

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

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA
S NADVÁHOU A OBEZITOU V PRIMÁRNÍ PÉČI**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ILONA HAMOUZOVÁ

Praha 2018

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

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA
S NADVÁHOU A OBEZITOU V PRIMÁRNÍ PÉČI**

Bakalářská práce

ILONA HAMOUZOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

Praha 2018



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

HAMOUZOVÁ Ilona

3BVS

Schválení tématu bakalářské práce

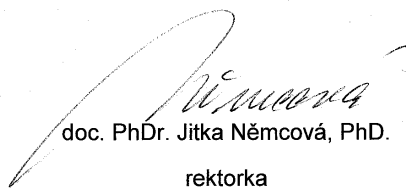
Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s nadváhou a obezitou v primární péči

Complex Nursing Care for Overweight and Obese Patients in Primary Care

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

V Praze dne 1. listopadu 2017



doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně, že jsem řádně citoval/a všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala lidem, kteří mi svým přístupem, znalostmi a zkušenostmi pomohli při tvorbě bakalářské práce, zejména vedoucí bakalářské práce paní PhDr. Janě Hlinovské, PhD.

ABSTRAKT

HAMOUCOVÁ, Ilona. *Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s nadváhou a obezitou v primární péči*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD. Praha. 2018. 84 s.

Ve světě se nadváha a obezita čím dál více rozmáhá a proto jsem si ji vybrala jako téma pro svoji bakalářskou práci. Toto téma je důležité pro všeobecné sestry, které ho využijí v praxi. Jedná se především o nenahraditelnou úlohu včasné detekce problémů a tím i prevenci zdravotních komplikací spojených s nadváhou a obezitou. Nadváha a obezita je v dnešní době nejčastěji se vyskytující onemocnění, které je považováno za závažné. Především proto, že nadváha a obezita s sebou přináší mnoho komplikací a zkracuje tak pacientům život. Sledování nadváhy a obezity poukazuje na to, že v dnešní době nadváhou a obezitou trpí kolem padesáti procent populace. Bakalářská práce se zabývá specifiky ošetrovatelské péče o pacienty s nadváhou a obezitou. Práce se skládá ze dvou částí. Teoretická část práce podává ucelený přehled týkající se nadváhy a obezity. Zahrnuje charakteristiku, rizika, etiologii, zdravotní rizika, diagnostiku a metody léčby nadváhy a obezity. Praktická část se zabývá zpracováním kazuistiky s využitím koncepčního modelu Marjory Gordonové na konkrétním případě obézní pacientky. Přílohou bakalářské práce je edukační leták, který bude informovat obézní pacienty o riziku vzniku komplikací spojených s nadváhou a obezitou, doporučení dietních opatření a o změně životního stylu.

Klíčová slova

Nadváha. Obezita. Ošetrovatelská péče. Pacient. Praktický lékař. Primární péče. Všeobecná sestra. Výživa.

ABSTRACT

HAMOZOVÁ, Ilona. *Complex nursing care for overweight and obese patients in primary care*. High school of health, o.p.s. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Jana Hlinovská PhD. Prague. 2018. 84 pages.

Overweight and obesity are becoming threatening issue for people and because of that I chose it as a topic for my bachelor thesis. This topic is important for nurses in general who will use it in practice. An early detection is a key factor in the treatment of obese patient which also prevents any health complications associated with this disease. Overweight and obesity are nowadays most common diseases which, are considered to be serious. Furthermore, overweight and obesity bring many complications and thus shorten lives of patients. Today's research suggests that nearly fifty percent of the population suffer from overweight and obesity. The bachelor thesis deals with the specifics of nursing care for patients with overweight and obesity. The work consists of two parts. The theoretical part provides a comprehensive overview of overweight and obesity. It includes characteristics, risks, etiology, health risks, diagnostics and methods of treating obesity. The practical part deals with case studies using Marjory Gordon's conceptual model on a particular case of an obese patient. The bachelor thesis is an educational leaflet that informs obese patients about the risk of overweight complications, dietary precautions, and lifestyle changes.

Keywords

Overweight. Obesity. Nursing Care. Patient. Practitioner. Primary care. General nurse. Nutrition.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	10
SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ	11
SEZNAM TABULEK	12
ÚVOD.....	12
TEORETICKÁ ČÁST	15
1 NADVÁHA A OBEZITA	15
2 DIAGNOSTIKA NADVÁHY A OBEZITY	18
3 ETIOLOGIE NADVÁHY A OBEZITY.....	21
4 ZDRAVOTNÍ RIZIKA A KOMPLIKACE NADVÁHY A OBEZITY	24
5 LÉČBA NADVÁHY A OBEZITY	29
6 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTY S NADVÁHOU A OBEZITOU	33
7 PRIMÁRNÍ PÉČE	39
PRAKTICKÁ ČÁST	40
8 KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S NADVÁHOU A OBEZITOU V PRIMÁRNÍ PÉČI.....	40
9 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE.....	42
10 ANAMNÉZA	44

11 ŘEŠENÍ PROBLEMATIKY S DIAGNÓZOU OBEZITA II. STUPNĚ	48
12 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU.....	50
13 UTRŽIDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II	52
14 SITUAČNÍ ANALÝZA	65
15 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT	67
DOPORUČENÍ PRO PRAXI	78
ZÁVĚR	80
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	82
PŘÍLOHY.....	85

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

WHO	World Health Organization
DM	Diabetes mellitus
CT	Počítačová tomografie
MR	Magnetická rezonance
DEXA	Duální rentgenová absorpciografie

(VOKURKA, M., HUGO, J. a kol., 2015).

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Anamnéza - soubor informací, které souvisí s vyšetřováním pacienta

Analgetika - léky tlumící bolest

Bariatrie - chirurgická léčba těžké obezity

(VOKURKA, M., HUGO, J. a kol., 2015)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Fyzikální vyšetření sestrou.....	50
Tabulka 2 Biochemické vyšetření moči.....	63

ÚVOD

Nadváha a obezita jednotlivce vzniká jako disproporce mezi příjmem a výdejem energie. Termín nadváha a obezita je nejčastěji určován výší indexu tělesné hmotnosti (body mass index, BMI). Byly vypracovány různé kategorizace hodnot tohoto indexu, na jejichž základě je pak hodnocena hmotnost jedince. Pro hodnocení nadváhy a obezity existuje ale i více kritérií. Například WHR, neboli hodnocení poměru pasu k obvodu boků (VÍTEK, 2008).

Obezita (obesitas, atis.f. – obezita, otylost: obesus, a, um – obézni, naběhlý, oteklý, tučný) je chronická nemoc, jejímž podkladem je zmnožení tukové tkáně v organismu v důsledku dlouhodobé pozitivní energetické bilance se současným vzestupem tělesné hmotnosti nad normální rozmezí (LUKÁŠ a kol., 2014, s. 444).

Nadváha a obezita jako taková se díky stále stoupajícímu celosvětovému výskytu stala jednou z největších hrozeb dnešní doby. Její výskyt v posledních letech stoupá a slyšíme o ní téměř denně.

V České republice se podle zprávy Evropského výběrového šetření o zdraví z roku 2015 pohyboval celkový počet lidí s nadváhou a obezitou okolo 63 % u mužů a 54 % u žen, přibližně 17 % mužů i žen bylo v pásnu těžké obezity (OBEZITAS, 2015). Toto onemocnění provází lidstvo samo už od prehistorických dob. V minulosti lidé spíše trpěli podvýživou a hladověním, ale i přesto se již nadváha a obezita v bohatších vrstvách vyskytovala. Už ve starověku věnovali pozornost tehdejší lékaři nadváze a obezitě, jejím příčinám, zdravotním komplikacím spojených s nadváhou a obezitou a její léčbou. Přibližně v 18. století se začíná objevovat definice nadváhy a obezity, poukazuje se zejména na vliv dědičných faktorů, objevují se návody na léčbu nadváhy a obezity a postupně se také vyvíjejí diagnostické a léčebné metody.

Nadváhu a obezitu provází celá řada závažných zdravotních komplikací, které negativně ovlivňují kvalitu života. I přesto, že jsou všeobecně známy komplikace, které s sebou nadváha a obezita přináší, počet lidí s nadváhou a obezitou stále narůstá. Mezi nejčastější komplikace spojené s nadváhou a obezitou řadíme především choroby kardiovaskulární, choroby metabolické, nemoci pohybového aparátu a nemoci gastrointestinálního traktu. V neposlední řadě i psychické nemoci. Navzdory všeobecné informovanosti o její závažnosti, je nadváha a obezita stále podceňovaným onemocněním, které vyžaduje multidisciplinární přístup. Jsem toho názoru, že nadváha

a obezita a rizika, která jsou s nimi spojeny, jsou lidem známá, ale neuvědomují si jejich vážnost.

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na specifika v ošetrovatelské péči o pacienty s nadváhou a obezitou v primární péči. Péče o pacienty začíná již na úrovni primární péče.

Jako přílohu ke své bakalářské práci vytvořím edukační leták, který by měl být výstupem do ošetrovatelské praxe pro pacienty navštěvující praktického lékaře, tím tak přispět široké veřejnosti a zejména seniorům s nadváhou a obezitou ke zdravějšímu životnímu stylu.

Pacienti s nadváhou a obezitou vyžadují od zdravotnického personálu obvykle náročnější a specifickou péči. Ne všichni pacienti s nadváhou a obezitou mají možnost ošetření na specializovaných pracovištích. Hlavně morbidně obézní pacienti pak mají problémy při transportu či vyšetřeních a následná ošetrovatelská péče o tyto jedince je obtížná a náročná. Rovněž vyžaduje více fyzických a psychických sil. Mnohdy se pacienti setkávají i s předsudky ze strany zdravotnického personálu, který do svého postoje reflektuje náročnost péče a problémy při jejím poskytování. Nadváha a obezita pacienty negativně ovlivňuje v mnoha základních činnostech. Velmi častým problémem u ošetrování pacientů s nadváhou a obezitou je mnohdy nedostatečné uzpůsobení zdravotnického vybavení a nedostatek pomůcek (BROWN, 2006), (OBEZITAS, 2015).

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Vypracovat ucelený přehled týkající se nadváhy a obezity.

Cíl 2: Zmapovat specifika ošetrovatelské péče u pacientů s nadváhou a obezitou v primární péči na základě rešeršní strategie.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Detailně popsat kazuistiku u obézní pacientky s využitím koncepčního modelu Marjory Gordonové u pacienta v primární péči u praktického lékaře s popisem pěti fází ošetrovatelského procesu.

Cíl 2: Vypracovat edukační leták, týkající se prevence nadváhy a obezity a jejich komplikací jako výstup do ošetrovatelské praxe pro pacienty navštěvující praktického lékaře.

Vstupní literatura:

1. HAINER, V. a kol., 2011, *Základy klinické obezitologie*. 2., přeprac. a dopl. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-802-4732-527.
2. SVAČINA, Š. a BRETŠNAJDROVÁ, A., 2008, *Obezita: příčiny, typy, rizika, prevence a léčba*. 1.Vyd., Praha: Grada. ISBN 978-802-4723-952.
3. SVAČINA, Š., 2010, *Poruchy metabolismu a výživy*. Praha: Galén. ISBN 978-807-2626-762.

Popis rešeršní strategie

Vyhledávání odborných publikací, které byly použity pro tvorbu bakalářské práce na téma Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s nadváhou a obezitou v primární péči, probíhalo v květnu 2017.

Rešerše literatury byla provedena knihovnou Vysoké školy zdravotnické, o.p.s, v Praze. K vyhledávání zdrojů pro bakalářskou práci byla použita elektronická databáze. Katalog Národní lékařské knihovny (medvik.cz), Jednotná informační brána (jib.cz), Souborný katalog ČR (sigma.nkp.cz). Dále pak Databáze vysokoškolských prací (theses.cz), Online katalog NCO NZO a volný internet. Pro zpracování rešerše v českém jazyce byla zvolena klíčová slova: nadváha, pacient, praktický lékař, primární péče, obezita, ošetrovatelská péče, všeobecná sestra, výživa. Klíčová slova v anglickém jazyce: overweight, obesity, nursing care, patient, practitioner, primary care, general nurse, nutrition.

Časové vymezení pro vyhledávání zdrojů pro rešerši bylo v období 2007-2017. Celkem bylo v rešerši vyhledáno 43 záznamů: 21 knih, 5 kvalifikačních prací a 17 článků a sborníků.

Celkem bylo pro tvorbu bakalářské práce využito 31 zdrojů, z toho 26 českých knižních zdrojů, 2 anglické knižní zdroje, 3 články. Dále byl pro tvorbu bakalářské práce využíván internetový web Google.com, odkud bylo využito 3 obrázky a 3 články.

TEORETICKÁ ČÁST

1 NADVÁHA A OBEZITA

Definice a druhy nadváhy a obezity

Nadváha a obezita jsou zdravotní stavy, při nichž se hromadí nadbytek tuku v těle. Nadváha a obezita způsobují člověku problémy nejen fyzické, ale i psychické a psychosociální. Při nadváze a obezitě je tuková zásoba uložena nad normou a ohrožuje tak zdraví a život jedince. Při hodnocení body mass index se hodnoty nadváhy pohybují v rozmezí mezi 25-30. U obezity jsou hodnoty vyšší než 30. Od hodnoty BMI 30 hovoříme o obezitě I. stupně. Hodnota vyšší než 35, obezita II. stupně, kde je již vysoké riziko zdravotních komplikací. A u hodnoty nad 40 jde o těžkou, neboli morbidní obezitu (KOHL, 2017).

Nadváha a obezita byla v prehistorické době vzácná kvůli vysokému energetickému výdaji tehdejší populace, ale i přesto již existovala především z důvodu nedostatku potravy, kdy se tuk ukládal v těle (HAINER, 2011).

Otylost a její charakteristika je poprvé popsána v Ottově naučném slovníku z roku 1902. Slovo obezita je pochází z latinského *obesitas* nebo *obesus* a její význam označuje obézní, oteklý, naběhlý a tučný. Obezita je definována jako nadměrné ukládání tuku v organismu, který je fyziologicky ovlivněn zejména věkem, pohlavím a etnikem. Podíl tuku u žen je 18–30 % a u mužů 10–25 %, s věkem tento podíl stále stoupá (HAINER, 2011).

Podle rozložení tuku v těle lze rozlišovat dva druhy obezity, androidní typ a gynoidní typ. U androidní obezity, neboli mužské, dochází k hromadění tuku především v oblasti hrudníku a břicha a v dutině břišní, proto se dá hovořit o obezitě abdominální, viscerální, či obezitě horního typu. Lidově řečeno obezita tvaru jablka. Tento typ obezity, se vyskytuje častěji ve vyspělých zemích a je provázena řadou komplikací. Naproti tomu se gynoidní typ obezity neboli ženský typ, vyznačuje ukládáním tuku v oblasti hýždí a stehen. Hovoříme o obezitě gluteofemorální, či o obezitě dolního typu. Lidově se gynoidnímu typu obezity říká obezita tvaru hrušky. Tento typ obezity bývá převážně kosmetickým problémem a metabolické komplikace se při ní spíše nevyskytují (příloha A), (SVAČINA, 2008).

Základním ukazatelem podváhy, normální tělesné hmotnosti, nadváhy a obezity je BMI (body mass index). Jde o číselný indikátor, který umožňuje porovnávání lidí s různou výškou a váhou (příloha B).

Historie nadváhy a obezity lidstva

Nadváha a obezita, která je dnes velmi častým onemocněním, provází lidstvo samo již od prehistorických dob. Důkazem její existence i na našem území je takzvaná Věstonická Venuše, která oplývá kyprými tvary a je takzvaným symbolem hojnosti a plodnosti. Je to natolik vystihující postava obézní ženy, že ji dávní umělci využívaly jako vzor pro svá díla. Například v době baroka byla nadváha a obezita výtvarným ideálem, což dokazují sošky buclatých andělíčků a zaoblené tvary lidského těla, jež symbolizují úspěšnost, blahobyt a symbol úřední moci. Postupem doby se ale náhled na ideál krásy měnil (SVAČINA, 2008).

Už od dob starověku lékaři věnovali pozornost nadváze a obezitě, jejím příčinám, příznakům a její léčbě. Mezi prvními lékaři, kteří se obezitou více zabývali, můžeme zařadit Avicenu, Hippokrata a Galéna. Poté se touto problematikou zabýval lékař Karla IV. Mistr Havel ze Strahova, který doporučoval podávání lehce stravitelných jídel, střídmost ve stravě a dostatek pohybu na čerstvém vzduchu. Což je až dodnes v souladu se zásadami správného životního stylu.

V Anglii, před více než 200 lety se setkáváme s názorem, že nadváha a obezita nemusí být vždy spojena s přejídáním a její výskyt je dědičný. V 18. století je nadváha a obezita popisována jako důsledek zvýšeného příjmu živočišných produktů, flegmatické povaze, nedostatku pohybu a vrozené dispozici. Koncem 19. století se stala ideálem krásy rakouská císařovna Elisabeth, známá jako Sissi. Ta svou štíhlostí, šarmem a smyslem pro pohyb byla vzorem pro svoje poddané. V 19. Století byla nadváha a obezita převážně spojována s nadměrným příjmem cukrů. 20. Století navazuje na vzor císařovny Sissi. Padesátá léta minulého století dávala přednost bujným tvarům a poprsí, idolem byly hollywoodské hvězdy. V roce 1967 se stala ztělesněním ideálu krásy Twiggy. Modelka, která trpěla anorexií. Podváhu v té době vykazovala většina žen, zejména modelek a královen krásy. Toto období trvalo několik desítek let až na přelomu tisíciletí se zdá, že společnost začíná vyznávat přirozenou ženskou krásu (HAINER, 2011).

Prevalence nadváhy a obezity

Celosvětový výskyt nadváhy a obezity v posledních desetiletích rapidně stoupá a to jak v rozvinutých i rozvojových státech světa. Výskyt nadváhy a obezity je opakovaně dokumentován výsledky epidemiologických studií, které jsou prováděny v jednotlivých státech, ale i v celosvětovém měřítku. Vzestupný trend nadváhy a obezity je pozorován nejen u dospělé populace, ale i u dětí, kde je z pohledu společnosti zvláště rizikový (HLÚBIK, 2009).

Hainer uvádí ve své knize, že: *Světová zdravotnická organizace World Health Organization - WHO* zjistila, že v roce v 1995 bylo na světě 200 milionů obézních osob, toto číslo stoupl v roce 2000 na 300 milionů a v roce 2015 se předpokládá 700 milionů obézních osob ve věku nad 15 let (HAINER, 2011, s. 15).

Dále uvádí, že v roce 2020 by měly až dvě třetiny všech nemocí na světě souviset se stravovacími návyky a životním stylem. Nadváha a obezita se také stává velkým problémem chudších společenských vrstev, neboť většina levných a lehce dostupných potravin je obvykle vysoce kalorická. Ještě častěji se nadváha a obezita vyskytuje v zemích, kde jsou větší majetkové rozdíly obyvatel. Důkazem toho jsou Spojené státy americké, kde jsou tyto rozdíly markantní a je to stále země s nejvyšším výskytem nadváhy a obezity. Naproti tomu v Japonsku je nejnižší výskyt nadváhy a obezity a nejnižší majetkové rozdíly.

V Evropské unii je počet obézních obyvatel 135 milionů, dalších 70 milionů tuto hranici brzy překoná. Také v České republice počet obézních lidí stoupá. V roce 1993 to bylo 11 %, v roce 2002 už 15 %, což představuje 1,5 milionu dospělé populace. Alarmující je také vzestup nadváhy a obezity u dětí. V některých zemích evropské unie dosahuje výskyt nadváhy a obezity u dětí až 25 %. V České republice se podle údajů z roku 2000 vyskytuje v 15 %. Vzhledem k současnému životnímu stylu a stravovacím návykům je dost pravděpodobné, že tato čísla budou stále narůstat. Kromě individuálních rizik s sebou nadváha a obezita nese i komplikace socioekonomické. Odhaduje se, že v evropských zemích se až 8 % veškerých prostředků ve zdravotnictví vynaloží na léčbu nadváhy a obezity, zejména na její komplikace (VÍTEK, 2008).

