

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Role všeobecné sestry v prevenci obezity u dospělé populace

bakalářská práce

Autor práce: Tereza Dušičková
Studijní program: Ošetřovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Šedová, PhD.

Datum odevzdání práce: 2. 5. 2013

Abstrakt

Současný stav:

Obezita je chronické onemocnění, charakterizované zvětšeným obsahem tuku v organismu (Kasalický, 2011). Obvyklé hodnoty množství tuku se pohybují u mužů kolem 20-25 % a u žen 25-30 %. Z výzkumného šetření ČLK JEP vyplynulo, že 52 % dospělé populace ČR trpí nadváhou či obezitou. S výskytem hmotnosti v dětském věku a v rodině stoupá riziko nadváhy v dospělém věku. Oproti roku 2000 - 2001 narostl podíl populace s vyšší hmotností o 3 % b. V naší populaci je 46 % žen a 60 % mužů s nadměrnou hmotností. Tento výsledek je následkem zkráceného času věnování se fyzické aktivitě (Životní styl a obezita, 2006).

Předmět:

Cílem této práce je vymezení role všeobecné sestry v prevenci obezity u dospělé populace. K tomuto cíli posloužily dvě výzkumné otázky: Jakou funkci plní sestra v prevenci vzniku obezity? Jaké role má sestra v prevenci vzniku obezity?

Metodika:

Pro získání potřebných dat ke zpracování bakalářské práce byl použit kvalitativní výzkum, který byl prováděn pomocí individuálních polostandardizovaných rozhovorů se sestrami obezitologů a praktických lékařů pro dospělé. V úvodu rozhovoru byla každá sestra seznámena s důvody prováděného výzkumu a byla ujistěna o anonymitě při zpracování dialogu. Téma rozhovoru se týkalo obezity, její prevence, léčby, začlenění role sestry a uplatnění sestry v prevenci obezity u dospělé populace. Rozhovory byly přepsány a analyzovány pomocí kódování. Toto kódování bylo uskutečněno v záznamovém archu, kde byly pojmy kategorizovány. Odpovědi respondentek byly rozděleny na jednotky podle jejich významu, těmto jednotkám byl udělen kód. Dále byly kódy kategorizovány, tedy seřazeny dle souvislostí a vizualizované pomocí diagramů

Výzkumný soubor:

Soubor tvořilo šest respondentek, z tohoto počtu byla polovina sester od obezitologů a druhá polovina od praktických lékařů. Sestry byly s otázkami předem seznámeny, samotný rozhovor byl zaznamenáván písemně. Výzkumné šetření probíhalo v měsíci březnu 2013.

Výsledky:

Z výsledků šetření vyplývá, že pacienti jsou informováni o poskytované péči nejvíce od svých známých nebo příbuzných (viz diagram 1).

Nejčastější onemocnění, se kterým se sestry na pracovišti setkávají je diabetes mellitus, hypertenze, obezita, onemocnění dýchacích cest a bolesti zad (viz diagram 3).

Sestry označily jako nezbytný úkon před prohlídkou objednání se nebo bez přípravy. Sestry obezitologů dodaly vyplnění týdenního jídelníčku a dotazníku (viz diagram 4).

Sestra při vstupní prohlídce plní funkci ošetrovatelskou. Pacienta zváží, změří mu výšku, krevní tlak, stanoví BMI, obvod pasu, procentuální zastoupení tuků, odebere mu krev a moč, sestry praktických lékařů doplňovaly k těmto odpovědím ještě vyšetření sluchu a vyšetření stolice na okultní krvácení (viz diagram 5).

Na otázku týkající se počtu sezení na pacienta odpověděly respondentky dle potřeby, sestry praktických lékařů doplnily jedenkrát za dva roky preventivní prohlídka a sestry obezitologů na kontrolu po měsíci (viz diagram 6).

Celé sezení řídí lékař/ka, péče je individuální dle onemocnění. Obezitologickým pacientům lékař/ka upraví jídelníček životosprávu a doporučí jim cvičení. Pokud tyto metody nepomohou, předepíše jim léky a doporučí chirurgické řešení (viz diagram 7).

Mezi kompetence sestry lze zařadit měření váhy, výšky, krevního tlaku, BMI, odběry krve a moči, zajištění administrativy a asistence lékaři (viz diagram 8).

Sestra v problematice obezity zaujímá role: asistentky lékaře/ky, edukátorky, komunikátorky, dále pacienta podporuje a půjčuje nebo mu dává literaturu nebo edukační materiál (viz diagram 9).

Závěr:

Obezita je velice nebezpečné onemocnění. Je s ním spojeno mnoho nemocí, jako je např. již zmiňovaný diabetes mellitus, kardiovaskulární onemocnění především ischemická choroba a hypertenze. Je důležité, aby sestra věděla, jak se má správně starat o obézního pacienta a to již v primární péči. Sestra zaujímá v této problematice role - preventivní, edukátorky (učitelky), dává nebo půjčuje pacientovi edukační materiál, komunikuje a podporuje pacienta a v neposlední řadě asistuje lékaři.

Klíčová slova: ošetřovatelství, sestra, obezita, prevence, dospělá populace

Abstract

Current status:

Obesity is a chronic disease characterized by an increased volume of fat in the body (Kasalický, 2011). Usually the value of the amount of fat for men is around 20 – 25 % and 25 – 30 % for women. The research of CLK JEP revealed that 52 % of the adult Czech population is overweight or obese. With the appearance of excess weight in childhood and family increases the risk of being overweight in adulthood. Compared to the year 2000 - 2001, the portion of the population with higher weight grew by 3 % b. In our population there are 46 % of women and 60 % of men with excessive weight. This result is due to the shortened time dedicated to physical activity (Lifestyle and Obesity, 2006).

Subject:

The aim of this work is to define the role of general nurses in preventing obesity among adults. Two research questions served this aim. What function is performed by a nurse in the prevention of obesity? What role has the nurse in the prevention of obesity?

Methods:

To obtain the necessary data for processing the thesis I applied qualitative research that was conducted by individual semi standardized interviews with nurses from obesitologists and general practitioners for adults. At the beginning of each interview, the nurse was informed about the reasons of the research and was assured of anonymity in the dialogue processing. The themes of the conversations were about obesity, it's prevention, and treatment, inclusion of the role of nurses and integration of nurses in the prevention of obesity in the adult population. Interviews were transcribed and analyzed using coding. This coding was carried out on the answer sheet, where the concepts were categorized. The answers of the respondents were divided into units according to their importance, these units were granted code. Further codes were categorized, therefore sorted according to context and visualized using diagrams.

Participants:

The group consisted of six respondents; from this number were half the nurses from obesitologists and the other half from GPs. The nurses were familiar with the questions in advance; the actual interview was recorded in writing. The survey was carried out in March 2013.

Results:

The results show that patients are informed about the care provided mostly by their friends or relatives (see diagram 1). The most common diseases which nurses encounter at their workplace are diabetes mellitus; hypertension, obesity, respiratory disease and back pain (see figure 3).

Nurses identified making the appointment as an essential step before the check-up, without preparation. Nurses from obesitologists added filling in the weekly menu and the questionnaire (see Figure 4).

Nurses fulfill the nursing function during the initial examination. The patient is weighed and measured, blood pressure is taken, and BMI is determined; waist circumference is measured as well as the percentage of fat. Blood is drawn from the patient and urine samples are taken. The nurses of GP's added to those replies- hearing tests and stool testing for occult blood (see Figure 5).

The question of the number of sessions per patient the respondents stated as needed, the nurses of GP's added every two years preventive check-ups and nurses of obesitologist monthly check-ups (see figure 6).

The whole session is managed by a physician; care is individual and depends on the disease. The patients' doctor adjusts their diet, lifestyle and gives recommendation for exercise. If these methods do not work, they prescribe medication and recommend a surgical solution (see Figure 7).

We can include weighing, measuring of height, blood pressure; BMI determination, taking blood and urine samples, providing administrative and medical assistance among the competencies of nurses (see Figure 8).

The role of nurses in the issue of obesity: assistant of the doctor, educator, communicator, as well as supporting the patients, lending or giving them literature or educational material (see Figure 9).

Conclusion:

Obesity is a very dangerous disease. It is linked to many diseases such as the above mentioned diabetes, cardiovascular disease, especially coronary artery disease and hypertension. It is important that the nurse knows how to care for obese patients properly and in primary care. The nurse occupies roles in this issue - educator (teacher), gives or lends the patient educational material, communicates and supports the patient and last but not least assists physicians.

Keywords: nursing, nurse, obesity, prevention, adult population

Prohlášení

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

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

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2013

.....

Tereza Dušičková

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat své vedoucí bakalářské práce Mgr. Lence Šedové PhD. za cenné rady a odborné vedení při zpracování této práce. Dále všem respondentkám za jejich ochotnou spolupráci při rozhovorech.

A v neposlední řadě své rodině a partnerovi za trpělivost a morální podporu, kterou mi po celou dobu zpracování této práce poskytovali.

Obsah

Úvod.....	14
1 SOUČASNÝ STAV	15
1.1 Obezita.....	15
1.1.1 Obezita dle charakteru rozložení tuku.....	15
1.1.2 Měření obsahu tuku v organismu	15
1.1.3 Etiologie obezity	17
1.1.4 Komplikace obezity.....	18
1.2 Léčba obezity.....	19
1.2.1 Dietní léčba	20
1.2.2 Fyzická aktivita	21
1.2.3 Farmakoterapie.....	21
1.2.4 Chirurgická léčba	22
1.2.5 Kognitivně behaviorální terapie	24
1.3 Úloha všeobecné sestry v prevenci obezity	25
1.3.1 Edukace a motivace pacienta	26
1.4 Výživa.....	27
1.4.1 Složení stravy	27
1.4.2 Jak by měla vypadat strava v České republice.....	29
1.4.3 Glykemický index	30

1.4.4	Pyramida výživy.....	30
1.4.5	Nová výživová pyramida	31
1.4.6	Výživa a stravovací návyky	32
1.5	Ošetrovatelská péče o obézního pacienta	33
1.5.1	Hygienická péče	33
1.5.2	Výživa	35
1.5.3	Vylučování moče.....	35
1.5.4	Spánek	36
2	CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY.....	38
2.1	Cíl:	38
2.2	Výzkumné otázky:	38
3	METODIKA	39
3.1	Použité metody	39
3.2	Specifika analýzy rozhovorů	39
3.3	Charakteristika výzkumného souboru	40
3.3.1	Sestry obezitologů	41
3.3.2	Sestry praktických lékařů	41
4	VÝSLEDKY	42
4.1	Transkripce rozhovorů, kódování.....	42
4.1.1	Transkripce rozhovoru s první respondentkou	42
4.1.2	Transkripce rozhovoru s druhou respondentkou	43

4.1.3	Transkripce rozhovoru s třetí respondentkou	44
4.1.4	Transkripce rozhovoru s čtvrtou respondentkou	45
4.1.5	Transkripce rozhovoru s pátou respondentkou	46
4.1.6	Transkripce rozhovoru s šestou respondentkou	47
4.2	Kategorizace dat	48
5	DISKUZE	60
6	ZÁVĚR	63
7	SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	64
8	PŘÍLOHY	69
8.1	Seznam příloh	69

Seznam použitých zkratk

AHA	American Heart Association National Center
ARIP	Specializační vzdělávání v oboru Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči
ASCM	American College of Sports Medicine
BMI	Body Mass Index
cm	centimetr
ČLS JEP	Česká lékařská společnost J. E. Purkyně
ČR	Česká republika
HDL	High-density lipoprotein
m ²	metr čtvereční
PCRM	Physicians committee for responsible medicine
R	respondentka
RS	Registrovaná sestra

ÚVOD

Toto téma jsem si vybrala s ohledem na zvyšující se trend otylosti pacientů potažmo celého našeho obyvatelstva. V projektu ČSL JEP Životní styl a obezita jsem se dočetla, že výskyt obezity stoupá. „Přibližně 52 % dospělé populace České republiky se dle hodnot BMI pohybuje nad hranicí normální hmotnosti, přičemž 35 % spadá do kategorie nadváhy a 17 % spadá do kategorie obezity.“ (Životní styl a obezita 2006, s. 4)

Tato problematika mě zaujala při studiu na vysoké škole již v prvním ročníku. Kde jsme měli vypracovat projekt zaměřený na skupinu dětí z prvního stupně základní školy. Námí navržený program – „Hubněme s Žofkou“ se zabýval správnou životosprávou a pohybem dětí.

Bakalářská práce „Role sestry v prevenci obezity u dospělé populace“ je zaměřená na postavení a roli sestry v této problematice. Kasalický (2011, s. 14) popisuje obezitu jako chronické onemocnění, charakterizované zvýšeným obsahem tělesného tuku v organismu. V práci byl stanoven jeden cíl: Vymezení role všeobecné sestry v prevenci obezity u dospělé populace. Dále byly stanoveny dvě výzkumné otázky: Jakou funkci plní sestra v prevenci vzniku obezity? a Jaké role má sestra v prevenci vzniku obezity? Z těchto otázek vyplynulo, že sestra zaujímá a plní funkci – asistentky lékaře/ky. Její role jsou podpůrná, preventivní, působí jako edukátorka a komunikátorka.

Práce je rozdělena na dvě části. Teoretická část se zabývá obecnou a specifickou problematikou obezity. V praktické části jsou zpracovány rozhovory se sestrami. Respondentek bylo celkem šest, jedna polovina byly sestry obezitologů a druhá sestry praktických lékařů. Všechny sestry odpovídaly na stejné otázky, které se týkaly problematiky obezity – prevence, práce sestry.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Obezita

„Obezita je chronické onemocnění, charakterizované zvýšeným obsahem tělesného tuku v organismu“ (Kasalický 2011, s. 14). Obvyklé hodnoty množství tuku se pohybují u mužů kolem 20 – 25 % a u žen 25 – 30 % (Kasalický 2011).

Jako ukazatel stupně otylosti se nejběžněji používá index tělesné hmotnosti tzv. Queteletův index neboli Body Mass Index (BMI), jehož hodnota se vypočítá jako podíl hmotnosti v kilogramech a výšky v metrech na druhou. U dospělé populace je považována za problémovou hodnota vyšší než 27 (viz Příloha 1). S touto hodnotou roste riziko komplikací obezity (Svačina 2002). Tato klasifikace však zjednodušuje a nezohledňuje celou řadu aspektů, například zvýšené množství svalové hmoty může ukazovat při BMI klasifikaci jedince v pásmu obezity, přestože zastoupení tuku v jeho těle může být normální nebo jen lehce zvýšené (Kasalický 2011).

1.1.1 Obezita dle charakteru rozložení tuku

Podle rozložení tuku v těle rozeznáváme dva typy obezity. Obezitu nitrobřišní tzv. androidní (viscerální) a gynoidní, kdy se tuk hromadí v oblasti stehen a hýždí. Gynoidní typ obezity je častější u žen a také je méně nebezpečný. Androidní typ neboli centrální je vázán na riziko onemocnění kardiovaskulárními chorobami. K zjištění centrálního typu obezity nám poslouží obvod pasu. Podle Mezinárodní diabetické federace je androidní obezita při hodnotách 80 cm u žen a 94 cm u mužů (Svačina 2002, Kasalický 2011).

1.1.2 Měření obsahu tuku v organismu

Otylost můžeme měřit několika způsoby. Je důležité znát váhu a výšku. Pacienty vážíme na osobní váze, pokud musíme vážit klienty opakovaně, měli bychom je vážit ve stejnou dobu, na stejné váze a stejně oblečení. U nechodících pacientů používáme speciálně konstruované stoličkové váhy nebo lze použít váhy zabudované v lůžku. Měření klientů provádíme ve vzpřímené poloze. V dokonalém případě provádíme měření pevným měřicím zařízením, opatřeným pohyblivou destičkou, která se dotýká

hlavy, tzv. stadiometrem. Dále měření můžeme provádět měrkou, která je součástí pákové váhy, tzv. antropometrem (Juřeníková 2010).

Body mass index, který zjistíme pomocí váhy a výšky není dostačující, pokud potřebujeme přesněji stanovit individuální zastoupení tukové tkáně (Kasalický 2011). Středa (2009) ve své práci uvádí, že je obezita podle BMI definována do tří stádií. Hodnota BMI od 30 do 35kg na metr čtvereční označuje první stádium neboli nadváhu. Druhé stádium neboli výrazná obezita je při hodnotách mezi 35 – 40 kg/m² a třetí stádium je morbidní obezita, kdy je hodnota BMI vyšší než 40kg/m².

Pro přesnější posouzení slouží kaliper, kterým se změří tloušťka podkožní tukové řasy. Dle Zadáka (2012) je tloušťka podkožní řasy odrazem množství tuku v těle. Běžně se realizuje 4 nebo 10 měření kožních řas, jejich výsledky se sečtou a pomocí tabulek je pak možné odhadnout celkový obsah tuku v organismu. Zadák (2012) dále píše, že měření na více místech snižuje chybu v tomto stanovení. Další metodou je ultrasonografie, která se však používá vzácně. Mezi nejčastěji používané metody patří měření obvodu boků nebo břicha. Následující bioimpedanční metody používají zákonitosti přeměn bioelektrické vodivosti ve vazbě na obsah vody v jednotlivých tkáních organismu. Výsledkem je odhad tukuprosté tělesné hmotnosti, dalšími propočty je pak možno určit obsah tuku v organismu. Izotopová diluce patří k velice precizním metodám určení tukové tkáně. Je založena na podaném izotopu a rychlosti jeho vyloučení umožní výpočet souhrnného objemu vody v organismu a poté tukuprosté hmoty a obsahu tukové tkáně.

Hydrodenzitometrie neboli podvodní vážení je založeno na specifické hmotnosti jedince a dle Archimedova zákona, kdy se zjistí přesná specifická hmotnost (Svačina 2011).

Nejvíce využívaná je však denzitometrie, která určí množství tukové tkáně, tukuprosté tělesné hmotnosti a hmotnosti kostí, proto se s ní můžeme také setkat při vyšetření osteoporózy. V neposlední řadě lze k měření tuku použít počítačové tomografie a magnetické rezonance (Kasalický 2011, Svačina 2008).

1.1.3 Etiologie obezity

Obezita má mnoho příčin, které můžeme rozdělit na dvě skupiny:

a) ovlivnitelné

Ovlivnitelných faktorů je několik, na prvním místě je výživa. Obezita je dána nerovnováhou energetického příjmu a výdeje a malou pestrostí stravy. Výživa se skládá ze sacharidů neboli cukrů, které představují nedílnou součást stravy, dále tuků a bílkovin (Vítek 2008).

