

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5**

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA  
S TĚŽKOU OBEZITOU**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**JOSEF MATĚJKA**

**Praha 2016**

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5**

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA  
S TĚŽKOU OBEZITOU**

Bakalářská práce

JOSEF MATĚJKA

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

Praha 2016



**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.**  
*se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00*

**Matějka Josef**  
**3. A VS**

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 3. 04. 2015 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s těžkou obezitou

*Complex Nursing Care in Obese Patients*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

V Praze dne: 1. 9. 2015

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a všechny zdroje literatury jsem uvedl v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 18. 03. 2016

.....

*Podpis*

## **PODĚKOVÁNÍ**

Tímto bych chtěl poděkovat PhDr. Janě Hlinovské, PhD. za odborné vedení mé bakalářské práce, ochotu a poskytnutí cenných rad při jejím zpracování. Také bych chtěl poděkovat své rodině za podporu při studiu.

## ABSTRAKT

MATĚJKA, Josef. *Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s těžkou obezitou*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD. Praha 2015. 64 s.

Tématem bakalářské práce je komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s těžkou obezitou. Bakalářská práce má teoreticko-empirický charakter. Teoretická část je zaměřena na seznámení s obezitou, včetně její historie a klasifikace. Dále jsou zmíněny komplikace obezity, seznámení s metabolickým syndromem, prevencí obezity a také její léčbou. Důležitou součástí je také ošetrovatelská a psychosociální problematika obézního pacienta. Empirická část práce zahrnuje individuální ošetrovatelský plán u obézního pacienta za využití koncepčního modelu Marjory Gordonové. Ke stanovení ošetrovatelských diagnóz byla použita Taxonomie II NANDA International 2012 – 2014. Cílem práce je deskripce medicínské, ošetrovatelské a psychosociální problematiky u pacienta s těžkou obezitou, dále navrhnout a realizovat ošetrovatelský plán u pacienta s touto diagnózou.

Klíčová slova

Formy a komplikace obezity. Metabolický syndrom. Nadváha. Obezita. Prevence a léčba obezity.

## ABSTRACT

MATĚJKA, Josef. *Complex Nursing Care of Obese Patients*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Jana Hlinovská, PhD. Prague 2015. 64 p.

The theme of the thesis is a comprehensive nursing care of patients with severe obesity. The work has theoretical and empirical character. The theoretical part is focused on familiarization with obesity, including its history and classification. They are also mentioned complications of obesity, familiarization with metabolic syndrome, prevention of obesity and its treatment. The important part is nursing and psychosocial problems of an obese patient. The research involves individual nursing plan in the case of obese patients using a Marjory Gordon conceptual model. To determine nursing diagnoses NANDA Taxonomy II International 2012 – 2014 was used. The aim of this work is to describe medical, nursing and psychosocial problems of patients with severe obesity, and also design and implement a care plan for patients with this diagnosis.

### Keywords

Forms and complications of obesity. Metabolic syndrome. Overweight. Obesity. Prevention and treatment of obesity.

## OBSAH

**PROHLÁŠENÍ**

**PODĚKOVÁNÍ**

**ABSTRAKT**

**ABSTRACT**

**SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK**

**SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ**

**SEZNAM TABULEK**

<b>ÚVOD.....</b>	<b>17</b>
<b>1 OBEZITA .....</b>	<b>18</b>
<b>1.1 OBEZITA V HISTORII.....</b>	<b>19</b>
<b>1.2 KLASIFIKACE OBEZITY .....</b>	<b>20</b>
<b>1.3 ETIOPATOGENEZE OBEZITY .....</b>	<b>22</b>
<b>1.4 EPIDEMIOLOGIE OBEZITY .....</b>	<b>23</b>
<b>1.5 ZDRAVOTNÍ RIZIKA A KOMPLIKACE OBEZITY.....</b>	<b>25</b>
<b>1.5.1 METABOLICKÝ SYNDROM.....</b>	<b>27</b>
<b>1.6 PREVENCE OBEZITY .....</b>	<b>28</b>
<b>1.7 LÉČBA OBEZITY .....</b>	<b>29</b>
<b>1.7.1 DIETNÍ TERAPIE .....</b>	<b>30</b>
<b>1.7.2 FYZICKÁ AKTIVITA.....</b>	<b>31</b>
<b>1.7.3 KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE .....</b>	<b>32</b>
<b>1.7.4 FARMAKOLOGICKÁ TERAPIE .....</b>	<b>33</b>
<b>1.7.5 CHIRURGICKÁ TERAPIE.....</b>	<b>33</b>
<b>2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA</b>	
<b>S OBEZITOU.....</b>	<b>35</b>
<b>3 PSYCHOSOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA OBEZITY .....</b>	<b>38</b>



<b>4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S TĚŽKOU OBEZITOU .....</b>	<b>40</b>
<b>4.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE .....</b>	<b>40</b>
<b>4.2 NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ.....</b>	<b>41</b>
<b>4.3 ANAMNÉZA .....</b>	<b>42</b>
<b>5 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT ZE DNE 03. 02. 2016 ..</b>	<b>45</b>
<b>6 POSOUZENÍ STAVU PACIENTA ZE DNE 03. 02. 2016</b>	<b>47</b>
<b>7 UTRŘIDĚNÍ INFORMACÍ DLE MARJORY GORDON DNE 03. 02. 2016.....</b>	<b>50</b>
<b>8 SITUAČNÍ ANALÝZA ZE DNE 03. 02. 2016 .....</b>	<b>55</b>
<b>9 SESTERSKÉ DIAGNÓZY A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ DLE PRIORIT PACIENTA.....</b>	<b>56</b>
<b>9.1 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY A PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE .....</b>	<b>58</b>
<b>10 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....</b>	<b>75</b>
<b>DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....</b>	<b>78</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>81</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>82</b>
<b>PŘÍLOHY</b>	

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

- BMI** ..... body mass index – parametr umožňující posouzení stavu výživy
- CHRI**..... chronická renální insuficience
- GCS** ..... glasgow coma scale – glasgowská klasifikace bezvědomí
- HDL**..... high density lipoprotein – lipoprotein s vysokou hustotou
- KBT** ..... kognitivně-behaviorální terapie
- L**..... lumbální, bederní obratel
- LDL** ..... low density lipoprotein – lipoprotein s nízkou hustotou
- MS** ..... metabolický syndrom
- Tbl.** ..... tableta
- TG**..... triglycerid
- SI**..... sakroiliakální, křížový
- Susp.** ..... suspektní, podezřelý
- Sympt.** ..... symptomatologie, soubor příznaků
- VAS** ..... vizuální analogová stupnice
- WHO** ..... World Human Organisation – Světová zdravotnická organizace
- WHR** ..... Waist to Hip Ratio – poměr obvodu pasu a boků

(VOKURKA, 2009)

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

**Adjustabilní žaludeční bandáž** – zmenšení žaludku utažitelnou manžetou

**Akutní koronární syndrom** – forma ischemické choroby srdeční

**Androidní** – mající mužský charakter

**Angina pectoris** – forma ischemické choroby srdeční

**Anikterický** – bez přítomnosti žloutenky

**Anorektika** – léky potlačující chuť k jídlu

**Antacidum** – lék neutralizující žaludeční kyselinu chlorovodíkovou

**Antiagregační** – snižující krevní srážlivost

**Antidepressivum** – lék proti depresi

**Antidiabetikum** – lék proti cukrovce

**Antiepileptikum** – lék užívaný v léčbě epilepsie, křečí

**Antifibrinolytikum** – látka tlumící fibrinolýzu

**Antiflogistikum** – protizánětlivý lék

**Antihypertenzivum** – lék proti vysokému krevnímu tlaku

**Antikoagulační** – působící proti krevnímu srážení

**Antikoagulancium** – lék tlumící krevní srážlivost

**Antikonvulzivum** – lék proti křečím

**Antiobezitikum** – lék proti obezitě

**Antipyretikum** – lék proti horečce

**Antirevmatikum** – lék proti revmatickým chorobám

**Antiuraticum** – lék snižující koncentraci močové kyseliny v krvi

**Anxiolytikum** – lék odstraňující úzkost

**Apnoe** – zástava dechu

**Artritida** – zánět kloubu

**Artróza** – nezánnětlivé degenerativní chronické onemocnění kloubů

**Arytmie** – porucha srdečního rytmu

**Ateromový plát** – projev aterosklerózy na tepně

**Ateroskleróza** – onemocnění tepen

**Bariatrická chirurgie** – chirurgie provádějící výkony v léčbě obezity

**Bilaterální** – oboustranný

**Biliopankreatická diverze** – chirurgická operace, při které je část tenkého střeva vyřazena z procesu trávení, potrava se nedostane do kontaktu s trávicími enzymy

**Brocův vzorec** – vzorec pro výpočet BMI

**Burzitida** – zánět kloubního vřčku

**Celulitida** – degenerativní změny podkožního vaziva

**Denzita** – hustota

**Deskripce** – popis

**Diuretikum** – lék zvyšující tvorbu a vylučování moči

**Dyslipidémie** – porucha normálního složení krevních tuků

**Dyspnoe** – dušnost, pocit nedostatku vzduchu

**Ekzém** – povrchový neinfekční zánět kůže

**Exantém** – vyrážka

**Gangréna** – nekróza tkáně

**Gastrický bypass** – žaludeční přemostění

**Gastroezofageální reflux** – stav, při němž dochází k pronikání kyselého žaludečního obsahu zpět do jícnu

**Glukózová tolerance** – při porušení nastává situace, kdy organismus nedokáže dokonale kontrolovat koncentraci glukózy v krvi

**Gonartróza** – nezánettlivé degenerativní chronické onemocnění kolenních kloubů

**Gynoidní** – mající ženský charakter

**Hyperurikémie** – zvýšená koncentrace močové kyseliny v krvi

**Hypolipidemikum** – lék snižující koncentraci lipidů v krvi

**Hypotenzivum** – lék snižující krevní tlak

**Infertilita** – neschopnost ženy donosit a porodit životaschopné dítě

**Inkorporace** – začlenění, zabudování

**Inkretiny** – peptidy vylučované střevními buňkami

**Inzulínová rezistence** – stav, kdy orgány a tkáň nejsou schopny přiměřeně reagovat na inzulín

**Inzulinové senzitiéry** – látky zvyšující citlivost na inzulín a působící proti inzulinové rezistenci

**Iradiace** – vyzařování

**Izokorický** – stav normální velikosti obou zornic

**Kardiomegalie** – zvětšení srdce

**Kognitivně-behaviorální terapie** – psychoterapeutický systém, který kombinuje nácvik změn chování na úrovni myšlení s nácvikem chování

**Komorbidity** – současný výskyt několik a nemocí

**Lumboischiadický syndrom** – onemocnění bederní páteře projevující se bolestivostí a omezením hybnosti bederní oblasti

**Malabsorpční výkon** – zmenšení části trávicího traktu, který je schopen vstřebávat živiny

**Morbidita** – nemocnost

**Multifaktoriální** – ovlivněný mnoha činiteli

**Mykóza** – onemocnění způsobené houbami

**Nefropatie** – onemocnění ledvin, obvykle nezánettivé

**Nefrotický** – ledvinný

**Neuropatie** – nezánettivé onemocnění nervu

**Nozologie** – nauka o třídění nemocí

**Obezitogenní** – způsobující vznik obezity

**Osteoporóza** – onemocnění charakterizované úbytkem kostní hmoty

**Perzistující** – přetrvávající

**Pickwickův syndrom** – stav, který vzniká jako důsledek nadměrné obezity, při které je ztíženo dýchání

**Plikace žaludku** – složení a prošíttí části žaludku

**Podagra** – postižení kloubu palce nohy (dna)

**Polygenní** – podmíněný několika geny

**Polytopní** – vznikající na mnoha místech

**Postprandiální** – objevující se po jídle

**Predispozice** – skutečnost nebo stav usnadňující vznik určité poruchy nebo nemoci

**Preobezita** – nadváha

**Progredující** – zhoršující se

**Pseudoradikulární** – bolest napodobující kořenový syndrom

**Queteletův index** – index tělesné hmotnosti

**Recidivující** – znovu se objevující

**Restrikční výkon** – zmenšení objemu žaludku

**Retinopatie** – nezáňtlivé onemocnění sítnice

**Sanovat** – uzdravit

**Spinální** – týkající se nervů

**Stacionární** – stálý, neměnný

**Steatohepatitida** – zánětlivé onemocnění jater

**Stenóza** – abnormální zúžení

**Syndrom spánkové apnoe** – porucha spánku, při které se v dýchání objevují dlouhé přestávky

**Tapotement** – poklep malíkovou hranou ruky na oblast ledvin

**Termogeneze** – produkce tepla

**Transitorní ischemická ataka** – drobná cévní mozková příhoda

**Triglycerid** – lipid tvořený třemi mastnými kyselinami a glycerolem

**Tubulizace žaludku** – zmenšení žaludku do tvaru rukávu

**Venofarmakum** – lék užívaný k léčbě žilních nemocnění

(VOKURKA, 2009), (KASALICKÝ, 2011), (<http://www.iscare.cz>, 2015)

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Klasifikace tělesné hmotnosti dle BMI.....	20
Tabulka 2 Identifikační údaje .....	40
Tabulka 3 Vitální funkce pacienta při příjmu .....	42
Tabulka 4 Farmakologická anamnéza .....	42
Tabulka 5 Ordinovaná vyšetření krve.....	45



# ÚVOD

Tématem bakalářské práce je komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s těžkou obezitou. Problematika obezity je v současné době velmi diskutovaným tématem, kdy obézních lidí přibývá každým rokem na celém světě. Volba tohoto tématu byla ovlivněna nejen vlastní zkušeností, ale také zkušenostmi z odborné praxe.

Zřejmým podceňováním tohoto onemocnění je zvyšující se procento nemocných lidí s touto diagnózou. Česká republika se v současnosti řadí na přední příčky, kde obézních lidí přibývá nejvíce, kdy obezita či nadváha, postihuje nejen dospělé obyvatelstvo, ale také děti a mladé dospělé.

Cílem práce je deskripce medicínské, ošetrovatelské a psychosociální problematiky u pacienta s těžkou obezitou. Dále navrhnout a realizovat ošetrovatelský plán u pacienta s touto diagnózou.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část je zaměřena na seznámení s obezitou, včetně její historie a klasifikace. Dále jsou zmíněny komplikace obezity, seznámení s metabolickým syndromem, prevencí obezity a také její léčbou. Důležitou kapitolou je ošetrovatelská a psychosociální problematika obézního pacienta. Praktická část bakalářské práce zahrnuje individuální ošetrovatelský plán u obézního pacienta. Tato část posuzuje pacientův zdravotní stav a jeho potřeby podle koncepčního modelu Marjory Gordonové. Ošetrovatelské diagnózy byly zpracovány podle Taxonomie II NANDA International 2012 – 2014 a vypracován plán ošetrovatelské péče, realizace, vyhodnocení a celkové vyhodnocení práce.

Práce je určena především pro odborníky pracující v interním ošetrovatelství. Vzhledem ke skutečnosti, že je téma obezity velmi rozsáhlou problematikou, práce je strukturována v obecné rovině se seznámením nejdůležitějších poznatků.

Rešeršní strategií bylo oslovení Národní lékařské knihovny v Praze, která poskytla seznam odborné literatury k tématu obezity. Bakalářská práce je sestavena nejen za pomoci tohoto seznamu publikací, ale i několika dalších zdrojů.

# 1 OBEZITA

Obezitu můžeme definovat jako nadměrné zmnožení tělesného tuku v organismu. Na jejím vzniku a rozvoji se významně podílejí současné životní podmínky, životní prostředí a dále životní styl, kde hlavní roli často představuje pozitivní energetická bilance. Obezitu lze označit za metabolické onemocnění, které vzniká na multifaktoriálním podkladě (NAVRÁTIL, 2008), (KASALICKÝ, 2011).

Obezita představuje chronické metabolické onemocnění, které je spojováno s vysokým rizikem vzniku diabetes a kardiovaskulárních onemocnění. Redukce hmotnosti významně toto riziko snižuje (FANTUZZI, 2007).

Mezi nejčastěji postižené oblasti světa s vysokým výskytem obezity v současné době patří Evropa a Severní Amerika (SVAČINA, 2008). V roce 2013 provedla společnost STEM/MARK, za kooperace projektu Žij zdravě, výzkum se zaměřením na výskyt obezity a přidružených onemocnění v České republice. Výzkumu se zúčastnilo celkem 2 065 respondentů, kteří byli individuálně dotazováni, byla jim zjištěna tělesná hmotnost a změřen obvod pasu. Z dosažených výsledků vyplývá, že od posledního výzkumu, který byl proveden v roce 2011, k významnému nárůstu obézních jedinců nedošlo (MATOULEK, 2014). „ V Populaci ČR je celkem 35 % dospělé populace s hmotností v kategorii nadváhy (BMI 25,1-29,9 kg/m<sup>2</sup>) a 23 % v kategorii obezity (BMI > 30 kg/m<sup>2</sup>)“ (MATOULEK, 2014, s. 14).

Podle dalších šetření je odhadováno, že se obezita vyskytuje nad 20 % české populace, což řadí Českou republiku na třinácté místo v zemích Evropské unie s výskytem tohoto onemocnění (SVAČINA, 2013).

Nejnovější průzkum, který proběhl v loňském roce, zjistil, že se s obezitou v České republice léčí přes milion Čechů. Nejvíce obézních je evidováno v Ústeckém kraji. Zpráva dále uvádí, že s chorobnou tloušťkou se také léčí téměř 32 tisíc dětí (<http://zpravy.aktualne.cz>, 2015).

## 1.1 OBEZITA V HISTORII

Obezita není zdaleka problémem současné doby. Její výskyt je zaznamenán už v dávné historii lidstva. Důkazem tohoto tvrzení je například nález figurky takzvané Věstonické Venuše nejen na území České republiky, ale také v různých oblastech evropského kontinentu. Podobizna této figurky připomíná obézní ženskou postavu. Vědci tedy předpokládají, že její tvůrce byl schopen vyrobit tuto sošku pouze na reálném podkladě žijícího člověka, nikoli si ji pouze vymyslet (SVAČINA, 2008).

Z období života dávných velkých lékařů, kterými byli Hippokrates a Galén, můžeme i dnes ze starověkých spisů vyčíst, že se o výskytu obezity již zmiňovali. Nejenže se tomuto zdravotnímu problému pokoušeli více porozumět, také se ale snažili uvádět návody k její léčbě. Obézním jedincům proto doporučovali, aby snížili příjem pokrmů s vysokou kalorickou hodnotou, vykonávali více fyzicky namáhavé práce a zapojili do života více aktivního pohybu formou běhu či koupelí (SVAČINA, 2008), (KASALICKÝ, 2007).

Obezita zřejmě nebyla vždy posuzována jako negativní ovlivnění zdraví člověka, jak tomu bylo například v období baroka, kdy byla obezita prezentována jako výtvarný ideál. Avšak i u nás se již osobní lékaři Lucemburků Karla IV. a Václava IV., kterými byli Havel ze Strahova a Albík z Uničova, věnovali nauce jak zvyšující se tělesné hmotnosti předcházet. Jejich spisy o správné životosprávě, jako prevenci zdravotních komplikací, jsou považovány za vědecký základ připomínající dnešní publikace o zdravém životním stylu (SVAČINA, 2008).

