

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2024

PETRA HAJČIAROVÁ

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Zdravotnické záchranářství B0913P360032

Petra Hajčiarová

**SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O OBÉZNÍHO
PACIENTA V INTENZIVNÍ PÉČI**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Soňa Galušková

PLZEŇ 2024

Čestné prohlášení

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

V Plzni dne

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Hajčiarová Petra

Katedra: Katedra záchranářství, diagnostických oborů a veřejného zdravotnictví

Název práce: Specifika ošetrovatelské péče o obézního pacienta v intenzivní péči

Vedoucí práce: Mgr. Soňa Galušková

Počet stran – číslované: 59

Počet stran – nečíslované: 27

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 76

Klíčová slova: obezita, obézní pacient, ošetrovatelská péče, intenzivní péče

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá problematikou specifík ošetrovatelské péče o obézního pacienta v intenzivní péči. Je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část práce je zaměřena na přiblížení tématu obezity a ošetrovatelské péče o obézního pacienta v intenzivní péči. Praktická část je postavena na kvalitativním výzkumu provedeném formou polostrukturovaných rozhovorů s respondenty ze skupiny ošetrujícího personálu i ze skupiny obézních osob, které byly hospitalizované na oddělení intenzivní péče. Výzkum byl proveden s cílem prozkoumat specifika péče o obézního pacienta v intenzivní péči subjektivně vnímané ošetrujícím personálem a obézním pacientem. Součástí práce je analýza a interpretace výsledků výzkumu, přehled nalezených aspektů této problematiky, doporučení pro klinickou praxi a doporučení k dalším výzkumným šetřením.

Abstract

Surname and name: Hajčiarová Petra

Department: Department of paramedic science, medical diagnostics studies and public health

Title of thesis: Specifics of Nursing Care for an Obese Patient in Intensive Care

Consultant: Mgr. Soňa Galušková

Number of pages – numbered: 59

Number of pages – unnumbered: 27

Number of appendices: 6

Number of literature items used: 76

Keywords: obesity, obese patient, nursing care, intensive care

Summary:

The bachelor thesis deals with the specifics of nursing care for the obese patient in intensive care. It is divided into theoretical and practical parts. The theoretical part of the thesis is aimed at introducing the topic of obesity and nursing care of the obese patient in intensive care. The practical part is based on qualitative research conducted in the form of semi-structured interviews with respondents from the group of nursing staff and from the group of obese people who were hospitalized in the intensive care unit. The research was conducted to explore the specifics of the care of the obese patient in intensive care as subjectively perceived by the nursing staff and the obese patient. The thesis includes an analysis and interpretation of the research results, a review of the aspects of this issue found, recommendations for clinical practice and recommendations for further research investigations.

Předmluva

Bakalářská práce se zabývá problematikou ošetrovatelské péče o obézního pacienta v intenzivní péči. Obezita je v dnešní populaci velmi rozšířeným onemocněním, se kterým jsou spojeny mnohé zdravotní i jiné komplikace. Proto je uvedené téma velmi aktuální a prozkoumání specifik ošetrovatelské péče o tuto skupinu pacientů v intenzivní péči je zásadní pro zvyšování její kvality.

Poděkování

Děkuji Mgr. Soně Galuškové za odborné vedení práce, vstřícný přístup, poskytování cenných rad a doporučení. Děkuji také všem respondentům, kteří se ochotně zúčastnili výzkumného šetření.

OBSAH

SEZNAM TABULEK	10
SEZNAM ZKRATEK	11
ÚVOD.....	11
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 OBEZITA	12
1.1 Klasifikace a formy obezity	12
1.2 Etiologie vzniku obezity	13
1.3 Prevalence obezity	14
1.4 Prevence vzniku obezity	15
1.5 Komplikace obezity	15
1.6 Léčba obezity	18
2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O OBÉZNIHO PACIENTA.....	20
2.1 Ošetrovatelská péče v intenzivní péči.....	20
2.2 Specifika ošetrovatelské péče o obézního pacienta	20
2.2.1 Transport.....	21
2.2.2 Manipulace s pacientem	21
2.2.3 Prevence dekubitů, kožní onemocnění a hygiena.....	22
2.2.4 Monitorace fyziologických funkcí.....	23
2.2.5 Zobrazovací vyšetření.....	24
2.2.6 Cévní a jiné katétrů	24
2.2.7 Zajištění dýchacích cest a ventilace.....	25
2.2.8 Podávání farmak	26
2.2.9 Podávání výživy	26
2.2.10 Kardiopulmonální resuscitace	27
2.3 Pracovní zátěž při péči o obézní pacienty.....	27
2.4 Problematika stigmatizace a etického přístupu.....	28
2.5 Biopsychosociální přístup k obéznímu pacientovi	29
2.6 Využití psychoterapeutických metod.....	30
2.6.1 Zavádění psychoterapie do zdravotnické praxe.....	32
PRAKTICKÁ ČÁST	33
3 FORMULACE PROBLÉMU	33
5 CÍLE PRÁCE.....	34
5.1 Hlavní cíl.....	34
5.2 Dílčí cíle.....	34
6 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	35

7	METODIKA PRÁCE	36
8	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	37
9	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	39
9.1.1	Výzkumná otázka č. 1	39
9.1.2	Výzkumná otázka č. 2	43
9.1.3	Výzkumná otázka č. 3	48
9.1.4	Výzkumná otázka č. 4	53
	DISKUZE	59
	ZÁVĚR	69
	SEZNAM LITERATURY	71
	PŘÍLOHY	81
	Příloha A – Rovnice výpočtu BMI	81
	Příloha B – Tabulka klasifikace tělesné hmotnosti podle BMI	82
	Příloha C – Androidní a gynoidní forma distribuce tělesného tuku	83
	Příloha D – Rovnice výpočtu ideální a upravené tělesné hmotnosti	84
	Příloha E – Seznam základních otázek pro rozhovor s respondenty	85
	Příloha F – Povolení k získávání informací ve FN Plzeň	86

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Charakteristika respondentů	38
Tabulka 2 Výzkumná otázka č. 1 – 1. část	39
Tabulka 3 Výzkumná otázka č. 1 – 2. část	41
Tabulka 4 Výzkumná otázka č. 1 – 3. část	42
Tabulka 5 Výzkumná otázka č. 2 – 1. část	43
Tabulka 6 Výzkumná otázka č. 2 – 2. část	46
Tabulka 7 Výzkumná otázka č. 3 – 1. část	48
Tabulka 8 Výzkumná otázka č. 3 – 2. část	50
Tabulka 9 Výzkumná otázka č. 4 – 1. část	53
Tabulka 10 Výzkumná otázka č. 4 – 2. část	56

SEZNAM ZKRATEK

ABW.....	adjusted body weight; upravená tělesná hmotnost
ACD.....	arteria coronaria dextra; pravá věnčitá tepna
AKS.....	akutní koronární syndrom
ARO.....	anesteziologicko-resuscitační oddělení
BMI.....	body mass index; index tělesné hmotnosti
COSI.....	Childhood Obesity Surveillance Initiative
CT.....	computer tomography; počítačová tomografie
CŽK.....	centrální žilní katétr
DES.....	drug eluting stent; lékový stent
EF LK.....	ejekční frakce levé komory
HELP.....	Head Elevated Laryngoscopy Position
CHOPN.....	chronická obstrukční plicní nemoc
IBW.....	ideal body weight; ideální tělesná hmotnost
IP.....	intenzivní péče
JIP.....	jednotka intenzivní péče
KBT.....	kognitivně behaviorální terapie
KPR.....	kardiopulmonální resuscitace
MR.....	magnetická rezonance
OSA.....	obstrukční spánková apnoe
PCI.....	perkutánní koronární intervence
PICC.....	periferně implantovaný centrální katétr
PMK.....	permanentní močový katétr
R1; R2; R3; R4.....	respondent 1; respondent 2; respondent 3; respondent 4
VŠ.....	vysoká škola
WHO.....	World Health Organization; Světová zdravotnická organizace

ÚVOD

Obezita je chronické metabolické onemocnění, které je v současné populaci čím dál více rozšířeno a má velké dopady na její zdraví. Obezitu je možné považovat za civilizační chorobu. Kvůli jejímu velkému rozšíření a souvisejícím zdravotním komplikacím je obezita aktuálním tématem nejen zdravotnické, ale celé společnosti. Tato bakalářská práce se zabývá tematikou ošetrovatelské péče o obézního pacienta v intenzivní péči. Úkolem práce bylo prozkoumat specifika této péče tak, jak je subjektivně vnímá ošetřující personál a hospitalizovaný obézní pacient.

V teoretické části práce jsme se v první kapitole zaměřili na přiblížení tématu obezity z hlediska dělení typů obezity, etiologie, prevalence, prevence, souvisejících komplikací a léčby. V druhé kapitole jsme se věnovali ošetrovatelské péči a jejím specifikům při péči o obézního pacienta v intenzivní péči včetně biopsychosociálního přístupu a využití psychoterapeutických metod v péči o obézního pacienta.

Praktickou část jsme postavili na kvalitativním výzkumu prováděném formou polostrukturovaných rozhovorů s respondenty ze skupiny ošetřujícího personálu i ze skupiny osob, které byly v minulosti hospitalizované na oddělení intenzivní péče a jednou z jejich diagnóz byla obezita. Cílem práce bylo prozkoumat specifika péče o obézního pacienta v intenzivní péči subjektivně vnímané ošetřujícím personálem a obézním pacientem a přednést tak ucelený přehled aspektů této problematiky. Pro naplnění cíle jsme vytvořili čtyři dílčí cíle a s nimi související čtyři výzkumné otázky.

TEORETICKÁ ČÁST

1 OBEZITA

Obezita je chronické metabolické onemocnění, při kterém dochází k nadměrné tvorbě a ukládání tukové tkáně v organismu a zvýšení tělesné hmotnosti. Bývá spojena se zvýšeným rizikem rozvoje kardiovaskulárních, metabolických a dalších onemocnění, přetížením pohybového aparátu, ale také s psychickými a sociálními obtížemi a s celkově sníženou kvalitou soukromého i pracovního života (Svačina et al., 2018; Müllerová et al., 2021).

1.1 Klasifikace a formy obezity

Obezita se nejčastěji rozděluje podle hodnot Body Mass Indexu (dále jen BMI). BMI lze vypočítat (pomocí rovnice uvedené v příloze A) jako podíl aktuální tělesné hmotnosti v kilogramech a druhé mocniny aktuální výšky v metrech čtverečních. Výsledky výpočtu BMI jsou interpretovány podle klasifikace vytvořené Světovou zdravotnickou organizací (dále jen WHO). Tabulka rozdělení tělesné hmotnosti podle údajů WHO se nachází v příloze B. Hodnoty BMI 25–29,99 kg/m² udávají nadváhu, BMI 30–34,99 kg/m² se označuje jako obezita prvního stupně, BMI 35–39,99 kg/m² udává obezitu druhého stupně, a BMI nad 40 kg/m² označuje obezitu třetího stupně (morbidní obezita). Tuto klasifikaci lze vhodně uplatnit na dospělé osoby, hodnoty BMI dětí se klasifikují odlišně v závislosti na věku a porovnávají se s percentily (Hainer et al., 2022).

Kvalitativně můžeme obezitu dělit podle rozložení tukové tkáně (viz obrázek C1 v příloze C). První forma se nazývá androidní (centrální, abdominální) a vyznačuje se ukládáním především viscerálního tuku do oblasti břicha. Androidní obezita přináší vyšší riziko rozvoje kardiovaskulárních a metabolických onemocnění. K ukládání tukových zásob do abdominální oblasti přispívá např. dysbalance hladin různých hormonů, nadměrný příjem alkoholu a stres. Množství viscerální tukové tkáně je možné posoudit změřením obvodu pasu. Druhou formou je gynoidní (gluteofemorální) forma obezity. U žen je častější díky estrogenům, které přispívají k přednostnímu ukládání tukových zásob do oblastí hýždí a stehien. Nese menší riziko rozvoje metabolických a kardiovaskulárních onemocnění, ale i přesto je nezdravá pro organismus jako celek (Svačina et al., 2018).

1.2 Etiologie vzniku obezity

Významnými faktory vzniku obezity jsou vlivy prostředí a genetických predispozic. Tyto faktory spolu interagují a společně ovlivňují regulaci energetické rovnováhy, přičemž dlouhodobá pozitivní energetická bilance vede k nadměrnému hromadění tukové tkáně (Heymsfield a Wadden, 2017). Pozitivní energetická bilance znamená, že energetický příjem je vyšší než energetický výdej organismu. Energetický příjem je dán celkovou energetickou hodnotou potravin přijatých ve stravě a energetický výdej je určen celkovým množstvím spotřebované energie organismu. Je ovlivněn aktivitou sympatického nervového systému, a tedy i farmaky, která na něj působí. Sympatomimetika zvyšují energetický výdej, zatímco beta-sympatolytika ho snižují. Při nízké aktivitě sympatiku dochází k nižší oxidaci tuků, sekrece noradrenalinu naopak stimuluje lipolýzu. Regulace energetické rovnováhy zahrnuje různé signály, které se integrují v hypotalamu, kde také sídlí centrum sytosti a hladu. Anorexigenní signály, skrze např. leptin, inzulin a kortikoliberin, snižují příjem potravy a stimulují energetický výdej, zatímco orexigenní signály, skrze např. ghrelin, zvyšují příjem a snižují výdej. Nerovnováha v těchto signálech a poruchy neurotransmiterů mohou vést ke změnám hmotnosti (Svačina et al., 2018; Hainer et al., 2022).

Energetická rovnováha, rozložení tělesného tuku a změny hmotnosti jsou významnou měrou ovlivňovány genetickými faktory. Vzácnou příčinou obezity mohou být monogenní poruchy, avšak častěji se jedná o oligogenní nebo polygenní vliv, tedy o interakci více genů. Geneticky determinované faktory zahrnují regulaci příjmu potravy, spalování tuků a sacharidů, aktivitu lipáz a hormonální sekreci. Faktory (jak geny, tak i vlivy prostředí) přispívající ke vzniku obezity se nazývají obezitogenní, faktory bránící vzniku obezity se nazývají leptogenní. Tělesná hmotnost je pak důsledkem jejich interakce (Hainer et al., 2022).

Obezita často souvisí s endokrinními změnami. Většina z nich je však spíše sekundárním důsledkem obezity a endokrinopatická obezita je vzácná. Může být způsobena např. poškozením osy hypotalamus – hypofýza – nadledviny (souvisejícím např. s adenomem hypofýzy) a přispět k obezitě prostřednictvím nadměrné sekrece kortizolu (Salvatori, 2015; Huang et al., 2020). Rozvoj obezity může podpořit i dysbalance hormonů štítné žlázy nebo pohlavních hormonů. Tělesnou hmotnost může ovlivnit i užívání některých léčiv. Stimulace chuti k jídlu může být způsobena např. glukokortikoidy, některými antipsychotiky a antiepileptiky. Blokátory beta-adrenergických receptorů, glukokortikoidy a některá antipsychotika mohou zároveň snížit energetický výdej. Některé skupiny léků, jako

jsou inzulin a deriváty sulfonylurey, aktivují lipogenezi. K nárůstu hmotnosti mohou přispívat i antidepresiva, blokátory serotoninergních a histaminergních receptorů, beta-blokátory, alfa-blokátory, antidiabetika, tyreostatika, a hormonální antikoncepce (Leeners et al., 2017; van Hulsteijn et al., 2020; Hainer et al., 2022).

Obezita a hromadění viscerálního tuku jsou spojeny se zvýšenou sekrecí kortizolu způsobenou stresovou reakcí. Dlouhodobý stres zároveň zvyšuje koncentraci prozánětlivých cytokinů a podporuje konkrétně centrální obezitu. Stres, úzkost a deprese mohou také způsobit ztrátu kontroly nad příjmem potravy a záchvatovité přejídání vedoucí k dalšímu nárůstu hmotnosti. Obézní jedinci často vynechávají ranní a polední jídlo a stravují se převážně večer, mají tedy maximální energetický příjem v pozdních hodinách, což souvisí se zvyšováním koncentrace kortizolu a nárůstem hmotnosti. Nepravidelný stravovací režim, zejména u pracujících ve směnném provozu, a stravování mimo domov jsou rovněž spojovány s obezitou. Pravidelný příjem stravy a bohaté snídaně jsou naopak protektivními faktory (Ohkuma et al. 2015; Hainer et al., 2022).

Alkoholické nápoje, zejména pivo a lihoviny, mají výrazný vliv na ukládání tukové tkáně. Životní styl spojený s vysokým příjmem alkoholu často koreluje s nevhodným spánkovým režimem, což může přispět k hormonálním a metabolickým poruchám a nárůstu hmotnosti (Traversy a Chaput, 2015). Ženy, které pravidelně spaly méně než pět hodin denně, trpěly obezitou dvakrát častěji než ženy, které spaly pravidelně sedm až osm hodin denně. U mužů se za stejných podmínek zvýšila prevalence obezity téměř čtyřikrát. Kouření naopak zvyšuje energetický výdej, a po jeho přerušení dochází k poklesu energetického výdeje a může dojít k nárůstu hmotnosti. Kojení má pozitivní vliv na prevenci obezity u dětí, zatímco faktory jako pozitivní rodinná anamnéza obezity, podvýživa plodu, vyšší věk matky při porodu a nižší socioekonomické postavení jsou predispozicemi pro rozvoj obezity. Také volba partnerů může ovlivnit náchylnost k obezitě v následujících generacích kvůli hromadění obezitogenních genů (Hainer et al., 2022).

1.3 Prevalence obezity

Výskyt obezity se mezi lety 1975 a 2016 celosvětově téměř ztrojnásobil. V roce 2016 mělo nadváhu nebo obezitu více než 1,9 miliardy dospělých nad osmnáct let (39 % mužů a 40 % žen). Obézních bylo v roce 2016 více než 650 milionů dospělých (11 % mužů a 15 % žen). V některých zemích je obézních až 50 % obyvatel (Hainer et al., 2022). Dříve byla nadváha a obezita problémem především v ekonomicky vyspělejších zemích, nyní už však

nad podvýživou převažují v naprosté většině regionů. Naopak je to jen v části subsaharské Afriky a v části Asie. V kategorii dospělých byla v České republice v roce 2014 prevalence nadváhy a obezity u mužů 64 % a u žen 49 %. Prevalence obezity v kategorii dospělých roste, zvyšování prevalence je výraznější u mužů než u žen, kde je vzestup mírný (Hainer et al., 2022). Prevalence nadváhy a obezity u dětí a dospívajících ve věku 5–19 let za poslední desetiletí velmi výrazně vzrostla. V roce 1990 mělo nadváhu či obezitu pouze 8 % dětí v této věkové kategorii, v roce 2022 to bylo 20 %. Nárůst prevalence dětské obezity se však v posledních letech v řadě zemí zpomaluje (Kunešová et al., 2019; World Health Organization, 2024).

1.4 Prevence vzniku obezity

Protože je obezita velice rozšířeným onemocněním současné populace, je kladen velký důraz na její prevenci. WHO aktivně vyzývá státy k politické mobilizaci v boji s obezitou (Hainer et al., 2022). K dosažení účinné prevence je nezbytné vytvářet antiobezitogenní prostředí, což zahrnuje podporu zdravé volby jako nejjednodušší, omezení nevhodného marketingu, edukaci veřejnosti a podporu pohybových aktivit. Důležitým prvkem jsou preventivní programy ve školách (Fiala et al., 2021). Na návyky dětí má však největší vliv chování rodičů, jejich role by tedy neměla být opomíjena (Sigmund et al., 2020). K udržování vhodné tělesné hmotnosti je důležitá vyvážená strava a pravidelná fyzická aktivita (Národní zdravotnický informační portál, 2024). Neoddělitelnou součástí prevence obezity je i duševní zdraví. Celosvětově existují různé strategie a plány, jako *Evropský akční plán proti dětské obezitě 2014–2020* (EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020, 2014) (zatím neaktualizován), český *Akční plán proti obezitě* (Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí, 2015), implementační plán *Skoncování s dětskou obezitou* vydaný WHO (Report of the Commission on Ending Childhood obesity, 2017) a *Globální akční plán pro fyzickou aktivitu 2018–2030: aktivnější lidé pro zdravější svět* taktéž vydaný WHO (Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030, 2018), které směřují k efektivnímu snižování prevalence obezity.

1.5 Komplikace obezity

Obezita bývá spojena s mnohými zdravotními i psychosociálními potížemi. Běžnými komplikacemi jsou poruchy pohybového aparátu. Dochází k vadnému držení těla, skolióze, valgóznímu postavení kolen a snížení klenby nožní. Vznikají většinou bezbolestné deformity bérce. Kvůli změně těžiště a nadměrné kloubní zátěži se mohou objevit i předčasné artrotické změny. Nadměrné ukládání tukové tkáně aktivuje prozánětlivé procesy

v organismu. Tyto procesy vedou k rozvoji aterosklerózy, přičemž riziko jejího vzniku se zvyšuje s rostoucím BMI. Dochází k hypertenzi a následně až k myokardiálním změnám. Snižuje se kontraktilita myokardu a rozvíjí se systolicko-diastolická dysfunkce. Zvyšuje se riziko vzniku arytmií, ischemické choroby srdeční, srdečního selhání, varixů, tromboembolické nemoci a cévní mozkové příhody. Muži trpící obezitou s BMI ≥ 30 mají téměř dvakrát větší riziko vzniku cévní mozkové příhody oproti mužům s BMI < 25 . Tzv. „paradoxem obezity“ však je lepší prognóza obézního pacienta se srdečním selháním než pacienta normostenického. Běžnými komplikacemi obezity jsou hyperinzulinemie, inzulinová rezistence, prediabetes a následně diabetes mellitus II. typu. Rozvíjí se poruchy metabolismu lipidů – dyslipidémie a hypertriglyceridemie. Soubor těchto poruch nazývá metabolický syndrom (Hainerová a Zamrazilová, 2015).

Obezitu může provázet obstrukční spánková apnoe (dále jen OSA) způsobená nadměrným ukládáním tuku v parafaryngeálním prostoru, makroglosií a změnami svaloviny parafaryngeálního svalstva. Další respirační komplikací je syndrom hypoventilace (Pickwickův syndrom), který vzniká u těžce obézních lidí nadměrným ukládáním tukové tkáně v oblasti hrudníku a břicha a elevací bránice, která zhoršuje ventilaci a vede dále ke vzniku cor pulmonale. OSA i Pickwickův syndrom mohou vést k dalším kardiovaskulárním a respiračním obtížím (Mokhlesi a Cifu, 2017; Nevšimalová a Šonka, 2020). Obézní také trpí dušností a nižší výkonností při pohybových aktivitách způsobenou nejen horší fyzickou zdatností, ale velmi často bronchiálním astmatem. Astma bývá u obézních dětí častější než u dětí normostenických a zároveň bývá u obézních závažnější. Obezita je také často spojena s chronickou obstrukční plicní nemocí (dále jen CHOPN), až 75 % pacientů s CHOPN zároveň trpí abdominální obezitou (Cruthirds et al., 2022).

U obézních jedinců, převážně trpících abdominální obezitou a inzulinovou rezistencí, bývají často postižena játra. Nejdříve dochází k prosté jaterní steatóze, následuje steatohepatitida, fibróza až cirhóza jater. Nealkoholové tukové onemocnění jater je nejčastější chronickou jaterní chorobou a hlavní příčinou morbidit a mortality spojené s dysfunkcí jater. Obezitu provází častější výskyt žlučových kamenů a zánětů. Nadměrná akumulace viscerálního tuku zvyšuje intraabdominální tlak a je tak predispozičním faktorem vzniku gastroezofageálního refluxu a hiátové hernie. Obézní jsou zatíženi vyšším rizikem vzniku akutní pankreatitidy a také zhoršeným průběhem jinak běžných onemocnění trávicího traktu (Hainerová a Zamrazilová, 2015; Hainer et al, 2022).

Endokrinní komplikace se projevují už u obézních dětí a mladistvých. Obézní chlapci často trpí pseudogynekomastií. Androidní obezita u dívek a žen bývá někdy spojena se syndromem polycystických ovarií. Poruchy reprodukce však souvisí s androidním i gynoidním typem obezity, sníženou fertilitou trpí přibližně 30–40 % obézních žen (Hainerová a Zamrazilová, 2015; Pfeifer et al., 2015). Obezita zvyšuje riziko vzniku nádorů. Je známá její souvislost s karcinomem endometria, děložního hrdla, vaječníku, prsu, kolorektálním karcinomem, karcinomem žlučníku a žlučových cest, pankreatu, jater, ledvin a prostaty. Obezita je také spojena s vyšším rizikem adenokarcinomu jícnu, a to kvůli častějšímu výskytu refluxní choroby jícnu a následně rozvoji metaplazie jícnu (Šubová et al., 2014; Hainer et al., 2022).

