



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Možnosti využití ošetřovatelského modelu Betty Neuman v prevenci nadváhy a obezity

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Lucie Třísková

Vedoucí práce: Mgr. Věra Hellerová Ph.D.

České Budějovice 2021

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „Možnosti využití ošetrovatelského modelu Betty Neuman v prevenci nadváhy a obezity.“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 10. 5. 2021

.....

Bc. Lucie Třísková

Poděkování

Rada bych poděkovala mé vedoucí práce Mgr. Věře Hellerové, Ph.D., za cenné rady a trpělivost při zpracování diplomové práce. Poděkování patří všem respondentům, kteří se zúčastnili mého výzkumné šetření.

Možnosti využití ošetrovatelského modelu dle Betty Neuman v prevenci nadváhy a obezity.

Abstrakt

Ke stále zvyšující se prevalenci nadváhy a obezity přispívá životní styl, pokles fyzické aktivity a také pokrok v nových technologiích, industrializace a globalizace. S ohledem na množství faktorů podílejících se na vzniku nadváhy a obezity může být pro sestry přínosem využití koncepčního modelu Betty Neuman ke zhodnocení působících faktorů a k posouzení míry jejich dopadu. V souladu s tímto posouzením pak také nastavení intervencí v rámci jednotlivých úrovní prevence.

Cílem diplomové práce proto bylo popsat možnosti využití koncepčního modelu Betty Neuman v prevenci nadváhy a obezity.

Ve výzkumné části bylo využito kvantitativní a kvalitativní šetření. Kvantitativní výzkum byl realizován za pomoci nestandardizovaného dotazníku. Kvalitativní šetření bylo realizováno s využitím polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumného šetření se zúčastnily jedinci s nadváhou či obezitou a všeobecné sestry z kraje Vysočina a Jihočeského kraje.

Pro kvantitativní výzkum byly stanoveny tři hypotézy, které se vztahovaly k identifikaci interpersonálním, intrapersonálním a extrapersonálním stresorům. Během výzkumu se nepotvrdily žádné významné rozdíly ve stresorech u jedinců s nadváhou a obezitou. Pro kvalitativní výzkum byly stanoveny dvě výzkumné otázky. V rámci kvalitativní výzkumu se potvrdilo, že u pacientů s nadváhou a obezitou je snižena spokojenost s vnímáním sebe sama. Nejčastějším problémem, kteří informanti uvedli vyšší váhu, potíže s dýcháním a bolesti nohou. U všeobecných sester bylo zjištěno, že k pacientům s nadváhou nebo obezitou přistupují většinou stejně jako k ostatním pacientům. Doporučily by jim pravidelnou a zdravou stravu, dostatek zeleniny a ovoce ve stravě a pohyb.

Edukace a motivace pacientů s vyšší váhou je podstatná a neměla by se opomíjet. Během výzkumu jsme si mohli potvrdit, že stále problematika hovoru lékaře s pacientem zaostává.

Klíčová slova: nadváha, obezita, koncepční model, Betty Neuman, všeobecná sestra, prevence

The possibilities of utilization of the Betty Neuman's nursing model in prevention of overweight and obesity.

Abstract

Lifestyle, decrease in physical activity, advance in new technologies, industrialization and globalization contribute to the increasing prevalence of overweight and obesity. Considering the number of factors participating in their formation might be beneficial for the nurses to use the Betty Neuman's conceptual model to evaluate the involved factors and the level of their influence. In accordance with this evaluation also set the interventions in the individual stages of prevention.

The aim of this thesis was to describe the possibilities of utilization the Betty Neuman's conceptual model in prevention of overweight and obesity.

In the investigative part the quantitative and qualitative research were used. The quantitative research was performed by means of a non-standardized questionnaire intended for the nurses from Vysočina region and Jihočeský region. The qualitative research was implemented via a semi-structured interview with the overweight or obese individuals and nurses from the same regions.

Relating to the people with overweight and obesity, no significant differences in stressors were found after the quantitative data analysis. However, the results reveal a considerable dissatisfaction with the overall appearance and health condition. They also reveal the perception of the overweight and obesity impact at work. The respondents show an interest in weight reduction, some of them try repeatedly. Equally, the qualitative data analysis implies that the overweight and obese patients percept themselves with less satisfaction. The most frequent problems are higher weight, troubles with breathing and pain in legs while walking. With regard to general nurses, it was found out that they approach the overweight and obese patients the same way as the rest of the patients. They would recommend regular and healthy diet, enough vegetables and fruit and exercise.

The gathered results reveal the necessity of communication with the individuals who suffer from overweight and obesity. For the lifestyle transformation, sufficient education supported by motivation is crucial.

Keywords: overweight, obesity, conceptual model, Betty Neuman, general nurse, prevention

Obsah

1. SOUČASNÝ STAV	11
1.1 Koncepční modely	11
1.1.1 Koncepční model dle Betty Neuman	12
1.1.2 Hlavní jednotky a využitelnost konceptního modelu dle Betty Neuman	13
1.1.3 Koncepční model dle Betty Neuman v souvislosti s nadváhou a obezitou	15
1.2. Nadváha a obezita	16
1.2.1 Definice nadváhy a obezity	16
1.2.2 Rizikové faktory vzniku nadváhy a obezity	17
1.2.3 Diagnostika nadváhy a obezity	18
1.2.4 Léčba nadváhy a obezity	20
1.2.4.1 Nefarmakologická léčba.....	20
1.2.4.2 Chirurgická léčba.....	25
1.2.4.3 Farmakologická léčba.....	26
1.2.5 Komplikace nadváhy a obezity	27
1.2.6 Edukace a prevence jedinců s nadváhou a obezitou v kontextu modelu dle Betty Neuman	28
2. CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	30
3. OPERACIONALIZACE POJMŮ	31
4. METODIKA	32
4.1 Použité metody	32
4.2 Charakteristika výzkumného souboru	33
5. VÝSLEDKY VÝZKUMU	34
5.1 Výsledky kvantitativního výzkumu	34
5.2 Výsledky kvalitativního výzkumu	59
5.2.1 Výsledky vztahující se k nadváze a obezitě	59
5.2.2 Výsledky vztahující se k všeobecným sestřám	62
6. DISKUZE	66
7. ZÁVĚR	72
8. SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	74
9. SEZNAM PŘÍLOH	79

10. SEZNAM ZKRATEK	88
---------------------------------	-----------

ÚVOD

Nadváha společně s obezitou patří mezi civilizační onemocnění, která jsou velice rozšířená. Jedná se o multifaktoriálně podmíněné onemocnění. Nadváha a obezita je způsobená nejen genetickým podílem, ale také ovlivnitelnými faktory. Mezi ovlivnitelné faktory řadíme nesprávné stravovací návyky a nedostatek pohybové aktivity. Je podstatné si uvědomit, že samotný pohyb pozitivně ovlivňuje naše zdraví. Pohybová aktivita, dostatek spánku a zdravá strava jsou hlavními determinanty, které podporují naše zdraví. Můžeme předcházet nejen nadváze či obezitě, ale řadě onemocnění např. kardiovaskulárním, potížím s trávením, diabetu mellitu atd.. Řada z nás si bohužel neuvědomuje sílu a efekt pravidelného pohybu a zdravé stravy.

