



Názov:

**Manažment ošetrovateľskej starostlivosti
pri edukácii dospelého pacienta
s nadhmotnosťou/obezitou**

Autori:

**PhDr. Zuzana Gavalierová, MPH
MUDr. Ahmadullah Fathi**

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. c) zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva štandardný postup:

Manažment ošetrovateľskej starostlivosti pri edukácii dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou

Číslo ŠP	Dátum predloženia na Komisii MZ SR pre PpVP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR
051	24. október 2023	<i>schválené</i>	15. november 2023

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív:

PhDr. Zuzana Gavalierová, MPH; MUDr. Ahmadullah Fathi

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných postupov pre výkon prevencie a odporúčaných postupov pre výkon prevencie MZ SR; hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; hodnotitelia AGREE II; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre PpVP a patientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

Odborní koordinátori: doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; doc. MUDr. Alexandra Krištúfková, PhD.; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP, FEFIM

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre PpVP: Rastislav Bilík, MSc.; Mgr. Milada Eštoková, PhD.; PharmDr. Tatiana Foltánová, PhD.; PhDr. Zuzana Gavalierová, MPH; MUDr. Darina Haščiková, MPH; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; Mgr. Eva Klimová; PhDr. Kvetoslava Kotrbová, PhD., MPH; doc. MUDr. Alexandra Krištúfková, PhD.; PhDr. Mária Lévyová; Mgr. Katarína Mažárová; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP, FEFIM; MUDr. František Podivinský, PhD.; Mgr. Iveta Rajničová Nagyová, PhD.; MUDr. Eva Sabolová; Mgr. Henrieta Savinová; Mgr. Soňa Senderáková, Mgr. Robert Ševčík; MUDr. Adriana Šimková, PhD.; Mgr. Gabriela Švecová Cveková; MUDr. Valéria Vasiľová; doc. MUDr. Viliam Žilínek, CSc.

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Ing. Peter Čvapek, MBA, MPH; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Gabriela Tamášová; Ing. Veronika Halmová; Mgr. Michaela Čavojská; Mgr. Miroslav Hečko; Mgr. Michal Kratochvíla, PhD.; PhDr. Dominik Procházka, Mgr. Alžbeta Thirerová, Mgr. Anton Moisés

Podporené grantom z OP Ľudské zdroje MPSVR SR NFP s názvom: „Tvorba nových a inovovaných postupov pre výkon prevencie a ich zavedenie do medicínskej praxe” (kód NFP312041R239)

Kľúčové slová

edukácia pacienta, edukačné listy, motivačná intervencia, nadhmotnosť, obezita, odvrátiteľné riziká, transteoretický model

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

ADOS	Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti
AH	Artériová hypertenzia
AP	Angina pectoris
BMI	Index telesnej hmotnosti (angl. Body Mass Index)
DTK	Diastolický tlak krvi
EKG	Elektrokardiograf
CHOS	Choroby obehovej sústavy
KV	Kardiovaskulárny
KVR	Kardiovaskulárne riziko
MK	Mastné kyseliny
NAFLD	Nealkoholová tuková choroba pečene (angl. Nonalcoholic fatty liver disease)
RF	Rizikový faktor
SCORE	Systematické hodnotenie KV rizík (angl. Systematic Coronary Risk Evaluation)
SF	Srdcová frekvencia
SJ	Sacharidová jednotka
STK	Systolický tlak krvi
ŠDTP	Štandardné diagnosticko-terapeutické postupy
TK	Tlak krvi
TTM	Transteoretický model
WHO	Svetová zdravotnícka organizácia (angl. World Health Organization)

Kompetentní zdravotníckí pracovníci pre výkon edukácie, poučenie o režimových opatreniach, zdravom spôsobe života

- Edukáciu pacienta (a podľa potreby aj rodinného príslušníka, či inú blízku podpornú osobu) o diétnych a režimových opatreniach vykonáva sestra.
- Opakovanú edukáciu (redukáciu), respektíve zisťovanie stavu motivácie k želanej zmene správania dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou pri periodických kontrolách vykonáva sestra.
- Poučenie o zásadách farmakoterapie vykonáva v úvode liečby (resp. zmeny farmakoterapie) lekár predpisujúci lieky, pri opakovaných kontrolách poučenie o farmakoterapii vykonáva lekár v spolupráci so sestrou v rozsahu jej praxe.
- Sestra dohliada na adhérenciu dospelého pacienta s obezitou k liečbe (nefarmakologickej a farmakologickej).
- Edukáciu v rámci primárnej prevencie vykonáva u pacientov s rizikovým profilom (resp. pozitívnou rodinnou anamnézou) sestra.
- Pri edukácii dospelého pacienta s obezitou spolupracuje lekár a sestra s tímom odborníkov:
 - o s nutričným terapeutom,

- s fyzioterapeutom,
- s klinickým psychológom, resp. psychoterapeutom/terapeutickým (liečebným) pedagógom,
- s klinickým farmaceutom/ lekárnikom,
- s laboratórnym diagnostikom,
- s ADOS.

Dôvody predloženia návrhu štandardu

- Absencia štandardného postupu pre manažment ošetrovateľskej starostlivosti vo forme edukačných listov u dospelých pacientov s nadhmotnosťou/obezitou.
- Vypracovanie príručky osvedčených postupov k správnej edukačnej praxi.
- Odporúčania pre manažment ošetrovateľskej starostlivosti pri edukácii dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou predstavuje komplexný súbor usmernení, čo spolu s ďalšími faktormi môže prispieť k zníženiu vzniku a dôsledkov chronických chorôb v populácii, s cieľom eliminovať riziká odvrátiteľných úmrtí.
- Metodológia tvorby štandardného postupu „*Manažment ošetrovateľskej starostlivosti pri edukácii dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou*“ vychádza z publikácie **Odvrátiteľné riziká chorôb obehovej sústavy, edukácia sestrou (1)**, a tiež zohľadňuje Štandardný diagnostický a terapeutický postup na komplexný manažment nadhmotnosti/obezity v dospelom veku - 2. revízia v platnom znení (2).

Rámcové odporúčania štandardu

- Manažment ošetrovateľskej starostlivosti pri edukácii dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou v súlade so správnou ošetrovateľskou praxou a platnou legislatívou.
- Ošetrovateľský štandard edukácie je zameraný na komplexný manažment sestrou u dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou.
- Ošetrovateľský štandard edukácie je v súlade s vykonávatel'nými ŠDTP spracovanými v oblasti nadhmotnosti/obezity na Slovensku.

Efekt implementácie ŠDTP

- Legislatívna podpora pre manažment ošetrovateľskej starostlivosti pri edukácii dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou.
- Zefektívnenie procesu edukácie tak, aby sa znížila jeho náročnosť, bol využiteľný a edukácia ako ošetrovateľský proces sa stala merateľnou a akceptovateľnou.
- Predpoklad zlepšenia komunikácie medzi zdravotníckym pracovníkom a pacientom a zamedzenie neúčinným komunikačným chybám, ktoré by mali práve naopak kontraproduktívny efekt.
- Získanie nástroja (edukačné listy) pre posudzovanie a kontrolu manažmentu ošetrovateľskej starostlivosti pri edukácii dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou.

Definovať manažment ošetrovateľskej starostlivosti vo forme edukačného procesu dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou s cieľom:

- sprístupniť ošetrovateľskú starostlivosť pri edukácii dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou recenzovanými informáciami vypracovanými v podobe edukačných listov,
- vytvoriť dobrý terapeutický vzťah medzi lekárom/sestrou a dospelým pacientom s nadhmotnosťou/obezitou,
- podporovať a napomáhať dospelému pacientovi získať relevantné informácie o nadhmotnosti/obezite,
- zahrnúť dospelých pacientov do rozhodovacieho procesu pre zlepšenie adherencie k liečbe (nefarmakologických opatrení a liečbe farmakologickej, bariatrickej chirurgie a post-chirurgickej),
- dostať pod kontrolu jedno závažné riziko odvrátiteľných úmrtí, akým je nadhmotnosť/obezita.

Dôležitosť ošetrovateľského štandardu edukácie dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou vyplýva:

- z nízkeho stupňa vedomosti dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou o zdravom spôsobe života,
- z potreby výrazného zvýšenia informovanosti a poradenstva v komunite o nadhmotnosti/obezite, o možných rizikách, o nefarmakologických opatreniach, o iných možnostiach liečby, s cieľom redukcie možných komplikácií,
- z nízkej adherencie dospelých pacientov s nadhmotnosťou/obezitou k želanej zmene (redukcia hmotnosti),
- z dlhodobu nepriaznivej situácie morbidita a mortality na KV ochorenia (odvrátiteľné úmrtia) na Slovensku.

Miesto výkonu

Prostredie, v ktorom sa poskytuje zdravotná a ošetrovateľská starostlivosť (ambulantná a ústavná zdravotná starostlivosť).

Úvod

Je dôležité vedieť, že nadhmotnosť/obezita negatívne ovplyvňuje kvalitu života, prináša mnoho zdravotných komplikácií a dokonca skracuje dĺžku života. Do roviny medziľudských vzťahov sa výrazne premieta negatívny psycho-sociálny dopad obezity, ovplyvňuje intímne, osobné a pracovné vzťahy.

Z viacerých epidemiologických štúdií je známe, že pravidelná fyzická aktivita je efektívna nielen z pohľadu prevencie a liečby obezity, ale aj pri znižovaní zdravotných rizík súvisiacich s obezitou. V štúdiách sledujúcich slovenskú populáciu, je z rizikových faktorov životného štýlu v popredí nedostatočná fyzická aktivita prednostne u žien.

Dôležitú úlohu v manažmente odvrátiteľných rizík chorôb obehovej sústavy (CHOS) zohráva edukácia sestrou, kde sa očakáva najväčší prínos intervencie sestry v podobe edukačného procesu u pacienta k želanej zmene správania. Cieľom edukácie je pozitívne ovplyvniť postoje pacienta k ochoreniu a liečbe. Zvýšením úrovne vedomostí u pacienta o danom ochorení, o jeho rizikách a následkoch, očakávame dosiahnutie zlepšenia budúcej spolupráce.

Východiská k vedomostiam o klinickej jednotke

Prevenca, epidemiológia, patofyziológia, klasifikácia, klinický obraz, diagnostika, farmakologická a bariatrická liečba je uvedená: Štandardný diagnostický a terapeutický postup na komplexný manažment nadhmotnosti/obezity v dospelom veku 2. revízia v platnom znení (2).

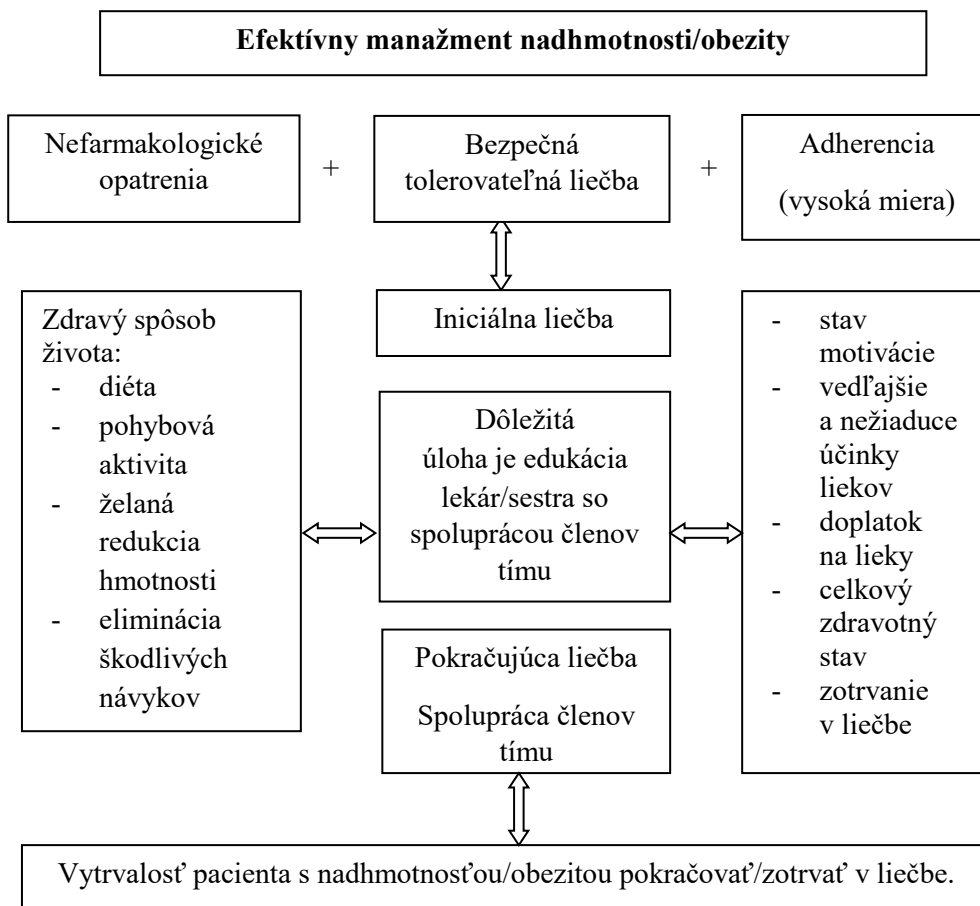
Skupina pacientov, ktorým bude ošetrovateľská edukačná starostlivosť poskytovaná: u dospelých osôb (vek nad 18 rokov) je obezita definovaná BMI $\geq 30,0$ kg/m² a nadhmotnosť (nazývaná aj preobezita) BMI 25,0 – 29,9 kg/m² (2).

Nástroje manažmentu liečby dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou


Postihnutie KV ochorením možno redukovať včasnou diagnostikou, správnym manažmentom pacienta a prostredníctvom edukačnej intervencie zameranej na želanú zmenu rizikového správania u pacienta (1). Edukácia je dôležitým nástrojom manažmentu dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou, ako aj inými chronickými ochoreniami. Aby bol manažment dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou efektívny, je potrebné sa zamerať na:

- nefarmakologické opatrenia pozostávajúce zo zdravého spôsobu života v podobe diétnych opatrení, veku a zdravotnému stavu primeranej pohybovej aktivity za využitia edukačných listov a edukačných materiálov,
- účinnú, bezpečnú a tolerovateľnú liečbu,
- dobrú adherenciu pacienta k liečbe.