Obézní jedinci jsou náchylnější k různým infekčním onemocněním a mívají jejich závažnější průběh. U obézních byla zjištěna např. častější pozitivita vyšetření na onemocnění COVID-19 o 46 %, hospitalizace o 113 %, hospitalizace na jednotce intenzivní péče (dále jen JIP) o 74 % a úmrtnost o 48 % vyšší než u normosteniků (Popkin et al., 2020). Vzhledem k mohutným kožním řasám obézní častěji trpí kožními problémy, intertrigem (opruzeninami), mykózami, ekzémy a komplikovaným hojením ran. Obezita je spojena s vyšším výskytem chronické žilní insuficience, která může vést ke vzniku bércových vředů (Resl et al., 2020). Je také nezávislým rizikovým faktorem vzniku psoriázy a současně zhoršuje úspěšnost její léčby (Jensen a Skov, 2017; Pěč et al., 2021). Obézním se komplikovaněji hojí rány (Jamadarkhana et al., 2014; Hainer, 2022). Podrobněji se kožním komplikacím věnuje kapitola 2.2.

Dalším častým průvodním jevem obezity jsou psychosociální obtíže. Obézní bývají se svým vzhledem nespokojeni, mají nízké sebevědomí, trpí pocity studu a pohrdáním sebou sama. Obézní děti i dospělí jsou stále běžně terčem posměchu, šikany a diskriminace. U citlivějších obézních jedinců se mohou rozvinout poruchy příjmu potravy, úzkostné stavy, deprese a další psychické poruchy, ale i sebevražedné myšlenky až uskutečněné pokusy o sebevraždu. Obézní mívají tendenci vyhýbat se kolektivu a nezapojovat se do společných aktivit s vrstevníky kvůli strachu z posměchu a negativním zkušenostem. Někteří také projevují znaky závislého chování (Hainerová a Zamrazilová, 2015).

1.6 Léčba obezity

Léčba obezity je dlouhodobá a její výsledky závisí především na motivaci samotného obézního jedince. Měl by být srozumitelně informován o závažnosti svého aktuálního zdravotního stavu a rizicích souvisejících s obezitou, o možnostech a průběhu léčby a reálných cílech, kterých je žádoucí dosáhnout. Hlavním výsledkem léčby není jen snížení a udržení hmotnosti, ale také snížení kardiometabolických a dalších komplikací a celkové zkvalitnění života pacienta (Svačina et al., 2018). Zásadním prvkem léčby obezity je změna životosprávy včetně stravování. Je vhodné konzultovat úpravu diety s nutričním terapeutem, který může klientovi poskytnout informace o zásadách zdravé výživy a vytvořit mu individuální stravovací plán. Nezbytné je následné dodržování daného plánu. Redukční dieta by měla spočívat ve snížení energetického příjmu jak zmenšením porcí, tak změnou složení potravy. Doporučuje se konzumovat potraviny s větším obsahem vlákniny a vody (např. zelenina) a omezit především nasycené tuky a jednoduché sacharidy. Jíst by se mělo pravidelně a neměly by se opomíjet snídaně. Doporučuje se aplikovat tzv. vědomé jení, které spočívá v pomalejším tempu jení. Je zaměřené na vnímání vlastních pocitů hladu a sytosti během jení, emocí při jídle, vnímání nejen chutě, ale také textury a vůně jídla. Tento způsob jení pomáhá k rozvoji zdravějšího vztahu k potravě, k uvědomování si pocitu sytosti, pojídání menších porcí a včasnému ukončení jení. Nezbytnou složkou změny životosprávy je zvýšení pohybové aktivity. Je doporučeno věnovat se středně intenzivnímu vytrvalostnímu pohybu po dobu cca 300 minut týdně, nebo intenzivní pohybové aktivitě cca 150 minut týdně. Je nutné tuto aktivitu rozdělit do více částí a věnovat se jí pravidelně. Nejvíce se obézním jedincům doporučuje chůze kombinovaná s posilovacím cvičením, dále např. plavání, aquaerobic či jízda na kole. Přestože navýšení fyzické aktivity nepůsobí u obézních velkou redukcí hmotnosti, významně zlepšuje kardiometabolické zdraví (Kunešová et al., 2020).

V úspěšné léčbě obezity má podstatnou roli psychoterapie, která pomáhá si například uvědomit vztah mezi stresem a emočním jením. Je důležité nezačít velmi přísným omezením jídla, ale naučit se rozpoznávat spouštěče nutkání k příjmu potravy. Pro léčbu obezity je doporučována především kognitivně behaviorální terapie (dále jen KBT), která se zaměřuje na změnu nevhodných návyků, posiluje schopnost sebekontroly a podporuje přechod k zdravějšímu životnímu stylu. Psychoterapie se rovněž věnuje i dalším duševním potížím, které mohou zabraňovat kvalitní životosprávě, a tudíž i účinné léčbě obezity (Ustohal a Ustohal, 2017; Hainer et al., 2022). Úspěšnost multidisciplinárního přístupu

zahrnujícího práci obezitologů, fyzioterapeutů a psychologů byla zjištěna ve studii provedené u účastníků dvanáctiměsíčního programu pro obézní pacienty (Sayik et al., 2021). Účinnost dialektické behaviorální terapie (modifikace KBT) byla prokázána ve studiích zkoumajících léčbu obézních dospělých trpících emočním jedením (Braden a O'Brien, 2020; Braden et al., 2022). Další studie rovněž uvádí vysokou účinnost cílené psychoterapie spolu s dietním plánem v procesu hubnutí obézních žen (Juchacz et al., 2021). Popisuje ji jako efektivní nástroj pro dlouhodobé pozitivní výsledky hubnutí v rámci zvládnání jak poruch příjmu potravy, tak ostatních duševních potíží s obezitou spojených (např. deprese, stres, špatné sebepojetí a nízké sebevědomí). Preferuje KBT, její formy a také psychodynamickou psychoterapii, jejímž cílem je poznání vlastních vzorců chování, porozumění motivům a souvislostem s následným hledáním adaptivnějších způsobů řešení (Ayers a de Visser, 2015; Juchacz et al., 2021).

Farmakoterapie a chirurgická léčba jsou podstatnými prvky v boji proti obezitě, vyžadují však již zmíněnou doprovodnou úpravu životního stylu. Farmakologická léčba je indikována při BMI nad 30 kg/m² (nebo nad 27 kg/m² u komorbidních pacientů). Výsledky by měly být pozorovatelné po třech měsících, s úbytkem hmotnosti přesahujícím 5 % původní hmotnosti pacienta. Používaná antiobezitika zahrnují látky ovlivňující vstřebávání tuků, inzulinovou sekreci, pocit sytosti a anorexigenní neurohumorální signály v centrální nervové soustavě (Kunešová et al., 2020). Bariatrické a metabolické chirurgické zákroky jsou nejúčinnější a dlouhodobě nejvíce efektivní metodou léčby těžších stupňů obezity. Jsou k nim indikováni pacienti s BMI nad 40 kg/m² nebo nad 35 kg/m² v případě komorbidit. Indikace se hodnotí individuálně u diabetiků s BMI nad 30 kg/m² a u pacientů starších 60 let (Hainer et al., 2022). Klasické chirurgické bariatrické postupy, jako je gastroplastika, gastrický bypass, či bandáž žaludku, byly postupně doplněny o laparoskopické techniky s méně invazivním přístupem a rychlejší rekonvalescenci. Novější přístup představuje metabolická chirurgie, která kromě úbytku hmotnosti klade důraz na zmírnění metabolických onemocnění spojených s obezitou. Patří sem sleeve gastrektomie, biliopankreatická diverze a její modifikace či embolizace levé gastrické arterie. Budoucnost chirurgické léčby obezity směřuje k ještě méně invazivním endoskopickým metodám, které mohou poskytovat pacientům alternativu s nižšími riziky a komplikacemi (Jirapinyo a Thompson, 2017; Kunešová et al., 2020; Hainer et al., 2022).

2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O OBÉZNIHO PACIENTA

Ošetrovatelská péče je soubor odborné zdravotní péče, který je zaměřen na vyhledávání a uspokojování biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb jedince (většinou pacienta či klienta). Ošetrovatelská péče je tudíž neodmyslitelnou součástí jakékoliv zdravotnické péče. Jejím cílem je zlepšení, navrácení nebo udržení zdraví, soběstačnosti a kvality života, edukace pacientů a jejich blízkých, zmírnění bolesti a utrpení pacienta a také zajištění klidného umírání a důstojné smrti (Strnadová et al., 2021).

2.1 Ošetrovatelská péče v intenzivní péči

Ošetrovatelství v intenzivní péči má svá specifika. Prioritou v práci sestry na JIP je udržení vitálních funkcí pacienta a sledování drobných změn jeho stavu, které mohou vést k náhlému selhávání těchto funkcí. Ostatní ošetrovatelské úkony jsou také nezanedbatelné a kvalitně prováděná ošetrovatelská péče na JIP je zásadní pro zlepšení zdravotního stavu pacienta. Pracovní náplň sestry na JIP tedy zahrnuje např. monitoraci životních funkcí pacienta, odběr biologického materiálu, podávání výživy, průběžný nutriční screening, monitorace diurézy, výpočet bilance tekutin, péči o rány a stomie, kompletní hygienickou péči, polohování, aktivizaci pacienta či přípravu, obsluhu a kontrolu chodu eliminačních a dalších přístrojů. Sestra na JIP dodržuje bariérový způsob ošetřování, zásady prevence přenosu infekce, sleduje dobu expirace všech používaných pomůcek a zajišťuje jejich pravidelnou výměnu, ošetřuje cévní vstupy. Pacientům, kteří jsou omezeni v komunikaci, vnímání či pohybu, by měla být poskytována celostní péče na základě konceptu bazální stimulace, který sdružuje komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační prostředky péče v závislosti na věku, zdravotním a psychickém stavu pacienta (Ševčík et al., 2014).

2.2 Specifika ošetrovatelské péče o obézního pacienta

Obézním pacientům je intenzivní péče poskytována z různých indikací, neboť i relativně malá poškození mohou u obézních pacientů tuto péči vyžadovat, např. zlomeniny žeber u nich mohou způsobit akutní respirační dekompenzaci. Ošetrovatelská péče o obézního pacienta má svá specifika a je v mnoha směrech obtížnější než péče o neobézního pacienta. Náročnost péče se projevuje při manipulaci s pacientem, monitoraci vitálních funkcí a v dalších oblastech podrobně rozepsaných v následujících odstavcích této kapitoly (Jamadarkhana et al., 2014).

2.2.1 Transport

Komplikace při poskytování péče o obézní a především morbidně obézní pacienty se mohou projevit již v přednemocniční přepravě. Standardní sanitní nosítka mívají nosnost do 250 kg, zároveň jsou omezená svou šířkou, která činí zpravidla pouze necelých 60 cm (Medirol s.r.o., 2022). Tato šířka spolu s částečnou nestabilitou sanitního lůžka ve zvýšené poloze může bránit přepravě i takových obézních pacientů, kteří by váhově limit splňovali. Poskytovatelé přednemocniční zdravotnické péče by měli disponovat speciálními nosítky pro morbidně obézní pacienty, která se vyznačují vyšší nosností (až 320 kg), větší šířkou (až necelých 95 cm), nižším těžištěm a měly by mít také hydraulické ovládání (Jamadarkhana et al., 2014; Medirol s.r.o., 2022). Existují také tzv. XXL sanitní vozy uzpůsobené pro přepravu morbidně obézních pacientů a vybavené těmito speciálními nosítky. Někdy je pro přednemocniční přepravu obézních pacientů nezbytná spolupráce s Hasičským záchranným sborem a ostatními jednotkami požární ochrany. Mezinemocniční převoz kriticky nemocných obézních pacientů s sebou taktéž nese mnoho problémů, mezi něž patří omezená dostupnost výše zmíněných speciálních transportních prostředků a požadavek dostatečného počtu personálu (Jamadarkhana et al., 2014).

I v rámci nemocničních zařízení je nutné mít k dispozici speciální bariatrická lůžka se zvýšenou nosností (až 500 kg oproti nosnosti 250 kg běžných nemocničních lůžek), která jsou kromě uzpůsobených rozměrů (šířka až 130 cm oproti šířce cca 95 cm běžných lůžek) standardně elektricky polohovatelná a vybavená aktivní antidekubitní matrací. Nadstandardní rozměrové parametry bariatrických lůžek však mohou být značnou komplikací při přesunu lůžek v rámci zdravotnického zařízení, pokud jim není uzpůsobené. Rozměry bariatrických lůžek nemusí být kompatibilní s rozměry nemocničních výtahů, dveřních rámců apod. (Hopefull Medical Equipment Co., 2023; Linet spol. s r.o., 2023).

2.2.2 Manipulace s pacientem

Personál pečující o morbidně obézní pacienty musí být řádně vyškolen v postupech při manipulaci a transportu těchto pacientů a také musí být obeznámen s hmotnostními limity všech zdvihacích a dalších zařízení využívaných pro snazší a bezpečnější manipulaci s pacientem. Mezi základní vybavení patří již zmíněná bariatrická lůžka se silnými postranicemi a dostatečnou šířkou umožňující otáčení pacienta na bok, aktivní antidekubitní matrace a stropní nebo mobilní zvedáky. Manipulace s obézními pacienty je fyzicky i časově náročná a vyžaduje součinnost více osob. Mobilizace pacienta společně s fyzioterapií

přispívá nejen ke snazšímu odpojení pacienta od ventilátoru a dřívějšímu propuštění z JIP, ale slouží rovněž jako prevence vzniku dekubitů, neboli defektů kůže a podkoží vzniklých lokalizovaným tlakem či třením s následnou poruchou mikrocirkulace a ischémii (Jamadarkhana et al., 2014; Wichsová a Taliánová, 2020).

2.2.3 Prevence dekubitů, kožní onemocnění a hygiena

Obezita je jedním z významných rizikových faktorů vzniku dekubitů. Podkožní tuková tkáň je oproti svalové tkáni méně odolná působení tlaku (Schneiderová, 2014). Pro pacienty s obezitou jsou typické poruchy krevního oběhu, na JIP navíc umocněné hypotenzí a hypoxií, které často provází kritický stav pacienta. Tyto poruchy způsobují nedostatečnou perfuzi periferních tkání ohrožující integritu kůže. Mezi další faktory, které ovlivňují vznik kožních defektů, patří sedace (a tím mj. vymizení spontánních mikropohybů pacienta), účinky myorelaxancií, tekutinové přetížení, febrilie, inkontinence, trauma a imobilita pacienta. Riziko vzniku dekubitů je u morbidně obézních 1,5–3krát vyšší než u pacientů s normálním BMI (Jamadarkhana et al., 2014).

Prevence dekubitů je proto důležitou součástí ošetrovatelské péče o obézní pacienty. Vhodné je využití aktivní antidekubitní matrace, která však nenahrazuje polohování pacienta. To by mělo probíhat minimálně jednou za dvě hodiny s využitím různých polohovacích pomůcek, polštářů, měkkých zarážek a také pomocí náklonů a elevací jednotlivých částí lůžka (Ševčík et al., 2014). Ošetřující personál musí dbát na pravidelnou kvalitní úpravu lůžka, výměnu ložního prádla, precizní vypnutí prostěradla a odstranění případných záhybů podložek, které by mohly usnadnit vznik dekubitu. Úprava lůžka, zajišťování hygienické péče a manipulace s obézním pacientem jsou časově náročnější než tytéž činnosti u neobézního pacienta a vyžadují zapojení většího počtu personálu (Veverková et al., 2019).

Obézní pacienti trpí kromě dekubitů i dalšími kožními onemocněními. Mezi nejčastější patří bércové vředy, lymfedém, intertrigo, kvasinkové infekce, psoriáza a perineální dermatitida. Obézní jsou také vystaveni zvýšenému riziku infekce a dehiscence operačních ran. Již vzniklé kožní rány se hojí obtížněji v důsledku zhoršené perfuze periferních tkání. Obézní pacienti mívají objemné kožní řasy (zejména v tříselech, nad pubickou oblastí, v pupku a pod prsy), v jejichž záhybech kůže snadno maceruje vlivem pocení či nedostatečného vysušení kůže po koupeli. Vlhká zapářka způsobuje mikropoškození pokožky a snadnější vznik infikovaných defektů. Maceraci,

intertrigo a další poškození kožního krytu způsobují také chemické vlivy moči a stolice. Genitál obézních může být kvůli přítomnosti kožních řas obtížně přístupný, důsledná hygiena je však naprosto zásadní součástí prevence nejen dekubitů, ale i kvasinkových a dalších infekcí. U inkontinentních pacientů se doporučuje zavedení močových a fekálních katetrů, které zamezí iritaci pokožky moči a výkaly. Nezbytně nutná je častá výměna prádla, omývání a dostatečné usušení pokožky bez tření a také promazávání kůže vhodnými krémy nebo ošetření antimykotickými pudry. Do intertriginózních oblastí je vhodné vkládat mulové čtverce či jiné podobné záložky z gázy, které sníží tření a absorbují vlhkost (Jamadarkhana et al., 2014; Schneiderová, 2014; Ševčík et al., 2014).

2.2.4 Monitorace fyziologických funkcí

Mezi další činnosti ošetrovatelské péče, které jsou u obézního pacienta hůře proveditelné a méně spolehlivé, patří monitorace fyziologických funkcí. Hodnoty naměřené pulzním oxymetrem mohou být nespolehlivé z důvodu větší tloušťky podkožního tuku. Proto je vhodné pulzní oxymetr umístit na malík ruky, malé prsty na nohou nebo ušní lalůček, kde je vrstva tukové hmoty menší. Pro neinvazivní měření arteriálního tlaku na paži je nutné použití dostatečně široké manžety. Správná šíře manžety by měla odpovídat 40–50 % obvodu paže a délka vnitřního měchýře by měla odpovídat 80 % obvodu paže (Jamadarkhana et al., 2014). Při použití příliš úzké manžety dochází k falešně vysokým hodnotám naměřeného krevního tlaku. Přesnější je tedy invazivní měření krevního tlaku pomocí arteriálního katétru. Interpretace výsledků monitorace hemodynamiky není u obézních v zásadě odlišná, neboť objem krve a klidový srdeční výdej vztažený k tělesnému povrchu je stejný jako u neobézních pacientů (Ševčík et al., 2014). Obezita ale ovlivňuje elektrokardiografický obraz. Vzdálenost mezi elektrodami a srdečním svalem je kvůli většímu množství podkožní tukové tkáně větší než u neobézních a zároveň je zde větší riziko nesprávného umístění elektrod kvůli nevýrazným orientačním bodům na hrudníku obézního pacienta. Dochází k nižšímu napětí (rozdílu elektrických potenciálů), jež se může na záznamu falešně projevit např. jako infarkt spodní stěny myokardu. Aby se tomu zabránilo, je nutné EKG provádět v inspiriu. Nadměrná tuková tkáň ztěžuje i auskultaci plic a střevní peristaltiky, způsobuje oslabené zvukové fenomény a omezuje palpaci břicha (Veverková et al., 2019; Plevová a Zoubková, 2021; Hainer et al., 2022).

2.2.5 Zobrazovací vyšetření

Další omezení vznikají při provádění zobrazovacích vyšetření. Rentgenové snímkování je limitováno velikostí kazet, nosností a šířkou rentgenových stolů a také horším průnikem rentgenového záření nadměrnou vrstvou tukové tkáně. Na výsledném rentgenovém snímku mohou vznikat artefakty. Kvalitnější snímky lze získat pomocí počítačové tomografie (dále jen CT). Toto vyšetření však může být taktéž znemožněno nedostatečnou nosností stolu či příliš malým průměrem prstence CT skeneru. Stejná omezení provází i vyšetření magnetickou rezonancí (dále jen MR). Pacienti, které není možné vyšetřit pomocí běžných CT a MR přístrojů, mohou být vyšetřeni uzpůsobenými skenery ve specializovaných obezitologických XXL centrech. V České republice je takové centrum ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze. Další možností je využití veterinárních skenerů. Ultrasonografické vyšetření může být ztíženo až znemožněno, neboť ultrazvukový paprsek přes silnou vrstvu tukové tkáně proniká velmi špatně. Obtížněji se provádí např. echokardiografie, kde může být zmnožení subepikardiální tukové tkáně nesprávně zaměněno za perikardiální výpotek (Jamadarkhana et al., 2014; Hainer et al., 2022).

2.2.6 Cévní a jiné katétry

Péče o obézního pacienta se vyznačuje i obtížnějším zaváděním cévních katetrů či odběrem krve. Náročnost je způsobena hlubším umístěním cév pod vrstvou podkožního tuku. Orientační body jsou nezřetelné a cévy jsou obtížně hmatatelné (Ševčík et al., 2014). Jehlu je třeba zavádět pod větším úhlem k pokožce, někdy je nutné užití jehel nadstandartní délky. Během zavádění cévních katetrů je doporučeno využít ultrazvuku, který značně zvyšuje úspěšnost kanylace. Zavedení centrálního žilního katétru (dále jen CŽK) je u obézních pacientů preferováno přes vena jugularis interna nebo přes vena subclavia, vena femoralis není vhodná z důvodu vysoké prevalence kvasinkových onemocnění v oblasti třísel a většího rizika rozvoje infekčních komplikací. V důsledku vysokého centrálního žilního tlaku je často možné kanylovat vnitřní jugulární žílu obézních ve Fowlerově či antitrendelenburgově poloze. Vhodnou alternativou k CŽK jsou periferně zavedené centrální katétry (PICC) pod ultrazvukovou kontrolou (Jamadarkhana et al., 2014). Znesnadněno je rovněž zavedení močového katétru kvůli rozměrným kožním řasám v okolí genitálu a snížené mobilitě dolních končetin obézního pacienta. Ústí močové trubice je navíc především u žen nesnadno viditelné a může být retrahováno pod symfýzu (Ševčík et al., 2014).

2.2.7 Zajištění dýchacích cest a ventilace

Obézní pacienti jsou specifickými anatomickými rysy, které vedou k obtížnému zajištění dýchacích cest a obtížné ventilaci. Mezi tyto faktory patří makroglosie a hypertrofie měkkých tkání patra, faryngu a hypofaryngu (Mallampatiho skóre III a IV), což způsobuje zúžení horních dýchacích cest (Jamadarkhana et al., 2014; Liew et al., 2022). K dalším znakům vedoucím k obtížnému zajištění dýchacích cest patří krátký a široký krk, krátká thyreomentální a sternomentální vzdálenost, omezená pohyblivost krku, ustupující dolní čelist a omezený rozsah otevření úst. Mezi další faktory patří obecně vyšší BMI, přítomnost OSA a vyšší věk (Aktas et al., 2015; Liew et al., 2022). Nadměrné množství tukové tkáně na krku, ramenou a zádech a omezená mobilita krční páteře a dolní čelisti zvyšují náročnost polohování do tzv. čichací polohy s flexí krku a extenzí hlavy v atlantookcipitálním kloubu, která je standardní polohou pro laryngoskopii a zajišťování dýchacích cest (Ševčík et al., 2014; Tsan et al., 2020). Morbidně obézní pacienty je proto doporučeno polohovat do tzv. HELP (Head Elevated Laryngoscopy Position) pozice. Pacient má v této pozici trup elevován do úhlu 25–30° od podložky a podloženou hlavu tak, aby měl zevní zvukovod v rovině s jugulární jamkou (Černý, 2015; Liew et al., 2022). Tato poloha zlepšuje pohled při laryngoskopii, kvalitu preoxygenace obličejovou maskou, zvyšuje bezpečnou dobu apnoe a úspěšnost intubace. Obézní pacienti mají také nižší funkční reziduální kapacitu plic, sníženou poddajnost hrudní stěny, snížené zásoby kyslíku, a naopak jeho zvýšenou spotřebu (Jamadarkhana et al., 2014; Liew et al., 2022).

V akutních situacích označovaných „nelze intubovat / nelze oxygenovat“ může být nutné přistoupit ke koniotomii nebo koniopunkci. Tyto zákroky, stejně jako plánovaná tracheostomie, jsou u obézních pacientů obtížnější vzhledem k většímu obvodu krku a tloušťce podkožních tkání, což zkresluje orientační body. Je také nezbytné použití delší intubační či tracheostomické kanyly (např. armované neboli vystužené kanyly a posuvné kanyly s nastavitelnou hloubkou zanoření). Obézní pacient by měl být extubován ve Fowlerově nebo antitrendelenburgově poloze z důvodu zvýšeného rizika regurgitace. Po extubaci je doporučeno využít neinvazivní plicní ventilaci (dále jen NIV) (Jamadarkhana et al., 2014; Streitová a Zoubková, 2015; Kapounová, 2020).

2.2.8 Podávání farmak

Jelikož kritické stavy samy o sobě vedou ke změnám vstřebávání léků v organismu, obezita je jen dalším faktorem, který může jejich dávkování ovlivnit (Ševčík et al., 2014). Způsob enterální absorpce léků se u obézních nemění, rozdíl je však v distribuci, metabolismu a clearance léčiv (Jamadarkhana et al., 2014). Dávkování farmak je nutné upravit, jestliže se skutečná hmotnost pacienta (celková tělesná hmotnost, dále jen TBW) od jeho ideální hmotnosti (dále jen IBW) odlišuje o více než 40 %. Ideální hmotnost lze přibližně vypočítat podle vzorců uvedených v příloze D. Dále se využívá tzv. upravená tělesná hmotnost (dále jen ABW), vzorec je též uveden v příloze D. Některé léky jsou tedy podávány v závislosti na TBW (sukcinylocholin chlorid, diazepam, midazolam, vankomycin aj.), některé v závislosti na IBW (sedativa, nedepolarizující myorelaxancia, amiodaron, digoxin, dlouhodobě podávané kortikosteroidy aj.) a další v závislosti na ABW (nefrakcionovaný heparin a nízkomolekulární hepariny, některá antibiotika, krátkodobě podávané kortikosteroidy, verapamil, vazomotorické látky aj.). U podávaných hydrofilních látek se obecně dávka zvětšuje pouze málo, nebo vůbec. Naopak dávku lipofilních látek je nutné zvýšit absolutně i relativně (tzn. na kilogram tělesné hmotnosti) (Jamadarkhana et al., 2014; Ševčík et al., 2014). Zvláštní pozornost je třeba věnovat podávání opioidů obézním pacientům, kteří již před přijetím na JIP trpěli apnoickými pauzami. Aplikace morfinu jim může způsobit až asfyxii. Je proto nutné důsledné vedení ošetrovatelské dokumentace se všemi důležitými anamnestickými údaji (Zadák et al., 2017).