Cukry rozdělujeme na dvě skupiny: na jednoduché a komplexní cukry. Fořt (2004) do cukrů řadí ještě vlákninu. Každá skupina cukrů účinkuje na tělo různě. Jednoduché cukry neboli monosacharidy mají vysoký takzvaný glykemický index, to znamená, že se dobře vstřebávají ze zažívacího traktu. To přispívá ke zvýšení hladiny glukózy v krvi, a proto se vyplaví větší množství inzulínu. Rychlý nárůst inzulínu vede k rychlému úbytku hladiny glukózy a z toho vyplývá brzký pocit hladu. Komplexní sacharidy (škroby) jsou molekuly skládající se z mnoha jednotek spojených k sobě chemickými vazbami. Škroby mají nízký glykemický index a najdeme je hlavně v chlebu, rýži apod. (Vítek 2008).

Tuky jsou tvořeny mastnými kyselinami a glycerolem. Jsou důležité pro stavbu buněčných membrán, vstřebávání vitamínů rozpustných v tucích a také jsou nositeli vůně pokrmu a zvyšují nasycenost člověka. Dále obstarávají energii, avšak jejich příjem by neměl být vyšší než 30 % (Beránek 2007).

Jak Vítek (2008, s. 41) uvádí, „bílkoviny jsou využívány v organismu zejména pro výstavbu a reparaci tkání a orgánů. Jsou zcela nezbytné pro zdravý rozvoj, když je lze také v nouzi využít, jako zdroj energie.“ Bílkoviny nalézáme zejména v mase, ale bohatým zdrojem jsou i z mléčné výrobky, cereálie, luštěniny a ořechy.

Mezi další ovlivnitelné faktory patří pohyb. Lidé, kteří se aktivně pohybují, mají nižší výskyt civilizačních chorob a žijí déle. Tento fakt byl znám již dříve a moderní medicína jej jen potvrdila. Mezi příčiny nedostatku pohybu patří sedavý způsob zaměstnání a způsob cestování do práce (většinou autem). Stále se snažíme vymluvit na shon dnešní doby, ve kterém jsme nuceni žít.

Mezi ostatní faktory řadíme nedostatek spánku a stres. Výzkumy prokázaly, že lidé, kteří spí přibližně 5-6 hodin mají dvojnásobně zvýšené riziko vzniku obezity než jedinci, kteří spí 9-10 hodin (Vítek 2008).

b) neovlivnitelné

Mezi neovlivnitelné se zařazuje dědičná predispozice (Vítek 2008). Adámková (2010) ve své knize uvádí, že možnost genetického podkladu na vznik obezity se studuje více za posledních několik let, proto nemáme mnoho přesně určených genů, které by otlylost vyvolávaly. Avšak zjistilo se několik mutací genů, které byly ve spojitosti s extrémní obezitou. Geny hrají roli jen z 1 %. Je to dáno tím, že počet obézních vzrostl rychleji než za jednu generaci, přičemž by za takto krátkou dobu nemohlo dojít k tak mohutnému nárůstu. Dále výskyt obezity stoupá v geneticky stálých populacích, kde nedochází k rozměňování prvotního genetického základu. Nárůst otlylosti také souvisí se socio - ekonomickou situací obyvatelstva, málo bohatí lidé jsou zvýšeně ohroženi na vzniku obezity (Vítek 2008).

Dále do neovlivnitelných příčin patří pohlaví. U žen převažuje gynoidní obezita soustředěná v oblasti boků a u mužů spíše androidní s manifestací v okolí břicha. Muži a ženy se také liší svou metabolickou aktivitou a schopností štěpení tuků. S věkem také roste množství tukové tkáně v těle. Množství podkožní břišní tukové tkáně stoupá u mužů do 60 -70 let. Dalšími rizikovými faktory jsou například nadváha rodičů, kojení, tělesná výška a jiné (Vítek 2008).

1.1.4 Komplikace obezity

Svačina (2008) ve své práci píše, že se dříve komplikace obezity rozdělovaly na dva druhy: mechanické a metabolické. Mechanické komplikace jsou nemoci, které se vyskytují společně se zvýšenou tělesnou hmotností. Patří sem nemoci kloubů, bolesti zad, spánková apnoe a porodnické a chirurgické komplikace. Onemocnění kloubů a páteře je u obézních dvakrát častější než u normálně stavěné populace, avšak metabolické komplikace mají riziko u obézních čtyři až pětkrát vyšší. Mezi metabolické komplikace, pro něž je od 80. let používán termín metabolický syndrom, patří například

diabetes mellitus nebo hypertenze. Tyto komplikace nejsou skutečnými komplikacemi, běžně mají s obezitou společný vznik. Mezi složky metabolického syndromu patří androidní obezita, hypertenze, snížení HDL cholesterolu, zvýšení hladiny triglyceridů, necitlivost na inzulín, postupné zvyšování glykémie až po vznik diabetes mellitus druhého typu. Výskyt jedné nemoci zvyšuje možnost, že se do pár let vyskytne onemocnění další. U pacientů s metabolickým syndromem se častěji vyskytují onemocnění, jako jsou deprese, některé nádory, neplodnost a nejvýznamnější komplikací je ateroskleróza.

S obezitou je tedy úzce spjata onemocnění diabetes mellitus, protože má s otylostí stejný genetický základ, ze kterého vycházejí. Na jejich příčinách se spolupodílí vnější prostředí – životní styl především zvýšený energetický příjem, který přesahuje nárok organismu (Chadim 2012). Fořt (2007) ve své knize píše, že změna životního stylu přináší kýžené výsledky, pokud se klientovi podaří najít ten, který jemu nejvíce vyhovuje. K tomu musí být vyhodnocen typ obezity, stanovení krevní skupiny a konečně metabolická typologie.

1.2 Léčba obezity

Svačina (2003) ve své knize Jak na obezitu a její komplikace píše, že léčba obezity je souhrou až pěti způsobů: dietologického, psychoterapeutického, chirurgického, farmakologického a fyzické aktivity. Hainer (2004) ve své publikaci Základy klinické obezitologie pojednává o psychologické neboli psychoterapeutické léčbě. Tato léčba si klade za cíl odstranit či zmírnit chorobné příznaky a změnit celou osobnost. Druhým druhem je léčba farmakologická, jejímž cílem je pomocí dlouhodobé aplikace léku korigovat metabolické a regulační poruchy podmiňující rozvoj obezity a s ní sdružených zdravotních komplikací, a tak napomáhá pacientovi dodržovat redukční režim. A třetím postupem je léčba chirurgická neboli bariatrická, kdy se může udělat bandáž žaludku nebo jeho restrikce (Hainer 2004).

1.2.1 *Dietní léčba*

Svačina (2008) ve své publikaci píše, že dietní léčba je u tohoto onemocnění jednou z nejdůležitějších, ale pokud je použita samostatně, většinou je neúspěšná. Dietoterapie je častokrát ztotožňována jen s redukcí váhy, což je chybné. Ve skutečnosti je zdravý životní styl stejně důležitý.

Při léčbě redukčními dietami je důležité brát v úvahu obsah energie v živinách. Velmi podstatné je dbát na správný obsah vlákniny, která má zanedbatelný energetický obsah. To znamená, že čím více máme v potravě vlákniny, tím menší je energetická hodnota. Prozatím je léčba obézních klientů vždy založena na negativní energetické bilanci, kdy je příjem energie menší než její výdej (Svačina 2008).

Zásady dietní léčby jsou: onemocnění je celoživotní, proto je nutná dlouhodobá úprava životního stylu. Druhou zásadou je pravidelnost v jídlu, proto by měl být jídelníček rozdělen do 3 – 6 jídel denně. Klienti by měli jíst s pravidelností po 3 až 4 hodinách, tak aby nevznikal mezi jídlem přílišný hlad. Pravidelnost by se neměla realizovat za každou cenu, klienti by se neměli do jídla nutit. Poslední jídlo by měli jíst 2 hodiny před spánkem, což je většinou mezi 18 až 21 hodinou. Dalším pravidlem je rovnoměrné rozdělení energie během dne, aby nedocházelo k hladovění. Příjem energie je možno rozdělit do tří třetin s tím, že v každé třetině je zastoupeno jedno hlavní nebo jedno vedlejší jídlo. Tímto pravidlem se klient může řídit i sám doma a tím snadněji uhlídat energetický příjem. Následuje pravidlo racionální výživy, kdy strava má obsahovat dostatek vlákniny, minerálů, vitamínů a měla by být pestrá a vyvážená. Nejzásadnějším pravidlem v redukční dietě je snížení obsahu tuků a omezení solení. Další důležitou zásadou je změna stravovacích návyků. Aby byla změna zásadní, musí být spojena s psychoterapeutickým přístupem a tím změnou způsobu života. K tomu se váže dostatečný přísun nízkoenergetických tekutin, kterých by mělo být 1,5 až 2 litry denně. U těchto zásad a změn je důležité mít ke klientovi individuální přístup. Musíme brát v úvahu, že porušení diety je běžným jevem, pokud se tak stane, je nutno v započaté dietě vytrvat (Svačina 2008).

1.2.2 Fyzická aktivita

Patří společně s dietním omezením mezi základní léčebný postup. Přestože fyzická aktivita má blahodárny účinek na snížení hmotnosti, pravidelnou aktivitu do svého programu zařazuje jen malá část obézních pacientů. Léčba obezity je poměrem příjmu a výdeje energie. Příjem energie jde přiměřeně dobře ovlivnit, zatímco výdej lze ovlivnit omezeně. Denní energetický výdej je složen ze tří částí: klidového energetického výdeje, kterého je přibližně 60 – 75 %. Ten je podmíněn víceméně geneticky. Druhá část je fyzická aktivita 15 – 25 % a poslední je postprandiální termogeneze, která tvoří 5 – 10 % (Matoulek 2008).

O účinnosti této metody rozhoduje intenzita, frekvence, druh pohybu a doba trvání pohybu. Prospěšné je zjistit tzv. sportovní anamnézu, protože lépe klienti cvičí, co znají z minulosti. Účinná pohybová aktivita je frekvence 3 – 4 krát týdně, nejlépe ob den. Pokud je mezi cvičením delší proluka než 48 hodin, většinou se nedostaví kýžený úbytek váhy (Matoulek 2008).

1.2.3 Farmakoterapie

Léky, které se používají k léčbě obezity mají upravovat regulační, nebo metabolickou poruchu. Jejich cílem je například navodit pocit sytosti, nebo ovlivnit metabolickou poruchu. Tyto léky se rozdělují do tří skupin. Jsou to farmaka navozující zdání sytosti v centrálním nervovém systému, ještě medikamenty zvyšující energetický výdej, které působí v trávicím ústrojí na úbytek dostupnosti tuku v organismu. K farmakologické léčbě se přistupuje většinou při selhání nefarmakologické léčby, to je nízko energetická dieta a zvýšená fyzická aktivita. V ČR se používají proti obezitě léky Sibutramin a Orlistat.

Sibutramin je medikament, který navazuje pocit sytosti a také lehce zvyšuje energetický výdej. Tento lék se doporučuje pacientům trpícím pocitem hladu. U tohoto léku nejsou uvedeny žádné návykové ani psychostimulační účinky. Občas se objeví nežádoucí účinky jako je například suchost v ústech, zácpa, nespavost apod. Tento lék se nepodává pacientům s hypertenzí a ischemickou chorobou srdeční provázenou arytmiemi anebo srdečním selháváním.

Orlistat ovlivňuje svým působením v zažívacím traktu dostupnost tuků v organismu, tím se odlišuje od většiny léků používaných proti obezitě. Tento lék se podává u pacientů, kteří neumí omezit příjem tuků ve své potravě nebo u pacientů, kteří mají zhoršenou schopnost spalovat tuky. Lék se nedoporučuje při poruchách vstřebávání živin a při měštnání ve žlučových cestách.

Dalším možným lékem, který předepisuje lékař je Fentermin nebo lékárensky připravované Elsinorské prášky. Tyto medikamenty se řadí mezi centrálně působící léky proti obezitě, které ji ovlivňují. Avšak tato farmaka mají více nežádoucích účinků jako je například urychlení srdeční frekvence a možnost vzniku návyku. Tyto léky se nedoporučují podávat po dobu delší než 3 měsíce (Málková 2009).

1.2.4 Chirurgická léčba

Dle Kasalického (2011) je chirurgická léčba v dnešní době nejúčinnější přístup k léčbě obezity. Tato léčba by měla být indikována klientům, kteří jsou určitou dobu pozorováni obezitologem a jsou schopni dodržet režimová opatření a dietu. Klientům podstupujícím chirurgickou léčbu musí být vysvětleny výhody a omezení, které výkonem vzniknou. V současné době se používají výkony, které vedou restrikcí objemu přijímané stravy ke snížení energetického příjmu, k navození malabsorpce a poslední metody jsou kombinované. Bariatrické výkony jsou prováděny laparotomicky nebo laparoskopicky. Před operací je nutno kompenzovat chronická onemocnění, tím se sníží riziko operace. Znovu se musí vysvětlit změny ve stravování a životním stylu. Dále se klientovi vysvětlí výhody, důsledky a rizika chirurgické léčby. Před výkonem se provedou laboratorní testy, EKG, RTG hrudníku, je možno provést i spirometrii. Dále se provádí sonografii břicha, aby se vyvrátila či potvrdila cholecystolithiáza a posoudila se velikost levého laloku jater. Také se před všemi bariatrickými výkony doporučuje endoskopické vyšetření trávicího traktu. Je nutné vyšetřit stav žaludku a tím vyloučit vředovou chorobu gastroduodena, větší hiátovou hernii či refluxní nemoc žaludku a malignitu.

Mezi tyto výkony řadíme: gastrickou bandáž, sleeve gastrectomy, gastrický bypass a biliopankreatickou diverzi.

Gastrická bandáž je metoda, která se nejvíce používá v ČR, protože je reverzibilní. Umístění bandáže je v horní části žaludku, je to silikonový kroužek, který obepíná žaludek. Pomocí komůrky uložené v podkoží, která je spojena s kroužkem je možno utáhnout bandáž kolem žaludku podle potřeby klienta. Tím je rozdělen žaludek na dvě části. Menší část má sloužit k stimulaci centra pocitu sytosti v mozku, s následným vymizením pocitu hladu. Pokud však klient nejí dostatečně dlouho a často se přejídá, žaludek si na tuto skutečnost zvykne a roztáhne se (Kasalický 2011).

Sleeve gastrectomy neboli tubulizace žaludku, tuto metodu provádíme primárně laparoskopicky. Princip tubulizace žaludku je v chirurgickém odstranění velkého zakřivení žaludku, zbyde tedy žaludek s objemem 80 – 180 ml a tvarem trubice (Kasalický 2011).

Základním principem gastrického bypassu je kombinace restriktivní a malabsorpční operace. Horní část žaludku se přeruší a vytvoří se malý úzký proximální žaludeční „pouche“ tedy malá kapsa. Zbylý žaludek zůstává na svém místě, ale již neplní svou funkci. Proximální část žaludku je spojena s tenkým střevem, tím se vyřadí z trávení dvanáctník, žaludek a horní část tenkého střeva. To má za následek rychlé naplnění žaludku po požití potravy a tím vyvolání pocitu sytosti (Kasalický 2011).

Biliopankreatická diverze - tato metoda je nejradikálnější a jediná čistě malabsorbční. Můžeme jí rozdělit na dva typy dle Scopinara, kdy se klientovi provede resekce dvou třetin žaludku s tím, že se ponechá jeho proximální část to je 250 – 500 ml. Poté se provede rekonstrukce zažívacího traktu, aby alimentární tenká klička byla dlouhá 250 cm a biliopankreatická na ni byla napojena koncem do strany 50 cm céka. Tím se sníží vstřebávání živin hlavně tuků. Druhým typem je duodenální switch, kdy se provede resekce žaludku sleeve gastrectomy. Trávicí trakt je přerušen 5 cm za vrátníkem žaludku, na toto místo se našije alimentární klička a distální dvanáctník je slepě uzavřen. Poté se pokračuje v rekonstrukci zažívacího traktu, jako u předešlého typu (Kasalický 2011).

1.2.5 Kognitivně behaviorální terapie

Metoda, která vychází z předpokladu, že je otylost částečně získaná porucha, a proto lze její vznik interpretovat principy učení a kognitivní teorií (Málková 2009).

Arlethová (2010) ve svém článku píše, že se tato terapie používá u klientů, pro které není vhodná jiná terapie. Tato terapie se zaměřuje na změnu chování. „Soustřeďuje se na vnější stránku osobnosti a zdůrazňuje zodpovědnost člověka za to, co se v něm kolem něho děje.“ (Arlethová 2010, s 30)

Málková (2009) ve své práci zmiňuje, že kognitivně behaviorální terapie vychází z několika modelů učení. To je za prvé: klasické podmiňování: „Z tohoto modelu vycházejí metody, které jsou založeny na učení a odnaučování se vztahů mezi podnětem a reakcí.“ (Málková 2009, s. 2) Podnětem v tomto vztahu je hlad a reakcí je najezení se. U obézních jedinců signál hladu a žízně vymizel, otlí lidé nejsou schopni poznat, co je přirozená porce, proto se na signály nelze spolehnout. Potraviny nepřijímají na základě fyziologické potřeby, ale na základě spouštěcích podnětů. Druhým modelem je operativní podmiňování. „Z tohoto modelu vycházejí metody, které jsou založeny na vztahu mezi reakcí a následkem.“ (Málková 2009, s. 2) Cílem tohoto modelu je manipulace s následky – odměnou či trestem a tím změnou chování. Udrží se ta změna, která je posílena – odměna a změna, co je trestána, vymizí. Terapeutickým cílem je, aby změna životního stylu byla pro klienta příjemná. Jen takovými metodami mohou být návyky trvalé a váhové úbytky se mohou udržet. Posledním modelem je kognitivní teorie. „Kognitivní teorie předpokládají, že kognitivní procesy mají zprostředkující funkci mezi podnětem a reakcí. Není to tedy podnět sám, který vyvolává určité chování, ale význam, který osoba tomuto podnětu přisoudí. Učení může probíhat i bez přímého zpevnění, může probíhat pouze prostřednictvím kognitivních procesů.“ (Málková 2009, s. 2)

Lze říci, že emoce, chování a myšlení je možné předpovídat, regulovat a kontrolovat ovlivňováním podnětů, které spouštějí nevhodné chování (Málková 2009).

Terapie se provádí v několika sezeních. Při prvním sezení se seznamuje terapeut s pacientem, kdy klient řekne svá očekávání a svůj problém, terapeut ho seznámí s léčbou onemocnění a terapeutickou pomocí. Tím se předchází vzniku nedorozumění.

Mezi hlavní témata patří změna jídelního režimu a hmotnosti. Proto je důležité vést jídelní záznamy, klient si však musí zvyknout dodržovat jídelní režim i bez těchto záznamů (Arlethová 2010).