Obrázok č. 1 Manažment edukácie dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou



Tabuľka č. 1

 Obsah riadenia ošetrovateľskej starostlivosti pri edukácii dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou sestrou		
Opatrenie	Kompetencia /Aktivita	Popis
Aktívne vyhl'adávanie dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou	1.1 Sestra je kompetentný zdravotnícky pracovník pre manažment nefarmakologických opatrení u dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou. 1.2 Sestra bude využívať každú príležitosť na detekciu nadhmotnosti/obezity. 1.3 Sestra bude mať vedomosti a zručnosti ako správne merať obvod pásu a vypočítať BMI.	Sestra má vedomosti o nadhmotnosti/obezite (definícia, etiológia, patofyziológia, klasifikácia, liečba podľa ŠTDP). Sestra vie ako sa zapojiť do procesu diagnostiky a liečby nadhmotnosti/obezity. Sestra vie správne osloviť a získať dospelého pacienta k spolupráci. Sestra ovláda správnu techniku výpočtu BMI, merania obvodu pásu a meranie kožných rias kaliperom.
Edukačná intervencia o nadhmotnosti/obezite	2.1 Sestra bude edukovať dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou o klinickej jednotke. 2.2 Sestra bude edukovať pacienta s nadhmotnosťou/obezitou o stravovacích návykoch. 2.3 Sestra bude edukovať pacienta s nadhmotnosťou/obezitou o vhodnej pohybovej aktivite.	Sestra vysvetlí pacientovi pojmy súvisiace s nadhmotnosťou/obezitou (definícia, patofyziológia, klasifikácia, liečba) podľa ŠDTP (2) v platnom znení a podľa edukačného listu 1 Pojmy súvisiace s nadhmotnosťou/obezitou.
Cieľová hmotnosť	3.1 Sestra bude merať výšku, váhu, BMI, obvod pásu pacienta s nadhmotnosťou/obezitou. 3.2 Sestra bude edukovať dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou o význame cieľovej hmotnosti.	Zdravá hmotnosť je BMI 20–25 kg/m ² . BMI nad 25 sa považuje za nadhmotnosť a nad 30 za obezitu. Neodporúča sa obvod pásu u žien väčší ako 80 cm, u muža väčší ako 94 cm, pretože predstavuje riziko vzniku metabolických a obehových komplikácií spojených s obezitou (1).
Edukačná intervencia o úprave spôsobu života	3.3 Sestra bude pracovať s dospelým pacientom s nadhmotnosťou/obezitou a bude vedieť identifikovať negatívne faktory životného štýlu.	Sestra identifikuje negatívne faktory životného štýlu, ktoré môžu ovplyvniť nadhmotnosť/obezitu (nespavosť, zjedávanie, konzumácie vábidiel a pod.). Sestra podporí pacienta pri tvorbe plánu riadenia rizika, ktorý má pomôcť dosiahnuť ciele, čo môže zabrániť sekundárnym komplikáciám.
Redukčná (nízkoenergetická) diéta	3.4 Sestra bude edukovať dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou o význame všeobecných dietetických postupov pri liečbe nadhmotnosti/obezity. 3.5 Sestra bude edukovať dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou o význame dodržiavania pitného režimu.	Pozri edukačný list 3 <i>Motivačná intervencia</i> Pozri edukačný list 3 <i>Jednoduché konkrétne kroky k zahájeniu zdravého spôsobu života</i> Pitný režim 1,5–2,5 l denne, preferovať nízkomineralizované vody, obmedziť konzumáciu sladených nápojov.

Pohybová aktivita	3.6 Sestra bude edukovať dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou o výbere, druhu a intenzite pohybovej aktivity v súvislosti s ďalšími ochoreniami (ortopedické, kardiovaskulárne a pod.).	Pohybovú aktivitu vykonávať 5–7-krát týždenne minimálne 30 minút, udržať si pulzovú frekvenciu podľa vzorca $220 - \text{vek} \times 0,7$. Pozri edukačný list 3 <i>Pohybová aktivita</i>
Riziková konzumácia alkoholu	3.7 Sestra bude zisťovať rizikovú konzumáciu alkoholu u dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou. 3.8 Sestra bude edukovať dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou o škodlivosti rizikovej konzumácie alkoholu.	Alkohol je všeobecne nevhodný a predstavuje prázdne kalórie. Univerzálnu minimálnu dávku alkoholu nie je možné stanoviť, aj nízke dávky alkoholu môžu byť nebezpečné (1). Hranica medzi bezpečnou a rizikovou hranicou dávky alkoholu je veľmi krehká, tzv. „bezpečná dávka“ môže veľmi rýchlo prejsť do rizikovej.
Fajčenie tabaku a tabakových výrobkov	3.9 Sestra identifikuje, aký druh tabakových výrobkov dospelý pacient s nadhmotnosťou/obezitou spotrebuje. 3.10 Sestra bude edukovať dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou o škodlivosti fajčenia a vysvetľovať rizikové správanie vo vzťahu k zdraviu.	Poradiť fajčiarom, aby prestali fajčiť a ponúknuť im pomoc. Prirodzené je nefajčiť. Všetky formy spotreby tabaku, ako fajčenie cigariet, fajky, žuvanie tabaku alebo šnupanie, ale i pasívne vystavenie produktom horenia tabaku významne prispievajú ku vzniku viac ako 20 chorôb a k predčasným úmrtiam. Podľa WHO sa fajčiari dožívajú v priemere o 10 rokov menej v porovnaní s nefajčiarimi (1).
Stres a spánok	3.11 Sestra poučí dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou ako správne reagovať na stresové udalosti a ako sa s nimi vyrovnávať. - Sestra bude odporúčať vhodné spôsoby zvládania stresu. 3.12 Sestra bude edukovať o význame spánku.	Účinné relaxačné techniky. Cvičenie, strečing, joga a pod. Pozitívne myslenie. Pre kvalitný a pokojný spánok ísť spať a vstávať v rovnaký čas, spať aspoň 7 hodín denne, pred spaním 2 hod. stlmiť svetlo, nejесť pred spaním, nekonzumovať jedlá s obsahom kofeínu, alkoholické nápoje, nevykonávať fyzickú aktivitu večer pred spaním a pod.
Farmakologická liečba u pacienta s nadhmotnosťou/obezitou	4.1 Sestra bude u dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou zisťovať možné vedľajšie a nežiaduce účinky lieku.	Sestra ovláda možné vedľajšie a nežiaduce účinky liekov.
Hodnotenie a podpora adherencie k liečbe	4.2 Sestra zisťuje stav motivácie dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou.	Metodika v systéme využitia Transteoretického modelu (1).
Podpora adherencie (zvýšenie miery adherencie)	4.3 Sestra vybuduje dobrý terapeutický vzťah pre získanie dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou na spoluprácu.	Zotrvanie v liečbe.
Kontrola /dozor	5.1 Sestra bude sledovať dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou.	Sestra bude postupovať podľa edukačných listov a stavu motivácie pacienta.
Dokumentácia	6.1 Sestra bude viesť dokumentáciu u dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou.	Sestra vedie dokumentáciu podľa platných právnych predpisov.

Riadenie ošetrovateľskej starostlivosti pri edukácii sestrou zahŕňa:

- A. Dôležitú úlohu sestry pri zmene spôsobu života u dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou s cieľom eliminácie možných komplikácií.
- B. Posudzovanie dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou s cieľom zahájenia individuálnej alebo skupinovej edukačnej intervencie.
- C. Edukačnú intervenciu sestrou u dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou za využitia Transteoretického modelu k zisteniu stavu motivácie.

A. Dôležitá úloha sestry pri zmene spôsobu života u dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou

Nadhmotnosť/obezita prináša mnoho zdravotných komplikácií a negatívne ovplyvňuje kvalitu života. Starostlivosť o dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou sa začína jeho motiváciou k zmene životného štýlu a vybudovaním dobrého terapeutického vzťahu medzi ošetrojúcim zdravotníckym personálom a pacientom. Dôvodom, prečo sa u väčšiny ľudí zvyšuje telesná hmotnosť, býva najčastejšie nesprávna životospráva a nadmerný energetický príjem.

Aby mal pacient svoju hmotnosť pod kontrolou, je potrebné spĺňať dva základné piliere liečby, akými sú diétne a režimové opatrenia, a v prípade indikácie lekárom farmakoterapia/ bariatrická chirurgická liečba s post-chirurgickou starostlivosťou. Na dosiahnutie týchto cieľov je dôležitá adherencia, ktorú môžeme dosiahnuť edukáciou. Sestra potrebuje recenzované vedomosti o nadhmotnosti/obezite, ale i ovládať komunikačné schopnosti ako nástroj motivácie k želanej zmene pacienta za využitia TTM.

Metodika edukácie

Základnými atribútmi edukácie by mali byť štruktúrovanosť a ľahká realizovateľnosť s výstupným merateľným výsledkom. Akýkoľvek proces bez očakávaného merateľného výsledku je neúčinný. Faktory ovplyvňujúce dostupnosť samotnej edukácie sú nasledovné:

- Rozsah kompetencií (legislatívna podpora).
- Vedomosti o klinickej jednotke (preventívne postupy pre výkon prevencie, štandardné terapeuticko-diagnostické postupy, sústavné vzdelávanie, edukačné listy).
- Čas a priestor (vyčlenené ordinačné hodiny pre edukáciu v ambulantnej starostlivosti).
- Motivácia (projektovo viazané finančné nástroje) (1).

Z psychologického hľadiska je pre edukáciu významným momentom schopnosť motivovať osoby či skupiny primerane ich zdravotnému stavu, vôľovej a rozumovej vyspelosti. Dôležité je vedieť získať jednotlivcov nie len pre konkrétnu edukačnú aktivitu, ale dosiahnuť, aby zotrvali v celom edukačnom procese. Edukačný štandard ako nástroj systému kvalítne poskytovanej zdravotnej starostlivosti zaručuje, že edukácia je podľa vopred prijatých pravidiel, znižuje riziká pochybenia, zefektívňuje procesy a hodnotenia výsledkov. Proces edukácie pozostáva z nasledujúcich kritérií:

- kritéria štruktúry,
- kritéria procesu,
- výsledné kritériá (1).

Kritéria štruktúry procesu edukácie

Š1 Sestra spĺňa kritéria štruktúry tím, že má vedomosti o nadhmotnosti/obezite, na základe ktorých edukuje dospelého pacienta v zdravotníckom zariadení alebo domácom či inom prirodzenom prostredí. Disponuje pomôckami v podobe edukačných materiálov, vizualizačnými pomôckami, BMI tabuliek a pod. Sestra vedie dokumentáciu.

Š2 Dospelý pacient spĺňa diagnostické kritéria pre nadhmotnosť/obezitu (edukácia pre novodiagnostikovaného pacienta alebo reedukácia). Sestra pacienta zaradí podľa štádia v TTM a určí ošetrovateľskú diagnózu k edukačnému procesu, podľa Vyhlášky MZ SR č. 306/2005 Z. z., napr.:

- E 100 Nedostatok informácií.
- E 101 Riziko deficitu informácií.
- E 102 Nezáujem o informácie.
- E 103 Nedostatok vedomostí.
- E 104 Riziko nedostatku vedomostí.
- S 150 Nedostatočná spolupráca jednotlivca.
- S 151 Nedostatočná spolupráca rodiny.
- S 152 Neschopnosť spolupráce.
- S 153 Neochota spolupracovať (3).

Kritéria procesu edukácie

P1 Sestra ovláda definíciu nadhmotnosti/obezity, klasifikáciu nadhmotnosti/obezity, etiopatogenézu, klinický obraz, farmakologickú liečbu, nefarmakologické opatrenia, správnu techniku merania obvodu pásu, výpočet BMI, meranie kaliperom. Získa anamnestické údaje od pacienta, rodiny alebo podpornej osoby, získa údaje vlastným pozorovaním a vyšetrením. Sestra určí stratégiu/plánuje. Plánovanie je východiskom pre všetky ostatné manažérske činnosti sestry v edukačnom procese. Znamená prispôsobiť edukáciu aktuálnemu stavu motivácie, vedomostí a zručnosti dospelého pacienta, navrhovať a plánovať spolu s pacientom a rodinnými príslušníkmi či blízkou podpornou osobou zdravotné a sociálne riešenie problému. Sestra určuje intervenčnú stratégiu a stanovuje priority pre potreby pacienta podľa aktuálneho klinického stavu a naliehavosti. Sestra zaradí pacienta do individuálneho alebo skupinového edukačného programu a realizuje edukáciu v stanovenom rozsahu podľa jednotlivých edukačných listov. Cieľovým rozhovorom zistí stav motivácie pacienta, jeho postoje a vedomosti k danej problematike, zvolí vhodné argumenty a fakty. Vždy k záveru preberanej témy sestra vyzýva pacienta na otázky a poskytne mu dostatočný priestor na odpovede. Odovzdá pacientovi samovzdelávacie materiály do nasledujúceho edukačného sedenia – kontroly (obrázky, edukačné materiály, kontakty, záznamník merania hmotnosti, stravovací denníka pod.) a naplánuje nasledujúce edukačné sedenie. Sestra ukončí edukačné sedenie, vedie dokumentáciu, v ktorej zaznamená stav motivácie (TTM), tému a posúdi úroveň získaných vedomostí a zručností (1).

P2 Dospelý pacient s nadhmotnosťou/obezitou je zapojený do edukačného procesu. Sestra cieľovým rozhovorom a vizualizovanými príkladmi primerane zdravotnému stavu, vôľovej a rozumovej vyspelosti edukuje pacienta podľa štádia motivácie za využitia TTM (1).


Výsledné kritéria edukácie

V1 Sestra získala údaje od pacienta a rodinného príslušníka (zákonného zástupcu) či blízkej podpornej osoby, vyšetrila pacienta a zaradila podľa TTM do prislúchajúceho štádia. Sestra zistila stav motivácie, pacientove postoje a vedomosti k danej problematike.

Sestra vykonala zápis/záznam do dokumentácie, podpísala sa (1).

V2 Pacient získal vedomosti podľa cieľa rozhovoru a cielene vedenej edukácie.