Koncepční modely mají hlubokou historii a první zmínky máme již z období Egypta a Číny. Mnoho modelů bylo využito při popsání procesu utváření světa. Dříve koncepční modely nebyly zařazovány do ošetřovatelství. Nejvíce byly využívány v oblasti filozofické a ekonomické. V pozdějším období se koncepční modely začaly aplikovat i do oblasti ošetřovatelství. Hlavním cílem a myšlenkou bylo zjednodušení pracovních činností sester. Koncepce umožňují sestřám snadno třídit informace o pacientech, díky kterým následně utvářejí celistvý a kvalitní pohled na pacienta.

Téma diplomové práce *„Možnosti využití ošetřovatelského modelu Betty Neuman v prevenci nadváhy a obezity“* jsem si vybrala proto, že je důležité neustále edukovat společnost o možných rizicích, které mohou způsobovat závažná onemocnění. Práce se zaměřuje konkrétně na onemocnění nadváhy a obezity. V dnešní době bohužel lidí s obezitou mezi námi přibývá. Model B. Neuman umožňuje celistvé posouzení stresorů, které na klienty s nadváhou a obezitou působí a následně specifikaci intervencí se zaměřením na primární, sekundární a terciální prevenci.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1. Konceptní modely

Obecně byl vývoj ošetrovatelství až do poloviny minulého století většinou intuitivní a byl více založený na tradičních a praktických zkušenostech než na teoretických základech. Největší rozvoj teoretické části ošetrovatelství nastal v polovině 20. století v USA a v Kanadě. V dnešní době má ošetrovatelství vědomostní bázi, která v sobě zahrnuje specifické ošetrovatelské koncepce, teorie a konceptní modely. Obsahové zaměření teorií a modelů je ovlivněno vědomostmi, praktickými zkušenostmi a různými filozofickými názory jejich autorů (Pavlíková, 2006).

Pavlíková (2006) uvádí, že model je vědecká konstrukce, obraz, představa, či popis zkoumaného jevu nebo předmětu. Je ideou, která vysvětluje pomocí symbolické a/nebo fyzikální vizualizace. Symbolické modely neobsahují rozeznatelné fyzikální formy a mají vyšší abstraktní úroveň než fyzikální modely. Koncepce je popisována jako určité pojetí, chápání, myšlenková osnova nebo také způsob pohledu a výkladu určitého jevu. Koncepce též představuje základní obsah nebo vedoucí ideu vysvětlení určitého jevu. Obsahem může být soustava názorů na určité jevy (Pavlíková, 2006).

Modely jsou paradigmaty ošetrovatelské vědy, které tvoří metaparadigmata. Metaparadigmatem je člověk, prostředí, zdraví a ošetrovatelství. Každý model definuje metaparadigmata odlišně (Tóthová, Olišarová 2018). Modely v ošetrovatelství jsou abstraktními koncepty, které jsou v praxi uplatňovány díky ošetrovatelskému procesu. Obsahují filozofické hodnoty a přesvědčení pro ujasnění praxe a výzkumu. Zahrnují systematickou strukturu a logické zdůvodnění činnosti, určují směr hledání a umožňují řešení praktických problémů. Konceptní modely slouží jako obecné návody pro přesné formování poznatků ošetrovatelství, pro plánování a realizaci výzkumu, klinické praxe, výchovných programů a také řídicích systémů. Umožňují nám rámec pro činnost sestry a formují obsah studia ošetrovatelství (Vrublová, 2006).

Vývoj konceptních modelů je možné nalézt už v raných civilizačních obdobích, konkrétně v Egyptě a v Číně. Mnoho modelů bylo použito k popsání průběhu utváření světa. Novodobým příkladem využití modelu je Marxův model, který byl filozofický,

sociální, politický a ekonomický a vytvořil obsah pro komunistickou ideologii. I Einstein měl svůj model relativity. Tento model utvářel základ atomové éry (Pavlíková, 2006). Konceptní modely obsahují tři základní části. První část jsou předpoklady a fakta. Předpoklady jsou brány jako teoretický základ, kterými chápeme pojetí ošetrovatelství. Předpoklady jsou odvozeny od vědecké teorie a praxe. Mnoho modelů pracuje s předpoklady z praxe. Druhou částí konceptních modelů je hodnotový systém. Součástí konceptních modelů stejně jako v jiných oborech se odráží filozofie a světový názor. Každý takový model obsahuje filozofickou představu o podstatě vztahů mezi člověkem a prostředím (Archalousová, 2003). Třetí a poslední částí jsou jednotky modelu. Hlavní jednotky byly zformulovány z hodnotového systému dohromady s asumpcí (Pavlíková, 2006).

V rámci popisu ošetrovatelského modelu rozlišujeme sedm hlavních jednotek. Cíl ošetrovatelství, který definuje, čeho se snaží ošetrovatelství dosáhnout. Jednotlivé cíle modelů se liší v dle předpokladů. Další jednotkou je klient, který je charakterizovaný jako příjemce ošetrovatelské péče. Může se jednat o jedince nebo skupinu. Mezi hlavní jednotky modelů řadíme také roli sestry. Tento bod popisuje činnosti, které sestra vykonává. Vždy je nutné počítat se se zdrojem potíží. Zdroj potíží se týká klienta a popisuje příčiny problémů, které lze pozitivně ovlivnit. Součástí modelů je též ohnisko zásahu, které určuje zaměření intervencí v ošetrovatelství. Předposlední jednotkou je způsob zásahu. Způsob zásahu určuje prostředky a zásahy, kterými sestra může poskytnout danou ošetrovatelskou péči. Posledním bodem mezi hlavními jednotkami jsou důsledky. Důsledky znázorňují očekávané výsledky intervencí a jsou směřovány ke zlepšení zdravotního stavu příjemce (Pavlíková, 2006).

1.1.1 Konceptní model dle Betty Neuman

Betty Neuman se narodila v roce 1924 v americkém státě Ohio. Základní ošetrovatelské vzdělání získala v roce 1947. Po skončení základního studia odešla do Los Angeles, kde byla zaměstnána jako sestra, postupem dosáhla na pozici staniční a později na vrchní a školní sestru. V roce 1957 měla možnost dostudovat bakalářské vzdělání na University of California v Los Angeles. Na té samé univerzitě získala i magisterský titul v oboru mentální zdraví. Po úspěšném vzdělání pracovala jako klinická chirurgická sestra, klinická učitelka a také působila jako sestra v komunitním krizovém centru. Během své

kariéry vykonávala i privátní praxi terapeutky a byla klinickou spolupracovnicí v Americké asociaci pro manželskou a rodinou terapii (Pavlíková, 2006). V roce 1972 Betty Neuman poprvé představila svůj systémový model. Po několika letech publikovala svou knihu *The Neuman's System Model: Application to Nursing Education and Practise*. Ve svém životě byla velmi aktivní a v roce 1985 ukončila doktorandské studium. Doktorandský titul získala z oboru klinické psychologie. O pár let později Betty Neuman udělila Grand Walley State University v Allendalu čestný doktorát (Pavlíková, 2006).

