromě nejčastějších diagnóz nejčastější přidružená onemocnění neboli komorbidit u obézních pacientů. Jako nejčastější ze všech komorbidit byl označován diabetes mellitus, ten označilo 85 respondentů (85 %), na druhém místě byla potom odpověď kardiovaskulární onemocnění, tu označilo 71 respondentů (71 %) a na dalším arteriální hypertenze, kterou označilo 65 respondentů (65 %). 53 dotazovaných označilo odpověď respirační onemocnění (53 %), 48 (48 %) metabolický syndrom, 44 (44 %) ateroskleróza a jen 31 (31 %) označilo možnost psychické poruchy. Touto otázkou nám byl vyvrácen **Předpoklad 2, Předpokládáme, že obézní pacienti mají velké množství přidružených onemocnění, z nichž nejčastější je diabetes mellitus a arteriální hypertenze**. Obézní pacienti mají skutečně velké množství přidružených onemocnění a nejčastější z nich je diabetes mellitus, ale arteriální hypertenze je podle našich odpovědí až na třetím místě. Ihned po diabetu byla označována možnost kardiovaskulární onemocnění.

Otázkou č. 18 jsme se snažili zjistit, zda se naši respondenti někdy zúčastnili nějakého kurzu nebo semináře, který by se zabýval péčí o obézní pacienty. Z výsledků této otázky vyšlo najevo, že více než polovina dotazovaných 65 (65 %) se nikdy žádného takového kurzu nezúčastnila a 35 (35 %) dotazovaných již takový kurz nebo seminář absolvovali. Podle Martiny Machové (2019) a jejích výsledků vyšlo najevo, že školení sester o způsobu práce s obézními pacienty, poskytuje zaměstnavatel tázanému ošetřujícímu personálu poměrně často. Také jsme se snažili zjistit, zda má pracoviště našich respondentů vypracovaný standard nebo pracovní postup pro péči o obézní pacienty. Tím se zabývá otázka č. 19. 50 (50 %) dotazovaných označilo možnost ano, 20 (20 %) ne a 30 (30 %) respondentů označilo možnost nevím. Naopak v práci Moniky Mynářové (2020) na otázku, zda má jejich pracoviště vypracovaný standard ošetrovatelské péče nebo ucelený koncept pro péči o morbidně obézní pacienty, kladně odpověděli pouze 3 respondenti (2,56 %), všichni byli z Fakultní

nemocnice u sv. Anny v Brně. Nejčastěji respondenti označovali zápornou odpověď (61,54 %) a odpověď „nevím“ (35,90 %).

Otázka č. 20 se zabývá tím, co by podle respondentů mohlo zlepšit péči a obézní pacienty. Nejčastější odpovědí bylo zajištění dostatečných pomůcek pro ošetrovatelskou péči, to označilo 56 respondentů (56 %), dále by pomohl větší počet personálu, to označilo 44 respondentů (44 %). Větší počet mužů v ošetrovatelském kolektivu označilo 35 respondentů (35 %) a 5 respondentů (5 %) označilo možnost jiné. I podle práce Martiny Machové (2019) by pro usnadnění ošetrovatelské péče o obézní pacienty respondentky uvítaly více personálu anebo např. pořízení mechanického zvedáku. Podle Moniky Bednářové (2015) a po analýze všech jejích odpovědí vyvstává na poslední výzkumnou otázku jednoznačná odpověď: více zdravotnického personálu, zejména pomocného. Shodli se na tom všichni její respondenti. V práci Martiny Mynářové (2020) si 47,01 % respondentů myslelo, že nejvíce by pomohlo navýšení počtu ošetrovatelského personálu ve směně, a 29,91 % oslovených uvedlo, že by bylo nejlepší zajistit kvalitní pomůcky na pracoviště.