1.3 Úloha všeobecné sestry v prevenci obezity

Machová (2009) ve své knize *Výchova ke zdraví* píše, že prevence je nastavena proti onemocněním a je vedena snahou jim předcházet. Prevence se rozděluje do tří skupin. A to na primární prevenci, která se týká doby, kdy dosud nemoc nevznikla, cílem této prevence je zabránit vzniku onemocnění. Dále sekundární prevence kde se předchází nežádoucím účinkům nemoci. A poslední terciální prevence, která řeší následky nemoci. Prevence otylosti vychází z domnělých příčin epidemie obezity. Hlavní příčinou nárůstu obezity je změna prostředí, proto by nejúčinnější metodou prevence mohla být nyní změna prostředí. Také u obezity je znám podíl genetických faktorů. Vzhledem k tomu, že u jedinců trpících obezitou v rodinné anamnéze nedochází ke zrodu obezity pokaždé, působení rizikového životního prostředí se lze bránit (Hainer 2004).

Na zrodu obezity se podílí strava bohatá na tuky, sacharidy a energeticky vysoká. Dále také pokles fyzické aktivity ve všech pracovních oborech včetně průmyslu, služeb a zemědělství. Následujícím problémem je také nárůst automobilové dopravy. Obézní jedinci totiž tráví nejvíce času v automobilu cestou do práce (Hainer 2004).

Dietní opatření je navrhované při množství chorob. Zatím se však neprokázalo ovlivnění příjmu potravy jako metoda prevence vzniku obezity (Hainer 2004).

Poslednímu tvrzení oponuje ve své knize Vítek (2008 s. 59), který v kapitole „Jak předcházet obezitě“ píše: „Zdravá výživa hraje klíčovou roli v udržení správného stavu naší tělesné schránky.“ Mezi zásady zdravé výživy zařazujeme: změnu životního stylu, kontrolu příjmu a výdeje kalorií, jezení rozmanité stravy, konzumace stravy dle doporučení odborníků, stravu bohatou na komplexní sacharidy a vlákninu, začleňování do stravy zeleniny a ovoce, konzumace potravy nejméně 5x denně, omezení množství soli a být fyzicky aktivní.

Role sestry se mění s postupem času a s rozvojem ošetrovatelství. Hlavní úlohou sestry je řízení a poskytování ošetrovatelské péče, výchova klientů a aktivní účast na výzkumu ošetrovatelství (Beňadiková, Rapčíková 2009).

V rámci primární prevence je důležité podat klientovi informace o výhodách cvičení na celé tělo. Např. zlepšení svalové síly a vytrvalosti, snížení tlaku krve, snížení koncentrace cholesterolu apod. Optimální program pohybové aktivity by měl obsahovat vytrvalostní (aerobní) aktivity, posilovací cvičení a cviky na zlepšení obratnosti (koordinace pohybu, pohyblivosti, pružnosti). Z hlediska předcházení kardiovaskulárních chorob jsou nejvhodnější aerobní aktivity, které jsou preferovány před silovými, protože zlepšují kardiorespirační vytrvalost. Při tomto cvičení je důležité dodržovat jednotlivé fáze aerobního cvičení. Těmito fázemi se rozumí rozcvičení – natažení a zahřátí svalů a vyvolání mírně zrychleného pulzu, aerobní fáze – vlastní cvičení a relaxace – ta by měla být pěti minutová a mělo by se docílit sníženého pulzu (Bašková 2009).

V sekundární prevenci se objevuje více onemocnění (např. cukrovka, metabolické poruchy aj.) a ty si žádají úpravu stravy tzv. léčebnou výživu. Správná výživa má přispívat ke zlepšení obranyschopnosti organismu, zlepšení kondice klienta a měla by mít správný léčebný efekt. Léčebnou výživu lze rozdělit do třech forem – ambulantní, lázeňská a nemocniční léčba. V závislosti na stavu pacienta a jeho onemocnění se používá orální výživa, tzv. přirozená anebo umělá – enterální nebo parenterální výživa. Úkolem sestry je podpořit a zdůraznit pokyny související s dietoterapií, pomoci při realizaci změn a vyhodnocení reakce jednotlivce na změnu stravování (Bašková 2009).

V terciální prevenci jde především o alternativní způsoby stravování, o parenterální nebo enterální výživu v domácím prostředí (Bašková 2009).

1.3.1 Edukace a motivace pacienta

V knize Psychologie aktivního způsobu života (2010) píše její autorky o modelu motivační připravenosti ke změně, tento model se váže ke změně aktuálního chování a motivace. Model má pět stádií připravenosti k přeměně. První stádium tzv. bez úvahy o změně je vyznačováno pohybovou nedostatečností. Do druhého stádia tzv. úvah o

změně, můžeme zařadit jedince, kteří neprovozují žádnou pohybovou aktivitu, ale chystají se ji během šesti měsíců teprve provozovat. Třetí stádium obsahuje jedince s občasnou pohybovou aktivitou, ale ne s dostatečnou pohybovou aktivitou, která by podle doporučení ASCM a AHA měla být pětkrát v týdnu minimálně po dobu třiceti minut nebo dvacetiminutové namáhavé cvičení, které má být prováděno alespoň tři dny v týdnu. Čtvrté stádium se týká jedinců s dostatečnou pohybovou aktivitou. A poslední páté stádium zahrnuje jedince, pro které se pohybová aktivita stala součástí života.

Soudí se, že procházení stádií má cyklickou povahu a není lineární, protože značné míře jedinců se nedaří změnit trvale způsob svého života. To znamená, že se lidé pohybují z jednoho stádia na jiné a navracejí se zpět.

V současnosti se intervenční programy zabývají jedinci ve třetím a čtvrtém stádiu. Je ale důležité, aby se podporovaly osoby, které jsou v prvním a druhém stádiu. Těm však není nabízeno dostatečné množství příležitostí a také nejsou uspokojivě motivovány, aby hledaly sami takovéto příležitosti.

V projektu pro podporu zdraví na pracovišti bylo zjištěno, že nesoulad mezi intervenčními strategiemi a motivační připraveností jedinců ke změně vede k nedokončení tohoto programu. Pokud však některé osoby vydrží v programu, pak pravděpodobně nedosáhnou svých cílů. Například pokud jedinec ve druhém stádiu dostane informace o tréninkových programech určených pro osobu ve čtvrtém stádiu, nemusí jim věnovat pozornost, tím se zvyšuje pravděpodobnost zapomenutí těchto informací nebo vyvinutí názoru, že tento program není pro něj vhodný. Přizpůsobení intervenčních programů motivaci a připravenosti klientů zvyšuje možnost pravidelné návštěvy programů a to vede k naplnění jejich krátkodobých a dlouhodobých cílů a současně ke snížení pravděpodobnosti ukončení programu (Marcus, Forsyth 2010).

1.4 Výživa

1.4.1 Složení stravy

Strava se skládá z cukrů, tuků, bílkovin, vitamínů a stopových prvků. Bílkoviny jsou nedílnou součástí našeho těla, slouží jako základní stavební kámen, který dále slouží k obnově tkání a jsou potřebné také pro tvorbu bílkovin se specifickou funkcí

v organismu. V případě, že organismus nemá dostatek energie, může použít k pokrytí nároků na energii i bílkoviny (Kunová 2005).

Fořt (2004) píše, že se strava musí skládat z adekvátního množství bílkovin. Toto množství se pohybuje od 10 – 15 % až po 30 % energetického příjmu. Minimálním množstvím rozumí 0,8 g na 1 kilogram váhy. Pokud se množství zmenší na 0,5 g na 1kg váhy nejsou jedinci schopni dovést váhy vyšší než 60 kg. K tomu dochází v některých populačních skupinách, například v Africe nebo v Asii, u některých vězněných lidí nebo z minulosti v japonských zajateckých táborech ve 2. světové válce. Na druhou stranu pokud je bílkovin mnoho uvolňuje se vápník především z kostí, který je nutný k neutralizaci vzniklých aminokyselin a to může vést k vzniku osteoporózy.

Tuky jsou důležité, protože dodávají esenciální mastné kyseliny, jsou také potřebné pro vstřebávání vitamínů rozpustných v tucích: A, D, E, K. Některé tuky rovnou tyto vitamíny dodávají. Tuky jsou zdrojem cholesterolu, který naše tělo potřebuje v malé míře, a také fitocholesterolů, které dobře působí při zvýšené hladině cholesterolů (Kunová 2005).

Pitřha (2009) ve své práci říká, že tuky dodávají pokrmu příjemnou chuť a lahodnost při žvýkání a také vyvolávají dojem sytosti, který se dostavuje až po půl hodině po konzumaci potravy.

Tuky dělíme na rostlinné, do kterých patří oleje a stolní tuky z olejů. Příkladem jsou: oleje, margaríny, kokosový a palmový tuk, ořechy a sója. A živočišné, do kterých zařazujeme mléčný tuk, lůj, sádlo a rybí tuk. V naší potravě by měly být zastoupeny více tuky rostlinné a to ze dvou třetin. Tuky jsou složeny z mastných kyselin, přičemž jsou některé pro organismus užitečné a jiné naopak škodlivé, protože podporují vznik aterosklerózy (Pitřha 2009). Podle Kunové (2005) by denní spotřeba tuků měla být 25 – 30 % z celkové energie, což je přibližně 80-100 g za den. Přitom by přísun cholesterolu neměl přesahovat 300 mg.

Chrpková (2010) píše, že sacharidy jsou pro organismus velmi důležité, protože z nich čerpá energii pro své fungování. Dělíme je na jednoduché, které jsou lehce stravitelné. Zařazujeme sem glukózu – hroznový cukr, sacharózu – řepný či třtinový cukr, fruktózu – ovocný cukr, maltózu – sladový cukr a laktózu – mléčný cukr. Druhou

kategorii tvoří složené sacharidy. Do této skupiny řadíme škroby, ze kterých organismus získává nejvíce energie. Kunová (2005) se ve své práci zmiňuje o potřebě cukrů, jejíž hodnota se pohybuje mezi 50 - 500 gramy přičemž většina populace má příjem 100 - 300 gramů. Z tohoto množství by mělo být jednoduchých cukrů přibližně 15 % a zbylých 85 % by mělo připadnout na škroby, které nalezneme v obilovinách, bramborech, těstovinách, luštěninách, atd. Složité sacharidy se při vstřebávání mění na glukózu, která rovnou vstupuje do buněk a působí na jejich energetický metabolismus

Nesmíme opomenout pitný režim. Aslt (2009) ve své publikaci píše, že je lidské tělo složeno ze 70 % vody, proto je důležité poměr vody udržovat. Voda je pro tělo důležitá, funguje jako rozpouštědlo mnoha látek a uplatňuje se v metabolismu na jakýchkoli úrovních. Dále je nosičem stopových prvků, minerálů apod. A v neposlední řadě ji potřebujeme, jako chladící medium, které zabraňuje přehřátí našeho organismu.

Člověk přibližně v průměru vydá 2 - 2,5 litru vody, močí 1 - 1,5 l, přibližně 600 ml pocením a zbylých 300 - 400 ml tělo spotřebuje. Kvůli tomu by se spotřeba u člověka měla pohybovat kolem 2 až 3 litrů (Aslt 2009).

1.4.2 Jak by měla vypadat strava v České republice

Müllerová (2003) ve své knize píše, že strava v ČR má být rozmanitá a vyrovnaná, zvýšená na potraviny rostlinného původu na úkor živočišných, odpovídající energetickému výdeji, přijímaná v pravidelných intervalech, s dostatečným pitným režimem, omezená na kaloricky vyšší potraviny a přejídání nemá být řešením frustrací.

Obyvatelé ČR trpí vysokým výskytem civilizačních chorob. A to hlavně obezity, aterosklerózy, diabetes mellitus II. typu, hypertenze, nádorů apod. Značný význam má nesprávná výživa a špatná technologie přípravy pokrmů, které vedou k těmto nemocem. Proto Světová zdravotnická organizace stanovila pro Evropu tato výživová doporučení: změnit příjem energie u obyvatelstva v souvislosti s pohybovým režimem tak, aby se dosáhlo rovnováhy mezi výdejem a příjmem energie (Machová 2009).

1.4.3 Glykemický index

Fořt (2004) píše, že tento termín byl formulován v roce 1981 Jenkinsem a Woleverem, ale veřejnost se o jeho spojení s obezitou a diabetem dozvěděla více až v současnosti. Grofová (2007) uvádí, že glykemický index je poměr doby strávení určité potraviny k době, za kterou je strávena glukóza. Je to také poměr ploch pod křivkou, kdy referenční potravinou je glukóza nebo bílé pečivo, které mají index 100. Výsledné poměrné číslo se uvádí v procentech. Potraviny, které se tráví rychle, mají vysoký glykemický index. Ty, které se tráví pomalu, mají glykemický index nízký (viz Příloha 2).

1.4.4 Pyramida výživy

Pyramida výživy z roku 2000 reprezentuje doporučené složení stravy. V jejím základu jsou přílohy – obiloviny, těstoviny, celozrnné pečivo apod. Tyto potraviny představují základ zdravé výživy (Čeledová 2010). Fořt (2004) ve své knize *Výživa pro dokonalou kondici a zdraví: z pohledu jednotlivce i populačních skupin* píše, že je toto patro zastoupené sacharidy (škroby). Takovýchto pokrmů bychom měli požívat 6 – 11 porcí za den. Ve druhé etáži nalezneme zeleninu a ovoce (Čeledová 2010). Zeleniny by se mělo konzumovat 3-5 porcí za den a ovoce 2-4 porce denně (Fořt 2004). Ve třetí etáži nacházíme živočišné produkty a na vrcholu pyramidy nalezneme tuky a sladkosti (jednoduché cukry), kterých bychom se měli vyvarovat nebo je konzumovat v malém množství (viz Příloha 3).

Těmto tvrzením oponuje Slimáková (2012). Ve svém článku uvádí „Zdravý talíř je nová a zdravější varianta zastaralé výživové pyramidy. Složení talíře odpovídá moderním vědeckým poznatkům, ukazuje nejlepší cestu k udržení zdravého těla i hmotnosti, tvoří základ zdravotní prevence a podpory účinné léčby.“ (Slimáková 2012, s. 1) Dále poukazuje, že se výživová pyramida podílí na epidemii obezity, diabetes mellitus a rozvoji kardiovaskulárních onemocnění (Příloha 4).

Zdraví talíř dle Slimákové (2012) odpovídá novodobým znalostem, díky grafice není potřeba přepočítávat porce, je zde důraz na příjem zeleniny, u které je zvýrazněna rozmanitost, barevnost a výživová hodnota. U polysacharidů je navržen příjem

rozdílných a přirozených obilovin, do kategorie bílkovin je začleněno maso a mléko, ponechává se možnost výběru mezi rostlinnou a živočišnou stravou, doporučuje se konzumace zdravých tuků a olejů, zatímco tělu neprospěšné trans tuky a sladkosti se vylučují, jsou zde vyjmenovány vhodné a nevhodné tekutiny a v neposlední řadě se klade důraz na kvalitu a zdravotní prevenci.

1.4.5 Nová výživová pyramida

Skupina amerických expertů se rozhodla přezkoumat dosavadní výživovou pyramidu, proto dr. Stampfer a dr. Willette upravili tuto pyramidu, která doposud nebyla přijatá.

Změny v této pyramidě jsou jen dvě. Kdy je přehodnoceno stanovisko, že podstatou výživy jsou cereálie a nesprávnost zanedbávání tuků. Doporučení v dosud platné výživové pyramidě vede k přebytečnému příjmu sacharidů, což má za následek zvýšení tělesné hmotnosti a možná také diabetes mellitus druhého typu.

Nová pyramida výživy ubírá doporučení množství cereálií a to ve prospěch konzumace tuků a proteinů. Dosud se protěžovaly ztužené rostlinné oleje (margaríny). „Nevhodná technologie však způsobovala zásadní zdravotní problémy díky mimořádně vysokému obsahu nepřirozených tzv. trans - mastných kyselin.“ Trans - mastné kyseliny jsou škodlivější než jakékoli živočišné tuky (Fořt 2004).

Slimáková ve svém článku USDA nahradila výživovou pyramidu talířem (2011). Píše, že americké ministerstvo zemědělství nově znázornilo průvodce zdravou výživou. Dosud používaná pyramida výživy se změnila ve prospěch ikony „Můj talíř“ (Příloha 5). Tento talíř doporučuje větší spotřebu potravin rostlinného původu. Podle ministerstva zemědělství USA by měla být jedna polovina talíře zaplněna zeleninou a ovocem a druhá polovina by měla být pokryta celozrnnými obilovinami a bílkovinami. Vedle talíře je navrhován i šálek nízkotučného mléka nebo mléčného výrobku. Nepatrný důraz je kladen na maso, které zde ve skutečnosti není vůbec zmíněno.

Organizace lékařů pro zodpovědnou medicínu navrhla jako zdravější alternativu výživové pyramidy „Power Plate“ (viz Příloha 6). Power Plate je barevná ikona, která doporučuje rozdělení talíře na čtyři potravinové skupiny, a to ovoce, zeleninu, luštěniny

a obiloviny. Ještě před uvedením PCRM Power Plate hned několik dalších odborných lékařských společností doporučovalo převládající konzumaci rostlinné stravy.

1.4.6 Výživa a stravovací návyky

Z antropologických studií je známo, že postavení potravy je v různých společnostech podstatné. Jídlo může být zdrojem potěchy, radosti, slouží také k soudržnosti nebo může mít vztah k lidem nebo posvátnému. Tyto faktory se odrážejí do projevů osobnosti a jídelních zvyklostí. Konzumace jídla u lidí není podřízena pouze instinktům, ale je dána osobitými sociokulturními a psychickými vzory, které jsou typické pro danou společnost. U obézního pacienta je, dle zásad zdravého a vhodného stravování jasné, že je důležité snížit obsah tuku ve stravě. Také je potřeba dosáhnout správného poměru sacharidů a bílkovin. Mělo by být zajištěno snížení obsahu jednoduchých cukrů. Dále je vhodné konzumovat více ovoce a zeleniny, mléčných výrobků a mléka se sníženým obsahem tuků. Stejně důležité jsou též návyky stravování, např. velikost porce a frekvence příjmu potravy (Veisová 2011).

Informace o výživě lze získat z výživové anamnézy, ve které se soustředí na příjem potravy a její složení a zaměřuje se na stravovací návyky, denní příjem tekutin, změny tělesné hmotnosti, při nemoci změny ve stravování, zažívací těžkosti, potravinové alergie, užívání léků, minerálů a vitamínů, alkoholu, vztah fyzické aktivity a příjmu potravy, psychosociální problémy, způsob nákupu a přípravy jídla.

K získání informací může sestra použít 24 – hodinový recall, tato metoda zahrnuje údaje za několik hodin až po dobu sedmi dnů. Provádí se pomocí osobního nebo telefonického kontaktu jako řízený rozhovor, prostřednictvím předtištěného formuláře, na záznamník či přímo do počítače. Tato metoda není vhodná pro děti mladší sedmi let a seniory starší sedmdesáti pěti let, protože vyžaduje spolupráci s danou osobou. Informace se týkají prvního jídla před 24 hodinami. V první fázi nespecifikujeme podrobnější potraviny. Když odpovědi pokryjí celých 24 hodin, nastává druhá fáze, v které kvalitativně zpřesňujeme získané údaje. Ve třetí fázi zjišťujeme množství pokrmů a rozhovor končí čtvrtou fází připomenutí běžně konzumovaných potravin.