2.2.9 Podávání výživy

Kriticky nemocní obézní pacienti jsou náchylní k rozvoji proteinové malnutrice v důsledku metabolického stresu, přestože mají nadbytek tělesného tuku. Zvýšená bazální hladina inzulínu u obézních potlačuje mobilizaci lipidů z tělesných zásob, což způsobuje zrychlené odbourávání bílkovin na glukózu. Nadměrné štěpení bílkovin dále vede k rychlému poklesu svalové hmoty, zvýšení produkce močoviny a k proteinové malnutrici. S podáváním výživy by se mělo začít co nejdříve po stabilizaci pacienta v kritickém stavu (ideálně do 24 hodin), nejlépe enterální cestou. Indikace k podání enterální či parenterální výživy jsou shodné jako u neobézních pacientů (Ševčík et al., 2014). U morbidně obézních je doporučena jako metoda volby pro stanovení energetického výdeje a následně nutného energetického příjmu nepřímá kalorimetrie (Jamadarkhana et al., 2014). U morbidně obézních pacientů (BMI nad 40 kg/m²) je vhodný energetický příjem 72–80 kJ/kg IBW za den s přívodem proteinů v celkové dávce 2,1–2,5 g/kg IBW za den. Při obezitě s BMI

30–40 kg/m² se doporučuje energetický příjem 80–100 kJ/kg IBW za den a přívod proteinů 1,8–2,1 g/kg IBW za den. Doporučen je tzv. hypokalorický režim (snížený přívod energie se zachovaným bohatým přísunem bílkovin), který vede k dosažení dusíkové rovnováhy a je spojen se snazší kontrolou glykémie, nižším výskytem infekčních komplikací a kratší hospitalizací na JIP (Jamadarkhana et al., 2014; Ševčík et al., 2014).

2.2.10 Kardiopulmonální resuscitace

V neposlední řadě je důležité zmínit specifika provádění kardiopulmonální resuscitace (dále jen KPR) obézního člověka. Provádění KPR je u obézních pacientů ztíženo z důvodů již zmíněných v předchozí části této kapitoly. Jedná se zejména o nesnadnou manipulaci s obézním a jeho transport, náročné zajištění intravenózního nebo intraoseálního vstupu, obtížné zajištění průchodnosti dýchacích cest či odlišnou účinnost resuscitačních léků. Nepřímá srdeční masáž je fyzicky mnohem náročnější a je nezbytné při ní častěji střídat masírující záchránce. Kompresie hrudníku mají být prováděny až do hloubky 6 cm, narozdíl od KPR normostenických pacientů, u kterých se komprese provádí do hloubky v rozmezí 5–6 cm. Pokud se provádí defibrilace, je vhodné zvážit postupnou eskalaci energie defibrilačních výbojů až do maximální možné hodnoty. Ventilaci pomocí obličejové masky je doporučeno provádět technikou dvou rukou na masce. Pokud je na místě zkušený lékař, měl by tracheální intubaci provést co nejdříve (Truhlář et al., 2021).

2.3 Pracovní zátěž při péči o obézní pacienty

Z předcházející kapitoly vyplývá, že ošetrovatelská péče o obézní pacienty je v mnoha směrech odlišná a obtížnější než ošetrovatelská péče o neobézní pacienty. Běžné ošetrovatelské úkony jsou komplikované, časově i fyzicky náročné a přináší personálu kromě mnoha výzev i větší vyčerpání, pocity podráždění, frustrace či stresu. Ne všechna pracoviště disponují dostatečným materiálním a přístrojovým vybavením pro obézní pacienty a souvisejícím personálním zabezpečením. V řadě případů se tak ošetřující personál ocitá v situacích, kdy se při poskytování péče obéznímu pacientovi obává ohrožení svého vlastního zdraví, což může mít negativní dopad i na kvalitu poskytované péče (Shea a Gagnon, 2015).

Zvýšená náročnost péče o obézní pacienty tak může způsobovat nepřiměřenou pracovní zátěž ošetřujícího personálu jak na fyzické, tak i psychické úrovni. Tato dlouhodobá nadměrná zátěž, chronický stres a vyčerpání mohou vyústit v syndrom vyhoření, přičemž profese intenzivní péče jsou spojeny se zvýšeným rizikem rozvoje tohoto syndromu

(Jochmannová et al., 2021). Mezi možné příčiny syndromu vyhoření v rámci péče o obézní pacienty patří např. časový tlak a vysoké pracovní tempo, fyzické přetížení, strach z rizika ohrožení svého i pacientova zdraví, konflikty hodnot a pocity bezmoci či frustrace (Ayers a de Visser, 2015; Zacharová, 2017). Příznaky syndromu vyhoření se projevují postupně a mají dlouhodobý charakter. Kromě tohoto syndromu může dlouhodobá nadměrná pracovní zátěž způsobovat také různá psychosomatická onemocnění a duševní poruchy (Kimmerová et al., 2022).

2.4 Problematika stigmatizace a etického přístupu

Ošetřující personál se zároveň potýká s problematikou velké sociální stigmatizace obézních. Silně negativní až diskriminační postoj k obezitě je stále velmi rozšířen a někteří zdravotníci vnímají obézní pacienty jako líné jedince se slabou vůlí. Tyto osobní postoje může být těžké v profesní rovině dostatečně potlačit, aby neovlivňovaly kvalitu péče. Obézní pacienti mohou být velmi citliví na slova „obezita“ a „nadváha“ a další výrazy upozorňující na jejich tělesnou konstituci. Ošetřující personál proto může být v komunikaci s nimi nejistý a neobratný. Může mít tendenci k používání eufemismů či k vyhýbavému chování, tedy záměrnému omezování kontaktu a konverzace s obézním pacientem, aby předešel nutnosti vyjádření se k pacientově obezitě. Jinou strategií je eliminace jakýchkoliv poznámek týkajících se tělesné konstituce. Pokud se pacient sám o své nadváze zmíní, zdravotník předstírá, že poznámku neslyšel, nebo ji zlehčuje. Tato přetvářka je však křehká a může být snadno prolomena. Někteří pracovníci, kteří sami trpí obezitou, pak v rámci konverzace jak s kolegy, tak s obézními pacienty využívají tzv. sebeodhalení. Při něm vtipkují na úkor sebe sama a své váhy, aby prolomili napětí pramenící z nevyřčených poznámek, což jim může pomoci zmírnit pocit rozpaků a trapnosti (Shea a Gagnon, 2015; Hales et al., 2016).

Někteří zdravotníci mohou mít sklon přisuzovat přítomnost obezity charakteru pacienta a jeho domnělým negativním vlastnostem a opomíjet tak jeho širší individuální kontext (Ayers a de Visser, 2015). Péči o morbidně obézní pacienty provází i etická dilemata jako např. střet osobních přesvědčení s hodnotami zdravotnické profese. Na základě etických principů je však nutné se vyvarovat jakékoliv diskriminace této skupiny pacientů a musí jim být poskytnuta stejně kvalitní péče jako ostatním pacientům. Nemocný člověk podle zásad zdravotnické etiky nikdy nemůže ztratit svou důstojnost a vždy má právo na respektování své osobnosti (Ondriová, 2021). Ošetřující personál by se měl vyvarovat tzv. neproduktivního chování, kterému může být v rámci péče o obézní pacienty náchylnější. Do neproduktivního chování patří např. strohost, projevy pohrdání a škodolibosti, snižování

úsilí pacienta, stereotypní poučování, nelítostná kritika, klepy, ale i nepřiměřené utěšování a litování pacienta. Toto chování může vést k psychické iatropatogenii, tedy poškození zdraví pacienta zdravotníkem. Důsledkem negativních vlivů působících na pacienta se u něj v průběhu dlouhodobé hospitalizace může rozvinout tzv. hospitalizmus. Jeho prevencí je mj. pozitivní respektující přístup k pacientovi, humanizace nemocničního prostředí, možnost návštěv rodinných příslušníků apod. (Zacharová, 2017).

2.5 Biopsychosociální přístup k obéznímu pacientovi

Biopsychosociální model zdůrazňuje jedinečnost každého člověka jako fyzické a duševní bytosti. Tento přístup, zahrnující tělesné, psychické, duševní, duchovní a sociální hledisko, je klíčovým principem v léčbě obézních pacientů (Ratislavová a Bednářová, 2018). Chronická onemocnění včetně obezity často ovlivňují nejen tělesné, ale i psychické zdraví (Monda et al., 2017; Heidari-Beni et al., 2021). Je proto důležité k obézním pacientům přistupovat holisticky, a to jak v dlouhodobé, tak akutní péči. Lepší porozumění pacientova prožívání je klíčové pro poskytování kvalitní péče. Obezita může přinášet zásadní změny v životě jedince provázené omezeními, nejistou budoucností a řadou komplikací (Ayers a de Visser, 2015; Zacharová, 2017).

Proces srovnávání se s chronickými onemocněními zahrnuje různé emoční reakce a může vést k nevhodným postojům k nemoci, které jsou ovlivněny různými faktory včetně osobnostních rysů a výchovy v dětství. Postoj pacienta k nemoci může být od bagatelizačního přes repudiační až po nozofilní přístup. Obézní jedinci se často potýkají s náročným smířením se svou situací a mohou být ovlivněni úzkostí a depresí (Ayers a de Visser, 2015; Zacharová, 2017). Emoční nevyrovnanost může vést k nekontrolovanému příjmu potravy a ztrátě kontroly, což může být provázeno negativními emocemi a pocitem znechucení. Narušená schopnost regulace emocí může vést k emočnímu jedení, záchvatovitému přejídání, závislosti na jídle, či obecně k další ztrátě kontroly příjmu potravy. Jejím následkem je většinou prožívání dalších negativních emocí a pocitů znechucení (Braden a O'Brien, 2020; Jochmannová et al., 2021).

Ocitnutí se v roli hospitalizovaného pacienta na JIP je i pro chronicky nemocné osoby náročné a přijetí této role může trvat delší dobu. Reakce na hospitalizaci jsou ovlivněny jak psychickým stavem pacienta, tak chováním zdravotníků. Subjektivní prožívání nemoci a plnění potřeb během hospitalizace má tedy podstatný vliv na průběh léčby. Ošetřující personál by měl respektovat individuální hodnotový systém pacienta, měl by být empatický

a usilovat o pozitivní vztah s pacientem založený na důvěře a respektu (Gurková, 2017; Zacharová, 2017). Stále více je prosazován tzv. partnerský vztah mezi zdravotníkem a pacientem, kde je pacient respektován jako rovnocenný aktivní účastník léčby, což může být samo o sobě spojeno s lepšími výsledky péče (Ayers a de Visser, 2015; Zacharová, 2016).

Důležitou součástí péče o hospitalizovaného pacienta je kvalitní komunikace, protože každá komunikace může na pacienta působit psychoterapeuticky nebo psychotraumaticky (Ayers a de Visser, 2015). Zdravotníci by měli být schopni pozorně naslouchat a umožnit pacientům vyjádřit své pocity. Měli by umět udržet oční kontakt, přiměřené tempo komunikace a používat pozitivní neverbální komunikaci (Zacharová, 2017). Nemoc sama o sobě může devalvovat pacienta v biologické, psychické a sociální oblasti. Při péči o oběžní pacienty by se měl ošetřující personál vyhýbat veškerému devalvujícímu jednání, tedy např. zesměšňování nebo neuctivým poznámkám. Měl by naproti tomu usilovat o úmyslnou evaluaci pacienta prostřednictvím otevřeného jednání a empatického přístupu, který přispívá k psychické pohodě hospitalizovaných pacientů a je klíčovou součástí holistické péče. Na JIP jsou hospitalizováni pacienti v těžkém stavu, někteří v kómatu nebo s poruchami vědomí, a je nutné dodržovat zásady vhodné komunikace i s těmito pacienty. Je nezbytné se k nim vyjadřovat s respektem, u oběžních pacientů se vyvarovat nevhodným poznámkám o hmotnosti a vzhledu. V péči o pacienta v bezvědomí má své důležité místo bazální stimulace, která mu poskytuje individuální stimulaci s respektem a úctě k jeho osobnosti. Je mnoho možností, jak komunikovat s pacienty s různými omezeními a potřebami, a zároveň dodržovat principy kvalitní evaluační komunikace na JIP (Tomová a Křivková, 2016; Zacharová, 2016).

2.6 Využití psychoterapeutických metod

Každá komunikace může pacientovi poskytnout psychoterapeutickou podporu, což je důležitý prvek holistického přístupu k léčbě. V rámci zdravotní péče se uplatňují i konkrétní intervence jako je zdravotní osvěta, pomoc v boji s bolestí a stresem, podpora v sebeřízení a krizová intervence. Tyto intervence mohou cílit na změnu chování pacientů ke zdraví, poskytovat pomoc v obtížných situacích nebo se zaměřovat na specifická onemocnění. Do kompetencí zdravotnického personálu patří např. nedirektivní empatický rozhovor, který vytváří přátelskou a bezpečnou atmosféru, přičemž respektuje pacientovu iniciativu a nabízí emocionální blízkost a empatii bez prosazování osobních názorů (Zacharová, 2016).

V přístupu k obéznímu pacientovi je vhodné se zaměřit na motivaci pacienta k efektivní změně jeho chování pro zdravější životní styl. Změna chování je komplexní proces, vyžadující odnaučení nežádoucích a osvojení žádoucích prvků jednání. Chování je ovlivněno tendencí k setrvávání ve stereotypu a odporu ke změně zakořeněných zvyků, zejména těch, které jsou vnímány jako příjemné (Kebza, 2017). Existuje několik teorií, které se změnou chování zabývají. Například model přesvědčení o zdraví zdůrazňuje vliv vnímané hrozby, překážek a výsledků případné změny. Teorie plánovaného konání tvrdí, že chování závisí na záměru, postojích jedince a jeho subjektivních normách. Teorie PRIME integruje kognitivní faktory s motivací, emocemi a impulzy (na které předchozí teorie nemyslí) do jednoho modelu. Teorie sebeúčinnosti zdůrazňuje důležitost víry ve své schopnosti a přesvědčení o vlastní způsobilosti plánovat a jednat k dosažení určitého cíle ve vzájemné interakci prostředí, osobnosti jedince a jeho následného chování. Vyšší míra sebeúčinnosti je spojena s lepší subjektivní kvalitou života a adherencí k léčbě (Ayers a de Visser, 2015; Gurková, 2017).

Motivace hraje zásadní roli jako hnací síla změny chování, ovlivněná vnitřními i vnějšími faktory, včetně zkušeností, emočního a fyzického stavu a sociální opory. Pouhé informování o škodlivosti určitého chování může v pacientovi vyvolat snahu o změnu, ale často spíše způsobí pocit vnějšího tlaku, souzení a nucení. Pro úspěšnou intervenci je klíčové porozumění motivačním procesům daného pacienta. Zdravotnický personál by měl poskytovat relevantní informace, hodnotit motivaci, identifikovat překážky a podporovat sebeúčinnost pacienta. Změna chování je tedy podmíněna informovaností, zaujetím postojů, motivací a ztotožněním se se stanoveným cílem, vědomím sebeúčinnosti a získáním potřebných dovedností (Ayers a de Visser, 2015).

Zdravotníci, kteří absolvovali požadovaný kurz, mohou pacientům poskytovat také podpůrné rozhovory v rámci krizové intervence. Je doporučeno užívat výrazy aktivního naslouchání, projevit zájem a nabízet spektrum možných řešení, naopak je třeba se vyvarovat tlumení emocionálních reakcí pacienta a bagatelizace problému. V náročných krizových situacích není vhodné apelovat na silnou vůli a nutit pacienta k rychlým rozhodnutím. Pacient by se neměl cítit být odsuzovaný ani moralizovaný (Ševčík et al., 2014; Machová et al., 2016). Integrace těchto a dalších intervencí do péče o obézní pacienty na JIP je důležitá, přičemž pacientům s hlubšími psychickými potížemi je vhodné poskytovat rozsáhlejší pomoc psychologů a psychoterapeutů (Ayers a de Visser, 2015).

2.6.1 Zavádění psychoterapie do zdravotnické praxe

Zaváděním psychoterapie do zdravotnické praxe se zabývá metodický pokyn pro poskytovatele zdravotních služeb, který vydalo ve Věstníku č. 13/2022 Ministerstvo zdravotnictví se zástupci poradního orgánu ministerstva. Tento metodický pokyn definuje tzv. třístupňový model psychoterapeutické péče. Jeho cílem je usnadnit poskytovatelům zdravotních služeb proces jeho zavádění do praxe a zajištění dostupnosti psychoterapeutických a psychosociálních intervencí k pokrytí aktuálních potřeb pacientů, zabránění růstu prevalence závažných duševních poruch, negativních společenských jevů i sebevražd. Metodický pokyn dále vymezuje kompetence jednotlivých odborníků a základní podmínky pro poskytování jednotlivých stupňů péče (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2022).

Prvním stupněm je systematická psychoterapie, druhým stupněm jsou psychoterapeutické konzultace a třetím stupněm jsou psychosociální intervence. Pojem psychoterapie je v tomto dokumentu užíván ve smyslu léčby, profylaxe a rehabilitace poruch zdraví uskutečňované psychologickými prostředky (prostředky komunikační a vztahové povahy). Pacient je do psychoterapeutické péče zařazen po úvodní konzultaci s plně kvalifikovaným psychoterapeutem, který zhodnotí jeho stav a indikuje potřebný stupeň psychoterapeutické péče. Poté zajišťuje odborný dohled nad danou psychoterapeutickou péčí a hodnotí její efektivitu. Tento model by měl vést k rozšíření spektra nabízených psychoterapeutických intervencí, k jejich zacílení s ohledem na charakter obtíží konkrétního pacienta a ke zvýšení dostupnosti psychoterapeutické péče ve zdravotnických zařízeních (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2022).

PRAKTICKÁ ČÁST

3 FORMULACE PROBLÉMU

Obezita, jako chronické metabolické onemocnění, je v současné populaci velmi rozšířená a jsou s ní spojeny různé komplikace. S pacienty trpícími nadváhou nebo obezitou nižšího stupně se ošetřující personál ve zdravotnických zařízeních setkává každodenně. Výraznější specifika péče však vznikají při péči o pacienty s vyšším stupněm obezity, tedy s morbidní obezitou. V praktické části této práce se zabýváme nejruznějšími specifiky péče o tyto pacienty hospitalizované na odděleních intenzivní péče (dále jen IP). Zaměřujeme se na informace získané z pohledu ošetřujícího personálu (konkrétně všeobecných sester) i z pohledu hospitalizovaných obézních pacientů pro získání uceleného přehledu aspektů této péče.

5 CÍLE PRÁCE

5.1 Hlavní cíl

Prozkoumat specifika péče o obézního pacienta v IP subjektivně vnímané ošetřujícími personálem a obézním pacientem.

5.2 Dílčí cíle

Dílčí cíl č. 1:

Prozkoumat, zda je ošetrovatelská péče o obézního pacienta v IP vnímána obézním pacientem a ošetřujícími personálem jako rozdílná od péče o neobézního pacienta a v čem.

Dílčí cíl č. 2:

Prozkoumat, zda je materiální a personální zajištění péče o obézního pacienta v IP vyhovující. Popsat, v čem případně není vnímáno jako dostatečné. Prozkoumat také míru informovanosti ošetřujícího personálu o specifikách péče o obézního pacienta v IP.

Dílčí cíl č. 3:

Prozkoumat, zda může být hospitalizace na oddělení IP pro obézního pacienta podnětem k sebereflexi a změně životního stylu a co ho na JIP může k této změně motivovat.

Dílčí cíl č. 4:

Prozkoumat, zda je možnost zařazení psychologické/psychoterapeutické péče o obézního pacienta v IP vnímána obézním pacientem a ošetřujícími personálem jako potřebná a vhodná.

6 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Výzkumná otázka č. 1:

Čím se ošetrovatelská péče o oběžního pacienta v IP odlišuje od péče o neoběžního pacienta a jakým způsobem se případná odlišnost projevuje?

Výzkumná otázka č. 2:

Jak vnímáte dostatečnost materiálního a personálního zajištění (včetně informovanosti a znalostí ošetřujícího personálu o specifikách péče o oběžního pacienta) v IP?

Výzkumná otázka č. 3:

V čem může být hospitalizace oběžního pacienta v IP podnětem pro jeho sebereflexi a motivaci ke změně pro zdravější životní styl?

Výzkumná otázka č. 4:

Jaký máte postoj k možnosti zařazení a využití psychologické/psychoterapeutické péče o oběžního pacienta v IP? Vyžaduje psychický stav pacienta psychologickou/psychoterapeutickou péči?

7 METODIKA PRÁCE

Praktickou část bakalářské práce jsme zpracovali formou kvalitativního výzkumu, který byl proveden pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Kvalitativní výzkum jsme zvolili za účelem hlubšího porozumění tematice specifík ošetrovatelské péče o oběžního pacienta v IP a identifikace alternativních úhlů pohledu na danou tematiku. Vybrali jsme polostrukturované rozhovory jako nejvhodnější formu k naplnění tohoto účelu. Vytvořili jsme seznam otázek (devět, resp. jedenáct otázek – viz Příloha E), které byly respondentům v průběhu rozhovoru položeny. Kromě připravených otázek jsme pokládali i otázky doplňující v závislosti na průběhu rozhovoru.

Pro výzkum jsme oslovili čtyři respondenty, kteří byli vybráni jak ze skupiny ošetřujícího personálu z prostředí IP, tak ze skupiny osob v minulosti hospitalizovaných na JIP, tedy oběžních pacientů, kteří byli během své hospitalizace na JIP většinu doby při vědomí. Respondenti byli předem srozumitelně informováni o průběhu rozhovoru, způsobu jeho zpracování, o anonymizaci svých výpovědí a také o možnosti odstoupení od účasti ve výzkumném šetření, pokud by se pro to v průběhu rozhovoru rozhodli. Rozhovory poskytli zcela dobrovolně. Část výzkumu, která probíhala na I. interní klinice Fakultní nemocnice Plzeň, byla předem schválena a umožněna písemným souhlasem paní Mgr. Bc. Světluše Chabrové (viz Příloha F). Rozhovory s ostatními respondenty byly provedeny mimo zdravotnická zařízení, žádná další zdravotnická zařízení či konkrétní oddělení tedy nejsou v této práci zmiňována. Základní údaje o respondentech jsme získali z informací uvedených samotnými respondenty v rámci rozhovoru. Pro uvedení základní charakteristiky jednoho z respondentů – pacientů jsme využili také nahlédnutí do zdravotnické dokumentace pacienta.

Po provedení výzkumných polostrukturovaných rozhovorů jsme jejich odpovědi podrobně zpracovali. Rozhovory byly přepsány do písemné podoby a získané odpovědi jsme seskupili do kategorií dle konkrétních témat výzkumných otázek. Vytvořili jsme tabulky shrnující výpovědi jednotlivých respondentů k daným tématům a vypracovali jsme doplňující komentář k těmto tabulkám.

8 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Pro kvalitativní výzkum bakalářské práce jsme oslovili čtyři respondenty, z nichž dva jsou ošetrovatelským personálem zaměstnaným v IP a dva jsou osoby, které byly v nedávné minulosti hospitalizované na JIP. Kritériem pro respondenty ze skupiny ošetrovatelského personálu bylo min. dvouleté působení na JIP na pozici všeobecná sestra nebo zdravotnický záchranář. Ze skupiny pacientů jsme oslovili respondenty, kteří měli v době své hospitalizace diagnózu „obezita – E66“, konkrétně jsme zvolili respondenty splňující kritéria obezity 3. stupně, tedy morbidní obezity. Vybrali jsme respondenty, kteří byli na JIP hospitalizováni nejdéle před dvěma lety. Každý ze čtyř respondentů své zkušenosti získal na odlišné JIP. Podrobnější charakteristika respondentů je uvedena v následující tabulce.