Pro model Betty Neuman je jedním ze základních předpokladů holismus. Na systém jedince nahlíží individuálně. Pacient v tomto modelu může být jednotlivec, skupina, komunita a společnost. Model je založen na otevřeném systému myšlení a cílem je dosáhnout klientovy stability. Nejdůležitějším principem systémového modelu je interakce osoby s prostředím (Archalousová, 2003). Betty Neuman vyvíjela svůj model pro potřeby studentů ošetřovatelství pro praxi v oblasti duševního zdraví. Při tvorbě modelu vycházela z teorií o stresu a adaptaci (Pavlíková, 2006).

1.1.2 Hlavní jednotky a využitelnost koncepčního modelu dle Betty Neuman

Mezi hlavní jednotky, které Neumanová definovala patří cíl ošetřovatelství, pacient či klient, role sestry, zdroj potíží, ohnisko zásahu, způsob zásahu a důsledky. Za cíl si Neumanová stanovila, aby se dosáhlo a udrželo vyváženosti systému pacienta či klienta po případě obnovit a udržet maximální úroveň zdraví a pohody (Pavlíková, 2006).

Pacienta Neumanová popisuje jako otevřený systém pěti složek, a to psychologické, fyziologické, sociokulturní, vývojové a spirituální. Sestra by během své práce měla rozpoznat intrapersonální, interpersonální a extrapersonální stresory (Archalousová, 2003). Neumanová popisuje ve svém modelu zdroje potíží, které pojmenovala stresory. Stresory mohou být zevní a vnitřní. Za ohnisko zásahu považuje účinnou redukci stresorů a posílení linií obrany. Nejdůležitější složkou zásahu jsou intervence orientované na primární, sekundární a terciární prevenci. Důsledek je směr ke stabilitě systému pacienta či klienta a požadované úrovni zdraví (Pavlíková, 2006).

Metaparadigmatickou koncepci Neumanová definovala následovně. Člověk neboli osoba je definována jako klient či systém klientů, který je složeninou psychologických, fyziologických, společensko-kulturních, vývojových a duchovních proměnlivostí

(Archalousová, 2003). Prostředí rozdělujeme do tří podstatných částí. První část je vnitřní prostředí jedince, dále je zevní prostředí a poté vytvořené prostředí. V interním a externím prostředí působí síly, které obklopují jedince kdykoliv v čase a kdekoliv v prostoru. Síly, které ovlivňují jedince, zahrnují intrapersonální, interpersonální a extrapersonální stresory. Stresory samotné mohou narušit linii obrany a také stabilitu systému jedince. Zdraví Neumanová popisuje jako projev životní energie a pohody jedince. Zdraví je stav, který poukazuje na všechny faktory a prvky, které jsou v souladu s celostní osobností jedince. Zdraví a pohoda značí dynamickou rovnováhu jedince a jeho interakci s prostředím. Posledním pojmem, kterým se Neumanová zabývá je ošetřovatelství. Ošetřovatelství je profese zabývající se všemi možnými příčinami, které ovlivňují reakce jedince na stres (Pavlíková, 2006). Ošetřovatelství jako takové se zaměřuje na uspokojování potřeb jedinců. Ošetřovatelství udržuje a podporuje zdraví, zmírňuje utrpení nevléčitelně nemocných a zajišťuje klidné umírání a smrt. Podstatně se podílí na prevenci, diagnostice, terapii a rehabilitaci (Tóthová, 2009).

Každý jedinec má základní strukturu neboli centrální jádro přežití. Struktura v sobě zahrnuje ochranné linie působící proti stresu (Archalousová, 2003). Linie odolnosti (rezistence) je charakterizována jako kruh, který obklopuje základní strukturu. Během působení mění velikost a vzdálenost od jádra (Pavlíková, 2006).

Linie rezistence v sobě zahrnuje faktory, které umožňují jedinci přežít a obranu proti stresorům. Vnitřní faktory pozitivně ovlivňují systém, když stresory proniknou přes linie. Normální linie je oblast, která se objevuje nad linií rezistence. Tato linie má za úkol zabezpečit vyrovnaný stav klienta, pohodu nebo též adaptaci v čase. Normální linie obrany pracuje s proměnnými faktory, které jsou fyziologické, psychologické, sociokulturní, vývojové a spirituální. Tyto faktory využívá jedinec, aby se vyrovnal se stresory např. životní styl apod. (Pavlíková, 2006).

Poslední linie obrany je flexibilní. Flexibilní linii můžeme vidět nad normální linií. Tuto linii můžeme považovat za nárazník bránící vstupu stresorům. Síla a účinnost je kolísavá. Může se během krátké doby snížit při působení různých okolností. Do této kategorie můžeme řadit nedostatek spánku, jídla, nepravidelné střídání životních aktivit apod. Nejdůležitější je, aby jedinec posiloval flexibilní linii z důvodů kvalitní obrany před

stresory (Archalousová, 2003). Míra reakce na stresory je u každého jedince individuální, podstatné zůstává udržení stability (Pavlíková, 2006).

1.1.3 Koncepční model dle Betty Neuman v souvislosti s nadváhou a obezitou

Klient dle modelu Betty Neuman je popisován jako systém pěti složek, a to psychologických, fyziologických, sociokulturních, vývojových, a spirituálních. Klient s nadváhou či obezitou je tvořen základní strukturou jinými slovy jádrem přežití, které je důležité si chránit (Archalousová, 2003). Jedinci trpící nadváhou či obezitou mohou své jádro přežití ohrozit onemocněním, kterým mohou disponovat. Nejčastěji se jedná o kardiovaskulární onemocnění (Zelenyť et al., 2021). Okolo jádra má každý jedinec ochranné linie. Nejbližší linie rezistence, která je u jádra chrání jedince před úmrtím a brání průniku stresorů (Pavlíková, 2006).

Linie normální je dalším zástupce v obraně a pracuje se stavem klienta a zabezpečuje pohodu a adaptaci v čase. Normální linie pracuje s proměnnými faktory dle modelu Betty Neuman, a to psychologickými, fyziologickými, sociokulturními, vývojovými a spirituálními. Psychologické faktory u jedinců s nadváhou a obezitou mohou být problémy či diskriminace spojené s hmotností (Pavlíková, 2006). Dále se mohou objevit u jedinců deprese, úzkosti a celkově špatná kvalita života (Borda et al., 2021). Fyziologické faktory u klientů mohou být spojené s celkovým zdravotním stavem jedince, dále například omezení v pohybové aktivitě (Pavlíková, 2006). Hmotnost sama osobě způsobuje komplikace mechanické, což jsou problémy spojené s přetížením kloubů a páteře. Nadváha a obezita vede také ke zhoršení mobility. (Borda et al., 2021). Sociokulturní proměnné mohou například ovlivňovat strach účastnit se společenských akcí. Vývojové proměnné u dospělých jedinců s nadváhou a obezitou nijak neohrožují normální linii obrany. Spirituální faktory jsou individuální záležitostí každého jedince s nadváhou či obezitou (Pavlíková, 2006).

Poslední linií obrany je flexibilní linie. Jedná se o linii, která působí jako nárazník bránící vstupu stresorů. Flexibilní linie je kolísavá a účinnost záleží na působení různých okolností. Klienti trpící nadváhou či obezitou mohou tuto linii ohrozit nedostatkem spánku, nesprávným stravováním, nedostatečnou pohybovou aktivitou atd.

(Archalousová, 2003). Konkrétně nedostatek spánku může být způsoben jednou nejpodstatnější poruchou, a to obstrukční spánkovou apnoí (Šonka, 2016).