Poslední otázkou jsme se snažili zjistit, zda by byl mezi respondenty zájem o rozšíření znalostí v oblasti péče o obézní pacienty. 60 (60 %) dotazovaných by mělo zájem o rozšíření svých znalostí a 40 (40 %) by zájem nemělo. V práci Martiny Mynářové (2020) byl také zkoumán zájem respondentů o rozšiřování znalostí v oblasti péče o morbidně obézní pacienty, ale výsledná data nepřinesla jasnou odpověď. Respondenti se rozdělili na téměř polovinu. Pro rozšiřování znalostí bylo 59 respondentů (50,43 %), proti se postavilo 58 respondentů (49,57 %).

ZÁVĚR

Předložená bakalářská práce se zabývá problematikou poskytování zdravotní péče obézním pacientům, kterou vnímáme v dnešní době jako velmi aktuální, protože obézních pacientů ve zdravotnických zařízeních, ale i mimo ně přibývá. Cílem práce bylo zjistit, jak často se zdravotnický personál setkává s obézními pacienty a jaké jsou podle něj nejčastější problémy při poskytování zdravotní péče těmto pacientům. Tato práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

V teoretické části se zabývám popisem obezity, její etiologií, definicí, historií a pohledem na ní jako na onemocnění.

V praktické části této bakalářské práce bylo hlavním cílem bylo zmapovat problematiku ošetrovatelské péče o obézní pacienty.

Praktická část byla vytvořena kvantitativním sběrem dat, a to formou anonymního dotazníku. Výsledek ukázal, že většina dotazovaných se s obézními pacienty setkává denně a vždy se při poskytování zdravotní péče těmto pacientům setkává s nějakým problémem. Jako nejnáročnější je považovaná manipulace s pacientem při ošetření a polohování. Nejčastěji je to způsobeno nedostatečným množstvím personálu, a to zejména toho pomocného. Přestože pomůcek je relativní dostatek, mnohdy není dostatek pracovníků, kteří by s nimi pracovali.

Všechny určené cíle, dílčí i hlavní cíl, byly postupně naplněny. Předpoklady 1 a 3 byly potvrzeny a předpoklady 2 a 4 byly vyvráceny. Problematika obézních pacientů je velmi rozsáhlé téma a myslím si, že každý by měl mít v dnešní době ponětí alespoň o základních rizicích, které s sebou obezita přináší. Je důležité toto téma dostat do veřejného povědomí, aby bylo možno dosáhnout poklesu extrémně obézních pacientů. Počet obézních lidí stále roste, a proto považuji za důležité, aby nemocnice a poskytovatelé přednemocniční neodkladné péče našli nějaké reálné řešení, které by mohlo ošetrovatelskou péči o obézní pacienty zkvalitnit a zdravotníkům jejich práci usnadnit.