S postupným narůstáním výskytu otlých lidí v populaci, sílila snaha obezitu správně kvalifikovat, k čemuž došlo na počátku 19. století. V roce 1836, uznávaný belgický matematik a statistik A. Quetelet definoval na základě svého vyšetřování index tělesné hmotnosti, označovaného jako Body Mass Index – BMI. Tento index se mimo jiné stal základním ukazatelem tělesné hmotnosti používaným i v současné době.

Pohled nad požadovanou tělesnou proporcí se měnil v průběhu 20. století. Zpočátku byla upřednostňována štíhlá ženská linie. Následně v padesátých letech tohoto století byly idolem krásy považovány hollywoodské filmové hvězdy oblých tvarů. K další změně došlo v šedesátých letech, kdy se opět pohled na ideální štíhlou postavu

navrací a idolem ženské krásy se stala modelka Twiggy, která dle ukazatele indexu tělesné hmotnosti, jednoznačně trpěla mentální anorexií. Tato žena, s váhou 41 kg a výškou 170 cm, měla hodnotu BMI 14,19 (KASALICKÝ, 2007). Protože to byla právě Twiggy, kdo odstartoval ideál krásy nejen pouze hubených, ale vysloveně vyhublých modelek, kterým se snažily až fanaticky podobat miliony žen, dnes se tato již bývalá modelka snaží proti tomuto trendu bojovat. Důrazně varuje před tvrdými a nesmyslnými dietami, které poškozují lidský organismus (<http://www.novinky.cz/>, 2009).

## 1.2 KLASIFIKACE OBEZITY

Obezita je dnes považována za chronické onemocnění, prezentované zvýšeným obsahem tělesného tuku v organismu. Hodnoty jeho výskytu kolísají v důsledku mnoha faktorů, ovšem za optimální jsou považovány hodnoty u žen 25-30 %, u mužů 20-25 %. Existuje několik přístupů, kterými můžeme stupně obezity měřit, avšak celosvětově nejpoužívanější metodou je tzv. index tělesné hmotnosti (Body Mass Index – BMI). Hodnotu BMI lze získat pomocí níže uvedeného vzorce a to jako podíl tělesné hmotnosti v kilogramech a druhé odmocniny tělesné výšky v metrech.

- Queteletův index [BMI] = tělesná hmotnost [kg] / tělesná výška [m]<sup>2</sup>

Tabulka 1 Klasifikace tělesné hmotnosti dle BMI:

Podváha	< 18,5
Normální váha	18,5 – 24,9
Preobezita	25 – 29,9
Obezita I. stupně	30,0 – 34,9
Obezita II. Stupně	35,0 – 39,9
Obezita III. stupně	≥ 40

(FONSECA, 2006), (KRAHULEC, 2013)

Ve výjimečných případech se můžeme setkat i s označením obézních jedinců jako superobézní s hodnotou BMI nad 50 nebo super-superobézní (suprasuperobézní) s BMI nad 60.

Použití, dnes nejpoužívanějšího ukazatele, BMI je celosvětově uznaným měřítkem pro stanovení hodnoty nadváhy a obezity. Jeho dalším přínosem je, že ho lze využít jako ukazatele životní prognózy a také ke stanovení většiny komplikací, které obezitu provázejí.

V minulých desetiletích byla používána jednoduchá klasifikace poměru obvodu pasu a boků, tzv. index pas/boky (WHR – waist to hip ratio). Riziko výskytu metabolických komplikací, tendence k androidnímu typu obezity, je dáno obvodem pasu a lze ho klasifikovat na mírné a výrazné. Dnes se tento index prakticky nepoužívá vzhledem ke své nepřesnosti ve stanovení, kdy hlavní roli hraje vysoká variabilita výšky a hmotnosti obézních jedinců.

- Ukazatelé metabolického rizika podle obvodu pasu:
  - o ženy nad 80 cm (mírné), nad 88 cm (výrazné)
  - o muži nad 94 cm (mírné), nad 102 cm (výrazné)

(SVAČINA, 2013)

I dnes se lze setkat s klasifikací pro stanovení optimální tělesné hmotnosti, kterým je tzv. Brocův vzorec. Jeho zjištění je velmi jednoduché a stanoví se tak, že se od výšky v centimetrech odečte hodnota 100. Jako příklad může být jedinec o výšce 175 cm, kdy odečteme hodnotu 100 a výsledkem je, že by jeho ideální hmotnost měla být 75 kg (NEJEDLÁ, 2006).

Distribuce tělesného tuku je důležitým faktorem pro stanovení míry rizika obezity (FONSECA, 2006). Obezitu můžeme rozdělit na dva typy podle lokalizace, kde se tuková tkáň hromadí nejčastěji. Buď převažuje zvýšený výskyt tuku v podkoží anebo nitrobřišně. Gynoidní (ženský) typ obezity je charakteristický hromaděním tuku v oblasti stehen a hýždí, častěji se vyskytuje u žen a z hlediska výskytu metabolických komplikací je méně nebezpečný. Androidní (mužský) typ se vyznačuje specifickým hromaděním tuku v oblasti břicha. Je pokládán za vysoce rizikový pro vznik nejen metabolických komplikací, ale také kardiovaskulárního onemocnění (KASALICKÝ, 2011). Skutečnost, že obezitou ženského typu může být postižen muž a naopak obezita mužského typu může být diagnostikována u ženy, není neobvyklá (SVAČINA, 2008).

### 1.3 ETIOPATOGENEZE OBEZITY

Jednoznačně určit, které faktory se přímo podílejí na vzniku obezity, je velmi komplikované. Na její etiopatogenezi se téměř vždy podílí kombinace různých faktorů a příčin. Podstatou vzniku je však velmi často brána definice, že je důsledkem dlouhodobě zvýšeného energetického příjmu, který převažuje nad energetickým výdejem. Přičteme-li k tomuto faktu vlivy obezitogenního prostředí současné doby a změnu životního stylu populace, pak jejím výsledkem musí být narušení energetické rovnováhy, jejímž důsledkem je pozvolné narůstání tělesné hmotnosti (KASALICKÝ, 2007), (KASALICKÝ, 2011). „Soudí se, že obezitogenní prostředí se podílí na vzniku obezity až v 30 %, zbytek má genetický původ“ (FRANĀKOVÁ, 2015, s. 22). V zahraniční publikaci výstižné přirovnání praví, že geny jsou jako náboje ve zbrani a toxické prostředí stiskává spoušť (BRAY, 2007).

Strava dnešní doby je určována svou vysokou energetickou denzitou, na které se především podílí obliba a upřednostňování tučných jídel, slazených nápojů a alkoholu. Do pozadí přecházejí potraviny, jako jsou ovoce, zelenina a nízkotučné mléčné výrobky (PERUŠICOVÁ, 2007). Podíl tuků by měl představovat maximálně 30 % z celkového energetického příjmu. Skutečnou hodnotou dnešní doby je jejich spotřeba zvýšená s hodnotou 36-38 %, u venkovské populace hodnota spotřeby tuků dosahuje dokonce přes 40 %. Principem nadměrného přísunu tuků je takový, že je inkorporován do tukových zásob a jedinec tak přibývá na váze (KASALICKÝ, 2007).

Na celkovém energetickém výdeji se podílejí tři faktory:

- Hlavní část tvoří klidový energetický výdej v rozsahu 55-70 %. Jeho úkolem je zajišťovat základní životní funkce organismu a udržovat tělesnou teplotu.
- Druhou částí je tzv. postprandiální termogeneze, jejíž podíl představuje 8-12 % energetického výdeje. Její činnost je spojena jednak s trávením, vstřebáváním a metabolismem živin po požití potravy, jednak s aktivací sympatického nervového systému po jídle.
- Třetí část představuje energetický výdej při pohybové aktivitě. Hodnota se pohybuje v závislosti na náročnosti fyzické aktivity a její podíl činí 20-40 %. Především tuto složku může jedinec ovlivnit – její pokles přispívá k narůstání tělesné hmotnosti.

Za posledních několik let došlo k enormnímu nárůstu prevalence obezity u dětí. Podíl viny na této skutečnosti nese nejen konzumace vysoce kalorických potravin typu fast-food, ale také množství hodin strávených u televize, osobních počítačů a dalších technologických vymožeností dnešní doby za současného poklesu pohybové aktivity (KASALICKÝ, 2007).

Obezita je považována za polygenně podmíněnou nemoc, kdy se na jejím vzniku zaslouhuje přes 600 genů. Udává se, že se na rozvoji obezity uplatňují v hodnotě mezi 40-70 % (PERUŠICOVÁ, 2007).

## **1.4 EPIDEMIOLOGIE OBEZITY**

To, že obezita existovala již v prehistorickém období, je nám známo ze starých spisů, ale nevyskytovala se v takovém měřítku, jako známe dnes. K obrovskému vzestupu prevalence obezity došlo až na přelomu tisíciletí. V té době Světová zdravotnická organizace (WHO) vydala dokument, který označuje obezitu za celosvětovou epidemii (PERUŠICOVÁ, 2007). Obezita, se stala celosvětově nejrozšířenějším metabolickým onemocněním, které nepostihuje pouze dospělou populaci, ale ve stále větším měřítku i děti a dospívající (KASALICKÝ, 2011). Obézní děti mají nejen predispozici k obezitě v dospělosti, ale také se u nich významně zvyšuje riziko vzniku přidružených onemocnění (FANTUZZI, 200).

Určitým vlivem na prevalenci obezity prokazatelně přispívá vzdělání a výše příjmu, kdy je tento faktor rozdílný v rozvinutých a rozvojových zemích. V České republice, rozvinuté zemi, je obezita častěji pozorována u obyvatel s nižším vzděláním a nižšími příjmy, dále u venkovského obyvatelstva. V rozvojových zemích je tomu právě naopak (KASALICKÝ, 2007). Lidé, kteří mají hluboko do kapsy, šetří i na takových věcech, jako je jídlo. Jsou nuceni kupovat méně kvalitní potraviny, což v konečném důsledku vede k rozvoji obezity (<http://zpravy.aktualne.cz>, 2015).

Faktory, které se podílejí na vzniku obezity:

- Demografické faktory:
  - o věk populace – se stoupajícím věkem obézních přibývá

- pohlaví – obecně platí, že jsou ženy častěji obézní, ovšem dnes čeští mladí muži do 35 let mají průměrné BMI vyšší než ženy
- velikost sídla – obezita je nemocí především venkovského obyvatelstva
- etnické vlivy – nejvyšší výskyt obezity je v černošských, následně hispánských a nejnižší v bělošských populacích
- vzdělání a vyšší příjem – faktor, který snižuje výskyt obezity
- manželství – u mužů i žen představuje zvyšování tělesné hmotnosti
- Biologické faktory:
  - mateřství – na vzestupu hmotnosti se podílí jen mírně
  - genetika – výskyt obezity v rodině často ovlivňují i další rodinné zvyky (převládají faktory prostředí, např. nezdravý životní styl)
  - výskyt diabetu 2. typu u rodičů
  - výběr partnerů – u potomka obézních partnerů dochází ke kumulaci obezitogenních genů (geny podmíněná obezita)
- Behaviorální faktory:
  - dietní zvyklosti – je velmi významným faktorem (příjem tuku, sladkostí)
  - kouření – výskyt obezity mírně snižuje díky zvýšení výdeje energie
  - alkohol – příjem alkoholu vede k vzestupu hmotnosti, ovšem těžcí alkoholici spíše tělesnou hmotnost ztrácí
  - fyzická aktivita – její pokles vede k vzestupu výskytu obezity
  - sedavý způsob života – tělesnou hmotnost zvyšuje
  - léky – některé léky mohou přispívat k nárůstu tělesné hmotnosti
  - deficit spánku – spánek kratší než 5 hodin denně zvyšuje tělesnou hmotnost

(FRIED, 2011), (SVAČINA, 2008), (SVAČINA, 2013)

WHO u příležitosti evropského obezitologického kongresu, který se konal v loňském roce, uveřejnila prognózu vývoje obezity na rok 2030. Ta byla stanovena při srovnávání dat o vývoji obezity získaných z roku 2010. Zpráva praví, že v roce 2030 bude v České republice postiženo nadváhou 64 % žen a až 79 % mužů (<http://www.novinky.cz>, 2015).



## 1.5 ZDRAVOTNÍ RIZIKA A KOMPLIKACE OBEZITY

Nejenže obezita dlouhodobě zhoršuje kvalitu života, ale je především příčinou rozvoje dalších onemocnění, invalidity a úmrtnosti (KRAHULEC, 2013). Celková mortalita způsobená obezitou poměrně rychle stoupá již při dosažení hodnoty BMI 30 (FONSECA, 2006).

Zdravotních komplikací, které můžeme označit jako přidružená onemocnění doprovázející obezitu, je několik. Mezi ty nejčastější patří rozvoj diabetu mellitu 2. typu, na jejímž vzniku se podílejí geny společně s obezitou. Toto onemocnění postihuje stále mladší populaci. Podstatou onemocnění je nedostatek až úplná absence inzulínu, kdy dochází ke zvýšení množství glukózy v krvi. V současné době jsou diabetici ohroženi především komplikacemi tohoto onemocnění, jako je například infarkt myokardu, cévní mozková příhoda, diabetická neuropatie, gangréna končetin, diabetická nefropatie, retinopatie a další (<http://obesity-news.cz>, 2013).

Obezitu často doprovází zvýšený krevní tlak a porucha metabolismu tuků. Tyto faktory představují hlavní stavy, které vedou k ateroskleróze. Na jejím rozvoji se podílí jak inzulínová rezistence, tak i nadprodukce protizánětlivých faktorů. Podkladem tohoto postižení je tvorba ateromového plátu v tepně, který způsobí zúžení jejího průsvitu a tím dojde k nedostatečné výživě oblasti, která je touto cévou vyživována. V případě postižení věnčité srdeční tepny dochází k ischemické chorobě srdeční projevující se např. jako angina pectoris, nebo akutní koronární syndrom. Pokud je ovšem věnčitá tepna uzavřena úplně, pak dojde k akutnímu infarktu myokardu nebo náhlé srdeční smrti. Na podobném principu může také dojít k transitorní ischemické atace nebo cévní mozkové příhodě (KASALICKÝ, 2011), (<http://obesity-news.cz>, 2013).

Přítomnost samotné hypertenze již můžeme pokládat za významný rizikový faktor kardiovaskulárních onemocnění, protože s narůstajícím krevním tlakem také stoupá riziko výskytu srdečních příhod, cévních mozkových příhod a chorob ledvin. (MATOULEK, 2014).

Dle studií je prokázáno, že obezita má určitou souvislost s pravděpodobnějším rozvojem zhoubných nádorů (např. karcinom tlustého střeva) u obézní populace. V současné době je známo 5 zásad pro prevenci nádorových onemocnění, kdy při jejich

dodržování je možné snížit riziko jejich vzniku až o třetinu. Jsou to: 1) nekouřit, 2) nebýt obézní, 3) konzumovat více vlákniny a vyvarovat se červenému masu, 4) cvičit minimálně 140 minut týdně, 5) vyvarovat se alkoholu (KRAHULEC, 2013), (<http://obesity-news.cz>, 2013).

Lehké pochrupování není nic závažného, ale v případě obézního člověka tento projev může ohrožovat jedince na životě. Podstatou je přítomnost apnoické pauzy na vrcholu hlasitého chrápaní, které trvá několik desítek vteřin. Důsledkem tohoto projevu pak může být srdeční arytmie či zástava srdeční akce.

Lidé s obezitou jsou často postiženi žlučnickými kameny a zánětem žlučníku. Nejenže tyto situace dovedou nemocného hodně potrápit, ale nebezpečí výrazně stoupá, pokud by žlučnickový záchvat přešel do akutního zánětu pankreatu, kdy jde o život ohrožující situaci.

Onemocnění kloubů je další z přidružených onemocnění obézních. V důsledku snižování či nedostatku pohybové aktivity jsou klouby přetěžovány. Tím dochází k degenerativnímu procesu doprovázeného bolestí. V konečném důsledku nemocný přibývá na váze, protože ho bolavé klouby stále více omezují ve fyzické aktivitě.

Nejen u obézních můžeme diagnostikovat depresi, ovšem v jejich případě se vyskytuje častěji, nežli u jedinců s normální váhou. Rozlišit, co je její příčinou a co následkem, není vždy snadné – jídlo může být lékem na depresi a snížené sebevědomí může představovat její spouštěcí mechanismus (<http://obesity-news.cz>, 2013).

Přehled komorbidit, jejichž vznik může být podmíněn nadváhou či obezitou:

- metabolické komplikace (např. diabetes mellitus 2. typu)
- kardiovaskulární a respirační komplikace (např. syndrom spánkové apnoe)
- gastrointestinální (např. gastroezofageální reflux)
- gynekologické (např. poruchy cyklu, infertilita)
- endokrinní poruchy
- onkologické
- ortopedické
- kožní (např. ekzémy, mykózy, celulitida)
- psychosociální (např. diskriminace, deprese) (KASALICKÝ, 2007)

Rozdělení komplikací obezity:

1) mechanické komplikace (spojovány s nadměrnou tělesnou hmotností)

- např. bolesti v zádech, bolesti kloubů, artrózy, častější úrazy, otoky, celulitida, horší hojení ran, dušnost, varixy, častější pocení, chrápání aj.

2) metabolické komplikace (spojovány s tzv. metabolickým syndromem)

- např. dyslipidémie, hypertenze, diabetes 2. typu a řada dalších složek, které jsou s metabolickým syndromem spjaty – např. nádory, deprese, aj.

Pro ústup mechanických komplikací je často zapotřebí redukovat tělesnou hmotnost o desítky procent, naopak metabolické komplikace zlepší redukce o 5-10 % stávající hmotnosti.

Obezita byla dříve pokládána za protektivní faktor bránící vzniku osteoporózy, ale dnes je znám i názor, že obezní sice mohou mít vyšší kostní denzitu, ovšem samotná kost nemusí být kvalitní (SVAČINA, 2013).

### 1.5.1 METABOLICKÝ SYNDROM

Metabolický syndrom (MS) představuje současně se vyskytující určité poruchy, které můžeme u obezních jedinců pozorovat. Lze ho také definovat jako komplex určitých příznaků, které významným způsobem ovlivňují jedince na zdraví. Uvádí se, že se v našich podmínkách vyskytuje až u 30 % populace a v průběhu života získá alespoň jednu složku MS až 80 % populace (NAVRÁTIL, 2008), (SVAČINA, 2013), (<http://obesity-news.cz>, 2013).

MS můžeme označit jako aktuální problém současné medicíny, kdy jeho složky jsou umístěny na vysoké příčce nejčastěji léčených onemocnění. Radíme sem obezitu, diabetes mellitus 2. typu, arteriální hypertenzi, dyslipidémii a hyperurikémii. Za dominantní nozologickou jednotku je považován diabetes mellitus 2. typu, kdy tímto onemocněním pravděpodobně onemocní každý čtvrtý až pátý Čech. Dále se předpokládá, že nějaká složka MS se týká asi poloviny populace ve věku přes 60 let (KASALICKÝ, 2007).