Tabuľka č.2

Preventívne postupy 		Štandard edukačnej starostlivosti (1)
Kritériá štruktúry	Š1 Kompetentný zdravotnícky pracovník. Ambulantné alebo ústavné zariadenie, prirodzené domáce alebo iné prostredie. Pomôcky. Dokumentácia o realizovanej edukácii. Finančné zabezpečenie edukácie.	Š2 Dospelý pacient s nadhmotnosťou/obezitou zaradený v ošetrovateľskej diagnóze.
	Kritériá procesu edukácie	P1 Získanie vedomostí o nadhmotnosti/obezite. Získanie anamnézy od pacienta, rodiny, podpornej osoby. Získanie údajov vlastným pozorovaním a vyšetrením. Sestra diagnostikuje v TTM. Sestra určí stratégiu/plánuje. Sestra intervenuje/realizuje. Sestra hodnotí. Sestra zaznamenáva. P2 Dospelý pacient s nadhmotnosťou/obezitou je zapojený do cielene vedeného edukačného procesu.
Kritériá výsledné	V1 Sestra ovláda teoretické východiská pre edukáciu. Sestra získala údaje, vyšetrila pacienta a zaradila podľa TTM. Sestra využíva prislúchajúci edukačný list. Sestra vykonala zápis do dokumentácie, podpísala sa.	V2 Pacient získal vedomosti. Pacient spolupracuje.

Š – štrukturálne opatrenia; P – proces edukácie; V – výsledné kritériá

B. Posudzovanie dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou

Pri edukácii dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou je potrebné sa riadiť určitými všeobecnými zásadami:

1. Zistenie stavu motivácie za využitia TTM.
2. Budovanie terapeutického vzťahu.
3. Využitie edukačných listov.

1. Zistenie stavu motivácie pacienta za využitia Transteoretického modelu

Voľba čo najvhodnejších postupov pri edukácii pacienta s cieľom dosiahnuť trvalú zmenu v jeho správaní a odnaučenie sa od problémového správania, predstavuje vážny problém v každodennej praxi. Medzi úspešné stratégie patrí Transteoretický model (TTM) vychádzajúci z viacerých teórií psychoterapie a zmeny správania, ktorý bol uvedený do praxe profesormi psychológie Carlom DiClemente a Jamesom Prochaskom (univerzita Rhode Island, 1982). TTM zohľadňuje štyri základné aspekty: štádium zmeny, proces zmeny, rozhodovanie a pokušenie. Dôraz je kladený na proces rozhodovania sa jednotlivca vykonať želanú zmenu. Výskumy poukazujú na to, že prístup pri terapii, ktorý nezohľadňuje jednotlivé štádia zmeny, môže pôsobiť kontraproduktívne, až spôsobiť odmietavý postoj k akejkoľvek požadovanej zmene správania pacienta. Tento psychoterapeutický model je úspešne využívaný pri liečbe závislosti fajčiarov, ale jeho využitie je možné aj pri chronických ochoreniach, vyžadujúcich si kontrolu. Pozostáva z piatich po sebe nasledujúcich štádií a jednotlivé štádia pozostávajú z procesov zmeny, ktoré pacient podstupuje. Pre aplikáciu v praxi je dôležité zistiť, v ktorom štádiu zmeny sa pacient nachádza a tomu prispôbiť ďalšie kroky a správne edukačné postupy. Jednotlivé štádia ponúkajú príležitosť pre aplikáciu vhodného, individuálne prispôbeného terapeutického plánu, čo napomáha nie len ukončeniu problémového správania, ale aj predchádzaniu prípadným relapsom (1). Štádia zmeny sa dajú chápať ako určité časové rozpätie na vykonávanie úmyselnej zmeny, ktoré zodpovedá aktuálnym postojom, zámerom a správaniu jednotlivca v cykle zmeny. Časové trvanie jednotlivých štádií je maximálne individuálne, avšak každé štádium je charakteristické špecifickými procesmi zmeny a plnením úloh (1).

1. štádium

Nestotožnený pacient – Pre-kontemplácia

Prvé štádium je najnáročnejšie. Pacient, ktorý sa dozvie diagnózu sa spočiatku bráni popieraním zistených faktov. Ochorenie si nepripúšťa. Lekár a sestra (L/S) vo fáze pre-kontemplácie od pacienta počuje: „*nechcem, neurobím, neviem o tom, nemám dôvod...*“. V tejto fáze sa od L/S očakáva intervencia v podobe motivačného rozhovoru, ktorého cieľom je pomáhať pacientovi poznať svoj existujúci alebo blížiaci sa problém rizikového správania a byť mu nápomocný postúpiť na ceste k želanej zmene. Nestotožnenému pacientovi sa definujú pojmy súvisiace s obezitou, prítomné alebo možné očakávané komplikácie a výsledky doterajších vyšetrení. L/S vysvetlí význam jednotlivých parametrov. L/S čaká na reakciu pacienta (možno hodnotenia povie sám), ako on chápe a vníma danú situáciu. Až keď pacient nerozumie závažnosti svojho stavu alebo ho popiera, je potrebné dôkladne mu objasniť jeho zdravotný stav s vymenovaním rizík neliečenej nadhmotnosti/obezity. Pri komunikácii s pacientom vo fáze pre-kontemplácie je dôležité vyhýbať sa neúčinným komunikačným taktikám, pretože presvedčovanie nátlakovými taktikami je málo účinné a nesmerujú pacienta k uvedomovaniu si závažnosti zdravotného stavu (1).

2. štádium

Kontemplácia

L/S čelia protiargumentom pacienta. Utvrdzujú pacienta k pozitívnemu vzťahu k zdraviu a k sebestačnosti. Do procesu zapájajú aj rodinných príslušníkov a priateľov. Výberom vhodných argumentov smerujú pacienta k uvedomovaniu si závažnosti terajšieho rizikového

správania, k rizikám nadhmotnosti/obezity a pod. Posilňujú jeho sebadôveru, pripomínajú dôvody pre zmenu správania a výhody plynúce zo želanej zmeny. Pacient v tomto štádiu väčšinou pozná celý rad dôvodov, prečo je jeho správanie škodlivé a mal by ho ukončiť, no napriek tomu preto nič nerobí (1).

3. štádium

Pacient plánujúci zmenu – Príprava

Charakteristické pre tretie štádium prípravy je úmysel pacienta vykonať zmenu v najbližšom období do 30 dní. Dôležité je hovoriť o pozitívnych dôsledkoch zmeny, vysvetliť pacientovi, že ak zmení svoje správanie, ako konkrétne pozitívne to ovplyvní kvalitu života. Až v tomto štádiu si jedinec nielen uvedomuje, že jeho správanie je rizikové, ale aj začína robiť drobné zmeny (napr. už pije nesladené nápoje). To, že sa pacient rozhodne urobiť zmenu, ale nakoniec nič neurobí, obvykle nie je spôsobené nízkou motiváciou, ale tým, že nevie, ako má postupovať, aby návyk zmenil a vytrval v novom správaní. Je nevyhnutné dať pacientovi behaviorálne, tzn. opisné, jednoduché a konkrétne kroky. Nepomáhajú odporúčania typu: „Neprejedajte sa!“ (to je to, čo nemá robiť, a nie čo má robiť), ani: „Vstúpte do seba!“, „Správajte sa zodpovednejšie!“ (príliš vágne a odsudzujúce osobu). Pomenovanie konkrétnych krokov, čo robiť napr.: *„Keď pôjdete do kaviarne, môžete si dať iba kávu (bez koláča), prípadne nesladené nápoje, čaj. Ak predsa len neodoláte, skúste to kompenzovať chôdzou, bicyklovaním, poklusom, skúste si dať 2–3 okruhy prechádzky okolo bytovky/bloku, len sa hýbte aspoň 30 minút a pod. (Návrh konkrétnych okamžité uskutočniteľných riešení).*

Niektorí pacienti reagujú lepšie na pozitívne vyhliadky než na hrozbu. Ak toto nezaberá, až potom je potrebné prejsť na negatívne dôsledky – upozorniť na neblahý vplyv deštruktívneho správania: *„Bud' zredukujete svoju hmotnosť a budete žiť kvalitne, alebo budete trpieť komplikáciami ochorenia...“* toto funguje len u určitého a malého percenta pacientov. Netreba zabúdať, že nie sme prví a ani poslední, ktorí pacienta upozorňujeme na to, že nadhmotnosť/obezita škodí zdraviu. Je možné dať tieto možnosti ako dve voľby: *„Ak by ste dokázali redukovať svoju hmotnosť, vaše výsledky sa zlepšia, budete viac vládajú, ľahšie sa vám bude pohybovať, dýchať a pod. Ak sa však nerozhodnete pre zmenu správania, zdravotný stav sa môže zhoršiť, alebo to povedie k jeho výraznému zhoršeniu. A žiaľ, akákoľvek liečba, ktorú vieme poskytnúť, bude mať len minimálny a krátkodobý efekt.“*

V tomto štádiu je potrebné identifikovať možné prekážky, klásť otázky tak, aby pacient rozmýšľal. („Viete vymenovať aspoň dve riziká vyplývajúce z nadhmotnosti/obezity? Vediete si stravovací denník? Máte pohybovú aktivitu minimálne 3–5-krát týždenne? Podarilo sa vám znížiť svoju hmotnosť za mesiac? “a pod.). Pozri v TTM, štádium prípravy.

4. štádium

Pacient v akcii – Akcia

V štvrtom štádiu má pacient presný plán a zanalyzované prekážky. Charakterizuje ho konkrétna zmena životného štýlu pacienta a zvyčajne trvá do 3 až 6 mesiacov, pokiaľ dôjde k osvojeniu si novovzniknutých vzorcov správania. Úlohou L/S je pacienta podporovať, pochváliť a pomôcť mu dosiahnuť presne stanovené ciele. Samotný úspech z dosiahnutej

zmeny prináša pozitívne pocity a motivuje pacienta k ďalším krokom. Je potrebné prejavíť porozumenie pacientovi, čo je kľúčová taktika ovplyvňovania, ktoré je možné prejavíť pacientovým pocitom, strachu zo zmeny, neistote či to dokáže, že to nepôjde a pod., ako napr. „Rozumiem, že je pre vás ťažké vykonávať pravidelnú fyzickú aktivitu a pod.“ L/S cielenými otázkami zistí, či je pacient v akcii a plánuje zotrvať v želanej zmene svojho správania. Za úspechy pacienta pochváli. Ak pacient užíva farmakoterapiu, L/S pri kontrole zisťuje, či pacient nepozoruje vedľajšie (nežiaduce) účinky liekov. Väčšinou toto štádium prechádza plynule do 5. štádia.

5. štádium

Pacient zotrváva v želanej zmene správania – Zotrvanie

Piate štádium nastáva v prípade, že zmena správania trvá dlhšie ako 6 mesiacov. Charakteristické je tým, že jedinec pracuje na prevencii proti relapsu. Rastúca sebadôvera („self-efficacy“) je sprevádzaná zmenšovaním pokušenia k relapsu. Pacient dodržiava rady L/S, akceptuje a pravidelne užíva lieky, dodržiava nefarmakologickú liečbu. Zotrvanie sa nedá považovať za statické štádium. Preto, ak sa raz niekto stane abstinentom, tak ide o doživotné štádium zmeny správania, v ktorom relaps, aj keď minimálne, stále predstavuje určité riziko. Úlohou L/S je nachádzať postupy zabraňujúce relapsu, objektívne zhodnotiť podmienky, ktoré môžu podnecovať návrat (1).


Zlyhávanie – Relaps

Relaps predstavuje regresiu z vyššieho štádia na nižšie. TTM chápe relaps ako neoddeliteľnú súčasť procesu. Považuje ho skôr za pravidlo ako výnimku na ceste ku zmene správania. K zlyhaniu môže dôjsť kedykoľvek. Štádia akcie a zotrvania sú najrizikovejšie z hľadiska výskytu relapsov, čo je často sprevádzané pocitom rezignácie. Špirálový model znázorňuje, že pokiaľ dôjde k relapsu, tak návrat na cestu zmeny je zo štádia kontemplácie, resp. prípravy, nie od úplného začiatku (pre-kontemplácie) (1).

Metodológia použitia TTM


I. štádium

Tabuľka č. 3

 Nadhmotnosť/obezita fáza zmeny: nestotožnený pacient – intervencia						
Kritéria štruktúry		Kritéria procesu			Výsledná kritéria	
		Cieľ rozhovoru		Príklad rozhovoru		
Š.1	<p>Sestra ovláda teoretické východiská pre edukáciu dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou.</p> <p>Sestra pozná riziká nadhmotnosti/obezity, ktorými argumentuje.</p> <p>Sestra sa vyhýba neúčinným komunikačným taktikám.</p>	P.1	<p>Pomáhať pacientovi poznať svoj existujúci alebo blížiaci sa problém rizikového správania sa.</p> <p>Prehĺbiť u pacienta vedomosti, ktoré následne vedú k akceptácii ochorenia.</p>	<p>Argumenty:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definícia nadhmotnosti/obezity a pojmy súvisiace s obezitou. - Obezita poškodzuje orgány. - Obezita patrí medzi závažné, ale liečiteľné rizikové faktory KV chorôb či pohybového ústrojenstva. - Možné symptomatické prejavy. - Možné komplikácie obezity. 	V.1	<p>Pacient pripúšťa problém v súvislosti s rizikom nadhmotnosti/obezity.</p> <p>Pacient získal vedomosti o rizikách svojho správania podľa cieľa rozhovoru.</p>
Š.2	<p>Ošetrovateľská dg. dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou:</p> <p>E102 Nezáujem o informácie.</p> <p>E103 Nedostatok vedomostí.</p> <p>S153 Neochota spolupracovať (Pacient nemá záujem o informácie, pretože si nepripúšťa (nevie alebo nevidí) problém.</p>	P.2	<p>Pacienta motivovať, aby sa zaujímal o problém.</p> <p>Vhodnými argumentmi a príkladmi vzbudiť u pacienta záujem o konkrétne informácie.</p> <p>Definovať pojmy súvisiace s nadhmotnosťou/obezitou.</p>	<p>Letáky.</p> <p>Jednoduché návody ako dosiahnuť želanú zmenu (stravovací denník, vhodné aktivity a pod.).</p> <p>Odkazy na webové stránky.</p> <p>Materiály na samoštúdium.</p> <p>Vizualizovať riziká neliečenej obezity.</p>	V.2	<p>Pacient má záujem o ďalšie informácie ohľadom nadhmotnosti/obezity a zvažuje zmenu vo svojom správaní v najbližších 6 mesiacoch.</p>