SEZNAM LITERATURY

1. Barash P.G, Cullen B. F, Stoelting R. K, Cahalan M. K, Stock M. Ch. Klinická anesteziologie [Clinical Anesthesiology]. Praha, Czechia: Grada Publishing, a.s.; 2015. Klimešová L, Klimeš J. *Umělá plicní ventilace* [Artificial Lung Ventilation]. Brno, Czechia: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů; 2011.
2. Bartůněk P, Jurásková D, Heczková J, Nalos D eds. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče* [Selected Chapters from Intensive Care]. Praha, Czechia: Grada Publishing, a.s.; 2016.
3. DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, Martina, Lucia VRABELOVÁ a Lucie LIDICKÁ. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0717-9.
4. ERC Guidelines. ERC Guidelines [online]. Copyright © [Cit. 24.03.2022]. Dostupné z: <http://cprguidelines.eu>
5. FRIED, Martin a Štěpán SVAČINA. *Moderní trendy v léčbě obezity a diabetu*. Mlečice: Axonite CZ, 2018. Asclepius. ISBN 978-80-88046-15-8.
6. Grant P, Newcombe M. Emergency Magement of Morbidly Obese. Wiley Online Library. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1742-6723.2004.00614.x>. 2009. 02. 23. Accessed May 31, 2019.
7. HAINER, Vojtěch. *Základy klinické obezitologie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4732-527.
8. HLINKOVÁ, Edita, Jana NEMCOVÁ a Edward HULO. *Management chronických ran*. Praha: Grada Publishing, 2019. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0620-2.
9. HOLLERAN, Renee. *ASTNA patient transport principles and practice*. 4th ed. St. Louis, Mo: Mosby, 2010, 784 s. ISBN 978-0323057493
10. JAMADARKHANA, Sunil, Abhiram MALLICK a Andrew R. BODENHAM. Intensive care management of morbidly obese patients. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care* [online]. 2014, roč. 14, č. 2, s. 73-78 [cit. 2015-02-20]. Dostupné z: <http://ceacp.oxfordjournals.org/content/14/2/73>
11. KASALICKÝ, Mojmír. *Chirurgická léčba obezity*. 1. vyd. Praha: Ottova tiskárna, 2011. 118 s. ISBN 978-80-254-9356-4.
12. KASPER, Heinrich. *Výživa v medicíně a dietetika*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2015. 572 s. ISBN 978-80-247-4533-6.
13. Komora záchranářů. [online]. Copyright © [cit. 05.01.2022]. Dostupné z: <http://www.komorazachranaru.cz/index.php>
14. Lucas® 3 Chest Compression System. Lucas-cpr.com. https://www.lucas-cpr.com/files/7165363_LUCAS%203%20Myth%20bus-ted_3330787_C_LR_US.pdf. 2018. Accessed May 30, 2019.
15. LOWE, Jeanne Redlin. Skin integrity in critically ill obese patients. *Critical Care Nursing Clinics of North America* [online]. 2009, september 2009, vol. 21, issue 3, 311 - 322 [cit. 2019-02-01]. ISSN 0899-5885. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2892378/>
16. MAJERČÁK, Ivan. *Obezita a metabolický syndróm*. In: *Kardiológia pre prax.*, 2011, roč. 9, č. 1, s. 6-11, ISSN 1336-3433.