Další metodou je metoda rychlého hodnocení výživy pomocí potravinových skupin, tato metoda je založena na 24 – hodinovém recallu s převodem na potravinové skupiny. Výsledky z tohoto šetření se dále porovnávají s doporučenými normami. Dále lze použít metodu hodnocení výživy pomocí nutričního skóre, které vychází z doporučení Světové zdravotnické organizace. Je založena na formuláři, který obsahuje deset otázek, kdy kladná odpověď znamená jeden bod. A v neposlední řadě lze získat informace pomocí rozhovoru o frekvenci příjmu potravy, kdy zjišťujeme, jak často jedinec konzumuje určité potraviny (Bašková 2009).

1.5 Ošetrovatelská péče o obézního pacienta

Mlýnková v odborném časopise (Sociální péče 2010) píše, že častými problémy péče o obézního klienta jsou zhoršená pohyblivost, která může přecházet v imobilitu a snížená schopnost spolupráce. Z těchto faktů vyplývá i ošetrovatelská péče, která je komplexní.

1.5.1 Hygienická péče

Mlýnková ve svém článku (Sociální péče 2010) uvádí, že by hygienická péče u mobilního obézního klienta měla být snadná, pokud je však zajištěna pravidelně s optimálním intervalem. Nejvhodněji by se hygiena měla provádět ve sprše, i ve vaně. Důležité je, aby bylo mýdlo správně opláchnuto vodou, kterou se musí oplachovat celá pokožka i v intimních partiích. Další významná činnost, která musí být zajištěna, je dostatečné vysušení zejména v tříslech, podpaží a jiných kožních záhybech. Pokud je klient schopen zajišťovat si osobní hygienu sám, necháme ho tak činit, poněvadž by došlo k narušení jeho návyků – omezení soukromí.

Hygienická péče má důležité zásady, které je nutné dodržovat. Provádíme ji vždy, když je potřeba. Týká se nejen kůže, ale i péče o osobní i ložní prádlo, péče o opruzeniny a jiné poškození kůže. Je důležité, abychom měli připraveny všechny pomůcky, které budeme k hygieně používat dle ošetrovatelského standardu. Při hygienické péči dbáme na intimitu klienta a snažíme se ho aktivizovat péčí o sebe sama.

Problémem u obézních klientů jsou opruzeniny. U klientů, kteří mají opruzeniny je většinou ošetrovatelská péče složitější. Při ošetřování mohou nastat problémy: zarudlá kůže, změna barvy uší, nehtů apod., proto je důležité si tyto problémy poznamenat a hodnotit. Přesně hodnotíme vzhled a barvu kůže, tvorbu strii a strie, povrch kůže, tvorbu začervenalých míst a jiné projevy kůže. U obézního klienta je pod kůží nahromaděn tuk, který tvoří záhyby. Tyto záhyby se navzájem dotýkají, proto jsou místem, kde se hromadí mikroorganismy, pot, kvasinky, nečistoty, agresivní látky z potu. Tyto faktory narušují integritu kůže, kožní záhyby jsou tedy místem tzv. vlhké zapáčky. Zapáčky nejčastěji najdeme v podpaží, vnitřní straně hýždí a stehen, pod prsy, třísky, záhybech loktů, zápěstí, v pase a pod bradou. Na takové kůži brzy vznikají opruzeniny. Takovéto opruzeniny se nazývají intertrigo. Příčinou intertriga je chemická reakce látek, které se rozkládají z potu, průjemovité stolice a moči. K tomuto jevu dochází při snížené hygieně, nesprávném osušení kůže a při nošení těsného oblečení. Projevem intertriga je ložisko, které je zbarvené do červena, toto ložisko pálí, bolí a při špatném ošetření mokvá. Opruzeniny se ošetřují tak, že se záhyby musí dostatečně umýt vodou bez mýdla, dále je vysušíme ručníkem, který přikládáme na postižené místo. Tato místa mažeme mastí, při mazání dáváme pozor na to, aby kůže byla suchá a bez mastí z předešlého dne. Masti aplikujeme a místa ošetřujeme dle ordinace lékaře. Pokud je opruzenina suchá, je třeba jí promazávat. Dle Mlýnkové (2010) jsou vhodné masti, jako jsou infadolan, calcium pantothenicum, zinková mast, Ribilka nebo Menalind. Podle její zkušenosti pomáhá i krém Dermaguard, který pokožku chrání a vyživuje. Kontaktů kožních ploch zabráníme zanecháním sterilních čtverců v ráně. Mokvající rány se musejí zklidnit a vysušit přikládáním obkladů zejména Jarishovým roztokem, borovou vodou, heřmánkem apod. Obklad musí mít teplotu pokožky, přikládá se na dvě minuty, poté se znovu namočí do obkladové látky a nechá se přiložený přibližně deset až patnáct minut. Obklad přikládáme během dne dvakrát až třikrát (Mlýnková 2010).

Dalším problémem obezity jsou proleženiny. Ty vznikají na tzv. predilekčních místech, zejména v oblasti beder. Rauscherová (2010) ve svém článku popisuje péči o pacienta s těžkou obezitou a dekubitem. Píše, že péče o takto postiženého klienta je zdoluhavá a musí být komplexní. Léčba musí být zaměřena na nutriční výživu, pitný

režim, péči o pokožku a polohování klienta. Podle Symerské (2012) je nutné u každého klienta vést dokumentaci podle stupně rizika Nortonové, lokalizaci, barvu, velikost a způsob terapie (viz Příloha 7, 8). V kompetenci nelékařského ošetrovatelského personálu je předcházení a včasná identifikace dekubitů. Péče o dekubity je součástí ošetrovatelských standardů a diagnóz

Je důležité odstranit tlak působící na tzv. predilekční místa, toho lze docílit pomocí antidekubitárních pomůcek, které jsou z různého materiálu např. molitanu, ovčího rouna, polystyrenových kuliček apod. A použitím častého polohování klienta, pokud je schopen sám se hýbat na lůžku, edukujeme ho o možných komplikacích, pokud by se nepohyboval. V případě, že je pacient imobilní, je nutné jej polohovat v závislosti na jeho stavu. Používáme několik poloh: na zádech, boku, v sedě a polosedě. Pokud možno, neukládáme pacienty do poloh, které jim nejsou příjemné anebo jsou nepřírozené (Symerská 2012).

1.5.2 Výživa

Povinností sestry je sledování příjmu potravy a tekutin. Musí si všimnout všech neobvyklostí, které by mohly vést k potížím. Sestra je povinna vědět jaké množství jídla pacient snědl. Při potřebě se vedou záznamy v dokumentaci. Dalším důležitým úkolem sestry je sledování dodržování diety pacientem. Pokud sestra zjistí, že pacient nedodrжуje dietu, nebo zjistí jiné nedostatky v jeho výživě, provede záznam do dokumentace a oznámí změnu lékaři (Juřeníková 2010).

V intenzivní péči se touto problematikou zdravotnický personál zabývá velmi málo, vzhledem k tomu, že se jedinci trpící obezitou projevují jako dobře živení. U obézních jedinců však může vzniknout proteinová malnutrice neboli kwashiorkor-like. Příčinou této malnutrice je nekvalitní způsob stravování s nadbytkem cukru a tuku v potravinách s nedostatečným příjmem kvalitních bílkovin (Zadák 2008).

1.5.3 Vylučování moče

S obezitou úzce souvisí inkontinence moči. Je to dáno vysokým intraabdominálním tlakem, zvýšeným napětím nervů vnějšího genitálu, které mají vliv

na prokrvení a nervové zásobení močového měchýře a napětím svalů pánevního dna. Zvýšená hmotnost tedy zvyšuje tlak na močový měchýř a to může vést k úniku moči. Pokud je BMI zvýšené o 5 je riziko vzniku inkontinence vyšší o 60 – 100 %. Často se stává, že obezita zhoršuje již dosavadní inkontinenci (Zelená hvězda 2011).

Pokud s inkontinencí souvisí jen obezita, je důležité snížit hmotnost o 5 – 10 %, tím se redukuje inkontinence až o 50 %. K eliminaci inkontinence může dojít kontrolou váhy v dlouhodobém horizontu. Jestliže úbytek váhy nepomůže, existuje několik terapeutických možností. Začíná se změnou stravovacích návyků, cvičením na zpevnění pánevního dna, nácvikem ovládnutí močového měchýře, nebo operačním řešením (Zelená hvězda 2011).

1.5.4 Spánek

Šonka (2008) ve svém článku píše, že se spánkem a obezitou souvisí několik onemocnění, která lze rozdělit na primární poruchy spánku, ty ovlivňují příjem potravy a tím vedou k obezitě. Příkladem jsou narkolepsie, Kleineho-Levinův syndrom, porucha příjmu potravy vázaná na spánek a syndrom nočního ujídání. Jako další onemocnění je s obezitou spojováno krátké trvání spánku, nebo naopak nadměrná denní spavost. Obezita také způsobuje spánkovou apnoei. „Spánková apnoe vede k obezitě, resp. brání redukci hmotnosti.“ (Šonka 2008)

Nezajímavěji popisuje poruchy příjmu potravy, které byly rozděleny na dvě složky: „a) příjem potravy je mimo volní kontrolu, provázený atypickým chováním a přichází až v průběhu spánku (= porucha příjmu potravy vázaná na spánek), b) příjem potravy předcházející spánek a probíhající za plné bdělosti s chováním v hrubých mantinelech přiměřenosti (= syndrom nočního ujídání).“ Porucha příjmu potravy vázaná na spánek se objevuje většinou u žen, projevujícími znaky jsou opakované konzumace potravy během probuzení většinou z hlubokého spánku. Pacient je částečně bdělý a jeho orientace během této události kolísá, druhý den má pacient na celou událost částečnou nebo celkovou amnézii. Potraviny volené při této konzumaci jsou většinou velmi kalorické a neobvyklé, může se stát, že pacient pojídá i stravu nepoživatelnou jako je např. syrové maso, cigarety aj. Syndrom nočního ujídání je charakterizovaný tím, že

klient má před usnutím, v bdělém stavu, či během nočního probuzení nutkavý pocit, který ho vede k příjmu potravy. Jídlo není ničím zvláštní, u klienta nevzniká ranní amnézie a nevyskytují se jiné další poruchy spánku (Šonka 2008).

2 CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY

2.1 Cíl:

Vymezení role všeobecné sestry v prevenci obezity u dospělé populace.

2.2 Výzkumné otázky:

Výzkumná otázka 1: Jakou funkci plní sestra v prevenci vzniku obezity?

Výzkumná otázka 2: Jaké role má sestra v prevenci vzniku obezity?

3 METODIKA

3.1 Použité metody

Pro získání potřebných dat ke zpracování praktické části této práce byl použit kvalitativní výzkum. Tento výzkum byl prováděn formou individuálních polostandardizovaných rozhovorů se sestrami obezitologů a sestrami praktických lékařů pro dospělé. Pro tento rozhovor bylo vytvořeno schéma otázek, které byly závazné pro dotázané. Ústředním tématem rozhovoru bylo uplatnění sester v prevenci obezity u dospělé populace. V úvodu každého rozhovoru byla respondentka seznámena s důvody prováděného výzkumu. Sestry byly ujistěny o anonymitě při zpracování rozhovorů v této práci. Celý rozhovor se týkal obezity, její prevence, léčby a začlenění role sestry v této problematice (viz Příloha 9). Rozhovory obsahovaly 14 otázek, trvaly přibližně 25 minut a byly prováděny na pracovištích sester. Každý rozhovor byl zaznamenán do záznamového archu se souhlasem respondenta.

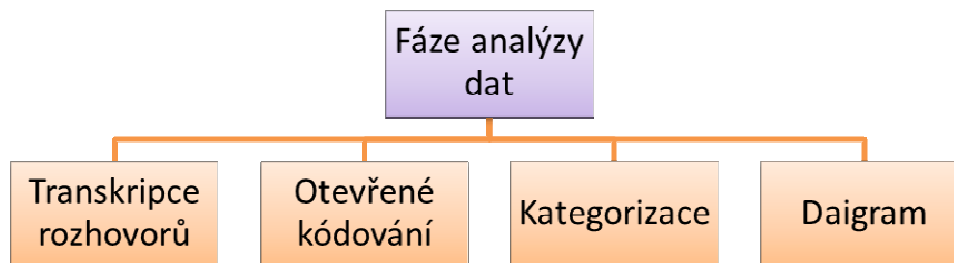
3.2 Specifika analýzy rozhovorů

Prvním krokem analýzy dat bylo rozhovory ze zaznamenávacích archů přepsat. Tento přepis umožnil rozbor dat kódováním. Pro účely bakalářské práce byly rozhovory přepracovány do doslovné interpretace respondentek.

Druhou fází bylo kódování. „Kódování představuje operace, pomocí nichž jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a opět složeny novými způsoby“ (Strauss 1999, s. 39).

Toto kódování jsme provedly v záznamovém archu, kde byla provedena kategorizace pojmů. Rozdělily jsme text na jednotky podle jejich významu. Takovéto jednotce, která byla vystižena slovem či frází, byl udělen kód. Tento postup byl prováděn metodou čtení „řádek po řádku“.

Poslední fází byla fáze kategorizace. Kódy byly seřazeny dle souvislosti. Z této podobnosti jsme vytvořily hierarchický systém. Jednotlivé kategorie jsme vizualizovaly v diagramy.



3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo šest respondentek. Z tohoto počtu byla polovina sester obezitologů a druhá polovina praktických lékařů. Sestry byly s otázkami předem seznámeny, samotný rozhovor byl zaznamenáván písemně. Výzkumné šetření probíhalo v měsíci březnu 2013.

Respondentka	Věk	Délka praxe	Vzdělání	Specializační kurzy
1.	37	18	SZŠ	diabetologická edukační sestra, podiatrie, RS
2.	39	14	SZŠ	certifikáty k používání přístrojů, RS
3.	52	32	SZŠ	ARIP, RS
4.	49	31	SZŠ	RS
5.	36	9	SZŠ	RS
6.	50	30	SZŠ	masáže, pedikúru, RS

3.3.1 Sestry obezitologů

RESPONDENTKA 1: Je jí 37 let. V praxi působí 18 let a u obezitologa pracuje 8 let. Nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské – všeobecná sestra. Je registrovaná a má specializaci diabetologická edukační sestra a kurz podiatrie.

RESPONDENTKA 2: Je všeobecná setra, pracující 14 let ve zdravotnictví z toho 5 let u obezitologa. Je jí 39 let. Nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské. Nemá specializační kurzy pouze certifikáty k používání a obsluze přístrojů.

RESPONDENTKA 3: Je všeobecná sestra, které je 52 let. Nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské na Střední zdravotnické škole. Ve zdravotnictví pracuje 32 let a má specializaci ARIP- intenzivní péče.

3.3.2 Sestry praktických lékařů

RESPONDENTKA 4: Je sestra pracující u praktického lékaře, má vystudovanou střední zdravotnickou školu zakončeno maturitní zkouškou, jako všeobecná sestra. Je registrovaná sestra a nemá žádné specializační kurzy. Je jí 49 let a ve zdravotnictví pracuje 31 let.

RESPONDENTKA 5: Je sestra pracující u praktického lékaře. Je jí 36 let. Ve zdravotnictví pracuje 9 let z toho 6 let u praktického lékaře. Vystudovala obor všeobecná sestra na Střední zdravotnické škole.

RESPONDENTKA 6: Je registrovaná všeobecná sestra pracující u praktického lékaře, s kurzem masáže a pedikúra. Je jí 50 let a ve zdravotnictví pracuje 30 let, z toho 16 let u praktického lékaře. Nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské.

4 VÝSLEDKY

Součástí vyhodnocení kvalitativního šetření této práce, byla provedena transkripce rozhovorů s následným otevřeným kódováním a kategorizací dat. Data pak byla skládána do nových kategorizačních schémat a vyjádřena diagramy pomocí „Microsoft Word“. Diagramy jsou následně popsány a kurzívou je k nim doplněna odpověď respondentek. Tyto odpovědi jsou uvedeny bez jazykové úpravy.

4.1 Transkripce rozhovorů, kódování

4.1.1 Transkripce rozhovoru s první respondentkou

První respondentka je všeobecná sestra specialisty – obezitologa. Rozhovor pobíhal v ordinaci specialisty a trval přibližně 25 minut.

O péči jejich pracoviště se klienti mohou dozvědět pomocí **internetu**, nebo **od klientů, kteří již podstoupili léčbu** a na **doporučení lékaře**. Stává se, že klienti přicházející na doporučení lékaře změní svůj postoj k řešení problému v okamžiku zjištění, že se jedná o placenou službu.

Celkový počet klientů navštěvujících jejich obeziologickou ordinaci je cca 2000. Denně ošetří přibližně 15 klientů. Nejvíce je navštěvují klienti s **diabetes mellitus**, gestačním diabetes mellitus a klienti s **obezitou**.

V další části rozhovoru jsme se věnovaly otázkám první návštěvy. Klient je před první návštěvou sestrou edukován slovně i písemně o správném **vyplnění dotazníků** a **jídelníčku**, který mu poslala e-mailem nebo mu jej předala osobně. Jídelníček představuje tabulka rozdělená do pěti částí (ráno, dopoledne, poledne, odpoledne, večer) kam si klient zapisuje přesně, co jedl a při jídle dělal, nebo jak se cítil. K takovéto tabulce klienti dostanou edukační list, na kterém je napsáno, jak se má správně jídelníček vypisovat. V úvodu edukačního listu jsou klienti edukováni heslem: „co do pusy – to na papír“. Dále je zde rozepsáno, co je důležité při sepisování jídelníčku. V závěru je napsáno „během zapisování jídelníčku neměňte své stravovací zvyklosti“. Poté klienti vyplní úvodní dotazník, ve kterém se lékařka ptá na osobní údaje, váhu, výšku, nejnižší váhu, nejvyšší váhu, nemoci vyskytující se u rodinných příslušníků

(obezita, cukrovka, hypertenze, onemocnění srdce a cév, zhoubné nádory) a léky, které klient užívá. Pak na zaměstnání, fyzickou aktivitu a obezitologické problémy. Klient také vyplní „dotazník jídelních zvyklostí“, který má 22 otázek týkající se jídelních zvyků a návyků. Při první návštěvě sestra odebere od klienta vyplněné dotazníky a jídelníček. Dle objednání klient přijde s vyplněnými dotazníky a týdenním jídelníčkem. Klient na prohlídku přinese své výsledky rozborů krve.