II. štádium

Tabuľka č. 4

Preventívne postupy 		Nadhmotnosť/obezita fáza zmeny: pacient zvažujúci zmenu – intervencia				
Kritéria štruktúry		Kritéria procesu		Výsledné kritéria		
		Cieľ rozhovoru	Príklad rozhovoru			
Š.1	<p>Sestra ovláda teoretické východiská pre edukáciu dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou.</p> <p>Sestra vie, ako pacienta motivovať.</p> <p>Sestra uistí pacienta, že pri zmene rizikového správania bude nápomocná. (Sestra prisľúbi spoluprácu).</p>	P.1	<p>Predkladanie faktov o význame k želanej zmene správania a výhody plynúce zo želanej zmeny.</p> <p>Posilňovať sebadôveru pacienta s nadhmotnosťou/obezitou a pripomínať dôvody pre želanú zmenu správania.</p>	<p>Argumenty:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vaša hmotnosť môže mať za následok vážne zdravotné dôsledky. - Zvážili ste dôsledky vášho rizikového správania (nadmerného energetického príjmu)? - Riziká neliečenej obezity, prečo je dôležité redukovať hmotnosť. - Jednoduché konkrétne kroky k naštartovaniu motivácie. - Pomoc a podpora blízkej osoby. - Stanovenie cieľa. 	V.1	<p>Pacient získal vedomosti o význame zmeny svojho správania.</p> <p>Pacient sa rozhodol zmeniť svoj postoj k rizikovému správaniu a chce vedieť, akými jednoduchými krokmi sa dopracuje k zmene (vypracovať plán).</p>
Š.2	<p>Ošetrovateľská dg u dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou: E103 Nedostatok vedomostí. S153 Neochota spolupracovať. Pacient zvažuje argumenty pre a proti zmene správania.</p>	P.2	<p>Motivovať pacienta k tomu, aby zmenu chcel urobiť a pomôcť mu porozumieť.</p> <p>Uistiť pacienta k správne postoju a pochváliť ho.</p>	<p>Letáky – úprava stravovacích návykov, vhodné aktivity, stravovací denník, záznamník merania hmotnosti a pod. Mobilné aplikácie, ktoré u pacienta kontrolujú rôzne formy fyzickej aktivity a zároveň motivuje pacienta k zotrvaní v aktivite. Odkazy na webové stránky.</p>	V.2	<p>Pacient zvažuje plánovať zmenu vo svojom správaní.</p> <p>Pacient má prisľub sestry, že pri vypracovaní plánu mu bude nápomocná (vypracovanie aktivít, diétnych a režimových opatrení pri nadhmotnosti/obezite) v najbližších 6 mesiacoch.</p>
Š.3	<p>Pacient prežíva pocity stenické a astenické.</p>	P.3	<p>L/S získa prisľub pacienta, že keď príde nabudúce, povie, aké zmeny urobil vo svojom správaní.</p>	<p>Sestra pacienta podporí k želanej zmene správania a rozpráva o pozitívnom prínose (napr. budeme radi, keď nad tým budete uvažovať, máme našu podporu...)</p>		<p>Pacient zváži (miska váh) prínos, ako aj straty vyplývajúce zo zmeny svojho doterajšieho spôsobu života.</p>


III. štádium

Tabuľka č. 5

 Nadhmotnosť/obezita fáza zmeny: pacient plánujúci zmenu – intervencia							
Kritéria štruktúry		Kritéria procesu			Výsledná kritéria		
		Cieľ rozhovoru	Príklad rozhovoru				
Š.1	<p>Sestra ovláda teoretické východiská pre edukáciu dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou.</p> <p>Sestra vie, ako vypracovať plán k želanej zmene správania.</p> <p>Sestra ovláda diétne a režimové opatrenia pri liečbe nadhmotnosti/obezity.</p> <p>Sestra sa uistí, že pacient porozumel ako má užívať lieky, sledovať varovné príznaky a kedy vyhľadať pomoc.</p>	P.1	<p>Pacientovi pomáhať, ponúkať (asistovať) jednoduché konkrétne kroky na plán zmeny.</p> <p>Pomenovať konkrétne kroky, čo má pacient robiť.</p>	<p>Argumenty:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Správne váženie sa. - Sledovať záznamník hmotnosti. - Sledovať etikety – nálepky na obaloch potravín. - Podpora pri tvorbe vlastných stravovacích plánov. - Výber a nákup vhodných potravín. - Príjem tekutín 1,5 až 2,5 litra denne. - Vhodná pohybová aktivita. - Motivácia k želanej zmene. 		V.1	<p>Pacient získal vedomosti k pomenovaniu konkrétnych krokov.</p> <p>Pacient je motivovaný a má vypracovaný zrozumiteľný vykonateľný plán, ktorý sa rozhodol realizovať v najbližších 30 dňoch.</p>
Š.2	<p>Ošetrovateľská dg u pacienta s nadhmotnosťou/obezitou: E103 Nedostatok informácií. E104 Riziko nedostatku informácií.</p> <p>Pacient nemá jasný realizovateľný plán, má pochybnosti ako plán realizovať a aké úskalía ho čakajú na ceste k želanej zmene správania.</p>	P.2	<p>Pomôcť nájsť postupy k želanej zmene. Plánovať ďalšie kroky.</p>	<p>Stravovací denník. Záznamník hmotnosti. Záznamník aktivít. Stravovací denník. Mobilné aplikácie, ktoré u pacienta kontrolujú rôzne formy fyzickej aktivity a zároveň motivuje pacienta k zotrvaní v aktivite. Odkaz na webové stránky.</p>		V.2	<p>Pacient má k dispozícii informácie a podrobné materiály potrebné k vykonaniu želanej zmeny správania do 30 dní.</p>

IV. štádium

Tabuľka č. 6

Preventívne postupy 		Nadhmotnosť/obezita fáza zmeny: pacient v akcii/zotrúvajúci – intervencia				
Kritéria štruktúry		Kritéria procesu		Výsledná kritéria		
		Cieľ rozhovoru	Príklad rozhovoru			
Š.1	<p>Sestra ovláda teoretické východiská pre edukáciu dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou.</p> <p>Sestra vie ako pacienta pochváliť.</p> <p>Sestra ovláda nežiaduce a vedľajšie účinky liekov a dôvody, prečo u pacienta môže dôjsť k relapsu.</p>	P.1	<p>Pacientovi pomáhať, ponúkať (asistovať) pri jednotlivých krokoch akcii a zotrúvaní.</p> <p>Pravidelná podpora, pochvala, kontrola a pomoc pri dosahovaní stanovených cieľov.</p> <p>Uistiť pacienta, že pre diagnózu a diferenciálnu diagnostiku boli urobené všetky dostupné vyšetrenia podľa štandardných postupov a medicínskej praxe na Slovensku.</p>	<p>Argumenty:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontrola dodržiavania rád L/S, pravidelného užívania liekov, dodržiavanie nefarmakologických opatrení. - Kontrola záznamníku hmotnosti, záznamníku pohybovej aktivity. - Kontrola vedľajších a nežiaducich účinkov liečby. - Kontrola stravovacieho denníka. - Motivácia k zotrúvaniu v želanej zmene. 	V.1	<p>Pacient má zručnosti a skúsenosti z realizácie úspešného plánu zmeny správania.</p> <p>Pacient je sebavedomý a nemá pokušenie k relapsu.</p> <p>Pacient dodržiava rady L/S, akceptuje a pravidelne užíva lieky, dodržiava nefarmakologické opatrenia.</p> <p>Pacient pozná možné vedľajšie alebo nežiaduce účinky liečby.</p>
Š.2	<p>Ošetrovateľská dg dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou:</p> <p>E101 Riziko deficitu informácií.</p> <p>E104 Riziko nedostatku vedomostí.</p> <p>Pacient realizuje plán zmeny správania, je adherentný k liečbe, ale stále pretrúva riziko zlyhania zotrúvať v zmene správania.</p>	P.2	<p>Udržiavať pacientovu motiváciu k zmene.</p> <p>Zvýšiť intenzitu motivácie pacienta a pochváliť ho.</p> <p>Podporiť dodržiavanie rád L/S, dodržiavanie liečby a zásad zdravého spôsobu života.</p>	<p>Edukačné listy.</p> <p>Stravovací denník.</p> <p>Aplikácie v mobile.</p> <p>Odkaz na webové stránky.</p> <p>Záznamník liekov.</p>	V.2	<p>Pacient realizuje plán zmeny správania.</p> <p>Pacient zotrúva po dobu 6 mesiacov v zmene správania.</p> <p>Pacient dodržiava rady L/S.</p> <p>Pacient pravidelne užíva lieky.</p> <p>Pacient si nosí na kontrolu záznamníky a stravovací denník.</p>

Relaps

Tabuľka č. 7

Nadhmotnosť/obezita fáza zmeny: zlyhávanie/relaps – intervencia						
Kritéria štruktúry		Kritéria procesu			Výsledná kritéria	
		Cieľ rozhovoru	Príklad rozhovoru			
Š.1	<p>Sestra ovláda teoretické východiská pre edukáciu.</p> <p>Sestra prijíma relaps ako súčasť procesu zmeny správania pacienta.</p> <p>Sestra sa vyhýba neúčinným taktikám rozhovoru (neponižuje pacienta, ale prijíma relaps s pochopením).</p>	P.1	<p>Pacientovi pomáhať, ponúkať (asistovať) podporu a pomoc pri jednotlivých krokoch plánu zmeny.</p> <p>Podporiť pacienta, empaticky vnímať jeho ťažkosti a situáciu, v ktorej sa ocitol.</p> <p>Motivovať pacienta opäť k želannej zmene.</p> <p>Uistiť pacienta, že pre diagnózu a diferenciálnu diagnostiku boli urobené všetky dostupné vyšetrenia podľa štandardných postupov a medicínskej praxe na Slovensku.</p>	<p>Argumenty:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Podpora pacienta. - Motivácia pacienta k zmene. - Analýza, prečo došlo k relapsu (zlyhaniu). - Ako zabrániť v budúcnosti relapsu. 	V.1	<p>Pacient spolupracuje a je znovu motivovaný k želannej zmene správania.</p> <p>Pacient realizuje plán zmeny.</p>
Š.2	<p>Ošetrovateľská dg u dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou:</p> <p>E101 Riziko deficitu informácií.</p> <p>E104 Riziko nedostatku informácií.</p> <p>Rezignácia–relaps (zlyhanie) je súčasťou procesu zmeny správania pacienta.</p>	P.2	<p>L/S získa prísľub od pacienta, že keď príde nabadúce, povie, aké zmeny urobil vo svojom správaní.</p>	<p>Edukačné materiály.</p>	V.2	<p>Pacient je motivovaný a realizuje plán zmeny, dodržiava rady L/S.</p>

Využitie jednotlivých štádií TTM

V každom štádiu TTM dominujú jednotlivé procesy zmeny, počas ktorých dochádza k ich systematickej a efektívnej implementácii. Proces conciousnessraising (zvyšovanie uvedomenia) prevláda v začiatkových štádiách a reprezentuje procesy ovplyvnené skúsenosťami. Stimuluscontrol (kontrola podnetov) zodpovedá behaviorálnym procesom prevládajúcim v neskorších štádiách. Správne načasovanie využitia procesov k jednotlivým štádiám maximalizuje ich efekt v terapii. Dĺžka trvania jednotlivých štádií je u každého individuálna. Niektorí pacienti prechádzajú plynule fázami, niektorí môžu hneď dosiahnuť zotrvanie. Existuje však aj nízke percento pacientov, ktorí nereagujú na intervenciu a záverečné štádium nedosiahnu. Je na L/S, aby správnymi a vhodnými argumentmi motivovali pacienta postupovať v celom cykle procesu do zotrvania. Správne informovaný pacient sa vie správne rozhodnúť (1).

2. Budovanie terapeutického vzťahu

L/S sa zameriava na prežívanie pacienta, počúva ho, pôsobí empaticky a komunikuje s porozumením jeho vnútorného prežívania. Aktívne vedie rozhovor k úmyselnej zmene problémového správania pacienta a jeho akceptácii rizika. Ak je L/S stotožnený/á s názormi pacienta, pochváli ho. Ak nie, skúsi argumentovať na základe medicíny založenej na dôkazoch (EBM), aby si pacient uvedomil svoju situáciu, realitu a následne prijal fakt, že potrebuje pomoc a vydal sa na cestu k želanej zmene. Ak pacient prejavuje odpor k snahám, L/S zmierňuje a ustupuje, aby predišli agresívnemu prístupu pacienta. Odpor zo strany pacienta je vnímaný ako očakávaný jav. Pri edukácii je dôležité si uvedomiť, že prvý rozhovor je kľúčový. L/S si všíma, ako reaguje pacient na negatívne dôsledky rizikového správania (popiera, mlčí, háda sa...) a v rozhovore sa snaží uzavrieť dohodu, že pacient chce niečo aktívne urobiť do nasledujúcej kontroly alebo do budúca (1).

3. Posúdenie stavu na vylúčenie komplikácií súvisiacich s nadhmotnosťou/obezitou

Identifikácia klinického problému

V ošetrovateľskom procese posudzujeme ošetrovateľský problém:

- ✓ Nedostatočná motivácia dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou k nefarmakologickým opatreniam a liečbe s cieľom individualizácie podľa pacientových potrieb, či zohľadnenia rizikových faktorov a pridružených ochorení, intervencia šitá na mieru.
- ✓ Nízka miera adherencie dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou k nefarmakologickým opatreniam a liečbe (farmakologická, chirurgická, postchirurgická).
- ✓ Nedosiahnutie cieľových hodnôt hmotnosti.
- ✓ Nedostatočné vedomosti ako predchádzať vzniku komplikácií v súvislosti s obezitou, ako aj eliminácia ďalších ovplyvňiteľných RF KV a cerebrovaskulárnych chorôb.

Posúdenie klinického stavu dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou

Stav dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou posudzujeme na základe získaných anamnestických údajov, samotným fyzikálnym vyšetrením, prítomnosťou či neprítomnosťou patologických znakov a príznakov s cieľom určiť stratégiu opatrení zameraných na zlepšenie

zdravotného stavu pacienta a predchádzaniu komplikácií, s výberom čo najvhodnejších postupov primerane individuálne k veku a zdravotnému stavu.

Až 70 % pacientov s obezitou má minimálne jedno s obezitou asociované ochorenie, preto je podrobná anamnéza a dôkladné fyzikálne vyšetrenie dôležité. Špecifiká anamnézy u pacienta s nadhmotnosťou/obezitou sú uvedené na stránke MZSR, ŠDTP v časti Obezitológia (2).

Zameriavame sa však aj na:

- subjektívne ťažkosti: sestra sa cieľenými otázkami pýta pacienta na napr.: dýchavičnosť, chrápanie, zaspávanie počas dňa, bolesť kĺbov, znížená pohyblivosť, bolesť na hrudníku, potenie, zlá tolerancia fyzickej záťaže, zapareniny, zmeny na koži a pod.,
- rodinná anamnéza na stránke MZ SR, ŠDTP v časti Obezitológia (2),
- farmakoterapiu na stránke MZ SR, ŠDTP v časti Obezitológia (2),
- prítomnosť ďalších RF (DLP, Arteriálna hypertenzia, riziková konzumácia alkoholu, nedostatočná konzumácia ovocia a zeleniny, fajčenie tabaku, nedostatočná pohybová aktivita),
- compliance a adhérenciu k liečbe, postoj pacienta k svojmu ochoreniu a k liečbe,
- dodržiavanie doterajších nefarmakologických opatrení.