Pro MS je charakteristické, že se vyvíjí v čase, proto je jeho diagnostika obtížná. Přednostně je však pozorován u osob, kteří jsou zatíženi genetickou predispozicí a žijí nevhodným životním stylem, jehož podstatou je nadměrný energetický příjem a nedostatečná pohybová aktivita. Kritéria, podle kterých lze MS u jedince stanovit (podmínkou je výskyt alespoň tří z nich) jsou:

- 1) abdominální obezita – pas: muži > 102 cm, ženy > 88 cm
- 2) TG  $\geq$  1,7 mmol/l
- 3) HDL-chol muži < 1 mmol/l, ženy < 1,3 mmol/l
- 4) TK  $\geq$  130 /  $\geq$  85 mmHg
- 5) glykémie nalačno  $\geq$  5,6 mmol/l

(KAREN, 2007)

Rizika, která vyplývají z onemocnění MS, je možné u obézních významně snížit. Principem je, aby jedinec zredukoval svou stávající hmotnost o 10-20 % a dlouhodobě si váhu udržel (KASALICKÝ, 2007). Bylo prokázáno, že odpovídající léčba MS výrazně u nemocných snižuje kardiovaskulární riziko a incidenci infarktu myokardu (KAREN, 2007).

V léčbě se mohou uplatnit léky, které působí na více složek MS:

- antihypertenziva (ovlivnění inzulinorezistence, redukce hmotnosti)
- antidiabetika (redukce hmotnosti, cévní efekty, antiagregační působení)
- antiobezitika (pokles hmotnosti, krevního tlaku, lipidů, inzulinorezistence)
- inzulinové senzitiéry (pokles glykémie, krevního tlaku, lipidů, cévní efekty)
- hypolipidemika (pokles lipidů, cévní efekty)

(SVAČINA, 2013)

## **1.6 PREVENCE OBEZITY**

Notoricky známým rčením, že prevence nemoci je vždy lepší než následná léčba vzniklé poruchy, je jistě opodstatněná. Základním krokem preventivního opatření obezity je obecně vytvářet zdravý způsob života. Podstatou by mělo tedy být

dodržování správného jídelního režimu a vhodné pohybové aktivity, což by mělo vést k dlouhodobě udržitelné optimální tělesné hmotnosti.

- Primární prevenci můžeme dělit na:
  - o všeobecnou – zaměřenou na širokou populaci
  - o selektivní – která je již zaměřena určitou populaci
- Sekundární prevencí můžeme působit na:
  - o úrovni významných rizikových faktorů - např. formu edukace o vlivech nevhodných redukčních diet
  - o úrovni zaměřené na zvýšení ochranných faktorů – např. prostřednictvím osvěty o zdravém životním způsobu života
  - o úrovni se zaměřením na rodiny – např. úpravou vhodného jídelního chování a vhodné pohybové aktivity

(FRANĀKOVÁ, 2013)

Podstatou snížení narůstající prevalence obezity, spojenou s řadou dalších zdravotních a psychosociálních důsledků, je zásadním způsobem změnit životní styl – stravovací návyky a fyzickou aktivitu. Z výsledků Ústavu zdravotnických informací a statistiky vyplývá, že spotřební zvyklosti české populace je stále nedostačující, i když k mírnému zlepšení došlo. Hlavním faktorem, který má zásadní význam pro terapii i prevenci vzniku obezity, je vztah rodičů k dítěti, životní styl, názory k dětské obezitě aj. Především rodiče představují hlavní aspekt, kterým je vývoj dítěte ovlivněn nejvíce – dítě vnímá zvyklosti rodičů, které postupně přijímá i za své (ADÁMKOVÁ, 2009), (PAŘÍZKOVÁ, 2007).

## 1.7 LÉČBA OBEZITY

Smyslem léčby obezity dnes není pouze samotný úbytek hmotnosti, ale také snaha o snížení přidružených rizik a zlepšení celkového pocitu zdraví (KASALICKÝ, 2011). Na terapii obezity se v současné době podílí pět, resp. šest způsobů. Je to dieta, fyzická aktivita, psychoterapie, farmakoterapie a možnosti chirurgické léčby. První tři postupy jsou hodnoceny jako méně spolehlivé. Kromě toho také kladou velké nároky na jedince. Možnost léčby pomocí farmak, tzv. antiobezitik, a operační cestou dnes patří za

mnohem významnější a dlouhodobě perspektivnější variantu. Šestý způsob léčby představuje uvážlivý výběr ordinované medikace v terapii jiných onemocnění. Jsou známy léky, které tělesnou hmotnost prokazatelně zvyšují – steroidy, antidiabetika aj.

Hlavním cílem léčby obezity je snížit hmotnost o 5-10 % a tuto váhu si dlouhodobě udržet. Dle studií vede pokles hmotnosti o 10 % k významnému poklesu rizika vzniku diabetu, nádorů souvisejících s obezitou a morbiditu z kardiovaskulárních příčin. Výraznější redukce hmotnosti se uplatňuje v ústupu obtíží, které souvisí s mechanickými komplikacemi obezity (SVAČINA, 2013).

### **1.7.1 DIETNÍ TERAPIE**

Dietu lze definovat jako přesně specifikované stravování, které je určeno nemocnému jedinci. Můžeme ji také charakterizovat jako sestavení jídelního plánu, který je nutritivně vyvážen tak, aby byl vhodný k určitému onemocnění. Dieta se vždy odlišuje od racionální stravy určitými kvalitativními a kvantitativními změnami (MIKŠOVÁ, 2006), (LAMSCHOVÁ, 2010). Abychom mohli označit dietu za redukční, pak musí splňovat takový energetický obsah, který prokazatelně vede ke snížení hmotnosti (<http://obesity-news.cz>, 2013). Trendem dnešní doby jsou poměrně často diety drastické, jejichž principem je velmi nízký energetický příjem. Důsledkem je pak v drtivé většině tzv. jo-jo efekt, který snahu o snižování hmotnosti postupně zhoršuje. Důležité proto je, netrpět hladu a nemít příliš velký energetický deficit (LAMSCHOVÁ, 2010).

Není pochyb, že dietoterapie představuje důležitý postup v léčbě obezity, ale sama o sobě by velkého významu nedosáhla. Aby byla dostatečně účinná, obvykle je nutné použít psychoterapeutických postupů společně s pravidelnou fyzickou aktivitou. Tento způsob se označuje jako režimové opatření v terapii obezity (SVAČINA, 2013).

Při snaze snížit nadměrnou hmotnost je doporučováno konzumovat stravu s dostatečným zastoupením celozrnných obilovin, zeleniny a ovoce, cereálií a dostatek vlákniny. Dále preferovat mléčné výrobky s nízkým obsahem tuku, libová masa a nezapomenout na pravidelnou pohybovou aktivitu (MÜLLEROVÁ, 2009).

Přehled zásad redukčních diet:

- 1) snažit se pravidelně stravovat – rozdělit si jídelníček do 3-5 jídel denně
- 2) energii rovnoměrně rozdělit na celý den
- 3) stravovat se podle doporučení racionální výživy
- 4) vyvarovat se nadměrného příjmu tuků, především živočišného původu
- 5) omezit přísun soli
- 6) snažit se změnit nevhodné stravovací návyky
- 7) při porušení diety nepodlehout, ale nadále pokračovat
- 8) zajistit dostatečný příjem neslazených tekutin (1,5 – 2 litru denně)

(SVAČINA, 2008)

Celkový energetický příjem by měl být sestaven tak, aby:

- bílkoviny tvořily 10-15 % (a příjem čistého proteinu by měl být okolo 0,8-1g na kg hmotnosti/den).
- tuky zajišťovaly maximálně 30 % energetického příjmu (méně než 1,2 g/kg hmotnosti).
- sacharidy představovaly přibližně 55 % dodané energie.

(ADÁMKOVÁ, 2009)

### **1.7.2 FYZICKÁ AKTIVITA**

Význam pohybové aktivity v prevenci a léčbě obezity má nezastupitelnou funkci. Uvádí se však, že samotná pohybová aktivita k žádoucímu poklesu hmotnosti většinou nevede. Proto je doporučeno spojit pohyb spolu se zdravou výživou ((MATOULEK, 2014), (<http://www.iscare.cz>, 2016).

Fyzická aktivita představuje klíčovou složku energetického výdeje (BRAY, 2007). Nejenže má pozitivní dopad na redukci hmotnosti, ale také přináší pozitivní vliv na lipidové spektrum (vzestup HDL-cholesterolu, pokles trygliceridů a LDL-cholesterolu), kompenzuje arteriální hypertenzi a diabetes (HALUZÍK, 2009).

Prvním krokem, jak přimět obézního k pohybové aktivitě, je doporučit, aby zvýšil podíl běžné denní fyzické aktivity (více chodit pěšky, omezit dopravní prostředky, omezit sledování televize aj.). Důraz při výběru konkrétní aktivity je především kladen na to, aby tak bylo provedeno nenásilnou formou. U výrazně obézních jedinců jsou přednostně doporučovány aktivity, které méně zatěžují nosné klouby (plavání, jízda na kole) (KASALICKÝ, 2011), (<http://www.iscare.cz>, 2016).

Odborníci doporučují, aby fyzická aktivita byla prováděna 3-4x týdně v délce trvání alespoň 40-50 minut. Spálení cca 8 000 kilojoulů týdně, představuje minimální cíl účinné redukce hmotnosti. Při výběru druhu cvičení by měly být preferované tzv. aerobní aktivity (chůze, plavání atd.) Dle profesora Svačiny by obézní člověk měl ujit minimálně 10 000 kroků denně (MATOULEK, 2014), (SVAČINA, 2013). Krahulec ve své publikaci uvádí, že aby došlo k poklesu hmotnosti o 0,5 kg, je zapotřebí cvičit 50 minut denně (KRAHULEC, 2013). Důležitým aspektem je také volba správné intenzity vybraného cvičení, která se však stanovuje individuálně (LAMSCHOVÁ, 2010). Vyšší intenzita fyzické aktivity se může pozitivně projevit na snížení chuti k jídlu (MÜLLEROVÁ, 2009).

### **1.7.3 KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE**

Kognitivně-behaviorální terapie (KBT) je považována za jednu z podstatných složek, která by měla být vždy součástí léčby nadváhy a obezity. Přístupy KBT přispívají nejen k identifikaci či ovlivnění psychologických faktorů vedoucích k obezitě, ale také napomáhají k dlouhodobému poklesu tělesné hmotnosti. Terapie vychází z teorií učení, kdy jsou využívány metody pro nácvik řešení obtížných situací. Principem je odnaučit nemocného nezdravému životnímu stylu – nedostatečné fyzické aktivitě a nevhodným jídelním návykům (KASALICKÝ, 2011), (SVAČINA, 2013), (<http://stob.cz/>, 2014).

Cílem KBT je změnit postoj z negativních stravovacích návyků a pohybové aktivity v pozitivní přínos v souvislosti s terapií obezity. Tyto změny by měly obézním přinášet radost a prospěch z dosažení výrazného zlepšení kvality života.



Technik kognitivně-behaviorální terapie je několik druhů. Ze základních lze například zmínit techniku sebekontroly, techniku relaxace či modelování (KRAHULEC, 2013).

#### **1.7.4 FARMAKOLOGICKÁ TERAPIE**

Farmakologická léčba by měla doplňovat komplexní léčebná opatření, která byla popsána výše. Zařazení léků, tzv. aniobezitik, do léčby obezity nejenže může výrazně přispět k redukci hmotnosti, ale také pozitivně ovlivnit nemocného na ochotě spolupracovat, což zvyšuje úspěšnost samotné léčby. Je důležité zmínit, že pokud nemocný současně s farmakologickou léčbou nedodrží zásady zdravého životního stylu, pak prakticky vždy dochází k opětovnému vzestupu hmotnosti po jejich vysazení. Použití některých farmak má dokonce i pozitivní vliv na onemocnění související s obezitou. Antiobezitika se obvykle zařazují do léčby u pacientů s BMI > 30 kg/m<sup>2</sup> (KASALICKÝ, 2011), (MATOULEK, 2014).

Na léčbě obezity podáváním léků se uplatňují tři postupy:

- užití léků, které tlumí chuť k jídlu (anorektika – Adipex, Lorcaserin)
- užití blokátorů, které snižují vstřebávání tuku v trávicím traktu (Orlistat)
- užití léků, které ovlivňují hormony trávicího traktu – inkretinů

(SVAČINA, 2013)

#### **1.7.5 CHIRURGICKÁ TERAPIE**

Chirurgická léčba, neboli bariatrická chirurgie, je pokládána za nejúčinnější způsob nejen v samotné terapii obezity, ale je také považována za velice účinný způsob prevence jejího vzniku. Dalším přínosem bariatrie je skutečnost, že zásadně ovlivňuje vznik a vývoj některých metabolických poruch, které s obezitou souvisejí.

Možnosti bariatrické chirurgie společně s její léčbou jsou dnes pokládány za základní a vysoce účinné postupy, pomocí kterých lze dosáhnout dlouhodobých a

významných hmotnostních úbytků a to především u pacientů s těžkými formami obezity (FRIED, 2011).

Obecně je doporučeno, že indikace pro chirurgickou léčbu by měla být až po určité době (asi půl roku), po kterou byl nemocný dispenzarizován. Důvodem toho opatření je ověření, že nemocný je dostatečně schopný dodržovat dietní a režimová opatření, ve kterých je nutné pokračovat i po operačním zákroku. Velmi důležité je, aby pacient pochopil jaké výhody, ale i následná omezení, ho čekají po provedené chirurgické operaci (KASALICKÝ, 2011).

Bariatrická chirurgie je indikována:

- u obezity s hodnotou BMI nad 40 či nad 35 při významných komplikacích
- u nemocného s výskytem závažných komplikací je možné operovat i s BMI nižším než 35
- u nemocného, kde konzervativní léčebné postupy byly neefektivní
- u nemocného, který je z psychologického hlediska k operaci vhodný (netrpí bulimií, spolupracuje v následné dispenzarizaci)

(SVAČINA, 2013)

Operační výkony v bariatrické chirurgii dělíme na dvě základní skupiny – restriční, malabsorpční, popřípadě jejich kombinace.

- Restriční výkony jsou založeny na principu zmenšení objemu žaludku, jehož důsledkem je příjem menšího množství potravy (adjustabilní žaludeční bandáž, plikace žaludku, tubulizace žaludku).
- Malabsorpční výkony jsou charakterizovány zmenšením části trávicího traktu, čímž dojde k omezení vstřebávání živin ze stravy (biliopankreatická diverze).
- Tyto dvě základní metody lze spolu kombinovat (gastrický bypass).

(KASALICKÝ, 2011), (<http://obesity-news.cz>, 2014)

Bariatrická chirurgie zaznamenává v posledních letech výrazný rozvoj. Ve srovnání, kdy v roce 1998 bylo celosvětově provedeno asi 40 tisíc operací, v roce 2013 tomu již bylo cca 370 tisíc. V České republice téhož roku podstoupilo chirurgickou léčbu cca 1 650 pacientů s těžkou obezitou (MATOULEK, 2014).

## 2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S OBEZITOU

„Polovina toho, co sníme, živí nás a druhá polovina lékaře.“ (ŠAFRÁNKOVÁ, 2006, s. 95).

Ošetrovatelská péče o nemocné s obezitou je náročná. Vzhledem k nadměrné tělesné hmotnosti je první nasadě fyzická náročnost pro ošetrovatelský personál. Je proto důležité oběžního pobízet ke spolupráci, která odpovídá jeho možnostem a zdravotnímu stavu (FRIED, 2011).

Podstatou povolání sestry je poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči na nejvyšší úrovni. Cílem tohoto předpokladu je, aby byla sestra všestranná a pracovala podle etických norem. Sestra ve své profesi zastává několik rolí, které jsou pro zdravotnické zařízení specifické a důležité. Tyto role jsou podmíněny společenskými změnami, novými objevy a technologiemi, systémem ve zdravotní péči apod.

V současné době sestra zastává tyto role:

- 1) Poskytovatelka ošetrovatelské péče – uspokojování potřeb nemocného
- 2) Manažerka – řízení a organizace ošetrovatelského procesu
- 3) Edukátorka – působení na ovlivnění chování nemocného v zájmu zlepšení svého zdraví
- 4) Advokátka – obhajoba práv nemocného, verbalizace jeho požadavků, názorů a zájmů
- 5) Mentorka – dohled nad studenty vykonávající ošetrovatelskou péči
- 6) Nositelka změn – kontinuální sebevzdělávání sestry v důsledku stále se měnícího vyvíjejícího ošetrovatelství
- 7) Výzkumnice – utváření ošetrovatelství jako sociálně významné vědecké profese

(FARKAŠOVÁ, 2006)

Hlavním parametrem pro vytvoření pozitivního vztahu mezi sestrou a pacientem je vhodné využití specializovaného a individuálního přístupu. Schopnost komunikovat se uplatňuje v každé profesi a ve zdravotnictví to platí dvojnásob. Aby byla sestra

schopná poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči, musí umět adekvátně s pacientem komunikovat, což je také základem pro vytvoření pozitivního vztahu mezi sestrou a pacientem. Prostřednictvím komunikace jsou pacientovi sdělována důležitá fakta, je edukován, ale i verbálně motivován v dodržování léčebného režimu.

Při posuzování míry soběstačnosti je důležité, aby byl pacient v určitých činnostech samostatný, kdy je také vhodné použít verbální podpory a motivace. Neměly by však být podceňovány i jisté situace, ve kterých pomoc personálu potřebuje, aby své základní potřeby uspokojil. Vzhledem k nadměrné hmotnosti mají obézní celkově sníženou pohyblivost, což se dotýká i jejich možností si sami zajistit osobní hygienu. Je proto na zdravotnickém personálu, aby pacientovi v této situaci šetrně pomohl a nebyla narušena jeho důstojnost.

Schopnost sestry naslouchat je stejně tak důležitá jako volba vhodné a specializované komunikace s pacientem. Právě tím, že dáme najevo své pochopení, můžeme úspěšně odstranit pacientovi zábrany související s pocity studu, méněcennosti, neschopnosti, vyřazení ze společnosti apod. Častými pochvalami lze obézního pozitivně vést k úspěchu jeho léčby, nežli upozorňovat na jeho chyby (FRIED, 2011).

Nejčastější ošetrovatelské problémy obézního jedince jsou:

- porucha výživy, na jejímž vzniku se především podílí zvýšený příjem potravy, nedostatečná fyzická aktivita, metabolické poruchy, genetická predispozice
- omezená pohybová aktivita, která vzniká jako důsledek zvýšené zátěže na organismus
- možná nebezpečí podněcující vznik zdravotních komplikací
- porucha sebepřijetí vznikající změnou vzhledu nemocného
- častější výskyt opruzenin, jako následek zvýšeného pocení a tření kožních ploch

Cíle ošetrovatelské péče o obézního člověka by měly být:

- 1) Dlouhodobé omezení nadměrného příjmu potravy s cílem snížit tělesnou hmotnost.
- 2) Zapojení více pohybové aktivity do svého života.
- 3) Snížení tělesné hmotnosti na optimální hodnotu.
- 4) Motivace, aby nemocný svou hmotnost dlouhodobě udržoval.

Pokud je obézní pacient hospitalizován za účelem redukce hmotnosti, mezi povinnosti sestry patří:

- sledovat hmotnost pacienta
- monitorovat příjem a výdej tekutin
- kontrola odběru vzorků moči na M+S (moč, sediment) a obsah minerálů v moči
- kontrola odběru krve, u diabetiků pravidelně kontrolovat glykémii 3-4x denně
- měřit TK 4x denně u hypertoniků
- edukovat nemocného během hospitalizace
- denně konzultovat stav pacienta s fyzioterapeutem
- spolupracovat s psychologem

Obecně je preferovaným krokem prevence choroby, než dlouhodobé řešení již vzniklého onemocnění. Na prevenci obezity v současné době existuje několik programů, kdy podstata jejich úspěšného fungování je založena na spolupráci mnoha odborníků a složek: např. zdravotníků, vládních institucí, výrobců potravin, médií apod.