Během prohlídky sestra klienta **zváží, změří mu výšku, krevní tlak, obvod pasu a boků, určí BMI** a na přístroji stanoví **procentuální zastoupení tuků a svalů**. Na další kontrolu klient přichází **po měsíci** a postupem času **dle jeho potřeby**, vždy si s sebou přinese aktuální jídelníček. Celé **sezení řídí lékařka**, zjistí klientovi zvyklosti a návyky týkající se stravování, druhy jídla apod. Na základě těchto zjištění lékařka **upraví klientův jídelníček a doporučí mu pohybové aktivity**. Sestra v průběhu sezení a vyšetřování působí v rolích **edukátorky, komunikátorky a asistentky lékařky**.

4.1.2 *Transkripce rozhovoru s druhou respondentkou*

Druhá respondentka je sestra pracující u obezitologa 5 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské – všeobecná sestra. Rozhovor probíhal v ordinaci specialisty přibližně 20 minut.

Z rozhovoru vyplynulo, že pacienti se o jejich péči mohou dozvědět přes **internetové stránky**, na **doporučení praktických lékařů** anebo na doporučení od **známých, kteří mají s jejich léčbou zkušenosti**. Sestra na otázku ohledně počtu pacientů, kteří jsou v jejich péči odpověděla, že toto nedokáže posoudit vzhledem k tomu, že se lékař zabývá převážně internou a revmatologií. Průměrně k nim do ordinace přijde jeden nový pacient denně. Nejčastěji ošetřují klienty s **hypertenzí** a onemocněním štítné žlázy.

Dále sestra objasnila svoji práci při vstupní prohlídce, kdy pacienta přijme do odběrové místnosti, **odebere mu krev** na rozbor TSH a množství cholesterolu. Poté ho **zváží a změří mu výšku**. Z těchto hodnot pak vypočte **BMI a procentuální zastoupení tuků a svalové hmoty**. Následně změří **obvod pasu a krevní tlak**. Dále pacienta

předá lékaři, který zjistí jeho problémy, stravovací návyky, fyzickou a pracovní aktivitu. Z těchto dat sestaví klientovi nový jídelníček a doporučí mu různá cvičení.

Před návštěvou se musí klienti pouze **objednat**. Na kontrolu pacienti docházejí **jednou za měsíc**, po **dobu jakou uzná klient za vhodnou**.

Dle názoru sestry spočívá její role v tom, že při těchto sezeních **asistuje lékaři** a **edukuje** pacienta o možnosti provedení některých podpůrných neinvazivních metod při řešení obezity.

4.1.3 *Transkripce rozhovoru s třetí respondentkou*

Třetí respondentkou je sestra u speciality. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské- všeobecná sestra. Má specializační kurz ARIP. Rozhovor trval přibližně 20 minut.

Dle vyjádření sestry se jejich péči mohou dozvědět pomocí **internetových stránek** a na **doporučení praktického lékaře**. Celkově mají 300 klientů a z tohoto počtu ošetří denně 10 klientů. Nejvíce je navštěvují pacienti s **obezitologickými** a **diabetologickými problémy**.

Dále sestra objasnila průběh vstupní prohlídky. Na vstupní prohlídku se pacient objedná a přinese soupis stravy za poslední týden. **Jídelníček** je rozdělen do tabulky, která znázorňuje denní období. Pacienti jsou edukováni o správném vyplnění tohoto jídelníčku. Je zde uvedeno co snědl, v kolik hodin, co přitom dělal a jaké množství potravy jedl. Na prohlídce je **celkově vyšetřen** lékařkou, která mu odebere osobní i rodinnou anamnézu, dále mu vyšetří krev. Sestra mu **změří krevní tlak, výšku a váhu a stanoví BMI**. Pacientovi se lékařka věnuje **dle potřeby**.

Dle názoru sestry při vyšetřeních a sezeních plní roli **asistentky lékařky**, zastává administrativu, zaznamenává údaje o pacientovi a jeho změnách a měří krevní tlak, zjišťuje váhu a výšku a vypočítá BMI. Dalšími jejími kompetencemi je objednávání klientů a **zajišťování všeobecné informovanosti** klientů prostřednictvím zapůjčení odborné literatury.

4.1.4 Transkripce rozhovoru s čtvrtou respondentkou

Respondentka čtyři pracuje u praktické lékařky, vystudovala střední zdravotnickou školu zakončenou maturitní zkouškou jako všeobecná sestra. Rozhovor probíhal v ordinaci praktické lékařky a trval přibližně 30 minut.

Dle vyjádření sestry, se lidé o péči lékařky většinou dozvědí na **doporučení příbuzných** nebo ho vyhledají sami. Denně pomáhají průměrně 40 – 60 pacientům, některým jen minimálním kontaktem třeba telefonicky. Jejich celkový počet klientů je 2400.

Nejčastějšími onemocněními, se kterými se sestra u praktické lékařky setkává, jsou různá **chřipková onemocnění**, anginy, zdravotní problémy různého druhu, které musí lékařka vyřešit s pomocí dalších specialistů. Dále ošetřují pacienty s **hypertenzí, obezitou, diabetes mellitus** a se zvýšeným obsahem cholesterolu v krvi.

Dále sestra objasnila, že při vstupní prohlídce působí jako asistentka lékařky. Než lékařka začne zjišťovat rodinnou a osobní anamnézu sestra klientovi provede orientační **vyšetření zraku, zváží jej, změří jeho výšku a obvod pasu**. Lékařka z těchto výsledků vypočte **BMI**. Poté je již vstupní **prohlídka pod vedením lékařky**. Ta pacienta celého prohlédne a poslechne. Pokud klient jeví známky obezity, tak jej lékařka se sestrou edukují o nutnosti nápravy stávajícího stavu a snaží se, aby klient pokračoval v následné spolupráci s lékařkou. Sestra zajišťuje informovanost klienta pomocí letáků, pojednávajících o metabolickém syndromu, diabetes mellitus a hypertenzi. Lékařka se dotazuje na stravovací návyky, na aktivity a zaměstnání. Pokud má pacient zájem o nápravu snaží se mu vyjít vstříc. Doporučí mu spolupracovat s výživovým poradcem, či dalšími specialisty např. endokrinology.

Lékařka pacientům věnuje tolik **času, kolik je potřeba**, řeší s nimi všechny problémy individuálně. Pokud klienti nevyžadují péči, mají nárok na **preventivní prohlídky**, které se konají jednou za dva roky. Dále provádí očkování proti chřipce, tetanu, klíšťové encefalitidě, ale i další specializovaná očkování ADACER, Pneumo 23, PREVENAR 13 apod. Provádí **odběry krve**, testy rychlé diagnostiky (CRP, OK – TEST, Quick, mají diagnostický přístroj na rozboru moče, nabírají glykemii). Zajišťují

prevenci kolorektálního karcinomu, u mužů prevenci rakoviny prostaty, u žen prevenci rakoviny prsu.

Dle názoru sestry je její role v problematice obezity v tom, že **komunikuje** s klienty, **učí** je spolu s lékařkou správné výživě a výchově k lepšímu zdraví a dohlíží na prevenci pacientů.

4.1.5 *Transkripce rozhovoru s pátou respondentkou*

Pátá respondentka je všeobecná sestra u praktické lékařky. Rozhovor s respondentkou byl uskutečněn v ordinaci praktického lékaře a trval přibližně 30 minut.

Dle vyjádření sestry se k informacím o poskytování jejich péče mohou nově přichozí pacienti dozvědět prostřednictvím **rodinných příslušníků nebo známých**, kteří již navštěvují praktického lékaře. Denně ošetří přibližně 40 – 100 pacientů, vždy záleží na ročním období (období chřipek). Jejich kartotéka čítá kolem 1950 klientů, pacientů s diabetes mellitus a obezitou ošetřují přibližně 500. Nejčastěji ošetřují klienty s **hypertenzí**, **diabetes mellitus**, **chřipkovými onemocněními**, **bolestmi zad**, záněty močového měchýře a Warfarinizované pacienty.

Na vstupní prohlídce sestra **odebere** pacientovi **krev** na biochemické a hemokoagulační vyšetření a zkontroluje vzorek ranní moči. Poté pacientovi **změří výšku a zváží jeho hmotnost**, speciální váha z těchto dat určí **BMI**. Dále pacientovi sestra orientačně **vyšetří sluch a zrak**. Následuje pohovor s lékařkou a při kterém sestra pacientovi změří **krevní tlak**. Pokud je pacient starší 50 let edukuje jej o nutnosti **testu na okultní krvácení**. Klientovi vysvětlí, jak má vzorek odebrat a za jak dlouho od odběru ho musí přinést k lékařce. Zde sestra vyhodnotí výsledek, který předá lékařce. Ženy nad 45 let odesílají na vyšetření prsu mamografem. U mužů nad 50 let určují z krve test PSA, který slouží k vyloučení rakoviny prostaty.

Před návštěvou praktické lékařky klienti **nemusí konat nic speciálního**. Z rozhovoru vyplynulo, že sestra působí jako **asistentka lékařky**, **komunikuje** s pacienty nebo je **edukuje** o správné výživě. Na pracovišti dává k dispozici pacientům letáky o diabetes mellitus a obezitě. Dle jejího názoru většina klientů s obezitou odmítá spolupráci.

4.1.6 Transkripce rozhovoru s šestou respondentkou

Šestou respondentkou je všeobecná sestra u praktického lékaře.

Rozhovor probíhal v ordinaci lékaře a trval přibližně 20 minut

Dle vyjádření sestry se o péči praktického lékaře mohou lidé dozvědět **od dřívějších klientů nebo rodinných příslušníků**. Denně na pracovišti ošetří cca 50 pacientů, záleží přitom na vlivu sezónních onemocnění. Celkový počet klientů navštěvujících ordinaci je 1700. Nejčastěji ošetřují klienty s **hypertenzí, diabetes mellitus, onemocněním horních cest dýchacích**, úrazy, pacienty s **bolestmi zad** a menší podíl tvoří obézní klienti.

V další části rozhovoru respondentka objasnila, jak probíhá vstupní prohlídka, při které plní různé pracovní úkoly. Na začátku prohlídky sestra **odebere** pacientovi **krev** a zkontroluje ranní moč. Poté zjistí váhu a výšku a předá tyto údaje lékaři, který výpočtem stanoví **BMI**. BMI se sestavuje jen klientům trpícím hypertenzí, diabetes mellitus a zvýšeným cholesterolem. Lékař ošetřuje velký počet pacientů s diabetes mellitus a je proto důležité, aby měl vždy aktuální výsledky jejich váhy a míry, aby mohl zjistit jejich váhový přírůstek či úbytek. Další procedurou je měření **krevního tlaku**. Pokud je pacient starší 50 let je mu dán test pro vyšetření **stolice na okultní krvácení**. Zde sestra zastává roli edukátorky; nejprve vše pacientovi vysvětlí a poté mu dá informační leták, který sama vypracovala. Leták je k dispozici pacientům i v neordinační době lékaře, neboť je vyvěšen na nástěnce v čekárně.

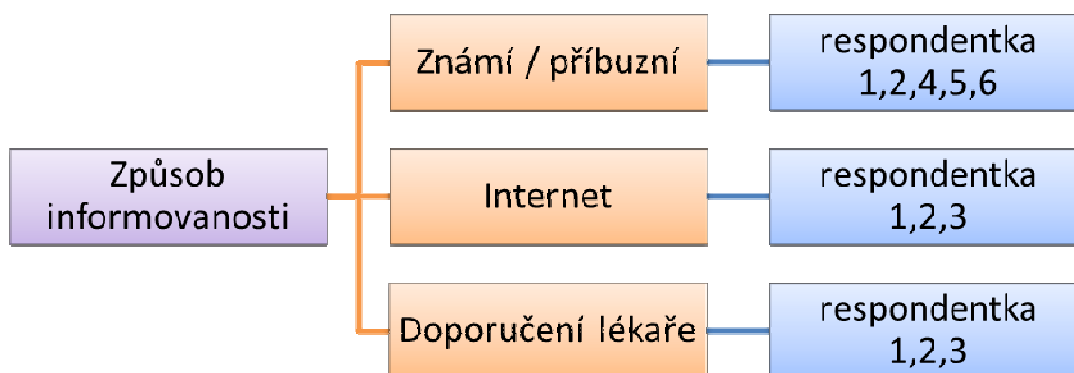
Před návštěvou praktického lékaře je většinou nutné se **objednat**. Pacienti s akutním problémem jsou ošetřeni bez objednání. Jiná specifika před návštěvou klienti nemusí činit. Každé dva roky má pacient praktického lékaře ze zákona nárok na **preventivní prohlídku**. Mimoto se pacient může objednat dle své potřeby.

Sestra dle svého názoru působí v roli **edukátorky** a **asistentky lékaře**. Má možnost klientům doporučit nové trendy v ošetřování. Při vyšetřování lékaři asistuje a pokud lékař nepotřebuje její pomoc, sepisuje výsledky odběrů, vypisuje lázeňskou péči, důchody, připravuje si další pacienty ve vedlejší místnosti na infuzní terapii apod.

4.2 Kategorizace dat

Diagram 1

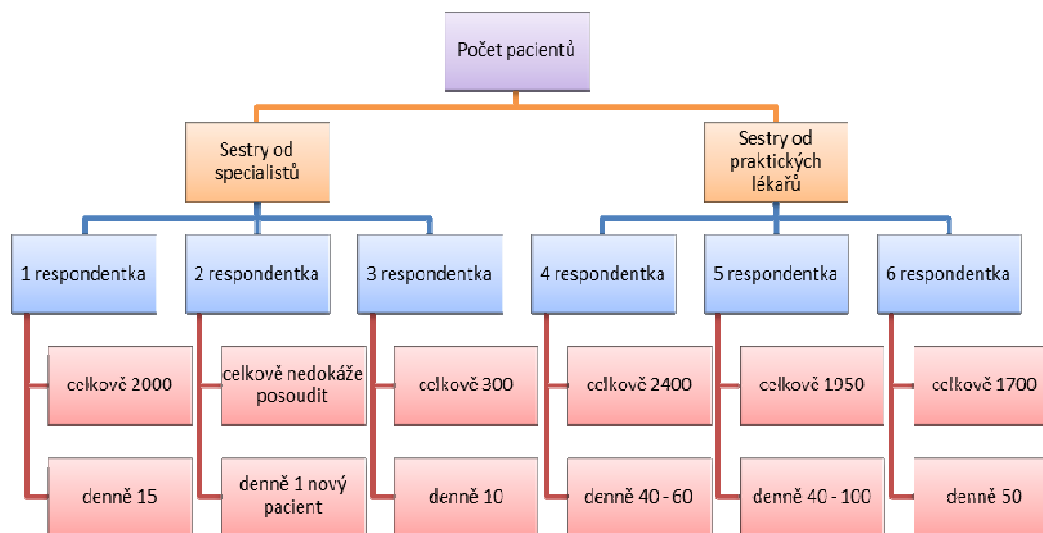
Informovanost pacientů o poskytované péči



První diagram se týká způsobu informovanosti pacientů o dostupné péči lékařů. Z tohoto diagramu vyplývá, že se o péči jak praktických lékařů tak obezitologů nově přichozí klienti dozvídají nejvíce od svých známých nebo rodinných příslušníků. R5: „No většinou je k nám doporučí rodina, aby všichni byli u jednoho praktika, aby nemuseli každé dojíždět jinam. „R4: „Jelikož působím u praktické lékařky, tak si za námi přijdou sami nebo jsou to rodinní příslušníci našich pacientů.“ R1: „Většinou když je sem doporučí praktik, tak přijdou do čekárny, kde zjistí, že naše služby jsou placené a tak se hned ve dveřích otočí na patě a odejdou.“ R2: K nám se nejčastěji pacienti dostanou na doporučení známých nebo rodinných příslušníků, další větší skupinu tvoří lidé, kteří se o nás dozvěděli přes internet a v neposlední řadě také pacienti od praktiků.“

Diagram 2

Množství pacientů a denně ošetřených klientů

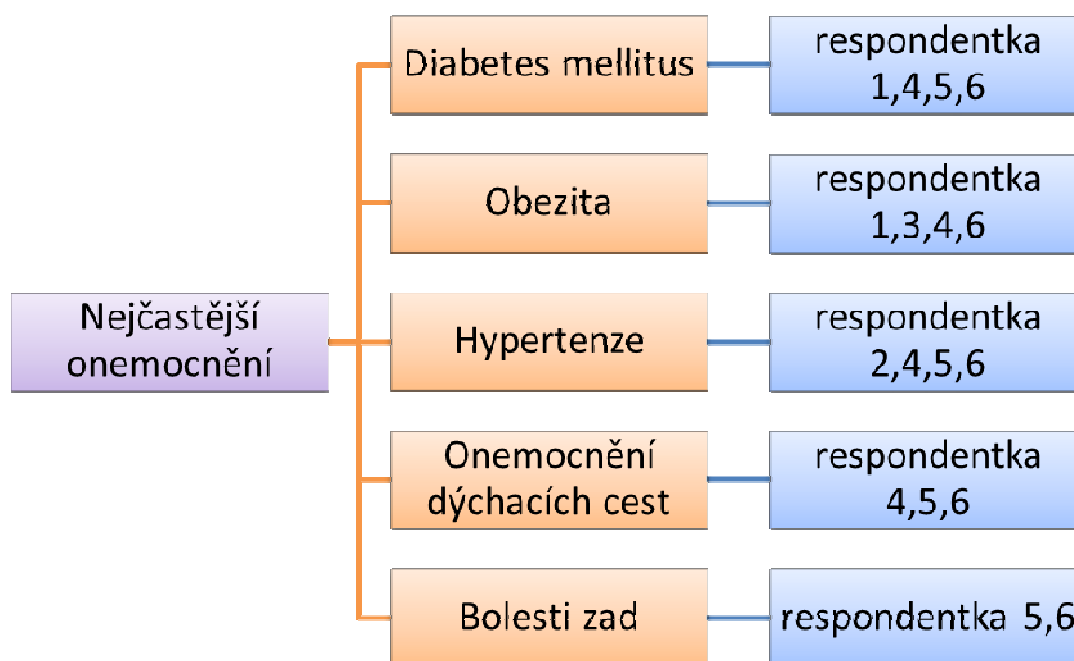


V tomto diagramu je znázorněn celkový počet pacientů jednotlivých pracovišť a odhad denně ošetřených klientů

Z odpovědí respondentek 1, 3, 4, 5, 6 vychází, že jejich kartotéka průměrně čítá 1670 pacientů. Denně jsou schopny v průměru ošetřit 39 pacientů, z tohoto průměru vyčnívala odpověď respondentky 2 „Vzhledem k tomu, že se pan doktor zabývá převážně internou, revmatologií, nedokážu posoudit, ale denně nám přibude jeden nový klient.“

Diagram 3

Čestnost výskytu onemocnění



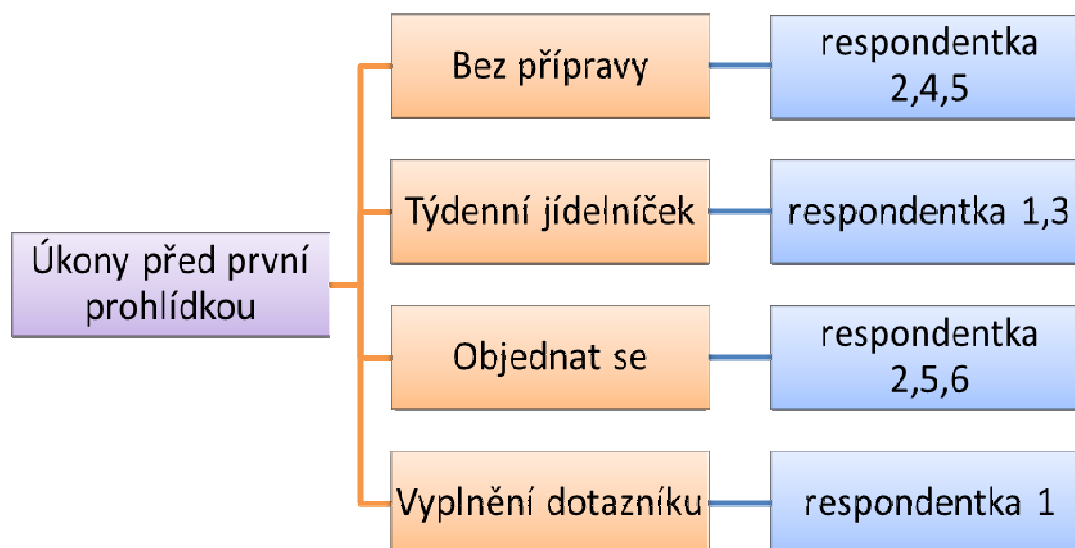
Sestry jako nejčastější onemocnění označily diabetes mellitus, obezitu a hypertenzi. R3: „Máme mnoho klientů s obezitologickými a diabetologickými problémy.“ R2: „Naší ordinaci často navštěvují pacienti s hypertenzí a onemocněním štítné žlázy, dále taky revmatologičtí a interní pacienti.“ R4: odpověděla: „Přicházejí sem s různými onemocněními typu chřipky, anginy, nevolnosti různého druhu, které musí paní doktorka vyřešit i s pomocí různých specialistů. Dále ošetřuju velké skupiny pacientů-

s hypertenzí, obezitou, diabetem mellitus. Paní doktorka taky zachycuje pacienty se zvýšeným obsahem cholesterolu.“ Sestry od praktických lékařů (R: 4, 5, 6) shodně odpovídaly onemocnění dýchacích cest. A R5, R6 odpověděly ještě bolesti zad.