Pri celkovom vyšetrení zohľadňujeme vek a pohlavie a posudzuje sa:

- celkový vzhľad, stav vedomia, stav výživy, škodlivé návyky, aspekcia kože – prítomnosť xantómov, zapareniny, mykózy, strie a pod.,
- emocionálny stav (depresia, úzkosť, podráždenosť, pocity menejcennosti),
- sebestačnosť, prítomnosť komorbidít, ktoré robia pacienta vulnerabilnejším,
- hodnoty fyziologických funkcií – meranie TT, TK (v sede, v stoji – zhodnotenie ortostatickej hypotenzie), stanovenie saturácie artériovej krvi kyslíkom pulzným oxymetrom, počet dychov, pulzov (pri meraní TK u pacienta s nadhmotnosťou/obezitou vždy zvolíme správnu veľkosť manžety – veľkú manžetu, obvod ramena 35 – 44 cm, šírka manžety 16 cm, dĺžka manžety 38 cm),
- prítomnosť podpornej osoby, na ktorú sa môže v prípade potreby pacient obrátiť (4).


Prítomnosť obezity:

- ✓ Telesná výška a hmotnosť.
- ✓ Výpočet BMI: telesná hmotnosť/telesná výška² (kg/m²).
- ✓ Obvod pásu meraný v stoji, v strede medzi dolným okrajom oblúka rebier (posledné rebro) a horným okrajom bedrovej kosti (5).

Tabuľka č.8

 Praktické odporúčania na merania obvodu pásu	
Pacient	<ul style="list-style-type: none"> • bez vrchného, spodného odevu, • stojí s chodidlami 12 – 15 cm od seba, s hmotnosťou rozloženou rovnomerne na obidve nohy, • uvoľnený, • počas merania vo výdychu,
Lekár/sestra	<ul style="list-style-type: none"> • obvod pásu meriame v polovici vzdialenosti medzi spodným okrajom dolného rebra a horným okrajom panvovej kosti bez kompresie brucha krajčírskym centimetrom, • centimeter prikladáme v horizontálnej rovine, podobne ako opasok, paralelne s pokožkou, • odporúča sa, aby merajúci pri meraní sedel, • je vhodné a praktické zaznamenať si pre každého pacienta výšku v akej sa obvod pásu meria, pri takomto individualizovanom prístupe sa zlepši reprodukovateľnosť prospektívne opakovateľných meraní.

Tabuľka č.9

 Hodnoty BMI a obvodu pásu (6)				
Definícia obezity = zmnoženie telesného tuku <ul style="list-style-type: none"> • Muži: > 25 % z celkovej telesnej hmotnosti • Ženy: > 30 % z celkovej telesnej hmotnosti 				
Hodnotenie nadhmotnosti/obezity podľa BMI (kg/m ²)		Hodnotenie nadhmotnosti/obezity podľa obvodu pásu		
BMI (kg/m ²)	WHO klasifikácia	Pohlavie	Zvýšené riziko komplikácií	Vysoké riziko komplikácií
< 18,5	Nízka hmotnosť	MUŽI	≥ 94	≥ 102
18,5 – 24,9	Normálna hmotnosť			
25,0 – 29,9	Nadváha			
30,0 – 34,9	OBEZITA I	ŽENY	≥ 80	≥ 88
35,0 – 39,9	OBEZITA II			
≥ 40	OBEZITA III			

Nadhmotnosť (preobezita)

Meranie kaliperom

Kaliperom (kliešťami) sa merajú na tele kožné riasy na tricepse, bicipse, lopatke a v páse. Kaliper sa prikladá približne 1 cm od miesta, kde drží kožnú riasu palec a ukazovák. Rysku na kliešťoch je potrebné presunúť na pravú stranu kalipera do tzv. vychádzajúcej pozície. Po stisnutí (po meraní kožnej riasy) sa ryska zastaví v určitom bode milimetrovej stupnice. Hodnotu je potrebné zapísať a rysku opäť presunúť do vychádzajúcej pozície.

Každé miesto merať trikrát a urobiť priemer. Všetky hodnoty merať na rovnakej strane tela, v rovnaký čas. Kaliper sa nepoužíva na masťnú alebo mokrá kožu, a ani hneď po cvičení.

Triceps – ruky sú uvoľnené pozdĺž tela. Meria sa na zadnej strane ramena (tricepse), v polovici vzdialenosti medzi ramenom a laktom. Kožnú riasu uchopiť vertikálne.

Biceps – ruka je uvoľnená pozdĺž tela, meria sa na prednej strane ramena (bicipse), v polovici vzdialenosti medzi ramenom a laktom. Zhruba o 1 cm vyššie ako sa meria triceps. Kožnú riasu uchopiť vertikálne.

Lopatka – ruky sú uvoľnené pozdĺž tela. Merať 1 – 2 cm pod spodnou hranou lopatky. Kožnú riasu uchopiť pod 45 stupňovým uhlom.

Pás – merať pod hrebeňom bedrovej kosti, bližšie smerom k prednej časti pásu. Kožnú riasu uchopiť pod 45 stupňovým uhlom (7).

Vyšetrenie kožných rias nad m. biceps, m. triceps, subskapulárne a suprailicky, hodnotíme ako jednoduchý súčet nameraných hodnôt a hodnoty porovnávame v čase. Na orientačné vyšetrenie postačujú dve podkožné riasy – subskapulárna a nad m. triceps, ich pomer sa nazýva index centrality (2).

Po vstupnom posúdení sa vyhodnotia aktuálne vedomosti pacienta v súvislosti s nadváhou/obezitou, ako aj možnosti nefarmakologických opatrení a stav motivácie. Na základe zistených údajov sestra plánuje pacienta zaradiť do individuálnej alebo skupinovej edukácie, prípadne reedukácie (4).

Edukačná intervencia sestry

Pri edukácii sestra využíva edukačné listy, z ktorých získava vedomosti a používa edukačné materiály v podobe letákov, vizualizačných pomôcok, stravovacieho denníka, záznamníka užívania liekov, odkazmi na webové stránky, aplikáciami do mobilných telefónov a pod., ktoré dostáva pacient na samoštúdium.

Edukačné listy sú určené sestram na získanie vedomostí o nadhmotnosti/obezite potrebných k cielenej edukácii dospelého pacienta. Edukačný materiál je súbor pomôcok, ktoré sestra používa pri edukácii a posúva ich dospelému pacientovi s nadhmotnosťou/obezitou ako vhodnú a účelnú metódu vzdelávania, podľa zaradenia v jednotlivých štádiách TTM. Sestra ich odovzdáva pacientovi vo všetkých fázach procesu ako podporný prostriedok, ako zdroj získania recenzovaných informácií.

Výsledný efekt edukačnej intervencie sestrou

Jednou z dôležitých modalít terapie nadhmotnosti/obezity je edukácia, pretože nefarmakologická liečba je integrálnou súčasťou starostlivosti o dospelého pacienta s akýmkoľvek chronickým ochorením a je potrebné ju individualizovať podľa rizikových faktorov či pridružených ochorení.

Sestra je nápomocná pri motivácii pacienta k želanej zmene správania – redukcii hmotnosti a vysvetľuje pojmy súvisiace s nadhmotnosťou/obezitou a možné riziká vyplývajúce z obezity.

Tematické okruhy a vzdelávacie oblasti osobnostného rozvoja dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou sú:

1. Doplnenie teoretických vedomostí, pojmy súvisiace s nadhmotnosťou/obezitou.
2. Modifikácia k zdravému spôsobu života vo forme konkrétnych krokov, úpravy stravy, fyzickej aktivity v podobe motivačnej intervencie.
3. Jednoduché konkrétne kroky k zahájeniu zdravého spôsobu života a individuálna inštrukcia ohľadom eliminácie ďalších RF (AH, DLP, DM2T, fajčenie tabaku, riziková konzumácia alkoholu, nedostatočná konzumácia ovocia a zeleniny).

3. Edukačné listy

Edukačný list 1: Pojmy súvisiace s nadhmotnosťou/obezitou

Ciele intervencie: Zvýšiť vedomosti súvisiace s nadhmotnosťou/obezitou.

Vytvoriť dobrý terapeutický vzťah medzi sestrou a dospelým pacientom s nadhmotnosťou/obezitou.

Obezita je chronické, progredujúce, relapsujúce systémové metabolické ochorenie charakterizované zvýšenou akumuláciou tuku, so súčasným nárastom hmotnosti v dôsledku energetickej dysbalancie medzi príjmom a výdajom energie (2).

BMI (Body Mass Index, index telesnej hmotnosti) predstavuje podiel aktuálnej telesnej hmotnosti v kilogramoch a druhej mocniny telesnej výšky v metroch (kg/m^2). U dospelých osôb (vek nad 18 rokov) je obezita definovaná $\text{BMI} \geq 30,0 \text{ kg/m}^2$ a nadhmotnosť (nazývaná aj preobezita) $\text{BMI} 25,0 - 29,9 \text{ kg/m}^2$ (2).

Sestra môže využiť možnosť odoslať pacienta do zariadenia, prípadne lekárne, kde je dostupné prístrojové meranie zloženia tela - podiel tuku, svalov a vody, z dôvodu zvýšenia novej motivácie u dospelého pacienta, aby napr. pri stagnujúcej váhe videl vyšší podiel svalov.

Pomer obvod pásu a bokov: zisťujeme tak distribúciu tuku ($\text{WHR} = \text{waist to hip ratio}$). Tento pomer sa normálne pohybuje medzi 0,7 a 1,0. Ak je u mužov WHR vyšší ako 1,0 a u žien vyšší ako 0,8, ide o obezitu hornej časti tela. Ešte jednoduchšia je metóda merania obvodu pásu bez ohľadu na výšku. U mužov je zdravotné riziko zvýšené nad 102 cm, u žien nad 88 cm (norma do 94 u mužov a 80 cm u žien) (2).

Pomer obvodu pása k telesnej výške: kritériom pre stanovenie zdravotných rizík z nadmerného hromadenia vnútrobrušného tuku je pomer obvodu pása (cm) k telesnej výške (cm). Hodnoty pod 0,5 sú v norme, hodnoty medzi 0,5 – 0,6 znamenajú zvýšené zdravotné riziká a hodnoty nad 0,6 znamenajú vysoké zdravotné riziká, pri ktorých možno v budúcnosti očakávať predčasný výskyt chorôb, neraz s fatálnymi následkami (6).

U žien má byť obvod pása pod 80 cm, hodnoty medzi 80 – 87,9 cm znamenajú nadmerný obvod pása a hodnoty nad 88 cm svedčia už o nebezpečnej brušnej (útrobovej, viscerálnej) obezite (6).

U mužov má byť obvod pása pod 94 cm, hodnoty medzi 94 – 101,9 cm znamenajú nadmerný obvod pása a hodnoty nad 102 cm svedčia už o nebezpečnej brušnej (útrobovej, viscerálnej) obezite (6).

Androidná obezita je charakterizovaná zmmnožením viscerálneho tuku (nahromadenie v oblasti brucha). Množstvo intraabdominálneho (vnútro brušného tuku) môžeme zhodnotiť meraním obvodu pása a pomeru pás/výška (2). Označuje sa tiež ako abdominálna, mužská alebo centrálna obezita (podoba jablka – tuk sa ukladá nielen na trupe, ale predovšetkým do dutiny brušnej).

Gynoidná obezita je nahromadenie tuku v dolnej časti tela, známa aj ako gluteálno-femorálna, ženská alebo periférna obezita (podoba hrušky – tuk sa ukladá predovšetkým v oblasti zadku a stehien).

Telesný tuk – podiel tuku v organizme je rozdielny u mužov a žien, a tiež u rôznych etník. Vo vyššom veku stúpa podiel tuku na úkor svalovej hmoty (sarkopenická obezita).

Kaliper – dotykové meradlo na zisťovanie hrúbky kožných rias. Zvyčajne má tvar nožníc, na ramenách ktorých sú kontaktné plochy na zovretie meranej kožnej riasy a na jednom ramene (niekedy na oboch) je umiestnená stupnica a pružina na zabezpečenie stáleho tlaku kontaktných plôch na meranú kožnú riasu (7).

Glykemický index (GI) udáva ako rýchlo potravina ovplyvní glykémiu po jej konzumácii, a teda ako rýchlo sa sacharidy z potravín premenia na glukózu. GI znamená relatívny čas, za ktorý potravina zvýši hladinu cukru v krvi: glukóza 100 %, biely chlieb 95 %, varené zemiaky 70 %, ovocie 30 %, sója a zelenina 15 % a pod.

Potraviny s nízkym a nižším GI – sa dlhšie trávia a tým pádom sa sacharidy z potraviny pomalšie premieňajú na glukózu. Patria sem potraviny s vlákninou, neprezreté druhy ovocia, zelenina, strukoviny. Tuky a bielkoviny znižujú GI sacharidovej konzumovanej potraviny.

Potraviny s vysokým GI obsahujú cukor, ktorý sa štiepi a vstrebáva rýchlo, výrazne zvyšuje hladinu cukru a inzulínu v krvi, a tým rýchlo vedie k pocitu hladu (biele pečivo, hranolčeky, čipsy, zemiaková kaša, pšeničný chlieb, kukuričná kaša, sladené nápoje, pivo, banán,

cukrovinky, predvarená ryža, pečené zemiaky). Tieto potraviny je potrebné obmedziť v čo najväčšej možnej miere.

Potraviny so stredným glykemickým indexom (celozrnné cestoviny a pečivo, naturálna ryža, varené zemiaky, mlieko, mliečne výrobky, pohánka, celozrnný kuskus, ovsené vločky, bulgur, celozrnná tortilla, quinoa, pšeno a pod.) je vhodné kombinovať s bielkovinami, zdravými tukmi a zeleninou (1).

Energetická hodnota potravín je množstvo energie, ktoré sa môže z potravín uvoľniť úplným spálením, alebo využitím v organizme. Vyjadruje sa v jednotkách kilojoule (kJ). Staršou, ale aj dnes používanou jednotkou je kilokalória (Kcal), 1 Kcal = 4,18 kJ (8).