2 DIAGNOSTIKA NADVÁHY A OBEZITY

Anamnéza

U pacienta s nadváhou a obezitou začínáme anamnézou, která je cíleně zaměřená na nadváhu a obezitu a konkrétní problémy s ní spojené. Pozornost je věnována zejména výskytu nadváhy a obezity v rodině, na přítomnost nadváhy a obezity u rodičů, sourozenců a ostatních příbuzných. V osobní anamnéze se také zjišťuje porodní hmotnost, její další vývoj a hmotnostní výkyvy v průběhu života, dále pak období, kdy poprvé došlo ke změně hmotnosti a zaměřuje se také na kritické životní fáze, kterými jsou předškolní věk, puberta a stáří. U žen pak těhotenství a menopauza. Dále v anamnéze sledujeme fyzickou aktivitu v mládí a v současnosti, nástup do zaměstnání, ukončení sportovních aktivit, změna charakteru zaměstnání, mobilizace po úrazech a jiné. Neméně důležité jsou v anamnéze dotazy ohledně způsobu stravování, jeho pravidelnosti a frekvenci, preferenci jednotlivých potravin, večerní konzumaci stravy, pitného režimu, alkoholu a kouření. Důležitou roli hrají i medikamenty, které mohou navozovat nadváhu a obezitu. Velmi významnou informaci v anamnéze jsou dotazy mířené na předchozí léčbu nadváhy a obezity. Zvláště důležité jsou v anamnéze dotazy na onemocnění související s nadváhou a obezitou. Jako jsou zejména hypertenze, ischemická choroba srdeční, diabetes mellitus, onemocnění štítné žlázy a kloubní onemocnění. Psychologické faktory zde hrají neméně důležitou roli, a proto se nesmí opomenout psychický stav pacienta, zda je vystavován stresu v zaměstnání, jestli trpí depresi nebo výkyvy nálad. Podrobná anamnéza pomůže upřesnit samotnou diagnózu a stanovit motivaci a postoj pacienta k léčbě samotné (HAINER, 2011).

Laboratorní a celkové vyšetření nadváhy a obezity

K vyšetření nadváhy a obezity jsou nezbytná laboratorní vyšetření moči a krve. Zjišťuje se aktuální a výchozí stav pacienta, diagnostika. Vyloučí se endokrinopatie a jiné onemocnění, které by mohlo s nadváhou a obezitou souviset. Sleduje se další vývoj, komplikace a průběh léčby nadváhy a obezity. Základní laboratorní metody vyšetření krve obvykle zahrnuje krevní obraz a koagulaci, renální a jaterní testy, lipidový, nutriční a glykemický profil, vyšetření hormonů štítné žlázy a vyšetření močového sedimentu (HAINER, 2011).

Součástí vyšetření je i komplexní klinické vyšetření pacienta lékařem. Měří se přesná váha, výška, aktuální krevní tlak, tepová frekvence. Určuje se i typ obezity. Dále se komplexně vyšetřuje štítná žláza, stav pokožky, se zaměřením na strie, intertrigo, mykózy, varixy, lymfedém, známky chronické žilní insuficience, kýly, artróza a v neposlední řadě i psychomotorické tempo (HLÚBIK, 2009).

Klasifikace a vyšetřovací metody nadváhy a obezity

Nadváha a obezita se řadí k nemocem, jejichž diagnóza je poměrně snadná. Hodnotí se buď procento tuku v těle, nebo hmotnost ve vztahu k výšce. Celosvětově používaná metoda k vyjádření stupně nadváhy a tudíž nejčastější je index tělesné hmotnosti (z anglického body mass index). Dříve byl také označován jako Queteletův. Tento index slouží jako měřítko pro ukazatel nadváhy a obezity a zároveň jako varovný ukazatel komplikací nadváhy a problémů s ní spojených. Výhodou je snadné vypočítání to jako hmotnost vyjádřená v kilogramech dělená druhou mocninou výšky vyjádřené v metrech. Tedy $BMI = \text{hmotnost (kg)} / \text{výška v (m}^2\text{)}$. Jako normální hmotnost je udávána hodnota 18,5 až 25 kg / m². Hodnoty, které dosahují spodní hranice, můžeme klasifikovat jako podvýživu. Hodnoty nad horní hranicí jako nadváhu či obezitu. Nadváha je označována jako předstupeň obezity. U hodnoty BMI nad 25 zdravotní rizika stoupají. S hodnotou nad 40 lidé obvykle nepřežívají 60 let věku (SVAČINA, 2008).

Další a zejména velmi jednoduchou metodou určení nadváhy či obezity je měření pasu obyčejným krejčovským metrem. Měří se v místě pasu nebo v polovině vzdálenosti mezi lopatou kyčelní kosti a posledními žebry. U žen se obvod pasu obvykle pohybuje do 80 cm, u mužů do 94 cm (VÍTEK, 2008).

Dále se k posouzení stavu výživy, respektive nadváhy a obezity používá nástroj zvaný kaliper. Ten se využívá pro antropometrické měření tloušťky podkožních řas. K orientačnímu měření stačí pouze změřit dvě podkožní řasy. A to subskapulární řasa a řasa nad tricepsem. Existují různé metody, kde každá vyžaduje měření jiného počtu podkožních řas a také užití jiného druhu kaliperu. Její nevýhodou je, že tato metoda hodnotí pouze poměr tukové tkáně na končetinách a trupu. Obvykle vyžaduje velké zkušenosti vyšetřujícího (příloha C), (HAINER, 2011).

Pokud potřebujeme přesnější vyšetření tukové tkáně, je potřeba použít technicky náročnější přístroje a metody. Metoda, měřící odpor, který tělo klade při průchodu

proudu s nízkou intenzitou frekvence, se nazývá bioelektrická impedance (BIA). Zde se hodnotí tři složky, kterými jsou tuk, voda a beztuková tkáň. Nevýhodou této metody je ovlivnění výsledku hydratací organismu. Tím pádem i nemožné vyšetření pacientů s otoky. Výhodou tohoto vyšetření je nízká cena, krátká doba vyšetření a ekonomická dostupnost. Další metody jsou metody zobrazovací. Mezi ně patří počítačová tomografie (CT) a magnetická rezonance (MR). Ještě se může použít duální rentgenová absorpciografie (DEXA), ta se ale využívá spíše ve specializovaných pracovištích. Nevýhodou zobrazovacích metod je jejich špatná dostupnost, vysoká cena a v případě počítačové tomografie i radiace vůči pacientovi (HAINER, 2011).

3 ETIOLOGIE NADVÁHY A OBEZITY

Genetika a hormonální vlivy

Nelze stanovit jasnou příčinu nadváhy a obezity, obvykle se jedná o kombinaci celé řady faktorů. Některé z nich lze ovlivnit, některé ovlivnit nelze. Nadváha a obezita je často označována jako multifaktoriální metabolická porucha, při které dochází ke zmmožení tukové tkáně v organismu v souvislosti s genetickými dispozicemi. Velmi často je všeobecně nadváha a obezita označována jako důsledek nesprávného životního stylu a podíl genetických faktorů je obvykle podceňován. U většiny typů obezity převažují polygenní geny, což znamená, že nadváha a obezita vzniká jako důsledek působení těchto genů a vlivů vnějšího prostředí. Je prokázáno, že distribuce tukové tkáně je z části genetického původu. U člověka je definováno a pojmenováno přes 20 druhů genů náchylnosti k nadváze a obezitě. Tyto geny zvyšují riziko vzniku nadváhy a obezity, ale nutně nemusí vést k propuknutí obezity. Dle Hainera je odhadováno, že ukládání břišního tuku je z 20–50 % genetickou dispozicí. Vliv genetických dispozic by se neměl podceňovat, ale ani naopak. Velmi důležitou roli mají genetické dispozice zejména u vyšších stupňů obezity (HAINER, 2011).

Obezita, která vzniká na podkladě mutace genu a projevuje se již v raném dětství, se nazývá monogenní. Tento typ obezity je poměrně vzácný. Geneticky podmíněnou obezitou je také deficience leptinu, tedy hormonu tukové tkáně, který reguluje metabolismus tuků a tím i tělesnou hmotnost. Velmi důležitým onemocněním, které při diagnostice nelze opomenout je endokrinopatie. Ta se na vzniku obezity podílí obvykle pouze zřídka. Mezi nejčastější řadíme hypotyreózu, hypotalamické poruchy, Cushingův syndrom a inzulinom (HAINER, 2011), (LUKÁŠ, 2010), (SVAČINA, 2008).

Životní styl

Většina odborníků se shoduje, že výskyt nadváhy a obezity se od druhé poloviny 20. století zvyšuje v důsledku působení civilizačních jevů. Za vznikem nadváhy a obezity ve většině případů obvykle stojí dlouhodobě zvýšený energetický příjem, který převažuje nad energetickým výdejem. Na první místo rizikových faktorů nadváhy a obezity se jednoznačně řadí výživa. Zásadní roli hrají stravovací návyky, kde nás zajímá velikost porce jídla, skladba stravy a její pravidelnost, ale také přejídání. Velmi důležitým aspektem ve výživě je nedostatek času na jídlo, což vede k rychlému

občerstvení, nezdravým pokrmům, které jsou sice energeticky bohaté ale především velice tučné. Také vliv supermarketů, kde vidíme mnoho tučných potravin, vliv reklamy, plných lednic, sezení u televize nebo u počítače, sedavé zaměstnání, na úkor pohybu a sportování. To vše vede ke zvýšenému energetickému výdeji a vzápětí i k nadváze až obezitě. Pohyb jako takový byl v celé historii lidstva považován za zdraví prospěšný. Tvoří 20-40 % denního energetického výdeje. Tento názor zastává i moderní lékařská věda. Lidé, kteří vedou aktivní život, mají nižší výskyt civilizačních chorob a jejich život je delší. Příčinou nízké pohybové aktivity a aktivního života je dnešní moderní doba. Lidé nejsou donuceni pohybu ani při běžných úkonech doma, kde k tomuto trendu přispívá modernizace domácnosti, počítače a televize. V souvislosti se sedavým způsobem života pak vzniká nedostatečný energetický výdej, který má za následek vznik nadváhy a obezity a to zejména v rozvinutých zemích (ADÁMKOVÁ, 2009), (HAINER, 2011), (KUNOVÁ, 2009), (SVAČINA, 2008), (VÍTEK, 2008).

Psychosociální vlivy

Nadváha a obezita, ale i redukce hmotnosti jsou ovlivňovány řadou vnějších faktorů. Naše společnost nevnímá nadváhu a obezitu jako onemocnění, ale naopak se stává běžným a dokonce u některých lidí něčím, na což mohou být pyšní, aniž by si uvědomovali závažnost. Je dokázáno, že v rozvinutých zemích se nadváha a obezita často objevuje u lidí se základním vzděláním a nižším příjmem. Za příčiny nadváhy a obezity je považováno mnoho faktorů, jedním z nich je i cílený výběr partnera, kde si obézní jedinec vybere také obézního jedince, to má za následek kumulující obezitogenní geny, ale především předávání si navzájem a následně svým potomkům špatné stravovací návyky a způsob života.

Mezi další faktory, které vedou k rozvoji nadváhy a obezity, můžeme zařadit určitá vývojová období v životě jedince. Za rizikové se může považovat již prenatální období, zejména když matka trpí v těhotenství nadváhou nebo naopak strádá hladem, postačí, když se špatně a nepravidelně stravuje. Významnou roli hraje i porodní váha. Nízká nebo naopak vysoká, zvyšuje pravděpodobnost vzniku nadváhy nebo obezity v pozdějším věku. Na vznik nadváhy a obezity má vliv i puberta, kde potom nadváha a obezita jedince provází až do dospělého věku. Za příčiny mohou být okolnosti a životní situace, které často vedou ke změně stravovacích návyků, obvykle ruku v ruce

se stresem. Například nástup nebo změna zaměstnání, vstup do manželství, založení rodiny, pracovní či rodinné problémy, ukončení sportovní činnosti, úrazy, dlouhodobá onemocnění, odchod do důchodu a jiné. Ženy jsou nadváhou a obezitou více ohroženy již v době dospívání, v těhotenství, po porodu. Nárůst hmotnosti bývá často spojený s užíváním estrogenů při antikoncepci nebo při hormonální substituční léčbě během menopauzy.

Velmi zásadní příčinou nadváhy a obezity jsou stresy, úzkosti a deprese. Stres je považován za spouštěč přejídání, nebo naopak u některých jedinců hladovění. Je prokázán vliv na nadváhu a obezitu mezi délkou pracovní doby, stresem a nedostatečnou délkou spánku (HAINER, 2011), (GURKOVÁ, 2011), (VÍTEK, 2008).

4 ZDRAVOTNÍ RIZIKA A KOMPLIKACE NADVÁHY A OBEZITY

V dnešní době je nadváha a obezita považována za primární riziko naší společnosti. Vzhledem k faktu, že nadváha a obezita bezprostředně neohrožuje život jedince, je velmi často podceňována jak laiky, tak i zdravotníky. Je všeobecně známo a dokázáno, že nadváha a obezita ovlivňuje nemocnost, zhoršuje průběh určitých chorob a bývá spojena i s častým výskytem závažných onemocnění. Nadváha a obezita jako taková, jednoznačně ovlivňuje kvalitu a délku života jedince (ADÁMKOVÁ, 2009).

Mechanické komplikace

Mezi mechanické komplikace se řadí onemocnění, které má za následek vysoká tělesná hmotnost. Nejčastěji jde o komplikace respirační a ortopedické.

Respirační komplikace

U respiračních komplikací jde obvykle o více mechanismů zároveň. Během funkčního vyšetření plic se objevuje pokles respiračního rezervního objemu plic a pokles funkční reziduální kapacity. U těžce obézních jedinců dochází ke změnám ventilace, kterými jsou pokles poddajnosti hrudního koše a plic, pokles pohyblivosti bránice a následně menší vitální kapacita a celková vitální kapacita plic. Také bývá spojena s hypoxémií, která vzniká v důsledku nerovnováhy mezi perfuzí plic a ventilací. Respirační poruchy, zejména u těžce obézních jedinců, se v důsledku sníženého tonu dýchacího svalstva a následně obstrukcí dýchacích cest během noci zhoršují.

Nejzávažnější respirační komplikací je syndrom spánkové apnoe. Tento syndrom je charakteristický přerušáním dýchání během spánku na více jak 10 sekund alespoň 5x a více za hodinu. Klinicky se syndrom projevuje chrápáním, častým probouzením během noci, spaním během dne, denní ospalostí, ranními bolestmi hlavy, poruchami paměti a pozornosti a podobně. Mezi komplikace tohoto syndromu řadíme noční hypoxémii, pulmonální a systémovou hypertenzi, závažné kardiální dysrytmie a potenciálně i riziko náhlé smrti. Diagnosticky se apnoe vyšetřuje a monitoruje během noci ve speciální spánkové laboratoři a je důležité, aby bylo provedeno důkladné kardiorepirační vyšetření. Jeho léčba spočívá v aplikaci přetlakového přístroje, který

příznivě ovlivní syndrom jako takový, ale i spánek přes den a krevní tlak (HAINER, 2011).

Ortopedické komplikace

Bolesti kloubů a zad se u obézních jedinců vyskytují dvakrát častěji než u štíhlých. Nejčastější ortopedické komplikace jsou artróza velkých kloubů a degenerativní onemocnění páteře. Nadváha a obezita má také vliv na osteoartrózu kolenních a kyčelních kloubů a to tím, že mechanicky zatěžuje jejich styčné plochy, zejména pokud jsou přítomny různé malformace. Jako podpůrná léčba pro ústup bolestí se doporučuje redukce hmotnosti, zejména pokud jde o pacienta s potencionální náhradou umělého kloubu. Obvykle je doporučována hmotnost do 90 kg, která je pro umělý kloub únosná. Jako každé komplikace, tak i ortopedické, do určité míry limitují pacienta a mohou tak podpořit rozvoj dalšího onemocnění nebo zhoršit jeho průběh, jako například hlubokou žilní trombózu nebo varixy (HAINER, 2011), (SVAČINA, 2008), (VÍTEK, 2008).

Metabolické komplikace

Metabolické komplikace bývaly jednoznačně spojovány s diabetem mellitus a hypertenzí. V dnešní době se již na tato onemocnění pohlíží tak, že vznikají jako stav se společnou příčinou a společným vznikem poruch a komplikací.

Metabolický syndrom

Metabolický syndrom, nebo tzv. Reavenův metabolický syndrom X, je od poloviny konce 80. století používaný pojem pro soubor metabolických komplikací nadváhy a obezity. Základní složkou tohoto syndromu je abdominální obezita, hypertenze, necitlivost na hormon slinivky břišní, následné stoupaní glykémie až vznik diabetu mellitu 2. typu, zvýšená hladina triglyceridů, snížená hladina cholesterolu v krvi. Obvykle je to tak, že vznik jednoho onemocnění potencuje vznik dalšího. Výskyt tohoto syndromu v naší společnosti výrazně stoupá. V dnešní době je označován jako příčina životní styl, vliv prostředí, absence pohybu, stres, nadměrný energetický příjem, nepravidelné stravování a stravovací návyky. Genetické předpoklady, hypertenze či diabetes mellitus v rodinné anamnéze, je pro metabolický syndrom zásadní

informace. Je prokázáno, že genetické dispozice hrají u vzniku onemocnění srdce a cév, vzniku diabetu mellitu a arteriální hypertenze důležitou roli. Proto je důležité u metabolického syndromu dbát na prevenci diabetu, to zahrnuje dietní opatření a zejména redukci tělesné hmotnosti. S ustupující tělesnou hmotností se současně zmírňují veškerá onemocnění, nebo úplně vymizí, která jsou s metabolickým syndromem spojená (HAINER, 2011), (SVAČINA, 2008), (SVAČINA, 2010), (VÍTEK, 2008).

Diabetes mellitus

Diabetes mellitus (DM) nebo také cukrovka, bývá velmi často spojována s nadváhou a obezitou, a to i přes to, že se netýká obou forem. Diabetes mellitus 1. typu je autoimunitní onemocnění, kdy zaniká sekrece inzulínu a vyskytuje se spíše u mladších jedinců. U diabetika tohoto typu je nadváha a obezita obvykle způsobena léčebnou chybou a to tím, že je předávkován inzulínem. To má za následek zvýšenou chuť k jídlu, zvýšenému příjmu jídla a tím i navýšení tělesné hmotnosti a hypoglykemickým pocitům.

Diabetes mellitus 2. typu se označuje jako nejzávažnější složka metabolického syndromu. Dříve bylo mylně uváděno, že pro diabetes mellitus 2. typu je stěžejní rizikový faktor nadváha a obezita, která sama o sobě diabetes nevyvolává, ale může vzniknout u obézních jedinců s genetickou predispozicí. Zejména androidní obezita je varovným signálem, že by mohl diabetes mellitus vzniknout. Diabetes mellitus 2. typu vzniká rezistencí organismu na inzulín, poté se přidají komplikace typické pro metabolický syndrom a to poté vede k rozvoji nejzávažnější komplikace, diabetu 2. typu. V organismu se začne měnit poměr spalování živin, začne stoupat spalování tuků, ale na úkor cukrů a tím se mění citlivost na inzulín. Diabetes mellitus vzniká ale až tehdy, kdy dochází k poruše sekrece inzulínu, která nastává při vyčerpání slinivky a následně patologickým zvratem v ostrůvcích, které produkují inzulín. Vysoká hladina cukru, ale i vysoká hladina tuků v krvi působí na tyto ostrůvky toxicky. Nejdůležitějším článkem v terapii je pak dietní režim, redukce tělesné hmotnosti, omezení sacharidů a živočišných tuků ve výživě (HLÚBIK, 2009), (SVAČINA, 2008), (SVAČINA, 2010).

Ostatní komplikace spojené s nadváhou a obezitou

Nadváha a obezita sama o sobě, je velmi rizikovým faktorem pro mnoho onemocnění. Často postihuje kardiovaskulární systém. A to hypertenzí, ischemickou chorobou srdeční, ischemickou chorobu dolních končetin, poruchy srdečního rytmu, ateroskleróza, v jejímž důsledku dochází k poškození cév zásobující srdce, mozek a další důležité orgány jako například ledviny.

Onemocnění ledvin, kterým jedinci často trpí při hypertenzi a diabetu. Z toho důvodu jsou obézní více ohroženi rozvojem chronického selhání ledvin. Ze zvýšeného tlaku v žilním řečišti, kdy krev stagnuje v žilách dolních končetin, vyplývají další vaskulární komplikace. Klinicky se projeví jako varixy a otoky, ale může dojít i k hluboké žilní trombóze.

Nadváha a obezita zasahuje i do oblasti onkologické, kde se společně s ní vyskytují některé druhy nádorů. U žen se tak častěji vyskytuje nádor žlučníku a většina gynekologických nádorů. U mužů pak karcinom tlustého střeva a nádory prostaty. U žen se vlivem nadváhy a obezity mohou objevit poruchy menstruačního cyklu, amenorea, infertilita, syndrom polycystických ovarií, který vzniká v souvislosti s anovulačními cykly. Nejde pouze o gynekologické onemocnění, ale spíše o metabolické, které s sebou nese řadu hormonálních změn. I v době těhotenství je nadváha a obezita komplikací, vyvolává určitá onemocnění a ohrožuje tak matku i plod. Častěji se vyskytuje hypertenze, těhotenský diabetes mellitus, močové infekce, tromboflebitidy a závažné komplikace typické pro těhotenství jako je preeklampsie či eklampsie. V oblasti gastrointestinálního traktu se kromě kolorektálního karcinomu objevuje i hiátová hernie a gastrointestinální reflux. Tato onemocnění u pacientů s nadváhou a obezitou vznikají jako důsledek nedostatečné funkce jícnového svěrače a zvýšeného tlaku na bránici. Během toho dochází k návratu žaludečních šťáv do jícnu, kde následně dochází k erozím a může dojít až k rakovině jícnu. Často bývají obézní a s nadváhou ohroženi i žlučovými kameny s jejich následnými komplikacemi a jaterní poškození, kde zejména dochází k ukládání tuků do jaterní tkáně. To může často vyvolat záněty jater a následně může dojít až k jejich selhávání (SVAČINA, 2008).