R5: „Hodně k nám chodí pacienti s hypertenzí, diabetem a obezitou, těch je asi tak pět set. Pak taky pacienti s bolestma zad na opichy, záněty močového měchýře, no a teď v tomhle nečasí chřipky nebo jiný dýchací onemocnění. Taky k nám na kontrolu chodí hodně Warfarinizovaní pacienti, hlídáme je, aby nebyli moc naředěný.“ R6: „Často ošetřujeme pacienty s diabetem, úrazy, bolestmi zad a pacienty s onemocněním horních cest dýchacích. Máme i nějaké obézní klienty, ale těch je docela málo. Zajímavá je tu jedna paní, která vážila asi 170 kg a začala hubnout a chodit k výživovému poradci a má už asi 50 kg dole a furt jde s váhou níž. Moc jí to teď sluší.“

Diagram 4

Nezbytné úkony prováděné před vstupní prohlídkou

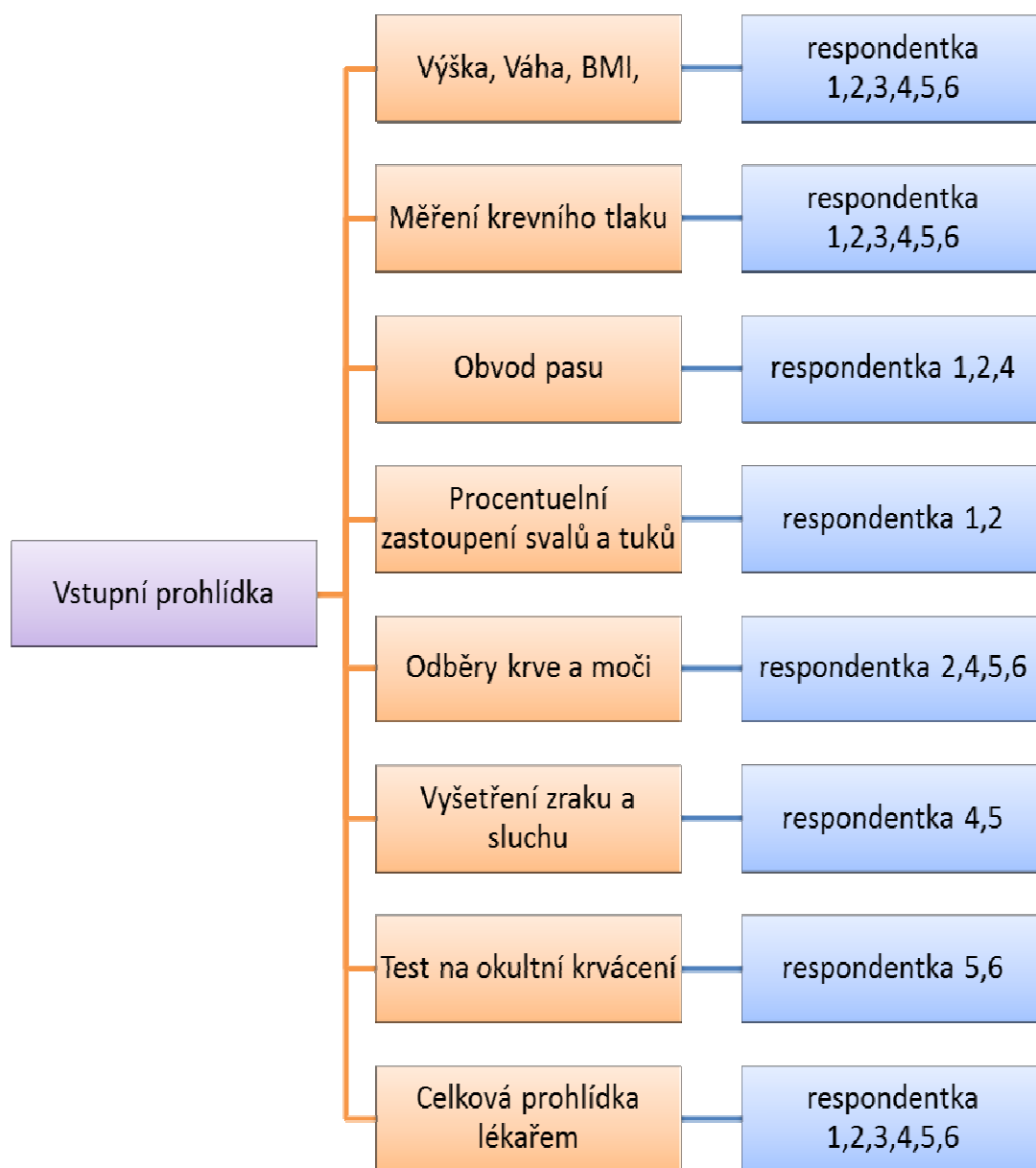


Na tuto otázku odpovídaly shodně sestry u praktických lékařů (R: 4, 5, 6) – bez přípravy.

R5: „No vlastně nemusí udělat vůbec nic. Teda se jen objednat, nebo přinést moč. Ale to jim povím kdyžtak až když zavolaj.“ Podobně odpověděla R6: „Nic jen se objednat.“ Zatímco sestry u obezitologů odpověděly přinést jídelníček však R2 odpověděla: „Pacienti k nám zajdou nebo zavolaj a objednaj se. Potom zajdou k lékaři a ten je vyzpovídá.“ Na mou otázku, jestli nemusejí přinést např. jídelníček, odpověděla: „Ne pan doktor jim po prohlídce vysvětlí, že si ho musí psát a oni ho přinesou až na kontrolu.“ R1 odpověděla: „Oni k nám přijdou a já jim dám tenhle jídelníček a dotazník s papírem, kde mají napsáno, jak ho mají vypisovat a na sezení s paní doktorkou si ho přinesou již vyplněný. Podle těchto podkladů se potom paní doktorka řídí na sezeních.“ R4: „Jak jsem již říkala, jsem u praktické lékařky, takže se pacienti většinou nemusejí ani objednat. Říkám většinou, protože je lepší, když jsou objednaní, přijdou na čas a paní doktorka je vezme. Ostatní neobjednaní pacienti musí počkat. Jinak záleží na jejich onemocnění, např. jestli je potřeba nabrat jim krev. To si potom domluví s paní doktorkou.“

Diagram 5

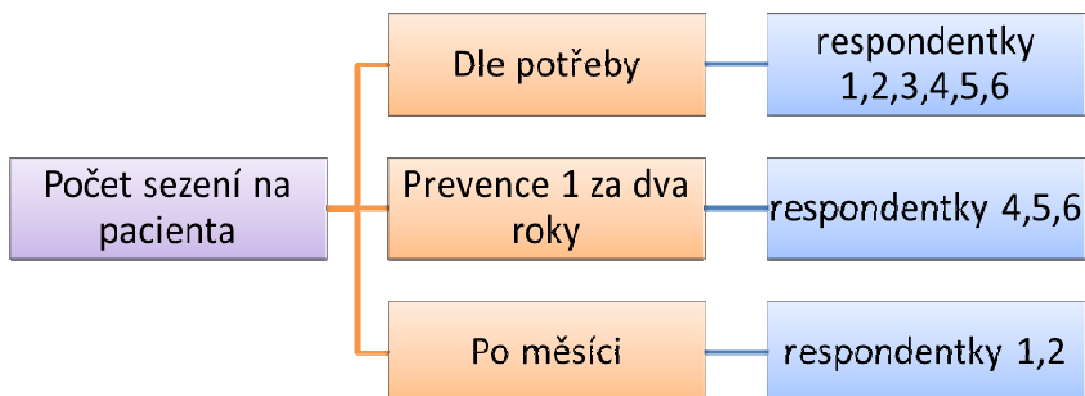
Úkony prováděné při vstupní prohlídce



Respondentky odpověděly, že klienta při první prohlídce zváží, změří mu výšku a krevní tlak. R2 odpověděla: „Když přijdou na první prohlídku, tak si je vezmu první. Změřím jim tlak, výšku, váhu a obvod pasu. Poté mi váha vypočte procentuelní zastoupení svalů a tukové hmoty. Odeberu mu krev a pošlu ho za panem doktorem.“ R1: „Přijdou k nám s vyplněným dotazníkem a jídelníčkem, já si je změřím a zvážím. Potom mi váha vypočítá procentuální zastoupení tuků, ještě jim změřím obvod pasu ... Když pacienti přijdou, vyžádám si od nich jejich laboratorní výsledky, když je nemají nebo nejsou čerstvé, tak jim vypíšu žádanku tady k nám do laboratoře R6: „Zeptám se jich na výšku a váhu, když se to lékaři nezdá, tak je zvážím a změřím.“ Podobně odpověděla R3: „Když přijdou zvážím je a změřím jim výšku a tlak, poté je paní doktorka celkově prohlédne. Zjistí jejich nynější onemocnění, rodinnou anamnézu a poté se zaměří na obezitu.“ Dále sestry odpovídaly, že pacientům odeberou krev a moč. R4: „Provádíme odběry krve, testy rychlé diagnostiky (CRP, Quick,), máme diagnostický přístroj na rozbory moče, nabíráme glykemii.“ Sestry u praktických lékařů vyšetřují na prohlídce zrak, sluch a stolicí na okultní krvácení. R4: „...ještě jim vyšetřím na tabuli zrak na vidění do dálky a potom dělám test na barvocit. To jsou takováta čísla nebo obrázky různě barevné a na jinak barevném podkladu, které vystupují z toho textu.“ R5: ... děláme jim vyšetření na okultní krvácení, musím jim to vysvětlit, jak se to správně dělá. Že musí vzít kousek stolice velikosti hrášku a dát ho do zkumavky. A potom mi to přinést. Já potom dám kousek stolice na indkační proužek a kápnu na to k tomu určený roztok a ukáže se mi jestli tam ta krev je nebo není.“ A v neposlední řadě se respondentky shodly, že po jejich péči se o pacienty stará lékař/ka, který jim provede celkové vyšetření. R3: „Celé sezení a vyšetření je pod vedením paní doktorky, já jí do něj nezasahuju. Jenom když chce pomoc, tak jsem jí k ruce. Většinou je to jen péče o kartotéku nebo vstupní informace o pacientovi jak jsem říkala, jako váha, výška atd.“

Diagram 6

Počet sezení na pacienta

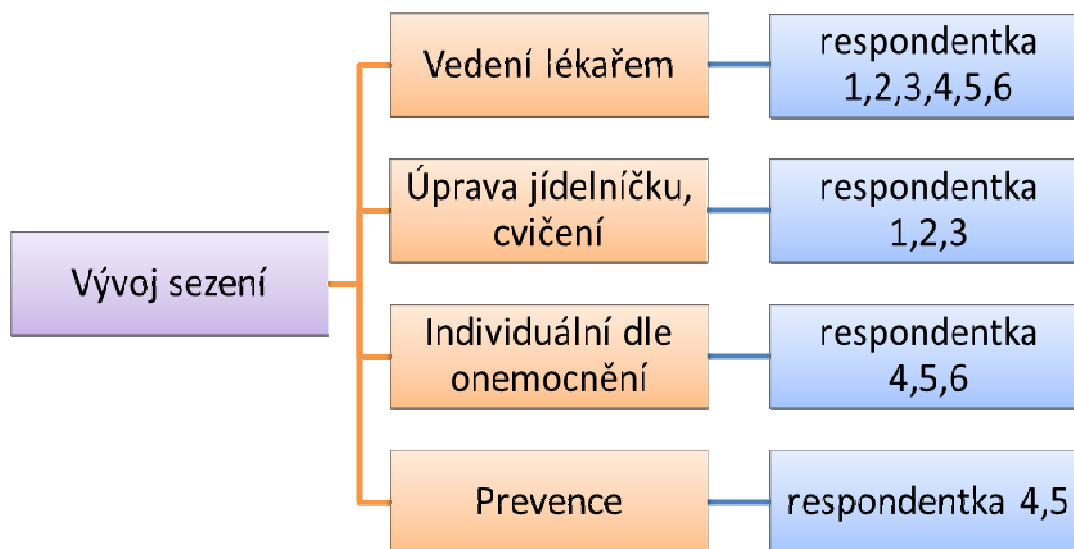


Na tuto otázku odpověděly všechny sestry shodně – dle potřeby. Sestry u praktických lékařů (R:4, 5, 6) dále uváděly jedenkrát za dva roky prevence, zatímco R1, R2 odpověděly na kontrolu jednou za měsíc.

R5: odpověděla: „*To je různé dle individuálních potřeb a hlavně jeho onemocnění. Třeba diabetiky kontolujem po čtvrt roce. Většinou jim dojdou prášky a jdou si pro nový, při té příležitosti je změřím a paní doktorka je vyzpovídá.*“ R1: „*Pacienti chodí jednou za měsíc na kontrolu a potom jak uznají za vhodné, je to značně individuální někomu stačí půl roku sezení a někomu víc.*“ R4: „*Záleží na onemocnění, je to různé. Taky má každý pacient nárok jednou za dva roky na preventivní prohlídku.*“

Diagram 7

Vývoj sezení



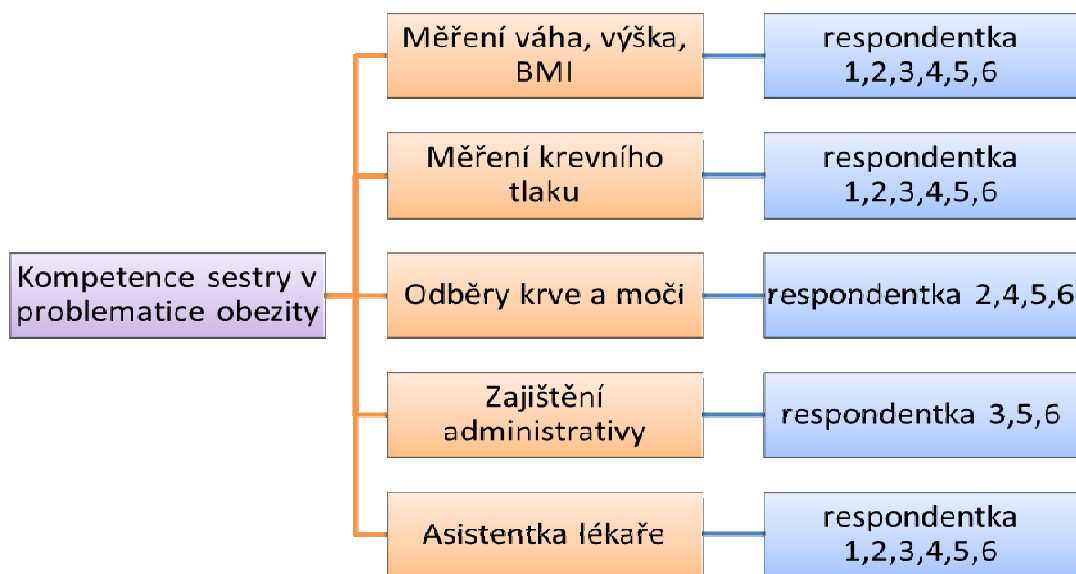
Zde všechny sestry odpověděly, že sezení řídí lékař/ka, a že do sezení nezasahují. Dále sestry u praktických lékařů odpovídaly - dle onemocnění. R4: „Přicházejí sem s různými onemocněními typu chřipky, anginy, nevolnosti různého druhu, které musí paní doktorka vyřešit i s pomocí různých specialistů. ...a podle toho pacienty ošetřujeme.“ R6: „To je různé záležitosti na nemoci pacienta, sezení vždy řídí pan doktor. Já jsem mu k ruce, když mě nepotřebuje tak sepisuju výsledků, odběry, vypisuju lůženskou péči, důchody a tak podobně. Prostě papírů.“

A sestry u specialistů odpověděly - úprava jídelníčku, cvičení. R1: „Paní doktorka si vede sezení sama. Já jí při tom jen dopomáhám. Například zjišťuji hladinu cukru v krvi, nebo pacienty zvažuji a změřím, další vývoj záležitosti čistě na ní. Většinou na první prohlídce pacienta vyzpovídá – zjistí osobní anamnézu, rodinnou anamnézu, zaměstnání a potom podle jídelníčku a dotazníku jeho zvyklostí. Snaží se mu jídelníček upravit, aby jedl zdravě a efektivně, aby viděl změny.“ Podobně odpověděly respondentky 2,3. R3: „Sezení si lékařka řídí sama, já do něj nezasahuji. Na vstupní prohlídku si pacient

přinese soupis stravy za týden, měl by vypadat jako tabulka, která znázorňuje denní období. Musí uvést co snědl, v kolik hodin, co přitom dělal a jaké množství jídla jedl.“

Diagram 8

Kompetence sestry v problematice obezity



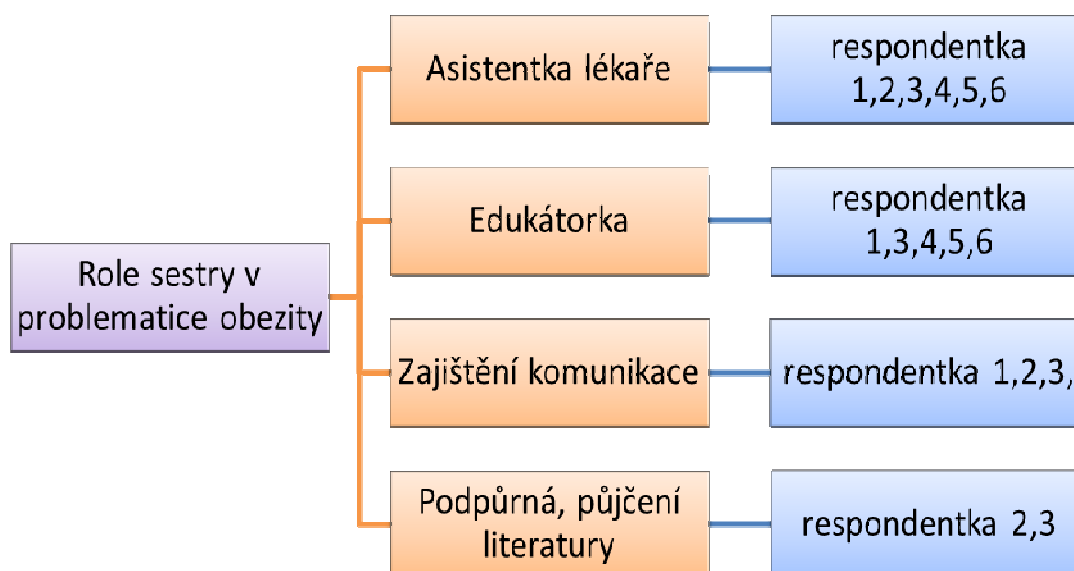
Sestry na tuto otázku odpověděly shodně, že jsou asistentkami lékaře/ky. Dále, že při vyšetřeních pacienta zváží, změří, stanoví BMI a změří mu krevní tlak.