Úspěšný boj s obezitou je především podmíněn změnou životního stylu, který musí být dlouhodobě udržován, a pevné vůle. Diety typu „od-do“, k úspěchu v drtivé míře nevedou. Jako pozitivní přínos v redukci obezity můžeme považovat i některá farmaka, která obézním jedincům pomáhají dlouhodobě udržet získané pozitivní návyky v životním stylu (ŠAŘFRÁNKOVÁ, 2006).

### 3 PSYCHOSOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA OBEZITY

Lidskou bytost chápeme jako bio-psycho-sociální jednotku. Pokud je člověk ovlivněn přítomností nemoci, pak se vnímání jeho kvality a spokojenosti života odrazí ve změnách na všech výše zmíněných oblastech (MATOULEK, 2014). Chronická nemoc, kterou obezita představuje, vždy ovlivní fyzickou, sociální i psychickou složku nemocného. Nejen závažnost onemocnění a související léčby, ale také schopnost pacienta se s chorobou vypořádat, ovlivňuje kvalitu života jedince (VENGLÁŘOVÁ, 2006). Důsledkem tohoto působení je, že člověk často musí změnit svůj stávající osobní život – např. oblíbené zvyky, určité rutinní činnosti aj. Určité omezení přichází i v oblasti seberealizace. Mohou se dostavit takové pocity, kdy jedinec považuje sám sebe za přítěž nejen pro rodinu, ale i pro společnost. Nemocný se může projevovat například změnami nálad, uzavřeností, nevyrovnaností či vznětlivostí. Lze také pozorovat depresivní ladění až sociální izolovanost jako důsledek poddávání se nemoci (ZACHAROVÁ, 2007).

Životní styl člověka se podílí na způsobu jeho stravování. Typický způsob života dnešní moderní doby, kdy je člověk pod neustálým časovým vypětím, v drtivé míře vede ke špatným stravovacím návykům, což následně přináší zdravotní problémy. Lidé se pod vlivem pracovního přetížení stravují nepravidelně, nezdravě, ve spěchu nebo jedí pouze až večer. Tento stav, dříve či později, přináší jisté negativní důsledky na jejich zdraví (TRACHTOVÁ, 2006).

Je všeobecně známo, že společenský tlak na redukci hmotnosti je vysoký. Již pro obézní děti školního věku je složité navazovat kontakty s ostatními dětmi, což vede k problémům zapojit se do sociálního prostředí.

Populace často hodnotí obezitu jako slabost jedince, který se nedokáže ovládat v příjmu množství potravy. Dnes však víme, že to tak není. Průzkumy uvádějí, že ve společnosti trpí více ženy. Nikoli v důsledku tělesných obtíží, ale více pod tíhou společenských a psychických důsledků, které obezita přináší. Proto lze říci, že snížení tělesné hmotnosti je předpokladem pro zlepšení pacientova sebevědomí, sebedůvěry, sebejistoty, ale i sebehodnocení.

Jedinci s těžkou obezitou, se pod vlivem obtíží, častěji stávají práce neschopnými. Důsledkem této skutečnosti je, že je pro ně těžší najít si zaměstnání, než je tomu u neobézní populace (MATOULEK, 2014).

Každé onemocnění s sebou přináší určitou psychickou zátěž, v případě obezity lze hovořit až o zátěži enormní. K rozvoji obezity významně přispívají psychické faktory – stresy, deprese a úzkosti. Aby se jim obézní vyrovnal, problém často řeší cestou porušení dietního režimu a přejídáním, označovaným jako dietní disinhibice (FRIED, 2011).

Předpokládá se, že deprese s obezitou úzce souvisí a depresivní ladění postihuje spíše ženskou obézní populaci. Často uváděný názor, že obézní člověk je spokojený, pravdou není. Drtivá většina populace zhubnout chce, ale pod vlivem psychických faktorů je to velmi obtížné. Je známo, že většina lidí stres zajídá, čímž dochází k vzestupu hmotnosti. Jsou však i tací, kteří pod vlivem akutního stresu jídlo omezí, čímž dojde k úbytku váhy, ale po opadnutí stresu jejich hmotnost opět vzroste. Příčinou přejídání je především dobrá chuť, kterou tučná jídla mají, ale i častý příjem sladkostí může mít antidepressivní účinek (MATOULEK, 2014), (MÜLLEROVÁ, 2009).

Rozvoj deprese má několik příznaků. V případě obézních jedinců se na rozvoji deprese výrazně podílí omezená pohybová aktivita. Proto jedním z nejúčinnějších antidepressiv je, aby pacient více zapojil tělesnou aktivitu ve svém běžném životě (MATOULEK, 2014).

## 4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S TĚŽKOU OBEZITOU

Pacient, kterým byl muž ve věku 52 let, byl plánovaně přijat dne 03. 02. 2016 na III. Interní kliniku oddělení Divizní 1 Všeobecné fakultní nemocnice na Karlově náměstí v Praze. Ošetrovatelská péče byla zpracována ode dne přijetí pacienta na oddělení, tedy od 03. 02. do 05. 02. 2016 v době od 7:00 do 19:00 hodin. K posouzení zdravotního stavu pacienta a následného vypracování ošetrovatelské péče byly použity informace z lékařské a sesterské dokumentace, fyzikálního vyšetření, rozhovoru a pozorování pacienta. Získané informace byly pro ošetrovatelský plán zpracovány podle modelu Marjory Gordonové. Ošetrovatelské diagnózy byly formulovány podle priorit pacienta a následně vyhodnocovány.

### 4.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Tabulka 2 Identifikační údaje

<b>Jméno a příjmení:</b> X. Y.	<b>Pohlaví:</b> muž
<b>Datum narození:</b> 05xxxxxx	<b>Věk:</b> 52
<b>RČ:</b> 63xxxxxxxx	<b>Číslo pojišťovny:</b> 111
<b>Vzdělání:</b> střední průmyslová škola (automechanik)	<b>Zaměstnání:</b> invalidní důchodce (dříve vychovatel v učňovském středisku)
<b>Stav:</b> ženatý	<b>Státní příslušnost:</b> ČR
<b>Datum přijetí:</b> 03. 02. 2016	<b>Typ přijetí:</b> plánovaný

#### Důvod přijetí udávaný pacientem:

„Přišel jsem nemocnice, abych trochu zhubl. S tloušťkou se trápím už dlouho a teď mě můj pan doktor doporučil, abych šel do nemocnice na pár dní a pokusil se konečně už ubrat na váze.“

#### Medicínská hlavní diagnóza:

Obezita 3 stupně s kumulací v oblasti břicha, pacient přijat k redukční dietě



### **Medicínské diagnózy vedlejší:**

- Progredující nefrotická proteinurie, CHRI 3. stupně bez progresu
- Perzistující fibrilace síní, antikoagulační terapie warfarinem
- Arteriální hypertenze, kardiomegalie
- Dyslipidémie na terapii
- Porucha glukózové tolerance
- Dnavá artritida bilaterálně, podagra, kotník
- Nealkoholická steatohepatitida
- Gonartróza bilaterálně (IV. stupně vpravo, I.-II. stupně vlevo)
- Recidivující burzitidy oblouku loktů
- Polytropní VAS, nelze vyloučit spinální stenózu, lumboischiadický syndrom pravostranný, pseudoradikulární iradiace L5, bez zánikové sympt. susp. blok SI vpravo
- Susp. syndrom spánkové apnoe
- Picwickův syndrom

## **4.2 NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ**

Pacient byl k hospitalizaci, na III. Interní kliniku, přijat plánovaně na doporučení lékaře obezitologické ambulance k redukci hmotnosti. V době 10/2015 by do terapie obezity nasazen Xenical, který neužívá od období před Vánoci, protože lék spotřeboval. Svou hmotnost snížil během podzimu, ale poté opět přibral přes Vánoce. Nyní je hmotnost stacionární. Z obtíží udává dlouhodobé bolesti v zádech, především v oblasti bederní páteře. Bolest se také propaguje do dolních končetin, ale nyní je klidnější. Bolest dle škály bolesti VAS udává kolem 2/10. Bolest nosných kloubů, především kolen hodnotí dle škály VAS 4/10. Přítomny jsou burzitidy loktů. Pohybuje se především pomocí invalidního vozíku. S berlemi je schopen ujít maximálně několik kroků po bytě.

Tabulka 3 Vitální funkce pacienta při příjmu

<b>TK:</b> 125/80 mmHg	<b>Výška:</b> 180 cm
<b>P:</b> 72/min	<b>Váha:</b> 177 kg
<b>D:</b> 18/min	<b>BMI:</b> 55
<b>TT:</b> 36,5 °C	<b>Pohyblivost:</b> na lůžku soběstačný, pohyblivost na invalidním vozíku, dopomoc při hygieně
<b>Stav vědomí:</b> plně při vědomí, orientován <b>GCS:</b> 15	<b>Krevní skupina:</b> A Rh pozitivní

### 4.3 ANAMNÉZA

#### Rodinná anamnéza:

*Matka:* 80 let – obezita

*Otec:* 80 let – Diabetes Mellitus 2. typu, léčí se se srdcem

*Dcera:* nevlastní – zdravá

#### Farmakologická anamnéza:

Tabulka 4 Farmakologická anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Indikační skupina
Warfarin	tbl.	5 mg	0 – 0 – 1,5	Antifibrinolytikum, Antikoagulancium
Betaloc ZOK	tbl.	25 mg	0 – 1 – 0	Hypotenzivum
Twynsta 80	tbl.	10 mg	0 – 0 – 1	Hypotenzivum
Verospiron	tbl.	25 mg	0 – 0 – 1	Diuretikum
Mertenil	tbl.	10 mg	0 – 1 – 0	Hypolipidemikum
Milurit	tbl.	300 mg	0 – 0 – 1	Antiuratum, Antirevmatikum
Aescin	tbl.	20 mg	1 – 1 – 1	Venofarmakum,

				Antiflogistikum
Guajacuran	tbl.	200 mg	0 – 1 – 0	Anxiolytikum
Neurontin	tbl.	300 mg	1 – 1 – 1	Antiepileptikum, Antikonvulzivum
Novalgin	tbl.	500 mg	1 tbl. při bolesti	Analgetikum, Antipyretikum
Controloc	tbl.	40 mg	0 – 0 – 1	Antacidum

**Alergologická anamnéza:**

*Léky:* PNC (penicilin – exantém)

*Potraviny:* neguje

*Chemické látky:* neguje

**Abúzus:**

*Alkohol:* dříve cca 2 piva denně, nyní neguje

*Kouření:* neguje

*Káva:* neguje

*Léky a jiné návykové látky:* neudává

**Urologická anamnéza:**

*Překonaná urologická onemocnění:* žádná neuvádí

*Samovyšetření varlat:* provádí při osobní hygieně

*Poslední návštěva u urologa:* prozatím nikdy nebyl

**Sociální anamnéza:**

*Stav:* ženatý

*Bytové podmínky:* bydlí s manželkou v panelovém bytě

*Vztahy, role, interakce:* udává, že rodinné vztahy jsou dobré, nekonfliktní. Velkou oporou je pacientovi manželka. Se svou nevlastní dcerou vychází velmi dobře. Rodina ho plně podporuje. Sám sebe označuje za přátelského, komunikativního a ohleduplného člověka.

*Záliby:* v důsledku omezení pohyblivosti nyní udává jako záliby televize, četbu knih

*Volnočasové aktivity:* s manželkou rádi chodí na procházky, občas si rád zahraje stolní tenis s přáteli

**Pracovní anamnéza:**

*Vzdělání:* středoškolské vzdělání s maturitou, obor automechanik

*Pracovní zařazení:* nyní je v invalidním důchodu, dříve působil jako vychovatel v učňovském středisku, poté několik let pracoval v kanceláři

**Spirituální anamnéza:**

Pacient nevyznává žádný náboženský směr. Věřící spoluobčany však respektuje.

## 5 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT ZE DNE 03. 02. 2016

**Dieta:** 8 (1200 kilokalorií)

**Kategorie:** 3

**Rehabilitace:** 1x denně

**Kontrola službou:** NE

**Invaze:**

- Periferní žilní kanyla: NE
- Permanentní močový katetr: NE

**Vitální funkce:** TK a P 1x denně, ráno

- TK: 125/80 mmHg
- P: 72/min

**Bilance:** Příjem a výdej tekutin – nesledováno

**Ordinovaná laboratorní vyšetření:**

Tabulka 5 Ordinovaná vyšetření krve

Vyšetřované parametry	Zkratka	Hodnoty pacienta	Fyziologické rozmezí
Sodík	Na	141 mmol/l	137-146 mmol/l
Kalcium	K	4,3 mmol/l	3,8-5,0 mmol/l
Chlór	Cl	104 mmol/l	97-108 mmol/l
Močovina	UREA	5,0 mmol/l	2,8-8,0 mmol/l
Kreatinin	Krea	91 $\mu$ mol/l	44,0-110,0 $\mu$ mol/l
Kyselina močová	KM	388 $\mu$ mol/l	220-420 $\mu$ mol/l
Bilirubin celkový	BILT	16,3 $\mu$ mol/l	2,0-17,0 $\mu$ mol/l
Alaninaminotransferáza	ALT	0,57 $\mu$ kat/l	0,10-0,78 $\mu$ kat/l
Aspartátaminotransferáza	AST	0,38 $\mu$ kat/l	0,10-0,72 $\mu$ kat/l
Alkalická fosfatáza celková	ALP	0,97 $\mu$ kat/l	0,66-2,2 $\mu$ kat/l

Gama-glutamyltransferáza	GGT	0,54 $\mu$ kat/l	0,14-0,84 $\mu$ kat/l
Cholesterol celkový	CHOL	3,29 mmol/l	2,90-5,20 mmol/l
Cholesterol-HDL	HDL	0,75 mmol/l	1,0-2,1 mmol/l
Cholesterol-LDL	LDL	1,49 mmol/l	1,20-3,00 mmol/l
Triacylglyceroly	TAG	2,33 mmol/l	0,45-1,70 mmol/l
Index aterogenity	IA	3,4	0-4,2
Tyroxin volný	FT4	13,8 pmol/l	11,5-22,7 pmol/l
Tyreotropin	TSH	0,88 mIU/l	0,5-4,9 mIU/l
Glukóza	Glu	6,9 mmol/l	3,9-5,6 mmol/l
Quickův test (protrombinový čas)	PT	1,72 INR	0,8-1,2 INR
Aktivovaný parciální tromboplastinový čas	aPTT	32,6 sec.	25,9-40 sec.

Zdroj: <http://laboratore.vfn.cz>

#### **Medikace:** per os

- Warfarin 5 mg tbl. (0 – 0 – 1,5) - antikoagulancium
- Betaloc ZOK 25 mg tbl. (0 – 1 – 0) - hypotenzivum
- Twynsta 80/10 mg tbl. (0 – 0 – 1) - hypotenzivum
- Verospiron 25 mg tbl. (0 – 0 – 1) - diuretikum
- Mertenil 10 mg tbl. (0 – 1 – 0) - hypolipidemikum
- Milurit 300 mg tbl. (0 – 0 – 1) - antiuratum
- Aescin 20 mg tbl. (1 – 1 – 1) - venofarmakum
- Guajacuran 200 mg tbl. (0 – 1 – 0) - anxiolytikum
- Neurontin 300 mg tbl. (1 – 1 – 1) - antiepileptikum
- Novalgin 500 mg tbl. (1 tbl. při bolesti, VAS 4 a více, na vyžádání maximálně 3x denně) - analgetikum
- Controloc 40 mg tbl. (0 – 0 – 1) - antacidum

## 6 POSOUZENÍ STAVU PACIENTA ZE DNE 03. 02. 2016

### HLAVA A KRK

**Subjektivně:** „Hlava a krk mě nebolí. Ale pokud mě začne bolet hlava a trvá to dlouho, vezmu si Paralen.“

**Objektivně:** Lebka bez deformací, poklepově nebolestivá, příušní žlázy ne zvětšeny, spojivky růžové, bulby ve středním postavení, volně pohyblivé, skléry anikterické, zornice izokorické, oči, nos i uši bez výtoku, jazyk růžový, plazí středem, chrup sanován, šije volná, štítná žláza a krční uzliny nehmatné, náplň krčních žil nelze validně posoudit.

### HRUDNÍK A DÝCHACÍ CESTY

**Subjektivně:** „Problémy s dýcháním občas pociťuji, hlavně při větší námaze se zadýchám. Také vím, že když v noci spím, tak mám apnoické pauzy během dýchání.“

**Objektivně:** Hrudník symetrický, beze změn a postavení. Poklep na plíce plný, dýchání čisté, sklípkové. Počet dechů 18/min.

### SRDCE A CÉVNÍ SYSTÉM

**Subjektivně:** „Se srdcem se léčím, užívám prášky. Taky mám vysoký tlak.“

**Objektivně:** Akce srdeční nepravidelná, klidná. Pulz ve fyziologickém rozmezí, 72/min. Dobře hmatný na obou horních končetinách arteria radialis. Ozvy bez šelestu.

### BŘICHO A GASTROINTESTINÁLNÍ TRAKT

**Subjektivně:** „Protože mám rád jídlo, tak mám velké břicho. Když jsem sportoval, tak jsem mohl jíst a byl jsem pořád hubený, ale po úraze jsem už sportovat nemohl, tak jsem začnul přibírat na váze. Břicho mě nebolí, ale překáží. Nechutenstvím netrpím, spíš naopak.“

**Objektivně:** Břicho zvětšené, stěží prohmatné, bez známek rezistence. Palpačně nebolestivé. Poslechově slyšitelná peristaltika, odchod plynů v normě. Stolice byla naposledy v den příjmu, ráno doma. Játra a slezina nemožné pro obezitu vyšetřit. Tapotement negativní.

## VYLUČOVACÍ SYSTÉM

**Subjektivně:** „Poslední dobou často chodím na malou v noci. Nikdy jsem na urologii nebyl. Ale protože teď hodně piju přes den, tak to je asi normální. Jinak jsem nikdy problémy neměl. Zácpou taky netrpím, doma chodím na velkou pravidelně, spíš obden.“

**Objektivně:** Pacient se zmínil, že nyní častěji chodí močit během noci. Uvádí, že během dne vypije i přes 3 litry tekutin, často usíná kolem půlnoci. Aby zahnal hlad v pozdních hodinách, pije.

## POHYBOVÝ APARÁT

**Subjektivně:** „Bolí mě záda, jak jsem ztloustnul, ale to už mám dlouho. Zvykl jsem si na to. Taky mám problémy, abych ušel delší vzdálenosti, protože mě bolí kolena. Tak tady mám sedačku, bez které bych se skoro nikam daleko nedostal. Taky tady mám hole, ale s těmi moc dlouho na nohách nevydržím, ujdu pár metrů a musím si zase sednout. Doma mi někdy pomáhá manželka s koupáním, jinak se o sebe dokážu postarat. Kolena si někdy mažu mastičkou, co mi manželka koupila v lékárně, docela mi to pomáhá.“

**Objektivně:** Míra pohyblivosti je významně omezena v důsledku obezity. Z důvodu chronické bolesti zad a nosných kloubů je pacient téměř odkázán na invalidní vozík, aby se mohl pohybovat mimo pokoj. Po pokoji používá francouzské hole, se kterými si na toaletu a do sprchy dojde sám. Na dolních končetinách jsou patrné mírné otoky asi do 1/3 bérců. Jsou viditelné gonartrózy na obou dolních končetinách. Bolest zad pacient hodnotí, dle numerické škály bolesti od 0-10, jako mírnou (VAS 2), bolest kolen jako bolest střední intenzity (VAS 4).