Tabulka 1 Charakteristika respondentů

Respondent č. 1 (dále jen R1):	
Žena	25 let
Pozice:	Všeobecná sestra
Titul:	Mgr.
Pracoviště:	ARO chirurgická JIP (v minulosti)
Respondent č. 2 (dále jen R2):	
Žena	31 let
Pozice:	Všeobecná sestra
Titul:	Bc.
Pracoviště:	metabolická JIP
Respondent č. 3 (dále jen R3) – údaje z poslední hospitalizace na JIP:	
Muž	46 let
Hmotnost:	159,7 kg
Výška:	190 cm
BMI:	44,2 kg/m ²
Hospitalizační aktuální diagnózy:	Další chronické a anamnestické diagnózy:
Adenom hypofýzy s odtlačením chiasmatu	Paroxysmální fibrilace síní
Dolní temporální kvadrantopsie	Angina pectoris
Centrální hyperkortikalismus	St.p. PCI ACD s implantací 2x DES
Centrální hypogonadismus	Arteriální hypertenze
Centrální hypothyreóza	Koncentrická hypertrofie, EF LK 50 %
Cushingův syndrom	CHOPN
Diabetes mellitus 2. typu	Syndrom spánkové apnoe
Hypopituitarismus	Smíšená hyperlipidemie
	Obezita
	St.p. fraktury 7 žeber
	Pseudogynekomastie
Hospitalizace na JIP:	Důvod hospitalizace:
Neurochirurgická JIP (2 dny) – před 1 týdnem	Resekce adenomu
JIP (nespecifikováno) – před půl rokem	hypofýzy
	AKS
Respondent č. 4 (dále jen R4) – údaje z poslední hospitalizace na JIP:	
Muž	24 let
Hmotnost:	245 kg
Výška:	188 cm
BMI:	69,3 kg/m ²
Diagnózy:	
Seps	
Obezita	
Erysipel	
Hospitalizace na JIP:	Důvod hospitalizace:
Metabolická JIP (3 dny) – zima 2022	Seps
Infekční JIP (11 dní) – léto 2022	Seps

Zdroj: vlastní

9 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Pro podrobné zodpovězení výzkumných otázek jsme ke každé z nich vytvořili dvě až tři dílčí podotázky. Znění podotázky a důležité body vyjádření respondentů jsou uvedeny v tabulkách. Ke každé výzkumné otázce jsme tedy uvedli dvě až tři tabulky a doplňující komentář, který výpovědi respondentů podrobněji popisuje. V následujícím textu se často objevuje spojení „obézní pacient“ a je jím myšlen převážně morbidně obézní pacient (tedy pacient trpící obezitou III. stupně).

9.1.1 Výzkumná otázka č. 1

Čím se ošetrovatelská péče o obézního pacienta v IP odlišuje od péče o neobézního pacienta a jakým způsobem se případná odlišnost projevuje?

Pro první výzkumnou otázku jsme vytvořili tři podotázky. První tabulka (Tabulka 2) se zaměřuje na rozdílnost péče o obézního a neobézního pacienta. Druhá tabulka (Tabulka 3) se týká tématu, zda si obézní pacienti uvědomují vyšší náročnost péče o obézní pacienty. Třetí tabulka (Tabulka 4) popisuje vliv specifík péče o obézního pacienta na uvažování a emoční prožívání personálu a s ním související jednání personálu vůči obéznímu pacientovi.

Tabulka 2 Výzkumná otázka č. 1 – 1. část

Je ošetrovatelská péče o obézního pacienta v IP rozdílná od péče o neobézního pacienta? V čem?
R1:
Naprosto, je extrémně náročnější po fyzické stránce (při polohování, otáčení při hygieně). Trpí především záda ošetřujícího personálu. Problémy se zády přišly dříve, než jsem čekala. Obézním pacientům se hůře hojí rány. Značně náročnější je cévkování (především pacientů v bezvědomí) z důvodu velkých kožních řas. Náročnější je také zavádění cévních vstupů.
R2:
Péče je náročnější, mj. i časově. Náročnost se stupňuje s mírou obezity pacienta a závisí také např. na stavu vědomí. Při poskytování péče o obézního pacienta není výjimkou brutální bolest zad (ale i břicha, rukou), sestry jsou sedřené. I k základním úkonům je nutné si přivolat více personálu na pomoc (k polohování, převazu nohy, při hygieně). Náročnější je péče o pokožku, je ztížená mohutnými kožními řasami. U obézních pacientů jsou častější opruzeniny a další kožní problémy. Je nutné dbát zvýšené prevence kožních problémů. Zvýšená náročnost je při sledování a ošetřování míst invazivních vstupů (např. CŽK) z důvodu kožních řas, opruzenin a dalších kožních problémů. Pro zacévkování je často nutná součinnost nejméně čtyř pracovníků.

Náročnější je také zajištění adekvátní výživy, obézní pacienti jsou často malnutriční.
R3:
Já jsem nebyl imobilní, byl jsem schopný se samostatně pohybovat, sestry mě nemusely tahat a zvedat.
Péče o imobilního pacienta musí být určitě fyzicky náročnější (při zvedání, polohování).
R4:
Nemám zkušenosti s péčí o neobézní pacienty. Byl jsem většinu času hospitalizace sám na pokoji.
Ale je mi jasné, že s neobézními pacienty je péče ve všem snazší.

Zdroj: vlastní

Nejdříve bylo zkoumáno, zda je ošetrovatelská péče o obézního pacienta v IP vnímána jako odlišná od péče o neobézního pacienta a čím se případné odlišnosti projevují. R1 a R2 se shodují na velmi zvýšené fyzické náročnosti péče (projevené i silnou bolestivostí pohybového aparátu personálu), přičemž R1 uvádí dokonce extrémně zvýšenou náročnost. Mezi ošetrovatelské úkony, při kterých se vyšší fyzická zátěž projevuje, respondentky uvádí polohování pacienta, otáčení pacienta při hygieně a převazech a také zavádění močového katétru. R2 mluví o nutnosti zapojení až pěti pracovníků pro přetočení pacienta nebo pouhý převaz nohy pacienta. R1 říká, že je pro ni velmi fyzicky náročné obstarat některé úkony ošetrovatelské péče, které nesnesou odkladu (např. když pacient potřebuje přebalit, očistit po vyprazdňování, nebo když začne „padat“) a nemůže tedy čekat na pomoc od ostatních pracovníků. R2 zmiňuje i zvýšenou časovou náročnost péče o obézní pacienty. R1 i R2 vnímají souvislost fyzické zátěže s úrovní vědomí pacienta. Pokud je pacient při vědomí a je schopen se alespoň minimálně pohybovat samostatně, zátěž není tak velká jako v případě zcela imobilních pacientů v bezvědomí. Zmiňují následky této vysoké fyzické zátěže na zdraví personálu, především bolestí zad, rukou a břicha, případně dalších částí těla. R1 říká, že si na počátku své kariéry myslela, že problémy se zády se dostaví později než za pět let práce ve zdravotnictví, ale že začaly opravdu dříve. Mluví o nutnosti dodržování správného způsobu zvedání pacientů a manipulace s nimi. Také popisuje nutnost zapojení většího počtu osob ošetřujícího personálu při těchto fyzicky náročných úkonech.

Kromě zvýšené fyzické náročnosti R1 zmiňuje i o mnoho horší rehabilitaci pacienta a obě respondentky zmiňují také komplikovanější hojení ran obézních pacientů. R2 mluví i o dalších kožních problémech a nutnosti dbát zvýšené opatrnosti v prevenci poškození pokožky. Obě respondentky popisují obtíže související se zaváděním cévních vstupů a péčí o ně. R2 popisuje náročnost převazu CŽK, konkrétně u katétru zavedeného do vena femoralis, mluví o namáhavosti odhrnutí mohutných kožních řas a častém výskytu opruzenin

v okolí místa zavedení. R1 říká, že na anesteziologicko-resuscitačním oddělení (dále jen ARO) je většina přijatých pacientů v bezvědomí a je nutné jim zavádět permanentní močový katétr (dále jen PMK), což vnímá jako velkou výzvu kvůli mohutným kožním řasám. R2 zmiňuje zvýšenou náročnost při zajišťování adekvátní výživy obézním pacientům vzhledem k jejich časté malnutrici. R3 a R4 z pozice obézního pacienta hovoří o zvýšené fyzické náročnosti péče. R3 konkretizuje tuto zvýšenou náročnost na skupinu obézních imobilních pacientů. R4 říká, že: „*péče s neobézními pacienty je ve všem snazší.*“

Tabulka 3 Výzkumná otázka č. 1 – 2. část

Uvědomuje si obézní pacient vyšší náročnost péče o jeho osobu (z důvodu obezity)?
R1:
Někteří si to uvědomují, jiní ne. Je to spíš dáno povahou člověka, asi to nelze zobecnit.
Někteří obézní pacienti vnímají náročnost péče a hodně to řeší, jiným je to úplně jedno a chovají se k nám jako ke sluhům.
Naopak jsou to spíš ti lehoučcí pacienti, kterým záleží na tom, aby se sestry nepředřely.
R2:
Spíš se setkávám s tím, že si to neuvědomují. Často neberou ve svých požadavcích ohled na to, jak je péče o ně náročná a někdy bolestivá.
Mám zkušenost, že si obézní pacienti naší péče neváží.
Zároveň si říkám, že to přeci musí sami vidět, že ta péče náročná je. Možná to ví, ale je jim to jedno.
Mohou si to uvědomit při určitých situacích (např. bandáž nohou nebo cévkování), ve kterých je potřeba pomoci více pracovníků.
Někteří pacienti řeknou: „To jste se se mnou nadřela“, ale to říkají spíš hubení nebo ne tolik obézní pacienti. Spíš jsem se nesetkala s tím, že by to řekl nebo poděkoval morbidně obézní člověk.
R3:
Ano, péče o imobilního obézního pacienta je fyzicky náročnější.
R4:
Ano, s neobézními pacienty je péče ve všem snazší.

Zdroj: vlastní

Bylo zkoumáno, jestli jsou si obézní pacienti vědomi vyšší náročnosti péče o jejich osobu (z důvodu obezity). Případné povědomí pacienta o vyšší náročnosti péče o jeho osobu by mohlo souviset s dalšími tématy, kterým se výzkum věnuje, a to s psychickým stavem obézního pacienta na JIP či sebereflexí pacienta. Přístup obézního pacienta k vyšší náročnosti péče o jeho osobu může také ovlivnit uvažování a chování ošetřujícího personálu. R3 a R4 si jsou zvýšené náročnosti péče do jisté míry vědomi. R3 mluví o vyšší náročnosti péče o imobilního obézního pacienta. R4 říká, že s neobézními pacienty je péče ve všem snazší, ale nespecifikuje, v čem konkrétně. R1 ze svých zkušeností předpokládá, že někteří obézní pacienti si vyšší náročnost péče uvědomují, jiní ne. Nemyslí si, že lze jednu odpověď

zobecnit na všechny pacienty. Udává, že někteří obézní pacienti se k ošetřujícímu personálu chovají jako ke sluhům. R2 se setkává spíše s obézními pacienty, kteří si vyšší náročnost péče o jejich osobu neuvědomují. Dále uvažuje nad možností, že si zvýšenou náročnost obézní pacienti uvědomují, ale chovají se způsobem, který si R2 vykládá tak, že jim na námaze personálu nezáleží. R1 i R2 ve své praxi postřehly, že jsou to spíše pacienti s nižší váhou vyjadřují zájem o to, aby se sestry při péči o ně příliš „nesedřely“. R2 popisuje existenci určitých situací, při kterých by si mohli obézní pacienti vyšší náročnost péče uvědomit (např. úkony ošetrovatelské péče vyžadující výpomoc od většího počtu pracovníků).

Tabulka 4 Výzkumná otázka č. 1 – 3. část

Jaký vliv má péče o obézního pacienta na psychický stav a uvažování personálu? Odráží se v jednání personálu vůči obéznímu pacientovi?
R1:
Personál bývá více naštvaný a frustrovaný při péči o obézního pacienta.
Při péči o obézního pacienta mívám myšlenky typu: „Může si za to sám“.
Zároveň vnímám pacientovu situaci jako smutnou.
Mám zkušenost s nevhodnými poznámkami především ze strany mladšího ošetřujícího personálu mužského pohlaví. Od starších žen jsem takové nevhodné jednání nezaznamenala.
Péče o obézního pacienta mě do určité míry motivuje k vlastnímu zdravějšímu životnímu stylu.
R2:
Kladu si otázky typu: „Proč to pacient nechal zajít takhle daleko?“ Někdy bývám naštvaná. Někdy nevím, jestli jsem naštvaná, nebo mi ho je líto.
Nahlas ale nic neřeknu, neměla bych takto přemýšlet.
Člověk je naštvaný především při řešení krizových situací týkajících se obézního pacienta.
Z řad sester nebo záchranářů si nikdo nedovolí říct nepříjemnou poznámku před pacientem. Ale zažila jsem nevhodné poznámky nebo protáčení očí od sanitářů, kteří vypomáhají při manipulaci s obézním pacientem.
Péče o obézního pacienta má vliv na životní styl sester (např. nesním kousek dortu, který mi někdo přinese), ale spíše v krátkodobé rovině.
R3:
Nezaznamenal jsem žádné negativní poznámky ze strany sester v souvislosti s obezitou, všechno bylo v pohodě.
R4:
Hodně jsem se bál, že bude personál nepříjemný kvůli mé váze.
Měl jsem ale asi štěstí na lidi. Nedávali mi najevo, že by je péče o mě obtěžovala.

Zdroj: vlastní

Zjišťovali jsme, jak ošetřující personál prožívá péči o obézního pacienta a jaký vliv má tato péče na náladu, emoce, psychický stav a chování personálu. R1 i R2 popisují pocity naštvanosti i lítosti nad situací pacienta. R1 udává větší míru frustrace personálu při péči o

obézního pacienta a říká, že při péči myslí na to, že si za svou aktuální situaci obézní pacient může sám. R2 si klade otázku, proč svůj zdravotní stav nechal obézní pacient zajít tak daleko. R2 také vnímá vyšší míru naštvanosti především při řešení různých krizových situací týkajících se obézního pacienta, tedy ve chvílích, kdy je personál vystaven vyššímu stresu. R2 zároveň tvrdí, že nahlas tyto pocity při péči o obézního pacienta nevyslovuje a dokonce si myslí, že by takto neměla ani přemýšlet. Udává, že z řad sester a záchranářů si nikdo nedovolí říct žádnou nevhodnou poznámku před pacientem týkající se jeho váhy. Zažila však nevhodné poznámky nebo protáčení očí od sanitářů při výpomoci s manipulací s obézním pacientem. R1 má zkušenost s nevhodnými poznámkami ze strany ošetřujícího personálu mužského pohlaví nižšího věku. Od starších žen takové jednání nezaznamenala.

R3 a R4 dle svých slov žádné nevhodné poznámky nebo nepříjemné chování týkající se obezity ze strany ošetřujícího personálu na JIP nezažili. R4 měl z takového jednání personálu velké obavy, udává však, že měl asi štěstí na lidi a že mu nikdo nedával najevo, že by ho péče o něj obtěžovala. R1 i R2 do určité míry vnímají i pozitivní vliv péče o obézního pacienta ve smyslu zvýšené pozornosti ke svému vlastnímu životnímu stylu a prevenci obezity ošetřujícího personálu.

9.1.2 Výzkumná otázka č. 2

Jak vnímáte dostatečnost materiálního a personálního zajištění (včetně informovanosti a znalostí ošetřujícího personálu o specifikách péče o obézního pacienta) v IP?

V rámci druhé výzkumné otázky jsme se věnovali tématu materiálního a personálního zajištění JIP a také informovanosti ošetřujícího personálu o specifikách péče o obézního pacienta. Vytvořili jsme dvě podotázky, a tedy dvě tabulky (Tabulka 5, Tabulka 6) s doplňujícím komentářem.

Tabulka 5 Výzkumná otázka č. 2 – 1. část

Jak vnímáte materiální a personální zajištění dané JIP? Vnímáte ho jako dostatečné, nebo nedostatečné pro péči o obézního pacienta? V čem?
R1:
Mám odlišné zkušenosti z různých oddělení IP.
Na ARU je vždy k dispozici sanitář, který pomůže s manipulací s pacientem.
Na chirurgické JIP často sanitář nebyl k dispozici. Situace, kdy jsem musela s obézním pacientem manipulovat sama, nebyly neobvyklé.
Kromě pomoci sanitářů si vypomáháme se sestrami na oddělení navzájem.
Na pavilonu byla k dispozici jedna XXL postel, kterou jsme si vypůjčovali.

Někdy bylo nutné improvizovat – váhově se obézní pacient vešel do hmotnostního limitu normálního lůžka, ale rozměrově se do něj nevešel dobře, a tak se sundaly postranice lůžka. Improvizovalo se tedy na úkor bezpečnosti pacienta.
Mnohdy jsou krátké jehly pro zavádění CŽK. Máme i delší, ale jak by se řešilo, kdyby to byl extrémní případ, to nevím. S tím nemám zkušenosti.
R2:
Vypomáháme si navzájem s ostatním ošetřujícím personálem na oddělení. Kolikrát se však musí čekat, až bude mít aspoň polovina oddělení hotovou svou práci, aby mohla přijít pomoci s obézním pacientem.
Na pomoc sanitářů musíme někdy čekat. Nastala např. situace, kdy jsme je zavolali o půlnoci a dorazili až o dvě hodiny později. Věděli jsme, že práci neměli, jen se jim nechtělo.
Pomůcek, které nám usnadňují péči o obézní pacienty, mám dost – např. různé polštáře, elektrická polohovací lůžka.
Velkou pomocí je tzv. banana slide – posuvná podložka, která usnadňuje polohování.
Bariatrickou postel si na oddělení vypůjčujeme. Bariatrická postel však nemá antidekubitní matraci.
Pokud se pacient vejde do hmotnostního limitu normálního lůžka – antidekubitní matrace ani lůžko samotné nefunguje vždy spolehlivě.
Vždy jsme si nějak poradili, ale ne vždy to bylo pro pacienta příjemné. Např. jsme museli obéznímu pacientovi přistavit k posteli stolečky, na kterých měl položenou horní končetinu.
U některých přístrojů a pomůcek, které mají omezený hmotnostní limit, se obáváme využití pro obézního pacienta (přestože limit splňuje). Bojíme se, aby nedošlo k úrazu pacienta.
Problém je také s využitím rehabilitačního motomedu pro obézní pacienty.
Problematické je použití manžety pro neinvazivní měření tlaku z důvodu kuželovitého tvaru paže obézního pacienta.
Máme k dispozici pouze malé množství dostatečně velkého oblečení pro obézní pacienty. Je možné využít jednorázové empíry, ty však svým materiálem způsobují zapařeniny.
Někdy je příliš krátká jehla při kanylaci CŽK. Vrstva podkožního tuku je příliš silná. To je ale spíše lékařský problém.
Některým obézním pacientům není možné provést CT a MR vyšetření.
R3:
Pro péči o imobilního obézního pacienta by byl potřeba statnější personál než jen sestřičky. Sestry, které se staraly o mě, měly třeba o 100 kg méně než já.
R4:
Dlouho jsem čekal v sanitce, než se pro mě uvolnila postel na míru, kterou mi museli sehnat. Tato postel byla opravdu pohodlná, ale měl jsem ji pouze při jedné hospitalizaci.
Vůbec mě nepolohovali. Ležel jsem jen na zádech, pohyb jsem měl úplně minimální. Aby mě mohli polohovat, potřebovali by spíš jeřáb. Fyzioterapeut za mnou přišel až před propuštěním z hospitalizace.
Kuriózní byl přístup sester k podávání nutridrinků – bylo mi oznámeno, že jsou velmi drahé a mohu dostávat tedy pouze jeden za den.

Zdroj: vlastní

Druhá výzkumná otázka se zabývá materiálním a personálním zajištěním oddělení IP pro péči o obézní pacienty. R1 má odlišné zkušenosti s personálním zajištěním ze dvou různých oddělení IP. Na ARO, kde aktuálně pracuje, má zkušenost se spolehlivou a vždy

dostupnou výpomocí sanitáře při manipulaci s pacientem. Na chirurgické JIP, kde byla zaměstnaná v minulosti, sanitář často k dispozici nebyl, a musela v takových případech s obézním pacientem manipulovat sama (v úkonech ošetrovatelské péče, které nemohly být odloženy na později). Kromě pomoci sanitářů si navzájem vypomáhají s ostatním ošetřujícím personálem na oddělení. R2 také popisuje vzájemnou výpomoc od ostatního ošetřujícího personálu na oddělení. Zmiňuje však, že je kolikrát nutné čekat, až bude mít alespoň polovina oddělení hotovou svou práci, aby mohla přijít pomoci s obézním pacientem. Říká, že na pomoc sanitářů je rovněž někdy nutné čekat. Zažila i situaci, při které sanitáři v noci dorazili až po dvou hodinách od přivolání a věří, že se zdrželi pouze proto, že se jim nechtělo přijít.

R1 i R2 popisují možnost si na své oddělení vypůjčit bariatrickou postel, která je k dispozici např. jedna na pavilonu (v případě výpovědi R1). Obě však také zmiňují nutnost v některých případech improvizovat nad rámec standardních postupů či bezpečnosti pacienta – položením horních končetin pacienta na přisunuté stolečky k posteli nebo sejmutí postranic postele – a to většinou v situacích, kdy pacientova hmotnost splňuje hmotnostní limit běžného lůžka, které mu však nevyhovuje rozměry. R2 také říká, že nevýhodou bariatrické postele je absence antidekubitní matrace. Matraci bariatrické postele popisuje jako molitanovou. Problémem antidekubitních matrací na běžných lůžkách je dle R2 jejich nesprávná funkčnost v případě využití pro pacienty, kteří se svou hmotností blíží k limitu jejich použití. R2 také upozorňuje na nedůvěru personálu ve využívání některých pomůcek a přístrojů s omezeným hmotnostním limitem pro péči o obézní pacienty. Přestože limit svou vahou nepřekročí, ošetřující personál se obává možného selhání pomůcky a zranění pacienta. Na druhou stranu však R2 uvádí, že její oddělení disponuje dostatečným množstvím různých polštářů a podobných pomůcek sloužících k polohování obézních pacientů. Jako velkou pomoc vnímá tzv. banana slide neboli posuvnou podložku využívanou k manipulaci s pacientem.

Jako nedostačující popisuje množství oděvů pro obézní pacienty. Někdy není adekvátně velké oblečení k dispozici a musí pacienta obléci do jednorázového empíru, který je však neprodyšný a nevhodný k prevenci zapařenin. Jako problematické vnímá také využití rehabilitačního motomedu pro morbidně obézní pacienty, který není uzpůsoben konstituci a rozměrům jejich dolních končetin a při použití může způsobovat nefyziologické pohyby nohou a tím pacienty poškodit. Popisuje také možnou nespolehlivost neinvazivního měření krevního tlaku obézních pacientů způsobenou kuželovitým tvarem paže pacienta, který vede

k těsnosti manžety na proximální straně a velké netěsnosti na distální straně paže. R1 a R2 poukazují na komplikace související s nedostačující délkou jehly pro zavádění CŽK. R2 se zmiňuje i o situacích, kdy nebylo možné některým obézním pacientům provést vyšetření CT a MR z důvodu nedostačujících rozměrů těchto přístrojů.

Problematika materiálního a personálního zajištění oddělení IP pro péči o obézního pacienta je tématem diskutovaným spíše ošetřujícím personálem, pacienti samotní jej však také mohou vnímat. R3 si při pobytu na JIP všiml potřeby zapojení dalšího „statnějšího“ personálu do péče o imobilního obézního pacienta. R4 měl při jedné z hospitalizací zkušenost s delším čekáním ve voze záchranné služby před tím, než mu bylo ve zdravotnickém zařízení uvolněno a přistaveno bariatrické lůžko. Pochvaloval si však jeho pohodlnost. Při druhé hospitalizaci byl uložen na běžné lůžko a vnímal rozdíl mezi těmito lůžky. Zmiňuje, že při jedenáctidenní hospitalizaci na JIP nebyl téměř vůbec polohován. Ležel jen na zádech a pohyb měl pouze minimální. Fyzioterapeut ho navštívil až před jeho propuštěním z JIP. R4 říká, že to však personálu nemá za zlé, že sám by s pacientem jeho váhy nechtěl manipulovat. Jako kuriozitu spojenou s výživou R4 uvádí zkušenost s podáváním „nutridrinků“ (tzn. nutričně vyvážené tekuté výživy). Bylo mu ošetřujícím personálem sděleno, že „nutridrinky“ jsou velmi drahé a na daném oddělení vzácné, a proto mu bylo umožněno dostávat pouze jeden na den.

Tabulka 6 Výzkumná otázka č. 2 – 2. část

Jak vnímáte informovanost ošetřujícího personálu o specifikách péče a komunikace s obézním pacientem? Ocenili byste možnost školení nebo jiné formy zvýšení informovanosti v tomto tématu?
R1:
Školení o péči o obézního pacienta jsme neměli ani v rámci studia na vysoké škole (dále jen VŠ), ani v rámci zaměstnání.
Bylo by dobré zařadit do studia na VŠ praktický nácvik péče o obézního pacienta.
S riziky souvisejícími s péčí o obézního pacienta seznámena jsem.
Přesnou nosnost běžných nemocničních lůžek si nejsem jistá, ale jsou to docela velké nosnosti.
Ze začátku práce na JIP jsem měla potíže v komunikaci s obézními pacienty. Měla jsem obavy, abych se jich nechtěně nedotkla. Nesetkala jsem se však s žádným přecitlivělým obézním pacientem ani takovým, který by dával najevo, že se mu jednání personálu nelíbí.
Mnoho obézních pacientů o své váze otevřeně vtipkuje – v rámci nějakého obranného mechanismu.
V nemocnici se komunikace s obézními nebojím. Obavy mám spíše z komunikace se svými blízkými, kteří trpí obezitou.