1.2. Nadváha a obezita

1.2.1 Definice nadváhy a obezity

Obezita společně s nadváhou se staly nejčastější metabolickou chorobou v důsledku životního stylu a životních podmínek. V minulosti lidé trpěli obezitou vzácně. Vedl k tomu nedostatek potravy, byli tudíž spíše vystaveny podvýživě a hladovění. Samozřejmě to neznamena, že se obezita či nadváha vůbec neobjevovaly. Máme různé důkazy, které nám potvrzují, že se obezita či nadváha u některých jedinců vyskytla. Doklady o výskytu z minulosti nám přináší obrazy, sochy a jiná umělecká díla (Hainer, 2011a). V současné době energetický příjem stoupá a energetický výdej klesá (Hainer, Bendlová, 2011). V dnešní době konkrétně u dospělých osob vztah k obezitě lze charakterizovat zejména nedostatečnou fyzickou aktivitou. Přispívá k tomu zavedení nových technologií, industrializace a současně postupující globalizace. Důsledek těchto nových možností vede k celkovému snížení požadavku na lidskou fyzickou práci. Jedna z možností je sedavé zaměstnání u počítačů. (Müllerová, 2009a). Určitě tam můžeme zařadit i zvýšený trend cestování autem. Obecně nadváha a obezita zvyšují riziko vzniku řady onemocnění. Nejenže způsobuje řadu onemocnění, ale také ztěžují život. Obezita a nadváha zhoršuje kvalitu života jak po fyzické, tak po psychické stránce (Hainer, Bendlová, 2011). Diskriminace lidí s nadváhou a obezitou kvůli jejich vyšší váze je běžným problémem, který sám o sobě může vést k dalšímu přibývání hmotnosti (Tapking et al., 2020). Konkrétně u žen, které často řeší svůj estetický vzhled, mohou pocíťovat diskriminaci v zaměstnání a v partnerských vztazích (Hainer, Bendlová, 2011).

Nadváha a obezita spolu úzce souvisí. Nadváha jako taková je předstupněm obezity. Nadváha dle BMI má hodnoty vyšší nebo rovné 25 kg/m². Obezita je dána dle BMI vyšším nebo rovným 30 kg/m². Obezita se dále dělí na obezitu I. stupně (30-35 kg/m²), II. stupně (35-40 kg/m²) a III. stupně (nad 40 kg/m²) (Kastnerová, 2016). Obezita a nadváha jsou onemocnění spojená se zvýšenou hmotností. Podíl tuku v těle u žen je tvořen zhruba mezi 25-30 %, u mužů je to 20-25 %. Použitím BMI škály je celosvětově uznávané měřítko pro stanování diagnózy. Stejně významná je kvalifikace kvalitativní,

k určení obezity androidní a gynoidní. Androidní obezita je charakterizována jako obezita s kumulací tuku v oblasti břicha. Postava jedince připomíná jablko. Gynoidní obezita je považována za obezitu s hromaděním tuku především na končetinách a hýždích. Jedinec má podobu hrušky (Svačina, Bretšnajdrová, 2008). Obezitu a nadváhu lze tedy definovat jako nadměrné množství tělesného tuku v organismu, které může nepříznivě ovlivnit zdravotní stav jedince. Toto onemocnění řadíme mezi nejzávažnější civilizační onemocnění. Jedná se o multifaktoriální onemocnění. Můžeme říci, že obezita či nadváha nemůže vzniknout, pokud se u jedince neobjeví nerovnováha mezi energetickým příjmem a energetickým výdejem (Češka, 2013).

1.2.2 Rizikové faktory vzniku nadváhy a obezity

Jedná se o multifaktoriálně podmíněné onemocnění. Vznik nadváhy a obezity je tedy podmíněn interakcí vnitřních a vnějších faktorů. Dochází následně k hromadění tukových zásob, což je zapříčiněno buď genetickými predispozicemi nebo vlivem zevního prostředí. Může se jednat též o kombinaci těchto dvou faktorů (Češka, 2013).

Pro vznik nadváhy a obezity je podstatný energetický příjem, který je ovlivňován celkovým složením stravy jedince. Konkrétně při konzumaci tuků dochází ke zvýšení energetického příjmu. Tuky by se v celkovém energetickém příjmu měly podílet z 30 %. V realitě však představují 36-38 %. Mezi obecnou charakteristiku tuku řadíme vysokou energetickou denzitu a malou sytící schopnost. Při jejich konzumaci musíme zařadit větší obsah než u konzumace bílkovin či sacharidů (Hainer, Bendlová, 2011). Další složkou jsou sacharidy. Sacharidy oproti tukům nehrají tak podstatnou úlohu při rozvoji obezity. Při dlouhodobém a nadměrném příjmu sacharidů začne organismus přeměňovat sacharidy na zásobní tuk. Na rozdíl od tuků mají sacharidy dobrou sytící schopnost a nízkou energetickou denzitu (Hainer, Bendlová, 2011). Velkou a podstatnou složkou jsou bílkoviny. Při nadměrné konzumaci bílkovin nemusíme mít obavu o vznik obezity či nadváhy. Podstatná je též vláknina, která díky své bobtnavosti navozuje v zaživacím traktu pocit sytosti a snižuje energetickou denzitu. Pozitivně ovlivňuje resorpci živin lipidového spektra a metabolismus sacharidů (Hainer, Kunešová, 2011b).

Podstatnou složkou ve stravě jsou též vitamíny, minerály a stopové prvky. Obecně jejich konzumace nijak neovlivňuje vznik obezity, ale měly by být součástí každé pestré stravy.

Mezi rizikové faktory dále můžeme zařadit léky, které pacient konzumuje. Nejčastěji používané léky, které mohou u jedinců ovlivňovat vznik nadváhy či obezity jsou psychofarmaka a kortikoidy. Některé druhy psychofarmatik vedou k vzestupu hmotnosti, ale ne vždy. Obvykle nadváhu a obezitu způsobují antidepressiva a antipsychotika např. olanzapin, mirtazapin a další. Pokud pacienti některé tyto léky užívají může docházet k výraznému příbytku váhy a je nutné upravit léčbu. Další lékovou skupinou jsou kortikoidy. U léčby kortikoidy je podstatné dodržet základní zásady např. upřednostnit lokální léčbu, používat nejnižší dávky, a to co nejkratší možnou dobu (Češka, 2013).

Genetická predispozice má též své zastoupení. Genetické faktory ovlivňují vznik nadváhy a obezity přibližně ze 40-70 %. Nadváha a obezita je obecně spojována s nesprávným životním stylem. Je nutné si uvědomit, že genetické faktory mají na vzniku svou roli. Geny, které se podílejí na vzniku nadváhy a obezity rozdělujeme na primární a sekundární. Primární skupina genů ovlivňuje přímý vznik, zatímco sekundární nemají tak podstatné zastoupení. Současná molekulární genetická vyšetření odhalují, že většina obezit má oligogenní a polygenní charakter. Existuje vzájemná interakce prostředí s geny, které přispívají ke vzniku obezity a také s geny, které brání v rozvoji obezity (Hainer, Bendlová, 2011).