Psychosociální komplikace spojené s nadváhou a obezitou

Psychosociální důsledky jsou často podceňovány. Jak rodinou, okolím, ale mnohdy i ošetřujícím lékařem. Nadváha a obezita je přítěží již v dětském věku,

kdy ve škole mívají horší prospěch. Spolužáci se jim vysmívají, což má za následek ztrátu motivace k učení, osamělost, ztrátu sebedůvěry a sebevědomí, větší nervozitu. To někdy může v dospělosti vést k neurologickým problémům. V předškolním věku bývá nadváha a obezita přisuzována k negativním vlastnostem, jako je lhaní, lenost, hloupost. Často jim tyto vlastnosti přisuzují sami rodiče, aniž by si uvědomili, že za jejich obezitou stojí právě oni.

Nadváha a obezita se dá nazvat jako stigmatizující onemocnění, které s sebou nese mnoho předsudků. Velmi často se na obézní a na jedince s nadváhou pohlíží jako na méněcenné, ať z hlediska fyzické atraktivity, osobnosti, nebo z hlediska profesionální kvality. Obézní jedinci se těžko prosazují i v běžných denních činnostech a aktivitách, raději se schylují do ústraní mimo společnost. Obézní a jedinci s nadváhou jsou kvůli svému vzhledu často diskriminováni ať už ve svém okolí, v zaměstnání mezi svými kolegy či nadřízenými. Velmi omezená je i schopnost najít si partnera, v souvislosti s nízkým sebevědomím a sebedůvěrou, což často přispívá k psychickým problémům. Diskriminace, ztížené společenské uplatnění a podceňování obézních osob se nemalou měrou podílí na stresu, depresích, úzkostech a v některých případech může dojít až k sebepoškozování až spáchání sebevraždy. Tyto psychiatrické problémy se často odrážejí na kvalitě a způsobu života těchto jedinců (HLÚBIK, 2009), (SVAČINA, 2010).

5 LÉČBA NADVÁHY A OBEZITY

Léčba nadváhy a obezity spočívá v komplexní péči. Při léčbě nadváhy a obezity se využívá zejména dietní režim, pohybové aktivity, behaviorální intervence, farmakoterapie a v neposlední řadě i chirurgické řešení. Než zvolíme léčebnou metodu, je potřeba zvážit věk, charakter uložení tuku, stupeň nadváhy či obezity, zdali jsou přítomné zdravotní komplikace nebo přidružená onemocnění a musíme brát zřetel i na psychický stav jedince. Obvykle je potřeba kombinovat dietní režim, pohybové aktivity a behaviorální intervence. Když tato kombinace není účinná, většinou se sahá po farmakoterapii. Chirurgická léčba se většinou využívá až v případě, že předchozí metody selžou a spíše u vyšších stupňů obezity. U léčby nadváhy a obezity je nesmírně důležitá předchozí anamnéza a motivace obézního jedince (HLÚBIK, 2009).

Dietní léčba

V řeckém jazyce znamená slovo dieta způsob života, proto by v tomto slova smyslu měla být dodržována a chápána. Příjem potravy a výdej představují dvě základní složky, které jsou potřeba pro energetickou rovnováhu v organismu. Cílem léčby nadváhy a obezity je zpočátku negativní bilance energetického příjmu, která vede k poklesu tělesné váhy, poté se přechází na energeticky vyrovnanou bilanci, při které dochází k udržení stejné tělesné hmotnosti. V dnešní době jsou velmi komerčně propagovány redukční diety, které jsou poměrně drastické a po jejich ukončení se často objeví nárůst hmotnosti nebo se dokonce vrací na původní váhu. Tyto diety se obvykle zaměřují na rychlé jednorázové zhubnutí. Někdy se mohou stát i příčinou či spouštěčem poruch příjmu potravy. Opakované hubnutí a přibírání tělesné hmotnosti se negativně projevuje i na zdravotním stavu jedince a může vyvolat i některé zdravotní komplikace. Proto je důležité změnit celkový životní styl a to trvale.

V průběhu života, ale i v raném dětství vznikají stravovací návyky, které nemusí být správné. Je důležité, aby se obézní jedinec dříve než začne měnit životní styl nebo zvolí vhodnou dietu, zamyslel nad dosavadním jídelníčkem. Všeobecně zásady zdravé výživy znamenají zejména změnu celkového životního stylu, ne pouze dodržovat jednotlivé druhy redukčních diet. Jedinec by se měl snažit o fyzickou aktivitu, nepřejídat se a měl by si hlídat příjem a výdej kalorií. Při výběru potravin je doporučováno, aby do jídelníčku bylo zařazeno více ovoce a zeleniny, potraviny

s vysokým obsahem vlákniny, hodně tekutin. Vyřadit nebo alespoň snížit příjem potravin s vysokým obsahem tuků. Neméně důležité je jíst pravidelně, a to alespoň 5x denně, jídlo si energeticky rozdělit do částí dne, nevynechávat snídani a hlídat si i velikost porcí. Nesmí se zapomínat na dostatečný pitný režim.

Pokud dojde k porušení těchto zásad, je důležité neztrácet motivaci a nebát se požádat o radu odborníků. Zejména u jedinců s vysokým stupněm obezity, kde hrozí vznik komplikací spojených s obezitou a zásah jak do zdraví, tak do psychiky (ADÁMKOVÁ, 2009), (KUNOVÁ, 2009), (MARTINÍK, 2007).

Pohybová aktivita

Pohyb je nedílnou součástí při léčbě nadváhy a obezity a hraje důležitou roli jak při její léčbě, tak při prevenci onemocnění s ní spojená. Pohybová aktivita by měla být vždy součástí dietního plánu, protože diety, které nejsou doplněny pohybovou aktivitou, jsou efektivní pouze z části. Pravidelný pohyb vede k redukci hmotnosti, zlepšení celkového zdravotního stavu a prevenci komplikací. Preventivně působí proti kardiovaskulárním nemocem, nárůstu tělesné hmotnosti a následně tak snižuje úmrtnost. Pohybová aktivita, konkrétně její výběr, záleží na věku pacienta, tělesné hmotnosti, stupni obezity a na celkovém zdravotním stavu pacienta. Je nutné brát v úvahu pozitivní vliv pohybové aktivity nejen na fyzické zdatnosti a pohybové dovednosti, na metabolický a kardiovaskulární systém pacienta, ale zejména na stav psychický (HAINER, 2011), (VÍTEK, 2008).

Léčba psychického stavu

Kognitivně behaviorální terapie je jednou z častých nefarmakologických metod, kterou v léčbě nadváhy a obezity radíme za výživu a pohybovou aktivitu. Je nedílnou součástí komplexní léčby. Během léčby nadváhy a obezity vychází psychoterapie z toho, že nevhodné návyky ve stravě a v pohybové aktivitě jsou naučené a dají se odnaučit. Při kognitivně behaviorální teorii pomáhá terapeut pacientovi uvědomování si svého zkradeného myšlení a dysfunkční jednání. Pomáhá pacientovi za pomoci komunikace, strukturovaného rozhovoru a behaviorálních úkolů toto jednání a myšlení změnit. Tento léčebný postup se ukazuje jako nejefektivnější, protože bere v úvahu celou strukturu osobnosti a hledá příčinu vzniku. Nezáleží tedy pouze na změně

jídelníčku či vhodné fyzické aktivity, ale jde především o psychický stav pacienta, jeho emoce a myšlení.

Technika sebezpozorování patří mezi kognitivní techniky a pomáhá obéznímu jedinci uvědomovat si své stravovací návyky, které je ovlivněno řadou naučených návyků, které je potřeba analyzovat. Technika, kdy se jedinec soustředí na samotný akt konzumace jídla, stanovuje veškeré zásady správného stravování a výživy.

Další technikou je zvládání krizových situací, kde jde především o aktivní kontrolu zevnějších podnětů. Je velmi důležité, aby při behaviorální terapii byla zapojena rodina a okolí jedince, zejména aby se mu z jejich strany dostalo podpory a motivace. Kognitivní terapie spočívá ve vnuknutí pozitivních myšlenek a vytěsnění negativních. Je zde důležité propojení emocí, chování, myšlenek, které mají kladný vliv na dlouhodobou změnu celkového životního stylu (HAINER, 2011), (KASALICKÝ, 2011), (SVAČINA, 2008).

Farmakoterapie

Farmakoterapie je brána jako součást komplexní strategie u léčby nadváhy a obezity, měla by se zahajovat až tehdy, pokud selžou dosavadní terapie (dieta, pohybová aktivita a behaviorální terapie). Farmakoterapie je určena pro jedince s BMI nad 30, nebo pro pacienty s nadváhou I. stupně s přítomností zdravotních komplikací. Farmakologická léčba by měla být dlouhodobá a naordinována obezitologem.

V současné době se uplatňují tři skupiny léků. Léky, které tlumí chuť k jídlu v centrálním nervovém systému, se nazývají anorektika. Termogenní farmaka jsou léky, které ovlivňují energetický výdej. V neposlední řadě léky, které ovlivňují vstřebávání tuků ve střevě. Je důležité, aby léky na obezitu splňovali určitá kritéria. Měl by být znám mechanismus účinku, který prokazatelně vyvolává redukci tukové tkáně. Dále takový, který pozitivně ovlivňuje zdravotní komplikace s obezitou spojené. Měly by mít minimální nežádoucí účinky a neměl by na ně vznikat návyk. Moderní léčba obezity představuje celoživotní komplexní léčbu (HLÚBIK, 2009), (VÍTEK, 2009).

Chirurgická léčba nadváhy a obezity

Chirurgická léčba neboli léčba bariatrická, se stala v posledních letech součástí komplexní péče a terapie obézních pacientů. Tato léčba není pouze kosmetickým zákrokem, ale především terapeutickým. Je jedním ze základních postupů, které nabízí

dlouhodobé, výrazné a trvalé snížení tělesné hmotnosti. Během posledních let, s nástupem laparoskopických a miniinvazivních operačních metod, se výrazně zlepšila kvalita a bezpečnost zákroků. Bariatrická léčba by měla být prováděna na specializovaných pracovištích pro léčbu obezity, které jsou adekvátně vybaveny. Při bariatrické léčbě je důležité komplexní vyšetření a spolupráce mezi obezitologem, diabetologem, psychologem a nutričním terapeutem. Indikací k zákroku je dospělý jedinec ve věku 18-65 let, hodnota BMI nad 40, nebo 35 s jedním přidruženým onemocněním a také jedinci, u kterých selhala konzervativní a farmakologická léčba.

Bariatrická léčba se rozděluje na dva základní typy, na restriční a malabsorpční. Restriční operace spočívá v trvalém nebo vratném zmenšení žaludeční kapacity. Zmenší se objem žaludku, tudíž nedochází k příjmu velkého množství potravy, dojde k časnému pocitu sytosti a tím dochází k rychlé redukci tělesné hmotnosti. Restriční operace zahrnují veškeré způsoby bandáží žaludku. U operací malabsorpčních dochází ke vstřebávání výživných látek z potravy. V průběhu operace se vyřadí velká část délky tenkého střeva, takže ke vstřebávání výživných látek, respektive k trávení, dochází až v jeho střední nebo koncové části. Tyto výkony jsou z bariatrických operací nejúčinnější, protože po nich dochází k rychlé redukci tělesné hmotnosti a pozitivnímu ovlivnění veškerých metabolických komplikací. Operace vyžaduje doživotní suplementaci minerálů a vitamínů, které se právě vstřebávají v horní části tenkého střeva. Ke zlepšení kvality života nestačí pouze bariatrická operace, ale je zapotřebí komplexní léčba včetně dietního režimu a pohybové aktivity. Velmi důležitý je doživotní monitoring celkového zdravotního stavu v obezitologické poradně (HLÚBIK, 2009), (KASALICKÝ, 2011).

6 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTY S NADVÁHOU A OBEZITOU

Při péči o pacienty s nadváhou a obezitou je důležité, aby sestra ovládala mnoho intervencí. Musí být sestaveny tak, aby splňovaly naplnění všech základních potřeb člověka. To znamená biologické, sociální, psychologické a spirituální. Péče o pacienty s nadváhou a obezitou je pro sestru velice náročná a proto je důležité provádět jednotlivé činnosti dle schopností pacienta a reálných možností. Ze strany sestry je nutné, aby uměla vyhodnotit situaci, plánovat a poskytnout adekvátní ošetrovatelskou péči při obnově zdraví obézního pacienta. Sestra by měla znát zásady chování při ošetrování obézního pacienta již v primární péči. Měla by mít přehled o bezpečnosti práce a ochraně zdraví, měla by v péči být schopna aplikovat fáze ošetrovatelského procesu a dostatečně ovládat ošetrovatelské a diagnostické postupy.

Obvykle se v praxi sestra setkává s imobilními pacienty, kteří jsou nesoběstační a vyžadují pomoc při běžných denních činnostech, vertikalizaci či polohování. Většina činností u pacientů s nadváhou a obezitou vyžaduje nucenou polohu a vynaložení velké fyzické síly ze strany personálu. Někteří obézní pacienti a pacienti s nadváhou nepohlíží na obezitu jako na nemoc a chovají se k personálu nepřiměřeně. Stává se, že se sestrou nespolupracují, činnosti, které jim nejdou tak jak by si představovali, za chvíli vzdávají. Pacienti s nadváhou a obezitou se často za svou nadváhu a obezitu stydí, proto při provádění ošetrovatelských úkonů vyžadují větší soukromí a intimitu. Je tedy velice důležité, aby sestry k těmto pacientům byli empatické, trpělivé, respektovali je a dbali na citlivý a profesionální přístup (VYTEJČKOVÁ, 2011), (POKORNÁ, 2012).

Diagnostické vyšetření všeobecnou sestrou v primární péči

Již v primární péči je důležité vyšetření sestrou. Můžeme do něj zařadit anamnézu, která je spolu s laboratorním vyšetřením na prvním místě. Odběry krve provádí sestra již v ambulanci, kde jde především o zjišťování komplikací a přidružených onemocnění k nadváze a obezitě. Laboratorní vyšetření je nedílnou součástí vstupní prohlídky. Sestra odebírá krev na krevní obraz, biochemické vyšetření, kde odebírá krev na glykémii, HDL a LDL cholesterol, triglyceridy, kyselinu močovou, jaterní testy, bilirubin, ureu, kreatinin, ionty, moč chemicky a močový sediment a dále pak hematologické vyšetření. Dále zjišťuje energetický příjem a výdej potravy.

Při zjišťování anamnézy sestru zajímají osobní, rodinné, pracovní a farmakologické údaje. V osobní anamnéze zjišťuje alergie, kouření, stravovací návyky, změny nálad a deprese, pokusy o redukci tělesné hmotnosti, změny váhy v průběhu života, kvalitu spánku, komplikace spojené s nadváhou a obezitou, pohybové aktivity v současnosti i v minulosti, očekávání a motivace k redukci hmotnosti. U pohybových aktivit se sestra zaměřuje na začátek a ukončení sportovní činnosti, na úrazy a imobilitu v souvislosti s úrazem. V rodinné anamnéze se sestra dotazuje na obezitu a nadváhu v rodině, na přidružená onemocnění k obezitě. Ve farmakologické anamnéze se zaměřuje na hormonální terapii, na neuroleptika, kortikoidy a estrogeny. Dále je v primární péči podstatné, aby sestra pacienta zvažila a spočítala pacientův BMI. Důležitým parametrem je změření obvodu pasu krejčovským metrem a hodnota krevního tlaku, který může být vlivem nadváhy a obezity zvýšen.

Edukační činnost všeobecné sestry u pacienta s nadváhou a obezitou

Edukace pacienta je definována procesem soustavného ovlivňování chování a jednání jedince, kdy je cílem navodit pozitivní změny v jeho postojích, návycích a dovednostech. Jde o výchovu a vzdělávání pacienta v určité oblasti. Hlavním úkolem sestry v edukační činnosti u pacientů s nadváhou a obezitou je prevence. Významem edukace je osvojení si znalostí, činností a návyků ke zdravému životnímu stylu. Je vhodné, aby sestra edukovala pacienta za přítomnosti jeho blízkých, nebo celé rodiny a zapojila je do aktivní spolupráce. U pacientů s nadváhou a obezitou je nejdůležitější, aby je sestra edukovala o dostatečné tělesné aktivitě a správných stravovacích návycích (rozdělit si jídlo na několik dávek během dne, jíst pravidelně vhodné potraviny, dodržovat pitný režim). Zjistit kvalitu spánku, snažit se s pacientem navodit důvěrný vztah a zmapovat jeho psychickou stránku. Sestra by měla k pacientovi přistupovat empatičtěji a citlivěji. Je důležité, aby sestra při komunikaci u pacienta s nadváhou a obezitou podávala veškeré informace tak, aby jí pacient rozuměl, měl prostor na dotazy a mohl projevit svůj názor. Obézní a pacienti s nadváhou jsou mnohdy vztahovačnější a citlivější, proto je nezbytné dodržovat tyto zásady rozhovoru. Někdy mají pacienti i psychické problémy jako poruchy nálad nebo deprese. V těchto případech je pak nezbytné, aby sestra zaujala specifický postoj v komunikaci a uměla u pacienta s nadváhou a obezitou rozpoznat depresivní chování. Tato péče je pro sestru nesnadná a náročná z několika důvodů. Pacient ji může dávat najevo, že o její péči nestojí nebo si

její péče neváží. Aby předešla těmto situacím je zapotřebí zachovat klidný přístup, postoj dospělý k dospělému, tak aby se pacient necítil kritizován. Měla by zvolit pomalejší tempo rozhovoru, umožnit mu dostatek času na rozmyšlení a dotazy, pomáhat mu při rozhodování při vybírání různých variant (VENGLÁŘOVÁ, 2007).

Soběstačnost

V primární péči u pacienta s nadváhou a obezitou se sestra zaměřuje na jeho soběstačnost a sebezpečí. Sestra zhodnotí, do jaké míry pacient zvládá denní běžné úkony jako je osobní hygiena, oblékání, stravování, přesun z lůžka, přesun na toaletu a její používání a kontinence. Do jaké míry pacient tyto běžné úkony zvládá, hodnotí sestra pomocí Barthel testu základních běžných činností, který obvykle vyplňuje již při příjmu pacienta. Pacienti, kteří trpí těžkou formou obezity, mají často problémy s hybností, což vede k nesoběstačnosti, a tím i zvýšení nároků a zátěž na sestry při provádění ošetrovatelské péče. Je povinností sestry, aby dbala na polohování a na podporu vertikalizace (VYTEJČKOVÁ, 2015).

Hygienická péče

Informace ohledně hygienické péče získává sestra již při prvním kontaktu s pacientem. Hygiena a oblékání jsou v souvislosti se soběstačností pacienta. Sestra se zajímá o soběstačnost v celkové hygienické péči, v péči o uši, oči, nos, vlasy, dutinu ústní, genitál, nohy a chodidla, nehty a pravidelnou výměnu osobního prádla. Někdy si může sestra všimnout, že obézní pacienti mohou zapáchat. Je to dáno sníženou soběstačností a hybností. Pacienti se potom, jak doma tak ve chvíli, kdy jsou hospitalizováni, hůře dostávají do vany, proto je jejich hygiena nedostatečná. Hygienická péče je u obézního a nesoběstačného pacienta velmi fyzicky, psychicky a časově náročná. Je vhodné, aby se ošetrovatelský personál s pacientem domluvil, jak mu hygiena vyhovuje. Pokud je pacient hospitalizován, při provádění hygienické péče u částečně nesoběstačného pacienta si nejprve ošetrovatelský personál připraví vhodné pomůcky a dá je pacientovi na dosah. Dopomáhá mu s přepravou do sprchy či vany nebo alespoň k umyvadlu. Při provádění hygienické péče na lůžku je potřebné, aby hygienu provádělo více osob z důvodu špatné manipulace s pacientem. Ošetrovatelský personál by měl pacientovi, který je upoután na lůžko provádět hygienickou péči alespoň dvakrát denně, a to ráno a večer. Popřípadě podle potřeby

pacienta. U celkové hygienické péče nesmíme zapomínat na důkladnou péči o dutinu ústní. Úkolem sestry je neustále motivovat pacienta k co nejvyšší soběstačnosti a je důležité ho dostatečně chválit (MIKULA, 2008).