## NERVOVÝ SYSTÉM A SMYSLOVÝ SYSTÉM

**Subjektivně:** „Vím, kde jsem a jaké je datum. Je 3. února 2016, dnes jsem přijel do nemocnice, abych zhubnul. Už mnohokrát jsem se pokoušel sám shodit pár kilo, ale pak jsem to zase nabral zpátky, tak to snad teď už vyjde. Jak dlouho tady budu nevím, ale asi moc brzo domů nepůjdu. Slyším dobře, mám brýle nablízko. Bolí mě trochu záda, to jak jsem ztloustnul a taky kolena, když chodím. Křeče ani žádné brnění necítím.“



**Objektivně:** Pacient je plně orientován místem, časem i osobou. Dobře ví, ve které nemocnici se nachází, i na jakém oddělení a pokoji. Při příjmu na oddělení bez problémů spolupracoval. Slyší dobře, používá brýle nablízko, čich, chuť i hmat jsou v normě. Zornice jsou izokorické, na osvit reagují, bulby se pohybují všemi směry, bez známek patologie.

## **ENDOKRYNNÍ SYSTÉM**

**Subjektivně:** „Na endokrinologii se neléčím.“

**Objektivně:** Pacient nemá žádné záznamy, že by se léčil s nemocemi endokrinologického systému.

## **IMUNOLOGICKÝ SYSTÉM**

**Subjektivně:** „Jsem pouze alergický na penicilin. Jiné alergie nemám.“

**Objektivně:** Dle dokumentace je pacient alergický pouze na lék penicilin. Jiné alergologické záznamy nejsou.

## **KŮŽE A JEJÍ ADNEXA**

**Subjektivně:** „Co se týče kožních problému, tak snad ani žádné nemám. Jen to, že lidé s obezitou mají popraskanou kůži, jak ztloustnou. To mám taky, ale to je normální, jak jsem se dozvěděl. Přes den vypiju kolem tří litrů tekutin. Taky když mám večer hlad, tak se něčeho napiju.“

**Objektivně:** Pacient je dobře hydratovaný. Zásadní defekty na kůži nejsou přítomny, je bez ikteru a cyanózy, bez krvácivých projevů. Jsou přítomny mírné otoky dolních končetin do 1/3 bérce, bilaterálně.

## 7 UTRÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE MARJORY GORDON

DNE 03. 02. 2016

Získané informace byly sestaveny dle modelu Marjory Gordonové, která hodnotí pacienta jako holistickou bytost mající své základní potřeby, kdy zdravotní stav jedince je vyjádřen prostřednictvím bio-psycho-sociální interakce. Sestra, pomocí daných vzorců zdraví, je schopna určit funkční a dysfunkční složky pacientova zdraví a dále s nimi pracovat v plánování ošetrovatelské péče (PAVLÍKOVÁ, 2006).

### PODPORA A ZDRAVÍ

Pacient udává, že svůj zdravotní stav hodnotí jako špatný. V důsledku obezity a dalších přidružených onemocnění, pacient častěji pociťuje smutek a stres. Tento stav negativním způsobem ovlivňuje pacientovu kvalitu života. Zdraví označuje za nejdůležitější hodnotu života. Aby si, dle svých možností, udržel své zdraví, snaží se sportovat i s použitím invalidního vozíku. Lékařská doporučení dodržuje svědomitě a důsledně. Dříve intenzivně sportoval, nekouřil, tvrdému alkoholu se vyhýbal. Občas si dopřával asi 2 piva denně, ale s tím také před několika lety skončil. Dnes si dá alkohol jen příležitostně. V dětství prodělal běžná dětská onemocnění a podstoupil povinná očkování.

#### **Použitá měřicí technika:**

**Ošetrovatelský problém:** nezdravý životní styl, nedostatek pohybové aktivity, alkohol příležitostně

### VÝŽIVA A METABOLIZMUS

Stav výživy pacienta je nadměrný, charakterizovaný těžkou obezitou. Při své výšce 180 centimetrů dosahuje jeho hmotnost 177 kilogramů, což představuje hodnotu BMI 55. Problémy s nadváhou měl již v dětství, ale vlivem intenzivního sportu si od věku 18 let držel váhu 85 kilogramů. Po zranění kolene byl nucen sportovní aktivitu ukončit, ale jídelní zvyklosti přetrvaly. V důsledku nevyvážené energetické bilance se jeho hmotnost postupně navyšovala až o 40 kilogramů za rok. Maximální hmotnosti 193 kilogramů dosáhl v roce 2012. Byl odeslán do nemocnice v Jilemnici, kde úspěšně hmotnost zredukoval na 160 kilogramů. Svou váhu neudržel a postupně začal opět

přibývat. V roce 2013 se po opětovné redukci dostal na hodnotu pod 150 kilogramů. Od té doby postupně na váze opět přibýval.

S nynější hodnotou 177 kilogramů, byl odeslán k hospitalizaci do Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, pro redukci hmotnosti. Pacient uvádí, že ho trápí především večerní hodiny, kdy nemá ani tak hlad, jako především chuť na jídlo. Aby mohl usnout, musel se něčeho najíst. V jeho jídelníčku převládaly potraviny, jako jsou zmrzlina a uzeniny. V anamnéze je toto jídelní stravování hodnoceno jako stresové přejídání.

Jako typický denní příjem domácího jídla zmiňuje 5 porcí, tedy dopolední svačina, oběd, večeře, odpolední svačina a druhá večeře. V posledních 2 měsících se snažil vybírat zdravější potraviny, jako rostlinný olej, kuřecí a rybí maso, zařadil i více zeleniny a ovoce. Zmínil, že nejí sýry všeho druhu.

Dále pacient uvedl, že když pocítí hlad, napije se tekutin. Pacient je dostatečně hydratován, vypije cca 3 litrů denně. Kožní turgor je v normě, sliznice růžové. Pacient na vznik dekubitů není ohrožen.

**Použitá měřicí technika:** BMI: 55 – obezita III. stupně, hodnocení nutričního stavu: 1 bod, hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové: 26 bodů

**Ošetrovatelský problém:** obezita III. stupně

## **VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA**

Pacient je ve vylučování jak moče, tak i stolice soběstačný. Monitorace příjmu a výdeje tekutin nebyla ordinována. Za den pacient vypije 2500-3500 ml/den. Také se zmínil, že občas močí i v noci, asi 3-4x. S urologickými problémy se nikdy neléčil.

Poslední stolici pacient uvedl v den příjmu do nemocnice, tedy 03. 02. 2016. V domácím prostředí s defekací problémy nemá, chodí pravidelně, denně či obden. Zmiňuje, že v případě změny prostředí se jeho zvyklosti s vyprazdňování mohou měnit.

**Použitá měřicí technika:** 0

**Ošetrovatelský problém:** 0

## **AKTIVITA/ODPOČINEK**

Fyzická aktivita pacienta je značně omezena v důsledku chronického onemocnění. V rámci lůžka je soběstačný. Sám se oblékne, nají se, uloží se na lůžko. Pomocí francouzských holí si dojde na toaletu i do koupelny. Dopomoc zdravotnického personálu je však při osobní hygieně zapotřebí. Přesun z lůžka na invalidní vozík pacient zvládá samostatně.

Ač pacient udává mírné chronické bolesti zad a bolesti kolen střední intenzity, doma se snaží provozovat sport i na invalidním vozíku. Rád si s přáteli zahraje stolní tenis. Dále chodí s manželkou na procházky.

Pacient si stěžuje na nespavost, po ránu se cítí nevyspalý, přes den unavený. Spánek je tedy hodnocen jako nekvalitní především z důvodu nucení na močení v noci. Dále lze zmínit přítomnost chronických bolestí a strachu ze svého zdravotního stavu, které mohou kvalitu spánku v určité míře narušovat. Je tedy edukován, aby se vyvaroval příjmu tekutin v pozdních hodinách a v případě bolestí, lze o analgetika požádat sestru.

**Použitá měřicí technika:** Barthelové test: 70 bodů (lehký stupeň závislosti)

**Ošetrovatelský problém:** zhoršená pohyblivost, deficit sebek péče při koupání, chronická bolest, narušený vzorec spánku

## **PERCEPCE/KOGNICE**

Pacient je plně při vědomí, orientován místem, časem osobou. Pozornost pacienta je stálá a úmyslná. Řeč je plynulá bez přebřepů. Odpovědi na kladené otázky jsou adekvátní, srozumitelné. Používá brýle nablízko, sluch má dobrý, paměť není narušena, vše si pamatuje.

**Použitá měřicí technika:** 0

**Ošetrovatelský problém:** 0

## **SEBEPERCEPCE**

Pacient mýval optimistické myšlení, ale nyní se hodnotí jako pesimista. Vzhledem k onemocnění těžkou obezitou a několika neúspěšným pokusům jak se vyléčit, již téměř ztratil naději na úspěch v redukci své hmotnosti a tedy i v kvalitnější

život. Vzhledem ke svým rozměrným tělesným proporcím se hodnotí jako nežádoucí v interpersonálních vztazích a ve společnosti.

**Použitá měřicí technika:** 0

**Ošetrovatelský problém:** narušená osobní identita, zhoršená sociální interakce

### **VZTAHY MEZI ROLEMI**

Pacient bydlí v bytě společně se svou manželkou. Nevlastní dcera žije ve svém bytě. Vztahy v rodině pacienta jsou dobré, všichni spolu vychází. Rodina pacienta plně podporuje v jeho léčbě obezity, často ho chodí do nemocnice navštěvovat, také spolu komunikují telefonicky.

**Použitá měřicí technika:** 0

**Ošetrovatelský problém:** 0

### **SEXUALITA**

Pacient v sexuální oblasti netrpí žádnými poruchami, či nemocemi. Nikdy se v této oblasti s ničím neléčil. Samovyšetřování varlat provádí při osobní hygieně.

**Použitá měřicí technika:** 0

**Ošetrovatelský problém:** 0

### **ZVLÁDÁNÍ/TOLERANCE ZÁTĚŽE**

Pacient udává, že se strach a stres v jeho nynější situaci objevují často. Strach má především z důvodu hospitalizace, aby vše zvládl. Je rád, že ho často navštěvují jeho rodinní příslušníci, se kterými se cítí v dobré náladě a nemá negativní myšlenky.

Také se zmínil, že mu asi před třemi lety zemřel jeho synovec, kdy tuto situaci velmi těžce nesl. Vzhledem k tomu, že k sobě měli velmi blízko, chlapce považoval téměř za vlastního syna. Po jeho úmrtí se pacient cítil dlouhou dobu ve špatné náladě, neměl motivaci k aktivitě, byl uzavřený. Se stresem se vyrovnával s pomocí rodiny.

**Použitá měřicí technika:** 0

**Ošetrovatelský problém:** strach

## **ŽIVOTNÍ PRINCIP**

Pacient uvádí, že mu nejvíce záleží na své rodině a jejich zdraví, protože dle něho je zdraví to hlavní, co je k nezaplacení. I když je pacient nevěřící, neodsuzuje spoluobčany z vyznávání náboženství.

**Použitá měřicí technika:** 0

**Ošetrovatelský problém:** 0

## **BEZPEČNOST A OCHRANA**

Vzhledem k tomu, že je pacient limitován v oblasti pohyblivosti, musí používat k pohybu francouzské hole a invalidní vozík, hrozí zde jisté riziko pádu. Pacient byl v této oblasti edukován. Kdyby potřeboval s něčím pomoci, aby dal pomocí signalizace vědět sestře nebo požádal zdravotnický personál.

**Použitá měřicí technika:** hodnocení rizika pádu: 6 bodů

**Ošetrovatelský problém:** riziko pádů

## **KOMFORT**

Pacient udává chronickou bolest zad a nosných kloubů. Bolest zad hodnotí dle VAS intenzitou 2, bolest kolen hodnotí jako středně intenzivní VAS 4. Především bolest kolen pacienta limituje v pohybu. Dle ordinace může podle vlastní potřeby využít možnost předepsaných analgetik. Kromě medikace se zmínil, že si kolena maže mastí, kterou mu manželka koupila v lékárně, která mu také při bolestech pomáhá.

**Použitá měřicí technika:** vizuální analogová stupnice VAS (0–10) – bolest zad 2/10, bolest kolenních kloubů 4/10

**Ošetrovatelský problém:** chronická bolest

## **RŮST A VÝVOJ**

Z anamnézy a výpovědi pacienta nebyly zaznamenány žádné růstové anomálie.

**Použitá měřicí technika:** 0

**Ošetrovatelský problém:** 0

## 8 SITUAČNÍ ANALÝZA ZE DNE 03. 02. 2016

Pacient ve věku 52 let byl dne 03. 02. 2016 v 8:30 hodin, přijat na oddělení Divizní 1, III. Interní kliniky Všeobecné fakultní nemocnice na Karlově náměstí v Praze, pro plánovanou hospitalizaci za účelem redukce hmotnosti, jejíž hodnota byla 177 kilogramů.

Při příchodu na oddělení byl pacient zvážen, naměřená hodnota činila 177 kilogramů, a poté byl zavezen na přidělený pokoj. Zde mu byly změřeny jeho základní fyziologické funkce: TK: 115/70 mmHg, P: 72/min, TT: 36,5 °C, D: 18/min, GCS: 15 bodů. Dále bylo vyhotoveno EKG a dle ordinace lékaře byly provedeny odběry.

Pacient byl přibližně v 9:30 hodin edukován o denním chodu oddělení, za jeho spolupráce byla odebrána ošetřovatelská příjmová anamnéza. V anamnéze byla zhodnocena výživa a hydratace. Při své výšce 180 centimetrů a hmotnosti 177 kilogramů pacient dosáhl hodnoty BMI 55, tedy obezity III. stupně. Dle testu Barthelové, pro zvládání základních všedních činností, pacient dosáhl celkem 70 bodů, což představuje lehký stupeň závislosti. Hlavním specifikem bylo nemožnost dlouhé chůze po rovině, chůze do schodů a při osobní hygieně pacient vyžadoval dopomoc. Dále bylo zhodnoceno riziko vzniku dekubitů dle Nortonové, jehož hodnota byla stanovena 26 body, pacient není na vznik proleženin ohrožen. Při hodnocení rizika pádu bylo dosaženo hodnoty 6 bodů, což je charakterizováno jako ohrožení. Z nutričního screeningu byl dosažen 1 bod. Pacient je plně orientován, schopný spolupráce. Uvádí chronickou bolest kolenních kloubů a zad. Dle numerické škály VAS, na stupnici od 0-10, hodnotí bolest kolen číslem 4 a bolest zad číslem 2. Spánek má narušený v důsledku změny prostředí, strachu ze svého onemocnění a nočního močení. Z důvodu své obezity pacient vykonává méně fyzické aktivity, jejíž příčinu lze hledat v omezené pohyblivosti. Verbálně poukazuje na nízkou sebeúctu a vyhýbání se sociálnímu kontaktu. Strach je přítomen především z důvodu léčebného režimu redukce hmotnosti. Dolní končetiny má pacient mírně oteklé asi do výšky 1/3 bérců. Rodinní příslušníci se o pacientův zdravotní stav zajímají. Navštěvují ho, psychicky podporují a motivují ve změně zdravého životního stylu.

## 9 SESTERSKÉ DIAGNÓZY A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ DLE PRIORIT PACIENTA

NANDA INTERNATIONAL, 2013. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2012-2014 = Nursing diagnoses: definitions and classification: 2012-2014.* 1. české vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

### **Aktuální ošetrovatelské diagnózy:**

#### **Nadměrná výživa (00001)**

*Doména 2: Výživa*

*Třída 1: Příjem potravy*

*Definice: Příjem živin, který přesahuje potřeby organismu.*

#### **Zhoršená pohyblivost (00085)**

*Doména 4: Aktivita/odpočinek*

*Třída 2: Aktivita/odpočinek*

*Definice: Omezení nezávislého cíleného tělesného pohybu těla či jedné nebo více končetin.*

#### **Deficit sebepéče při koupání (00108)**

*Doména 4: Aktivita/odpočinek*

*Třída 5: Sebepéče*

*Definice: Zhoršená schopnost samostatně provést nebo dokončit aktivity týkající se koupání.*

#### **Narušený vzorec spánku (00198)**

*Doména 4: Aktivita/odpočinek*

*Třída 1: Spánek/odpočinek*



*Definice: Časově omezená narušení množství kvality spánku vlivem vnějších faktorů.*

### **Chronická bolest (00133)**

*Doména 12: Komfort*

*Třída 1: Tělesný komfort*

*Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek, způsobený skutečným nebo možným poškozením tkání nebo popsáný pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, neustávající nebo opakované, bez očekávaného nebo předvídatelného konce a s trváním delším než 6 měsíců.*

### **Strach (00148)**

*Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže*

*Třída 2: Reakce na zvládání zátěže*

*Definice: Reakce na vnímané ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí.*

### **Narušená osobní identita (00121)**

*Doména 6: Sebepercepce*

*Třída 1: Sebepojetí*

*Definice: Neschopnost udržet si integrované a úplné vnímání sebe sama.*

### **Zhoršená sociální interakce (00052)**

*Doména 7: Vztahy mezi rolemi*

*Třída 3: Plnění rolí*

*Definice: Nedostatečné nebo přehnané množství anebo nedostatečná kvalita sociální interakce.*

## **Potenciální ošetřovatelská diagnóza:**

### **Riziko pádů (00155)**

*Doména 11: Bezpečnost*

*Třída 2: Fyzické poškození*

*Definice: Riziko zvýšené náchylnosti k pádům, které mohou způsobit fyzickou újmu.*

## **9.1 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY A PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE**

### **Nadměrná výživa: více, než je potřeba organismu (00001)**

*Doména 2: Výživa*

*Třída 1: Příjem potravy*

#### **Určující znaky:**

- soustředění příjmu potravy na konec dne
- tělesná hmotnost v poměru k výšce a tělesné konstituci zvýšená o 20 % oproti ideálnímu stavu

#### **Související faktory:**

- nadměrný příjem živin vzhledem k potřebám organismu

**Cíl dlouhodobý:** pacient cílevědomě dodržuje nový životní styl v pravidelném dodržování stravovacích návyků a pohybové aktivity – do 6 měsíců.

**Cíl krátkodobý:** pacient chápe význam nesmyslných diet vedoucích k jo-jo efektu – do 2 dnů.

**Priorita:** střední

#### **Očekávané výsledky:**

- Pacient se aktivně podílí na dodržování redukčního programu – do 8 hodin.

- Pacient rozumí následkům, které obezita způsobuje – do 12 hodin.
- Pacient rozumí pozitivům, které úbytek hmotnosti přináší – do 12 hodin.
- Pacient chápe nesmyslnost nereálných diet – do 8 hodin.
- Pacient je dostatečně motivován ve snižování své nadváhy a bude pokračovat i po propuštění do domácího prostředí – do 3 dnů.
- Pacient rozumí, že i když během redukčního programu dojde k jednorázové dietní chybě, v léčbě bude i nadále pokračovat – do 12 hodin.