Dalším determinantem ovlivňující nadváhu či obezitu v současné době je vliv zevního prostředí. Riziko pro vznik obezity může být též znečištěné prostředí. Obecně sem řadíme jak stravování, trávení volného času, vztah ke sportovním aktivitám, tak čas trávený u počítačů či sledování televize (Svačina, 2010a).

Jedním z dalších rizikových faktorů je nedostatek spánku. Zkrácený spánek vede obecně k únavě. Únava nám potlačuje jakoukoliv pohybovou aktivitu. Dlouhá bdělost vede k častější konzumaci jídla během dne (Šonka, 2016).

1.2.3 Diagnostika nadváhy a obezity

Před samotnou léčbou nadváhy a obezity je zapotřebí pacienty podrobit diagnostice (Ciemins et al., 2020). Diagnostika nadváhy a obezity začíná podrobnou anamnézou. Anamnéza je podstatná součást při nastavení následného léčebného postupu. V této části je nutné věnovat pozornost tomu, zda se vyskytuje obezita v rodině, stoupání hmotnosti

v průběhu života, výkyvům ve váze, také těžkým životním situacím, které by mohly vést ke změně váhy jedince. Důležité jsou také stravovací návyky, jaký vztah mají jedinci ke sportovním aktivitám a jaké vykonávají zaměstnání. Zaměříme se též na nezdravé návyky, jako je kouření, konzumace alkoholu. V neposlední řadě zjišťujeme, zda jedinec užívá nějaké léky (Hainer, Kunešová, 2011a).

Po odebrání anamnézy můžeme přikročit k základnímu vyšetření. Za základní vyšetření považujeme odběr krve. Nejvíce nás zajímají jaterní enzymy, lipidový profil, glykémie a také hormony štítné žlázy. Pokud je jedinec diabetik je nutné znát glykovaný hemoglobin (Češka, 2013).

Po odebrání anamnézy a vyšetření krve přistupujeme k laboratorním a přístrojovým vyšetřením. Mezi základní vyšetřovací metody ke zjištění hmotnosti ve vztahu ke zdravotním rizikům patří Queteletův index tělesné hmotnosti (Body Mass Index – BMI). BMI umožňuje posoudit přítomnost nadváhy či obezity. Bohužel tato metoda může vést ke špatné diagnóze u pacientů, kteří disponují vyvinutou svalovou hmotou. BMI se vypočítá dle jednoduchého vzorce: $\text{hmotnost (kg)}/\text{výška (m}^2\text{)}$ (Hainer, Kunešová, 2011). Dalším základním vyšetřením je měření tělesných obvodů, konkrétně obvodu břicha a boků (Svačina, Haluzík, 2010).

Diagnostiku můžeme provádět také metodou, při které měříme tloušťku podkožní tukové tkáně kaliperem. Měření zahrnuje 4 nebo 10 kožních řas. K výsledku je zapotřebí pomocné tabulky, která je měřena k odhadu celkového obsahu tuku v těle jedince. U pacientů s morbidní obezitou nemusí být měření dostatečně přesné (Svačina, Haluzík, 2010).

Součástí diagnostiky jsou metody, které nám odhalí složení těla a rozložení tukové tkáně. K upřesnění obsahu tukové tkáně v těle je podstatné využít složitějších technik. Nejvíce používanou metodou je bioelektrická impedance. Vyšetření spočívá ve stanovení obsahu tuku v těle za pomoci odporu těla. Odpor těla závisí na obsahu tuku i vody. Nutné je do přístroje zadat váhu, výšku a pohlaví jedince. Nejčastěji se měření provádí přes elektrody, kdy jsou dvě elektrody umístěné v oblasti zápěstí a zbylé dvě na dolních končetinách nad hlezenním kloubem. Přístroje dokáží zmapovat extracelulární tekutinu, celkovou tělesnou vodu a intracelulární tekutinu. Z tohoto hlediska je měření vhodné i ke sledování

hydratace a nutričního stavu klienta. Nejjednodušším typem měření pro personál je umístění elektrod ve formě nášlapných plošek váhy anebo na dvou madlech. Nevýhodami při tomto měření mohou být otoky u lidí či retence tekutin u žen během menstruačního cyklu (Kunešová, 2009)

Ke stanovení diagnózy nadváhy či obezity můžeme využít i další vyšetření. Velice oblíbené jsou zobrazovací metody. Nejčastěji se jedná o počítačovou tomografii a také o magnetickou rezonanci. Během vyšetření zjišťujeme obsah tuku v organismu. Bohužel tyto zobrazovací metody jsou pro jedince značně zatěžující z důvodu ionizujícího záření. Další nevýhodou je malá dostupnost obou zařízení (Svačina, Haluzík, 2010).

1.2.4 Léčba nadváhy a obezity

V následující podkapitole popíšeme možnosti léčby u nadváhy a obezity. Obecně se léčba týká nefarmakologických postupů (např. dietních omezení, vhodných sportovních aktivit...) a farmakologických postupů, chirurgické léčby a také psychoterapie.

1.2.4.1 Nefarmakologická léčba

Pohybová aktivita patří mezi nefarmakologické léčebné metody, které nejen pozitivně ovlivňují prognózu nadváhy či obezity, ale také má pozitivní vliv na fungování celého organismu (Matoulek, Koubková, Fried, 2018). Fyzický aktivní životní styl má řadu výhod. Fyzická aktivita patří mezi základní kameny při léčbě nadváhy a obezity (Senefeld, Joyner, 2020). Člověk je uzpůsoben pro pohyb a pokud se pohybový aparát nebude používat, dochází ke ztrátě svalové hmoty. Po ztrátě svalové hmoty může docházet ke změně kloubních pohybů a ke snížení celkového výkonu organismu (Adámková, Suchánek, 2009). Pacient s nadváhou a obezitou, před zahájením pohybové aktivity by měl navštívit aktivity fyzioterapeuta, který vytvoří program vhodné pohybové aktivity při zohlednění stavu pohybového aparátu jedince (Hromádková, 2016). Je důležité správně zvolit pohybovou aktivitu. Každý klient by měl mít individuální doporučení, které musí vycházet z dosavadní kondice vyšetřovaného, zdravotního stavu, věku, zkušeností s fyzickou aktivitou, ale také s časem a dostupností vhodných fyzických aktivit (Novák, 2009). Jedinec trpící nadváhou či obezitou by měl začít pomalu a měl by vybírat aktivitu, která je mu přirozená a nepůsobí mu velké potíže (Matoulek, Koubková, Fried, 2018).

Omezená pohybová aktivita představuje u osob, u kterých převažuje sedavý způsob života nejvýznamnější příčinou obezity. Pohybová aktivita, která disponuje vyšší intenzitou může dokonce tlumit chuť k jídlu jedince. Důležitou roli v tomto procesu má zvýšená hladina katecholaminů a vyšší teplota těla (Novák, 2009). Pohybová aktivita u pacientů s nadváhou a obezitou nese značná rizika, která se týkají pohybového aparátu. I přesto patří mezi účinné postupy v léčbě a primární prevenci (Štich, 2016).