Péče o kůži a rány

Vyšetření pokožky pacienta s nadváhou a obezitou se řadí mezi základní vyšetřovací metody. Sestra by měla být znalá patologických stavů pokožky u těchto pacientů a měla by s přesností patologickou změnu zachytit, vyhodnotit a následně informovat lékaře. Pacienti s nadváhou a obezitou často trpí na ekzémy, strie, plísně a zapáčky, opruzeniny a rány na kůži. U obézních a s nadváhou se tyto problémy vyskytují častěji než jedinci s váhou v normě. Zapáčka a opruzeniny se často vyskytuje v místech záhybu, kam se pacient během hygieny hůře dostává. Je důležité, aby sestra kontrolovala celkový stav pokožky pacienta. Monitorovala změny na kůži, zbarvení, hematomy, kvalitu pokožky. Kožní turgor, léze a otoky, nehty a vlasy. Tyto změny může hodnotit pohledem, ale i pohmatem. Nejčastější změnou na kůži u pacientů s nadváhou a obezitou jsou opruzeniny neboli intertrigo. Nejčastěji je můžou mít v podpaží a tukových záhybech, kde vznikají jako následek agresivního potu. Dále pak v oblasti třísel, genitálu, gluteální rýze a v oblasti konečníku. U žen opruzeniny bývají i pod prsy. V péči o opruzeniny je zásadní, aby se nepoužívala žádná dráždivá mýdla, aby se opruzené místo často sprchovalo vlažnou vodou a důkladně osoušelo. Až poté se může promazat hojivou mastí nebo pudrem. Při péči o pokožku pacienta se nesmí zapomínat na péči o nehty. Zejména obézní pacienti mají nehty na nohou obvykle znečištěné nebo zanedbané, z důvodu jejich hybnosti a tím i špatné dostupnosti. Převážně u pacientů, kteří trpí diabetem je riziko infekce obzvláště zvýšené (EL SOHL, 2012), (VYTEJČKOVÁ, 2011).

Sestra by kromě zdravé pokožky pacienta s nadváhou či obezitou měla dbát i na pokožku porušenou. Sestra musí zajistit, aby nedošlo k poškození kožní integrity, zejména pak vzniku dekubitů. Sestra vyhodnocuje riziko dekubitů dle tabulky Nortonové. Jako prevence dekubitů je nejdůležitější polohování a mobilizace pacienta. Také úprava lůžka, čistota a o celková tělesná hygiena pacienta. Sestra by měla od počátku dbát na riziko vzniku dekubitů, používat antidekubitární pomůcky a podporovat aktivitu pacienta. Při již vzniklém dekubitu je sestra povinna zavést plán

ošetřovatelské péče do dokumentace a hodnotit charakter rány. Při ošetřování dekubitů je primární, aby sestra dokonale ovládala převazování ran (MIKULA, 2008).

Vyprazdňování

Vyprazdňování radíme mezi základní potřeby každého člověka. Často na toto téma pacienti neradi hovoří. Je tedy na místě, aby sestra důkladně tuto oblast prověřila, ale k pacientovi zachovala taktní a diskrétní přístup. Informace o vylučování sestra zjišťuje již v anamnéze. V oblasti vyprazdňování moče získává informace o frekvenci a charakteru, vzhledu, zápachu, barvě, příměsích a problémech spojené s vyprazdňováním. Dále ji zajímá medikace, která by na charakter moči nebo samotné močení mohla mít aktuální nebo potenciální vliv. Sestra je povinna zajistit pacientovi dostatečný příjem tekutin, pohodlí, dostatek času a soukromí. U pacientů, kteří jsou nesoběstační, by měla zajistit k lůžku pro muže močovou lahev a pro ženy podložní mísu a snažit se jim dopomoci. U vylučování stolice se sestra zaměřuje při sběru dat na frekvenci vyprazdňování, problémy při defekaci, co je způsobuje a jak často a kdy se objevují. Potom charakter, barva, konzistence, zápach a příměsi. Dále je důležité vědět, jakým způsobem se pacient stravuje, kolik denně vypije tekutin a jaká je jeho pohybová aktivita. Neméně důležité je zmapovat i farmakologickou léčbu a psychický stav. Stres a nervozitou mohou způsobovat zácpu nebo naopak průjem. U obézních pacientů se také často objevují hemoroidy. Je to dáno chronickou zácpou a námahou vynaloženou při obtížné defekaci. Mezi základní aktivity sestry v oblasti vylučování lze zařadit zajištění pacientova soukromí, navrhnout a naučit ho cviky pro podporu defekace, omezovat plynatost a podávat léky dle ordinace lékaře. U imobilních pacientů musí sestra provést důkladnou hygienickou péči (MLÝNKOVÁ, 2010), (POKORNÁ, 2013).

Výživa

Výživa hraje u pacientů s nadváhou a obezitou nejdůležitější roli. Dle stavu a přidružených onemocnění je pacientovi naordinována speciální dieta. Úkolem sestry je, aby pečlivě sledovala. Zda pacient dietní režim dodržuje. Při sběru informací do anamnézy se sestra zajímá o stravovací návyky pacienta a pravidelnost stravování a o soběstačnost při stravování. Sestra nebo nutriční terapeut mají za úkol zjistit odlišnost ve stravování obézního pacienta a následně sestavit individuální dietu. Sestra

v nutričním screeningu zjišťuje pacientu hodnotu BMI, zda pacient v poslední době výrazně zhubl nebo naopak přibral. Ošetrovatelský personál by měl u pacienta sledovat příjem potravy, a aby byl schopen vyhodnotit, zda se příjem potravy snížil a následně i pacientova tělesná hmotnost (GROFOVÁ, 2007), (VYTEJČKOVÁ, 2011).

7 PRIMÁRNÍ PÉČE

Primární péče je koordinovaná, komplexní zdravotně-sociální péče poskytovaná zejména zdravotníky, jak na úrovni prvního kontaktu občana se zdravotnickým systémem, tak na základě dlouhodobě kontinuálního přístupu k jednotlivci. Je souborem činností, související s podporou zdraví, prevencí, vyšetřováním, léčením, rehabilitací a ošetřováním. Tyto činnosti jsou poskytovány co nejbližší vlastnímu sociálnímu prostředí pacienta a respektují jeho bio-psycho-sociální potřeby (SEIFERT, 2012, s.13).

Sestra v primární péči pomáhá pacientům, rodinám a skupinám dosáhnout jejich fyzického, mentálního a sociálního potenciálu a zároveň jim pomáhá se udržovat ve vazbě na prostředí, ve kterém pacienti žijí a pracují. Sestra podporuje vhodné aktivní zapojení jedinců, pacientů a rodin do všech forem zdravotní péče tak, aby je podněcovaly k sebedůvěře a samostatnému rozhodování. Všechny role, které se při výkonu sestry prolínají: sestra pečovatelka, sestra edukátorka nemocného a jeho rodiny, sestra obhájkyň nemocného, sestra koordinátorka, sestra asistentka a sestra výzkumnice (PLEVOVÁ, 2011).

Primární péče je první místo styku pacienta se zdravotnickým personálem. Primární péče je nezbytná a velice zásadní. Sestry i lékaři na této úrovni si uvědomují, že právě na nich spočívá velká zodpovědnost za pomoc těmto pacientům. Na druhé straně se však také domnívají, že největší část zodpovědnosti nesou sami pacienti. Snaží se motivovat pacienta k návštěvě specialisty. Obecně se dá říci, že primární péče zahrnuje všechny služby, které ovlivňují zdraví, životní úroveň, vzdělání a životní potřeby. Výhodou primární péče, tedy péče praktického lékaře je dlouhodobý a mnohdy celoživotní kontakt s pacientem. A to nejen kontakt se samotným pacientem, ale i s jeho rodinou. Což bývá zejména v oblasti prevence a edukace velmi pozitivní. Díky tomu, může lépe než kdokoliv jiný včas odhalit zdravotní rizika a zprostředkovat tak patřičná opatření. Vzhledem k charakteru vztahu s pacientem může být zdravotník i přirozeným rádcem nejen ve zdravém způsobu života. V práci sestry v primární péči je důležité, aby vyhodnotila úroveň soběstačnosti a potřeby pacienta. Měla by sledovat celkový stav pacienta od fyziologických funkcí až k psychickému stavu. Může k vyhodnocení používat nejrůznější měřící techniky a testy. Jejím úkolem je i edukace. Zejména v oblasti nadváhy a obezity je edukace velice vhodná, obzvláště u starších osob.

PRAKTICKÁ ČÁST

8 KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S NADVÁHOU A OBEZITOU V PRIMÁRNÍ PÉČI

Pro praktickou část své bakalářské práce Komplexní ošetřovatelská péče o pacienta s nadváhou a obezitou v primární péči, zpracování ošetřovatelského procesu a následné vytvoření kazuistiky jsem si vybrala paní Annu D., kterou jsem si vybrala v rámci povinné praxe. Paní docházela k praktickému lékaři a po dobu jejích návštěv jsem sledovala její zdravotní i psychický stav a zaznamenávala změny. Paní jsem sledovala po dobu tří měsíců. První návštěva proběhla dne 3. 8. 2017, druhá měsíc poté a místo třetí osobní návštěvy jsem se na ní telefonicky obrátila za tři měsíce, abych věděla, zda se její výsledky lepší a jak se cítí po delší době. Paní Anna D. byla velice komunikativní a příjemná, proto jsem si vybrala právě ji. Troufám si říci, že jsme si s paní vytvořily přátelský vztah. Cílem mojí bakalářské práce bylo detailně zpracovat kazuistiku s využitím modelu Marjory Gordonové u pacientky s obezitou v primární péči. Dále jsem chtěla zpracovat ucelený přehled týkající se nadváhy a obezity, zmapovat specifika ošetřovatelské péče u pacientů s nadváhou a obezitou v primární péči a jako vycházející materiál vypracovat edukační leták pro pacienty s nadváhou a obezitou. Pro zpracování praktické části jsem si zjistila informace od pacientky, sepsala ošetřovatelskou anamnézu a získané údaje jsem zpracovala dle ošetřovatelského modelu Marjory Gordonové. Veškeré informace jsem získala z lékařské a sesterské dokumentace, pozorováním, rozhovorem a komunikací s pacientkou.

Ošetřovatelský model Marjory Gordonové, podle kterého jsem se ve své práci řídila, je také nazýván jako funkční model zdraví. Funkční typ zdraví jedinců, nebo rodiny jsou obecně odvozeny z interakce mezi člověkem a prostředím. Stav zdraví je v modelu vyjádřen jako bio-psycho-sociální interakce. Z čehož vyplývá, že pokud se objeví porucha v jedné oblasti, je tím narušeno zdraví v celém organismu.

Model je rozdělen do 13 oblastí. Každá oblast obsahuje funkční a dysfunkční součást zdraví. Jedná se o oblasti podpora zdraví, výživa, vylučování, aktivita a odpočinek, percepce a kognice, sebepercepce, vztahy mezi rolemi, sexualita, zvládání

a tolerance zátěže, životní principy, bezpečnost, komfort a růst a vývoj (NANDA INTERNATIONAL, 2009).

V praktické části své práce jsem k sestavení ošetrovatelského procesu použila ošetrovatelské diagnózy v NANDA II doménách. Tato taxonomie je rozdělena do jednotlivých domén a tříd, které jsou označeny příslušným číselnými kódy jednotlivých diagnóz. Tento systém vytváření diagnóz je přehledný a ucelený (NANDA INTERNATIONAL, 2016).

9 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: Anna D.

Pohlaví: žena

Věk: 65

Adresa trvalého bydliště: Praha 4

Státní příslušnost: ČR

Pojišťovna: Všeobecná zdravotní pojišťovna (111)

Vzdělání: Střední odborné učiliště, obor kuchařka

Zaměstnání: nyní v důchodu, dříve jako kuchařka v mateřské školce

Stav: vdova (3 roky), dvě děti (dcery)

Kontaktní osoby k podávání informací: dcera Jana Zoulová, dcera Marie Novotná

Důvod návštěvy praktického lékaře: slovy pacientky „Celkově se necítím moc dobře. Bolí mě klouby a záda, hlavně při pohybu. Nejspíše to bude tou mojí tloušťkou, ráda bych shodila nějaké kilo a cítila se lépe. Jsem odhodlaná s tím začít něco dělat.“

Datum návštěvy pacientky u praktického lékaře: 3. 8. 2017 v 8.30 hodin

Medicínská diagnóza hlavní

Váha: 105 kg

Výška: 163 cm

Výpočet BMI: vyšší než 30, hodnota pacientky 39 (výrazná otylost, obezita II. stupně)

Výpočet WHR: hodnota pacientky vyšší než 0,86 (Gynoidní typ obezity s vysokým rizikem zdravotních komplikací)

Medicínská diagnóza vedlejší

Výrazná bolestivost kloubů při zvýšené fyzické námaze v souvislosti s obezitou, projevující se sníženou pohyblivostí.

Strach v souvislosti se ztrátou blízké osoby.

Nynější onemocnění

Naposledy pacientka navštívila svého praktického lékaře v lednu 2017, protože se celkově necítila dobře. Stěžovala si na točení hlavy při vstávání. U praktického lékaře

jí byl změřen krevní tlak s hodnotami 135/70, což je její běžná norma. Užívá antihypertenziva. Byla jí upravena dávka antihypertenziv a doporučen klidový režim. S arteriální hypertenzí se léčí již devátým rokem. Nyní pacientka přichází se stejným problémem, necítí se dobře. Krevní tlak má v normě. Chce zredukovat svoji tělesnou hmotnost. Pacientka je obézní. Od mládí trpí nadváhou, která v průběhu let přerostla do obezity. Pacientka si je své obezity vědoma a ráda by svoji hmotnost snížila. Pacientka přikládá vinu i dlouholetému povolání. Jako kuchařka ráda vařila a pochopitelně i jedla. Pacientka se nyní nepravidelně stravuje, pohyb má minimální. Občas krátká procházka, ale pouze zřídka kdy, maximálně třikrát v týdnu. Stravu má nepravidelnou a jsou dny, kdy nemá ani teplé jídlo. Sama říká, že ji nebaví vařit si pouze pro sebe a tak to řeší nejčastěji pečivem a nějakou pomazánkou či uzeninou. Příznává, že začala více nabírat v období ztráty manžela a tento stav přetrvává, je to tři roky. Se ztrátou manžela ztratila i chuť do vaření a má pocit, že pro sebe si vařit nemusí. Od té doby přibrala více jak 15 kg. Ve svém dospělém věku nikdy nezkoušela držet redukční dietu, i když jí to bylo praktickým lékařem již několikrát doporučeno. Nicméně nyní se necítí celkově dobře, pociťuje při vyšší fyzické aktivitě bolesti a zjevně si uvědomuje, že za některé zdravotní problémy může právě její obezita.

Informační zdroje: rozhovor s pacientkou, dokumentace pacientky, pozorování, fyzikální vyšetření, lékař

10 ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza

Matka: nežije, zemřela na infarkt v 62 letech, léčila se s hypertenzí, byla obézní, nekuřačka

Otec: nežije, zemřel v 74 letech na Ca tlustého střeva, s ničím se nikdy neléčil (pacientka si nevzpomíná), tělesná hmotnost v normě, kuřák

Sourozenci: 2 sestry, 2 bratři (žije pouze starší sestra, nejsou již několik let v kontaktu)

Děti: 2 dcery, obě dospělé, mají vlastní rodiny, jsou v kontaktu, 4 vnoučata, 2 pravnoučata

Osobní anamnéza

Výška: 163 cm

Váha: 105 kg

Obvod pasu: 100 cm

Obvod boků: 115 cm

Antropometrické údaje:

Body mass index (BMI): hmotnost (kg)/výška (m²): výsledek 39, *obezita II. stupně*

Waist Hip Ratio (WHR): obvod pasu (cm)/obvod boků (cm): výsledek 0,86, *Gynoidní typ obezity*. Pacientka má tuk uložený zejména v oblasti hýždí a stehen.

Hodnocení rizika kardiovaskulárních a metabolických komplikací podle obvodu pasu: obvod pasu >80 zvýšené riziko kardiovaskulárních a metabolických komplikací, obvod pasu >88 vysoké riziko kardiovaskulárních a metabolických komplikací.

Pacientka má obvod pasu 100, což znamená vysoké riziko kardiovaskulárních a metabolických komplikací.

Obvod pasu měřený krejčovským metrem 100 cm.

Obvod boků měřený krejčovským metrem 115 cm.

Vitální funkce:

P: 75/min, pravidelný

D: 26/min, dýchání čisté, sklípkové, bez patologických fenoménů

TT: 36,6° C, norma

TK: 135/70 mmHg, normotenze

Pohyblivost: omezená (v souvislosti s bolestivostí kloubů a zad)

Stav vědomí: při vědomí, orientovaná časem i prostorem

Vyšetření prsů: prsy jsou symetrické, kůže je čistá, bez defektů, bradavky bez výtoků, palpačně nehmatná žádná rezistence, axilární uzliny nezvětšené. Pod oběma prsy je lehce začervenalá pokožka, která vznikla jako opruzenina při vyšší fyzické zátěži a pacientka si ji pravidelně promazává mastí Bepanthen.

Řeč, jazyk: souvislý, plynulý, srozumitelný

Alergie na léky, potraviny, chemické látky, jiné: neguje

Abusus alkoholu, kouření, kávy, léky: nekouří, alkohol nepije, denně pije šálek kávy bez kofeinu s mlékem

Nynější onemocnění: arteriální hypertenze, obezita II. stupně, stěžuje si na bolesti kloubů a zad při chůzi při větší fyzické aktivitě, jako je chůze do schodů

Ostatní onemocnění: v dětství prodělala běžné dětské choroby, s ničím se neléčila, úrazy žádné, operace žádné nepodstoupila, hospitalizována nikdy nebyla

Chronická medicína: Lozap 50 mg (tbl) 1-0-0 (antihypertenzivum), po smrti manžela Derin 25 mg (tbl) 0-0-1 (antipsychotikum, neuroleptikum) nyní pravidelně neužívá, ještě užívá Proenzi 3 plus (tbl) 1-1-1 (chondroitin sulfát a glukosamin) jako doplněk stravy.

Specializovaná vyšetření: Pacientka dochází k praktickému lékaři pravidelně na preventivní prohlídky a poté podle potřeby, když se necítí dobře. V rámci preventivní prohlídky byla pacientce již několikrát doporučena redukční dieta, ale pacientka doposud odmítala. Teď jí přivádí k lékaři to, že se necítí dobře a hlavní vinu dává své tělesné hmotnosti. Je odhodlaná zredukovat svoji váhu aby se cítila celkově lépe, jak fyzicky tak psychicky.

RTG obou kyčelních kloubů bez patologického nálezu. Bez známek degenerativního poškození.

Vyšetření hladiny glykémie a celkového cholesterolu.

Hladina glykémie na lačno 4,5 mm/l (v normě), hladina celkového cholesterolu 4,9 mm/l (v normě)

Gynekologická anamnéza

Porody: 2 spontánní porody, bez komplikací

Menstruace a klimakterium: menstruace pravidelná, občas bolestivá, klimakterium v 52 letech, bez obtíží, občasné návaly horka

Poslední gynekologická prohlídka: naposledy před pěti lety, pacientka nechodí na pravidelné prohlídky, je bez obtíží

Samovyšetření prsou: neprovádí

Pracovní anamnéza

Vzdělání: střední obdobné učiliště, obor kuchařka

Zaměstnání: kuchařka v mateřské školce, vztahy v zaměstnání dobré, paní je kamarádské povahy, nekonfliktní

Ekonomická situace: přiměřená, důchodkyně, odchod do starobního důchodu v 60 letech

Spirituální anamnéza

Pacientka je křesťanka, věřící. Navštěvuje kostel každý týden. Po celý její dosavadní život tomu bylo tak. Vždy ji doprovázel manžel, nyní chodí s kamarádkami z okolí bydliště.

Sociální anamnéza

Stav: vdova (3 roky)

Bytové podmínky: byt 3+1 v panelovém domě s výtahem, je spokojená, bydlela v něm s manželem a s dcerami celý život

Vztahy, role a interakce: V rodině pacientka nemá žádný vztahový problém. Dcery bydlí daleko, ale snaží se ji alespoň dvakrát, třikrát do měsíce navštěvovat. Obvykle přijede celá rodina včetně vnoučat a pravnoučat, takže je pacientka veselá a přijde na jiné myšlenky. Před třemi roky ovdověla, stýská se jí po manželovi. Za tu dobu si na jeho nepřítomnost nezvykla. Byli spolu od sedmnácti let. Má jednu sestru, ale s tou se nestýkají již několik let. S tím už se pacientka smířila. Jinak má ještě několik kamarádek z okolí, se dvěma se pravidelně stýká, obvykle při cestě do kostela, kdy poté chodí společně na čaj a zákusek. Mezi volnočasové aktivity řadí procházky, maximálně

však třikrát v týdnu. Jinak si doma čte nebo sleduje televizi. Větší nákupy ji většinou obstará rodina nebo něco menšího sousedka.

Záliby: Pacientka ráda čte, převážně romány, nebo sleduje televizi. Má ráda české filmy a baví ji i novodobé seriály. Celý její život bylo koníčkem i vaření, to se ale se ztrátou manžela téměř vytratilo.

Psychologická anamnéza

Vývojové období: Rané stáří. Paní je sangvinik, optimistka. Je veselá, komunikativní a přátelská.

11 ŘEŠENÍ PROBLEMATIKY S DIAGNÓZOU OBEZITA

II. STUPNĚ

Situační anamnéza

Odběrem anamnézy bylo zjištěno, že pacientka trpí několik let obezitou, která negativně ovlivňuje její osobní život. Zejména v oblasti sebepéče a pohybové aktivity. Navíc je obezita v posledních letech markantnější. Pacientka se nepravidelně stravuje, má nedostatek pohybu a ani po psychické stránce se necítí dobře.