### **Plán intervencí:**

- 1) Zjistí výšku, hmotnost a hodnotu BMI pacienta – při příjmu (všeobecná sestra).
- 2) Zjistí, jaké jsou pacientovy názory na jeho nynější tělesné proporce a zdravotní stav – do 12 hodin (všeobecná sestra).
- 3) Pobídí pacienta, aby uvedl, jaké jsou zásady zdravé životosprávy – do 12 hodin (všeobecná sestra).
- 4) Zhodnotí, jaké jsou obvyklé stravovací návyky pacienta v současné době – do 12 hodin (všeobecná sestra).
- 5) Informuj se, jaké současné problémy, spojené s nadměrnou tělesnou hmotností, nejvíce pacienta v jeho životě omezují – do 1 hodiny (lékař, všeobecná sestra).
- 6) Edukuj pacienta o důsledcích, které obezita přináší – do 24 hodin (všeobecná sestra).
- 7) Edukuj pacienta o pozitivních dopadech na jeho zdravý život ve snižování tělesné hmotnosti – do 24 hodin (všeobecná sestra).
- 8) Zdůrazni důležitost dlouhodobého udržování optimální hmotnosti v průběhu života – do 24 hodin (lékař, všeobecná sestra).
- 9) Prodiskutuj s pacientem téma nezdravých jídelních návyků, včetně nezdravých diet, a jejich častých dopadů na život – do 24 hodin (všeobecná sestra).
- 10) Informuj pacienta o průběhu redukčního programu během jeho hospitalizace – do 4 hodin (lékař, všeobecná sestra).
- 11) Stanovte si společně s pacientem realistický cíl v předpokládané hodnotě úbytku na váze – do 4 hodin (lékař, všeobecná sestra).

12) Podporuj a motivuj pacienta ve vytrvání v redukčním programu – po celou dobu hospitalizace (všeobecná sestra).

13) Měř pacientovu hmotnost každý den a hodnotu zapisuj do dokumentace – denně (všeobecná sestra).

14) Edukuj rodinné příslušníky o pozitivním vlivu častých pochval, motivace a verbální podpory, jako důležitého aspektu, v dodržování redukčního programu – do 24 hodin (všeobecná sestra).

#### **Realizace: 03–05. 02. 2016**

Pacientovi byla změřena výška, hmotnost, byl vypočítán BMI. Do ošetrovatelské dokumentace byl zaznamenán nutriční screening, který dosáhl 1 bodu. Bylo zhodnoceno riziko vzniku dekubitů dle stupnice Nortonové. Bylo dosaženo 26 bodů sdělující, že pacient není ohrožen. Byl informován o plánu redukčního programu během jeho hospitalizace. Pacient byl edukován o negativních dopadech nadměrné hmotnosti na lidský organizmus a jeho pohybový aparát. Byl seznámen s denním přidělem jídla a důvodem jeho složení. Dále byl informován o denním rehabilitačním cvičení během pobytu na oddělení. Během hospitalizace byl pacient podporován a motivován nejen zdravotnickým personálem, ale i svou rodinou.

#### **Hodnocení: 05. 02. 2016**

*Cíl byl splněn.* Důvodem pacientova příjmu bylo snížit jeho stávající výraznou obezitu, jehož BMI dosahovalo hodnoty 55. V dopoledních hodinách byl pacient edukován o redukčním režimu sestaveným ošetřujícím lékařem. Pacient byl seznámen s denním režimem jídelního stravování, s dietou, pravidelností přijímaného jídla, rehabilitačním cvičením. Pacient uvedl, že ho nynější situace obezity trápí a touží svou hmotnost redukovat. Se svými tělesnými proporcemi není spokojen, protože mu způsobují mnohá omezení v osobním i společenském životě. Ze současných potíží zmínil především sníženou pohyblivost a bolest v kolenou. Pacient, jako obvyklý příjem jídla, uvedl 5-6 porcí během dne. Zmínil se, že největší chuť mívá až ve večerních a nočních hodinách, kdy často nemůže ani usnout. Uvedl, že se někdy i v noci budí, aby se něčeho najedl. Byly mu vysvětleny obecně doporučované stravovací návyky a nutnost zapojit do redukce i pohybovou aktivitu. Pacient uvedl, že v mládí hrával sportovně házenou, ale po úraze kolene, musel se sportem skončit. Dále zmínil, že v posledních 4 letech omezil

svou pohybovou aktivitu v důsledku bolestí kolen, kdy se hmotnost začala postupně zvyšovat. Za volnočasovou aktivitu označil stolní tenis. Pacient byl během hospitalizace motivován k vytrvání v redukčním programu. Občas uvedl, že má obavy, aby nepolevil. Rodinní příslušníci pacienta navštěvovali a v redukci hmotnosti ho podporovali. Pacient pochopil, jaké důsledky přinášejí nesmyslné diety. Cíl byl splněn.

### **Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)**

*Doména 4: Aktivita/odpočinek*

*Třída 2: Aktivita/odpočinek*

#### **Určující znaky:**

- omezený rozsah pohybu
- námahová dyspnoe
- změny chůze (obtížný začátek chůze, zpomalené tempo chůze, šouravá chůze)

#### **Související faktory:**

- muskuloskeletární poškození
- diskomfort
- bolest
- sedavý způsob života

**Priorita:** střední

**Cíl dlouhodobý:** pacient umí bezpečně používat kompenzační pomůcky k pohybu – 2 týdnů.

**Cíl krátkodobý:** pacient se aktivně podílí na zlepšení svých pohybových schopností prostřednictvím rehabilitačního cvičení 2x denně v trvání 30 minut – do 3 dnů.

#### **Očekávané výsledky:**

- Pacient má zajištěnou rehabilitaci – denně.
- Pacient zná důvody své omezené pohyblivosti – do 8 hodin.

- Pacient zná důsledky možných pádů v souvislosti s omezením dosavadních možností pohybu – do 8 hodin.
- Pacient udává zlepšení pohybových schopností – do 2 dnů.

**Ošetrovatelské intervence:**

- 1) Vyhodnot' aktuální míru soběstačnosti a rozsah pohybu pacienta pomocí testu Barthelové – do 1 hodiny (všeobecná sestra).
- 2) Vyhodnot' intenzitu bolesti dle škály VAS 0-10, která omezuje pacienta v pohybu – do 1 hodiny (všeobecná sestra).
- 3) Zajisti návštěvu fyzioterapeuta pro rehabilitační cvičení (cviky na lůžku, chůze) pacienta – do 12 hodin (lékař, všeobecná sestra).
- 4) Podporuj pacienta v rehabilitačním cvičení – denně (všeobecná sestra).
- 5) Motivuj pacienta k posílení soběstačnosti – po celou dobu hospitalizace (všeobecná sestra).
- 6) Edukuj pacienta o možnostech využití pomůcek k odlehčení pohybového aparátu – do 12 hodin (všeobecná sestra).
- 7) Nabídní pacientovi dopomoc v případě potřeby – v průběhu hospitalizace (zdravotnický personál).
- 8) Edukuj pacienta o prevenci rizika pádu a jak bezpečně využívat pomůcek k pohybu na oddělení – do 1 hodiny (všeobecná sestra).
- 9) Dbej na bezpečnost pacienta, ale i prostředí, ve kterém se pohybuje – v průběhu celé hospitalizace (zdravotnický personál).
- 10) Dotazuj se pacienta na výskyt případných nových bolestí, které by mohly bránit pohybové aktivitě – denně (všeobecná sestra).

**Realizace: 03–05. 02. 2016**

V den příjmu pacienta na oddělení bylo provedeno vyhodnocení soběstačnosti pacienta v základních činnostech, kdy dosáhl celkem 70 bodů. Dle škály VAS byla vyhodnocena intenzita bolesti omezující pacienta v pohyblivosti. Pacient byl edukován, že kdyby

potřeboval dopomoc, aby neváhal a pomocí signalizace upozornil sestru, či jiného z členů zdravotnického personálu. Dále mu bylo zdůrazněno, aby dbal vlastní bezpečnosti při pobytu na oddělení související s prevencí pádů a zranění. Dle ordinace lékaře byl zajištěn fyzioterapeut, který s pacientem denně prováděl rehabilitační cviky.

### **Hodnocení: 05. 02. 2016**

*Cíl byl splněn částečně.* S pacientem byl veden rozhovor na téma jeho pohybových schopností a omezení. Uvedl, že k pohybu na delší vzdálenosti využívá především svého invalidního vozíku. Pomocí francouzských holí se pohybuje na vzdálenosti kratší. Faktor, který ho nejvíce omezuje v pohybu je bolest kolen. Tuto bolest ohodnotil na škále bolesti VAS číslem 4. Také se zmínil o bolesti zad, ale uvedl, že je to bolest mírná a v pohybu ho zásadně neomezuje. Schopnost chůze na kratší vzdálenosti dovede cca do 20 metrů, schopnost chůze do schodů téměř vůbec neprovede. Rehabilitační pracovník s pacientem cvičil každý den 2x v trvání 30 minut. S pacientem prováděl cviky na pokoji a dále ve zvyšování sebejistoty v chůzi. Fyzioterapeut uvedl, že se pacient na posilování svého pohybového aparátu aktivně podílí. Během zpracování ošetrovatelské péče (3 dny), pacient o analgetika nepožádal. Sám uvedl, že si léčí bolavá kolena svojí mastí (Fastum Gel), která mu pomáhá. Pacient požádal pouze o dopomoc při hygieně. V ostatních činnostech byl v průběhu hospitalizace soběstačný. Při pobytu na oddělení k pádu či jiného poranění pohybového aparátu pacienta nedošlo. Dále se pokračuje v ošetrovatelských intervencích číslo 4, 5, 7, 9, 10.

### **Deficit sebepéče při koupání (00108)**

*Doména 4: Aktivita/odpočinek*

*Třída 5: Sebepéče*

#### **Určující znaky:**

- neschopnost umýt si tělo
- neschopnost osušit si tělo

#### **Související faktory:**

- muskuloskeletární poškození

- bolest

**Priorita:** střední

**Cíl dlouhodobý:** pacient si hygienickou péči dokáže zajistit zcela sám – do 2 týdnů.

**Cíl krátkodobý:** pacient se aktivně podílí na hygienické péči, dle svých možností – do 3 dnů.

**Očekávané výsledky:**

- Pacient se aktivně podílí na hygienické péči – do 24 hodin.
- Pacient si osvojil techniky, jak provádět hygienu sám – do 48 hodin.
- Pacient uvádí zlepšení sebezpečí v oblasti hygieny – do 48 hodin.

**Plán intervencí:**

- 1) Vyhodnot' míru soběstačnosti pacienta dle testu Barthelové – do 1 hodiny (všeobecná sestra).
- 2) Zajisti pacientovi soukromí a dostatek času na provedení osobní hygieny – denně (všeobecná sestra, zdravotnický personál).
- 3) V případě potřeby zajisti pomůcky k osobní hygienické péči (sedadlo, madla, mýdlo) – v průběhu hospitalizace (všeobecná sestra).
- 4) Edukuj pacienta o bezpečnosti při sprchování (pozor na uklouznutí na mokré podlaze) – do 24 hodin (všeobecná sestra, zdravotnický personál).
- 5) Dbej zvýšené opatrnosti na riziko pádů během provádění osobní hygieny – v průběhu hospitalizace (všeobecná sestra, zdravotnický personál).
- 6) Aktivně podporuj a motivuj pacienta v sebezpečí o vlastní hygienu – denně (všeobecná sestra).
- 7) Zajisti dopomoc pacientovi, pokud o ní požádá – po celou dobu hospitalizace (všeobecná sestra, zdravotnický personál).
- 8) Sleduj případné změny na kůži (opruzeniny) při hygienické péči – denně (všeobecná sestra).



**Realizace: 03–05. 02. 2016**

Pacientovi byla vyhodnocena míra soběstačnosti. Dle stupnice Barthelové dosáhl 70 bodů. Pacientovi byla nabídnuta dopomoc, pokud by ji vyžadoval. Byl upozorněn, aby nepřeceňoval své síly, aby nedošlo ke zranění, které by ho mohlo v konečném důsledku ještě více limitovat v soběstačnosti. Byl seznámen s denním řádem oddělení, seznámen s výbavou na pokoji včetně toalety a sprchy. Byl informován o bezpečnostních prvcích na pokoji (madla, hrazdy, zábrany u lůžka, signalizační zařízení). Pacient byl v provádění vlastní hygieny podporován k vyšší soběstačnosti.

**Hodnocení: 05. 02. 2016**

*Cíl byl splněn částečně.* Již během příjmu byl pacientovi vyhodnocen stupeň soběstačnosti v provádění běžných denních činností dle hodnocení Barthelové. Bylo dosaženo 70 bodů. Pacient požádal o dopomoc pouze při osobní hygieně. Důvodem snížené soběstačnosti v této oblasti bylo v důsledku výrazné abdominální obezity. Během vlastní hygieny byla zajištěna pacientovi intimita, důstojnost a také dostatek času na její provedení. V rámci prevence proti uklouznutí na mokré podlaze ve sprše, byly použity improvizované prostředky proti uklouznutí a možnému poranění. I přes své omezení se pacient během hygieny aktivně na činnosti podílel. Během ošetrovatelské péče v oblasti hygieny k pádu ani jiného zranění nedošlo. Na kůži pacienta nebyly zpozorovány žádné změny či patologické léze, které by vyžadovaly zvýšenou observaci či terapii. Ošetrovatelská péče i nadále pokračuje v bodech 2, 3, 5, 6, 7, 8.

**Narušený vzorec spánku (00198)**

*Doména 4: Aktivita/odpočinek*

*Třída 1: Spánek/odpočinek*

**Určující znaky:**

- změna normálního vzorce spánku
- nespokojenost se spánkem

**Související faktory:**

- tělesné omezení
- neznámé prostředí pro spánek
- přerušení (noční močení)

**Priorita:** střední

**Cíl dlouhodobý:** pacient spí nerušeně, ráno se cítí vyspale, odpočínutě – do 7 dnů.

**Cíl krátkodobý:** pacient udává zlepšení spánku během noci, spí nepřetržitě alespoň 6 hodin – do 3 dnů.

**Očekávané výsledky:**

- Pacient zná faktory, které vedou k narušení spánku a faktory, které ke kvalitnímu spánku napomáhají – do 24 hodin.
- Pacient je schopen identifikovat možné příčiny, které narušují jeho spánek – do 24 hodin.
- Pacient zná důsledky nekvalitního spánku – do 24 hodin.
- Pacient spí klidně během noci – do 48 hodin.

**Plán intervencí:**

- 1) Vyslechni pacienta, aby sám určil příčiny, které narušují jeho spánek – do 24 hodin (všeobecná sestra).
- 2) Zjistí, zda pacient užívá farmaka na spaní – při příjmu (lékař, všeobecná sestra).
- 3) Zjistí, zda pacient trpí poruchami spánku v domácím prostředí a co narušuje jeho spánek v nemocničním prostředí – do 24 hodin (všeobecná sestra).
- 4) Zjistí, jaké má pacient zvyklosti související s navozením spánku, kdy chodí spát a jak dlouho obvykle v noci spí – do 24 hodin (všeobecná sestra).
- 5) Edukuj pacienta o obecných zásadách zdravé spánkové hygieny (co navozuje spánek, co narušuje usínání, důsledky nekvalitního spánku, spánku během dne) – do 24 hodin (všeobecná sestra).

- 6) Upozorni pacienta, aby omezil příjem tekutin ve večerních hodinách – do 24 hodin (všeobecná sestra).
- 7) Motivuj pacienta k pohybové aktivitě během dne, rehabilitačnímu cvičení – v průběhu hospitalizace (všeobecná sestra, fyzioterapeut).
- 8) Uprav lůžko pacienta, vyvětrej pokoj, umísti potřebné osobní věci k dosahu pacienta – denně (všeobecná sestra, zdravotnický personál).
- 9) Zajisti klid na oddělení v nočních hodinách, omez rušivé elementy – v průběhu hospitalizace (zdravotnický personál).
- 10) Sleduj kvalitu spánku pacienta – denně (všeobecná sestra, zdravotnický personál).

**Realizace: 03–05. 02. 2016**

Protože pacient zmínil nekvalitní spánek a únavu během dopoledních hodin, byl edukován o zásadách zdravé spánkové hygieny. Byly zmíněny faktory, které vedou k navození spánku a faktory, které negativně spánek ovlivňují či narušují. Pokoj byl během dne vyvětrán, lůžko upraveno každý den. Během večerních a nočních hodin byl zajištěn klid na oddělení.

**Hodnocení: 05. 02. 2016**

*Cíl byl částečně splněn.* Pacient si stěžoval na nekvalitní spánek. Byl s ním proto veden rozhovor, kdy uvedl, že poslední 2 dny (2 dny před přijetím) častěji během noci chodí močit. Běžně spí 6-8 hodin, nikdy hypnotika doposud nebral. Občas se spánkem doma problémy měl, ale nebylo to nic vážného. S urologickými problémy se doposud nikdy neléčil. Před spaním rád sleduje televizi, u které usne. Jako podstatnou příčinu, proč nemůže usnout, uvedl noční myšlenky na jídlo. Ty někdy dosáhly takové intenzity, že dokud se něčeho nenajedl, nemohl usnout ani v pozdních nočních hodinách. Také zmínil, že mívá apnoické pauzy během spánku, které ho občas vedou k probuzení. Po probuzení opět po několika minutách usne. Byl proto edukován, aby spal se zvýšenou horní polovinou těla. Lůžko si dle svých potřeb sám nastavil. Třetí den hospitalizace uvedl v této souvislosti zlepšení. V důsledku dodržování redukčního programu uvedl, že už první den hospitalizace měl od 20:00 hodin hlad a chutě na jídlo. Proto více pil tekutiny a usínal až v době půlnoci. Jako důsledek nočního pití se dostavily elementy narušující spánek, kdy musel chodit močit. Tato situace ho trápila již 2 dny před

příchodem do nemocnice, což také zmínil. Byl edukován, aby již cca od 19:00 hodin omezil příjem tekutin. Doporučením uposlechl a třetí den hospitalizace zmínil výrazné zlepšení. I když se ještě během noci 1-2x vzbudil, frekvence nočního močení se snížila. Nerušeného spánku, v délce 6 hodin, dosaženo nebylo. Během dne pacient dodržoval rehabilitační cvičení. Pacient pochopil zásady zdravé spánkové hygieny. Dále se pokračuje v ošetrovatelských intervencích číslo 7, 8, 9, 10.

## **Chronická bolest**

*Doména 12: Komfort*

*Třída 1: Tělesný komfort*

### **Určující znaky:**

- kódový/číselný záznam (použití stupnice bolesti VAS)
- výraz obličeje (grimasa)
- bolest

### **Související znaky:**

- chronické tělesné poškození

### **Priorita: střední**

**Dlouhodobý cíl:** u pacienta dojde ke snížení chronické bolesti nosných kloubů na hodnotu VAS 2 – do konce hospitalizace.

**Krátkodobý cíl:** pacient zná účinné metody, kterými lze bolest zmírnit – do 3 dnů.

### **Očekávané výsledky:**

- Pacient zná příčinu své bolesti – do 1 hodiny.
- Pacient zná princip hodnocení bolesti pomocí numerické škály bolesti (VAS 0-10) – do 1 hodiny.
- Pacient je seznámen s nefarmakologickými metodami zmírňujícími bolest – do 12 hodin.
- Pacient verbálně, i neverbálně udává snížení bolesti – do 48 hodin.