NUTRI-SCORE: dôležitá je nie len kvantita energetickej hodnoty, ale aj kvalita zloženia stravy. Pre zjednodušený výber sa zaviedlo do praxe grafické označenie potravín tzv. NUTRI-SCORE, ktoré rozdeľuje nutričné skóre potravín do piatich kategórií A, B, C, D, E, ktoré sú farebne rozlíšené (tmavo zelená, svetlo zelená, žltá, oranžová, červená). Tmavo-zelené A najlepšie vystihuje dostatočne nutrične kvalitnú potravinu (zdravšiu verziu) a naopak červené E nepriaznivé nutričné zloženie danej potraviny. Je potrebné upozorniť pacientov, aby Nutri-score vnímali ako pomôcku na začiatku, pokiaľ nemá pacient žiadne vedomosti o zdravej výžive (napr. olivový olej má D, sardinky v oleji majú D, niektoré raňajkové cereálie majú A, Coca Cola Zero má B a pod.).

Edukačný list 2: Motivačná intervencia

Ciele intervencie: Recenzovanými informáciami argumentovať možné riziká vyplývajúce z obezity a zvýšiť mieru motivácie k želannej zmene.


Vytvoriť dobrý terapeutický vzťah medzi sestrou a dospelým pacientom s nadhmotnosťou/obezitou.

Prečo je dôležité redukovať hmotnosť? (Argumenty pre edukáciu)


- ✓ Osoby s nadhmotnosťou/obezitou mávajú často nízke sebavedomie, pocity hanby, negatívneho hodnotenia vlastného tela, vnímanie nedostatku rešpektu zo strany rodiny, priateľov, zdravotníckych a sociálnych pracovníkov,
- ✓ pri obezite v dôsledku zvýšeného potenia dochádza k rôznym zápalom, plesniam na koži a ekzémom na koži,
- ✓ častým ochorením obéznych pacientov sú artrózy váhonosných kĺbov a vertebrogénne ťažkosti,
- ✓ nárast telesnej hmotnosti je spojený so vzostupom krvného tlaku a hladiny glykémie, pri obezite sa zvyšuje riziko vzniku hypertrofiie a dilatácie ľavej srdcovej komory a iných štrukturálnych abnormalít srdca, ktoré môžu byť príčinou srdcového zlyhania (náhla smrť najmä u osôb s morbidnou obezitou s BMI 40 a viac), ale aj zvýšeného rizika fibrilácie predsiení. Častejšie sa vyskytujú aj komorové arytmie a negatívne je ovplyvnená aj systolická a diastolická funkcia srdca (1),

- ✓ štúdie komorbidít obezity poukazujú na 60 % vyššie relatívne riziko ochorení žlčníka u mužov a 2,4-krátvyššie riziko u žien s väčším obvodom pásu. Často sa vyskytuje aj gastroezofagiálny reflux, hiátová hernia, pankreatitída, steatóza pečene (1),
- ✓ obezita je hneď po fajčení druhou najčastejšou príčinou úmrtí, ktorým je možné predchádzať (1),
- ✓ obvod pásu je považovaný za výraznejší prediktor cievnej mozgovej príhody ako BMI a viac ako päťnásobne riziko ischemickej cievnej mozgovej príhody zvyšuje prítomnosť metabolického syndrómu (1),
- ✓ obezita spôsobuje zhoršenie mechaniky dýchania, pri ťažkých stupňoch obezity je významnou komplikáciou syndróm spánkového apnoe. Závažnou komplikáciou je aj hyperkapnické respiračné zlyhanie (1),
- ✓ WHO odhaduje, že obezita má za následok viac ako 44 % DM2T, 23 % ischemických chorôb srdca a 7 – 41 % z celkových karcinómov. Pritom i mierna redukcia telesnej hmotnosti (5 – 10 % hmotnosti) zlepšuje metabolické funkcie a znižuje riziko komorbidít u obéznych jedincov (1),
- ✓ obezita patrí k rizikovým faktorom pre rozvoj onkologických ochorení. Autori vypočítali, že každé zvýšenie BMI o 5 kg/m² znamená významné zvýšenie karcinómov: maternice (o 62 %), žlčníka (o 31 %), obličiek (o 25 %), krčka maternice (o 10 %), štítnej žľazy (o 9 %) a leukémie (o 9 %). Vysoký BMI tiež zvyšuje celkové riziko karcinómu pečene, hrubého čreva, vaječníkov a prsníkov (9),
- ✓ pacienti s obezitou II. a III. stupňa predstavujú problém pre štandardné materiálo-technické vybavenia zdravotníckych zariadení (invalidné vozíky, operačné stoly, vyšetrovacie stoly, MR, CT, chirurgické nástroje). Na manipuláciu s obéznym imobilným pacientom je potrebný zvýšený počet personálu (1).

Tabuľka č. 10


 Choroby a stavy, pri ktorých je želaná redukcia hmotnosti súčasťou nefarmakologických opatrení (modifikované 1)	
Systém	Choroby a stavy
Pohybový	Artrózy nosných kĺbov (kolená, bedrá, chrbtica), sarkopénia.
Dýchací	Obštrukčné spánkové apnoe, hypoventilačný syndróm súvisiaci so spánkom, asthma bronchiale, CHOCHP.
Gastrointestinálny	Gastroezofágová refluxová choroba (GERD), hiátová hernia.
Kožný	Intertrigo (zaparenina) s erytémom, povrchové mykózy.
Obehový	AH, žilová insuficiencia (chronická, periférna), lymfedém.
Metabolický	Aterogénna DLP, metabolický syndróm, DM2T, NFLD.

Tabuľka č.11


 Choroby a stavy so zvýšeným rizikom vzniku a zhoršenia prognózy komorbidít obezity (modifikované 1)	
Choroby a stavy	Špecifikácia
Psychické	depresia, úzkosť, nízke sebavedomie, pracovná diskriminácia
Metabolické	hyperglykémia nalačno, porucha tolerancie glukózy (IR a hyperinzulinémia) cholecystolithiáza, pankreatitída a pankreatopatie (dysfunkcia beta buniek pankreasu so zhoršenou sekréciou inzulínu)
Reprodukčného systému	u žien zhoršenie fertility, anovulačné cykly, nepravidelná menštruácia, hyperandrogénny syndróm, počas tehotenstva AH, pre-eklampsia, gestačný DM, u mužov hypogonadizmus s prejavmi inzulínovej rezistencie, erektilná dysfunkcia
Obličkového systému	mirkoalbuminúria, chronická renálna insuficiencia
Imunitného systému	chronický subklinický zápal (hs-CRP)
Nádory	kolorektálny karcinóm, karcinóm prsníka u postmenopauzálnych žien, nádorové ochorenie prostaty, endometria, ovárií, pankreasu, obličiek, adenokarcinóm ezofagu
Ciev a lymfatického systému	Endotelová mikrocirkulárna dysfunkcia, AH, aterogénna DLP, aterosklerotické zmeny, prokoagulačný stav, opuchy predkolenia, lymfedémy DK,

Moje želané zmeny (ciele, záväzky) – ako príloha k Edukačnému listu 2: Motivačná intervencia

Tabuľka č.12


 Moja preferovaná aktivita	
-	
-	

Tabuľka č.13


 Moja cieľová hmotnosť (BMI)*	
Dátum:	
Dátum:	

* (Poradte sa o vašich cieľových hodnotách hmotnosti so sestrou alebo lekárom)

Tabuľka č.14

Moje diétne prehrešky	
	
Chcem mať dlhodobo pod kontrolou zdravie svojho srdca.	
-	

Tabuľka č.15

Môj zdravý stravovací plán	
	
DEŇ 1	
Raňajky	
Desiata	
Obed	
Olovrant	
Večera	
DEŇ 2	
Raňajky	
Desiata	
Obed	
Olovrant	
Večera	

Edukačný list 2: Jednoduché konkrétne kroky k zahájeniu zdravého spôsobu života

Ciele intervencie: Edukácia k zmene stravovacích návykov a spôsobu života u pacientov s nadhmotnosťou/obezitou, s cieľom poskytnúť návod k želanej zmene správania a podpory.

Vytvoriť dobrý terapeutický vzťah medzi sestrou a dospelým pacientom s nadhmotnosťou/obezitou.

Sestra a lekár majú počas terapie kontinuálne na zreteli aj psychickú zložku pacienta (bio-psycho-socio jednota) a v prípade potreby môžu aktivovať spoluprácu s klinickým psychológom, resp. psychoterapeutom na podporu pacienta.

Pre správne nastavenie terapeutickkej výchovy u konkrétneho pacienta alebo riešenia problémov súvisiacich s učením, alebo priamo aj v domácom prostredí pacienta (napr. aby sa naučil zručnosti a postoje, ktoré potrebuje pre svoj život, napriek sťaženiu životnej situácie z dôvodu ochorenia) môže sestra a lekár navrhnúť spoluprácu s liečebným pedagógom, prípadne v spolupráci so psychológom konzultantom.

Lekár a sestra môžu navrhnuť spoluprácu s psychológom/psychoterapeutom/liečebným pedagógom v oblasti prevencie fajčenia, rizikovej konzumácie alkoholu, prípadne iných návykových látok. Je potrebné dlhodobé a systematické úsilie odborníkov na to školených, aby nie len pacient rozumel (vedomosti), že mu to škodí a ako, ale aby aj dokázal zmeniť svoje správanie a ďalšie psychologicko-pedagogické pôsobenie a aby si ho dokázal aj dlhodobo udržať.

Základom liečby nadhmotnosti/obezity je zmena spôsobu života, zníženie kalorického príjmu s cieľom dosiahnuť 5–10 % poklesu telesnej hmotnosti (za určitý časový úsek), s výstupným merateľným výsledkom. Akýkoľvek proces bez očakávaného merateľného výsledku je neúčinný. V prípade farmakoterapie môže sestra a lekár navrhnuť spoluprácu s klinickým farmaceutom/lekárnikom pri riešení farmakoterapeutických problémov u pacientov, napr. interakcie liekov a pod.

Edukácia dospelého pacienta s nadhmotnosťou/obezitou je zameraná na stravovacie návyky, na význam redukcie hmotnosti, prínos fyzickej aktivity primeranej veku a zdravotnému stavu, na škodlivosť fajčenia, rizikovú konzumáciu alkoholu, na negatívny vplyv stresu a na význam pokojného a kvalitného spánku. Motivácia k nefarmakologickej liečbe by mala byť systematická a kontinuálna, aby pacient s opatreniami k zdravému spôsobu života nie len začal, ale v nich aj zotrval.

Odporučiť kroky, ktorými pacient s nadhmotnosťou/obezitou môže začať

- ✓ **Stanovenie cieľa:** dospelý pacient v spolupráci s L/S stanoví krátkodobé a dlhodobé ciele zníženia hmotnosti. Krátkodobý cieľ: napr. 0,5 kg/týždeň. Dlhodobý cieľ: dosiahnutie optimálnej hmotnosti vzhľadom ku veku, zdravotnému stavu, pridruženým ochoreniam a terajším stavom.
- ✓ **Stravovací denník:** dospelý pacient s nadhmotnosťou/obezitou si vedie denne stravovací denník. Zo záznamov porozumie stravovacím návykom nie len samotný pacient, ale aj L/S a spoločne môžu odstrániť nedostatky a chyby, ktoré pacient robí. V stravovacom denníku by mali byť údaje: druh a množstvo potravín, energetická hodnota potravín, čas a spôsob konzumácie, miesto konzumácie, dĺžka trvania konzumácie jedla. Vhodné je zaznamenať pocity (napr. dostal som hlad, mám zvýšený stres, preto som siahol po jedle, videl som jesť v televízii, tak som dostal chuť na jedlo a pod.) a uvedomiť si, kedy dostávate hlad a kedy chuť na niečo. Rovnakým spôsobom je možné zaznamenávať a viesť si denník pohybovej aktivity (aj za využitia mobilných aplikácií) pre záznam pohybovej aktivity.
- ✓ **Pravidelnosť a pestrosť stravy:** jesť 3 – 5-krát denne, medzi hlavnými jedlami nevyjedávať a vyhýbať sa konzumácii jedla v nočných hodinách, pomaly žuvať. Dopriať si čas a oddych medzi jednotlivými jedlami (2 – 3 hod. pauza). V prípade hladu je potrebné vypiť pohár vody. Jesť vždy pri jedálenskom stole a po dojedení od stola odísť. Nabrať si jedlo na menší tanier, aby vizuálne pôsobil tak, že je na tanieri dostatočne veľká porcia. Rozlišovať pocit hladu od chuti na niečo (napr. na sladké, slané pookušenia), vyhýbať sa vlčiemu hladu.
- ✓ **Uvedomenie si príjmu stravy:** pri jedle nevykonávať ďalšie činnosti, pretože pacient si musí uvedomovať, že prijíma a žuje potravu a vyvarovať sa nevedomého

automatického jedenia potravy. Žuť pomaly, nejest' rýchlo a medzi jednotlivými hltmi môže položiť príbor. Nedojeďať po nikom.

- ✓ **Výber vhodných potravín:** jedlá pripravovať z čerstvých a kvalitných surovín, na nákup chodiť so zoznamom potravín alebo vecí, ktoré je potrebné kúpiť a vždy po najeďení. Nenakupovať s prázdny m žalúdkom, vyhýbať sa polotovaram, vyhýbať sa potravinám z rýchleho občerstvenia, sledovať množstvo sacharidov v potravinách. Nenakupovať tzv. vábidlá či pochutiny (čipsy, sladkosti, slané tyčinky, chrumky a pod.), tieto lákadlá neskladovať v domácnosti a odstrániť z dohľadu aj v obrázkovej podobe, aby nepôsobili ako zdroj pokušenia (napr. pri pohľade na med na obale potravín, môže iniciovať chuť na sladké a pod.).

Tuky sú dôležitým zdrojom energie. Základom diétnych opatrení je kvantitatívne zníženie absolútneho množstva stravou prijatého tuku a kvalitatívna zmena konzumovaných tukov. Zdravé sú najmä prirodzené tuky napr. v orieškoch, avokáde, rybách a za studena lisovaných panenských olejoch. Prijem tukov by mal predstavovať 25–30 % denného energetického príjmu s redukciou príjmu nasýtených MK na menej ako 7 % denného energetického príjmu s preferenciou nenasýtených MK. Zdrojom nenasýtených MK sú ryby, orechy, ľanové semienka, chia semienka, konopné semiačka, repka a oleje z nich, zo živočíšnych tukov – rybí olej, ryby, krevety, morské plody, mäso, mlieko, vajíčka, zelenina a ovocie. Vyhýbať sa konzumácii nasýtených - MK (údeniny, maslo, smotana, majonéza, palmový olej, margaríny, jedlo z rýchleho občerstvenia („fastfood“) v spracovaných potravinách neprijímať vôbec alebo v čo najmenšom množstve, menej ako 1 % celkového energetického príjmu z potravín prirodzeného pôvodu.