17. Morbidně obézní pacientka - Zdraví.Euro.cz. Zdravotnictví a medicína - Zdraví.Euro.cz [online]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/morbidne-obezni-pacientka-467714/check-status/>
18. MÜLLEROVÁ, Dana. Obezita - prevence a léčba. Praha: Mladá fronta, 2009. ISBN 978- 80-247-2256-6.
19. MYNÁŘOVÁ, Martina Bc. Dis. *Problematika péče o morbidně obézní pacienty v intenzivní péči* [online]. Brno, 2020 [cit. 2022-01-06]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/x1869/Diplo-mova_prace_Bc._Martina_Mynarova__DiS..pdf/. Diplomová práce. Univerzita Masarykova, Fakulta lékařská. Vedoucí práce: PhDr. Natálie Beharková, Ph.D.
20. OWEN, Klára. *Moderní terapie obezity: [přůvodce pro každodenní praxi]*. Praha: Maxdorf, c2012. Jessenius. ISBN 978-80-7345-301-5.
21. PHILLIPS, JoAnne. Featured Article: Care of the Bariatric Patient in Acute Care. *Journal of Radiology Nursing* [online]. 2013, roč. 32, č. 1, s. 21-31 [cit. 2015-02-04]. DOI: 10.1016/j.jradnu.2012.07.002. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1546084312001083>
22. RANČÁK, Ladislav. *Obézní pacienti v přednemocniční péči* [online]. Pardubice, 2019 [cit. 2020-03-03]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/52bgve/>. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce: Mgr. Jindra Holeková, DiS.
23. REED, Mary Jane Probst, Angela M. DEANTONIO a Juan CENDAN. The Morbidly Obese Patient in the Critical Care Unit [online]. 2017 [cit. 2019-02-03]. Dostupné z: <https://www.semanticscholar.org/paper/The-Morbidly-Obese-Patient-in-the-Critical-Care-Reed-deantonio/a7864cca21332502161cd0818acb14754bb8ebd0>
24. REMEŠ, Roman a Silvia TRNOVSKÁ. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 240 s. ISBN 978-80-247-4530-5.
25. RIPPE, James M. a Theodore J. ANGELOPOULOS. *Obesity: prevention and treatment*. Boca Raton: CRC Press, 2012. ISBN 978-1-4398-3671-2.
26. ROSE, Mary Ann, et al. Nurses' Perceptions of Safety Concerns When Caring for Morbidly Obese Patients: Evidence-Based Nursing Interventions. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care* [online]. 2010, roč. 5, č. 3, s. 243-247 [cit. 2022-02-05]. DOI: 10.1089/bar.2010.9910. Dostupné z: <http://www.liebertonline.com/doi/abs/10.1089/bar.2010.9910>
27. Seidlová D. Anesteziologická péče o extrémně obézní pacienty [Anesthesia Care for Extremely Obese Patients]. *Akutne.cz*. <http://www.akutne.cz/res/publikace/siedlova-anesteziologicka-pece-o-extremne-obezni-pacienty-seidlova-d.pdf>. Accessed May 30, 2019.
28. SHARMA, Sangita. *Klinická výživa a dietologie: v kostce*. Přeložil Hana POSPÍŠILOVÁ. Praha: Grada Publishing, 2018. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0228-0.
29. SVAČINA, Štěpán. *Klinická dietologie*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2256-6.
30. ŠEVČÍK, Pavel a Martin MATĚJOVIČ, ed. *Intenzivní medicína*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Galén, c2014. ISBN 978-80-7492-066-0.
31. ŠTEJFA, Miloš. *Kardiologie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-802- 4713-854.
32. VEVERKOVÁ, Eva, Eva KOZÁKOVÁ, Jan MATEK, Veronika ZACHOVÁ a Pavel SVOBODA. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře II*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2099-4.

33. VÉVODA, Jiří a kol. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.
34. VILÁŠEK, Josef, Miloš FIALA a David VONDRÁŠEK. *Integrovaný záchranný systém ČR na počátku 21. století*. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2477-8.
35. Všeobecná fakultní nemocnice v Praze. *Všeobecná fakultní nemocnice v Praze* [online]. Copyright © 2019 Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, U Nemocnice 499 [cit. 05.01.2022]. Dostupné z: <https://www.vfn.cz>
36. VYTEJČKOVÁ, Renata a kol., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3419-4.
37. Zemanová J. *Základy anesteziologie – 1. část* [Basic of Anesthesiology – 1st part]. 2nd rev. ed. Brno, Czechia: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů; 2009
38. *Zvedací systémy a nemocniční lůžka - Dartin představuje*:. Dartin představuje: [online]. Copyright © [cit. 05.01.2022]. Dostupné z: <https://www.dartin.cz/produkty/zvedaci-systemy-a-nemocnicni-luzka/>
39. 361/2007 Sb. Nařízení vlády, kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci. *Zákony pro lidi - Sbírka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění* [online]. Copyright © AION CS, s.r.o. 2010 [cit. 05.01.2022]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2007-361#cast2>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Body mass index