Oblíbenou aktivitou je chůze, kterou lze podpořit holemi. Také je doporučena jízda na kole. V tomto případě by měli jedinci preferovat jízdu na rotopedu z důvodu případných zranění. Neměli bychom zapomenout na plavání, což je komplexní sportovní aktivita, která pozitivně ovlivňuje pohybový, kardiovaskulární a respirační systém. Po výběru aktivity je důležité zmínit v jaké frekvenci cvičit. Doporučována frekvence pohybové aktivity je 3-4 krát týdně. Tato frekvence je minimální hodnota, při které můžeme vidět výsledky v oblasti fyzické zdatnosti. Pohybová aktivita musí nějakou dobu trvat, aby byla účinná. Podstatný je také stav jedincova pohybového aparátu. Každý jedinec je individuální a s tím souvisí též výdrž organismu. Tím myslíme, že každý si může nastavit interval cvičení podle sebe. Obvykle je, ale doporučeno 40-50 minut při aktivitě 3-4 krát týdně. Druhou možností, kterou lze zvolit je provozovat vybranou pohybovou aktivitu každý den po dobu 30 minut (Matoulek, Koubková, Fried, 2018).

Dietoterapie patří mezi stěžejní léčebné metody při léčbě nadváhy a obezity. Obecně se jedná o léčebný režim, který vede k váhové redukci. Primární cíl dietoterapie je omezení energetického příjmu tak, aby se energetický výdej dostal nad příjmem (Müllerová, 2009b). Doporučení pro dnešní dobu je neustále zdůrazňovat význam zdravých stravovacích návyků (Smethers, Rolls, 2018). Úspěšnost léčby můžeme vidět po dodržení základních pravidel, která jsou: doporučená dieta musí být vytvořena na základě zvyklostí pacienta a musí být doplněna o fyzickou aktivitu (Češka, 2013).

V léčbě obezity je důležité, aby pacient změnu v jídelníčku přijal pozitivně a nevedly jedince k návratu ke špatnému stravování. Diety musí být sestaveny nejen nutričně vyváženě, ale také chuťově přijatelně. V praxi je tento režim snadno dosažitelný a proveditelný (Müllerová, 2009b).

Samotné stravování je založené na pravidelnosti. Vytvořený jídelníček musí být dělen do tří až šesti jídel během dne. Jedinci by se tudíž měli stravovat po 3-4 hodinách, aby přestávky nebyly dlouhé. V případě, pokud pacient není léčen inzulinem může vynechat malá jídla během dne a stravovat se 3krát denně hlavními chody. Pravidelnost ve stravování je doporučení, ale není povinností. Klient by se neměl do jídla nutit. Léčba nadváhy a obezity je individuální proces, kdy je nutná častá konzultace spojena s edukací (Svačina, 2010a).

Klient musí být upozorněn, že je podstatné během redukční diety omezit energetický příjem z tuků (Müllerová, 2009b). Důležitá je edukace jedinců s nadváhou a obezitou a neustále jim připomínat, aby ze stravy vyřadili potraviny s vysokým množstvím mastných kyselin (Lecube, López- Cano, 2019). Vysoký příjem nasycených mastných kyselin zvyšuje riziko vzniku nadváhy, obezity, zánětů a nemocí související s rakovinou. (Bailén et al., 2020). V praktickém životě to znamená, že by měly osoby s nadváhou a obezitou vynechat potraviny, které mají skryté tuky. Jedná se primárně o sekundárně zpracovávaná masa, což jsou uzeniny, dále tučná masa, prorostlá a mletá. Do mléčných výrobků řadíme smetanové výrobky, tučné sýry, neodtučněné mléko a některé jogurty. Samozřejmě dalšími problémovými potravinami jsou smažené pokrmy, hranolky, majonézy apod. Co se týče masa, je dobré zařadit spíše drůbež nebo ryby (Müllerová, 2009b).

Klient by dále měl vědět, že je důležité zařadit do jídelníčku více zeleniny, ovoce, celozrnných obilovin, luštěnin, ořechů a semen. Jedná se o potraviny, které mají vysoký podíl rostlinného původu. Obsahují fytoprotektivní látky, které vykazují protinádorové a antiaterogenní účinky. Zelenina a ovoce slouží v naší stravě k ředění energetické denzity stravy. Na jednotku objemu a hmotnosti má zelenina a ovoce nízký kalorický obsah, který je daný vysokým obsahem vody, vlákniny přispívající k pocitu sytosti. Jsou velice přínosné při léčbě obezity, navíc mají vysoký obsah vitamínů C, A a minerálních látek. I když obsahují určitý počet sacharidů, jejich glykemický index malý. Zmiňované ořechy a semena mají vysoký obsah energie ve formě tuků. Jedná se formu tuků, kterou když budeme konzumovat pravidelně a v nižším množství, tak nám neuškodí. Na omezení příjmu jednoduchých sacharidů bychom neměli zapomínat (Müllerová, 2009b).

U jedinců trpící nadváhou a obezitou je podstatné kontrolovat hlavně konzumaci slazených nápojů. Vysoký objem slazených nápojů vede k navyšování celkového energetického příjmu klienta (Müllerová, 2009b). Každopádně pitný režim je nedílnou součástí denního režimu. Klient by měl být poučen o vhodných a nevhodných nápojích, které může popíjet během dne. Obecně by se pitný režim měl rozložit do jednotlivých dávek během dne (Adámková et al., 2009). Dostatek tekutin při redukci hmotnosti je velmi důležitý. Standardem je vypít 2-3 litry tekutin denně. Výjimky jsou, pokud jedinci tráví většinu času v horku, těžce fyzicky pracují a nebo sportují. Při takových aktivitách musíme doplnit tekutin více. Záleží též na složení stravy, pokud máme v jídelníčku velké zastoupení zeleniny a ovoce, může být příjem tekutin ve formě nápojů o něco nižší. Klient by měl být poučen, že nedostatek tekutin je nebezpečný. Dehydratace organismu postihuje nejdříve mozkové buňky, a proto dochází k bolestem hlavy. Nedostatek tekutin se projeví žízní, ztráty vody vedou k poklesu psychické a fyzické výkonnosti, pocitu slabosti, nevolnostem až křečím, což by omezovalo jedince při redukci hmotnosti (Kunová, 2009).

Největším zastoupením v pitném režimu by měla být voda. Mezi balené vody řadíme pramenité vody. Jedná se o přírodní vody, které jsou brány z podzemních zdrojů. Obsahují málo minerálních látek, tak je možné je zařazovat v každodenním pitném režimu. Minerální vody jsou dalšími zástupci balených vod. Obsahují více minerálních látek a je zde důležité číst jejich složení. Limonády zařazené v pitném režimu nejsou vhodnou volbou. Hlavním složením je voda a cukr (Kunová, 2009). Příjemnou volbou pro zpestření je čaj. Některé druhy čajů mají příznivý účinek na energetický výdej, ale abychom zaznamenali musíme vypít velké množství (Kunešová, 2016). Čaje jsou přírodní produkty, které by neměly obsahovat žádná barviva, konzervační látky a nemají žádnou energetickou hodnotu. Řada bylinných čajů má výhodu v podpoře zdravotního stavu jedince. Mohou zlepšit imunitu, žaludeční a vylučovací funkce atd. Velmi běžným nápojem je káva, která obsahuje většinou kofein, který stimuluje organismus, zlepšuje soustředění a paměť. Druhá stránka kávy je lehký diuretický účinek, který odvodňuje organismus. Při pití kávy je důležité doplnit sklenici vody. Alkoholické nápoje při redukci hmotnosti nejsou vhodnou volbou. Nejenže jsou to prázdné kalorie, ale nic potřebného pro organismus nepřinášejí (Kunová, 2009).