Ryby sú vhodným zdrojom bielkovín a omega-3-mastných kyselín, ktoré majú ochranný účinok na srdce. Sú zdrojom vitamínov A, D, B, minerálnych látok. Odporúča sa konzumovať ryby 2-krát týždenne, z toho 1 masná (10).

Bielkoviny preferovať rastlinné bielkoviny, ktoré v kombinácii s prebiotikami/probiotikami vedú k redukcii celkového cholesterolu a LDL-cholesterolu. Zdrojom živočíšnych bielkovín je chudé mäso, nízkotučné mliečne výrobky, vajcia, ryby (halibut, tuniak, losos). Zdrojom rastlinných bielkovín sú strukoviny (fazuľa, cícer, šošovica), obilniny (ovos, špalda, quinoa), orechy (vlašské orechy, mandle), semená. Bielkoviny obsahuje aj zelenina napr. brokolica, špargľa, ružičková kel. Vysoký obsah bielkovín obsahuje tofu, srvátka/kazeínový proteín (1).

Ovocie a zelenina: odporúča sa zaradiť do stravovania viac zeleniny a ovocia (minimálne 200 g ovocia denne (2–3 porcie). Ovocie sa odporúča prijímať v dopoludňajších hodinách, na obed a večer konzumovať polovičné množstvo príloh a druhú polovicu nahradiť zeleninou. Ovocie a zelenina by mali tvoriť 1/3 dennej stravy (1 porcia = 1 pohár (200 ml) krájanej zeleniny alebo ovocia = 1 stredne veľké jablko) (10).

- ✓ **Vláknina:** denne sa odporúča 30 – 45 g vlákniny, prevažne z celozrnných potravín (2 – 3 plátky celozrnného chleba, ½ pohára ovsených vločiek alebo 1 pohár (200 ml) celozrnných cereálií, ½ pohára nelúpanej ryže alebo celozrnných cestovín). Zdrojom vlákniny sú aj strukoviny, mrkva, ryža, kapusta, jablká, paprika, sója, zemiaky (1). Upozorniť pacienta, že kalorický obsah v celozrnnom pečive, chlebe a pod. je podobný ako v bielom pečive, chlebe a pod. Dôležité pri potrebe redukcii hmotnosti.

- ✓ **Pitný režim:** odporúča sa pitný režim v podobe nekalorických tekutín 1,5 až 2,5 litra denne, preferujú sa nízkomineralizované vody, najlepšie čistá voda.
- ✓ **Vyhýbať sa konzumácii alkoholu:** alkohol je bohatým zdrojom energie, podporuje vznik obezity a zvyšuje hladinu tukov v krvi. Má vysokú energetickú hodnotu, preto je pri redukčnej diéte nevhodný.
- ✓ **Čítať etikety:** pre uvedomelejší nákup potravín je na etiketách vyhradený priestor pre nutričné údaje, energetické hodnoty v (kJ a Kcal), množstvo sacharidov, tukov, nasýtených MK, soli, bielkovín, vlákniny a pod. na 100 g potraviny, ako aj grafické označenie potravín tzv. NUTRI-SCORE.
- ✓ **Sledovať množstvo sacharidov:** na etikete je udávané množstvo sacharidov, z toho jednoduchých cukrov.
- ✓ **Znížiť príjem soli na 5 g denne** u dospelých (5g = 1 čajová lyžička). Sledovať skrytú soľ v potravinách a zisťovať obsah soli vo výrobkoch na etiketách (napr. sladké keksy obsahujú 1,1g soli/100 g výrobku, chlieb obsahuje 1,1 – 1,3g soli/100g výrobku a pod.). Redukcia príjmu soli denne má za cieľ ochranu tepien a redukciu TK (1).
- ✓ **Pohybová aktivita:** denne zaradiť pravidelnú pohybovú aktivitu ako chôdza, chôdza do schodov, bicyklovanie, plávanie, cvičenie v bazéne a prispôbiť ju veku, zdravotnému stavu a pridruženým ochoreniam. Dôležitá je pravidelnosť v trvaní najmenej 30 – 40 minút, 4 – 5krát týždenne. Aktivita, ktorá je vykonávaná denne, prináša väčší benefit, ako nárazové činnosti. Vhodná je aeróbna aktivita s intenzitou 70 % maximálnej pulzovej frekvencie (výpočet: 220 mínus vek násobíme 0,7). Nevhodné cvičenia sú poskoky, horská turistika, ako i kolektívne loptové hry, pri ktorých hrozí riziko úrazu (1). Pacient môže využívať mobilné aplikácie, ktoré kontrolujú rôzne formy fyzickej aktivity a zároveň motivuje pacienta k zotrvaniu v aktivite. Prípadne môže využívať rôzne on-line intervenčné programy (nutričné a psychologické poradenstvo) zamerané na podporu znižovania a dlhodobej kontroly telesnej hmotnosti.
- ✓ **Spánok:** z hľadiska udržania optimálnej telesnej hmotnosti je ideálna doba spánku 7 – 8 hodín (dlhodobá nespavosť, nedostatočný spánok sú predispozíciou obezity).
- ✓ **Zanechať fajčenie:** poradiť fajčiarom, aby prestali fajčiť a ponúknuť im pomoc.
- ✓ **Váženie:** vážiť sa vždy v rovnakom čase (najlepšie ráno), nalačno, po vyprázdnení, v spodnom oblečení, na kalibrovanej váhe. Nameranú hmotnosť si zaznamenávať kvôli prehľadu 1-krát týždenne alebo 1-krát za dva týždne.
- ✓ **Pripraviť plán** v spolupráci s L/S ako sa správať pri rôznych príležitostiach (oslavy, posedenia z práce a pod.) a ako odolávať týmto rizikovým situáciám. Podpora L/S pri tvorbe vlastného stravovacieho plánu a pohybovej aktivity.
- ✓ **Podporná osoba:** je dôležité mať podpornú osobu (rodina, partner, priatelia...), ktorá bude pacientovi nápomocná nie len pri motivácii, ale aj udržaní motivácie či možnom zlyhaní. Sľub, ktorý pacient dáva L/S, ako aj podpornej osobe je záväzkom pre zotrvanie k želanej zmene správania.

Edukačný list 3: Pohybová aktivita

Ciele intervencie: Doplniť (zvýšiť) vedomosti o pozitívnom vplyve pravidelnej voľnočasovej fyzickej aktivity na zdravie u dospelých pacientov s nadhmotnosťou/obezitou.

Vytvorit' dobrý terapeutický vzťah medzi sestrou a dospelým pacientom s nadhmotnosťou/obezitou.

Fyzická aktivita má významnú úlohu pri udržiavaní rovnováhy medzi príjmom a výdajom energie. Zvýšený energetický výdaj pri fyzickej aktivite vedie k zníženiu telesnej hmotnosti, zlepšeniu lipidového a glykemického profilu, zlepšeniu ochrannej funkcie endotelu ciev, zvýšeniu aktivity imunitného systému a zníženie oxidačného stresu (1).

Ak pacient nedokáže cvičiť sám, odporúča sa vykonávať aktivitu za pomoci rodiny, prípadne iných podporných (kontaktných) osôb. Pacient má byť počas fyzickej aktivity schopný plynule rozprávať (1).

Vhodná pravidelná pohybová (fyzická) aktivita

Veku a zdravotnému stavu primeraná pohybová aktivita, by mala byť prirodzenou súčasťou zdravého spôsobu života. Primeranosť fyzickej aktivity sa hodnotí vo vzťahu k veku, aktuálnemu zdravotnému stavu a fyziologickým stavom, ako je u žien tehotenstvo, po pôrode a osoby v rekonvalescencii po infekčných ochoreniach, s kardiálnymi, či inými udalosťami, ktoré potrebujú ďalšie opatrenia a ošetrovateľskú a lekársku pomoc. Vyberte si druh pohybovej aktivity, ktorá vám najlepšie vyhovuje:

- pri obezite – chôdza, severská chôdza, plávanie, vodný aerobik, jogging, pomalý beh,
- pri ischemickej chorobe srdca, AH, cukrovke – rýchla chôdza, severská chôdza, plávanie, bicyklovanie, joga, strečing, tanec (1),
- pri osteoporóze sa odporúča vyhýbať fyzickým aktivitám, pri ktorých hrozí riziko pádu a otrasov, s možnosťou vzniku mikrofraktúr stavcov (1),
- v tehotenstve sa za ideálne fyzické aktivity považujú tie, pri ktorých nedochádza k riziku pádu a prudkých otrasov a zohľadňuje štádiá gravidity a zdravotný stav. Za najvhodnejšie je považované plávanie, kde ale problémom môže byť hygiena, chôdza, severská chôdza, tanec, joga, tehotenská joga, strečing. Tehotná žena však musí vychádzať zo svojej pôvodnej fyzickej kondície a zručnosti v daných športoch. Za nevhodné sa považuje jazda na koni, lyžovanie, extrémne športy, potápanie, posilňovanie, najmä v poslednom trimestri (1).

Pohybová aktivita sa odporúča 30–40 minút denne alebo väčšinu dní v týždni (minimálne 3-krát týždenne) a udržať si aspoň 30 minút pulzovú frekvenciu ($220 - \text{vek} \times 0,7$) (1).

Pre zabezpečenie vhodnej úrovne bezpečnosti cvičenia je potrebné pred cvičením pacienta:

- ✓ upozorniť na nutnosť hlásenia príznakov indikujúcich predčasné ukončenie tréningu (dýchavica, bolesť na hrudníku, silná bolesť hlavy alebo dolných končatín),
- ✓ oboznámiť sa s technikou vykonávania cvičení: rozevička, hlavná časť, cool-down fáza,
- ✓ edukovať o technike merania srdcovej frekvencie (1).

Absolútne kontraindikácie tréningu pre pacientov s KV ochoreniami:

- ✓ nestabilná AP,

- ✓ manifestné srdcové zlyhanie,
- ✓ disekujúca aneuryzma aorty,
- ✓ komorová tachykardia alebo iné život ohrozujúce arytmie,
- ✓ sínusová tachykardia >120/min,
- ✓ ťažká aortálna stenóza,
- ✓ podozrenie na pľúcnu embóliu,
- ✓ STK >200 mmHg a DTK >115 mmHg,
- ✓ symptomatická hypotenzia,
- ✓ akútne infekčné stavy,
- ✓ lokálne krvácajúce komplikácie po punkcii stehennej tepny (1).


Tréning sa preruší, ak sa počas tréningu objavia:

1. stenokardie, bolesti svalov, kĺbov;
2. neprimeraná dýchavičnosť, zvýšená frekvencia dýchania nad 40 dychov/min.;
3. pokles systolického tlaku o 10 mmHg a viac, bledosť;
4. nárast pulzovej frekvencie nad maximálnu hodnotu stanovenú pri ergometrii, alebo výpočtom podľa veku;
5. významné poruchy rytmu akými sú početné extrasystoly, fibrilácie predsiení, supraventrikulárne a komorové tachykardie (11).

Pohybový program by mal obsahovať:

1. Aeróbne aktivity vykonávané s vyššou intenzitou sú napr.: beh, beh na lyžiach, chôdza, cyklistika, plávanie, korčuľovanie, skákanie cez švihadlo. Aeróbne cvičenie znižuje pokojový STK a DTK.
2. Silové aktivity zvyšujú objem a silu jednotlivých svalových oblastí, rozvíjajú statické i dynamické silové schopnosti. Napr.: cvičenia na špeciálnych trenažéroch, cvičenia vo vode, s gumovými popruhmi, rôzne formy posilňovania.
3. Aktivity zamerané na obratnosť a pohyblivosť sú cvičenia s dominantným zameraním na rozvoj obratnosti, pohyblivosti, koordinácie a rovnováhy, napr.: gymnastika, strečingové cvičenia, pohybové hry a zábavy, loptové hry a súťaže ako napr. volejbal, basketbal, hokej s loptou, bedminton, tenis, hra s lietajúcimi taniermi (1).

Tabuľka č. 16

Aktivity a energetický výdaj (1)	
	
Aktivity	
Aktivita do 500 kJ/hod	čítanie, písanie, práca na počítači, sledovanie televízie, kartové a spoločenské hry
Aktivita 500 – 1000 kJ/hod	upratovanie auta, žehlenie, príprava a varenie, upratovanie, ľahké práce v záhrade, ľahký aerobik, golf, bicyklovanie (9 km/h)
Aktivita 1000–1500 kJ/hod	umývanie okien, vysávanie, stavebné práce, rýchla chôdza (6 km/h), stolný tenis, bowling, bedminton, volejbal, ľahká cyklistika
Aktivita 1500–2000 kJ/hod	práca v bani, drevorubačské práce, rýchla chôdza (8 km/h), korčuľovanie, sexuálna aktivita, futbal, plávanie, vysokohorská turistika, aerobik strednej intenzity
Aktivita nad 2000 kJ/hod	cyklistika 20 km/h, basketbal, zjazdové lyžovanie, squash, tenis, spinning, kanoistika, chôdza do schodov, rúbanie dreva, rýchle plávanie, odhŕňanie snehu, horolezectvo

Výhody pohybovej aktivity

Ak je pohybová aktivita pravidelná, dlhodobá a realizovaná s dostatočnou intenzitou, má pozitívny vplyv na zdravie:

- ✓ zlepšuje činnosť srdca a cievneho systému, zefektívňuje prenos kyslíka k tkanivám,
- ✓ pozitívne ovplyvňuje krvný tlak,
- ✓ prehlbuje dýchanie, zlepšuje pľúcnu ventiláciu, prispieva k zvýšeniu vitálnej kapacity pľúc,
- ✓ zvyšuje fyzickú zdatnosť, svalovú vytrvalosť a svalovú silu, obratnosť,
- ✓ prispieva k udržaniu dobrej telesnej kondície,
- ✓ spomaľuje úbytok minerálov z kostí, čím znižuje riziko zlomenín, hlavne u ľudí vo vyššom veku,
- ✓ priaznivo ovplyvňuje metabolizmus tukov,
- ✓ prispieva k udržaniu chrbtice a kĺbov vo funkčnosti, posilňuje chrbtové svalstvo, od ktorého funkcia kĺbov a chrbtice závisí, zabraňuje vzniku niektorých ťažkostí,
- ✓ zvýšením energetického výdaja a metabolizmu pomáha udržiavať primeranú telesnú hmotnosť,
- ✓ prispieva k duševnej sviežosti, upokojuje, zlepšuje schopnosť sústredenia, znižuje depresie, umožňuje lepšie sa vyrovnáť so stresovými situáciami, preventívne pôsobí proti depresii,
- ✓ zvyšuje citlivosť periférnych buniek tkanív na inzulín (1).