Rodinná anamnéza ve vztahu k obezitě

Matka pacientky byla obézní. Problém s nadváhou mají i obě její dcery již od dětského věku.

Osobní anamnéza ve vztahu k obezitě

Pacientka měla sklony k nadváze a obezitě už jako dítě. Celé dětství byla zvyklá jíst několikrát denně, matka se snažila vařit denně teplé jídlo a každý týden péct něco sladkého. Když byla starší, pomáhala matce v kuchyni a zároveň ochutnávala. Tak pomalu vznikala její láska k vaření a jídlu samotnému. Později se vyučila kuchařkou a roky pracovala jako kuchařka v mateřské školce. Ráda vařila, jak v práci, tak doma. Stejně jako její matka převzala zvyk vařit denně teplá jídla a jednou i dvakrát v týdnu upéct něco sladkého. Vařila nejčastěji klasická česká jídla. Ovoce a zelenina v té době moc nebyly, takže se jedla zřídka kdy. Pacientka nikdy svoji váhu neřešila. Připadala si normální, manželovi se líbila. Věděla, že má nějaké kilo navíc, ale nepřikládala tomu zvláštní význam. Diety nikdy nedržela. S věkem se ale začaly objevovat zdravotní problémy. Ať už hypertenze, bolesti kloubů a s tím spojená snížená soběstačnost a omezený pohyb. Od smrti manžela, což je tři roky má pocit, že začala nabírat více. I její rodina si toho všimla. Nikdy váhu neřešila, ale teď se ve svém těle necítí dobře. Zejména ji zužuje pocit, že pořád více potřebuje pomoc při sebepéči od někoho jiného.

Současné stravovací návyky a pohybová aktivita

Pacientka byla zvyklá celý život vařit. Sama ale říká, že vždy vařila ráda pro rodinu a pro okolí. Od smrti manžela ztratila do vaření chuť. Přijde ji zbytečné vařit si pouze sama pro sebe. Jídlo většinou odbývá. Teplé jídlo si uvaří pouze dvakrát do týdne, jinak se stravuje studenou stravou. Nejčastěji jde o bílé pečivo nebo chléb a uzeninu. Ovoce a zeleninu si občas koupí, ale pravidelně nejí. Pitný režim se snaží dodržovat tak, aby vypila denně alespoň litr a půl. Nejčastěji pije neslazený čaj nebo čistou vodu. Denně si ráno dává kávu s mlékem, kterou si osladí lžičkou cukru. Pohybová aktivita je minimální. Snaží se podnikat krátké procházky v okolí bydliště, ale většinou vyrazí ven maximálně třikrát v týdnu. V domě kde bydlí, mají výtah, takže se schodům vyhýbá, i přes to, že bydlí ve třetím patře. Stěžuje si při intenzivnějším pohybu na bolesti kloubů a zad.

Posouzení redukce hmotnosti

Pacientka je ochotna pozměnit jídelníček, denně, nebo alespoň ob den si zase začít vařit a zařadit nenáročnou pohybovou aktivitu. S ohledem na zdravotní problémy a zřejmě i na psychický stav, se pacientka naklání k možnosti zredukovat tělesnou hmotnost. Má plnou podporu rodiny, která si přeje, aby se maminka byla schopná o sebe lépe postarat. Pacientce byla nabídnuta péče obezitologa, ale pacientka odmítá. Zůstane v péči svého praktického lékaře a dá na rodinu, která se jí v tomto rozhodnutí bude snažit v rámci možností podpořit.

12 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU

Fyzikální vyšetření sestrou provedené dne 3. 8. 2017

Tabulka 1 Fyzikální vyšetření sestrou

Hlava a krk	Subjektivní údaje: <i>Občas mne pobolívá hlava, ale většinou to zaspím. Nosím brýle na čtení. Mám horní i dolní zubní náhradu.</i> Objektivní údaje: hlava normocefalická, poklepově nebolestivá, bez defektů
Oči	Reagují, zornice izokorické, skléry bez ikteru, používá brýle na čtení
Uši, nos	Uši bez sekrece, nos ve fyziologickém postavení
Rty	Prokrvené, fyziologická barva, sušší
Dásně, sliznice dutiny ústní	Dásně prokrvené, fyziologické, sliznice dutiny ústní bez defektů, prokrvená
Jazyk	Plazí se středem, fyziologický, bez defektů
Tonzily	Nezvětšené, prokrvené, bez obtíží
Chrup	Horní i dolní zubní náhrada, čisté
Krk	Pohyblivý, nebolestivý. Štítná žláza nezvětšená. Pulzace karotid dobře hmatná.
Hrudník a dýchací systém	Subjektivní údaje: <i>Při větším pohybu se zadýchávám.</i> Objektivní údaje: hrudník je souměrný, bez defektů a deformit, prsy jsou symetrické, kůže je čistá, bez defektů, bradavky bez výtoků, palpačně nehmatná žádná rezistence, axilární uzliny nezvětšené
Plíce	17 dechů/min, pravidelné, čisté, sklípkovité, bez slyšitelného fenoménu
Srdce	Subjektivní údaje: <i>Se srdcem jsem se nikdy neléčila, ani jsem s ním nikdy neměla žádné problémy. Léčím se ale už devátým rokem s vysokým tlakem.</i> Objektivní údaje: srdeční akce je pravidelná, krevní tlak 130/80 torrů, pulz 80/min, dobře hmatatelný
Břicho	Subjektivní údaje: <i>Na bolesti břicha ani na zažívací problémy netrpím, stolici mám docela pravidelnou, občas mívám zácpu.</i> Objektivní údaje: měkké, dobře prohmatné, souměrné, palpačně bolestivost žádná, peristaltika přítomna, slyšitelná, poslední stolice: 3.8.2017
Játra	Objektivní údaje: pohmatem nezvětšena, nejsou citlivá na dotek
Slezina	Objektivní údaje: nezvětšená, nebolestivá, bez obtíží
Močový systém a genitál	Subjektivní údaje: <i>S močením žádný problém nemám, chodím pravidelně, piju dost tekutin.</i> Objektivní údaje: vylučování moči bez obtíží, moč čirá, bez známek infekce, genitál bez defektů
Imunitní systém a uzliny	Subjektivní údaje: <i>Bez problémů. Pouze v dětství jsem prodělala běžná dětská onemocnění.</i> Objektivní údaje: Hmatné, nezvětšené, na dotek nebolestivé, bez zánětu. TT 36,6 °C

Pohybový a kosterní systém	Subjektivní údaje: <i>Při větší námaze mne bolí záda.</i> Objektivní údaje: bez deformit, fyziologické postavení
Klouby	Subjektivní údaje: <i>Stejně jako záda mne bolí i klouby, při větším pohybu. Žádné pomůcky k chůzi nepoužívám.</i> Objektivní údaje: bez deformit, bez známek degenerativních změn, pohyblivost bez většího omezení
Nervový a smyslový systém	Subjektivní údaje: <i>Vše v pořádku. Víím, kdo jsem, kde jsem a jaký je dnes den.</i> Objektivní údaje: v normě, orientovaná časem, prostorem, osobou
Reflexy, čítí	Subjektivní údaje: <i>Nosím brýle na čtení, slyším dobře.</i> Objektivní údaje: sluch v normě, zrak zhoršený, krátkozrakost
Periferní pulzace	Objektivní údaje: dobře hmatná, pravidelná
Varixy	Subjektivní údaje: <i>Křečové žíly jsem nikdy neměla.</i> Objektivní údaje: dolní končetiny bez otoků, varixy nepřítomny
Kůže	Subjektivní údaje: <i>Vlasy, nehty i kůži mám v pořádku. Myslím, že zdravé.</i> Objektivní údaje: čistá, prokrvená, bez defektu, narůžovělá, hydratovaná, rty sušší. Kožní turgor přiměřený. Vlasy pevné, krátké, upravené a čisté. Nehty upravené, čisté, krátce střižené. Pod oběma prsy kůže lehce začervenala.
Otoky	Subjektivní údaje: <i>Nemám, ani na ně netrpím.</i> Objektivní údaje: bez známek otoků

13 UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I

TAXONOMIE II

Posouzení zdravotního stavu ze dne 3. 8. 2017

1) Podpora zdraví

- Uvědomování si zdraví
- Management zdraví

Subjektivně: *K lékaři chodím pravidelně, dodržuji jeho doporučení. Léky užívám pravidelně dle předpisu již několik let.*

Objektivně: Pacientka pravidelně navštěvuje praktického lékaře. Snaží se alespoň jednou, dvakrát do roka, pokud nemá obtíže. Pacientka vnímá úroveň svého zdraví jako dobrou, nikdy vážněji nestonala, prodělala všechna běžná dětská onemocnění. V poslední době závažněji neonemocněla, nachlazená nebyla. Nekouří, alkohol také neužívá. V posledních třech letech přibrala více jak 15 kg. Přesnou váhu před třemi lety, respektive před ztrátou manžela neví. Poslední dobou si stěžuje na bolesti kloubů a zad, zejména při větší zátěži. Nyní se chce pacientka aktivně podílet na zlepšení fyzického, ale i psychického zdraví. Aktivně spolupracuje a dodržuje režim. Léky užívá pravidelně.

Ošetrovatelský problém: 0

Použitá měřicí technika: 0

Priorita: 0

2) Výživa

- Příjem potravy
- Trávení
- Vstřebávání
- Metabolismus
- Hydratace

Subjektivně: *Je to se mnou těžké. Ráda bych něco shodila a vím, že mi to od Vás bylo již několikrát doporučeno. Ted' mne to ale začíná obtěžovat, takže bych se do toho ráda dala. Moc si nevařím, nebaví mě vařit si pro sebe, ale jsem si vědoma, že pokud chci zhubnout, budu muset zase začít vařit. Jsem odhodlaná a myslím, že by to mohlo jít. Chci to já a cítím, že i moje okolí. Vidím jak mě to ničí a nerada bych byla zavřená doma jen proto, že jsem tlustá. Tekutin se snažím pít dost, obvykle alespoň litr a půl až dva. Nejčastěji čistou vodu. Ale to jídlo je slabší. Byla bych ráda, když byste mi doporučili nějaký jídelníček a nějaké typy pro hubnutí. Myslím to vážně už kvůli své rodině. Chci tu pro ně ještě nějaký rok být.*

Objektivně:

Pacientka se stravuje nepravidelně. Ráno, když vstane, okolo sedmé hodiny ranní nesnídá, dá si pouze kávu. Další jídlo jí až v jedenáct hodin, většinou je to polévka, nebo teplé jídlo, které si uvaří. Za teplé jídlo ale považuje i párek a vaječné omelety. Občas si ale uvaří i omáčku, brambory s masem či těstoviny nebo rýži. Teplé jídlo si uvaří pouze dvakrát do týdne a to spíše něco rychlého. Jinak volí studenou stravu. Obvykle pečivo s pomazánkou, salámem, taveným sýrem. Občas si uvaří instantní polévku. Spolu se ztrátou manžela ale ztratila i chuť do vaření. Vařit si pouze pro sebe jí přijde zbytečné. Další jídlo si připraví až kolem páté hodiny, což považuje za večeři. Většinou je to jídlo, které jí zbylo od oběda, nebo si namaže nějaké pečivo pomazánkou. Občas pak jí i déle, protože jí zachvátí pocit hladu. Například v devět v deset večer. Pacientka dohromady jí třikrát za den a nesnídá. Kvalita potravy velice slabá na energii. Žádná oblíbená jídla nemá, říká, že sní všechno, není vybíravá. Její jídelníček obsahuje minimum ovoce a zeleniny a často jí i bílé pečivo. Sladké pochutiny nevyhledává, sladí si pouze kávu jednou lžičkou. Jednou za týden chodí s kamarádkami na kávu a dort. Doma se sladkému vyhýbá, nemusí ho, občas si dá rozinky nebo sušené ovoce. Snaží se vypít alespoň litr a půl tekutin denně, kávu nezapočítává. Nejčastěji pije neperlivou čistou vodu, neslazený čaj a každé ráno šálek kávy s mlékem a lžičkou cukru. Pacientce byla nabídnuta redukční dieta a pacientka souhlasí. Je informována o postupu. Byla jí nabídnuta péče obezitologa, ale tu zatím odmítá. Pokud by jí prý hubnutí nešlo, tak by v budoucnosti jeho péči využila. Zatím to zkusí sama a s péčí u praktického lékaře. Pacientka váží 105 kg při výšce 163 cm. Byla seznámena s postupem a snížením hmotnosti o 2 kg za měsíc. Kůži má hydratovanou, snaží se ale každý den promazávat hydratačním krémem. Rty má sušší, obvykle na to trpí v chladnějším počasí. Používá

balzám na rty. Kožní turgor přiměřený. Poranění nebo jiné defekty na kůži nemá. Nehty má v pořádku, čisté a krátce střižené. Vlasy má pevné, čisté a mají zdravý vzhled.

Ošetrovatelský problém: nadměrný příjem potravy, nepravidelné stravování, dodržování nového stravovacího režimu

Použitá měřicí technika: BMI (39 bodů, obezita II. stupně), WHR (0,86, gynoidní typ obezity), měření obvodu pasu krejčovským metrem (100 cm), hodnocení rizika kardiovaskulárních a metabolických komplikací podle obvodu pasu (>80, zvýšené riziko)

Priorita: Obezita II. stupně, gynoidní typ obezity

3) Vylučování a výměna

- Funkce močového systému
- Funkce gastrointestinálního systému
- Funkce kožního systému
- Funkce dýchacího systému

Subjektivně: *S vyprazdňováním moči jsem nikdy žádný problém neměla. Ani jsem nikdy netrpěla na záněty močových cest. Močím pravidelně, bez obtíží. Stolicí mám pravidelnou, chodím obvykle ob den, občas mám zácpu, mám to tak celý život, hlavně když změním prostředí. Zácpa u mě znamená, že nejdu třeba čtyři dni. Ale to není pravidlem. Chodím třeba čtrnáct dní ob den a pak najednou tři, čtyři dni nejdu vůbec. Neřeším to, nic pro to nedělám. Nejspíš to bude tím, že něco neprojímavého sním a pak nejdu. Žádná projímadla jsem nikdy nezkoušela. Jsem na to za ty roky zvyklá. Naposledy jsem byla na stolici dnes ráno. S dýcháním mám obtíže při větší fyzické zátěži. Do schodů se občas zadýchám. Jinak žádné obtíže nemám. Kůži mám zdravou, žádné obtíže. Nikdy jsem žádné ekzémy a vyrážky neměla. Teď se mi to pod oběma prsy začervenalo, asi jsem se více zpotila a také si tam moc nevidím, když se koupu. Mažu to každý den mastí z lékárny a je znát, že je to lepší.*

Objektivně:

Zaznamenávám problém s vyprazdňováním stolice. Pacientka občas, ale nepravidelně trpí zácpou. Frekvence vyprazdňování je obvykle 3x-4x v týdnu. Pacientka udává, že taková frekvence stolice je u ní běžná. Občas nejde na stolicí 4 dny. Nic pro to nedělá a neřeší to. Přijde jí to v jejím případě normální. Močení je bez obtíží, chodí pravidelně několikrát za den, dle příjmu tekutin. Řezání, pálení a jiné obtíže při močení pacientka neudává. Pacientka udává pocení, zejména při fyzické zátěži. Poslední stolice dnes ráno po kávě.

Ošetrovatelský problém: snížená frekvence vyprazdňování stolice

Použitá měřicí technika: 0

Priorita: nepravidelné vyprazdňování

4) Aktivita a odpočinek

- Spánek a odpočinek
- Aktivita, cvičení
- Rovnováha energie
- Kardiovaskulární a pulmonální reakce
- Sebepéče

Subjektivně: *Chodím třikrát v týdnu na procházku, ale nepřeháním to. Jinak nic. Schodům se vyhýbám. Nikdy jsem nechodila na žádná cvičení, i když vím, že bych to asi potřebovala. Spím většinou dobře. Někdy nemůžu usnout, přemýšlím. Léky na spaní jsem nikdy neužívala. Akorát po smrti manžela Derin a po tom jsem i lépe spala. Před spaním si ráda čtu nebo koukám na televizi. Spím tak 7 hodin. Někdy 6 někdy 8.*

Objektivně: Pohybová aktivita je minimální. Snaží se podnikat krátké procházky. Většinou ale maximálně třikrát v týdnu. Schodům se záměrně vyhýbá, v domě využívá výtah. Říká, že při chůzi do schodů se zadýchává, bolí ji klouby a záda. S vyšším pohybem se stupňuje intenzita bolesti a tak se pacientka takzvaně šetří. Jiný pohyb nemá. Na žádná cvičení nechodí. Pacientka kvůli své váze není plnohodnotně soběstačná. Potřebuje lehkou pomoc při hygieně. Zvládá ji sama, ale nedostatečně. Obvykle jí s hygienou pomáhá dcera, s tou se ale nevidí často. Když přijede, požádá jí, aby jí udělala pedikúru a umyla jí záda masážní žínkou. Jinak hygienu zvládá sama, ale jen kam si dosáhne. Běžné aktivity jako obouvání bot, ohýbání se pro něco jí její tělesná

váha omezuje, snadno se zadýchá, přesto to zvládá, ale stěží. Je si toho vědoma a je to jeden z hlavních důvodů jejího rozhodnutí zredukovat svoji tělesnou hmotnost. Co se týče aktivity, vyhledali jsme společně různá sdružení pro seniory, kde by mohla pacientka cvičit, konverzovat v jazyce, tvořit ruční práce, jezdit na výlety, učit se na počítači, nebo se jen scházet. Docházela by do kolektivu věkem podobných lidí. Pacientka zatím jeví zájem spíše o aktivitu pohybovou a ráda by si takovou aktivitu zařídila. Zaujala jí jóga pro seniory a je do toho plně motivovaná. Jóga by jí pomohla zmírnit i bolesti zad a kloubů. Takže to pacientku láká o to více. Sama říká, že ztratila chuť do života spolu se ztrátou manžela a ráda by se zase začala v rámci možností bavit. Ví, že by jí to pomohlo nejen po psychické stránce. Co se týká spánku, někdy se po probuzení cítí odpočatá, někdy ne. Většinou ale ano. Usíná okolo jedenácté hodiny. Její rituál před spaním je čtení knih a sledování televize. Občas si uvaří meduňkový čaj. Obvykle spí 7 až 8 hodin. Léky na spaní neužívá, nikdy neužívala.

Ošetrovatelský problém: nedostatečná sebek péče, minimální fyzická aktivita

Použitá měřicí technika: Barthelův test (90 bodů, lehká závislost)

Priorita: Nedostatečná sebek péče

5) Percepce a kognice

- Pozornost
- Orientace
- Kognice
- Komunikace

Subjektivně: *Slyším dobře. Se sluchem nemám žádný problém. Nosím brýle pouze na čtení, jinak je zatím nepotřebuji. Zajímá mne co se děje ve světě, ale spíše co slyším z televize. Noviny a časopisy si nekupuji, čtu pouze knihy. S počítačem neumím. Orientovaná jsem, kdo jsem, kde jsem a jaký je dnes den vím. Myslím si, že jsem komunikativní a přátelská, nemám problém komunikovat s lidmi. Občas se ale společnosti vyhýbám, připadám si v ní neklidně a nesoustředěně. Musím mít takzvaně náladu.*

Objektivně:

Sluch má pacientka v pořádku. Brýle používá pouze na čtení. Jiné kompenzační pomůcky pacientka nepoužívá. Ordinaci očního lékaře se snaží navštěvovat pravidelně.

Během posledního životního období nepociťuje žádné negativní změny ve smyslu poruch paměti, výpadky paměti, zapamatování si a podobně. Pacientka uvádí, že se občas ve společnosti cítí nesoustředěná a neklidná. Občas ji to ovlivňuje v negativním slova smyslu, vyhýbá se záměrně společnosti, zavře se doma a nikam nejde. Říká, že ji to mnohdy i rozpláče. Vinu přikládá tomu, že se stále nevyrovnala se smrtí manžela. Celý život byla zvyklá být po jeho boku a teď když má jít někam sama, tak se na to necítí. Uvádí, jak kdy. Je veselá, komunikativní a pozitivní. Řeč je srozumitelná a plynulá. Je optimistka a sangvinik. Slabým chvilčkám se ale občas neubrání, což je ale přirozené. Byly ji nabídnuty aktivity pro seniory a pacientka se těší, že bude jednu z nich navštěvovat. Přejde do styku s lidmi, není povinné chodit pravidelně, takže se nemusí vystavovat kontaktu, pokud nebude chtít, ale zároveň tím přijde na jiné myšlenky a po psychické stránce ji to velice pomůže.