Příloha 2 – Věstonická Venuše

Příloha 3 – Základní laboratorní vyšetření u obézních

Příloha 4 – Dotazník

Příloha 5 – Žádost o povolení výzkumu

Příloha 6 – Povolení výzkumu

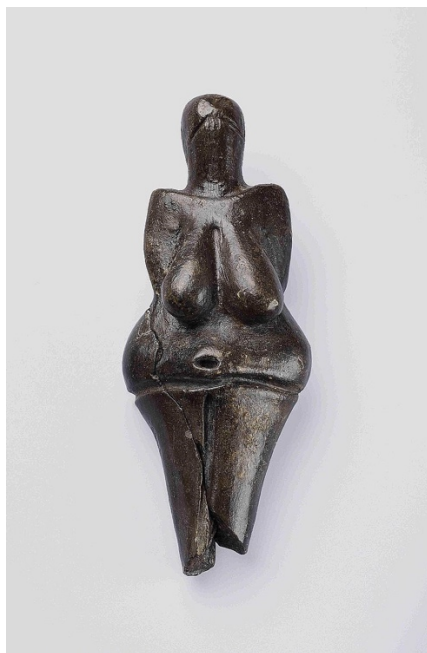
PŘÍLOHY

Příloha 1 – Body mass index

$$\text{BMI} = \frac{\text{hmotnost (kg)}}{\text{výška}^2 \text{ (m)}}$$

Zdroj: <https://www.body-zone.cz/c-84-Jak-se-stat-mistrem-sveta-Body-mass-index-695>

Příloha 2 – Věstonická Venuše



Zdroj: https://www.irozhlas.cz/veda-technologie/historie/zda-se-ze-prsa-nebyla-vytvorena-zvlast-vedci-predstavili-novinky-ze-zkoumani_1708170728_per

Příloha 3 – Základní laboratorní vyšetření u obézních

TC, HDL-C, TG, LDL-C (apoB, apoA, Lp (a))
Glykemie nalačno, postprandiálně, (inzulin, C-peptid, HbA1c, glykované proteiny, popř. o-GTT včetně inzulinu a C-peptidu)
kyselina močová
ALT, AST, ALP, GMT, bilirubin
urea, kreatinin, ionty
moč chemicky + sediment
KO
(TSH)
Ekg

Zdroj: Hainer, 2011

Příloha 4 – Dotazník

Vážení respondenti,

jmenuji se Ester Pánková a jsem studentkou 3. ročníku oboru Zdravotnický záchranář na Západočeské univerzitě v Plzni. Svou bakalářskou prací na téma **“Problematika obézních pacientů při poskytování zdravotní péče”**, bych ráda zjistila Vaši zkušenost s poskytováním zdravotní péče obézním pacientům. Dotazník je anonymní a bude použit pouze pro zpracování této bakalářské práce.

Předem děkuji za Váš čas a ochotu věnované vyplnění dotazníku.

Otázky:

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- Muž
- Žena

2. Kolik je Vám let?

- 20-30 let
- 31-40 let
- 41-50 let
- Více než 50 let

3. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví

- 1-5 let
- 6-10 let
- 11- 20 let
- Více než 20 let

4. Jak se jmenuje pracoviště, na kterém jste zaměstnán/a?

.....

5. Jak často se při své práci setkáváte s obézními pacienty?

- Denně
- Několikrát za týden
- 1-5x za měsíc
- Několikrát za rok
- nesetkávám

6. Jaké pohlaví je u obézních pacientů častější?

- Žena
- Muž

7. Jaký je nejčastější věk obézních pacientů?

- 20-30 let
- 31-40 let
- 41-50 let
- 51-60 let
- Více než 60 let

8. Narůstá podle Vás počet obézních pacientů?

- Ano
- Ne

9. Jaká je podle Vás nejčastější příčina vzniku obezity? (lze označit více odpovědí)

- Nadměrný příjem kalorií
- Nedostatek pohybové aktivity
- Sedavé zaměstnání
- Genetická predispozice
- Vliv onemocnění
- Stres
- Jiné, prosím uveďte

10. Setkali jste se někdy při péči o obézního pacienta s nějakým problémem?

- Ano
- Ne

11. Jaká část ošetrovatelské péče o obézního pacienta Vám přijde nejnáročnější? (lze označit více odpovědí)

- Hygiena
- Manipulace s pacientem při ošetření
- Polohování
- Měření vitální funkcí
- Péče o vyprazdňování
- Péče o kůži
- KPR
- Jiné