### **Plán intervencí:**

- 1) Seznam pacienta s hodnotící škálou bolesti (VAS 0-10) – do 1 hodiny (všeobecná sestra).
- 2) Zjistí příčinu, lokalizaci, intenzitu, charakter a délku trvání pacientovi bolesti – do 1 hodiny (lékař, všeobecná sestra).
- 3) Zhodnot' předchozí a současné užívání analgetik – do 1 hodiny (lékař, všeobecná sestra).
- 4) Monitoruj průběh, charakter, intenzitu, trvání, lokalizaci bolesti a hodnoty zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace – denně (všeobecná sestra).
- 5) Edukuj pacienta o úlevových polohách, relaxačních technikách a přikládání tepla a chladu zmírňujících bolest – do 6 hodin (všeobecná sestra).
- 6) Sleduj nejen verbální, ale i neverbální signály, kterými pacient projevuje přítomnost bolesti – v průběhu hospitalizace (všeobecná sestra).
- 7) Nabídní pacientovi dopomoc pro zajištění jeho základních potřeb – v průběhu celé hospitalizace (zdravotnický personál).
- 8) Zhodnot' vliv bolesti na nynější onemocnění (vzestup tělesné hmotnosti, snížení pohybové aktivity) – do 6 hodin (všeobecná sestra).
- 9) Zajisti pacientovi klidné prostředí na pokoji – v průběhu hospitalizace (zdravotnický personál).
- 10) Podávej analgetika dle ordinace lékaře – denně (všeobecná sestra).

### **Realizace: 03–05. 02. 2016**

Pacient byl dotázán na aktuální výskyt bolestí. Zmínil se, že problémy s bolestí již má několik let v důsledku své obezity. Byl seznámen s hodnotící numerickou škálou bolesti VAS, jejíž princip pochopil. Uvedl, že bolest zad hodnotí číslem 2 a bolest kolenních kloubů číslem 4. Ošetřující lékař pacientovi objasnil příčinu jeho obtíží a možnou léčbu. Ke zmírnění bolestí naordinoval analgetika (Novalgin), o která si pacient mohl požádat dle potřeby. Po ubytování, byl pacientovi zajištěn klid na pokoji. Dále byl pacient edukován o možných úlevových polohách, relaxačních technikách a přikládání tepla a

chlada, která bolest mohou účinně snižovat. Pacientovi byla nabídnuta dopomoc při jeho potřebách, které mohl v průběhu hospitalizace využít. Vývoj bolesti byla denně zaznamenávána do ošetrovatelské dokumentace.

### **Hodnocení: 05. 02. 2016**

*Cíl byl splněn.* V den příjmu pacient uvedl, že ho trápí bolest zad a nosných kloubů. Dle hodnotící škály VAS označil bolest zad číslem 2 a bolest kolen hodnotou 4. Ošetřující lékař pacientovi naordinoval analgetika, kterých však pacient nevyužil. Řekl, že bolest zatím není takové intenzity, aby musel o medikaci požádat a také, že nerad polyká další prášky. Uvedl, že si bolavá kolena potírá mastmi (Fastum Gel, Voltaren Forte), která mu pomáhají. Pacient byl edukován o úlevových polohách, přikládání tepla a chladu a relaxačních technikách zmírňujících bolest. Informace rád přijal a v průběhu ošetrovatelské péče denně některá prováděl (přikládání tepla, odlehčení kolen v lůžku, masáž). Verbálně se pacient o bolesti, po celou dobu realizace ošetrovatelské péče, příliš nezmiňoval. Pacient si na bolesti v průběhu spánku nestěžoval. Pacientovi byla zmíněna poradna pro léčbu bolesti, o které již věděl.

### **Strach (00148)**

*Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže*

*Třída 2: Reakce na zvládání zátěže*

#### **Určující znaky:**

- udává obavy, strach
- uvádí sníženou sebejistotu

#### **Související faktory:**

- přirozené (ztráta fyzické opory)
- oddělení od podpůrného systému v potenciálně stresující situaci (hospitalizace, nemocniční procedury)

**Priorita:** střední

**Dlouhodobý cíl:** pacient uvádí psychickou pohodu – do 2 týdnů.

**Krátkodobý cíl:** pacient identifikuje příčinu svého strachu a je o něm schopen mluvit – do 3 dnů.

**Očekávané výsledky:**

- Pacient zná příčinu svého strachu – do 24 hodin.
- Pacient se snaží eliminovat zdroj strachu – do 48 hodin.
- Pacient zná techniky zvládnání strachu – do 48 hodin.

**Plán intervencí:**

- 1) Získej pacientovu důvěru empatickým přístupem – do 12 hodin (všeobecná sestra).
- 2) Zjistí faktory, které pacientův strach vyvolávají – do 12 hodin (všeobecná sestra).
- 3) Pobízej pacienta, aby verbálně vyjádřil své obavy a pozorně jim naslouchej – denně (všeobecná sestra).
- 4) Sleduj verbální i neverbální projevy pacienta na strach – denně (všeobecná sestra).
- 5) Edukuj pacienta o relaxačních metodách snižující pocity strachu (dechová cvičení aj.) – do 12 hodin (všeobecná sestra).
- 6) Podávej pacientovi včas validní informace o jeho léčebném režimu – v průběhu hospitalizace (všeobecná sestra, lékař).
- 7) Snaž se být pacientovi k dispozici – v průběhu hospitalizace (všeobecná sestra).
- 8) Zapisuj podávání anxiolytik do ošetrovatelské dokumentace – denně (všeobecná sestra).

**Realizace: 03–05. 02. 2016**

V průběhu přijetí pacienta na oddělení byla patrná nervozita a obavy z jeho výrazu tváře. S pacientem byl veden rozhovor, kdy byl seznámen s oddělením a jeho denního režimu. Byl informován o vybavení pokoje, vybavení oddělení, ranních vizitách lékařů, denním stravování v daných intervalech, návštěvních hodinách, vyšetřeních, která ho čekají. Lékařem byl edukován o jeho redukčním programu. Pacient uvedl, že má obavy z neznámého nemocničního prostředí a zvládnutí redukčního programu. Během hospitalizace pacient dostával přesné informace o svém léčebném programu. Byl

edukován o relaxačních technikách zvládnání stresu, obav a strachu, které si osvojil a pochopil jejich význam. Předepsaná anxiolytika mu byla podávána dle ordinace. Nabídku, promluvit si s psychoterapeutem, pacient nevyužil.

### **Hodnocení: 05. 02. 2016**

*Cíl byl splněn.* Pacient byl prvního dne viditelně nervózní z příchodu na oddělení. V průběhu rozhovoru zmínil, že má obavy související s pobytem v nemocnici. Nerad v nemocnici pobývá, protože to je pro něho neznámé prostředí, kde neví, co ho může čekat, kam může jít, co si může dovolit. Dotázal se na možnou pomoc při hygieně, kde jsou vyšetřovny, kam může v průběhu hospitalizace jít, kdy jsou návštěvní hodiny. Také zmínil obavy z dodržování léčebného režimu, zda nebudou redukční opatření příliš radikální, aby je zvládl vydržet. Pacient denně vedl rozhovor o svém strachu, což bylo i předpokladem k jeho zmírnění. V průběhu hospitalizace byl denně pobízen, aby se neobával vznést jakýkoli dotaz, kdyby bylo něco nejasného. Byl edukován o metodách účinného zmírnění strachu pomocí relaxačních technik (dechového cvičení), která si rád vyslechl. O průběhu ordinovaných vyšetření byl vždy předem informován. Rodinní příslušníci pacienta denně navštěvovali a psychicky ho podporovali. Třetí den pacient uvedl, že se cítí psychicky lépe.

### **Riziko pádu**

*Doména 11: Bezpečnost*

*Třída 2: Fyzické poškození*

#### **Rizikové faktory:**

- používání pomůcek (hůlka), používání vozíku
- absence protiskluzového materiálu ve sprše
- neznámý pokoj
- léky proti úzkosti, antihypertenziva, diuretika
- potíže s chůzí
- zhoršená fyzická pohyblivost
- nutkání na močení



**Priorita:** střední

**Dlouhodobý cíl:** pacient si nezpůsobí žádné poranění – v průběhu hospitalizace.

**Krátkodobý cíl:** pacient zná zásady bezpečnosti pohybu na oddělení jako prevenci pádů a zranění – do 24 hodin.

**Očekávané výsledky:**

- Pacient zná a dodržuje bezpečnostní opatření na oddělení – do 12 hodin.
- Pacient umí bezpečně používat kompenzační pomůcky k pohybu – do 12 hodin.
- Pacient požádá o pomoc zdravotnický personál v případě své potřeby – denně.

**Plán intervencí:**

- 1) Vyhodnot' míru rizika pádů podle škály rizika pádů – při příjmu (všeobecná sestra).
- 2) Zabezpeč podle potřeby pokoj tak, aby byl pro pohyb pacienta bezpečný (postranice u lůžka, madla, sedadlo ve sprše) – po celou dobu hospitalizace (všeobecná sestra, zdravotnický personál).
- 3) Zajisti bezpečné prostředí i na oddělení (suchá čistá podlaha, dostatek světla, madla, protiskluzové kompenzační pomůcky, bezbariérový přístup) – po celou dobu hospitalizace (všeobecná sestra, zdravotnický personál).
- 4) Orientačně posud' svalovou sílu pacienta a míru jeho pohyblivosti – do 12 hodin (všeobecná sestra).
- 5) Zjistí znalosti pacienta o prevenci pádů – do 12 hodin (všeobecná sestra).
- 6) Edukuj pacienta o bezpečném používání kompenzačních pomůcek – do 2 hodin (všeobecná sestra).
- 7) Edukuj pacienta o možnostech dopomoci zdravotnického personálu – do 2 hodin (všeobecná sestra).

**Realizace: 03–05. 02. 2016**

V průběhu přijímání byl s pacientem veden rozhovor o prevenci pádů a dalších rizicích vedoucích k možnému zranění během hospitalizace. Byly mu objasněny bezpečnostní opatření na pokoji a na celém oddělení, a také aby dbal zvýšené opatrnosti v pokoji a na chodbách nemocničního oddělení. Byl upozorněn, že pokud by potřeboval pomoc v denních činnostech, aby požádal zdravotnický personál a nepřeceňoval své schopnosti. Pacient verbálně potvrdil, že daným opatřením rozumí.

**Hodnocení: 05. 02. 2016**

*Cíl byl splněn.* Pacient byl na oddělení přijat na invalidním vozíku. Dále měl k dispozici své francouzské hole. U pacienta bylo vyhodnoceno riziko pádu s dosaženou hodnotou 6 bodů. Pacient uvedl, že k pohybu využívá především vozíku, z důvodu bolesti kolenních kloubů. Francouzské hole používá k přesunu na kratší vzdálenosti. O prevenci pádů byl pacient edukován. V den přijetí demonstroval, že je schopný se o sebe ve velké míře sám postarat. Přesun z lůžka na vozík zvládl sám. Po pokoji se pohyboval pomocí holí a v případě pohybu na oddělení a v prostorách budovy využíval svého vozíku. Dopomoc byla potřebná při osobní hygieně. Pacient neutrpěl po celou dobu hospitalizace žádnou nehodu ve spojitosti s pádem či jiného poranění.

## 10 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Ošetřovatelská péče u vybraného pacienta, na oddělení Divizní 1 III. Interní kliniky Všeobecné nemocnice na Karlově náměstí v Praze, s diagnózou těžké obezity, byla realizována podle koncepčního modelu M. Gordonové.

Pacient byl přijat plánovaně k redukci své hmotnosti, která při příjmu činila 177 kilogramů, s hodnotou BMI 55. V průběhu příjmu na oddělení byl pacient seznámen s režimem na oddělení, dle standardu informován o rozmístění pokojů a vybavení, seznámen s personálem a na dotazy mu bylo odpovězeno. Pacient svépomocí přijel na svém invalidním vozíku, působil nervózně a unaveně. Po zpracování získaných informací v ošetřovatelské dokumentaci, byly stanoveny ošetřovatelské cíle. Většina byla během ošetřovatelské péče splněna. Ovšem byly i takové, které vyžadovaly delší časový rámec, aby došlo k jejím úspěšným naplněním. Od počátku hospitalizace byl s pacientem navázán důvěryhodný vztah. Pacient byl přátelský a taktní, takže se během hospitalizace nestalo, že by ve stanoveném léčebném programu odmítl spolupracovat.

Prioritou pro pacienta byla cílená redukce své stávající hmotnosti. Zpočátku pociťoval jisté obavy ze situace, že pocity hladu a chutí na jídlo ho v boji s obezitou porazí. Druhého dne se vyskytla napjatá situace, kdy skutečně bylo pro nemocného těžké dodržovat redukční program, založeném na pevně stanoveném příjmu stravy. Uvedl, že v domácím prostředí jedl především v odpoledních a večerních hodinách, občas i v noci. Protože poslední večeře na oddělení byla v 18:00 hodin, myšlenky na jídlo ho provázely až do doby půlnoci, kdy pak teprve usnul. Danou situaci řešil zvýšeným příjmem tekutin, což se mu i v určité míře dařilo. Pacient byl v průběhu hospitalizace podporován nejen zdravotnickým personálem, ale také svojí rodinou, aby dietní režim neporušil. Skutečně vytrval a jeho hmotnost se postupně snižovala, což bylo patrné při denním vážení. Pacient v dodržování redukčního režimu vytrval.

Při příjmu byl pacient dotázán na své možnosti soběstačnosti a pohyblivosti. Uvedl, že k pohybu na delší vzdálenosti využívá invalidní vozík. Na krátkou vzdálenost využívá francouzských holí, avšak do schodů nevyjde. Pacient byl poučen o bezpečnosti na oddělení a o prevenci pádů. Byla mu nabídnuta dopomoc v případě potřeby. Všem těmito instrukcím porozuměl. Na pokoji se pacient pohyboval bez dopomoci druhých.

Přesun z lůžka na vozík a naopak zvládal také sám, což několikrát názorně předvedl. K pohybu mimo svůj pokoj využíval vozíku. Pacient denně prováděl za asistence fyzioterapeuta rehabilitační cviky pro zlepšení své pohyblivosti a soběstačnosti. Fyzioterapeut potvrdil, že se pacient aktivně snaží posílit svůj pohybový aparát a zlepšit svou obratnost v pohybu.

V oblasti sebekpěče, kdy pacientovi byla poskytována dopomoc v osobní hygieně, byl cíl splněn částečně. Důvodem byla skutečnost, že dopomoc vyžadoval po celou dobu ošetrovatelské péče. Během hygieny pacienta byly vždy dodrženy zásady intimity a lidské důstojnosti. Pacient se na provádění hygieny aktivně snažil.

Protože se pacient druhý den hospitalizace zmínil, že se během noci budí kvůli nutnosti močení, byl s ním veden rozhovor k nalezení příčiny. V otázce urologických problémů uvedl, že nikdy potížemi v této oblasti netrpěl a nikdy se na urologii neléčil. Později uvedl, že kvůli častému hladu a pocitování chutí se najíst večer, pije, aby hlad zahnal. Důvodem, jeho častého nočního močení, byl zvýšený příjem tekutin i ve večerních hodinách. Byl edukován, aby takto pozdě již tolik tekutin nepil. Také mu bylo sděleno, že až si jeho organizmus navykne na nový režim příjmu stravy, sníží se i jeho intenzita chutí ve večerní době a nebude muset ani tolik pít, aby chutě zaháněl. Následující den uvedl, že již frekvence nuceného nočního močení se snížily.

Ač pacient uvedl chronickou bolest zad a kolenních kloubů, potřebu naordinovaných analgetik nevyužil. Sám uvedl, že si na bolest, především zad, již po dlouhé době zvykl. V případě bolavých kolen, kdy intenzita bolesti byla dle hodnocení VAS vyšší, analgetik rovněž nevyužil. Zmínil se, že má vlastní analgetickou mast, kterou používá doma a která mu pomáhá. Pacient si osvojil některá nefarmakologická doporučení jak intenzitu bolesti snížit. Bolest v průběhu hospitalizace mírně poklesla, jak pacient uvedl. K výraznému vzestupu intenzity bolesti během hospitalizace nedošlo.

Počáteční strach pacienta z nemocničního prostředí se výrazně snížil hned druhý den. Pacient byl komunikativnější, méně roztržitý, reagoval vyrovnaně na přijímané informace a nebál se zeptat, když něčemu nerozuměl. Důležitým krokem ke zmírnění strachu především přispělo navázání důvěryhodného vztahu s pacientem. Za velké pozitivum ve snižování počátečních obav pacienta lze také pokládat zájem rodinných příslušníků o zdravotní stav nemocného, jejich denních návštěv a psychické podpory.

K pádu a možných poranění, kdy pacientovi na invalidním vozíku toto skutečně hrozilo, během hospitalizace nedošlo. Pacient byl hned první den edukován o prevenci pádů a bezpečnosti na oddělení. Také mu bylo zdůrazněno, aby se v případě potřeby neobával o pomoc požádat zdravotnický personál. Vysoké riziko pádu hrozilo především v situaci provádění osobní hygieny, kdy mokrá podlaha koupelny představovala riziko uklouznutí. Během pobytu pacienta na oddělení k pádu ani jiného poranění nedošlo.

Stanovit, zda dlouhodobé cíle byly splněny či nikoliv, není možné validně zhodnotit. U pacienta byly realizovány tři ošetrovatelské dny péče, jejíž podstatou je navržení individuálního plánu, který má dlouhodobý charakter. Z celkového pohledu lze ošetrovatelský plán zhodnotit za efektivní. Mnohé bude záležet na úsilí a sebeovládání pacienta v přístupu ke svému zdraví. Za pozitivní lze hodnotit podpůrný přístup rodiny.

# DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Výstupem bakalářské práce na základě prostudovaných informací, čerpaných z odborné literatury zabývající se tématem obezity a dále zkušenostmi s péčí o pacienty s tímto onemocněním na oddělení Divizní 1 III. interní kliniky Všeobecné fakultní nemocnice na Karlově náměstí v Praze bylo sepsáno doporučení pro praxi pro management, všeobecné sestry, pacienta a jeho rodinu.

## **Doporučení pro management**

- Ustanovit pravidelná školení zdravotnického personálu v oblasti specifické, komplexní ošetrovatelské péče o obézního nemocného.
- Motivovat zdravotnický personál v získávání nových poznatků, vědomostí a praktických dovedností v problematice obezity a dalších onemocnění s obezitou souvisejících.
- Zajistit odborníky dané problematiky pro účelné sdělování nejnovějších informací a poznatků na přednáškách a odborných seminářích.

## **Doporučení pro zdravotnický personál**

- K pacientovi přistupovat dle holistické filozofie – vnímat nemocného jako bio-psycho-sociální bytost a zajišťovat tak péči o všechny tyto složky.
- Snažit se získat pacientovu důvěru a udržet ji po celou dobu hospitalizace.
- V ošetrovatelské péči o pacienta především využívat složek empatie.
- Umožnit pacientovi vyjádřit své obavy, názory, pocity a postoje.
- Nesoudit pacientovi obavy, názory, pocity, postoje a stesky.
- Vyvarovat se verbálních i neverbálních nepatřičných poznámek na adresu pacienta.
- Pacientovi pozorně naslouchat.
- Sdělovat pacientovi vždy validní a přesné informace o jeho zdravotním stavu, plánovaných vyšetřeních, průběhu léčby a podobně.
- Zajistit pacientovy klidný pobyt a celkový průběh hospitalizace, pacienta zbytečně nevystavovat stresujícím situacím.
- Pacienta v léčbě podporovat, motivovat a chválit.
- Do léčby zapojit i rodinné příslušníky pacienta.

- V léčbě o pacienta spolupracovat se všemi členy ošetřovatelského týmu.
- V průběhu poskytování ošetřovatelské péče o pacienta, nespěchat.