Ošetrovatelský problém: strach, nesoustředěnost, neklid

Použitá měřicí technika: 0

Priorita: strach

6) Sebepercepce

- Sebepojetí
- Sebeúcta
- Obraz těla

Subjektivně: *Myslím si, že jsem optimistka. Proto se těším a doufám, že mi to hubnutí půjde.*

Objektivně: Sama sebe hodnotí pacientka jako optimistku, i když v posledních letech jí optimismus spolu se smrtí manžela trošku opustil. Snaží se ale myslet pozitivně, protože ví, jak sama říká, že tu musí být kvůli dětem, vnoučatům a pravnoučatům. A také kvůli sobě. Těší se na nový režim, který ji teď s redukční dietou nastane, na pohybovou aktivitu, ze které má lehké obavy, zda to zvládne, ale je evidentní, že je odhodlaná. Je motivována do hubnutí a zdravého životního stylu.

Ošetrovatelský problém: 0

Použitá měřicí technika: 0

Priorita: 0

7) Vztahy mezi rolemi

- Role pečovatелů
- Rodinné vztahy
- Plnění rolí

Subjektivně: *Bydlím sama, celý život v jednom bytě. Bydlela jsem tam s manželem a dcerami. Teď tam jsem sama a je mi tam občas smutno. Dcery za mnou jezdí, většinou dvakrát, třikrát do měsíce. Mám jednu sestru, ale s tou se už několik let nevidáme. Vlastně ani sama nevím proč. Plnou podporu mám v dcerách, vnoučatech a velkou motivací jsou pro mne pravnoučátka. Chci tu pro ně ještě chvíli být a žít.*

Objektivně: Pacientka bydlí sama v panelovém domě, s výtahem v bytě tři plus jedna. Je v něm spokojená, bydlela v něm s manželem celý život. Rodiče pacientky jsou po smrti. Má jednu sestru, ale již několik let nejsou v kontaktu. Pacientka o tom proč se spolu nebaví, nechce mluvit. Je s tím smířená. Manžel ji zemřel před třemi lety. Má dvě dcery, čtyři vnoučata a dvě pravnoučata. Jsou v kontaktu, ale nevidí se denně, protože bydlí daleko. Navštěvují ji maximálně třikrát do měsíce. Roli matky, babičky a prababičky zvládá bez problémů. Mezilidské vztahy jsou v pořádku, pacientka není konfliktní typ, spíše přátelský a upřímný. Pacientka plně respektuje péči praktického lékaře a snaží se jednat vůči sobě i ostatním zodpovědně.

Ošetrovatelský problém: 0

Použitá měřicí technika: 0

Priorita: 0

8) Sexualita

- Funkce
- Reprodukce

Subjektivně: *Tak to už mám za sebou.*

Objektivně: Sexuálním životem pacientka nežije. Klimakterium v 52 letech, bez komplikací, občas trpěla na návaly. Porody spontánní dva. Bez komplikací. Žádné gynekologické operace a potraty neprodělala.

Ošetrovatelský problém: 0

Použité měřicí techniky: 0

Priorita: 0

9) Zvládání /tolerance zátěže

- Posttraumatická reakce
- Reakce na zvládání zátěže
- Stres

Subjektivně: *Myslím si, že jsem v celku vyrovnaná. Občas, jak už jsem říkala, mám pocity neklidu a nesoustředěnosti. To začalo po smrti manžela. Do té doby jsem byla věčně veselá a plná energie. Když mám nějaký problém, svěřím se dcerám, ale nechci je s tím obtěžovat. Beru život tak, jak je a co mi nabízí, to nějak zpracuji. Myslím si, že by to tak mělo být. Proto chci se sebou konečně něco dělat, abych se svým zdravím, které máme jen jedno, neohrozila.*

Objektivně:

Pacientka stres jako takový neudává. Říká o sobě, že bere život takový, jaký je. Nervozitu, neklid a napětí občas pociťuje. Obvykle ve společnosti nebo doma, když má takzvaný splín. Většinou je to ve chvíli, kdy vzpomíná na manžela. Pokud má nějaký problém, obrací se na dcery, ale je zvyklá si všechno řešit a mnohdy vyřešit sama. Za důležitou změnu ve svém životě dnes považuje ztrátu manžela. Pro ni v životě největší a nejbolestivější ztráta, se kterou se zatím nevyrovnala a asi ani vyrovnat nedokáže. Po smrti manžela brala asi půl roku antidepressiva, dnes už je neužívá. I když má občas pocit, že by je zase potřebovala, snaží se jim vyhýbat a myslet pozitivně.

Ošetrovatelský problém: 0

Použitá měřicí technika: 0

Priorita: 0

10) Životní principy

- Hodnoty
- Přesvědčení
- Soulad hodnot

Subjektivně: *Jsem věřící, celý život chodím do kostela a modlím se. Moje víra mi pomáhá v překonávání různých překážek, které mi život občas stavěl do cesty. Vyrostla jsem ve víře a předala jsem to i svým dětem. Na prvním místě je pro mne zdraví a rodina.*

Objektivně: Životním cílem je pro ni užít si spokojený život, dokud ji to zdravotní stav dovolí. Pacientka je věřící, věří v Boha. Navštěvuje kostel, modlí se pravidelně celý život. Víra ji pomáhá v jejím životním stylu řešit problémy, povznést se nad nimi. Pomocí víry se smiřuje s těžkostmi života. Její životní hodnoty jsou zdraví, rodina, láska a spokojenost. Zdá se, že si uvědomuje, že zdraví je pro ni opravdu důležité a podstatné pro její další existenci. Sama se s tím jak říká „chce poprat“, aby si ještě nějaký rok mohla užívat vnoučat a pravnoučat ve zdraví.

Ošetrovatelský problém: 0

Použitá měřicí technika: 0

Priorita: 0

11) Bezpečnost – ochrana

- Infekce
- Fyzické poškození
- Násilí

Subjektivně: *Cítím se bezpečně. O žádné infekci nevím. O násilí jako takovém slyším jen kolem sebe a mne a mého okolí se to naštěstí nikdy netýkalo. Termoregulaci mám dobrou. Je mi často teplo. Vždycky jsem to tak měla a nejpříjemněji je mi v místnosti, kde je maximálně 20 °C. Oblékání řeším dle počasí a situace.*

Objektivně: Pacientka je bez známek infekce. Tělesná teplota 36,6 °C. U pacientky není patrné riziko vzniku infekce.

Ošetrovatelský problém: 0

Použitá měřicí technika: 0

Priorita: 0

12) Komfort

- Tělesný komfort
- Komfort prostředí
- Sociální

Subjektivně: *Po těle se cítím teď dobře. Bolesti zad a kloubů přicházejí při větší fyzické zátěži. Nic neužívám, občas Ibalgin. Spíše si hodím nohy nahoru a odpočívám. Jinak mne nic nebolí, spíš mě obtěžuje, jak jsem nemotorná kvůli mojí váze. Cítím se zde dobře, je mi tu u vás příjemně. A doma také. Nic mi nechybí. Mám velký být, snažím se mít uklizeno a čisto.*

Objektivně: Pacientka pociťuje bolesti při zvýšené fyzické aktivitě. Neužívá žádná analgetika, občas si vezme Ibalgin, zřídka kdy. Snaží se analgetikům vyhýbat. Je informována o relaxačních technikách. Snaží se je využívat, a pokud ji bolest zachvátí, tak odpočívá. Doma se cítí v bezpečí a je to její nejoblíbenější místo.

Ošetrovatelský problém: 0

Použitá měřicí technika: 0

Priorita: 0

13) Růst a vývoj

- Růst
- Vývoj

Subjektivně: *S nadváhou a obezitou se potýkám celý život. Nikdy jsem pro to nic neudělala, protože jsem měla pocit, že je to zbytečné a věnovala jsem se spíše rodině než sobě. I přes apelování lékaře jsem nikdy nedržela žádnou dietu. Nicméně teď mám pocit, že musím. Jsem odhodlaná do toho jít.*

Objektivně: Pacientka má obezitu II. stupně. S nadváhou a obezitou bojuje celý život. Nikdy nedržela žádnou redukční dietu. Pohyb mám minimální. Nyní je plně odhodlaná do hubnutí. Prioritou je pro ni vlastní zdraví.

Ošetrovatelský problém: obezita II. stupně

Použitá měřicí technika: BMI, WHR, měření krejčovským metrem

Priorita: střední

Zdroj: rozhovor s pacientkou 3. 8. 2017, dokumentace Vysoká škola zdravotnická, 2017

Posouzení psychického stavu

Vědomí: lucidní, při vědomí

Orientace: pacientka je orientovaná v prostoru, čase, osobě i situaci

Nálada: velmi dobrá, pacientka je veselá a pozitivní

Paměť: bez poruch, výbavná

Temperament: optimista

Sebehodnocení: *Nemohu se na sebe ani dívat. Těším se, že pro sebe něco udělám a zhubnu.*

Vnímání vlastního zdraví: *Těším se na to a zároveň se trochu obávám, zda to zvládnu. Jestli mám dostatečnou vůli. Motivaci mám velkou, tak snad mi to půjde. Budu se snažit.*

Popis sociálního stavu: pacientka bydlí v panelovém domě, byt 3+1 v osobním vlastnictví

Komunikace: pacientka je velice komunikativní, řeč plynulá a srozumitelná, využívá verbální i neverbální komunikaci

Sociální role: žena, 65 let (primární) / vdova, matka, babička, prababička (sekundární)

Sociální intrakce: Velkou motivací je pro ni její rodina, když jim to čas dovolí, tráví s nimi celé dny. Vidí se ale pouze 3x do měsíce. Vnoučata a pravnoučata jí dobíjí energií. Občas má ve společnosti pocit nesoustředěnosti a neklidu.

Popis spirituálního stavu: pacientka je křesťanka, navštěvuje kostel každý týden

Zdroj: rozhovor s pacientkou 3. 8. 2017

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření ze dne 3. 8. 2017:

RTG obou kyčelních kloubů

Bez patologického nálezu a bez známek degenerativního poškození.

RTG srdce + plíce

Bez patologického nálezu.

EKG

Bez patologického nálezu, v normě, akce, pravidelný rytmus, bez ložiskového nálezu.

ECHO - Nález srdce přiměřený funkci a velikosti, bez známek plicní hypertenze, normokineze stěn LK v celém rozsahu.

Laboratorní vyšetření krve:

Biochemické vyšetření krve v normě.

Biochemické vyšetření moči v normě.

Hladina glykémie nalačno 4,5 mm/l

Hladina celkového cholesterolu 4,9 mm/l

Tabulka 2 Biochemické vyšetření moči

Biochemické vyšetření	Hodnota pacientky	Jednotka	Referenční hodnota
glukóza	4,5	mm/l	4,1-5,9
bilirubin	12	μmol/l	<17
sodík	140	mm/l	136-145
draslík	4,8	mm/l	3,5-5,1
chloridy	101	mm/l	98-107
osmolalita výpočet	283	mm/l	275-300
osmol.efekt	280	mm/l	272-290
urea	7,5	mm/l	2,0-17,0
kreatinin	56	μkat/l	49-90
ALT	0,35	μkat/l	<0,55
AST	0,25	μkat/l	<0,53
GGT	0,55	μkat/l	<0,70

Zdroj: dokumentace pacientky, 3. 8. 2017

Konzervativní léčba:

Dieta: Racionální, stravuje se nepravidelně a nyní k praktickému lékaři přichází pro změnu ve stravování. Lékař naordinoval redukční dietu. Pacientka byla informována o správném stravování.

Výživa: Redukční dieta. Doporučený jídelníček, pestré jídlo. Jíst pravidelně, menší porce. Zařadit ovoce a zeleninu, kterou pacientka úplně vynechává. Dbát na pitný režim.

Pohybový režim: Pacientka doposud pohyb minimální. Krátké procházky maximálně třikrát do týdne. Pohyb je nedostatečný. Pacientce byl doporučený častější pohyb, každý den krátké procházky na čerstvém vzduchu. Byla jí nabídnuta aktivita pro seniory, pacientka byla nadšená, sama si vybrala a přihlásí se do kurzu jógy pro seniory.

RHB: Zatím nebyla naordinována. Pohybová aktivita v rámci redukce hmotnosti ano.

Medikamentózní léčba:

chronická medikace: Lozap 50mg tbl. 1-0-0 (antihypertenzivum)

doplňk stravy: Proenzi 3 plus tbl. 1-1-1 (chondroitin sulfát a glukosamin)

dle potřeby: Ibalgin 400mg tbl. (analgetikum)

Voltaren emulgel gel (nesteroidní protizánětlivý léčivý přípravek)

14 SITUAČNÍ ANALÝZA

Analýza ke dni 3. 8. 2017

Pacientka Anna D., 65 let, přichází 3. 8. 2017 v 8.30 hodin ke svému praktickému lékaři. Necítí se dobře, stěžuje si na bolesti kloubů a zad při větší fyzické námaze a vinu přikládá své tělesné hmotnosti. Pacientka přichází s odhodláním zredukovat svoji tělesnou hmotnost a žádá o dietní režim. Pacientka udává váhový přírůstek více jak patnáct kilo za poslední tři roky. S pacientkou byla sepsána anamnéza a byly provedeny laboratorní a interní vyšetření. Laboratorní vyšetření byla v pořádku, bez abnormalit a výkyvů. Pacientku jsme zvážili a změřili, její váha je 105 kg při výšce 163 cm. Pacientce jsme provedli test Body mass index, v tabulce ji vychází hodnota 39, což značí obezitu II. stupně. Krejčovským metrem jsme ji změřili obvod pasu, který byl 100 cm a obvod boků 115cm. Pacientka prosí o rady jak na to. Poučili jsme ji, že by bylo vhodné, aby hubla postupně a pomalu. Nejlépe by měla zhubnout 2 kg za měsíc. Nejsou potřeba žádné radikální skoky v redukci hmotnosti, ty jsou naopak nežádoucí a často vedou k takzvanému jojo efektu. Není potřeba žádné hladovění, je vhodné, aby změna ve stravování a celkově v životním stylu byla dlouhodobá a trvalá. Je důležité jíst pravidelně a menší porce, alespoň 5x denně. Je vhodné zařadit do jídelníčku ovoce a zeleninu. Pacientka by měla jíst pestře. Její jídelníček je stereotypní, navíc si denně nevaří a tak je její strava neplnohodnotná. Pacientka je nyní rozhodnutá, že si bude pravidelně vařit teplá jídla a střídat recepty. Nesmírně důležitou součástí je pitný režim. Pacientka doposud pije obvykle litr a půl tekutin denně, nejčastěji neperlivou neochucenou vodu. V tom jsme jí doporučili pokračovat. Může pít i dva litry. Sladká jídla a pochutiny pacientka nejí a nechybí jí. To je pro ni pozitivní a na místo sladkostí může mlsat kousek ovoce. Pacientka udává minimální pohybovou aktivitu. Společně jsme vyhledali několik center, kde by mohla cvičit a pacientka se přiklání k józe pro seniory. Ta jí zaujala a bude tento kurz navštěvovat. Dále ji bylo doporučováno, aby chodila na krátké procházky a to každý den, může i dvakrát za den. Záleží, jak se bude cítit po fyzické stránce. Pacientce jsme v rámci pohybové aktivity nabídli, zda by si nechtěla pořídit domácího mazlíčka, který by pro ni byl motivací k pohybu na čerstvém vzduchu, a zároveň by neměla pocit samoty. To pacientka striktně odmítá. Velkou motivací je pro pacientku její rodina a především její zdraví. Pacientka si stěžovala na sníženou soběstačnost. Její tělesná váha ji omezuje

v běžných denních aktivitách, Nejvíce se to odráží v oblasti hygieny a oblékání. Při hygieně si omezeně dosáhne na špatně dostupná místa a při oblékání má problém s ohebností. Pacientka se také v anamnéze zmínila o občasném strachu, neklidu a nesoustředěnosti ve společnosti. Nabídli jsme jí i péči psychologa, tu pacientka striktně odmítá. Říká, že je to následkem ztráty manžela a nikdy se s tím nevyrovná. Někdy je lépe a někdy hůře. Pacientka se nad to umí povznést, takže zde není potřeba žádné farmakologické medikace. Nicméně je poučena, pokud by se jí tyto stavy zhoršovaly nebo jí omezovaly, aby opět navštívila ordinaci praktického lékaře. Pacientka doufá, že jí s tím teď pomůže motivace k novému cíli, který si stanovila a že přijde na jiné myšlenky. Pacientka byla řádně poučena o novém stravovacím režimu, byla jí nabídnuta péče obezitologa, ale tu zatím pacientka odmítá. Na kontrolu má přijít koncem měsíce, pokud by se však vyskytl nějaký problém, může přijít kdykoliv. Pacientce byl nabídnutý termín ke kontrole 31. 8. 2017 v 9.00 hodin.

15 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT

Stanovení ošetřovatelských diagnóz dne 3. 8. 2017

Ošetřovatelské problémy

Souhrn ošetřovatelských problémů, které vyplynuly z předchozí fáze ošetřovatelského procesu a situační analýzy:

- Obezita (nadměrný příjem potravy, nepravidelné stravování, nevhodný výběr potravin, nedostatek pohybu).
- Snaha zlepšit sebepéči (při oblékání, při hygieně).
- Strach, neklid a nesoustředěnost ve společnosti lidí v souvislosti se ztrátou blízké osoby.

Zpracování kazuistiky u pacientky s obezitou

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA taxonomie II, NANDA International, Definice a klasifikace 2015-2017.

Obezita (00232)

Doména 2: Výživa

Třída 1: Příjem potravy

Definice: Stav, při kterém se u člověka hromadí abnormální nebo nadměrný tuk vzhledem k jeho věku a pohlaví, který překračuje úroveň nadváhy.

Určující znaky: BMI > 30 kg/m²

Související faktory: fyzická aktivita je nižší, než je doporučena pro dané pohlaví a věk, nepravidelné stravování, sedavý způsob života

Priorita: střední

Cíl krátkodobý: Zahájit u pacientky redukci hmotnosti. Pacientku do režimu zapojit do 1 dne.

Cíl dlouhodobý: Pacientka zredukuje svoji váhu alespoň o 2 kg za měsíc (tělesná hmotnost 105 kg při výšce 163 cm, BMI nyní 39 - stupeň obezity II, hraniční hodnota

se stupněm obezity III, gynoidní typ obezity). Pacientka zredukuje svoji váhu maximálně o 6 kg po dobu třech měsíců.

Očekávané výsledky:

- Pacientka je dostatečně informována o svém zdravotním stavu ihned.
- Pacientka si je plně vědoma vážnosti její tělesné váhy do 1 hodiny.
- Pacientka zná svoji tělesnou hmotnost, svoji hodnotu BMI a zná cíl snížení tělesné hmotnosti do 1 měsíce.
- Pacientka zná a umí vyjmenovat potraviny, které jí pomohou s redukcí tělesné hmotnosti do 1 měsíce.

Ošetřovatelské intervence:

1. Zajisti, aby byla pacientka informována o vážnosti svého zdravotního stavu – praktický lékař, všeobecná sestra, ihned.
2. Informuj pacientku o zdravotních rizicích spojených s obezitou – praktický lékař, všeobecná sestra, ihned.
3. Motivuj pacientku pro snížení tělesné hmotnosti – všeobecná sestra, ihned.
4. Edukuj pacientku o zdravé výživě, doporuč a ukaž jí vhodné potraviny. Nabídní jí edukační leták – všeobecná sestra, ihned.
5. Zjistí, zda pacientka zná váhový cíl redukce hmotnosti, zda souhlasí – všeobecná sestra, do 1 hodiny.
6. Umožni pacientce k dispozici možnost nového jídelníčku, apeluj na vhodné potraviny a dostatečný pitný režim – všeobecná sestra, do 1 hodiny.
7. Motivuj pacientku do vaření v souvislosti s vhodnými jídly a následnou redukcí hmotnosti – všeobecná sestra, do 1 hodiny.
8. Urči možnou ideální tělesnou hmotnost podle BMI tabulky pro dospělé, konzultuj s praktickým lékařem pacientky – všeobecná sestra, do 1 hodiny.
9. Stanov reálné cíle snížení tělesné hmotnosti – všeobecná sestra, do 1 hodiny.
10. Edukuj pacientku o prováděných vyšetřeních a proved' je – všeobecná sestra, do 1 hodiny.
11. Zajisti spolupráci s praktickým lékařem, popřípadě obezitologem – všeobecná sestra, do 1 dne.
12. Snaž se, aby pacientka nebyla zbytečně stresována váhovým úbytkem a spíše se snažila udržovat zdravý životní styl – všeobecná sestra, do 1 dne.

13. Motivuj pacientku k přiměřené fyzické aktivitě a aktivitám pro seniory a vysvětlí souvislost mezi vyváženou stravou a pohybem – všeobecná sestra, do 1 týdne.

Realizace 3. 8. 2017:

8:30 hodin: Pacientka přichází k praktickému lékaři objednaná na daný čas.

8:45 hodin: Po sepsání anamnézy byla pacientka poučena o vyšetření, která jí budou následně provedena, včetně změření fyziologických funkcí. Výsledky laboratorních vyšetření v normě. (TK 130/80, P 80, D 17, TT 36,6 °C)

8:50 hodin: Pacientka byla poučena o redukční dietě, o reálném cíli váhového úbytku. Spolu s tím jí byla vysvětlena vážnost její obezity a s ní spojená zdravotní rizika. Pacientce je nabídnuta spolupráce s praktickým lékařem nebo obezitologem. Pacientka si je vědoma svého reálného cíle v redukcii hmotnosti a je plně motivována do léčby.