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Prvý plánovaný audit a revízia tohto štandardného postupu pre výkon prevencie sa realizuje po jednom roku a následne každých 5 rokov, resp. pri známom zásadnom novom vedeckom dôkaze o efektívnejšom manažmente nadhmotnosti/obezity, pričom sa uskutoční tak skoro, aká je možnosť zavedenia tohto postupu do zdravotného systému v Slovenskej republike.

Literatúra

1. Ambulantná kardiovaskulárna rehabilitácia (AKVR)/sekundárna prevencia (SP). MZ SR. Preventívne postupy. 2021. online. [cit. 2023-02-04]. Dostupné na internete: <https://www.standardnepostupy.sk/novy-zoznam-schvalenych-preventivnych-postupov-ppv/>
2. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J. 2016;37:2315–2381.
3. Fábryová, L., minárik, P., Ukropcová, B., Ukropec, J. Prečo treba liečiť obezitu. Bratislava. 2019. s.50. ISBN: 978-80-8140-370-5, alebo aj Online. [cit. 01-08-2023]. Dostupné na: <http://www.biomedcentrum.sav.sk/wp-content/uploads/2019/07/Brozura-o-obezite.pdf>
4. Fathi, A. a kol. 2020. Odvrátiteľné riziká chorôb obehovej sústavy, edukácia sestrou. Infodoktor.2020.287 s.ISBN978-80-660-0-1
5. Gavalierová, Z., Fathi, A. a kol. COVID-19, edukácia dospelého pacienta. 2021. Vydavateľstvo Infodoktor 2021. s. 144. Prvé vydanie. ISBN: 978-80-973660-1-8.
6. Komplexný manažment dospelého pacienta s artériovou hypertenziou v ambulantnej zdravotnej starostlivosti. Štandardné postupy, 1 revízia, 2020. [online]. [cit. 2023-01-18]. Dostupné na internete: <https://www.standardnepostupy.sk/standardy-vseobecne-lekarstvo/>
7. Miková, Š. Energetická hodnota potravín. [online]. [cit. 2023-07-18]. Dostupné na internete: <http://www.zskalna.sk/wp-content/uploads/2020/03/FYZIKA-7.A-Energetick%C3%A1-hodnota-potrav%C3%ADn.pdf>
8. Návod na Měřeníkaliperem. 2023. KALIPER. [online]. [cit. 2023-07-18]. Dostupné na internete: <https://www.kaliper.cz/mereni-kaliperem-navod/>
9. Perušičová, J. 2015, ISBN 978-80-7345-428-9, 117s. alebo aj Online. Dostupné na: <https://eshop.maxdorf.cz/user/documents/upload/data/dl/DM%20a%20kardiovaskul%C3%A1m%C3%AD%20onemocn%C4%9Bn%C3%AD.pdf>
10. Štandardný diagnostický a terapeutický postup na komplexný manažment nadhmotnosti/obezity v dospelom veku 2. revízia. 2023. Online. [01-08-2023]. Dostupné na: <https://www.standardnepostupy.sk/standardy-obezitologia/>
11. Vyhláška 306/2005 Z. z., ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz. [online]. [cit. 2023-01-18]. Dostupné na internete: <https://www.zakonypreludi.sk/zz/2005-306>.

Zoznam príloh

Príloha č. 1 Príklad rozhovoru s nestotožneným pacientom

Príloha č. 2 Príklad rozhovoru s pacientom zvažujúcim zmenu

Príloha č. 3 Príklad rozhovoru s pacientom plánujúcim želanú zmenu

Príloha č. 4 Príklad rozhovoru s pacientom v akcii/zotrúva v želanej zmene správania

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii, diagnostike alebo liečbe ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity alebo liečba, teda prístup založený na dôkazoch, alebo na základe klinickej konzultácie, alebo klinického konzília.

Takýto klinický postup má byť jasne zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.

Účinnosť

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť od 15.11.2023.

Zuzana Dolinková
ministerka zdravotníctva

Príloha č. 1 Príklad rozhovoru s nestotožneným pacientom

Nadhmotnosť/obezita, fáza zmeny: Nestotožnený pacient, príklad rozhovoru

L/S: „Čo by vás motivovalo k tomu, aby ste schudli?“

P: „Keď sa dozviem, že som chorá...“

L/S: „Už samotná obezita je choroba. Pacient s obezitou je ohrozený na zdraví. Obezita zvyšuje úmrtnosť a chorobnosť na choroby srdca, ciev, a tiež znižuje kvalitu a dĺžku života...“

P: „Partnerovi sa páčim taká, aká som.“ alebo „V detstve ma moja babka vždy krmila, aby som neochorela.“

L/S: „Chcete vyhovieť svojmu partnerovi, ale riziká obezity môžu ohrozovať vaše zdravie. Ak partnerovi záleží na vašom zdraví, práve on vás podporí v tom, aby ste schudli. Skúste sa s partnerom o tom porozprávať.“

Príklad rozhovoru

L/S: „Upozornil vás niekto, že máte problémy s nadmernou hmotnosťou?“

P: „Nemyslím si, že za moje zdravotné ťažkosti môže to, že mám viac kíľ...že viac jem...ja nemám problém, som zdravý, len rád jem...“

L/S: „Vy nepripúšťate, že prejedanie a nadmerná hmotnosť môže spôsobiť zdravotné problémy. S obezitou je spojené riziko vzniku zvýšeného tlaku krvi, cukrovky, preťaženie kĺbov, bolesti chrbta. Množstvo štúdií prinieslo viacero dôkazov o obezite ako rizikovom faktore vzniku nádorov. Pomôžeme vám získať vedomosti o rizikách nadhmotnosti/obezity, o nedostatočnej pohybovej aktivite a pod...“

P: „Porozmýšľam...“

Pri komunikácii s pacientom vo fáze pre-kontemplácie, je dôležité vyhýbať sa neúčinným komunikačným taktikám, pretože presvedčovanie nátlakom je málo účinné.

- Poučanie: „Mali by ste byť rozumný a kvôli svojmu zdraviu redukovať svoju hmotnosť.“
- Vyčítanie: „Ako môžete dobrovoľne takto ničiť svoje telo?“
- Karhanie: „Vstúpte si konečne do seba! Správajte sa zodpovedne! Zamyslite sa nad svojou hmotnosťou!...“

Tieto komunikačné intervencie sú málo účinné, pretože hovoria o tom, že pacient zlyhal, je neschopný a správa sa nezodpovedne. Nezávisle od toho, že je ošetrojúci zdravotnícky personál presvedčený o tom, že má pravdu, v komunikácii robí chyby, ktoré pacientovi sťažujú rozhodnúť sa správne:

- zahanbuje pacienta,
- venuje sa minulosti pacienta namiesto budúcnosti: hovorí o niečom, čo sa nedá zmeniť, namiesto o uskutočniteľných riešeniach,
- berie pacientovi slobodu rozhodnúť sa, pretože nátlak dáva iba jednu možnosť.

Nepredpokladajte, že pacient rozumie, čo L/S hovorí. Overujte si jeho porozumenie. Predchádzate nedorozumeniam, šetríte svoj čas, posilňujete raport a udržiavate pacienta aktívneho v rozhovore. Pri komunikácii je iné hodnotiť fakty, ako súdiť správanie alebo charakter pacienta. Negatívne hodnotenie človeka vytvára ohrozenie, zapína emócie a obranné mechanizmy, vypína racionálne myslenie.

**Príloha č. 2 Príklad rozhovoru s pacientom zvažujúcim zmenu
Nadhmotnosť/obezita, fáza zmeny: Pacient zvažujúci zmenu, príklad rozhovoru**

L/S: „Rozmýšľali ste o čom sme sa rozprávali?“

P: „Rozmýšľal.“

L/S: „Ako ste sa rozhodli?“

P: „No, že musím schudnúť.“

L/S: „Musíte alebo chcete? Chcieť schudnúť je túžba, čo je pozitívne. Musieť schudnúť vyplýva zo strachu. Vystupňovanie obáv a strachu pôsobí negatívne, čo sťažuje proces zmeny motivácie k želanej zmene.“

L/S: „Vidím, že je ťažké si pripustiť, že vaša hmotnosť môže mať za následok vážne zdravotné dôsledky. Asi ste o tom v tomto zmysle doposiaľ neuvažovali. Avšak efektívne liečiť vás vieme len vtedy, keď si dokážete tento problém uvedomiť a rozhodnete sa svoje návyky a správanie zmeniť. Potom vám vieme aj v tomto smere pomôcť, poradiť ako na to. Necháme vám čas porozmýšľať, a nabudúce sa o tom znova porozprávame.“

L/S: „Pravdepodobne máte veľa otázok ohľadom obezity – čo máte a môžete jesť, ako sa stravovať, aké cviky cvičiť a pod...“

L/S: „Ak budete chcieť, môžete na budúcu kontrolu prísť aj s partnerom alebo inou blízkou osobou.“

L/S: „Budeme radi, keď nad tým budete uvažovať. Chceme vám pomôcť, aby ste nemali v budúcnosti vážne zdravotné ťažkosti. Zmiernia sa aj bolesti kĺbov. Aspoň to skúste. V prípade akýchkoľvek otázok, sa môžete na nás obrátiť s dôverou.“

Príklad rozhovoru

L/S: „Zvážili ste dôsledky vášho rizikového správania (nadmerného energetického príjmu)?“

P: „Uvažujem nad tým...“

L/S: „Ak ste rozhodnutý redukovať – znížiť svoju hmotnosť, môžeme vám poskytnúť pomoc, ako postupne dosiahnuť cieľ. Dohodneme sa, že budete viesť týždeň zápisník, čo, kedy a koľko stravy ste jedli a pili. Zapisujte si aj ovocie, zeleninu, sušienky, cukríky, čokoládu... Vopred sme presvedčení, že robíte dobre pre svoje zdravie, pretože vy najlepšie viete, čo je pre vás správne.“

Príloha č. 3 Príklad rozhovoru s pacientom plánujúcim zmenu

Nadhmotnosť/obezita, fáza zmeny: Pacient plánujúci želanú zmenu, príklad rozhovoru

L/S: „Robíte pokroky v zmene pri stravovaní?“

P: „Snažím sa, ale niekedy sa to nedá, hlavne keď si ideme posediť...“

L/S: „Keď idete s niekým na kávu a koláč, vy si dajte len kávu, prípadne minerálnu vodu, neperlivú vodu, vodu s citrónom. Neobjednávajte si žiadne sladené nápoje (limonády), žiadne džúsy, ani kolové nápoje. Ak predsa neodoláte sladkostiam, nahraďte to pohybom, prejdite sa, alebo si zajazdite na bicykli, alebo sa prejdite okolo bytovky 1 – 2 kolá...“

L/S: „Dohodneme sa, ak pôjdete na nákup do obchodu, nekupujte sladkosti, nebudú vás doma lákať, skúste obísť regál so sladkosťami, vynechať ho. Miesto toho si doprajte ovocie, ktoré zaženie chuť na sladké. Pocit hladu najlepšie zaženiete zvýšeným príjmom vlákniny, pitným režimom, kúskom horkej čokolády s obsahom kakaá nad 80 %, pár kusmi neslaných, nepražených orechov a pod.“

L/S: „Skúste čo najviac chodiť pešo, na nákup, po schodoch, choďte sa prejsť, skúste okolo bytovky, najskôr jedno, potom každý deň pridajte ďalšie kolo a pod...“

Konkrétne malé kroky dosiahnuteľné v krátkom čase, sú nevyhnutné pre udržanie motivácie. Samotný úspech z dosiahnutého kroku prináša pozitívne pocity a motivuje pacienta k ďalším krokom. Ak si pacient zvládne dať iba niečo nekalorické, tak začal meniť svoj životný štýl. To ho motivuje viac a najmä naučí alternatívne sa správať, než „iba“ celkové rozhodnutie schudnúť.

Príklad rozhovoru

L/S: „Povedzte mi aspoň 3 dôvody, prečo zmeniť postoj k nadhmotnosti/obezite?“

P: verbalizuje...

L/S pacienta pochvália za vedomosti.

**Príloha č. 4 Príklad rozhovoru s pacientom plánujúcim zmenu
Nadhmotnosť/obezita, fáza zmeny: Pacient v akcii/zotrúva v želanej zmene správania,
príklad rozhovoru**

S : „Ako sa vám dari?“

P: „Vedím si denník, snažím sa viac pohybovať, dávam si pozor na stravu, viac sa kontrolujem, nepijem sladké nápoje, nejem sladkosti...“ alebo „Zvykol som si nesladiť čaj, ani kávu, prestal som kupovať sladkosti...“

S: „Povedzte to aj pánovi doktorovi, určite ho tým potešíte. Sme na vás pyšní. Robíte nám radosť..“

L: „Sestrička vás pochválila, že robíte pokroky, robíte nám radosť.“

P: „Ďakujem za podporu.“

L/S: „Pozorujete nejaké nové zdravotné ťažkosti?“

P: verbalizuje ...

L/S: „Liečbu tolerujete dobre...?“

P: verbalizuje ...

L/S: „Ukážete nám stravovací denník?“

L/S: „Je niečo, na čo sa chcete opýtať v súvislosti s liečbou?“

L/S: „Museli ste pre nejaký dôvod prestať cvičiť?“

L/S: „Sme radi, že sa riadite našimi inštrukciami a radami, je to chvályhodné. Robíte nám tým radosť a určite sú na vás pyšní vaši blízki. My vám veríme. Dokázali ste veci, o ktorých ste si ani nemysleli, že ich zvládnete.“

L/S: „Veríme, že zotrúvate v týchto pozitívnych zmenách. Ste silná osobnosť, ukázali ste nám to tým, že rešpektujete naše rady. Sme na vás hrdí. Môžete byť vzorom (1).“

Nadhmotnosť/obezita, fáza zmeny: zlyhávanie/relaps – intervencia, príklad rozhovoru

L/S sa pri každej komunikácii a príležitosti pýtajú pacienta či napreduje v stanovených cieľoch, či nedošlo ku zlyhaniu – relapsu. L/S prijímajú relaps ako súčasť procesu zmeny správania pacienta a vyhýbajú sa neúčinným taktikám rozhovoru (neponižujú pacienta), ale prijímajú zlyhanie s pochopením. Dobrý spôsob ako zostať motivovaný je stať sa pre niekoho vzorom napr. pre partnera, dieťa, priateľov, rodinu a pod (1).