12. Pokud jste v předchozí otázce označili jednu z možností, jaký je podle Vás důvod?

- Fyzická náročnost
- Časová náročnost
- Jiné, prosím uveďte

13. Máte k dispozici nějaké speciální pomůcky pro manipulaci s obézním pacientem?

- Ano
- Ne

14. Jaké pomůcky při ošetřování obézního pacienta nejvíc využíváte? (lze označit více odpovědí)

- Rollboard
- Elektrický zvedák
- Polohovací podložka
- Větší počet personálu
- Jiné, prosím uveďte

15. Máte na vašem pracovišti dostatek těchto speciálních pomůcek?

- Určitě ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Určitě ne

16. Jaké jsou nejčastější diagnózy obézních pacientů? (lze označit více odpovědí)

- Dušnost
- Hypertenze
- Diabetes mellitus
- Kardiovaskulární onemocnění
- Srdeční selhávání
- Respirační problémy
- Multimorbidita
- Zhoršení zdravotního stavu
- ICHS
- Bolesti pohybového aparátu

17. Jaké jsou nejčastější přidružená onemocnění (komorbidity) obézních pacientů? (lze označit více odpovědí)

- Metabolický syndrom
- Ateroskleróza
- Diabetes mellitus
- Arteriální hypertenze
- Kardiovaskulární onemocnění
- Respirační onemocnění
- Psychické poruchy

18. Zúčastnil/a jste se někdy kurzu nebo semináře, který se zabývá péčí o obézní pacienty?

- Ano
- Ne

19. Má Vaše pracoviště vypracovaný standard nebo pracovní postup pro péči o obézního pacienta?

- Ano
- Ne
- Nevím

20. Co by podle Vás pomohlo zlepšit péči o obézní pacienty?

- Větší počet zdravotnického personálu
- Větší počet mužů v ošetrovatelském kolektivu
- Zajištění dostatečného množství pomůcek pro ošetrovatelskou péči
- Jiné, prosím uveďte

21. Měli byste zájem o rozšíření vašich znalostí v oblasti péče o obézní pacienty?

- Ano
- Ne

Příloha 5 – Žádost o povolení výzkumu



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ
Útvar náměstka pro ošetrovatelskou péči
Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ INFORMACÍ V SOUVISLOSTI S VYPRACOVÁNÍM BAKALÁŘSKÉ / DIPLOMOVÉ / JINÉ PRÁCE – FN PLZEŇ

(určeno pro nelékařské zdravotnické pracovníky)

Jméno a příjmení studentky/a: Ester Pánková

Úplný název vysoké / vyšší odborné školy: Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta / katedra: Fakulta zdravotnických studií /Katedra záchranářství

Studijní obor / ročník: 3. ročník

Název bakalářské / diplomové / jiné práce: Problematika oběžných pacientů při poskytování zdravotní péče

Vedoucí práce – jméno, příjmení, ak. titul, pracoviště: Mgr. Stanislava Reichertová

Kontakt na vedoucího práce (e-mail, telefon): sreich@kaz.zcu.cz
377 633 719

**vyberte vhodnou variantu – viz níže*

***Jsem zaměstnancem FN Plzeň: ano**

ZOK: Klinika infekčních nemocí a cestovní medicíny

Pracovní pozice: sanitář

***Jsem zaměstnancem jiného poskytovatele zdravotních služeb:**

Název poskytovatele zdr. služeb:

Pracoviště:

Pracovní pozice:

5 / 2016 FN Plzeň

Cíl mé bakalářské / diplomové / jiné práce – popsat stručně:

Cílem mé bakalářské práce je pomocí dotazníkové metody zjistit: jaká pomůcka je při péče o oběžního pacienta nejvíce vyhovující, jaká je nejčastější diagnóza oběžních pacientů a jaký je největší problém při poskytování ošetrovatelské péče u oběžního pacienta.