9:00 hodin: Byly jí doporučeny konkrétní potraviny, nabídnutý jídelníček a byla informována o změně ve stravování. Pacientka rozumí. Po celou dobu má pacientka prostor na vyjádření vlastního názoru a na dotazy.

9:15 hodin: Spolu s pacientkou vyhledány aktivity pro seniory. Doporučen pohybový režim, pravidelný a intenzivní. Pacientka jeví zájem.

9:20 hodin: V souvislosti se zdravou a zejména pravidelnou stravou bylo apelováno na domácí vaření. Pacientka souhlasí a bere na vědomí.

Hodnocení 3. 8. 2017:

Krátkodobý cíl (během 1 dne): **Byl splněn**

Pacientka byla informována o svém zdravotním stavu, rizicích a komplikacích. Přála si zredukovat svoji váhu. Motivací do hubnutí je její zdravotní stav, obtíže a v neposlední řadě její rodina. Pacientce byl doporučený jídelníček a pravidelné vaření. Pacientka bere snížení tělesné hmotnosti vážně, a snaží se držet pravidelného stravování a zdravých jídel. Pacientka zná a umí vyjmenovat potraviny, které jí ke snížení hmotnosti pomáhají.

Dlouhodobý cíl (po měsíci): **Byl splněn částečně**

Pacientka za měsíc zredukovala svoji tělesnou hmotnost o 2 kg, což byl doporučený úbytek. Takový byl stanovený reálný cíl. Pacientka má radost, že se jí to daří a je motivována do pokračování. Pacientka na sebe dbá i v oblasti fyzické aktivity. Byl jí doporučen pravidelný pohyb, procházky jednou až dvakrát denně. Pacientka si zvykla chodit denně jednou a občas i dvakrát. Začala chodit do kurzu jógy pro seniory, snaží se chodit doma do schodů. Baví jí to a je to evidentní na jejím

celkovém fyzickém i psychickém stavu. Pacientka ví, že při jakékoliv komplikaci může kontaktovat svého praktického lékaře a podle zájmu a potřeby jí zajistí péči obezitologa.

Hodnocení dlouhodobého cíle dne 31. 8. 2017: Pacientka přichází po necelém měsíci na kontrolu. Již ve dveřích je na výrazu v její tváři evidentní, že se cítí dobře a je spokojená. Pacientce jsme provedli opět antropologické vyšetření. Pacientka zredukovala svoji váhu o 2 kg. V body mass indexu je pacientka stále na stupnici obezity II. stupně, výsledek 38,8. Pacientka se cítí lépe, má radost, že se jí daří a vůbec ji nevádí, že to jde pomaleji. Naopak, je ráda. Začala si zase vařit, dcera jí nakoupila ovoce, zeleninu, zdravé potraviny. Začala jíst celozrnné pečivo a vynechala i svoji ranní lžičku cukru v kávě. Zajímá se o zdravější stravu a říká, že je do toho natolik zapojená, že už není lina dojít si nakoupit sama a vybírat si zdravější stravu. Necítí vůbec pocitu hladu, jí pravidelně. Naopak říká, že má pocit, že jí více než předtím. Vypije denně litr a půl až dva litry neochucené vody. Přihlásila se do kurzu jógy pro seniory a už byla na první lekci. Říká, že to pro ni bylo velice náročné, ale bavilo jí to. Navíc si tam našla několik kamarádek, se kterými našla mnoho společných témat. Cítí se tam spokojená. Navštívila také knihovnu, kde si půjčila pro inspiraci několik knih se zdravými recepty a bude si podle nich vařit. Začala také chodit do schodů pěšky. Je to prý jak se říká „běh na dlouhou trať“, ale baví ji to. Rodina jí plně podporuje, nakupuje jí, dcery jí volají a ptají se, jak se cítí a co vaří. Moc jí to pomáhá. Také si začala psát vše, co za den sní. Má tak větší přehled o tom, co za den snědla a co si zase uvaří. Je znát, že pacientka k svému rozhodnutí přistupuje se vší zodpovědností a nasazením. Tvrdí, že se jí zlepšil i psychický stav, protože přichází na jiné myšlenky, má jiné starosti a sama říká, že se nenudí a tak nemá čas přemýšlet nad samotou. I když ví, že bolest v srdci stejně nikdy nepřebolí. Cítí se ale lépe a vyznačuje to z ní. Paní byla velice příjemná a komunikativní, měla jsem možnost sledovat ji v rámci své praxe a byla jsem ráda za ní, že se jí její cíl dařil. Další kontrolu měla za měsíc, ale to už bohužel nebylo v termínu mé praxe. Proto jsem se po souhlasu praktického lékaře a především pacientky domluvily na telefonickém kontaktu, abych zjistila, jak se pacientce daří, jak se cítí a jak se má.

Hodnocení dlouhodobého cíle dne 30. 11. 2017: Po předchozí domluvě s praktickým lékařem a pacientkou jsem se s pacientkou telefonicky spojila. Pacientka je podle hlasu v telefonu v dobré náladě, je ráda, že mne slyší a já ji také. Ptám se jí, jak se daří a jak se cítí. Pacientka byla před dvěma dny u lékaře a váha ji ukazovala 98 kg. Pacientka od doby, kdy začala hubnout, shodila už 8 kg. Při její tělesné hmotnosti by stačilo, aby pozvolna zhubnula 6 kg. Tedy za dobu třech měsíců. Sděluje mi to s nadšením a říká, že je velice spokojená. Stále chodí jednou za týden na jógu, začala se každý den procházet, dokonce už denně chodí i do schodů. S kamarádkami z jógy se stýká i ve volném čase. Rodina ji plně podporuje, dcery ji nakupují a pacientka už se víceméně vyzná v potravinách, kterými se stravuje. Začala jíst hodně ovoce a zeleninu, celozrnné pečivo, pije dostatek tekutin, denně si vaří. Snaží se vařit si zdravá jídla, ale přiznává se, že občas „zhřeší“ a uvaří si nějaké klasicky české jídlo. Jen si dá místo pěti kynutých knedlíků dva. Cítí se lépe nejen po fyzické stránce, ale hlavně i po stránce psychické. V redukci hmotnosti chce ještě pokračovat, ale už teď pociťuje změny na oblečení i po těle. Rodina z ní má radost, protože je na ní znát, že se cítí mnohem lépe.

Přetrvávající intervence: 6, 10, 12, 13

Snaha zlepšit sebepěči (00182)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebepěče

Definice: Vzorec provádění aktivit, který pomáhá člověku dosáhnout cíle související se zdravím a který lze posílit.

Určující znaky: touha zlepšit sebepěči, touha zlepšit svou nezávislost při udržování osobního vývoje, touha zlepšit svou nezávislost při udržování zdraví, touha zlepšit zodpovědnost při udržování zdraví

Související faktory: bolest, slabost, diskomfort, vyčerpanost, bariéry prostředí

Priorita: střední

Cíl krátkodobý: Pacientka si uvědomuje příčinu, která ji v sebepěči omezuje během 1 hodiny.

Cíl dlouhodobý: Pacientka je schopna o sebe efektivně pečovat, zvládá základní hygienu a je schopna se sama bez obtíží obléct během 3 měsíců. Snaží se řešit příčinu, která ji v sebepěči omezuje do 1 měsíce.

Očekávané výsledky:

- Pacientka je poučena o možnostech pomůcek podporující soběstačnost do 1 dne.
- Pacientka je motivována ohledně péče o vlastní zdraví během 1 týdne.
- Pacientka je schopna o sebe efektivně pečovat v běžných denních aktivitách do 1 měsíce.
- Pacientka si je vědoma příčiny, která ji v sebepěči omezuje do 1 měsíce.

Ošetřovatelské intervence:

1. Zjistí, do jaké míry je potřeba dopomoc pacientce v běžných denních aktivitách – všeobecná sestra, do 1 hodiny.
2. Posuď, do jaké míry je pacientka nesoběstačná – všeobecná sestra, do 1 hodiny.
3. Ukaž pacientce potřebné pomůcky, které podporují soběstačnost a usnadňují sebepěči – všeobecná sestra, do 1 hodiny.
4. Motivuj a edukuj pacientku o zdravém životním stylu a vysvětli jí konkrétní příčiny, které jí v sebepěči omezují – všeobecná sestra, do 1 hodiny.
5. Zajisti dopomoc při běžných denních aktivitách – všeobecná sestra, do 1 měsíce.
6. Zajisti kompenzační pomůcky, které pacientce usnadní určité činnosti – všeobecná sestra, do 1 týdne.
7. Zjistí, zda je pacientka při běžných denních aktivitách v bezpečném prostředí a nehrozí tak riziko pádu a poranění – všeobecná sestra, do 1 týdne.

Realizace 3. 8. 2017:

9:20 hodin: U pacientky jsme zmapovali, do jaké míry zasahuje její nesoběstačnost. Byl jí proveden test běžných denních aktivit. V testu ji vyšlo 90 bodů, což značí lehkou závislost. Byla s ní sepsána anamnéza.

9:30 hodin: Pacientka si stěžuje v anamnéze na obtíže při oblékání a obouvání. Při hygieně si obtížně dosáhne na špatně dostupná místa. Podbřišek, genitálie, oblast pod prsy a dolní končetiny.

9:35 hodin: Pacientka si stěžuje na začervenání pod prsy. Byla edukována o promazávání postiženého místa. Místo je na místě promazáno Bepanthenem.

9:40 hodin: Zmapovali jsme, zda má pacientka doma bezpečné prostředí. Pacientce jsme ukázali a poučili ji o některých kompenzačních pomůckách. Domluvily jsme se, že se pacientka zeptá ve zdravotnických potřebách a nějakou pomůcku si pořídí.

9:45 hodin: Pacientku jsme opět informovali o jejím zdravotním stavu a apelovali na vážnost její obezity v souvislosti s omezenou soběstačností.

Hodnocení 3. 8. 2017:

Krátkodobý cíl (během 1 hodiny): **Byl splněn**

Pacientka si je plně vědoma příčiny, která ji v sebepéči omezuje a ví, do jaké míry její nesoběstačnost zasahuje.

Dlouhodobý cíl (během 1 měsíce): **Byl splněn částečně**

Pacientka se cítí lépe jak psychicky, tak fyzicky. Vzhledem k prostornému a bezbariérovému sprchovému koutu jsme jí doporučili, aby si do něj dala stoličku na sezení. Pacientka si tento způsob chválí a je jí to pohodlné. Začala chodit na pedikúru jednou za měsíc. Dále si do sprchy bere menší zrcadlo. Zjistila, že je to snazší a že si na špatně dostupné místo lépe vidí i dosáhne. Při oblékání měla problém s natahováním kalhot a ponožek. Začala se oblékat vsedě, to jí také ulehčilo. To samé při obouvání bot. Pacientka sebepéči zvládá lépe, ale není to pro ni až tak snadné, jak jsem předpokládala. Každopádně pozitivní vliv na to má především její psychika. Sama ale říká, že to chce ještě čas a půjde jí to mnohem snadněji. Snažila jsem se jí motivovat a chválit, pacientka byla velice šikovná. Podle mého názoru na sebe pacientka více dbá a více se snaží, protože dostala novou motivaci a cíl, která se jí zatím úspěšně daří.

Přetrvávající intervence: 0

Strach (00148)

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

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

Určující znaky: nebezpečí, obavy, snížená sebejistota, zvýšené napětí, tréma, panika, vyhyčivé chování, impulzivnost, únava, zvýšený krevní tlak, nauzea

Související faktory: náhlý hluk, ztráta fyzické podpory, bolest, zhoršené smyslové vnímání, neobeznámenost s prostředím

Priorita: střední

Cíl krátkodobý: Pacientka bude soustředěná a pozitivně naladěná na léčbu během 1 týdne. Pacientka zvládá správné postupy k účinnému zvládání strachu během 1 týdne.

Cíl dlouhodobý: Pacientka bude mít dostatek informací, bude klidnější, vyrovnanější, bude se více soustředit sama na sebe, na své zdraví a na léčbu během 1 měsíce.

Očekávané výsledky:

- Pacientka má dostatek prostoru pro vyjádření svých emocí během 1 hodiny.
- Mezi pacientkou a zdravotní sestrou je vytvořen důvěrný a přátelský vztah do 1 hodiny.
- Pacientka je pozitivně motivována do budoucí léčby do 1 hodiny.
- Pacientka zná příčinu a projevy svého strachu, nebojí se o tom hovořit do 1 týdne.

Ošetřovatelské intervence:

1. Naslouchej se zájmem, úctou, pochopením a respektem – všeobecná sestra, ihned.
2. Respektuj, pokud pacientka nebude chtít na toto téma komunikovat – všeobecná sestra, ihned.
3. Umožni pacientce komunikovat v klidném a bezpečném prostředí – všeobecná sestra, do 1 hodiny.
4. Dej pacientce prostor k vyjádření emocí (pláč, hněv, podrážděnost) – všeobecná sestra, do 1 hodiny.
5. Zaměř se na konkrétní projevy smutku (vzdychání, nepřítomný pohled, nezúčastněnost při rozhovoru) – všeobecná sestra, do 1 hodiny.
6. Nauč pacientku psychoterapeutické techniky vedoucí ke snížení a zvládnutí strachu – všeobecná sestra, do 1 hodiny.
7. Zjisti, zda má pacientka dostatek informací o léčbě a co je hlavním spouštěčem úzkosti – všeobecná sestra, do 1 hodiny.
8. Posuď stupeň strachu vnímaný pacientem – všeobecná sestra, do 1 hodiny.
9. Sleduj u pacientky projevy strachu (mimika, verbální vyjádření, změny nálad) – všeobecná sestra, do 1 hodiny.
10. Umožni pacientce dostatek prostoru pro vyjádření a popsání vlastních pocitů, komunikuj klidně a beze spěchu, používej krátké a srozumitelné věty – všeobecná sestra, do 1 hodiny.
11. Snaž se, aby mezi zdravotní sestrou a pacientkou vznikl důvěrný a přátelský vztah – všeobecná sestra, do 1 měsíce.
12. Zapoj pacientku do nejrůznějších aktivit, které ji pomohou odpoutat pozornost od problému – všeobecná sestra, do 1 měsíce.

13. Pobízej pacientku k opětovnému vykonávání běžných aktivit – všeobecná sestra, do 1 měsíce.

14. Při návštěvě u praktického lékaře, podle potřeby pacientky, nabídni léčbu psychoterapeuta – všeobecná sestra, do 2 měsíců.

Realizace 3. 8. 2017:

9:20 hodin: Po rozhovoru s pacientkou jsme zjistili, že způsobený strach ve společnosti lidí, neklid a nesoustředěnost trvá již třetím rokem, po ztrátě manžela. Pacientka zná příčinu svého strachu.

9:30 hodin: Pacientka má naší plnou důvěru, je ujištěna o důvěrném prostředí a má dostatek prostoru k vyjádření svých pocitů a emocí.

9:40 hodin: Pacientka byla poučena o psychoterapeutických a relaxačních technikách vedoucí ke snížení strachu a celkové pohodě.

9:45 hodin: Pacientce byli nabídnuté aktivity, aby přišla na jiné myšlenky. Byla ji praktickým lékařem nabídnuta péče psychoterapeuta, ale pacientka odmítá.

Hodnocení 3. 8. 2017:

Krátkodobý cíl (během 1 týdne): Byl splněn

Pacientka vnímá strach ve společnosti lidí již lépe. Začala se více soustředit sama na sebe a na nový režim a tak nemá mnoho času nad přemýšlením a smutkem. Přiznává, že se občas neubrání vzpomínkám a dojetí, ale se ztrátou manžela, jak sama říká, se nevyrovná nikdy. Je informována o technikách, které její pocity strachu sníží (relaxace, uklidňující hudba, správné dýchání, jiná činnost, která odpoutá pozornost od problému). Pacientka se o svých potížích nebojí hovořit, naopak ji to pomáhá tyto pocity odbourat.

Dlouhodobý cíl (během 3 měsíců): Byl splněn částečně

Po delší době se pacientka cítí dobře. Je pozitivně naladěná, veselá. Chvilí jí to trvalo. Až teď po třech měsících může s klidem říci, že se cítí lépe. Našla mnoho aktivit, začala pečovat o sebe samotnou. Chodí cvičit, našla si nové přítelkyně. Celkově ji nový režim baví a naplňuje. Pacientka je nyní plně motivována do redukce hmotnosti a do celkové změny životního stylu. Pacientka má správné nasazení pro úspěšnou léčbu. Se ztrátou manžela se stále vyrovnává špatně, ale v hubnutí teď našla nový smysl a snaží se tak přijít i na jiné myšlenky. Zároveň se tím i baví a odpoutá pozornost od problémů. Rodina ji plně podporuje a tak cítí jistotu a důvěru v rodině, která je v tomto případě pro ni velice důležitá.

Přetrvávající intervence: 13, 14

15.1 ZHODNOCENÍ POSKYTOVANÉ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Pacientka Anna D., přišla ke svému praktickému lékaři dne 3. 8. 2017. K lékaři přichází z důvodu, že se necítí celkově dobře, bolí ji záda a klouby a vinu přikládá své tělesné hmotnosti. Pacientka byla rozhodnutá změnit svůj životní styl a začít s redukční dietou. Měla jsem možnost pacientku poznat první den, protože byla velice komunikativní a příjemná. Poté byla pacientka objednaná na kontrolu za měsíc, kdy jsme se spolu opět viděly. Přestože mi povinná praxe po měsíci skončila, chtěla jsem vědět, jak se pacientka cítí a jak se jí daří i nadále. Vytvořily jsme si přátelský vztah a paní mi byla velmi sympatická a blízká. Proto jsem se po dohodě s praktickým lékařem a samotnou pacientkou domluvila na telefonickém kontaktu. Paní svolila k tomu, že se ji mohu ozvat za tři měsíce.

Hned na začátku, respektive při prvním kontaktu s pacientkou, jsem si stanovila tři aktuální ošetřovatelské diagnózy, které vyplývaly z jejího celkového zdravotního stavu. Tyto diagnózy jsem detailně vypracovala a určila si u nich cíle, očekávané výsledky, ošetřovatelské intervence, podle kterých jsem poté realizovala individuální ošetřovatelskou péči. Pacientka byla informována o novém stravovacím režimu a o celkové změně životního stylu.

Prioritní byla diagnóza Obezita. Pacientka se nachází na stupnici BMI v pásmu obezity II. stupně. Pacientka přibrala za poslední tři roky více kilo a sama se sebou není spokojená, především po zdravotní stránce. Obezita ji omezuje, a proto se rozhodla jí řešit. Pacientka se rozhodla zredukovat svoji váhu, do jídelníčku zařadit zdravé potraviny a přidala i pohybovou aktivitu. Cílem bylo zredukovat tělesnou hmotnost o 2 kg za měsíc. To se pacientce během měsíce podařilo. To jí motivuje do pokračování. Cítí se lépe, vaří si. Zdá se, že je pacientka na dobré cestě a sama to také tak vnímá. Nicméně je nutné pokračovat i nadále v intervencích 6, 10, 12, 13.

Další stanovenou diagnózou byla Snaha zlepšit sebedpěči. Tato diagnóza je velmi blízce spojena s diagnózou obezita. Obezita pacientku do určité míry omezuje a promítá se to do běžných denních aktivit. Zejména do hygieny a do oblékání. Pacientka s dopomocí kompenzačních pomůcek, které ji ulehčují sebedpěči, zvládá jak hygienu, tak oblékání. Bylo ji doporučeno několik rad a typů a zvládá to samostatně, bez problémů. Pozitivní vliv na to má i pacientky psychická stránka. Cítí se velmi dobře a spokojeně. U této diagnózy jsem nezaznamenala žádnou přetrvávající intervenci. Pacientka v této oblasti zvládla vše, co bylo předem stanoveno.

Poslední stanovenou diagnózou byl Strach. Pocity strachu, neklidu a nesoustředěnosti u pacientky trvají již třetím rokem, po ztrátě manžela. Zatím se s jeho smrtí nevyrovnala a jak sama říká, ani nevyrovná. Pacientka je informována o relaxačních technikách. Je evidentní, že je nyní motivovaná na redukci tělesné hmotnosti a změnu životního stylu a tím přichází na jiné myšlenky. Má plnou podporu ze strany rodiny a to jí zvedá náladu a naplňuje jí to, je to její největší a jediná opora. Pacientka byla po dobu mé praxe veselá, komunikativní, ale místy bylo zjevné, že jí manžel chybí a navždy ji po něm bude smutno. I když to na sobě pacientka nedávala najevo. Za sebe mohu jenom říci, že to plně respektuji a chápu. Během měsíční probíhající péče o ni, jsem ale vycítila, že je veselejší než kdy předtím a že se i nejen po fyzické, ale v tomto případě i po psychické stránce, cítí lépe. Nicméně vím, že ztráta blízké osoby je pro každého jedince silnou citovou ranou. Smrt člověka, který nám byl nejbližší, představuje dlouhodobý, výrazný a mnohdy trvalý zásah do celého života. Přetrvávající intervence k této diagnóze: 13, 14.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Díky zkušenostem, informacím a odborným poznatkům získaných z literatury a následně z této bakalářské práce na téma Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s nadváhou a obezitou v primární péči, uvádím doporučení pro praxi. Zejména pro pacienty, jejich rodinu a pro zdravotnický personál.