R5: „My máme na vypočtení BMI speciální váhu, byla děsně drahá a vypočítá si to sama.“ R6: „Pan doktor má v počítači program na vypočtení BMI. Já se pacienta zeptám, kolik měří a váží, když to neví, tak ho změřím v ordinaci. A nadiktuju tyhle hodnoty panu doktorovi. Taký odebírám krev na biochemku a hemačku.“ Sestry u obezitologů braly BMI jako samozřejmost. R1: „Samozřejmě BMI stanovujeme, to je úplně autamatický.“ Dále sestry odpovídaly, že klientům odebírají krev a moč. R2: „Odebírám krev na TSH a cholesterol, potom klasickou biochemii a hematologii.“ R1: „Když pacienti přijdou vyžádám si od nich jejich laboratorní výsledky, když je nemají

nebo nejsou čerstvé, tak jim vypíšu žádanku tady k nám do laboratoře“ Dále sestry odpověděly, že zajišťují komunikaci a administrativu. R4: „Moje kompetence jsou dané vyhláškou. V problematice obezity zastávám komunikaci s pacienty, většinou s paní doktorkou je učím správný výživě, taky vlastně dohlížím na jejich prevenci. Hlavně již zmiňovaného kolorektálního karcinomu a karcinomu prsů.“

Diagram 9

Role sestry v problematice obezity



Dle svého názoru sestry zaujímají role edukátorky. R1: „Edukuju pacienta o správném vyplnění jídelníčku a dotazníku. K těmto dvěma papírům mu ještě dám domů list, na kterým je vše, co jsem mu řekla napsáno. Taky zajišťuju komunikaci, a jsem k ruce paní doktorce.“ R3: „Asistuji lékařce, podporuju je při hubnutí a nebo jim doporučím a půjčím literaturu v hodnou k jejich problému.“ R4: „No já zajišťuju objednání pacientů

a veškerou komunikaci s ním pokud nemluví s paní doktorkou. Můžu je učit správné výživě a zdraví, vlastně podporuju rady paní doktorky.“ R2: „Já mam spíš podpůrnou roli.“

Dále sestry odpověděly, že asistují lékaři a zajišťují komunikaci.

5 DISKUZE

Obezita je civilizační onemocnění, myslím si, že by se jí mělo umět předcházet a měla by být co nejefektivnější ošetrovatelská péče. Pro účely bakalářské práce byl stanoven cíl: Vymezení role všeobecné sestry v prevenci obezity u dospělé populace. K tomuto cíli byly položeny dvě výzkumné otázky. Výzkumná otázka 1: Jakou funkci plní sestra v prevenci vzniku obezity? Výzkumná otázka 2: Jaké role má sestra v prevenci vzniku obezity?

Obezita je spjata s různými typy onemocnění, jako je například hypertenze nebo diabetes mellitus (Svačina 2008). Ošetrovatelská péče u takto nemocných je velmi důležitá. Diabetes mellitus je onemocnění, při kterém je pacientovi poskytována buď komplexní ošetrovatelská péče, nebo je klient v takovém stavu, že se o sebe dokáže postarat sám a sestra na něj jen dohlíží. Schopnějším pacientům sestra podá perorální antidiabetika nebo inzulín podle ordinace lékaře a poučí je, jak léky užívat. Takto poučení pacienti nejsou závislí na intenzivní péči sestry. Komplexní ošetrovatelská péče se provádí u těch pacientů, kteří nejsou schopni postarat se sami o sebe. Převážně se jedná o seniory nebo pacienty s úrazovým onemocněním.

Parametry obezity se měří dle Kasalického (2011) váha, výška, stanovení BMI, denzitometrie, počítačová tomografie, magnetická rezonance a stanovení tukové tkáně. Zadák (2012) dodává ultrasonografii, měření obvodu boků a pasu, bioimpedanční metody a hydrodenzitometrie. Respondentka 6 uvádí „*Zeptám se jich na výšku a váhu, když se to lékaři nezdá, tak je zvážím a změřím.*“ Domnívám se, že toto není dostačující, jelikož praktický lékař je první lékař, kterého pacient navštíví. Lékař by proto o něm měl mít komplexní informace. Podobný názor má i Vojtíšková (2006), která říká, že praktický lékař má být svým pacientům průvodcem ve zdraví i nemoci. Ostatní respondentky odpovídaly, že zjistí váhu, výšku, BMI. Sestry obezitologů (R1,2) přidávaly procentuální zastoupení tuků a obvod pasu. Kasalický (2011) nepovažuje postup většiny respondentek (3, 4, 5, 6) za dostačující, protože je potřeba stanovit přesné zastoupení tukové tkáně nejen BMI. Zadák (2012) uvádí, že je důležité znát tloušťku podkožní řasy, díky které lze zjistit množství tuku v těle. Předpokládala jsem,

že sestry budou odpovídat použití kaliperu k měření tloušťky podkožního tuku, ale tato metoda nebyla jmenována.

Úlohou všech sester, nejen u obezitologa, je prevence proti obezitě jako civilizační chorobě. Ve zprávě Národního referenčního centra (2009) je uvedeno, že primární prevence je soubor opatření za účelem zabránění onemocnění. Primární prevenci poskytují sestry praktických lékařů. Respondentky v této problematice odpovídaly, že pacienta zváží, změří a vypočtou BMI. Totožně uvádí i Rybka (2007), který píše, jaké má kompetence praktický lékař při prevenci obezity dle V. Hainera a M. Kunešové. Praktický lékař má pacientovi změřit výšku, váhu a BMI, poté obvod pasu popřípadě boků, poměr pasu a boků, pasu a výšky, laboratorní vyšetření a zjistit anamnestické rizikové faktory. Sekundární prevence je soubor opatření, které vedou k časnému rozpoznání nebo vyhledání nemoci (Národní referenční centrum, 2009). V této prevenci se podílejí jak sestry praktických lékařů, tak sestry obezitologů. Sestry praktických lékařů pacientům doporučí návštěvu specialisty. Pacient se prvně potká se sestrou, která jej informuje o správném vyplnění jídelníčku a dotazníku. Např. R1 *„Oni k nám přijdou a já jim dám tenhle jídelníček a dotazník s papírem, kde mají napsáno, jak ho mají vyplňovat a na sezení s paní doktorkou si ho přinesou již vyplněný. Podle těchto podkladů se potom paní doktorka řídí na sezeních.“* Stejný postup popisuje Rybka (2007), který píše, že lékař hodnotí pacientův jídelníček, který si zaznamenává 3-7 dnů, dotáže se ho na jídelní preference a anamnézu příjmu potravy. Vypočte hmotnost těla bez tukové tělesné hmoty, dotáže se jej na jeho pohybové aktivity a provede interní vyšetření dle zjištěných patologických výsledků. Myslím si, že prvním krokem v prevenci proti obezitě může být ze strany pacienta vlastní aktivita. Pacient si může sám upravit jídelníček pomocí výživových doporučení. Podle nových vědeckých poznatků sestavila Slimáková (2012) výživovou pomůcku Zdravý talíř. Ten určuje lepší cestu k udržení zdravé váhy a těla, než pyramida výživy, kterou například doporučuje Čeledová (2010). Myslím si, že znázornění správné skladby stravy Zdravý talíř je názornější pomůcka navzdory skutečnosti, že je tento model možné vidět jen výjimečně. Je to zřejmě kvůli tomu, že se Zdravý talíř ještě dostatečně nezažil do praxe.

K preventivní úloze se váže také výchovná funkce neboli podpora a výchova ke zdraví. Sestra by měla být vzdělaná a profesionální, v co nejvíce možných oborech. Měla by pacientovi umět poradit nebo mu doporučit specialistu, který by mohl řešit jeho problém. Dle mého názoru je výchova ke zdraví důležitá, pacient bude zdrav a zdravotnictví ušetří více peněz, které se mohou použít pro klienty s jinými nemocemi.

Dále sestry zaujímají funkci administrativní. Ta, dle odpovědí sester, spočívá v sepisování dat o pacientovi, vypisování různých typů žádanek (např. laboratorní, lázeňské péče, apod.). R6 *„Když pan doktor vyšetřuje, tak já dělám papíry. Třeba vypisuju odběry, výsledky, lázeňskou péči anebo důchody.“*

Sestra dle mého názoru zastává také velmi důležitou funkci organizátora. Při popisování vstupních prohlídek a vyšetření, sestry odpovídaly, že pokud lékař/ka nic nepotřebuje, tak mají nějakou jinou práci. Např. ranní odběry nebo sepisování výsledků a podobně. Tím zajišťují plynulý chod ordinace. Stejného názoru je i Vojtíšková (2006) která uvádí, jak by měla vypadat a chovat se sestra u praktického lékaře.

Na otázku jakou roli zastává sestra (diagram 9) respondentky odpověděly, že v problematice obezity zaujímají roli edukátorky, administrativní pracovnice, asistentky lékaře a komunikátorky. Ve většině případů sestry odpovídaly na tuto otázku podobně. Dle Vojtíškové (2006) musí sestra u praktického lékaře působit v mnoha rolích. Kompetence sestry závisí na míře kvalifikace a dohodě s lékařem. Ve výzkumném šetření bylo zjištěno, že sestry u obezitologů zastávají velmi podobné role (kompetence) jako sestry praktických lékařů. Domnívám se, že by sestry u praktických lékařů mohly více dbát na pacientovy tělesné proporce, ještě dříve než se pacient stane obézním. Pokud pacient vykazuje takové rizikové faktory, které by mohly vést k obezitě, je důležité, aby jej sestra správně edukovala o možných komplikacích.

6 ZÁVĚR

Obezita je v posledních letech onemocněním jehož výskyt stoupá. Z posledního výzkumu ČSL JEP v roce 2006 bylo zjištěno, že 52 % dospělé populace trpí nadváhou či obezitou. Proto je důležitá včasná edukace pacientů, kteří mají sklon k obezitě. Dále je podstatné pacienty trpící obezitou naučit, jak by měli dbát o svůj jídelníček a fyzickou aktivitu, tak aby předešli např. kardiovaskulárním onemocněním.

Cílem práce bylo zjistit role všeobecné sestry v prevenci vzniku obezity. Byly stanoveny dvě výzkumné otázky. Jakou funkci plní sestra v prevenci vzniku obezity a jaké má role sestra v prevenci vzniku obezity?

Respondentkami byly sestry u obezitologů (R1, 2, 3) a u praktických lékařů (R4, 5, 6).

Ze zjištěných výsledků vyplývá, že sestra zajišťuje až sekundární prevenci, protože že se k ní pacient dostane, až když trpí obezitou. Dále sestra pacienta motivuje ke zlepšení jeho fyzické a psychické kondice. Může mu doporučit cvičení a změnu ve výživě. Spolu s lékařem jej edukují o možných rizicích obezity a doporučí mu návštěvu specialisty. Sestry u praktických lékařů podchycují obezitu měřením váhy, výšky, BMI a krevního tlaku a to většinou v případech, že pacient již vykazuje známky obezity.

Funkce sestry u obezitologa se moc neliší, avšak pacienti za nimi přicházejí po konfrontaci se sestrou u praktického lékaře, očekává se, že budou dostatečně edukováni. Z výzkumného šetření je patrné, že sestry zauímají funkci asistentky lékaře, podporují pacienta a jejich další pravomoci souvisejí s vyhláškou 55/2011 Sb. O kompetencích sester. Zastávají roli edukátorky, komunikátorky a administrativní pracovnice. Ani jedna z respondentek, neodpověděla, že má komunikační kurz, ale dle mého názoru jej sestry, se kterými jsem spolupracovala nepotřebovaly díky jejich bohatým zkušenostem z praxe.

7 SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

1. ADÁMKOVÁ, Věra. *Civilizační choroby - žijeme spolu*. Praha: Triton, 2010, 130 s. ISBN 978-807-3874-131.
2. ARLETHOVÁ, Patricie. *Psychoterapie klientů s poruchami příjmu potravy*. Diagnóza v ošetrovatelství: odborný a informační časopis pro zdravotnické pracovníky. 2010, č. 5. ISSN 1801-1349.
3. ASTL, J., ASTLOVÁ E. A E. MARKOVÁ. *Jak jíst a udržet si zdraví, aneb vyvážený zdravý životní styl pro každý den: příručka poradce*. Praha: Maxdorf, c2009, 328 s. Lékař radí. ISBN 978-80-7345-175-2.
4. BAŠKOVÁ, Martina. *Výchova k zdraví*. Martin: Osveta, 2009, 226 s. ISBN 978-808-0633-202.
5. BEŇADIKOVÁ, Daniela a Tatiana RAPČÍKOVÁ. *Sestra jako poskytovatelka ošetrovatelské péče a její postavení ve zdravotnickém týmu*. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 12, s. 3. ISSN 12100404.
6. BERÁNEK, Jaromír. *Dietní stravování: jednotný dietní systém*. 1. vyd. Praha: MAG Consulting, 2007, 48 s. ISBN 978-808-6724-324.
7. ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 126 s. ISBN 978-802-4732-138.
8. FOŘT, Petr a Věra DVOŘÁKOVÁ-JANŮ. *Výživa pro dokonalou kondici a zdraví: z pohledu jednotlivce i populačních skupin*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 181 s. ISBN 80-247-1057-9.
9. FOŘT, Petr. *Tak co mám jíst?*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 417 s. Zdraví. ISBN 978-80-247-1459-2
10. GROFOVÁ, Zuzana. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 237 s., [8] s. barev. obr. příl. *Sestra*. ISBN 978-802-4718-682.
11. HAINER, Vojtěch. *Základy klinické obezitologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 356 s., 16 s. obr. příl. ISBN 80-247-0233-9.
12. CHADIM, Vlastimil. *Význam redukce nadváhy u obézních diabetiků 2. typu*. *Sestra*. 2012, č. 1. ISSN 1210-0404.

13. CHRPOVÁ, Diana. *S výživou zdravě po celý rok*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-802-4725-123.
14. *Inkontinence a obezita*. Zelená hvězda [online]. 2003 [cit. 2012-12-27]. Dostupné z: <http://www.zelenahvezda.cz/pacientska-sekce/p-inkontinence/inkontinence-a-obezita>
15. JUŘENÍKOVÁ, Petra a Jaroslav KVĚTINA. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 77 s. ISBN 978-802-4721-712.
16. KASALICKÝ, Mojmír. *Chirurgická léčba obezity*. Vyd. 1. Prague: Ottova tiskárna, 2011, 118 s. ISBN 978-80-254-9356-4.
17. KUNOVÁ, Václava. *Zdravá výživa a hubnutí v otázkách a odpovědích*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1050-1.
18. KUNOVÁ, Václava. *Zdravá výživa*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 978-802-4734-330.
19. MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 291 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-2715-8.
20. MÁLKOVÁ, Iva. *Farmakoterapie obezity*. Stop obezitě hubněte zdravě a natrvalo [online]. 2009 [cit. 2012-12-16]. Dostupné z: <http://www.stob.cz/odborne-clanky-medicinska-temata/farmakoterapie-obezity>
21. MÁLKOVÁ, Iva. *Kognitivně behaviorální terapie obezity*. Stop obezitě hubněte zdravě a natrvalo [online]. 2009, s. 5 [cit. 2012-12-27]. Dostupné z: <http://www.stob.cz/odborne-clanky-psychotherapie/kognitivne-behavioralni-terapie-obezity>
22. MARCUS, Bess H a LeighAnn H FORSYTH. *Psychologie aktivního způsobu života: motivace lidí k pohybovým aktivitám*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 223 s. ISBN 978-80-7367-654-4.
23. MATOULEK, Martin a Renáta ŠUPOVÁ. *Fyzická aktivita léčbě obezity v praxi*. *Postgraduální medicína*. 2008, roč. 10, č. 6.
24. MLÝNKOVÁ, Jana. *Hygienu u klientů trpících obezitou*. Sociální péče: odborný časopis pracovníků sociální péče. 2010, č. 2, s. 4. ISSN 1213-2330.