### **Doporučení pro pacienta**

- Cílevědomě dodržovat léčebná režimová nařízení a doporučení lékařů.
- Aktivně se podílet na kooperaci se členy zdravotnického týmu.
- Zajímat se o své onemocnění – jeho vznik, vliv na zdraví, následky, komplikace.
- Zapojit do svého života více pohybové aktivity a pravidelně ji dodržovat.
- Naučit se novým, doporučeným vzorcům chování vedoucí ke zlepšení zdravého životního stylu.
- Dlouhodobě si udržovat optimální tělesnou hmotnost.
- Dopřát si odměnu za dlouhodobé vytrvání dodržování léčebného režimu.
- Vyvarovat se častým, extrémním výkyvům tělesné hmotnosti.
- Při porušení dietního režimu, nepodlehnout, ale nadále v léčbě vytrvat.
- Nepodlehnout trendu často nesmyslných diet, které vedou k jo-jo efektu.
- Vyhledávat nejnovější informace jak dosáhnout zlepšení svého zdraví.
- Snažit se myslet pozitivně, optimisticky.
- Nepodceňovat varovné signály narušení zdravotního stavu.
- Vyhledat odbornou pomoc a včas problémy začít řešit.

### **Doporučení pro rodinu**

- Aktivně se zajímat o pacientovo onemocnění.
- Podporovat pacienta v dodržování doporučeného léčebného režimu.
- Motivovat a chválit pacienta během léčby.
- Nevystavovat pacienta stresujícím situacím spojeným s jídlem.
- Komunikovat se zdravotnickým personálem a akceptovat jejich léčebná doporučení.
- Zapojit se spolu s pacientem do jeho léčebného programu.
- Všimát si varovných signálů vedoucí ke zhoršování pacientova zdravotního stavu či jeho opětovného přibývání na hmotnosti.
- Nebát se s pacientem mluvit o jeho obavách, názorech či představách související s jeho onemocněním.
- Neodsuzovat pacientovy obavy a názory na svůj zdravotní stav.

- Informovat se o nových poznatcích či postupech v léčbě obezity a jejich komorbidit.
- Vyhledat pomoc odborníka, v případě potřeby.



## ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo identifikovat medicínskou, ošetrovatelskou a psychosociální problematiku u nemocného s těžkou obezitou. Dále byl navržen a realizován ošetrovatelský plán u vybraného pacienta s obezitou. Tento cíl byl splněn.

V teoretické části bylo pojednáno o problematice obezity, která byla dále členěna na další její aspekty s detailnějším pohledem. Byla zmíněna historie obezity, její klasifikace, komplikace, které obezita způsobuje či seznámení s metabolickým syndromem. Nedílnou součástí tvoří prevence a přehled léčebných opatření v boji s obezitou. Důležitou součástí je také pohled na ošetrovatelskou a psychosociální problematiku obézního nemocného. Praktická část práce představuje vypracování individuálního ošetrovatelského plánu podle modelu M. Gordonové, který byl sestaven u vybraného pacienta na III. Interní klinice Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Jejím obsahem je popsání pacientovy kazuistiky od začátku jeho příchodu na oddělení nemocnice. Nedílnou součástí spolupráce pacienta na vypracovávání praktické části a realizaci ošetrovatelské péče, bylo získání jeho důvěry.

Cílem ošetrovatelské péče bylo posoudit zdravotní stav pacienta a podle NANDA taxonomie II následně postupovat v realizaci a řešení ošetrovatelských diagnóz.

Přínosem této práce, především pro odborníky ve zdravotnictví, je zpracování informací v přehledné podobě o tolik rozšířeném onemocnění, kterým je obezita. Práce může také najít své uplatnění jako informační zdroj pro nově nastupující sestry na III. Interní kliniku v adaptačním procesu.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ADÁMKOVÁ, Věra, 2009. *Obezita – příčiny, typy, rizika, prevence a léčba*. Brno: Facta Medica. ISBN 978-80-904260-5-4.

BRAY, George A., 2007. *The Metabolic Syndrome and Obesity*. New Jersey: Humana Press. ISBN 978-1-58829-802-7.

ČTK, 2015. Evropu obchází strašák obezity, problémy mají i Češi. In: *Novinky.cz* [online]. Květen 2015 [cit. 9. ledna 2016]. Dostupné z: <http://www.novinky.cz/zena/zdravi/368819-evropu-obchazi-strasak-obezity-problemy-maji-i-cesi.html>

[Databáze laboratorních vyšetření](#) [databáze online]. Praha: Všeobecná fakultní nemocnice. [cit. 16. února 2016]. Dostupné z: <http://laboratore.vfn.cz/vysetreni/detail.php?pre=1>

FANTUZZI, Giamila a Theodore MAZZONE, 2007. *Adipose Tissue and Adipokines in Health and Disease*. Totowa : Humana Press, ISBN 978-1-58829-721-1.

FARKAŠOVÁ, Dana, et al. 2006. *Ošetřovatelství – teorie*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-227-8.

FONSECA, A. Vivian. 2006. *Clinical Diabetes: translating research into practice*. Philadelphia: Saunders Elsevier. ISBN 978-1-4160-0273-4.

FRAŇKOVÁ, Slávka, Jana PAŘÍZKOVÁ a Eva MALICHAROVÁ, 2013. *Jídlo v životě dítěte a adolescenta: teorie, výzkum praxe*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2247-7.

FRAŇKOVÁ, Slávka, Jana PAŘÍZKOVÁ, Eva MALICHAROVÁ et al. 2015. *Dítě s nadváhou a jeho problémy*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0797-9.

FRIED, Martin et al., 2011. *Bariatrická a metabolická chirurgie: nové postupy v léčbě obezity a metabolických poruch*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2424-2.

HALUZÍK, Martin et al., 2009. *Praktická léčba diabetu*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2071-8.

- KAREN, Igor a Miroslav SOUČEK, 2007. *Metabolický syndrom – diagnostika a léčba: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. ISBN 80-86998-11-8.
- KASALICKÝ, Mojmír, 2007. *Tubulizace žaludku – Chirurgická léčba obezity*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7254-957-3.
- KASALICKÝ, Mojmír, 2011. *Chirurgická léčba obezity*. Praha: Ottova tiskárna. ISBN 978-80-254-9356-4.
- KLINICKÉ CENTRUM ISCARE, 2015. Obezitologická léčba. In: *Iscare.cz* [online]. [cit. 14. prosince 2015]. Dostupné z: [http://www.iscare.cz/obezitologicka\\_lecba.html](http://www.iscare.cz/obezitologicka_lecba.html)
- KRAHULEC, Boris, Lubomíra FÁBRYOVÁ a Pavol HOLÉCZY, et al., 2013. *Klinická obezitologie*. Brno: Facta Medica. ISBN 978-80-904731-7-1.
- LAMSCHOVÁ, Petra a Petr HAVLÍČEK, 2010. *Jídlo jako životní styl Aneb 100 otázek, odpovědí a receptů*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2154-8.
- MÁLKOVÁ, Zuzana, 2014. Psychoterapie a její použití v léčbě obezity. In: *Stob.cz* [online]. Listopad 2014 [cit. 10. prosince 2015]. Dostupné z: <http://stob.cz/cs/psychoterapie-a-jeji-pouziti-v-lecbe-obezity>
- MATOULEK Martin, 2013. Obezita a energie. In: *Obesity-news.cz* [online]. Říjen 2013 [cit. 10. prosince 2015]. Dostupné z: <http://obesity-news.cz/?pg=clanek&id=543>
- MATOULEK, Martin et al., 2014. *Manuál praktické obezitologie nejen pro praktické lékaře*. Praha: Nakladatelství odborné literatury. ISBN 978-80903929-4-6.
- MIKŠOVÁ, Z., FROŇKOVÁ, M., HERNOVÁ, R., ZAJÍČKOVÁ, M., 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1442-6.
- MÜLLEROVÁ, Dana et al., 2009. *Obezita – prevence a léčba*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2146-3.
- NANDA INTERNATIONAL, 2013. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2012-2014 = Nursing diagnoses: definitions and classification: 2012-2014*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

NAVRÁTIL, L. et al., 2008. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2319-8.

NEJEDLÁ, M., 2006. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1150-8.

NĚMCOVÁ, Jitka, et al. 2014. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Plzeň: NAVA TISK. ISBN 978-80-902876-9-3.

PAŘÍZKOVÁ, Jana, Lidka LISÁ et al., 2007. *Obezita v dětství a dospívání – terapie a prevence*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-466-9.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra, 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1211-3.

PERUŠICOVÁ, Jindřiška, 2007. *Co je nového na cestě od obezity po diabetu aneb Co by měl o diabetu vědět pacient*. Praha: Medica Healthworld. ISBN 978-80-904002-0-7.

PLESNÍK, Vladimír, 2009. Twiggy odstartovala módu anorektických modelek, dnes proti nim bojuje. In: *Novinky.cz* [online]. Zář 2009 [cit. 2. ledna 2016]. Dostupné z: <http://www.novinky.cz/zena/styl/179262-twiggy-odstartovala-modu-anorektickyh-modelek-dnes-proti-nim-bojuje.html>

RODRIGUEZ Veronika a Jiří Kopáček. 2015. Milion Čechů se musí léčit s obezitou, rekordy trhá Ústecko. In: *Zpravy.aktualne.cz* [online]. Duben 2015 [cit. 14. ledna 2016]. Dostupné z: <http://zpravy.aktualne.cz/domaci/milion-cechu-se-musi-lecit-s-obezitou-rekordy-trha-ustecko/r~c4121bfce71611e4b8ba0025900fea04/>

SADÍLKOVÁ Aneta, 2013. Restrikční typy bariatrických výkonů. In: *Obesity-news.cz* [online]. Květen 2014 [cit. 18. prosince 2015]. Dostupné z: <http://obesity-news.cz/?pg=clanek&id=616>

SVAČINA, Štěpán a Alena BRETŠNAJDROVÁ, 2008. *Jak na obezitu a její komplikace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2395-2.

SVAČINA, Štěpán, 2013. *Obezitologie a teorie metabolického syndromu*. Praha: TRITON. ISBN 978-80-7387-678-4.

ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M., 2006. *Interní ošetřovatelství II*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1777-8.

ŠIMŮNKOVÁ Marta, 2013. Obezita je nemoc, o krásu jde až v druhé řadě. In: *Obesity-news.cz* [online]. Leden 2013 [cit. 10. prosince 2015]. Dostupné z: <http://obesity-news.cz/?pg=clanek&id=476>

TRACHTOVÁ, E., et al. 2006. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství nelékařských zdravotnických oborů v Brně., ISBN 80-7013-324-4.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1262-8.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2009. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-202-5.

ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ, 2007. *Zdravotnická psychologie – Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2068-5.

# **PŘÍLOHY**

Příloha A – Čestné prohlášení

Příloha B – Protokol k provádění sběru podkladů pro bakalářskou práci

Příloha C – Rešerše

Příloha D – Edukační leták

Příloha A – ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

**Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce**

**Čestné prohlášení**


Prohlašuji, že jsem zpracoval údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem „Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s těžkou obezitou” v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne

.....

Jméno a příjmení studenta

Příloha B – PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO BAKALÁŘSKOU PRÁCI

	<b>Všeobecná fakultní nemocnice v Praze</b> U nemocnice 2, 128 00 Praha 2 <b>Žádost o dotazníkovou akci</b>	<b>F-VFN-075</b> Strana 1 z 1 Verze číslo: 2
---	---	--

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací			
Příjmení a jméno žadatele	Matějka Josef		
Kontaktní adresa	Lukavice 212, Rychnov nad Kněžnou, 215 03		
Telefon	737740043	e-mailová adresa	josef.matejka@seznam.cz
Škola / fakulta	Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Duškova 7, Praha 5, 150 00		
Obor studia	Všeobecná sestra		
Téma závěrečné práce	Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s těžkou obezitou		
Termín sběru dat	Leden – březen 2016		
Pracoviště, kde bude sběr probíhat	3. interní klinika VFN		
Zjišťované informace	Rozhovor, chorobopis		
Forma prezentace dat:	Textová prezentace		
Poučení žadatele:	1. Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. 2. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní. 3. Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil. 4. Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN.		
Datum:	11.1.2016	Podpis žadatele	
Vyjádření vedení pracoviště			
Vyjádření vrchní sestry / primáře / přednosta	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Datum	15.1.16	Podpis	 Mgr. Světlá Krutská III. INTERNÍ KLINIKA U NEMOCNICE 1 128 00 PRAHA 2
Vyjádření vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze			
Odpovědný náměstek / ředitele			
Vyjádření příslušného náměstka / ředitele	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Bude za šetření vyžadována úhrada	<input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne    Částka		
Datum		Podpis	 18-01-2016 



**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S TĚŽKOU  
OBEZITOU**

Josef Matějka

Jazykové vymezení: čeština, angličtina

Klíčová slova: formy a komplikace obezity – forms and complications of obesity, metabolický syndrom – metabolic syndrome, nadváha – overweight, obezita – obesity, prevence a léčba obezity – prevention and treatment of obesity

Časové vymezení: 2005-2015

Druhy dokumentů: vysokoškolské práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku, elektronické zdroje

Počet záznamů: 98 (vysokoškolské práce: 10, knihy: 18, články a příspěvky ve sborníku: 70)

Použitý citační styl: Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011 (česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)

Základní prameny: - katalog Národní lékařské knihovny ([www.medvik.cz](http://www.medvik.cz))  
- Jednotná informační brána ([www.jib.cz](http://www.jib.cz))  
- databáze vysokoškolských prací ([www.theses.cz](http://www.theses.cz))  
- Online katalog NCO NZO

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Dušková 7,  
150 00 Praha 5



# EDUKAČNÍ LETÁK

## K PREVENCI VZNIKU

### OBEZITY

Leták byl vytvořen jako součást bakalářské práce

Téma bakalářské práce: Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s těžkou  
obezitou

Autor letáku: Josef Matějka

Praha: 2016



„Boj s obezitou není vskutku jednoduchý, ale také není nedosažitelný. Důležité je se pro redukci hmotnosti pevně rozhodnout a v úsilí vytrvat.“

Věděli jste, že jev ČR až 35 % dospělé populace s nadváhou a 23 % s obezitou? Toto alarmující zjištění z roku 2014 neustále roste a je jen na Vás, zda do některé z těchto kategorií spadnete...

#### Jak zjistit blížící se nebezpečnou hranici nadváhy?

Jednoduše pomocí tzv. indexu tělesné hmotnosti (BMI).

- index [BMI] = tělesná hmotnost [kg] / tělesná výška [m]<sup>2</sup>  
Klasifikace tělesné hmotnosti:

Podváha	< 18,5
Normální váha	18,5 – 24,9
Nadváha	25 – 29,9
Obezita 1. stupně	30,0 – 34,9
Obezita 2. Stupně	35,0 – 39,9
Obezita 3. stupně	≥ 40

Patříte do některé skupiny s hodnotou BMI nad 25? Pak byste měli uvažovat o kontrole své hmotnosti dříve, nežli bude daleko horší se s nadváhou složitě vypořádávat... Ne nadarmo se říká, že prevence nemoci je vždy snadnější než samotná léčba již vzniklé choroby...

#### Dětská populace tloustne... Kde hledat příčinu?

Není překvapením, že obezita postihuje dospělou populaci, ale nyní je čím dál častěji diagnostikována již u populace dětské. Myslíte si, že pouze samy děti mohou za svoji narůstající hmotnost? Nikoli! Jsou to především rodiče, kteří představují zásadní vzor chování pro své potomky. Proto rodiče, věnujte prosím více pozornosti svým dětem v prevenci nadváhy a obezity. Přispějte jim k lepšímu životu bez problémů s nadváhou, kterými procházíte, nebo jste si jimi prošli, právě Vy.

### POHYBOVÁ AKTIVITA

Nenasilně zvýšte frekvenci své denní pohybové aktivity → chodte více pěšky, omezte dopravní prostředky, omezte sledování televize apod., až se postupně dopracujete k náročnějším aktivitám či cvičením s vyšší intenzitou → jízda na kole, běh, kolečkové brusle, plavání apod.

Obecně se doporučuje provádět fyzickou aktivitu 3-4x týdně v trvání alespoň 40-50 minut. Vhodné je, aby člověk ušel přibližně 10 000 kroků denně. V současné době je nespočet sportovních a zájmových aktivit, ze kterých si jistě vyberete tu svou, která Vám sedne, bude Vás těšit a pomůže Vám úspěšně zredukovat hmotnost.

Pokud zapojíte tyto 2 faktory do svého života, brzy uvidíte změny, které Vás budou i nadále motivovat k redukci dalších nadbytečných kilogramů. Budete se cítit lépe, sebevědomě, optimisticky, plní energie a pozitivních myšlenek na svůj budoucí život.

Navštivte tyto internetové odkazy a zjistěte si více užitečných informací o prevenci a léčbě obezity:

- <http://www.stob.cz>
- <http://www.obesity-news.cz>
- <http://www.bandingklub.cz>
- <http://www.iscare.cz>
- <http://www.zizdrave.cz>
- <http://sdetmiprotiobezite.cz>



Informační zdroje:

MATOULEK, Martin et al., 2014. *Manuál praktické obezitologie nejen pro praktické lékaře*. Praha: Nakladatelství odborné literatury. ISBN 978-80903929-4-6.

ŠVAČINA, Štěpán a Alena BRETIŠNAIDROVÁ, 2008. *Jak na obezitu a její komplikace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2395-2.

### **Proč je obezita tolik nebezpečná?**

Nebezpečí obezity netkví jen z choroby samotné, ale především z dalších onemocnění a poruch, které obezitu doprovázejí. Jejich výčet je rozmanitý, však mezi ty nejdůležitější můžeme zmínit – Diabetes Mellitus 2. typu, vysoký krevní tlak, nádorov: onemocnění, bolesti kloubů a zad, artróza, deprese a mnoho dalších.

### **Jak s obezitou účinně bojovat?**

Podstatou je samotná prevence, tedy změnou nezdavého životního stylu.

Základem redukce nadměrné hmotnosti, a tím i postupného zlepšování svého pocitu zdraví, jsou 2 klíčové faktory:

- snížit svůj denní energetický příjem v podobě vysoce kalorické stravy
- zapojit do svého každodenního života více pohybové aktivity

### DIETNÍ OPATŘENÍ

Obecně se doporučuje konzumovat potraviny s dostatečným zastoupením celozrnných obilovin, zeleniny a ovoce, cereálií a s dostatkem vlákniny. Vyberte si mléčné výrobky s nízkým obsahem tuku, libová masa a nezapomeňte na dostatek tekutin během dne.

Doporučený přehled pro vyvážené denní stravování je následující:

- Snažte se pravidelně stravovat (rozdělte si jídelniček do 3-5 jídel denně).
- Rovnoměrně rozdělte energii na celý den.
- Stravujte se podle doporučení racionální výživy.
- Vyvarujte se nadměrného příjmu tuku (především živočišného původu).
- Omezte přísun soli.
- Snažte se změnit své nevhodné stravovací návyky.
- V případě porušení diety, nepropadejte zoufalství či beznaději, ale nadále pokračujte.
- Nezapomínejte na dostatečný příjem nslazených tekutin (1,5-2 litry denně).

Vyvarujte se „zračných“ dietám, které Vám zaručují nesmyslné a přehnané úbytky n váze. V dřívě většině se doporučuje k tzv. „lo-jo“ efektu a Vaše úsilí tak bude k ničemu. Následně ještě více přiberete, než když jste s dietou začali.

**TIP:** Pokud se v dietě nechcete vzdát své oblíbené potraviny, pak snižte velikost její porce.