R2:
Určitě si nemyslím, že já ani kolegové známe vše, co by bylo vhodné vědět k péči o obézního pacienta. Proškolení v rámci péče o obézního pacienta jsme nebyli.
Všichni máme znalost některých základních záležitostí (např. že je třeba dbát zvýšené důkladnosti při udržování pokožky v čistotě a suchu).
Řekli mi, že jako žena nemáš zvedat víc jak nevím kolik kg, ale pacient není břemeno, a tak ho zvednout musím.
Školení bych uvítala, konkrétně v tématu, na co si dávat pozor v péči o obézního pacienta na JIP.
Obávám se, že ne všichni by takové školení ocenili a chtěli se vzdělat.
Na oddělení jsou i sestry (především starší), které odmítají pracovat s novými pomůckami a neakceptují novinky. Raději se sedrou.
Máme však naopak na oddělení sestry, které se z vlastního zájmu vzdělávají např. v tématu hojení ran.
Uvítala bych, kdybychom na oddělení měli aspoň jednoho člověka, který by měl v tomto tématu větší přehled.
Také bych ocenila, kdyby byly speciální pomůcky pro bariatrické pacienty umístěny na jednom místě v nemocnici a byli bychom o tom dostatečně informováni.
Komunikace s obézním pacientem pro mě není nijak výrazně náročnější. Pouze si dávám víc pozor na pus, abych neřekla něco nevhodného, co by mohl pacient pochopit jako narážku na svou váhu.

Zdroj: vlastní

Zkoumali jsme, jaký je názor R1 a R2 na informovanost a proškolenost ošetřujícího personálu na JIP v péči o obézní pacienty včetně komunikace s nimi. R1 říká, že žádné školení týkající se péče o obézního pacienta neměla v rámci studia na VŠ ani v rámci zaměstnání na oddělení IP. Podotýká, že by bylo dobré takové školení do studia na VŠ (obor všeobecné ošetřovatelství) zahrnout, a to především formou praktického nácviku péče o obézního pacienta. Udává, že rizika související s péčí o obézního pacienta zná díky vlastní iniciativě a samovzdělávání. Zmiňuje však, že si není jistá např. přesnou nosností běžných nemocničních lůžek. Popisuje, že v začátcích svého pracovního působení na JIP měla určité potíže v komunikaci s obézními pacienty. Měla obavy, aby se jich nechtěně „*nedotkla*“. Nasetkala se však s žádným obézním pacientem, který by dal najevo, že by vnímal její komunikaci jako nevhodnou nebo nepříjemnou. Naopak se setkává s vtipkováním obézních pacientů o své vlastní váze, což přičítá obrannému mechanismu pacientů. Obtíže v komunikaci s obézním pacientem dnes už v rámci své práce ve zdravotnickém zařízení nemá, má však obavy z komunikace o tématu obezity se svými blízkými, kteří obezitou trpí.

R2 vnímá mezery u sebe i svých kolegů ve znalostech týkajících se specifik ošetřovatelské péče o obézního pacienta. Udává, že žádné školení o péči o obézní pacienty v rámci svého zaměstnání na JIP neabsolvovala. Popisuje, že ona i její kolegové mají určité

základní znalosti o specifických péče o tyto pacienty jako např. nutnost zvýšené opatrnosti při udržování pokožky pacienta v čistotě a suchu. Také zmiňuje, že dostala informaci, že přestože ženy mohou dle zákona zvedat maximálně 20 kg, tak se toto omezení nevztahuje na pacienty („*pacient není břemeno*“). Tato informace však není správná, dle platné legislativy pacient je živým břemenem (Nařízení vlády č. 361/2007 Sb., 2007). R2 by školení týkající se specifík péče o obézní pacienty uvítala, vidí však problém v nedostatku zájmu u některých kolegů. Poznává, že jsou na jejím oddělení i sestry (především staršího věku), které neakceptují novinky v procesu péče a odmítají pracovat s novými pomůckami, přestože by jim velmi usnadnily práci. Říká, že některé sestry se raději fyzicky sedí, než aby přijaly nové postupy. Na druhou stranu se však zmiňuje o sestřích, které se z vlastního zájmu vzdělávají v různých okruzích ošetrovatelské péče, např. v péči o rány. R2 by uvítala možnost mít na oddělení alespoň jednoho zaměstnance, který by měl větší přehled v péči o obézní pacienty. Ocenila by, kdyby byly speciální pomůcky pro obézní pacienty ve zdravotnickém zařízení umístěny na jednom místě a kdyby o tomto místě a pomůckách byl personál dostatečně informován. Komunikaci s obézními pacienty nevnímá jako nijak výrazně náročnější než komunikaci s neobézními. Dává si pozor, aby nevyslovila před obézním pacientem nic nevhodného nebo něco, co by si pacient mohl vzít osobně a co by mohl pochopit jako nevhodnou narážku na svou hmotnost.

9.1.3 Výzkumná otázka č. 3

V čem může být hospitalizace obézního pacienta v IP podnětem pro jeho sebereflexi a motivaci ke změně pro zdravější životní styl?

Pro třetí výzkumnou otázku jsme opět vytvořili dvě podotázky. První (Tabulka 7) se týká uvědomování si souvislostí obezity se zdravotními komplikacemi a hospitalizací jako předpokladu pro možnost sebereflexe. Druhá podotázka se věnuje motivaci obézních pacientů na JIP ke změně životního stylu (Tabulka 8).

Tabulka 7 Výzkumná otázka č. 3 – 1. část

Uvědomují si obézní pacienti hospitalizovaní na JIP souvislost obezity s touto hospitalizací a zhoršeným zdravotním stavem? (Pokud taková souvislost existuje.)
R1:
Myslím, že snad není možné, aby si obézní pacienti neuvědomovali souvislost s obezitou a komplikacemi, kvůli kterým byli na JIP hospitalizováni.
Sama zkouším s obézními pacienty téma změny životního stylu řešit, ale určitě už to s nimi probíralo mnoho jiných lidí přede mnou.
Věřím tomu, že ti pacienti to moc dobře ví.

Otázkou je, proč tedy principy zdravého životního stylu nedodržují. Nemají motivaci? Možná to začíná již výchovou v dětství.
R2:
Pacienti, obézní i neobézní, se často ptají, jak se jim aktuální zdravotní stav přihodil. Diví se. Myslím, že si souvislosti sami většinou neuvědomují.
Někteří jsou ze sociálně horšího prostředí, špatně edukovaní. Závisí to také na rodině, ze které pochází. Někteří jsou na tom mentálně hůř nebo mají psychickou poruchu. Asi má jejich psychický stav vliv na to, že nedbají o zdravý životní styl a neumí si s tím poradit.
Často mají pocit, že jejich chování nebude mít závažné důsledky.
Pak se dostanou na JIP, na pokraj života a smrti a je to pro ně tvrdé vystřízlivění.
U některých obézních pacientů je vidět, že díky komunikaci s lékařem se nad sebou na chvíli zamyslí a stydí se.
R3:
Moje hospitalizace na JIP s obezitou nesouvisí. Byl jsem hospitalizován z důvodu operace nádoru v hlavě.
Podle lékařů by mohl být ten nádor příčinou obezity.
Obezitu mám poslední tři roky. Měl jsem úraz (zlomeniny žeber) a od té doby se mi začaly střídat různé nemoci. Byl jsem pak rok a půl doma a po tu dobu jsem se jen krmil a neměl jsem žádný pohyb.
Před úrazem jsem měl úplně krásných 110 nebo 115 kg.
R4:
Obezita k mé hospitalizaci na JIP skoro určitě vedla.
To tělo není v dobrém stavu, všechny orgány mají několikanásobně vyšší práci a nemůžou zdravě fungovat.
Obezita je faktor, který zvyšuje rizika skoro všeho.
Růže, která se mi původně stala, ta s tím asi nesouvisela.
Obezita určitě ničemu nepomáhá, u mě to tedy asi nebyl tehdy ten úplně primární důvod hospitalizace, ale bylo to možná špatnou životosprávou, která s tím samozřejmě souvisí.

Zdroj: vlastní

Pokud by měla být hospitalizace na JIP a ošetrovatelská péče s ní související podnětem k sebereflexi a motivaci obézního pacienta ke změně životního stylu, je v první řadě vhodné, aby si daný pacient uvědomoval souvislosti mezi obezitou a zhoršeným zdravotním stavem (pokud taková souvislost existuje). Bylo tedy zjišťováno, jestli k tomuto uvědomění dochází. R1 si myslí, že snad není možné, aby si tuto souvislost obézní pacienti neuvědomovali. Je si jistá, že s pacienty o tématu obezity, životního stylu a zdravotních komplikací hovořilo mnoho lidí již před jejich hospitalizací. Věří tedy tomu, že si tyto souvislosti pacienti velmi dobře uvědomují. Sama sebe se táže, proč tedy svůj zdravotní stav tyto obézní pacienti nechali zajít tak daleko, že museli být hospitalizováni na JIP. Uvažuje nad možností absence motivace a počátkem vzniku problému již během výchovy v dětství. R2 popisuje spíše zkušenosti, ve kterých si obézní pacienti souvislosti mezi obezitou a svým zhoršeným zdravotním stavem neuvědomují. Určitou sebereflexi vidí na některých

pacientech po konverzaci s lékaři, kteří s nimi toto téma otevrou. R2 uvažuje nad vlivem špatné edukace a sociálního prostředí, ze kterého tito pacienti pochází. Stejně jako R1 vidí význam v ovlivnění rodinou pacienta. Říká také, že někteří obézní pacienti „*Jsou na tom mentálně hůř, nebo mají psychickou poruchu*“. Vnímá vliv jejich psychického stavu na nedbalost ke svému životnímu stylu a neschopnost si lépe ve své situaci poradit. Popisuje také naivní postoj obézních pacientů, který vede k absenci strachu ze závažných důsledků svého jednání. Podle R2 však pro pacienty může být následná hospitalizace na JIP a stav na pokraji života a smrti tvrdým vyzrání.

R3 nejdříve udává, že jeho hospitalizace na JIP s obezitou nesouvisela. Dle jeho slov byla hospitalizace způsobena nutností absolvování neurochirurgického zákroku, konkrétně resekce adenomu hypofýzy. Následně však připouští souvislost mezi nádorem a obezitou ve smyslu nádoru jako možné příčiny obezity. Svou obezitu vnímá také jako následek předchozí fraktury žeber. Popisuje, že musel být po úrazu rok a půl doma a říká: „*Po tu dobu jsem se jen krmil a neměl jsem žádný pohyb*“. Podle své výpovědi tento úraz chápe jako příčinu všech svých následujících zdravotních obtíží včetně obezity. R4 říká, že obezita k jeho hospitalizaci na JIP vedla téměř určitě. Uvědomuje si, že tělo obézního člověka není v dobrém stavu a všechny orgány musí vykonávat několikanásobně vyšší práci a nemohou zdravě fungovat. Říká, že obezita je faktor zvyšující rizika skoro všeho. Hospitalizován na JIP byl pro vznik septického stavu po rozvoji erysipelu, který dle něj asi s obezitou nesouvisel. Svůj pohled tedy shrnuje tak, že obezita u něj asi nebyla primárním důvodem hospitalizace, ten ale byl možná způsoben špatnou životosprávou, která s obezitou také souvisí.

Tabulka 8 Výzkumná otázka č. 3 – 2. část

Je možné považovat hospitalizaci na JIP za podnět pro změnu životního stylu obézního pacienta? Co může obézní pacienty na JIP motivovat v zamýšlení nad změnou životního stylu?
R1:
Věřím tomu, že hospitalizace na JIP bývá pro některé obézní pacienty podnětem pro změnu životního stylu.
Samotná hospitalizace na JIP musí být pro pacienty, především pro pacienty bez předchozích závažných zdravotních komplikací, velkým šokem a může být sama o sobě motivací pro nějakou změnu v životě daného člověka.
Sama zkouším s obézními pacienty téma jejich životního stylu a obezity nějak řešit.
Každý malý čin může mít velké dopady, a tak doufám, že to některým pacientům pomohlo.
Zároveň si myslím, že je to velmi komplexní problém, začínající v dětství. Záleží také na tom, z jaké rodiny člověk pochází.

Důležité je však včasné podchycení problému před jeho rozvinutím, které by mělo příslušet praktickému lékaři.
R2:
Pokud má obézního pacienta něco motivovat ke změně životního stylu, tak je to právě ta hospitalizace na JIP samotná. Kritický stav a hranice života a smrti, na které se nachází, by jim měly otevřít oči.
Kolikrát je vidět, že se nad sebou zamýšlí. Řeknou, že se svým zdravotním stavem chtějí něco dělat.
Nemáme však zpětnou vazbu, jak si vedou po propuštění z nemocnice, nevíme, zda opravdu nějaké změny ve svém životním stylu udělali. Nemůžeme je úplně ovlivnit a dbát na to, jak se následně začlení do života.
Snažíme se pacienty motivovat a zároveň je edukovat, včetně edukace jejich rodiny. Mnoho z nich má špatné informace a přesvědčení o zdravém stravování.
Širší edukace a předávání informací (např. kontaktů na konkrétní odborníky – nutriční terapeutky, obezitology apod.) by mělo být uskutečněno spíše na standardním oddělení.
Na JIP na to není moc prostor. Řešíme jejich aktuální život ohrožující stav.
Určitý problém může způsobovat nemocniční strava, není vždy možné pacientovi podávat stravu, která by byla vhodná pro úpravu váhy. Někteří pacienti si pak vyvozují nesprávné závěry o podobě vhodného stravování.
R3:
Pravidelný pohyb po propuštění z nemocnice plánuji. Zhubnout bych chtěl, ale už nechci zkoušet žádné speciální diety.
V minulosti ode mě byla snaha o snížení váhy. Ale shodil jsem třeba pět kg a poté sedm nabral. A takhle se to opakovalo. Měl jsem i krabičkovou stravu a stejně to nefungovalo.
Hospitalizace pro mě asi nebyla motivací ke změně životního stylu nebo k přístupu k mé váze.
Přístup sester na JIP nebyl nijak zvlášť motivující.
Lékaři mi řekli, že by ten nádor mohl mít vliv na obezitu. Tak snad ta váha nyní, po vyndání nádoru z hlavy, půjde dolů.
R4:
Personál na JIP byl hodně podporující. Měl jsem většinou štěstí na sestry, takové mateřské typy. I sanitáři byli v pohodě.
Když jsem byl hospitalizovaný na JIP, byl jsem stoprocentně přesvědčený, že po propuštění z nemocnice půjde váha rychle dolů. Cítil jsem motivaci.
Vydržel jsem však v nějakém režimu jen 14 dní. Nevyhledal jsem včas pomoc a sám jsem nebyl schopný to dokázat, a tak ta původní motivace v tu chvíli nikam nevedla.
V poslední době jsem vyhledal pomoc výživových poradců, psychologa a terapeuta v rámci závislostní kliniky (jedná se o přístup založený na KBT) a daří se mi s obezitou něco dělat.
Znalost teorie zásad výživy sama o sobě nestačí. Převést teorii do praxe a vydržet je o hodně těžší.
Jedná se o závislost jako každou jinou.

Zdroj: vlastní

R1 i R2 sdílí názor, že už samotná hospitalizace obézního pacienta na JIP pro něj bývá, resp. může být podnětem a motivací ke změně životního stylu. R1 mluví především o pacientech bez předchozích závažných zdravotních komplikací a věří, že pro ně musí být

tato hospitalizace velmi šokující a motivační. R2 takto vnímá nejen přímo hospitalizaci, ale konkrétně stav na hraně mezi životem a smrtí, kterým mnozí pacienti na JIP prochází. R2 má zkušenosti s obézními pacienty, kteří se na JIP viditelně zamýšlí nad svým zdravotním stavem a mají motivaci se o své zdraví starat. Zároveň si je R2 vědoma, že ošetřující personál na JIP nemá téměř nikdy žádnou zpětnou vazbu a nedozví se, jak propuštění pacienti žijí a zda se o svůj zdravotní stav a životní styl opravdu začali aktivně zajímat. Říká, že ošetřující personál nemůže zcela ovlivnit, jak se pacienti následně začlení do života. R1 i R2 popisují, že se snaží s obézními pacienty mluvit o tématu životního stylu a obezity, snaží se je edukovat (včetně rodiny pacienta). R2 má zkušenosti s mnohými pacienty a jejich rodinami, které mají nesprávné informace a přesvědčení o principech zdravého stravování. Zmiňuje však, že i nemocniční strava může způsobovat určitý problém v přesvědčení pacientů o vhodné stravě, protože není vždy možné podávat pacientovi takovou stravu, která by byla vhodná pro úpravu jeho váhy. Výběr stravy je ve zdravotnických zařízeních omezený a zároveň při volbě konkrétní stravy pro daného pacienta hrají roli i další faktory jeho zdravotního stavu, tedy nejen obezita, ale např. také hypokalémie a další. Pacienti si proto někdy mohou vyvodit nesprávné závěry o podobě vhodného stravování.

R1 věří, že každý malý čin může mít velké dopady a že tedy i její snaha a konverzace s obézními pacienty na JIP mohla některým z nich pomoci. Zároveň si myslí, že toto téma je velmi komplexním problémem, který má své prvopočátky již v dětství člověka a záleží na tom, z jaké rodiny člověk pochází. Zastává názor, že je důležité především včasné podchycení problému obezity před jeho plným rozvinutím, což by dle R1 mělo příslušet praktickému lékaři. R2 si myslí, že širší edukace a předávání dalších informací (např. kontaktů na konkrétní odborníky – nutriční terapeutky, obezitology apod.) by mělo být prováděno spíše na standardních odděleních. Dle jejích slov na to není na JIP při řešení aktuálního život ohrožujícího stavu pacienta moc prostor.

R3 udává, že pro něj hospitalizace ani přístup ošetřujícího personálu na JIP nebyly nijak zvlášť motivující. Říká však, že by rád po propuštění z nemocnice zhubnul a má v plánu do svého životního stylu zařadit pravidelný pohyb. Zmiňuje se ale, že nechce (po předchozích negativních zkušenostech s tzv. krabičkovou stravou a jo-jo efektem) aplikovat žádné speciální diety. Pozitivně vnímá především sdělení lékařů, které poukazuje na možnost vlivu nádoru na rozvoj obezity, a tedy naděje na samovolný pokles váhy po jeho resekci. R4 naopak vnímal přístup personálu na JIP jako hodně podporující. Říká, že měl většinou štěstí na sestry a popisuje je jako mateřské typy. Vzpomíná, jak během hospitalizace

cítil velkou motivaci pro snížení své hmotnosti a byl naprosto přesvědčen, že po propuštění z nemocnice se mu podaří dosáhnout rychlého poklesu váhy. Ve zdravějším režimu však vydržel přibližně jen dva týdny. Vidí problém v tom, že nevyhledal včas pomoc odborníků a samotný nebyl schopný ve změně životního stylu vytrvat. Původní motivace, kterou na JIP prožíval, tedy zmizela. V poslední době však dle svých slov vyhledal pomoc jak nutričních terapeutů, tak pomoc psychologa a terapeuta v rámci závislostní kliniky a díky této komplexní pomoci se mu daří dosahovat cílených změn. Přirovnává problematiku obezity k problematice závislostí. Říká: „*Jedná se o závislost jako každou jinou.*“ Poznal, že např. teorie zásad zdravé výživy je sice důležitým základem, ale sama o sobě ke změně nestačí a převést teorii do praxe a vydržet je o mnoho náročnější. Má pozitivní zkušenosti s terapií založenou na principech KBT.

9.1.4 Výzkumná otázka č. 4

Jaký máte postoj k možnosti zařazení a využití psychologické/psychoterapeutické péče o obézního pacienta v IP? Vyžaduje psychický stav pacienta psychologickou/psychoterapeutickou péči?

Ke čtvrté výzkumné otázce jsme vytvořili dvě tabulky (Tabulka 9, Tabulka 10) První se věnuje psychickému stavu a emocím, které prožívají obézní pacienti na JIP. Druhá tabulka se zabývá tématem využití psychologické/psychoterapeutické péče obézními pacienty na JIP.

Tabulka 9 Výzkumná otázka č. 4 – 1. část

Jak obézní pacienti prožívají hospitalizaci na JIP po psychické stránce?
R1:
Nám jako ošetřujícímu personálu někdy připadá, že dvou až tří denní hospitalizace je chvilka a nemá na psychiku pacienta žádný vliv. Pacientovi se to však může jevit úplně jinak.
Co se týká pocitů trapnosti a studu – obézní pacienti většinou nepůsobí, že by je takové pocity na JIP trápily. Záleží ale spíš na povaze konkrétního člověka.
R2:
Pobyt na JIP je dost náročný sám o sobě.
Přestože se někteří pacienti v nemocnici cítí jako ryba ve vodě, mnoho pacientů pobyt na JIP psychicky nezvládá dobře.
Vliv na nepříjemné pocity pacientů má určitě větší množství pacientů v jedné místnosti, nemožnost zajištění klidu, ticha a tmy v noci a také nedostatek vnějších vizuálních stimulů.
Pacient vnímá např. rozruch, když se na oddělení odehrává něco nestandardního, když jiný pacient křičí nebo když pípají přístroje. Pacient vnímá jen útržky, situaci nerozumí a může být kvůli tomu vyděšený a nešťastný.

Pacientům, kteří dlouhodobě užívají psychiatrickou medikaci, bývá někdy tato medikace vysazena či je změněno dávkování, což nemusí mít pozitivní vliv na jejich psychický stav.
Většinou na oběžných pacientech není znát, že by je trápily pocity studu. V některých případech jsem to však zaznamenala. Např. když bylo nutné cévkovat oběžní pacientku za pomoci většího množství personálu včetně sanitářů.
R3:
Samotné prostředí JIP má velký vliv na psychiku.
Já jsem se při pobytu na JIP jakoby vypnul. Nic mě nezajímalo. Nechtěl jsem vnímat okolí. Jakoby jsem si to vygumoval, že to tam prostě není.
Na JIP jsem se necítil moc dobře. Připadal jsem si, jako kdyby mě brali jako kus, přestože to nedávali znát napřímo. Na standardním oddělení jsem cítil více lidskosti.
Prostředí JIP jsem nezvládal dobře. Vadilo mi hlučné, nepříjemné až vulgární chování některých pacientů.
Chyběla mi možnost svobodného pohybu.
I s ošetřujícím personálem došlo k nepříjemným situacím, cítil jsem hrozné dusno.
Přesunutí na standardní oddělení pro mě znamenalo opětovné „nastřelení“ do života.
R4:
Prostředí na JIP je velmi stereotypní a pokud je pobyt dlouhý, tak už to samo o sobě je velmi náročné.
Měl jsem velké obavy, že na mě bude personál nepříjemný kvůli mé váze.
Kvůli svému vzhledu a obezitě jsem měl velmi nepříjemné pocity, především v situacích souvisejících s nahotou a vyprazdňováním. Některé situace byly extrémně nepříjemné.
Měl jsem velké potíže se spánkem, nemohl jsem téměř vůbec usnout a byl jsem velmi vyčerpaný.
Mezi další nepříjemné zážitky patřilo např. mlžení masky NIV a hadice nevhodně obmotané okolo krku, nemožnost se jakkoliv obléci při přecházení celého oddělení při cestě na toaletu, vyprazdňování na toaletě ve stejné místnosti, kde bylo uloženo mrtvé přikryté tělo.

Zdroj: vlastní

Pomocí čtvrté výzkumné otázky jsme zkoumali postoje respondentů k možnosti využití psychologické/psychoterapeutické péče v IP. Nejdříve jsme zjišťovali, jak oběžní pacienti prožívají hospitalizaci na JIP po psychické stránce. R1 říká, že ošetřujícímu personálu někdy připadá např. dvou až třídní hospitalizace jako krátká doba, která by neměla mít na pacientovu psychiku nějaký zásadní vliv. Uvědomuje si však, že pro pacienta i krátká hospitalizace může být velkým zásahem do jeho psychického stavu. R2 považuje pobyt na JIP za značně náročný sám o sobě. Setkává se s některými pacienty, kteří se v nemocnici cítí jako ryba ve vodě, mnoho pacientů však dle jejích slov nezvládá pobyt na JIP dobře. Příčinu přisuzuje např. většímu množství pacientů v jedné místnosti, nemožnosti zajištění klidu, ticha a tmy v nočních hodinách a také nedostatku vnějších vizuálních stimulů. Další faktor zhoršeného psychického stavu pacientů vidí R2 v situacích, kdy pacient vnímá rozruch, stres a shon při péči o jiné pacienty. Pacient může vnímat útržky rozhovorů personálu, nerozumí nestandardním situacím a může být vyděšený. Říká také, že některé

pacienty dokáží velmi silně rozhodit i zvukové signály různých přístrojů. Poznává, že psychický stav některých pacientů na JIP může ovlivnit i vysazení nebo změna dávkování jejich dlouhodobé psychiatrické medikace.