25. MÜLLEROVÁ, Dana. *Zdravá výživa a prevence civilizačních nemocí ve schématech: z pohledu jednotlivce i populačních skupin*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2003, 99 s., tab. ISBN 80-725-4421-7.
26. Oddělení obezitologie (OBE). *Endokrinologický ústav* [online]. 2011 [cit. 2013-04-03]. Dostupné z: <http://web2.endo.cz/cz/index.php/organizacni-struktura/jednotliva-oddeleni/klinicka-oddeleni/oddeleni-obezitologie-obe/>
27. PÍTHA, Jan a Rudolf POLEDNE. *Zdravá výživa pro každý den*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 143 s. ISBN 978-80-247-2488-1.
28. RAUSCHEROVÁ, Michaela. *Péče o imobilního pacienta s dekubitem*. Sestra. 2010, č. 5. ISSN 1210-0404.
29. RYBKA, Jaroslav. *Diabetes mellitus - komplikace a přidružená onemocnění: diagnostické a léčebné postupy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 317 s. ISBN 978-802-4716-718.
30. SLIMÁKOVÁ, Margit. *USDA nahradila výživovou pyramidu talířem*. Mgr. Margit Slimáková, PH.D. odborný průvodce zdravím a výživou [online]. 2011 [cit. 2013-03-10]. Dostupné z: <http://www.margit.cz/novinky-usda/>
31. SLIMÁKOVÁ, Margit. *Zdravý talíř*. Mgr. Margit Slimáková, PH.D. odborný průvodce zdravím a výživou [online]. 2012 [cit. 2013-03-10]. Dostupné z: <http://www.margit.cz/zdravy-talir/>
32. STRAUSS, Anselm. *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie* Přel. S. Ježek. 1.vyd. Boskovice: Albert, 1999, 196 s. ISBN 80-858-3460-X.
33. STŘEDA, Leoš. *Univerzita hubnutí*. 2. vyd. (1. ve www.euroinstitutu.eu). Praha: www.euroinstitutu.eu, 2009, 251 s., [8] s. příl. ISBN 978-80-87372-00-5.
34. SVAČINA, Štěpán a Alena BRETŠNAJDROVÁ. *Cukrovka a obezita*. [1. vyd.]. Praha: MAXDORF, 2003, 246 s., il., grafy, tab. Medica. ISBN 80-859-1258-9.
35. SVAČINA, Štěpán a Alena BRETŠNAJDROVÁ. *Jak na obezitu a její komplikace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 139 s. Doktor radí. ISBN 978-802-4723-952.

36. SVAČINA, Štěpán a Marie KUNEŠOVÁ. *Obezita a psychofarmaka: etiopatogeneze, diagnostika a terapie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002, 130 s. ISBN 80-725-4253-2.
37. SVAČINA, Štěpán. *Klinická dietologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 381 s. ISBN 978-80-247-2256-6.
38. SYMERSKÁ, Markéta. *Metodický postup prevence a ošetřování dekubitů*. In: Nemocnice TGM Hodonín, Metodický postup [online]. 2012 [cit. 2012-12-27]. Dostupné z: http://www.nemho.cz/editor/image/stranky3_soubory/dekubity.pdf
39. ŠONKA, Karel. *Obezita a spánek*. Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře [online]. 2008, č. 6 [cit. 2012-12-27]. ISSN 1212-4184. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/obezita-a-spanek-369047>
40. VEISOVÁ, Věra. *Obezita - onemocnění těla i duše*. Kontakt: Scientific Acta Faculty of Social and Health Studies : vědecký časopis Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity. 2011, č. 13. ISSN 1212-4117.
41. VÍTEK, Libor. *Jak ovlivnit nadváhu a obezitu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-802-4722-474.
42. VOJTÍŠKOVÁ, Jana. *Kompetence všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře*. Medicina pro praxi [online]. 2006, č. 2 [cit. 2013-04-11]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2006/02/12.pdf>
43. *Vyhláška, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*. In: <http://www.helcom.cz/download/integrace/037zdrav.pdf>. 2004.
44. Výklad různých forem prevence. In: *Závěrečná zpráva národního referenčního centra* [online]. 2009 [cit. 2013-04-19]. Dostupné z: http://kvalita.nrc.cz/standardy/IGA10650-3/02_Prilohy/Priloha_3/Priloha_3j_Vyklad_ruznych_forem_prevence.pdf
45. ZADÁK, Zdeněk a Jaroslav KVĚTINA. *Metodologie předklinického a klinického výzkumu v metabolismu, výživě, imunologii a farmakologii*. 1. vyd. Praha: Galén, c2011, 333 s. ISBN 978-807-2627-486.

46. ZADÁK, Zdeněk. *Výživa v intenzivní péči*. 2. rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2009, 542 s. ISBN 978-802-4728-445.
47. *Životní styl a obezita - longitudinální epidemiologická studie prevalence obezity v ČR*. In: [online]. 2006 [cit. 2013-04-11]. Dostupné z: http://www.khsova.cz/03_plneni/files/obezita_dospeli.pdf

8 PŘÍLOHY

8.1 Seznam příloh

Příloha 1: Klasifikace BMI dle Svačiny

Příloha 2: Glykemický index

Příloha 3: Potravinová pyramida ČR

Příloha 4: Zdravý talíř ČR

Příloha 5: „Můj talíř“ USA

Příloha 6: „Power Plate“ USA

Příloha 7: Stupnice Nortonové

Příloha 8: Klasifikace dekubitů dle EPUAP guidelines (2003)

Příloha 9: Otázky k bakalářské práci

Příloha 1

Klasifikace	BMI
Podvýživu	Do 18,5
Normální hmotnost	18,5 - 25
Nadváha	25 - 30
Obezita I. stupně (mírná)	30 - 35
Obezita II. stupně (střední)	35 - 40
Obezita III. stupně (morbidní)	Nad 40

Zdroj: SVÁČINA, Štěpán a Marie KUNEŠOVÁ. Obezita a psychofarmaka: etiopatogeneze, diagnostika a terapie. 1. vyd. Praha: Triton, 2002, 130 s. ISBN 80-725-4253-2.

Příloha 2

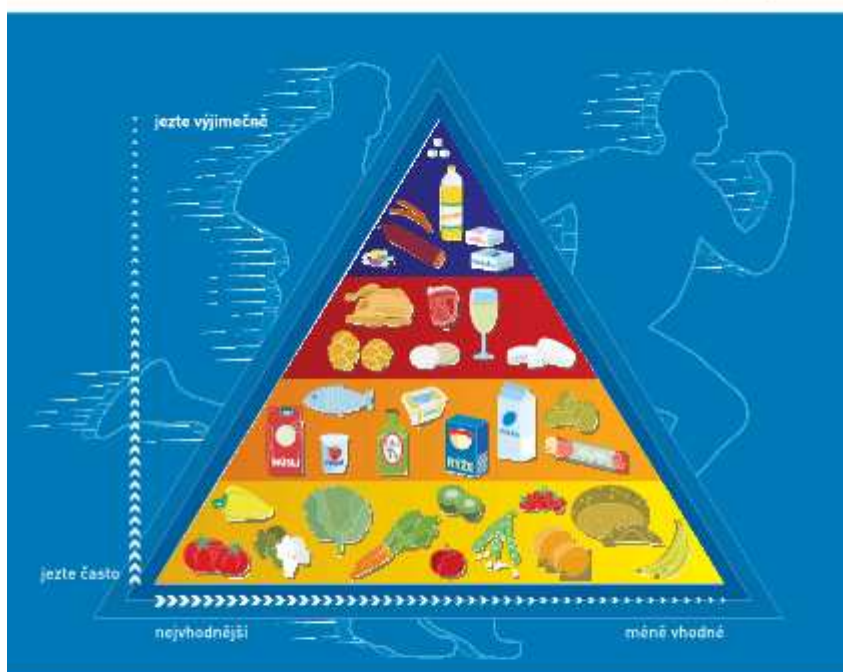
Cizí kuchyně		Nápoje	
Pizza těsto	80	Isostar	70
Makarony se sýrem	64	Fanta	68
Pizza sýrová	60	Sirup	66
Tortila kukuřičná	52	Limonáda	66
Tortellini se sýrem	50	Coca-Cola	58
Pizza vegetariánská	49	Lift	58
Suši	48	Káva s cukrem	58
Ravioli plněné masem	39	Horká čokoláda	51
Tortila pšeničná	30	Pomerančový džus	50
		Grepový džus	48
Chléb, pečivo		Ananasový džus	46
Bageta	95	Mrkvový džus	43
Chléb Libanonský	86	Zeleninový džus	43
Pufované rýžové koláčky	82	Jablečný džus	40
Chléb bezlepkový	79	Tomatový džus	38
Houska hvězdička (Keiserova)	73		
Bagel	72	Obiloviny	
Chléb Kavli	71	Pšenice	90
Chléb světlý	70	Proso	71
Chapati	63	Kuskus	65
Chléb s máslem a džemem	62	Oves	59
Chléb Pita	57	Semolina (tvrdá pšenice)	55
Chléb slunečnicový	57	Pohanka	54
Chléb ovocný (sušené ovoce)	54	Pšenice špalda (bulgur)	48
Chléb tmavý celozrnný	53	Žito	34
Chléb pohankový	47	Amarant	34
Chléb tmavý Fit (pumpernickel)	41–55	Ječmen	25
Maso		Ovoce	
Kuřecí nugety	46	Datle sušené	103
Rybí prsty	38	Meloun vodní (červený)	72
Párek	28	Meloun ananasový	65
		Kompot	40–64
Mléčné produkty		Fíky	61
Mléko kondenzované	61	Hrozinky	60
Sójový jogurt	50	Ananas	59
Pudink čokoládový	47	Hroznové víno červené	59
Actimel	46	Papája	59
Sójové mléko	44	Meruňka	57

Pudink vanilkový	40	Ovocný salát	55
Jogurtový nápoj	38	Džem	55
Šodó	38	Kiwi	53
Mléko čokoládové	34	Banán	52
Jogurt nízkotučný ovocný	32	Mango	51
Mléko nízkotučné	32	Hroznové víno bílé	46
Mléko plnotučné	27	Broskve	42
Jogurt netučný s umělým sladidlem	14	Pomeranč	42
Jahody	40	Piškotový dort	46
švestky	39		
Hruška	38	Sladkosti	
Jablko	38	Čokoláda mléčná	41
Sušené ovoce	29	Nutella	33
Grapefruit	25	Lentilky	33
Třešně	22	Čokoláda hořká	22
Přílohy		Slané mlsání	
Rýže jasmínová	109	Preclíky	83
Rýže	50–90	Popcorn	72
Brambory pečené	85	Bramborové lupínky	54
Bramborová kaše instantní	80	Ořechy	14–22
Brambory z mikrovlnky	79		
Hranolky	75	Snídaňové cereálie	
Bramborová kaše	70	Chocapic	84
Gnocchi	68	Rýžové burizony	82
Brambory z páry	65	Cornflakes - kukuřičné lupínky	81
Špagety vařené	40–65	Ovesná kaše	50–65
Rýže basmati	58	Müsli vločky natura bez cukru	40–57
Brambory nové	57		
Bramborové knedlíky	52	Sušenky	
Brambory vařené	50	Bebe jemné sušenky	67
Fazole v tomatové omáčce	48	Mars	65
Makarony	47	Müsli tyčinka s ovocem	61
Brambory jamy	37	Digestive sušenky	59
Cizrna	33	Bebe dobré ráno čokoládové	57
Fazole	29	Snickers	55
Čočka	26	Sušenky obdobné Prince, Disko	52

Hrách	22	Bebe dobré ráno s medem a oříšky	51
Sójové boby	18	Twix	43
		Polomáčené sušenky	42
Sladidla		Zelenina	
Maltóza	105	Pastinák	97
Glukóza	100	Dýně	75
Sacharóza	68	Tuřín	72
Med	55	Červená čepa	64
Laktóza	46	Sladká kukuřice	53
Fruktóza	19	Hrášek	48
Sladké pečivo		Zelené fazolky	48
Lívanec, lívanečky	67–85	Mrkev	41
Kobliha	76	(ostatní druhy zeleniny mají nízký GI)	
Vafle	76	Zmrzliny	
Donut	75	Zmrzlina ovocná netučná	61
Croissant	67	Zmrzlina nízkotučná jogurtová	43
Mufin	62	Zmrzlina smetanová	38
Listové těsto	59		

Zdroj:<http://www.stob.cz/tabulky-a-cisla-glykemicky-index/hodnoty-glykemickeho-indexu-podle-abecedy>

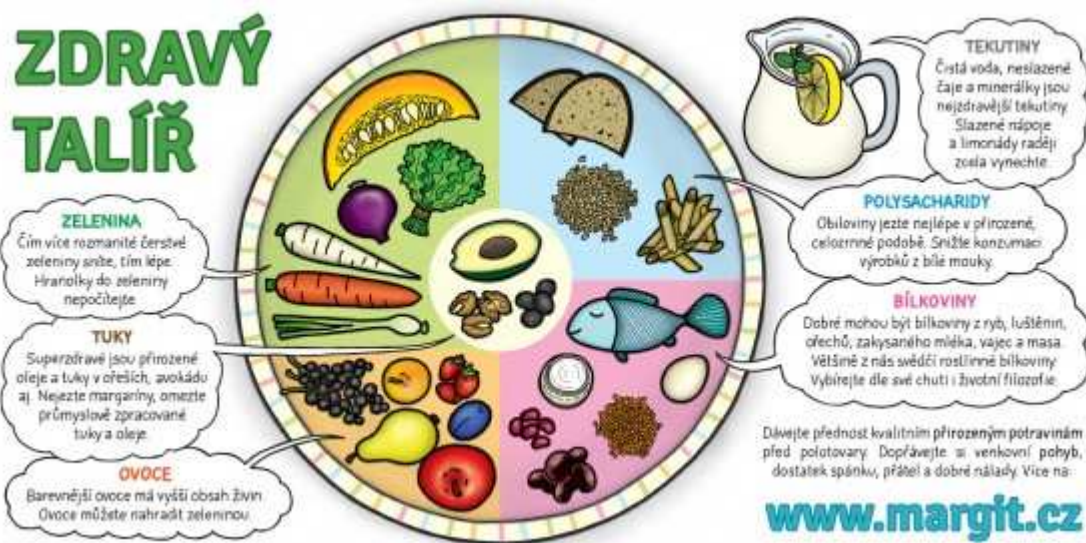
Česká potravinová pyramida



- › zásadně jezte pestrou stravu rozloženou do celého dne
- › zvyšte spotřebu zeleniny /zejména saláty/ a ovoce na množství 0,5 kg denně
- › denně konzumujte nejméně 2l tekutin, přednost dáváte vodě
- › nezapomeňte na pravidelnou denní konzumaci mléčných výrobků
- › k vaření a přípravě pomazánek používejte pouze rostlinné tuky, do salátů rostlinné oleje
- › maso jezte jen libové, bez viditelného tuku
- › omezte smažené pokrmy a vyhýbejte se oplatkám, keksům a sušenkám s náplní
- › vybírejte si potraviny s nižším obsahem sodíku. Nepřisolujte!
- › udržujte optimální tělesnou hmotnost; horní hranice je výška (v cm) minus 100; pravidelně sportujte

› Další informace a dotazy: www.fzv.cz

Zdroj: <http://www.fzv.cz/pro-media/publikace/informacni-materialy/pyramida-zdrave-vyzivy/115-pyramida-zdrave-vyzivy.aspx>



Zdroj: <http://www.margit.cz/zdravy-talir/>

Příloha 5



Zdroj: <http://www.margit.cz/novinky-usda/>

Power Plate



Zdroj: <http://www.margit.cz/novinky-usda/>

Příloha 7

Srovnávací systém vyhodnocení vzniku proleženin podle Nortonové

Body	Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Jiné nemoci	Tělesný stav	Vědomí	Denní aktivity	Pohyblivost	Inkontinence
4	úplná	Do 10	Normální	žádné	dobry	bdělý	chodí	úplná	není
3	malá	Do 30	Alergická	DM, TT	zhoršený	apatický	doprovod	částečně omezená	občasná
2	částečná	Do 60	Vlhká	anemie, kachexie	špatný	zmatený	sedáčka	velmi omezená	převážně močí
1	žádná	60a více	Suchá	trombóza, obezita, karcinom	velmi špatný	bezvědomí	leží	žádná	stolice i moč

- | | |
|------------------------|----------------|
| 1. velmi vysoké riziko | 9 – 13 bodů |
| 2. vysoké riziko | 14 - 18 bodů |
| 3. střední riziko | 19 – 23 bodů |
| 4. nízké riziko | 24 – 25 bodů |
| 5. žádné riziko | 26 a více bodů |

Zdroj: http://www.nemho.cz/editor/image/stranky3_soubory/dekubity.pdf

Příloha 8

Klasifikace dekubitů dle EPUAP guidelines (2003)

Pro klinické hodnocení dekubitů je důležité vědět, že tlakové léze postupují z hloubky na povrch. Proto i nepatrné známky na povrchu kůže mohou znamenat již rozsáhlé poškození pod povrchem svrchní pokožky. Každý pacient může mít částečně odlišný průběh tvorby proleženiny, proto je důležité dobře znát klasifikaci dekubitů:

I. stupeň:



- zarudnutí – neblednoucí erytém intaktní kůže. Tlaková léze bez poškození kůže. Příznakem je zarudnutí, otok a zduření. Po mírném zatlačení prsty na erytém kůže zbledne (ukazuje to na neporušenost mikrocirkulace). Odstranění tlaku může vést k úplné regeneraci poškozené tkáně.

II. stupeň



- puchýř – tlakové léze s částečným, nebo povrchním poškozením kůže. Objevuje se puchýř, nebo mělký důlek, mokvavá plocha. Klinicky – odřenina, puchýř, mělký kráter.

III. stupeň



- úplné poškození kůže v celém rozsahu, poškození podkoží i svaloviny, zasahující až ke kostnímu výstupku na spodině rány. Na povrchu šedá, černá krusta – nekróza, hluboký kráter. Tlaková léze se zničenou tkání mezi kostí a pokožkou.

IV. stupeň



- vřed - tlaková léze provázená ostitidami a artritidami.
Vzhled dekubitu IV. stupně je stejný jako u předešlého, ale vedle ostitid kostního podkladu je doprovázen artritidami sousedních kloubů, mezi svaly vznikají hluboké choboty vyplněné hnisem.

Zdroj: http://www.nemho.cz/editor/image/stranky3_soubory/dekubity.pdf

Příloha 9

1. Kolik je Vám let?
2. Kolik let jste v praxi?
3. Jaké nejvyšší dosažené vzdělání máte?
4. Máte nějaké specializační kurzy?

5. Jakým způsobem se pacienti mohou dozvědět o Vaší péči?
6. Kolik máte přibližně klientů celkově a kolika pacientům za den (průměrně) se věnujete?
7. S jakým onemocněním k Vám přicházejí P/K nejčastěji?
8. Popište pracovní postupy prováděné při vstupní prohlídce P/K.
9. Co musí udělat P/K před Vaší návštěvou? (např. přinést jídelníček)
10. Kolik sezení věnujete jednomu P/K ?
11. Popište hlavní vývojové body v průběhu všech sezení?
12. Jaké role zastupuje sestra v problematice obezity?
13. Jaké kompetence zaujímá sestra v diagnostice obezity?
14. Jakou roli má sestra při zjišťování, vyšetřování a sezeních?

Zdroj: Vlastní