Během redukce hmotnosti je doporučeno snížit příjem soli. Množství ve stravě pro dospělého člověka by nemělo překročit 5g. Vysoké množství soli ve stravě ovlivňuje vznik kardiovaskulárních onemocnění (Müllerová, 2009b).

V další části budou probrány jednotlivé typy diet, které klienti zařazují při redukcii hmotnosti. První dieta je nízkenergetická, která je založená na snížení množství tuků ve stravě do 30 %. Tato dieta je zahájena, pokud pacient trpí nadváhou a lehčí obezitou či k udržení hmotnosti u klientů, kteří mají vyšší stupeň obezity. Dieta spočívá ve výměně tučných potravin např. mléko, některé druhy masa, uzeniny za nízkotučné varianty. Tyto potraviny jsou doplněny o určité množství zeleniny a ovoce. Nízkenergetická dieta se snížením energetického příjmu o 2 000 KJ je další možností mezi dietami. Jedná se o redukční dietu, která není vůbec náročná. Dodržování této diety vede k zastavení přibývání hmotnosti a k pomalému snížení hmotnosti. Dieta musí být nastavena tak aby byla akceptovatelná jako trvalý a celoživotní program jedince. Další dietou je nízkenergetická dieta s energetickým příjmem o 5 000 KJ až 6 000 KJ. Tento typ diety je indikován klientům, kteří trpí těžším stupněm obezity nebo u pacientů se statickou fází obezity, u kterých snížený energetický příjem nijak výrazně nemění hmotností. Při této dietě je omezen přísun nízkotučných potravin, je nutné dodat dostatečné množství zeleniny a ovoce, tmavého a celozrnného pečiva. Stravu je důležité rozdělit do 5 porcí během dne. Dále můžeme do kategorie zařadit dietu, která je přísná a velmi nízkenergetická. Je vhodná u pacientů, u kterých potřebujeme rychlý pokles hmotnosti. Hlavní zásadou při nastavení této diety je dostatečný příjem bílkovin. Dieta by měla být pod kontrolou lékařského personálu (Novotný, 2011).

Nejméně doporučenou dietou jsou hladovky. Spočívají v konzumaci vody, minerálek a vitamínů. Možnost, kterou lze akceptovat je intermitentní ordinace, což je hladovka maximálně jednou týdně. Obecně hladovky jsou nevýhodné a mohou mít nebezpečné nežádoucí účinky. Postupně dochází k posturální hypotenzi, ke kolapsovým stavům, snížení glomerulární filtrace, klesá hormonální sekrece s následnou poruchou funkce pohlavních žláz, projevující se snížením libida a amenorou. Při poklesu draslíku a hořčíku hrozí poruchy srdeční funkce. Dochází ke snížení a poklesu energetického výdeje jak při fyzické aktivitě, tak v klidu (Novotný, 2011).

1.2.4.2 Chirurgická léčba

Mezi nefarmakologickou léčbu dále řadíme chirurgickou léčbu. Pacient, který přichází k takovému zákroku je ve většině případů doporučen praktickým lékařem, diabetologem či jiným specialistou. Pacienti trpí buď rozvinutým metabolickým syndromem nebo jde o jedince, kteří jsou polymorbidní (Svačina, 2010b). Pacienti po bariatrické operaci zaznamenávají úbytek hmotnosti a zlepšení mnoha komplikací, které souvisejí s obezitou (Derderian et al., 2020). Pro takové pacienty je bariatrická operace život zachraňující výkon. Tento výkon je pro jedince značně náročný a je důležitá příprava před samotnou operací. Příprava spočívá v edukaci a také po stránce interní přípravy. Interní příprava spočívá v odběru anamnézy, v odběru krve, konkrétně biochemie, hematologie a krevní skupina, zkontrolování činnosti srdce za pomoci EKG, rentgenové vyšetření hrudníku a další přídatná vyšetření dle daného výkonu. Výkon je prováděn v celkové anestezii. V současné době se chirurgické výkony v léčbě obezity dělí na restriktivní (bandáž žaludku), zkratové (střevní bypassy) a kombinované (gastrický bypass) (Svačina, 2010b).

V České republice se nejčastěji provádí zákroky restriktivní. Bandáž žaludku spočívá v tom, že dochází k podvázání cévní protézou či speciální svorkou. Žaludek získá tvar přesýpacích hodin (Svačina, 2010b). Při bandáži žaludku je důležité dodržovat podporující dietu. Dietu dělíme na dvě období: období bezprostředně následující po výkonu a období zhruba jeden měsíc po výkonu. Úsek bezprostředně po výkonu spočívá v pozvolném zatěžování trávicího traktu. V podstatě se jedná o pomalou konzumaci jídla po malých lžičkách, jedinec musí pečlivě stravu rozžvýkat a nepít současně s jídlem. V druhém úseku dochází k usazování bandáže a klient přechází na normální stravu, která je omezena svým objemem a tím i energetickým obsahem. Při takové konzumaci je pravděpodobné, že dojde k váhové redukci. Klient, ale musí stále dodržovat určitá pravidla: jíst pomalu, řádně stravu rozžvýkat, nepít během jídla ani bezprostředně po něm. Vyhýbat se košťálové a listové zelenině, fazolím, peckovitému ovoci, ořechům a tuhému masu. Pacienti musí docházet na pravidelné nutriční kontroly, při kterých je nutné monitorovat váhové změny, přítomnost a popřípadě frekvenci zvracení. Zjišťovat, které potraviny klientovi nesedí a způsobují mu zažívací potíže. Nutriční terapeut vyhodnocuje nutriční obsah jídelníčku, který musí obsahovat dostatečné množství bílkovin a mikronutrientů (Fried, 2009). Pacient po výkonu by měl dávat pozor i na léky, které bude polykat. Tablety větší velikosti je doporučeno před polknutím půlit či čtvrtit. Samotný

výkon nezůstává bez komplikací. Nejčastějšími problémy, které mohou nastat jsou infekce v místě uložení komůrky, zánět sliznice jícnu nad bandáží, dilatace části žaludku nad bandáží, a nebo podklouznutí přední stěny pod bandáž. Mezi nejzávažnější komplikace řadíme prořezání bandáže přes stěnu žaludku (Kasalický, 2011). V dnešní době se přistupuje k modernější metodě, a to k rukávové gastroplastice. Rukávová gastroplastika mění žaludek na úzkou trubku a nedojde k roztažení a ztrátě efektu (Svačina, 2010b).

1.2.4.3 Farmakologická léčba

Současná farmakoterapie má za cíl korigovat metabolické a regulační poruchy ovlivňující rozvoj nadváhy a obezity. V první řadě při léčbě nadváhy a obezity se přistupuje ke změně životního stylu. S tím souvisí dietní, pohybová a behaviorální terapie, pokud jsou tyto složky neúčinné přistupuje se k aplikaci farmak. Další indikací jsou pacienti, kteří mají hodnotu indexu tělesné hmotnosti 30 a více, selhala u nich komplexní nefarmakologická léčba. Pacienti, kteří s hodnotou BMI 27-30 kg/m² s přítomností kardiovaskulárních a metabolických rizik, která souvisí s obezitou (Hainer, 2011b).