R3 říká, že samotné prostředí JIP má velký vliv na psychiku pacienta. Na JIP se po psychické stránce necítil moc dobře. Připadal si ošetřujícím personálem vnímaný jako „kus“, přestože to ošetřující personál nedával přímo najevo ve smyslu projevů nějaké našťvanosti. Neměl ani dojem, že by svou přítomností na oddělení personálu překážel. Dodává ale, že na standardním oddělení cítil více lidskosti a zájmu. Na JIP mu chyběla možnost svobodného pohybu a vadilo mu hlučné, nepříjemné až vulgární chování některých pacientů. Mluví i o určitých nepříjemných situacích, ke kterým došlo a při kterých cítil „dusno“, např. poté, co kouřil z okna na oddělení. Také vzpomíná na situaci, kdy byl rozporuplně informován o pokračování ve sběru moči a poté mu bylo vyčteno, že sbírat moč přestal. Opakuje, že měl z JIP zvláštní a divné pocity. Popisuje, že se při pobytu na JIP „*jakoby vypnul*“. Říká, že ho nic nezajímalo a nechtěl vnímat okolí. „*Jakoby jsem si to vygumoval, že to tam prostě není,*“ vysvětluje. Po přesunutí na standardní oddělení prožíval opětovné „*nastřelení do života*“. R4 popisuje prostředí na JIP jako velmi stereotypní, což je při dlouhé hospitalizaci samo o sobě náročné. Měl velké obavy z nepříjemného jednání personálu z důvodu své hmotnosti. Tyto obavy se, jak je zmíněno výše, nenaplnily. Měl také velké potíže se spánkem, nemohl téměř vůbec usnout, a pokud usnul, tak s absencí hlubokého spánku. Byl tedy velmi vyčerpaný. K negativním pocitům také přispívala nepříjemně umístěná hadice od High flow. R4 říká, že ji měl delší dobu omotanou okolo krku a za hlavou a následně zjistil, že ji bylo možné jednoduše přemístit tak, aby to pro něj nebylo nekomfortní. Také udává, že mu „*padala na hlavu*“. Mluví i o dalších kabelech, které se přes něj různě křížily, vedly zleva doprava a naopak, což mu způsobovalo diskomfort.

R1 a R2 se v tématu prožívání studu a trapnosti obézních pacientů na JIP shodují, že na nich většinou nejsou takové pocity znát a nevypadají, že by je tyto pocity trápily. R1 si myslí, že záleží na povaze konkrétního člověka, a tedy to nelze generalizovat. R2 však poznává, že v některých situacích stud u obézních pacientů zaznamenala. Mluví konkrétně o obézní pacientce, která stud projevovala při zavádění PMK v souvislosti s nutností zapojení většího množství personálu včetně sanitářů (mužského pohlaví). R4 popisuje, že prožíval extrémně nepříjemné pocity v situacích souvisejících s nahotou a vyprazdňováním a sám udává, že tyto situace prožíval jako velmi nepříjemné právě kvůli

uvědomování si své hmotnosti a vzhledu. Jeho obavy z vyprazdňování při nemožnosti si dojit na toaletu vedly dokonce k tomu, že se před hospitalizací na JIP tajně „nadávkoval“ Imodiumem a kvůli tomu se šest dní nemusel vyprazdňovat. Uznává, že to nebyl rozumný čin, ale udělal to ze strachu z nepříjemných prožitků a studu. Při hospitalizaci na jiném oddělení JIP mu bylo umožněno dojit si na toaletu. Bylo mu však znemožněno se jakkoliv obléci, ošetřující pracovníce mu dle jeho výpovědi řekla: „*Prosím vás, nezdržujte. Tady na vás není nikdo zvědavý, dojděte tam takhle,*“ a tak musel jít nahý přes celou chodbu oddělení, což mu způsobovalo velmi nepříjemné pocity spojené se studem za svůj vzhled, neměl ve svém stavu však sílu se ohradit. Další nekomfortní situace nastala, když šel na toaletu, kde v druhé části místnosti leželo mrtvé přikryté tělo. R4 říká, že šlo o tělo zemřelého pacienta, který byl před smrtí na lůžku vedle něj. R4 po jedenácti dnech na JIP podepsal negativní reverz a opustil zdravotnické zařízení. Popisuje, že asi den před propuštěním na něj jedna sestra po shlédnutí hodnoty saturace (která byla 92 %) křikla „*Koukejte dýchat, když chcete jít domů*“. R4 to chápe tak, že se jí asi dotklo, že podepsal negativní reverz a chce jít domů. Vycítil, že některý ošetřující personál si může myslet, že si pacient podepisující reverz neváží jeho pomoci a péče. Vzpomíná také na další nepříjemnou situaci, kdy na něj při ranní hygieně sestra „*hodila mokrý hadr*“ a řekla mu, ať se umyje. Následně přišla po deseti minutách s omluvou a působila, že ji to mrzí. R4 říká, že to však byly jedny z velmi mála špatných zkušeností s jednáním personálu.

Tabulka 10 Výzkumná otázka č. 4 – 2. část

Jaký máte postoj k využívání psychologické/psychoterapeutické péče a podpory obézním pacientům v prostředí JIP?
R1:
Taková možnost by byla určitě užitečná, pokud by byla nějak oficiálně dobře zakomponovatelná do péče (např. v rámci psychologického konzilia).
Problémem je, konkrétně na chirurgické JIP, že chirurgové a ortopedi se většinou věnují jen konkrétnímu problému ze svého oboru a většinou se nenajde nikdo, kdo by nějak řešil celkový stav pacienta, natož jeho psychiku.
Vnímám, že v tom je úloha sestry/záchranáře – být v tomto „advokátem“ pro pacienta. Navrhovat lékařům psychiatrické/psychologické konzilium, když vidíme, že by to pacient potřeboval.
U nás již funguje systém péče krizových interventů, což vnímám jako velmi užitečné (např. při komunikaci s rodinou při předávání pozůstalosti). Kéž bychom je využívali více, člověk si na to často nevzpomene.
Psychologickou/psychoterapeutickou péči by měl ale primárně doporučovat praktický lékař.
R2:
Měli bychom více dbát na psychologickou pomoc pacientům. Nebylo by od věci, kdyby byl psycholog k dispozici a mohl si s pacienty promluvit.

Na naše oddělení psycholog někdy za pacienty dochází, ale je vidět, že má málo času. Někdy působí nervózně z toho, že nestíhá péči o další pacienty.
Pacienti se často ostýchají s psychologem mluvit. Někteří k tomu potřebují více povzbudit, na to ale často není prostor.
Starší generace pacientů (nad 60 let věku) většinou pomoc psychologa odmítá, považují to za projev slabosti.
Zároveň je spousta pacientů, kteří by si rádi jen popovídali, nebo si vyřešili nějaké problémy. Máme k dispozici také krizové interventy, kteří dokážou velmi hezky s pacienty mluvit a pomoci.
Pomáhají také při komunikaci s rodinnými příslušníky při předávání pozůstalosti.
Mnohým psychickým problémům by se dalo předejít včasnou psychologickou péčí.
R3:
Určitě by taková možnost byla dobrá v případech závažnějších stavů, kdy člověk musí myslet na svůj zdravotní stav a ještě vnímá okolní prostředí JIP.
Bylo by vhodné, kdyby existoval někdo, kdo by mezi pacienty chodil a povídal si s nimi.
R4:
Možnost využití psychologické/psychoterapeutické péče by určitě byla přínosná (v případě, že je pacient schopný komunikovat).
Pacient na JIP může mít často pocit, že si musí nějak pomoci sám.
Tato péče by mohla pomoci i předcházení hodně reverzům.
Mám k tomuto tématu pozitivní postoj i díky svým osobním zkušenostem s psychologickou/psychoterapeutickou péčí z mimonemocničního prostředí.

Zdroj: vlastní

Zkoumali jsme, jaké jsou postoje respondentů k poskytování psychologické/psychoterapeutické péče obézním pacientům při vědomí hospitalizovaným na JIP. R1 si myslí, že by možnost využívání psychologické/psychoterapeutické péče na JIP byla určitě užitečná, pokud by byla oficiálně dobře zakomponovaná do procesu péče na JIP. Určitý problém vidí v přístupu některých lékařů (konkrétně mluví o chirurzích a ortopedech), kteří se z jejich zkušeností příliš nevěnují celostnímu přístupu k pacientovi se všemi jeho aspekty, natož psychice pacienta. R1 si myslí, že úlohou sestry nebo záchranáře na oddělení IP je být „*tzv. advokátem*“ pacienta, tedy např. navrhnout lékařům psychiatrické či psychologické konzilium v případě, že sestra nebo záchranář vnímá u pacienta tuto potřebu.

R2 říká, že by se mělo více dbát na psychologickou pomoc obézním pacientům na JIP. Považuje za vhodné, aby pacienti měli k dispozici psychologickou podporu a možnost si popovídat s odborníkem, který se psychice věnuje. Udává, že na oddělení, kde je zaměstnaná, psycholog někdy za pacienty dochází. R2 však často pozoruje, že psycholog má málo času, spěchá k dalším pacientům a nestíhá se dostatečně věnovat potřebným pacientům. Problém vidí také v ostychu a nejistotě některých pacientů, kteří by potřebovali

větší snahu a povzbuzení od psychologa, aby s ním začali komunikovat. K tomu však dle jejich zkušeností psycholog často nemá prostor, a tak se někteří pacienti k projevení zájmu o rozhovor s psychologem neodhodlají, přestože určitý zájem mají. R2 také vnímá, že starší generace pacientů (udává věk nad 60 let) pomoc psychologa považuje za projev slabosti a odmítá ji. Vnímá tedy vliv určité stigmatizace. Věří, že mnoho pacientů by si rádo jen s někým dobře popovídalo, ale k pojmu „psycholog“ mají odpor.

R1 i R2 popisují systém pomoci krizových interventů, který na jejich oddělení funguje. Obě respondentky vnímají péči krizových interventů velmi pozitivně a myslí si, že je velmi užitečná. R2 říká, že krizoví interventi dokáží velmi hezky mluvit s pacienty a pomoci jim. R1 i R2 popisují také pomoc krizových interventů v náročných komunikačních situacích s rodinnými příslušníky hospitalizovaných pacientů nebo při předávání pozůstalosti rodině. R1 si uvědomuje, že si často ošetřující personál na výpomoc krizových interventů nevzpomene a přeje si, aby jejich služeb bylo využíváno více. R1 si myslí, že psychologická/psychoterapeutická péče by měla být primárně doporučována pacientům jejich praktickým lékařem. R2 dodává, že mnohým psychickým problémům by se mohlo předejít včasnou psychologickou péčí.

R3 možnost zařazení psychologické/psychoterapeutické péče vidí jako užitečnou pro pacienty, kteří vnímají prostředí JIP a musí myslet na svůj nepříznivý zdravotní stav. Myslí si, že by bylo vhodné, aby byl na JIP někdo, kdo by si s pacienty více povídal. R4 rovněž vnímá možnost využití psychologické/psychoterapeutické péče jako určitě přínosnou pro pacienty schopné komunikovat. Popisuje, že bez takové pomoci mohou mít pacienti na JIP často pocit, že si musí ve své nepříjemné situaci nějak pomoci sami a R4 si myslí, že by tato pomoc mohla vést ke snížení počtu negativních reverzů. R4 sám po jedenácti dnech hospitalizace na JIP podepsal negativní reverz a zdravotnické zařízení opustil. Považuje to za převážně rozumné rozhodnutí, protože měl následně veliký problém s mobilitou a samostatným pohybem a domnívá se, že po delší hospitalizaci by tento problém mohl mít větší následky. R4 má k péči psychologa/psychoterapeuta kladný vztah díky svým osobním zkušenostem s psychologickou a psychoterapeutickou péčí z mimonemocničního prostředí.

DISKUZE

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo prozkoumat specifika péče o obézního pacienta v IP vnímané ošetřujícím personálem a obézním pacientem. Zvolili jsme kvalitativní výzkum, který jsme provedli pomocí polostrukturovaných rozhovorů se dvěma všeobecnými sestrami pracujícími na JIP (dále jen sestry nebo respondentky) a dvěma respondenty, kteří byli v nedávné minulosti hospitalizováni na JIP, byli většinu hospitalizace při vědomí a zároveň splňovali podmínku diagnózy obezity III. stupně (dále jen pacienti nebo respondenti). Výpovědi všech čtyř respondentů jsme v předchozí kapitole shrnuli do tabulek a připojili jsme doplňující komentář.

Prvním dílčím cílem bylo *prozkoumat, zda je ošetrovatelská péče o obézního pacienta v IP vnímána obézním pacientem a ošetřujícím personálem jako rozdílná od péče o neobézního pacienta a v čem*. Vytvořili jsme proto výzkumnou otázku: *Čím se ošetrovatelská péče o obézního pacienta v IP odlišuje od péče o neobézního pacienta a jakým způsobem se případná odlišnost projevuje?* Všichni respondenti primárně zdůrazňují vyšší fyzickou náročnost péče. Sestry se shodují na zvýšené fyzické náročnosti při polohování, otáčení pacienta při hygieně a převazech a při zavádění močového katétru. Udávají nutnost zapojení velkého počtu personálu do těchto úkonů. Tuto potřebu ve své bakalářské práci popisuje i Hanslík (2023). Z diplomové práce Mynářové vyplývá, že je polohování, hygienická péče a péče o vyprazdňování a transport nejčastěji zmiňovanou odpovědí zdravotnického personálu v IP na otázku ohledně nejtěžší činnosti v souvislosti s péčí o morbidně obézního pacienta. Jako největší problém při péči uvedla více než polovina respondentů jejího šetření nedostatek ošetrovatelského personálu (2020). Z našeho výzkumu vyplývá, že se někdy na výpomoc personálu musí čekat a také samotné provedení úkonů ošetrovatelské péče je časově náročnější. Míra náročnosti je spojena s úrovní vědomí a případnou spoluprací pacienta. Sestry zmiňují častý výskyt bolestí zad, ale i rukou a břicha personálu související s péčí o obézní pacienty. Riziko nadměrného zatížení zad popisuje ve své práci taktéž Hanslík (2023), Bednářová ve své bakalářské práci zjistila poměrně časté potíže všeobecných sester se zády, a dokonce i výskyt vyhřeznutých plotýnek sester (2015).

Dalším problematikou péče je komplikovanější hojení ran pacientů a větší náchylnost k poškození pokožky (např. ke vzniku dekubitů nebo zapařenin). Vznik zapařenin v kožních záhybech a nutnost důkladné hygieny popisuje jako komplikaci při ošetrovatelské péči i všeobecná sestra ve výzkumu provedeném Bednářovou (2015). Vyšší riziko rozvoje dekubitů, opruzenin, dalších onemocnění pokožky i častější dehiscence ran popisuje ve své

bakalářské práci taktéž Prudičová (2015). Dále respondentky našeho výzkumu zmiňují vyšší náročnost převazů, např. CŽK kvůli překrytí jejich vstupu mohutnými kožními řasami a výskytem opruzenin. Prudičová ve své práci také popisuje zvýšené riziko infekce místa vpichu CŽK i nutnost zapojení více osob ošetřujícího personálu při provádění převazu CŽK kvůli nutnosti odhrnutí kožních řas a vypnutí kožních záhybů. Častá malnutrice obézních pacientů a zajišťování adekvátní výživy je dalším problémem, který jedna z našich respondentek zmiňuje a souhlasí s ním i Prudičová (2015).

Zvýšenou fyzickou náročnost pro ošetřující personál si uvědomují i naši respondenti – pacienti. Jeden z nich udával, že tato péče je náročnější ve všem, neuváděl však v čem konkrétně. Je pravděpodobné, že si obézní pacienti uvědomují převážně vyšší fyzickou náročnost, ale další aspekty specifik péče nevnímají. Sestry si myslí, že někteří obézní pacienti si vyšší náročnost uvědomují a jiní ne. Jedna z respondentek toto téma nechce zobecňovat a je přesvědčena, že záleží na povaze konkrétního člověka. Druhá sestra se spíše setkává s obézními pacienty, kteří si zvýšenou náročnost péče neuvědomují, nebo si ji uvědomují, ale nedávají to najevo. Někteří pacienti se údajně chovají k sestřím jako ke sluhům. Pokud pacienti vyjadřují zájem o to, aby se sestry příliš „nesedřely“, jsou to především pacienti s nižší váhou (neobézní, nebo trpící nadváhou nebo obezitou nižšího stupně). U obézních pacientů se nesetkává s poděkováním za péči. Bednářová ve svém výzkumu naopak zaznamenává názor zdravotnických pracovníků, kteří jsou přesvědčeni, že většina obézních nemocných si uvědomuje větší fyzickou a časovou náročnost péče o jejich osobu. Z jejího výzkumu vyplývá, že někteří obézní pacienti jsou za péči sestřím vděční a snaží se jim práci usnadnit, jiní vděk nevyjadřují a pomoci se nesnaží (2015). Její i náš výzkum byl však omezen velmi malým počtem respondentů. Nevděk až panovačné chování některých obézních pacientů může zvyšovat míru negativních emocí personálu, které při své kumulaci mohou vést až k syndromu vyhoření. Úlohou ošetřujícího personálu je však neustálá snaha o produktivní chování s cílem vytvoření a zachování důvěry pacienta k personálu.

Nejen nevděčný přístup obézních pacientů, ale i výše uvedená specifika péče mohou u sester zvyšovat míru frustrace při poskytování péče. Z odpovědí sester vyplývá, že ošetřující personál bývá více naštvaný a frustrovaný při pečování o obézní pacienty na IP, ale zároveň prožívá také pocity lítosti nad pacientem. Jedna z respondentek vnímá vyšší míru naštvanosti při řešení krizových (stresujících) situací týkajících se obézního pacienta. Frustrace ošetřujícího personálu by se mohla projevat v rozdílném chování a jednání

personálu vůči obézním pacientům. Respondenti – pacienti se však nesetkali s nepříjemným chováním personálu vůči jejich osobě kvůli jejich hmotnosti, přestože se jeden z respondentů takového chování velmi obával. Podle Prudičové si však obézní pacienti velmi často stěžují, že se k nim personál chová nevhodně (2015). Chování personálu vůči obézním pacientům je zřejmě silně individuální. Sestry se s nevhodným jednáním ve svém zaměstnání setkávají. Jedna z respondentek uvádí častější nevhodné poznámky k obézním pacientům ze strany mladšího ošetřujícího personálu mužského pohlaví, druhá respondentka si takového chování všímá u sanitářů. Prudičová naopak popisuje pozitivnější přístup personálu mužského než ženského pohlaví k obézním pacientům. Také vidí předsudky zdravotníků a následné nevhodné chování a poznámky ze strany personálu jako problém, který vede k narušení procesu budování vztahu mezi pacientem a zdravotníkem (2015).

Zjistili jsme tedy, že ošetrovatelská péče o obézního pacienta v IP je vnímána jako rozdílná od péče o neobézního pacienta, a to jak ošetřujícím personálem, tak některými obézními pacienty. Z našeho výzkumu vyplývá, že pacienti vnímají především zvýšenou fyzickou náročnost, ostatní aspekty vnímají omezeně nebo vůbec. Ošetřující personál za nejzásadnější rozdílnost považuje vyšší fyzickou náročnost, ale zároveň se setkává i s dalšími (výše uvedenými) specifiky péče. Rozdílnost péče se často projevuje zvýšenou mírou frustrace a negativních emocí ošetřujícího personálu, které může a nemusí projevovat směrem k pacientovi. Podle Prudičové je postoj zdravotníka k obéznímu pacientovi horší v případě omezené dostupnosti vhodných pomůcek (2015). Vyšší míra frustrace se objevuje při řešení akutních nestandardních situací. Zvýšení dostupnosti personálního i materiálního zajištění a existence a znalost vypracovaných doporučených postupů pro péči o obézní pacienty v IP může nejen zkvalitnit péči samotnou, ale také snížit frustraci, podráždění a další faktory vedoucí k rozvoji syndromu vyhoření ošetřujícího personálu. Obě z našich respondentek uvádí i určitý pozitivní vliv péče o obézní pacienty, a to ve smyslu větší pozornosti ke vlastnímu životnímu stylu a zdraví.

Specifika péče o obézní pacienty se projevují také nutností využívání speciálních pomůcek a zvýšenými nároky na personální zajištění oddělení. Nutností je zároveň dostatečná vzdělanost ošetřujícího personálu v tématu péče o obézní pacienty. Druhým dílčím cílem práce tedy bylo *prozkoumat, zda je materiální a personální zajištění péče o obézního pacienta v IP vyhovující, popsat v čem případně není vnímáno jako dostatečné a prozkoumat také míru informovanosti ošetřujícího personálu o specifikách péče o obézního pacienta v IP*. Pro dosažení tohoto cíle jsme vytvořili výzkumnou otázku: *Jak vnímáte*

dostatečnost materiálního a personálního zajištění (včetně informovanosti a znalostí ošetřujícího personálu o specifikách péče o obézního pacienta) v IP? Personální zajištění není dle výpovědí respondentů zcela dostačující. Obě respondentky mají zkušenost s častou nedostupností výpomoci dalšího personálu s úkony péče o obézní pacienty. V některých případech je možné na tuto pomoc vyčkat, někdy je nutné úkon provést okamžitě i při nedostupnosti dalšího personálu, což vede k vyšší až nadměrné fyzické zátěži ošetřujícího personálu. Z našeho výzkumu vyplývá, že může docházet ke zpoždění výpomoci od sanitářů i z jejich pouhé nechuti pomoci s manipulací s obézním pacientem. Jeden z našich respondentů – pacientů nebyl při své hospitalizaci na JIP téměř vůbec polohován, což mohlo být z důvodu nedostatečného personálního zajištění nebo právě také z důvodu nechuti ošetřujícího personálu. Nedostatečné polohování a mobilizaci vnímáme jako velký problém, jelikož vliv mobilizace pacienta a fyzioterapie také přispívá k dřívějšímu propuštění z JIP a samozřejmě k prevenci vzniku dekubitů (Jamadarkhana et al., 2014; Wichsová a Taliánová, 2020). I Prudičová popisuje mobilizaci morbidně obézních pacientů jako velmi důležitou, a to pro zabránění svalové atrofie. Říká, že včasná vertikalizace a fyzioterapie vede také ke snížení rizika vzniku plicní atelektázy a pneumonie (2015).

Dostupnost speciálních pomůcek pro péči o obézní pacienty se různí a není vždy vyhovující. Jedna z respondentek – sester by ocenila větší přehlednost skrze umístění speciálních pomůcek na jedno konkrétní místo ve zdravotnickém zařízení a jasné informace o těchto pomůckách a jejich uložení. Bariatrická lůžka nejsou k dispozici vždy, jejich množství je značně omezeno. V některých situacích je nutné improvizovat na úkor pohodlí či bezpečnosti pacienta, což však vnímáme jako velký problém. I Prudičová popisuje nevhodnost parametrů lůžka jako rizikový faktor zvyšující riziko pádu obézního pacienta. (2015). Některé pomůcky pro péči o obézní pacienty jsou na odděleních k dispozici v dostatečném množství, problémem však je odmítání jejich použití částí personálu z důvodu preference starších metod péče a nepřijetí nových postupů a pomůcek. Některé pomůcky se personál obává využívat z nedůvěry ve spolehlivost pomůcky při využití obézním pacientem, přestože není překročen hmotnostní limit pomůcky. Strach z poškození zdraví pacienta respondentka popisuje také při použití motomedu morbidně obézním pacientem. Jako nedostatečný je zmíněn počet vhodného oblečení pro obézní pacienty. Tento problém zjistila i Prudičová (2015). Dalším omezením pracovišť je nemožnost provedení CT a MR některým morbidně obézním pacientům kvůli absenci dostatečně velkých přístrojů těchto zobrazovacích vyšetření. Problematická je také nejen velikost, ale i tvar manžety pro

měření neinvazivního krevního tlaku. Nevhodné rozměrové parametry manžety ve své práci popisuje i Prudičová (2015). Byla zjištěna nedostatečná zásobenost jednoho z oddělení přípravky nutričně vyvážené tekuté výživy, což vzhledem k výše uvedené nutnosti zajišťování adekvátní výživy obézním pacientům vnímáme jako podstatný problém.

Respondentky nemají ideální znalosti o péči o obézní pacienty a tato nedostatečnost se pravděpodobně týká i ostatních pracovníků ošetřujícího personálu. Zjistili jsme nedostatečnost v proškolení ošetřujícího personálu v tematice specifík péče o obézního pacienta v IP a zároveň zájem našich respondentek o možnost takových školení. Tento zájem však pravděpodobně značná část pracovníků v IP nemá. Mynářová se ve své diplomové práci tázala respondentů – zdravotníků pracujících na ARO a zjistila, že téměř přesně polovina z nich je pro rozšiřování znalostí v problematice péče o morbidně obézní pacienty a polovina je proti (2020). Zjistili jsme také potřebu dostupnosti alespoň některých pracovníků na oddělení, kteří by byli v této tematice vzděláni a ochotní předávat znalosti a rady ostatním kolegům. Prudičová ve své práci taktéž zdůrazňuje důležitost znalosti hmotnostních limitů všech pomůcek a sestavení přesných protokolů a postupů pro manipulaci s obézním pacientem, což by mělo mj. zjednodušit řešení krizových situací. Také popisuje nedostatečnost znalostí studentů ošetřovatelství o patofyziologii obezity a postupech při ošetřovatelské péči o obézní pacienty (2015). Komunikace s obézními pacienty, jako důležitá součást ošetřovatelské péče, není pro naše respondentky náročnější než komunikace s neobézními pacienty, pro jednu z nich však byla náročnější v počátcích její práce na JIP. Vidíme jako vhodné pomocí dalších výzkumů hlouběji prozkoumat znalosti většího vzorku současných i budoucích (tzn. současných studentů) pracovníků ošetřujícího personálu v IP v problematice péče o obézní pacienty a následně reagovat na nalezené nedostatky, které náš výzkum již nastínil.