Doporučení pro pacienty s nadváhou a obezitou:

1. aktivně se zapojovat do léčby
2. dodržovat léčebný režim, doporučení lékařů a nutričních terapeutů
3. jíst pravidelně, alespoň 5x denně
4. strava musí být po stránce složení vyvážená a pestrá
5. sacharidy v potravě by neměly přesahovat asi 55 % stravy
6. bílkoviny by strava měla obsahovat z 15-20 %
7. tuky by neměly přesahovat 30 %
8. v jídelníčku by neměla chybět 1-3x denně zelenina a 1-2 kusy ovoce denně
9. konzumace dostatečného množství tekutin a to minimálně 2 litry denně
10. je důležité jíst pomalu a po malých soustech
11. zvolit vhodnou fyzickou aktivitu, s nízkou intenzitou a krátkým trváním
12. příliš rychlé snížení hmotnosti je nežádoucí, protože obvykle vede k takzvanému jo-jo efektu
13. snižovat hmotnost postupně a to nejdříve o 5-10 %
14. redukce hmotnosti a celková změna životního stylu znamená doživotní dodržování režimových opatření

Doporučení pro rodinu pacienta s nadváhou a obezitou:

1. získat dostatek informací o nadváze, obezitě a léčebném režimu
2. snažit se být pacientovi podporou v léčebném režimu
3. je důležitá motivace pacienta ke změně, pozitivní myšlení, zapojení do spolupráce a aktivní přístup
4. snažit se pacienta zapojit do fyzické aktivity, najít mu možnosti a podpořit ho

5. být pacientovi nápomocní ve výběru potravin vhodných k redukci tělesné hmotnosti
6. je-li potřeba, dopomoci pacientovi při hygieně a při běžných denních aktivitách

Doporučení pro zdravotnický personál v péči o pacienta s nadváhou a obezitou:

1. snažit se být pacientovi podporou a vytvořit si důvěrný, přátelský vztah
2. pacienta chválit za sebemenší úspěchy
3. dbát na to, že fyzická aktivita musí být vždy přizpůsobena hmotnosti, pohlaví, věku a zdravotnímu stavu
4. edukovat rodinu pacienta o jeho léčebném režimu
5. respektovat pacienta, jeho intimitu a soukromí, používat empatický přístup
6. monitorovat psychický stav pacienta, povzbuzovat ho a motivovat
7. dostatečné informování nemocných o onemocnění a výkonech potřebných k diagnostice a následné léčbě
8. dosáhnout zapojení a spolupráce pacienta do péče o své zdraví a pochopení odpovědnosti, kterou má pacient v péči o své zdraví
9. respektovat osobnost pacienta, vyjadřovat zájem o ní, snažit se ji podporovat a motivovat
10. velmi důležitá je edukace
11. při edukaci je dobré použít různé pomůcky jako například edukační letáky, brožury, videa

ZÁVĚR

O nadváze a obezitě již bylo napsáno mnoho publikací, ať už pro odbornou veřejnost či laickou. Je dávno zmapována její historie, příčiny, diagnostika, prevence, nejnovější a nejmodernější způsoby terapie. Lidé jsou ze všech stran nabádáni zdravému způsobu života, ať už se to týká stravování, pohybu, nebo pouze změny životního stylu. Přesto ale, jak již bylo mnohokrát zmíněno, její výskyt celosvětově stoupá. Nadváha a obezita je komplexní problém, který zasahuje do všech oblastí pacientova života. Ovlivňuje jeho zdraví, mezilidské vztahy a celkovou pohodu. Již při primární ošetrovatelské péči je nezbytné mít znalosti o nadváze a obezitě všeobecně o jejích komplikacích, je potřeba znát odlišnosti, které péče o pacienty s nadváhou a obezitou vyžaduje. Důležité je plně pacienta respektovat, abychom předešli jeho poškození. Je třeba si uvědomit, že nepromyšlená ošetrovatelská péče bez znalostí specifík péče o pacienty s nadváhou a obezitou, může pacienta ohrozit i na životě.

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala, pro mne velmi zajímavým tématem Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s nadváhou a obezitou v primární péči. Chtěla jsem tím poukázat na problematiku a závažnost nadváhy a obezity u široké veřejnosti a podchytit tak určité problémy již v primární péči. Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou.

V teoretické části jsem popsala prevalenci nadváhy a obezity, historii, příznaky, příčiny, diagnostiku, terapii, zdravotní komplikace a specifika ošetrovatelské péče. Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo vytvořit ucelený přehled týkající se nadváhy a obezity a zmapovat specifika ošetrovatelské péče u pacientů s nadváhou a obezitou v primární péči.

V praktické části jsem vypracovala kazuistiku obézní pacientky dle modelu Majory Gordonové. Následně jsem po získání informací, jak z části teoretické, tak praktické, vypracovala edukační leták, který by měl posloužit pro praxi jako krátký a praktický zdroj informací.

Pacientů s nadváhou a obezitou v primární, nemocniční či domácí péči stále přibývá a ošetrovatelský personál musí svou péči o zmíněné pacienty této skutečnosti přizpůsobit. Domnívám se, že jsem svou prací dospěla k poznání nebo spíše k utvrzení se v tom, že obezita nemusí být vždy jen genetickou samozřejmostí a osudem, ale že při dostatečné motivaci, pevné vůli a vytrvalosti, lze snížit a dlouhodobě si udržet nižší tělesnou hmotnost. Tím zmírnit, nebo úplně eliminovat následné, s nadváhou

a obezitou související zdravotní komplikace. Myslím si, že informace obsažené v této bakalářské práci, včetně edukačního letáku, který je určen především do ordinací praktických lékařů pro lidi s nadváhou a obezitou by mohl posloužit i jako základní vodítko pro studenty, ale i pro všeobecné sestry, které již pracují v primární péči. Obsahuje informace, které jsou nezbytné k vykonávání ošetrovatelské péče o pacienty s nadváhou a obezitou, a mohla by podnítit i snahu o získávání informací v této důležité oblasti.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ADÁMKOVÁ, V., 2009, *Obezita: příčiny, typy, rizika, prevence a léčba*. Vyd. 1. Brno: Facta Medica. ISBN 978-809-0426-054.

BURDA, P. a ŠOLCOVÁ, L., 2016, *Ošetrovatelská péče 2. díl. Pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5334-8.

DOLEŽALOVÁ, K. a kol., 2012, *Bariatrická chirurgie a primární péče*. Praha: Axonite CZ. ISBN 978-80-90489-92-9.

EL SOHL, A. a WILLEY-BLACKWELL. 2012, *Critical caremanagement of the obese patient*. Chichester, West Sussex, UK: John Willey. ISBN 04-706-5590-9.

GUKROVÁ, E., 2011, *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Vyd. 1. Praha: Grada, Sestra. ISBN 978-802-4736-259.

HAINER, V. a kol., 2011, *Základy klinické obezitologie. 2., přeprac. a dopl. vydání*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4732-527.

HLÚBIK, P., 2009, *Obezita: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře: (novelizace 2009)*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS, JEP. ISSN 978-80-86998-31-2.

JANÍKOVÁ, E. a ZELENKOVÁ, R., 2013, *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4412-4.

KASALICKÝ, M., 2011, *Chirurgická léčba obezity*. Vyd. 1. Prague: Ottova tiskárna. ISBN 978-80-254-9356-4.

KUNOVÁ, V., 2009, *Obezita. Dieta pro zdravé hubnutí*. Vyd. 1. Praha: Forsapi. ISBN 978-808-7250-044.

KUSHNER, R. a BESSESEN, D., 2007, *Contemporary endocrinology: Treatment of the obese patient*. Totowa United States: Humana Press. ISBN 978-1-59745-400-1.

LUKÁŠ, K. a ŽÁK, A., 2010, *Chorobné znaky a příznaky, 76 vybraných znaků, příznaků a některých důležitých laboratorních ukazatelů v 62 kapitolách s prologem a epilogem*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-802-4727-646.

- MARTINÍK, K., 2007, *Výchova ke zdraví a zdravému životnímu stylu*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7041-106-3.
- MIKULA, J. a MULEROVÁ, N., 2008, *Prevence dekubitů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2043-2.
- MLÝNKOVÁ, J., 2010, *Pečovatelsví, I.díl*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3184-1.
- NANDA INTERNATIONAL, 2013, *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2012-2014*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-802-4770-949.
- NANDA INTERNATIONAL, 2016, *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015-2017*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-802-4754-123.
- NANDA INTERNATIONAL, 2009, *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2009-2011*. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-247-3423-1.
- PLEVOVÁ, I. a kol., 2011, *Ošetrovatelsví I*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3557-3.
- SEIFERT B., ČELEDOVÁ L. a kol., 2012, *Základní pojmy praktického a posudkového lékařství*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2082-4.
- SCHULER, M. a OSTER, P., 2010, *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4730-134.
- SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2010, *Ošetrovatelsví v chirurgii I*. Praha: Grada. ISBN 987-80-247-3129-2.
- SVAČINA, Š. a BRETŠNAJDROVÁ, A., 2008, *Obezita: příčiny, typy, rizika, prevence a léčba*. 1.Vyd., Praha: Grada. ISBN 978-802-4723-952.
- SVAČINA, Š., 2007, *Hypertenze při obezitě a diabetu*. Praha/Kroměříž: Triton. ISBN 80-7254-911-1.
- SVAČINA, Š., 2010, *Poruchy metabolismu a výživy*. Praha: Galén. ISBN 978-807-2626-762.
- SYSLOVÁ, L. a NOVOTNÁ, J., 2012, *Morbidně obézní pacientka*. Sestra. roč.22, č.11, ISSN 1210-0404.
- VENGLÁŘOVÁ, M. a MAHROVÁ, G., 2007, *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1262-8.

VÍTEK, L. a ŽÁK, A., 2008, *Jak ovlivnit nadváhu a obezitu: 76 vybraných znaků, příznaků a několik důležitých laboratorních ukazatelů v 62 kapitolách s prologem a epilogem*. 1. Vyd., Praha: Grada. ISBN 978-802-4722-474.

VÍTEK, L., 2008, *Jak ovlivnit nadváhu a obezitu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2247-4.

VÍTEK, L., 2009, *Bilirubin a interní choroby*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4723-518.

VOKURKA, M., HUGO, J. a kol., 2015, *Velký lékařský slovník*. 10. Vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-807-3454-562.

Internetové zdroje:

BROWN, I., *Nurses attitudes towards adult patients who are obese*. Journal of Advanced Nursing. In (online). [cit. 2015-03-02] Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16422721>.

ČESKÁ OBEZITOLOGICKÁ SPOLEČNOST, *Obezitologická pracoviště v ČR*. In (online). [cit. 2015-02-20] Dostupné z: <http://www.obezitas.cz/>.

KALOUSKOVÁ, P. a KUNEŠOVÁ, M., *Medicína pro praxi: Obezita stále podceňovaná nemoc*. In (online). [cit. 2014-11-15] Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2008/01/02/pdf>.

KOHL, I., *Obezita: příčiny, prevence a léčba*. In (online) Dostupné z: <http://www.kardiokohl.cz/>

PŘÍLOHY

Příloha A - Gynoidní a adroidní typ obezity

Příloha B - Klasifikace hmotnosti podle BMI

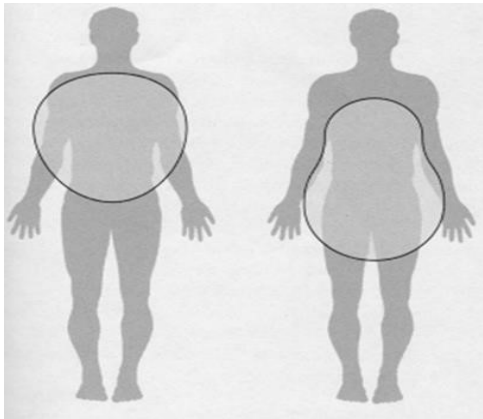
Příloha C - Kaliper

Příloha D - Edukační leták

Příloha E - Rešeršní protokol

Příloha F - Čestné prohlášení

Příloha A – Gynoidní a androidní typ obezity



Zdroj: www.docplayer.cz , <http://docplayer.cz/46263211-Univerzita-palackeho-v-olomouci.html>

Příloha B – Klasifikace hmotnosti podle BMI

Tab. 1 – Klasifikace hmotnosti podle BMI

Stupeň	BMI (kg/m ²)	Riziko komplikací
podváha	< 18,5	vysoké
normální váha	18,5–24,9	průměrné
nadváha	25,0–29,9	mírně zvýšené
obezita I. stupně	30,0–34,9	střední
obezita II. stupně	35,0–39,9	vysoké
obezita III. stupně	≥ 40	velmi vysoké

Zdroj: www.zdravi.euro.cz,
<https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualnimedicina/obezita-443562>

Příloha C: Kaliper



Zdroj: autor, 2018



Dobrý den,

právě držíte v ruce edukační leták, který vznikl na základě mé bakalářské práce při studiu na Vysoké škole zdravotnické, o.p.s. v Praze 5. Tento edukační leták je určen pro osoby s nadváhou a obezitou. Dočtete se zde nejen o nadváze a obezitě jako takové, o její léčbě, komplikacích a především o prevenci. Snažila jsem se vyzdvihnout několik typů na zdravé a vyvážené stravování. Doufám, že Vám tato příručka bude přínosná.

Ilona Hamouzová

Co je to NADVÁHA a OBEZITA?

Nadváha a obezita je chronické onemocnění, kdy se v lidském těle ukládá nadměrné množství tuku.

Faktory ovlivňující vznik NADVÁHY a OBEZITY

Genetické faktory, sedavý způsob života, nedostatečná fyzická aktivita, nepravdivé stravování, nezdravé a nevyvážené stravování

Výpočet BMI (Body Mass Index)

BMI – index tělesné hmotnosti: $\text{tělesná hmotnost (kg)} / \text{výška (m}^2\text{)}$

BMI	Kategorie	Zdravotní rizika
méne než 18,5	podváha	vysoká
18,5 - 24,9	norma	minimální
25,0 - 29,9	nadváha	nížká až lehce vyšší
30,0 - 34,9	obezita 1. stupně	zvýšená
35,0 - 39,9	obezita 2. stupně (závažná)	vysoká
40,0 a více	obezita 3. stupně (těžká)	velmi vysoká

Nejčastější zdravotní komplikace NADVÁHY a OBEZITY

Zdravotní rizika a vliv obezity na zdraví se projevuje již nad hranicí BMI 25. Obezita, tedy hodnoty nad 35 a zejména hodnoty nad hodnotou 40 je pak velmi závažným onemocněním.

Mechanické komplikace: poruchy dechu během spánku a chrápání, dušnost při zvýšené fyzické aktivitě, opotřebenění nosných kloubů

Metabolické komplikace: diabetes mellitus (cukrovka), vysoký krevní tlak, ateroskleróza, zhoubné nádory (tlustého střeva, dělohy), poruchy menstruačního cyklu a sterilita, kožní obtíže, trávicí obtíže, ischemická choroba srdeční, arytmie, varixy, častý výskyt úrazů, obtížnější hojení ran, otoky

Psychosociální komplikace: deprese, úzkost, společenská diskriminace, nízké nebo žádné sebevědomí, poruchy příjmu potravy (přejídání se, hladovění), riziko sebevraždy

Léčba NADVÁHY a OBEZITY

Vždy přizpůsobena věku, stupni obezity a celkovému zdravotnímu stavu jedince. Redukce hmotnosti je optimální o 5-10 %. Je důležité snižovat hmotnost plynule a pomalu. Důležitá je zde komplexní terapie. Nízkoenergetická dieta s omezením tuků, změna stravovacích návyků, změna pohybových návyků. V indikovaných případech lze obezitu řešit farmakologickou léčbou, chirurgickou léčbou a psychologickou léčbou.

Pohybová aktivita u NADVÁHY a OBEZITY

Je nedílnou součástí prevence a léčby nadváhy a obezity. Měla by být zvolena s ohledem na věk, zdravotní stav jedince a zdravotní komplikace a neméně důležitý je i stupeň obezity. Nejvhodnější je chůze, nejlépe rychlejší nebo chůze do schodů. Další vhodný pohyb je jízda na kole, popřípadě na rotopedu. Dále jsou vhodné vodní sporty, plavání, cvičení aerobního charakteru, jóga, pilates.

Zásady zdravé a vyvážené stravy a redukční dieta

První skupinou jsou **těstoviny, obiloviny, rýže, různé ovesné výrobky, kukuřice, chléb, celozrnné výrobky, brambory a luštěniny.** Doporučená denní dávka: 3-6 porcí denně.

Ovoce a zelenina, druhá významná skupina potravin. Doporučená denní dávka je 3-5 porcí zeleniny, 2-4 porce ovoce.

Třetí skupinu lze rozdělit na další dvě menší skupiny. Řadí se sem potraviny jako **libové maso, drůbež, ryby a vejce**, které jsou bohaté na bílkoviny. Doporučená denní dávka stanovena na 1-3 porce denně.

Dále se do této skupiny řadí **mléko a mléčné výrobky, kysané mléčné nápoje, jogurty, sýry, tvaroh atd.** Doporučená denní dávka je 3-4 porce denně.

Neméně důležitou součástí dietního režimu jsou **tekutiny**. Je doporučeno pít čistou vodu, neslazené nápoje. Džusy si naředit vodou. Vyhýbat se sladkým limonádám, džusům, sirupům a šťávám. Samozřejmě i alkoholu.

Hlavní zásady dietní léčby NADVÁHY a OBEZITY - PESTROST - PRAVIDELNOST - PŘIMĚŘENOST

- ✓ Dlouhodobá úprava stravovacích návyků.
- ✓ Pravidelnost ve stravování.
- ✓ Rovnoměrné rozdělení energie během celého dne (prevence hladovění a velkého přejídání večer).
- ✓ Strava musí splňovat zásady zdravé výživy: je pestrá, smíšená s dostatkem vitamínů, minerálů, vlákniny, důležité dbát na každodenní zařazení zeleniny a ovoce, celozrnných výrobků.
- ✓ Zásadním krokem je snížit obsah tuku ve stravě.
 - vyřadit z jídelníčku všechny tučné potraviny (tučné sýry, uzeniny, paštiky, tučná masa, šlehačku, moučníky, sušenky, sladkosti, mražené smetanové krémy, majonézu a podobně)
 - mléčné výrobky vybírat v nízkotučné variantě
 - zařadit ryby a drůbeží maso. Uzeniny lze jíst pouze výjimečně a to pouze libové
 - masa volit netučná, před přípravou odříznout viditelný tuk
 - připravovat maso na minimálním množství tuku
 - dávat při vaření přednost dušení, vaření, opékání
 - nezahušťovat polévky a omáčky jíškou a tukem
 - omáčky zařazovat do jídelníčku pouze zředěné
 - smetanu nahrazovat jogurtem nebo mlékem
 - zahušťovat omáčky ovesnými vločkami
 - při přípravě salátů nahradit dresink z majonézy bílým jogurtem
 - vybírat pečlivě pečivo (celozrnné, vícezrnné)
 - omezit používání kuchyňské soli
 - dbát na pitný režim (správný výběr tekutin)
 - kořenit střídavě, příliš ostrá a kořeněná jídla vyvolávají chuť k jídlu

Použité zdroje:

SVAČINA, Š. a BRETŠNAJDROVÁ, A., 2008, *Obezita: příčiny, typy, rizika, prevence a léčba*. 1.Vyd., Praha: Grada. ISBN 978-802-4723-952.

SPEKTRUM ZDRAVÍ, 2015, *Potravinová pyramida pro pestrý a vyvážený jídelníček*, Dostupné z: <http://www.spektrumzdravi.cz/potravinova-pyramida-pro-pestry-a-vyvazeny-jidelnicek>

<https://pixabay.com/cs/st%C5%99edomo%C5%99sk%C3%A11-kuchyn%C4%9B-j%C3%ADst-2378758/>



Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s nadváhou a obezitou v primární péči

Klíčová slova:

obezita, nadváha, ošetrovatelská péče, edukace, prevence
obesity, overweight, nursing care, education, prevention

Rešerše č. 16/2017

Bibliografický soupis

Počet záznamů: celkem 43 záznamů
(kvalifikační práce – 5, monografie – 21, články a sborníky – 17)

Časové omezení: 2007-2017

Jazykové vymezení: čeština, slovenština

Druh literatury: kvalifikační práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku

Datum: 9. 5. 2017

Základní prameny:

- katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)
- Jednotná informační brána (www.jib.cz)
- Souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>)
- Databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz)
- Online katalog NCO NZO

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s nadváhou a obezitou v primární péči 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