Termín přípravy ve FN Plzeň pro empirickou část práce / období odborné praxe na zdravotnickém oddělení / klinice FN Plzeň: 22.-26.11. , 29.11.-3.12., 6.-10.12., 13.-17.12.2021

Kontaktní pracoviště FN Plzeň pro empirickou část (uvedení konkrétního ZOK FN Plzeň, na kterém chci sbírat informace k mé práci): Kardiologická klinika (Kardiologická jednotka intenzivní péče), Neurochirurgická klinika (Neurochirurgická jednotka intenzivní péče) a Chirurgická klinika (Chirurgická jednotka intenzivní péče)

Metoda empirické části práce

**Vyberte jednu nebo více variant – dle zaměření vaší práce: např. budu psát kazuistiku a současně dávat dotazník všeobecným sestřím, vyberu si tedy z nabídky č. 1 a 2 a zřetelně označím*

***1. Pomocí dotazníku / rozhovoru - zaslat v příloze konkrétní obsah**

Pro sběr informací, pomocí dotazníku oslovím:

Zdravotnické pracovníky FN Plzeň - všeobecné sestry, zdravotnické záchranáře, praktické sestry, sanitáře

Plánovaný počet respondentů z FN Plzeň? 100

***2. Vypracováním kazuistiky / analýzy / – text žádosti:**

**vyberte vhodnou variantu z níže uvedených*

Žádám o možnost poskytnutí informací o:

- ***léčebných metodách**
- ***ošetrovatelských postupech**
- ***zobrazovacích metodách**
- ***radioterapeutických metodách**
- ***laboratorních metodách / analýzách / výsledcích**
- ***metodách / možnostech fyzioterapie / ergoterapie**
- ***jiné – doplňte**

5 / 2016 FN Plzeň

Stránka 2 z 3

Žádost podává student (jméno, příjmení, telefon, e-mail): Ester Pánková

734 600 767

espank@students.zcu.cz

V Plzni dne: 15.11. 2021

v rámci přípravy podkladů pro vypracování mé bakalářské / diplomové / jiné práce.

Poznámka: Student může žádat o poskytnutí informací ve výše uvedeném případě jen tehdy, podílí li se na ošetřování / vyšetřování pacientů v rámci své odborné praxe ve FN Plzeň.

- Informace mě bude poskytovat oprávněný zdravotnický pracovník FN Plzeň, kterým je: (doplňte jméno, příjmení, titul, pracovní pozici)
- Kontaktní telefon, e-mail a pracoviště oprávněného zdravotnického pracovníka FN Plzeň:

Poznámka: Pracoviště oprávněného zdravotnického pracovníka se musí shodovat s místem výkonu odborné praxe studenta.

***3. Použij jinou metodu -- popište:**

Žádost podává student (jméno, příjmení, telefon, e-mail): Ester Pánková

734 600 767

espank@students.zcu.cz

V Plzni dne: 15.11. 2021

Příloha 6 – Povolení výzkumu



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ
Útvar náměstka pro ošetrovatelskou péči
Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Vážená paní
Ester Pánková
Studentka oboru Zdravotnický záchranář
Fakulta zdravotnických studií - Katedra záchranářství, diagnostických oborů a veřejného zdravotnictví
Západočeská univerzita v Plzni

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **uděluji povolení** ke sběru dat pomocí dotazníku určeného nelékařským zdravotnickým pracovníkům, pracujícím na níže uvedených pracovištích FN Plzeň:

- *Klinika – chirurgická, kardiologická, neurochirurgická.*

Vaše šetření budete provádět – za níže uvedených podmínek - v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce na téma „*Problematika oběžných pacientů při poskytování zdravotní péče*“.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestry oslovených pracovišť souhlasí s Vaším šetřením.
- Osobně povedete svoje šetření.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.

Po zpracování Vámi zjištěných údajů **poskytnete** zdravotnickému oddělení / klinice či organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho šetření, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, jejich soukromí, či pokud by spolupráce s Vámi zaměstnanci pociťovali jako újmu. Účast zdravotnických pracovníků na Vašem šetření je dobrovolná.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr. Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel. 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovas@fnplzen.cz

18. 11. 2021