Zjistili jsme tedy, že personální ani materiální zajištění JIP není dostačující pro zajištění kvalitní péče o obézního pacienta a zároveň pro vyloučení poškození zdraví ošetřujícího personálu při péči o obézního pacienta. Mynářová ve své práci zjistila, že nedostatek ošetřovatelského personálu je největším problémem, který ošetřující personál při péči o morbidně obézní pacienty shledává (2020). Ke stejnému závěru dospěla ve své práci i Bednářová, která popisuje dostupnost většího počtu zdravotnického personálu jako největší potenciální přínos v problematice ošetřovatelské péče o morbidně obézní pacienty (2015). Stejně tak jsme zjistili, že informovanost a vzdělanost ošetřujícího personálu není zcela vyhovující. Mynářová ve své práci taktéž zjistila, že oddělení IP (konkrétně ARO) často

nemají vypracovaný standard ošetrovatelské péče nebo ucelený koncept pro péči o morbidně obézní pacienty (2020). Považujeme za důležité více dbát na vzdělávání zdravotnických pracovníků v IP i studentů zdravotnických oborů ve specifikách péče o obézní pacienty včetně komunikace s nimi. Jako potřebnou vidíme i edukaci pracovníků na pozici sanitář a ošetrovatel ve vhodné komunikaci s obézními pacienty. Na pracovištích IP je potřebné zajistit nejen dostupnost potřebných pomůcek, ale i znalost umístění těchto speciálních pomůcek a hmotnostní limity všech pomůcek a přístrojů pro jejich správné využití v péči o obézní pacienty. Jako důležitou vnímáme i motivaci ošetřujícího personálu k využívání nových pomůcek a postupů, které tuto péči usnadňují a zkvalitňují. Považujeme za nezbytné důsledně dbát na správné polohování a mobilizaci morbidně obézních pacientů a zajištění dostatečného množství personálu a přístrojů, které manipulaci s obézním pacientem usnadní.

Ošetrovatelská péče je zaměřená nejen na aktuální zdravotní stav pacienta, ale také na podporu zdraví a rozvoj soběstačnosti pacientů v dlouhodobějším horizontu (Strnadová et al., 2021). Proto jsme zkoumali vliv péče o obézního pacienta hospitalizovaného na JIP na jeho dlouhodobý zdravotní stav. Vytvořili jsme třetí dílčí cíl, kterým bylo *prozkoumat, zda může být hospitalizace na oddělení IP pro obézního pacienta podnětem k sebereflexi a změně životního stylu a co ho na JIP může k této změně motivovat*. K tomuto cíli jsme vytvořili výzkumnou otázku: *V čem může být hospitalizace obézního pacienta v IP podnětem pro jeho sebereflexi a motivaci ke změně pro zdravější životní styl?* Předpokládali jsme, že o změnu životního stylu bude nejspíše usilovat pacient, který si uvědomuje souvislosti mezi obezitou a svým zhoršeným zdravotním stavem. Proto jsme nejdříve zjišťovali, jestli si obézní pacienti hospitalizovaní na JIP tuto souvislost (pokud taková souvislost existuje) uvědomují.

Oba respondenti – pacienti si uvědomují spojitost mezi životním stylem a obezitou. Jeden z respondentů vnímá souvislost mezi nedostatkem pohybové aktivity a nárůstem hmotnosti. Jako hlavní příčinu své obezity však vidí jednak úraz, který se mu stal před třemi lety, jednak vliv adenomu hypofýzy. Má nevhodné přesvědčení o ideální tělesné hmotnosti, což jistě také ovlivní jeho případnou snahu o snížení své tělesné hmotnosti na ideální hodnotu, přestože o nějaký hmotnostní úbytek usilovat chce. Na jeho motivaci ke změně životního stylu má negativní vliv předchozí neúspěšná zkušenost s výsledky dodržované diety a během hospitalizace se tento jeho postoj nezměnil. Druhý respondent – pacient si je více vědom souvislostí mezi špatnou životosprávou, obezitou, zdravotními komplikacemi a svou hospitalizací na JIP. Chování ošetřujícího personálu popisoval jako velmi podporující

a zároveň po propuštění z JIP cítil velkou motivaci ke snížení své hmotnosti. Tato motivace postupně poklesla kvůli nevyhledání včasné pomoci odborníků.

Respondentky – sestry se liší v názoru na téma uvědomování si souvislostí mezi obezitou a zdravotními komplikacemi obézními pacienty. Jedna z respondentek věří, že si obézní pacienti na JIP tuto souvislost uvědomují a důvod v nedodržování principů zdravého životního stylu vidí v nedostatku motivace a způsobu výchovy v dětství. Druhá respondentka si rovněž spojuje nevhodný životní styl obézních pacientů s rodinným a sociálním prostředím, ze kterého pacienti pochází. Prudičová taktéž vidí problém v nedostatku motivace a podpory obézního pacienta rodinou (2015). Naše respondentka zmiňuje jako možnou příčinu nevhodného životního stylu také psychické poruchy. Zastává názor, že si převážná většina obézních pacientů souvislost mezi zdravotními komplikacemi a obezitou neuvědomuje. Na některých z nich však vidí zamyšlení se nad svým zdravotním stavem po konverzaci s lékařským personálem. Problém vidí také ve špatné edukaci obézních. I Bednářová popisuje spíše nedostatečnou osvětu pacientů v tématu prevence obezity a velký vliv rodičů na životosprávu svých dětí (2015).

Obě naše respondentky věří, že zamyšlení se nad svým zdravotním stavem způsobí u některých pacientů především samotná hospitalizace na JIP a jejich aktuální kritický zdravotní stav. Obě se zároveň snaží s obézními pacienty o problematice obezity mluvit, edukovat je a motivovat ke změně životního stylu. Nakolik je to efektivní není možné určit, protože s pacienty po jejich propuštění ztrácí kontakt. Zdůrazňují důležitost podchycení a komplexního řešení problému obezity již v raném stadiu. Prevence obezity a komplikací souvisejících s jejím rozvojem by měla být zodpovědnost především praktického lékaře. Podle Prudičové se lékaři a sestry na úrovni primární péče snaží motivovat pacienta k návštěvě specialisty z důvodu nedostatku času na rozhovor a pocitu nedostatečné kvalifikace (2015). Pokud nebyla prevence dostatečná a na oddělení JIP je hospitalizován pacient s diagnózou obezity, je možné ho v rámci péče motivovat ke změně a edukovat jej (i jeho rodinné příslušníky či blízké), podle R2 na to však často není dostatečný prostor a tuto roli by mělo převzít spíše standardní oddělení.

Zjistili jsme, že hospitalizace na oddělení IP může být sama o sobě pro obézního pacienta podnětem k sebereflexi a zamyšlení nad souvislostí životního stylu a zdravotního stavu. Je vhodné ho potencovat rozhovorem s pacientem zaměřeným na edukaci a motivaci pacienta. Určitá motivace a edukace obézních pacientů o souvislostech životního stylu,

obezity a zdravotních komplikací je tedy jedním ze specifík ošetrovatelské péče. Přestože na JIP má ošetřující personál primárně jiné úkoly zajišťující překonání aktuálního kritického zdravotního stavu pacienta, krátká konverzace s pacientem při vědomí podporující jeho sebereflexi a motivaci a zároveň edukaci (s ohledem na aktuální stav pacienta) by měla být proveditelná. Rozsáhlejší motivace, edukace a předání kontaktů na specialisty by bylo vhodné provádět při následné péči na standardním oddělení. Odborná pomoc nutričních specialistů, obezitologů či psychologů a psychoterapeutů je pro udržení motivace ve změně životního stylu zcela zásadní. Z našeho výzkumu také vyplývá možná souvislost mezi vnímáním ošetřujícího personálu jako „příjemného“ a vyšší mírou motivace obézních pacientů ke změně ke zdravému životnímu stylu. Pacient, který popisoval ošetřující personál jako převážně velmi příjemný a podporující, měl následně vyšší míru motivace ke změně životního stylu než pacient, který neměl z jednání ošetřujícího personálu na JIP pozitivní pocit. Tuto souvislost by mohlo být vhodné více prozkoumat pomocí dalších studií.

Jako poslední dílčí cíl jsme si zadali *prozkoumat, zda je možnost zařazení psychologické/psychoterapeutické péče o obézního pacienta v IP vnímána obézním pacientem a ošetřujícím personálem jako potřebná a vhodná*. Pro splnění tohoto cíle jsme vytvořili výzkumnou otázku: *Jaký máte postoj k možnosti zařazení a využití psychologické/psychoterapeutické péče o obézního pacienta v IP? Vyžaduje psychický stav pacienta psychologickou/psychoterapeutickou péči?* Chtěli jsme prozkoumat, jestli aktuální psychický stav obézních pacientů na JIP vyžaduje zvláštní péči a také vhodnost zapojení psychologické/psychoterapeutické péče pro zvýšení jejich motivace k dlouhodobé změně životního stylu. Zjišťovali jsme, jestli je obezita pacienta faktorem jeho horšího psychického stavu. Setkali jsme se s názorem sester, že obézní pacienti většinou nepůsobí dojmem, že by je tížily pocity studu a trapnosti v souvislosti se svou hmotností a vzhledem, přestože existují výjimky. Respondent – pacient však uváděl velmi silné negativní pocity, které prožíval především v situacích souvisejících s nahotou. Některé ze situací vznikaly z důvodu nevhodného jednání personálu, které nerespektovalo intimitu pacienta (bylo mu zakázáno se jakkoliv obléci při cestě přes oddělení na toaletu). Těmito pocity velmi trpěl i před tím, než tyto situace nastaly (tedy ze strachu z možnosti nastání těchto situací), což u něj vedlo i k činu, který mohl ohrozit jeho zdraví (užití nadměrného množství antidiarotika).

Druhý respondent neuváděl negativní emoce související přímo s obezitou, ale popisoval svůj značně zhoršený psychický stav během pobytu na JIP související s prostředím IP a chováním personálu. I první z respondentů uváděl další negativní vlivy zhoršující jeho

psychický stav nesouvisející přímo s obezitou včetně nespavosti, nevhodně umístěných kabelů a hadic a stereotypního prostředí. Na zabránění dráždění a poranění pokožky katétrů a hadicemi a prevenci vzniku kožních problémů upozorňuje Prudičová (2015). Respondentka našeho výzkumu – sestra popisuje mnoho dalších faktorů, které mohou na JIP zhoršovat psychický stav pacienta, jedná se však o faktory obecné, nesouvisející přímo s obezitou pacienta. Udává např. nedostatek ticha a tmy, hlasitou zvukovou signalizaci přístrojů, či změnu podávání psychiatrické medikace.

Zjistili jsme převážně kladný postoj respondentů k možnosti využívání psychologické/psychoterapeutické péče obézními pacienty v IP. Využití péče psychologa v péči o morbidně obézní pacienty popisuje jako velký přínos i Bednářová (2015). Na některých pracovištích pracují krizoví intervenenti a zjistili jsme i možnost poskytnutí péče psychologa. Z našeho výzkumu však vyplývá, že o těchto možnostech nejsou pacienti informováni, a tak nemohou o tuto péči sami požádat. Naši respondenti – pacienti nevěděli, že by taková možnost na JIP existovala. Je tedy možné, že ji dané oddělení nemohlo poskytovat, nebo o ní pacienty pouze neinformovali. Jedna ze sester však uvádí, že pacienti převážně staršího věku péči psychologa odmítají, pokud jim je nabídnuta, pravděpodobně z důvodu předsudků. Druhá ze sester zmiňuje, že někteří lékaři v IP nevnímají psychický stav pacienta jako hodný řešení a respondentka si tedy myslí, že by bylo vhodné, aby střední zdravotnický personál na psychický stav pacienta více dbal a případně navrhoval lékařům psychiatrické/psychologické konzilium u potřebných pacientů. Psychologická/psychoterapeutická péče by mohla mít vliv také na motivaci a sebereflexi obézních pacientů v IP. Rozhovor s odborníkem by jim mohl pomoci si začít vztah mezi psychickým a zdravotním stavem uvědomovat a mohl by je nasměrovat k další péči o svůj psychický stav.

Nalezli jsme tedy více faktorů, které na JIP vedou ke zhoršenému psychickému stavu pacientů. Tyto faktory jsou z velké části společné pro obézní i neobézní pacienty. Zjistili jsme však možnost zvýšené míry negativních emocí obézních pacientů souvisejících s pocity studu a trapnosti v závislosti na jejich hmotnosti a vzhledu. Někteří pacienti tyto nepříjemné pocity neprojevují, a tak si personál nemusí tohoto problému všimnout, přestože může mít značný vliv na celkový stav pacienta. Je důležité na emoce pacientů myslet a usilovat o snížení míry jejich negativních pocitů, např. snahou o zachování důstojnosti pacienta při provádění osobní hygieny a dalších úkonech ošetrovatelské péče souvisejících s nahotou pacienta, které obézní pacienti mohou prožívat hůře než neobézní. Z našeho výzkumu

vyplývá, že nepříjemné poznámky personálu upozorňující obézního pacienta nevhodným způsobem na jeho váhu a vzhled se na JIP nevyskytují příliš často, což hodnotíme jako mírně překvapivé, avšak velmi pozitivní zjištění. Otázkou však zůstává, jakým způsobem může souviset chování personálu, které obézní pacient vnímá jako subjektivně „nepříjemné“, s pacientovou obezitou, přestože tato souvislost není napřímo vyřčena.

Poskytování psychologické/psychoterapeutické péče obézním pacientům během hospitalizace na JIP považujeme za vhodné z více důvodů. Jedním z nich je častý výskyt špatného aktuálního psychického stavu pacienta, druhým je potřeba věnovat se problematice motivace pacienta na rozsáhlejší úrovni, než je schopen poskytnout zdravotnický ošetřující personál. Zjistili jsme, že psychologická/psychoterapeutická péče či péče krizových interventů již na některých pracovištích do jisté míry probíhá. Přesto je však zřejmé, že o ní samotní pacienti často nejsou informováni a nemohou o ni tedy sami požádat. Závažnost jejich psychického stavu může být personálem podhodnocena, a tak tato péče není poskytována všem pacientům, jejichž stav ji vyžaduje. Považujeme za vhodné vzdělávat ošetřující personál v tématu psychického stavu pacientů hospitalizovaných na JIP pro lepší porozumění a odhalení potřeby odborné pomoci a povzbuzování pacientů k jejímu využití. Samozřejmostí je prosazování lidského a vlídného přístupu k pacientovi během celé hospitalizace v rámci biopsychosociálního modelu péče.

Limitem našeho výzkumu je použitý výzkumný soubor, který obsahuje pouze čtyři respondenty. Za omezení výzkumu považujeme výběr respondentek pouze ženského pohlaví ze skupiny ošetřujícího personálu a výběr respondentů pouze mužského pohlaví ze skupiny pacientů. Dále bychom pro následující studie doporučili zvolit respondenty ve větším věkovém rozpětí. Náš výzkum předkládá různé aspekty problematiky péče o obézní pacienty v IP z pohledu ošetřujícího personálu i obézních pacientů. Nalezli jsme několik tematických okruhů, které doporučujeme dále zkoumat ve studiích zaměřených na konkrétní pracoviště a na větším vzorku respondentů pro nalezení výsledků, které bude možné využít pro systematické změny na pracovištích IP vedoucí ke zkvalitnění péče o obézní pacienty.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se zabývali tematikou ošetrovatelské péče o obézního pacienta v IP. Úkolem této práce bylo prozkoumat specifika této péče subjektivně vnímané ošetřujícím personálem a obézním pacientem. V teoretické části jsme prováděli rešerši a následnou analýzu vyhledané odborné literatury související s tématem obezity a ošetrovatelské péče v IP včetně specifík ošetrovatelské péče o obézní pacienty.

Pro praktickou část bakalářské práce jsme si vytyčili hlavní cíl: *Prozkoumat specifika péče o obézního pacienta v IP subjektivně vnímané ošetřujícím personálem a obézním pacientem*. Dále jsme vytvořili čtyři dílčí cíle a čtyři výzkumné otázky zkoumající různé aspekty této problematiky. Praktickou část jsme zpracovali formou kvalitativního výzkumu, který byl proveden pomocí polostrukturovaných rozhovorů s respondenty ze skupiny ošetřujícího personálu i ze skupiny osob hospitalizovaných na JIP s diagnózou obezity. Pomocí těchto rozhovorů byly zodpovězeny všechny výzkumné otázky a díky podrobné analýze jejich výpovědí jsme splnili vytyčené cíle. Z výzkumného šetření vyplývá, že péče o obézního pacienta v IP je provázena mnoha aspekty, které působí její vyšší náročnost. Zjišťovali jsme existenci nedostatků v personálním a materiálním zabezpečení oddělení IP a také v informovanosti pracovníků. Zkoumali jsme psychické prožívání obézních pacientů v průběhu jejich hospitalizace v IP a vlivy, které mohou na jejich psychický stav působit. Podrobné výsledky výzkumu jsme vyhodnotili v diskuzi.

Bakalářská práce byla vedena formou kvalitativního výzkumu a není tedy možné výsledky našeho výzkumného šetření zobecňovat, přesto však můžeme předložit určité podněty a doporučení pro klinickou praxi. V první řadě považujeme za důležité snažit se o snižování sociální stigmatizace obézních, ale zároveň šířit povědomí o specifikách péče o obézní pacienty. Je nutné nalézt případné nedostatky v materiálním zajištění oddělení IP pro péči o obézní pacienty a potřebné chybějící vybavení zajistit. Zároveň doporučujeme zjistit dostatečnost a případně navýšit počet ošetřujícího personálu pro péči o obézní pacienty. Dále vnímáme jako potřebné zajistit větší vzdělanost ošetřujícího personálu, resp. studentů v problematice ošetrovatelské péče o obézního pacienta. Považujeme za vhodné vytvoření uceleného konceptu ošetrovatelské péče a přehledných pokynů týkajících se péče o morbidně obézní pacienty včetně seznamu a informací o umístění speciálních pomůcek pro konkrétní oddělení IP. Podporujeme, na některých pracovištích již zavedený, systém poskytování krizové intervence a odborné psychologické pomoci pacientům. Doporučujeme aktivní zapojení psychologické/psychoterapeutické péče o obézní pacienty v IP a

informování pacientů o možnosti využití této pomoci na vlastní žádost. Vnímáme důležitost biopsychosociálního modelu ošetrovatelské péče s důrazem na zachování lidskosti i v prostředí intenzivní medicíny.

Tato bakalářská práce může sloužit jako podklad pro vzdělávání studentů a pracovníků zdravotnických profesí zajímajících se o specifika péče o obézní pacienty v IP. Práce je zajímavým vhledem do subjektivního vnímání dané problematiky obou stran účastnících se ošetrovatelského procesu. Může sloužit jako materiál předkládající aspekty péče o obézní pacienty v IP a zdroj okruhů této tematiky, které by bylo vhodné hlouběji prozkoumat pomocí dalších studií. Doporučujeme vytipovat konkrétní pracoviště IP a provést na nich navazující studie na větším vzorku respondentů. Výsledky z těchto výzkumů by mohly vést k systematickým změnám na pracovištích IP i ve vzdělávání pracovníků IP. Vidíme důležitost ve vytvoření změn vedoucích k vyšší kvalitě péče o obézní pacienty v IP, kterou pocítí jak hospitalizovaný pacient, tak ošetrující personál, a povede k většímu uspokojení potřeb obou stran.

SEZNAM LITERATURY

1. AKTAS, S.; ATALAY, Y.O. a TUGRUL, M., 2015. Predictive value of bedside tests for difficult intubations. Online. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*. Č. 19, s. 1595-1599. ISSN 2284-0729. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26004598/>. [cit. 2023-08-20].
2. AYERS, Susan a DE VISSER, Richard, 2015. *Psychologie v medicíně*. Přeložila Helena HARTLOVÁ. Psyché (Grada). Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5230-3.
3. BEDNÁŘOVÁ, Monika, 2015. *Problematika ošetrovatelské péče u pacientů s monstrózní obezitou*. Online. Bakalářská práce. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Dostupné z: <http://hdl.handle.net/11025/20482>. [cit. 2024-03-10].
4. BRADEN, Abby a O'BRIEN, William, 2020. Pilot Study of a Treatment Using Dialectical Behavioral Therapy Skills for Adults with Overweight/Obesity and Emotional Eating. Online. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. Roč. 51, č. 1, s. 21-29. ISSN 00220116. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s10879-020-09477-1>. [cit. 2023-10-27].
5. BRADEN, Abby; REDONDO, Rachel; FERRELL, Emily; ANDERSON, LaNaya; WEINANDY, Jennifer Grant et al., 2022. An Open Trial Examining Dialectical Behavior Therapy Skills and Behavioral Weight Loss for Adults With Emotional Eating and Overweight/Obesity. Online. *Behavior Therapy*. Roč. 53, č. 4, s. 614-627. ISSN 00057894. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.01.008>. [cit. 2023-11-04].
6. CRUTHIRDS, Clayton L.; DEUTZ, Nicolaas E. P.; MIZUBUTI, Yani G. G.; HARRYKISSOON, Rajesh I.; ZACHRIA, Anthony J. et al., 2022. Abdominal obesity in COPD is associated with specific metabolic and functional phenotypes. Online. *Nutrition & Metabolism*. Roč. 19, č. 1. ISSN 1743-7075. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12986-022-00714-z>. [cit. 2023-04-03].
7. ČERNÝ, Vladimír, 2015. Doporučení pro perioperační péči o obézní chirurgické pacienty 2015. Online. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. Roč. 26, č. 4, s. 240–242. ISSN 1214-2158. Dostupné z: <https://1url.cz/BunoP>. [cit. 2023-09-08].
8. DIXON, Anne E. a PETERS, Ubong, 2018. The effect of obesity on lung function. Online. *Expert Review of Respiratory Medicine*. 2018-08-09, roč. 12, č. 9, s. 755-767. ISSN 1747-6348. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/17476348.2018.1506331>. [cit. 2024-03-30].

9. EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020, 2014. Online. Dostupné z: https://health.ec.europa.eu/system/files/2016-11/childhoodobesity_actionplan_2014_2020_en_0.pdf. [cit. 2023-12-09].
10. FIALA, Jindřich; KLIMUSOVÁ, Helena; KAŇOVÁ, Pavlína; SMEJKALOVÁ, Lucie a PLZÁKOVÁ, Lenka, 2021. Results of a project to develop a methodology for community-based child and family health programmes focusing on childhood obesity, nutrition and physical activity. Online. *Hygiena*. 2021-12-10, roč. 66, č. 4, s. 113-121. ISSN 18026281. Dostupné z: <https://doi.org/10.21101/hygiena.a1795>. [cit. 2023-11-07].
11. *GLOBAL ACTION PLAN ON PHYSICAL ACTIVITY 2018-2030: More Active People a Healthier World*, 2018. Online. Dostupné z: <https://world.physio/sites/default/files/2020-06/More-active-people-for-a-healthier-world-At-A-Glance.pdf>. [cit. 2023-12-09].
12. GURKOVÁ, Elena, 2017. *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0461-1.
13. HAINER, Vojtěch; HAINEROVÁ, Irena A.; BENDLOVÁ, Běla; BRŮHA, Radan; CÍFKOVÁ, Renata et al., 2022. *Základy klinické obezitologie*. 3., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1302-6.
14. HAINEROVÁ, Irena Aldhoon a ZAMRAZILOVÁ, Hana, 2015. Zdravotní a psychosociální komplikace obezity u dětí a dospívajících: Health and psychosocial consequences of obesity in children and adolescents. *Pediatric pro praxi*. Roč. 16, č. 3, s. 150–153. ISSN 1803-5264.
15. HALES, Caz; DE VRIES, Kay a COOMBS, Maureen, 2016. Managing social awkwardness when caring for morbidly obese patients in intensive care: A focused ethnography. Online. *International Journal of Nursing Studies*. Roč. 58, s. 82-89. ISSN 00207489. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.03.016>. [cit. 2023-11-18].
16. HANSLÍK, Jan. *Specifika ošetrovatelské péče u obézních pacientů* [online]. Opava, 2023 [cit. 2024-02-10]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/1p6b0o/>. Bakalářská práce. Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik v Opavě. Vedouc práce Mgr. Markéta Skalná, Ph.D.
17. HEIDARI-BENI, Motahar; AZIZI-SOLEIMAN, Fatemeh; AFSHAR, Hamid; KHOSRAVI-BOROUJENI, Hossein; KESHTELI, Ammar Hassanzadeh et al., 2021. Relationship between obesity and depression, anxiety and psychological distress among

- Iranian health-care staff. Online. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2021-4-27, roč. 27, č. 4, s. 327-335. ISSN 10203397. Dostupné z: <https://doi.org/10.26719/emhj.20.132>. [cit. 2023-11-14].
18. HEYMSFIELD, Steven B. a WADDEN, Thomas A., 2017. Mechanisms, Pathophysiology, and Management of Obesity. Online. *New England Journal of Medicine*. Roč. 376, č. 3, s. 254-266. ISSN 00284793. Dostupné z: <https://doi.org/10.1056/NEJMra1514009>. [cit. 2022-10-15].
19. HOPEFULL MEDICAL EQUIPMENT CO. *Hopefull-med*. Online. Dostupné z: <https://cz.hopefull-med.com/hospital-beds/bariatric-bed.html>. [cit. 2023-11].
20. HUANG, Zhengxiang; HUANG, Lili; WATERS, Michael J. a CHEN, Chen, 2020. Insulin and Growth Hormone Balance: Implications for Obesity. Online. *Trends in Endocrinology & Metabolism*. Roč. 31, č. 9, s. 642-654. ISSN 10432760. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.tem.2020.04.005>. [cit. 2023-01-12].
21. VAN HULSTEIJN, L. T.; PASQUALI, R.; CASANUEVA, F.; HALUZIK, M.; LEDOUX, S. et al., 2020. Prevalence of endocrine disorders in obese patients: systematic review and meta-analysis. Online. *European Journal of Endocrinology*. Roč. 182, č. 1, s. 11-21. ISSN 0804-4643. Dostupné z: <https://doi.org/10.1530/EJE-19-0666>. [cit. 2023-03-05].
22. JAMADARKHANA, Sunil; MALLICK, Abhiram a BODENHAM, Andrew R, 2014. Intensive care management of morbidly obese patients. Online. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care*. Roč. 14, č. 2, s. 73-78. ISSN 17431816. Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&an=104049114&scope=site>. [cit. 2023-08-09].
23. JENSEN, Peter a SKOV, Lone, 2017. Psoriasis and Obesity. Online. *Dermatology*. 2017-4-25, roč. 232, č. 6, s. 633-639. ISSN 1018-8665. Dostupné z: <https://doi.org/10.1159/000455840>. [cit. 2024-01-04].
24. JIRAPINYO, Pichamol a THOMPSON, Christopher C., 2017. Endoscopic Bariatric and Metabolic Therapies: Surgical Analogues and Mechanisms of Action. Online. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. Roč. 15, č. 5, s. 619-630. ISSN 15423565. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2016.10.021>. [cit. 2023-11-28].
25. JOCHMANNOVÁ, Leona; KIMPLOVÁ, Tereza et al., 2021. *Psychologie zdraví: biologické, psychosociální, digitální a spirituální aspekty*. Psyché (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2569-2.

26. JUCHACZ, Krzysztof; KŁOS, Patrycja; DZIEDZIEJKO, Violetta a WÓJCIAK, Rafał W., 2021. The Effectiveness of Supportive Psychotherapy in Weight Loss in a Group of Young Overweight and Obese Women. Online. *Nutrients*. Roč. 13, č. 2. ISSN 2072-6643. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/nu13020532>. [cit. 2023-11-19].
27. KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0130-6.
28. KEBZA, Vladimír, 2017. *Psycholog ve zdravotnictví. 2.*, upravené vydání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3657-3.
29. KIMMEROVÁ, Jana; KIMMER, David; TÓTHOVÁ, Valérie; BÁRTLOVÁ, Sylva a CHLOUBOVÁ, Ivana, 2022. Problematika ošetrovatelské péče u sester v první linii během pandemie covid-19. Online. *General Practitioner / Praktický Lékař*. Roč. 102, č. 4, s. 191-199. ISSN 00326739. Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&an=160908634&scope=site>. [cit. 2023-11-24].
30. KUNEŠOVÁ, Marie; PROCHÁZKA, Bohuslav; TAXOVÁ BRAUNEROVÁ, Radka; METELCOVÁ, Tereza; VODRÁŽKOVÁ, Nicole et al., 2019. Prevalence nadváhy a obezity u sedmiletých dětí v ČR (COSI ČR), vztah k rozložení tukové tkáně. Online. *Czecho-Slovak Pediatrics / Česko-Slovenská Pediatrie*. Roč. 74, č. 2, s. 77-80. ISSN 00692328. Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&an=136506686&scope=site>. [cit. 2023-06-25].
31. KUNEŠOVÁ, Marie; BOŽENSKÝ, Jan; PROCHÁZKA, Bohuslav; MÜLLEROVÁ, Dana; HALUZÍK, Martin et al., 2020. Časopis lékařů českých. Online. 159. Česká lékařská společnost J. E. Purkyně. ISSN 1805-4420. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2020-3-4-1/download?hl=cs#page=17>. [cit. 2024-03-25].
32. LEENERS, Brigitte; GEARY, Nori; TOBLER, Philippe N. a ASARIAN, Lori, 2017. Ovarian hormones and obesity. Online. *Human Reproduction Update*. 2017-05-01, roč. 23, č. 3, s. 300-321. ISSN 1355-4786. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/humupd/dmw045>. [cit. 2023-04-28].
33. LIEW, WanJane; NEGAR, Asadi a SINGH, PritAnand, 2022. Airway management in patients suffering from morbid obesity. Online. *Saudi Journal of Anaesthesia*. Roč. 16, č. 3. ISSN 1658-354X. Dostupné z: https://doi.org/10.4103/sja.sja_90_22. [cit. 2023-09-16].

34. L I N E T SPOL. S R.O. *LINET*. Online. Dostupné z: <https://www.linnet.com/cs/>. [cit. 2023-11-27].
35. MACHOVÁ, Jitka a KUBÁTOVÁ, Dagmar, 2015. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Pedagogika (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5351-5.
36. MEDIROL S.R.O., 2022. *MEDIROL*. Online. Dostupné z: <https://www.medirol.cz/cs/>. [cit. 2023-11-29].
37. MOKHLESI, Babak a CIFU, Adam S., 2017. Diagnostic Testing for Obstructive Sleep Apnea in Adults. Online. *JAMA*. 2017-11-28, roč. 318, č. 20. ISSN 0098-7484. Dostupné z: <https://doi.org/10.1001/jama.2017.16722>. [cit. 2023-06-17].
38. MONDA, Vincenzo; LA MARRA, Marco; PERRELLA, Raffaella; CAVIGLIA, Giorgio; IAVARONE, Alessandro et al., 2017. Obesity and brain illness: from cognitive and psychological evidences to obesity paradox. Online. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*. Roč. 10, s. 473-479. ISSN 1178-7007. Dostupné z: <https://doi.org/10.2147/DMSO.S148392>. [cit. 2023-11-30].
39. MÜLLEROVÁ, Dana; HALUZÍK, Martin; SUCHARDA, Petr; BOŽENSKÝ, Jan; FRIED, Martin et al., 2021. Společné stanovisko odborných společností k farmakologické léčbě obezity. Online. *Praktické lékařství*. Č. 1. ISSN 0032-6739. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2021-1-14/spolecne-stanovisko-odbornych-spolecnosti-k-farmakologicke-lecbe-obezity-126427>. [cit. 2023-02-24].
40. MYNÁŘOVÁ, Martina, 2020. *Problematika péče o morbidně obézní pacienty v intenzivní péči*. Online. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/x1869/>. [cit. 2024-03-15].
41. Nařízení vlády č. 361/2007 Sb.: Nařízení vlády, kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci. Online. In: . *Zákony pro lidi*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2007-361/zneni-20240101>. [cit. 2024-03-15].
42. *Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí: Akční plán proti obezitě*, 2015. Online. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/wepub-upload/files/5/ak%20c4%208dn%20c3%20ad%20pl%20c3%20a1ny%20-%20p%20c5%2099%20c3%20adlohy/AP%2002b%20prevence%20obezity.pdf>. [cit. 2023-12-09].
43. Národní zdravotnický informační portál [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2024 [cit. 18.03.2024]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz>. ISSN 2695-0340.

44. NEVŠÍMALOVÁ, Soňa a ŠONKA, Karel, 2020. *Poruchy spánku a bdění*. Třetí, doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén. ISBN 9788074924781.
45. OHKUMA, T; HIRAKAWA, Y; NAKAMURA, U; KIYOHARA, Y; KITAZONO, T et al., 2015. Association between eating rate and obesity: a systematic review and meta-analysis. Online. *International Journal of Obesity*. Roč. 39, č. 11, s. 1589-1596. ISSN 0307-0565. Dostupné z: <https://doi.org/10.1038/ijo.2015.96>. [cit. 2023-03-20].
46. ONDRIOVÁ, Iveta, 2021. *Etické problémy a dilemata v ošetrovatelské praxi*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1696-6.
47. PÉČ, Martin Jozef, Monika KUČERÍKOVÁ, Jakub JURICA, et al. Obezita a psoriáza: súčasný pohľad na problematiku: Obesity and psoriasis: the context of new knowledge. *Forum diabetologicum*. Brno: Facta Medica, 2021, 10(3), 199-202. ISSN 1805-3807.
48. PFEIFER, Samantha; BUTTS, Samantha; DUMESIC, Daniel; FOSSUM, Gregory; GRACIA, Clarisa et al., 2015. Diagnostic evaluation of the infertile female: a committee opinion. Online. *Fertility and Sterility*. Roč. 103, č. 6, s. e44-e50. ISSN 00150282. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.03.019>. [cit. 2023-09-13].
49. PLEVOVÁ, Ilona a ZOUBKOVÁ, Renáta, 2021. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0890-9.
50. POPKIN, Barry M.; DU, Shufa; GREEN, William D.; BECK, Melinda A.; ALGAIETH, Taghred et al., 2020. Individuals with obesity and COVID-19: A global perspective on the epidemiology and biological relationships. Online. *Obesity Reviews*. Roč. 21, č. 11. ISSN 1467-7881. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/obr.13128>. [cit. 2023-12-10].
51. PRUDIČOVÁ, Kamila. *Specifika ošetrovatelské péče u pacientů s obezitou*. Online. Olomouc, 2015. Bakalářská práce (Bc.). UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. Fakulta zdravotnických věd. Dostupné z: <https://theses.cz/id/iau0ob/>. [cit. 2023-03-02].
52. RATISLAVOVÁ, Kateřina a BEDNÁŘOVÁ, Monika, 2018. PSYCHOSOMATICS, HOLISTIC APPROACH AND HEALTHCARE PRACTICE. Online. *Ošetrovatelské perspektivy*. 2018-5-31, roč. 1, č. 1, s. 89-95. ISSN 2570785X. Dostupné z: <https://doi.org/10.25142/osp.2018.009>. [cit. 2023-12-14].
53. *REPORT OF THE COMMISSION ON ENDING CHILDHOOD OBESITY: IMPLEMENTATION PLAN: EXECUTIVE SUMMARY*, 2017. Dostupné z: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259349/WHO-NMH-PND-ECHO-17.1-eng.pdf?sequence=1>. [cit. 2023-12-10].

54. RESL, Vladimír; SOUKUP, Radek; LEBA, Martin; BLECHA, Tomáš; ŘEBOUN, Jan et al., 2020. Standardní, opomíjené i nové informace o kompresivní terapii bandážemi. Online. *Praktický lékař*. Roč. 100, č. 2, s. 65-77. ISSN 0032-6739. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2020-2-9/standardni-opomijene-i-nove-informace-o-kompresivni-terapii-bandazemi-122389>. [cit. 2023-09-15].
55. SALVATORI, Roberto, 2015. Growth hormone deficiency in patients with obesity. Online. *Endocrine*. Roč. 49, č. 2, s. 304-306. ISSN 1355-008X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s12020-015-0571-4>. [cit. 2022-12-08].
56. SAYIK, Dilek; AK, Ahmet; ÖĞRÜNÇ, Ezgi Dinibütün; ERMIŞ, Sevilay Süreyya a MUSMUL, Ahmet, 2021. Multidisciplinary Approach to Obesity: Effects on Healthy - Permanent Weight Loss and Psychological Symptoms. Online. *Current Approaches in Psychiatry / Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*. Roč. 13, s. 311-323. ISSN 13090658. Dostupné z: <https://doi.org/10.18863/pgy.998530>. [cit. 2023-11-03].
57. SCHNEIDEROVÁ, Michaela, 2014. *Perioperační péče*. Sestra (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4414-8.
58. SHEA, Jacqueline Marie a GAGNON, Marilou, 2015. Working With Patients Living With Obesity in the Intensive Care Unit. Online. *Advances in Nursing Science*. Roč. 38, č. 3, s. E17-E37. ISSN 0161-9268. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/ANS.000000000000074>. [cit. 2023-10-25].
59. SIGMUND, Erik; BAŽURA, Petr a SIGMUNDOVÁ, Dagmar, 2020. Nadváha a obezita dětí ve vztahu k pohybové aktivitě a nadměrné tělesné hmotnosti jejich rodičů. Online. *General Practitioner / Praktický Lékař*. Roč. 100, č. 2, s. 83-87. ISSN 00326739. Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&an=143607235&scope=site>. [cit. 2023-11-08].
60. STREITOVÁ, Dana a ZOUBKOVÁ, Renáta, 2015. *Septické stavy v intenzivní péči: ošetrovatelská péče*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5215-0.
61. STRNADOVÁ, Alice; HLADÍKOVÁ, Lenka; HOFŠTETROVÁ KNOTKOVÁ, Michaela; SVOBODOVÁ, Dita; SVOBODOVÁ, Hana et al., 2021. Koncepce ošetrovatelství. Online. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-c-6-2021/>. [cit. 2023-04-14].
62. SVAČINA, Štěpán; FRIED, Martin; BÝMA, Svatopluk a MATOULEK, Martin, 2018. *Obezita: doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné*

praktické lékaře 2018. Doporučené postupy pro praktické lékaře. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství. ISBN 978-80-88280-07-1.

63. ŠEVČÍK, Pavel; MATĚJOVIČ, Martin; ČERNÝ, Vladimír; CVACHOVEC, Karel a CHYTRA, Ivan, 2014. *Intenzivní medicína*. 3., přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-066-0.
64. ŠUBOVÁ, Dana; AZEEM, Kateřina; ŠEVČÍKOVÁ, Jarmila; TOMÁŠKOVÁ, H. a VLČKOVÁ, Jarmila, 2014. Je obezita rizikovým faktorem vybraných nádorových onemocnění? Online. *General Practitioner / Praktický Lékař*. Roč. 94, č. 1, s. 16-21. ISSN 00326739. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2014-1/je-obezita-rizikovym-faktorem-vybranych-nadorovych-onemocneni-48098>. [cit. 2023-03-11].
65. TOMOVÁ, Šárka a KŘIVKOVÁ, Jana, 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0064-4.
66. TRAVERSY, Gregory a CHAPUT, Jean-Philippe, 2015. Alcohol Consumption and Obesity: An Update. Online. *Current Obesity Reports*. Roč. 4, č. 1, s. 122-130. ISSN 2162-4968. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s13679-014-0129-4>. [cit. 2023-05-13].
67. TRUHLÁŘ, Anatolij; ČERNÁ PAŘÍZKOVÁ, Renata; DIZON, Jose M. L.; DJAKOW, Jana; DRÁBKOVÁ, Jana et al., 2021. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Executive summary. Online. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. 2021-7-26, roč. 32, č. Suppl. A, s. 8-70. ISSN 12142158. Dostupné z: <https://doi.org/10.36290/aim.2021.043>. [cit. 2023-11-28].
68. TSAN, Samuel Ern Hung; NG, Ka Ting; LAU, Jiaying; VIKNASWARAN, Navian Lee a WANG, Chew Yin, 2020. A comparison of ramping position and sniffing position during endotracheal intubation: a systematic review and meta-analysis. Online. *Brazilian Journal of Anesthesiology (English Edition)*. Roč. 70, č. 6, s. 667-677. ISSN 01040014. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2020.10.007>. [cit. 2023-09-08].
69. USTOHAL, Libor a USTOHAL, Ladislav, 2017. PŘÍRŮSTEK HMOTNOSTI, OBEZITA A SCHIZOFRENIE. Online. *Česká a Slovenská Psychiatrie*. Roč. 113, č. 1, s. 26-31. ISSN 12120383. Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&an=123263572&scope=site>. [cit. 2023-10-11].

70. VEVERKOVÁ, Eva; KOZÁKOVÁ, Eva a DOLEJŠÍ, Lucie, 2019. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře I*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2747-9.
71. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky: Metodický pokyn pro poskytovatele zdravotních služeb k zavedení třístupňového modelu psychoterapie do praxe, 2022. In: Částka 13, s. 2-9.
72. WICHSOVÁ, Jana a TALIÁNOVÁ, Magda, 2020. *Vybrané kapitoly z bezpečnosti perioperační péče*. Pardubice: Univerzita Pardubice. ISBN 978-80-7560-305-0.
73. ZADÁK, Zdeněk; HAVEL, Eduard et al., 2017. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 2., doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0282-2.
74. WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2024. Obesity and overweight. Online. World Health Organization. 1 March 2024. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. [cit. 2024-03-15].
75. ZACHAROVÁ, Eva, 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0156-6.
76. ZACHAROVÁ, Eva, 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0155-9.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Rovnice výpočtu BMI.....	81
Příloha B – Tabulka klasifikace tělesné hmotnosti podle BMI.....	82
Příloha C – Androidní a gynoidní forma distribuce tělesného tuku.....	83
Příloha D – Rovnice výpočtu ideální a upravené tělesné hmotnosti.....	84
Příloha E – Seznam základních otázek pro rozhovor s respondenty.....	85
Příloha F – Povolení k získávání informací ve FN Plzeň.....	86

PŘÍLOHY

Příloha A – Rovnice výpočtu BMI

$$BMI = \frac{(\text{tělesná hmotnost}) \left[\frac{\text{kg}}{\text{m}^2} \right]}{(\text{tělesná výška})^2}$$

Zdroj: (World Health Organization, 2024), vlastní úprava

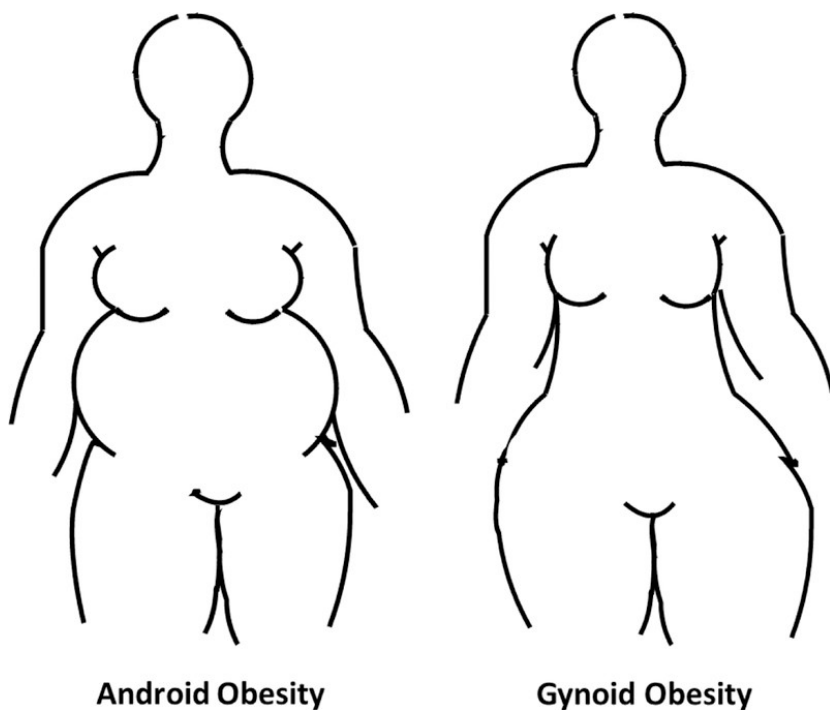
Příloha B – Tabulka klasifikace tělesné hmotnosti podle BMI

Tabulka B1 Tabulka klasifikace tělesné hmotnosti podle BMI

BMI (kg/m²)	KLASIFIKACE
< 18,50	Podváha
18,50–24,99	Optimální váha
25,00–29,99	Nadváha
30,00–34,99	Obezita 1. stupně
35,00–39,99	Obezita 2. stupně
> 40,00	Obezita 3. stupně

Zdroj: (Svačina et al., 2018), vlastní úprava

Příloha C – Androidní a gynoidní forma distribuce tělesného tuku



Obrázek C1 Androidní a gynoidní forma distribuce tělesného tuku

Zdroj: (Dixon a Peters, 2018)

Příloha D – Rovnice výpočtu ideální a upravené tělesné hmotnosti

Rovnice výpočtu ideální tělesné hmotnosti mužů:

$$IBW = 50 + 0,9 \times (\text{výška v cm} - 150)$$

Zdroj: (Ševčík et al., 2014), vlastní úprava

Rovnice výpočtu ideální tělesné hmotnosti žen:

$$IBW = 45 + 0,9 \times (\text{výška v cm} - 150)$$

Zdroj: (Ševčík et al., 2014), vlastní úprava

Rovnice výpočtu upravené tělesné hmotnosti:

$$ABW = IBW + 0,4 \times (TBW - IBW)$$

Zdroj: (Ševčík et al., 2014), vlastní úprava

Příloha E – Seznam základních otázek pro rozhovor s respondenty

Otázky do rozhovoru s pacienty:

1. Souvisí Vaše nynější hospitalizace s obezitou?
2. Byl jste již v minulosti hospitalizován v důsledku komplikací obezity?
3. Vnímáte péči ošetrovatelského personálu jako rozdílnou od péče o ostatní pacienty?
V čem?
4. Vnímáte vyšší náročnost péče o Vaši osobu v důsledku Vaší váhy?
5. Ovlivnil pobyt v nemocnici Váš přístup k Vaší váze?
6. Cítíte nyní větší motivaci upravit svůj životní styl pro snížení Váhy a tím pádem i zmírnění zdravotních komplikací?
7. Je pro Vás ošetrující personál i prvkem motivace a podpory?
8. Poskytuje Vám někdo jiný z Vašeho okolí motivaci a podporu?
9. Myslíte si, že by bylo přínosné zahrnout do péče i možnost psychologické konzultace, psychoterapeutické podpory?

Otázky do rozhovoru s ošetrujícím personálem:

1. Vnímáte péči o obézního pacienta jako více náročnou a zatěžující než péči o štíhlé?
Po jakých stránkách?
2. Jste seznámen s riziky spojenými s ošetrovatelskou péčí o obézní pacienty?
3. Je pro Vás tato péče psychicky zatěžující, demotivující či frustrující (více než péče o štíhlé)?
4. Máte pocit, že oddělení, ve kterém pracujete, disponuje dostatečnými pomůckami a personálním zajištěním pro péči o obézního pacienta?
5. V čem vnímáte rozdílnost péče o štíhlé a obézní?
6. Uvědomují si obézní pacienti dle Vašeho názoru zvýšenou náročnost péče o jejich osobu?
7. Mají obézní pacienti dle Vašich zkušeností nějaké společné povahové rysy či chování? (Např. viditelně se stydí za svou váhu, je jim nepříjemné, že více zatěžují personál apod.)
8. Uvědomují si pacienti souvislost zdravotních obtíží s diagnózou obezity?
9. Máte ze své praxe zkušenost, že pobyt v nemocnici bývá pro obézní pacienty podnětem k úpravě životního stylu?
10. Myslíte si, že je možné při pobytu obézního pacienta v nemocnici jej efektivně motivovat k úpravě životního stylu?
11. Myslíte si, že by obézní pacienti uvítali možnost psychologické konzultace či psychoterapeutické podpory v rámci hospitalizace?

Příloha F – Povolení k získávání informací ve FN Plzeň



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ

Útvar náměstka pro vnější vztahy a spolupráci s LF

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

Petra Hajčiarová

Studentka oboru Zdravotnické záchranářství

Fakulta zdravotnických studií, Katedra záchranářství, diagnostických oborů a veřejného zdravotnictví

Západočeská univerzita v Plzni

Povolení k získávání informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro vnější vztahy a spolupráci s lékařskou fakultou FN Plzeň **povoluji** sběr informací o léčebných metodách a ošetrovatelských postupech, včetně rozhovorů s vybranými pacienty a všeobecnými sestrami I. Interní kliniky (I.IK) FN Plzeň. Informace budete získávat v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „*Specifika ošetrovatelské péče o oběžního pacienta v intenzivní péči*“.

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

- Vrchní sestra I.IK souhlasí s Vaším postupem.
- 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.
- Údaje ze zdravotnické dokumentace pacientů, pokud budou uvedeny ve Vaší práci, musí být zcela anonymizovány.
 - **Realizaci rozhovorů a sběr informací pro Vaši bakalářskou práci budete provádět v době své, školou schválené, odborné praxe na I.IK a pod přímým vedením paní Galuškové Soni, Mgr., vrchní sestry I.IK FN Plzeň.**

Po zpracování Vámi zjištěných údajů **poskytnete** Útvaru náměstkyně pro vnější vztahy a spolupráci s lékařskou fakultou FN Plzeň závěry Vašeho šetření na níže uvedený e-mail, nejpozději k datu vaší obhajoby a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

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

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr. Bc. Světluše Chabrová

Manažerka pro vzdělávání nelékařů

Útvar náměstkyně pro vnější vztahy a spolupráci s LF

Fakultní nemocnice Plzeň

Edvarda Beneše 1128/13, 305 99 Plzeň

Tel: 377 401 663

E-mail: chabrovas@fnplzen.cz

14. 12. 2022