Léčivé přípravky navozující snížení chuti k jídlu. Do této skupiny řadíme přípravek Fentermin. Fentermin je anorektikum, je považován za nepřímé sympatomimetikum v centrální nervové soustavě. Látka snižuje chuť k jídlu a zvyšuje lipolýzu. Bohužel i tento lék má řadu kontraindikací např. glaukom, plicní hypertenze, deprese aj. (Sucharda, 2018).

Léčivé přípravky, které ovlivňují redukci hmotnosti. Za velmi pozitivní léky můžeme považovat podání gliflozinů. Glifloziny jsou brány jako komplexní lék při metabolickém syndromu, dokáží snížit glykemii, krevní tlak, hmotnost a příznivě ovlivňují krevní lipidy (Sucharda, 2018).

Důležitou kvalitní léčbu přinesla antiobezitika. Antiobezitika lze konzumovat neomezeně dlouho. Základním zástupcem je Sibutramin. Jedná se o lék, který vede ke zlepšení všech složek metabolického syndromu a krevního tlaku. Orlistat je dalším užitečným lékem v léčbě obezity. Orlistat působí na střevní lipázu, kdy dochází ke sníženému vstřebávání

tuků. Léčbu je důležité podporovat dietou, která má snížený obsah tuků. Orlistat má pozitivní vliv na snižování hmotnosti, ale i na soubor lipidů (Svačina, 2010b).

1.2.5 Komplikace nadváhy a obezity

Úbytek hmotnosti by měl být doporučen všem klientům, u kterých se objevují jakékoliv komplikace na podkladě nadváhy a obezity (Gadde et al., 2018). Hmotnost sama osobě zapříčiňuje komplikace mechanické, tím rozumíme nemoci, které jsou spojené s přetížením kloubů a páteře. Nadváha a obezita vede ke zhoršení nejen mobility, ale také se mohou objevit u jedinců deprese, úzkosti a celkově špatná kvalita života (Borda et al., 2021). Netrpí tím tedy pouze kosterní systém, ale také orgány. Poté mluvíme o komplikacích metabolických. Pokud se objeví některé tyto komplikace výrazně zkracují život u jedince s obezitou (Češka, 2013).

Metabolický syndrom je souhrn rizikových faktorů. Jedná se soubor několika onemocnění, kde první zastoupení má obezita a další jsou dyslipidémie, zvýšený krevní tlak a porucha glukózové tolerance. Metabolický syndrom zhoršuje život jedinců a zvyšuje vznik kardiovaskulárních onemocnění (Češka, 2013).

S obezitou a nadváhou často spojujeme onemocnění jako je hypertenze a diabetes mellitus 2. typu. Na tato onemocnění působí jako rizikový faktor (Zelenyté et al., 2021a). Během měření krevního tlaku u jedinců s nadváhou a obezitou je nutné brát v úvahu obvod paže. Pacient, u kterého naměříme opakovaně krevní tlak vyšší jak 180/110 mm Hg je léčba zahájena ihned. Při nižších hodnotách není zapotřebí léčbu zahájit okamžitě, ale krevní tlak pravidelně sledujeme a s léčbou můžeme počkat (Svačina, 2009). První postup léčby je snížení hmotnosti, které jednoznačně vede ke zlepšení systolického i diastolického fungování obou komor (Adámková, 2018). Pokud snížení hmotnosti nepomůže přistupuje se k léčbě obézních pacientů léky, které jsou doplněny o ACE-inhibitory a AT1- blokátory (Svačina, 2009).

Známým onemocněním, které provází nadváhu a obezitu je diabetes mellitus 2. typu. Jedná se o nejzávažnější složku metabolického syndromu. Nepostihuje všechny jedince s metabolickým syndromem. Vznik diabetu mellitu 2. typu je s nadváhou a obezitou spojen s nadměrným množstvím tukové tkáně a změnou metabolismu a endokrinních

funkcí (Haluzík, 2016). Rozvoj diabetu 2. typu zapříčiňuje porucha sekrece inzulínu beta-buňkou. Zvýšení hmotnosti konkrétně ve středním věku je prediktorem vzniku diabetu mellitu 2. typu. U diabetu je důležitá prevence, která samotná provází léčbu nadváhy či obezity. Podstatné je dodržovat určitá opatření např. zařadit do běžného života vyšší fyzickou aktivitu, redukce hmotnosti, upravení jídelníčku konkrétně omezit živočišné tuky, omezení druhotně zpracovaného masa, a naopak zařadit ryby, ořechy nebo potraviny s rostlinnými tuky (Svačina, 2009).

Nadváha a obezita může některým jedincům způsobovat poruchy spánku. Jedna z nejpodstatnějších poruch je obstrukční spánková apnoe. Jedná se o onemocnění, kdy se opakují epizody, které se projevují zvýšeným odporem nebo kompletním uzávěrem horních dýchacích cest během spánku. Při nadváze a obezitě dochází ke zmenšení hltanu v oblasti posterolaterálního parafaryngeálního. Dalším známým syndromem je Pickwickův. Často se objevuje u žen při obezitě. Objevuje se často denní spavost, cyanóza, pravostranná srdeční nedostatečnost a pletorický vzhled (Šonka, 2016).

V důsledku nadváhy a obezity může dojít ke vzniku některých nádorů. Dříve se tumory u obézních pacientů vyskytovaly zřídka, v současné době je naopak značný přírůstek. Výskyt se obecně objevuje u jedinců, kteří mají nadváhu či obezitu a současně se u nich projevil diabetes a hypertenze. Nedostatek tělesné aktivity též hraje svou roli. Nejčastějšími nádory u mužů jsou nádory trávicího traktu, ledvin a prostaty. U žen se nejčastěji objevují gynekologické nádory a též nádory trávicího traktu, ledvin (Svačina, 2009).

1.2.6 Edukace a prevence jedinců s nadváhou a obezitou v kontextu modelu dle Betty Neuman

Edukace u pacientů, kteří mají nadváhou a obezitou, je náročným úkolem. Nejstěžejnější je uvést pacienta do reality současné doby. Edukace spočívá v upřesnění pravdivosti diet, které jsou propagovány a většinou nefungují. Součástí edukace je zdůraznění změny životního stylu. Samotná změna životního stylu vede jak k úbytku hmotnosti, tak zvýšení kvality života. Na místě je i dostatečná motivace, která musí podpořit jedince v průběhu snižování hmotnosti a jeho udržení (Málková, 2016).

Prevenčí rozumíme intervenci, která se chová jako záměrný zásah. Tento zásah pomáhá jedinci při dosahování a udržování systémové stability (Pavlíková, 2006). Prevenci obecně dělíme na tři zásadní jednotky a to primární, sekundární a terciální. Primární prevence se objevuje u osob, které žádným onemocněním netrpí. Jedná se o neustálou kontrolu vnějších faktorů, které mohou navodit nestabilitu organismu a jeho homeostázu (Müllerová, Aujezdská, 2014). Primární prevence modelu dle Betty Neuman se aplikuje tehdy, pokud je jedinec ohrožen aktuálními či potencionálními stresory. Reakce na určité stresory se ještě nevyskytuje. I bez výskytu stresorů je stupeň rizika známý (Pavlíková, 2006). Nejdůležitějším cílem primární prevence je zastavit průnik těchto stresorů normální linií obrany (Archalousová, 2003). Nutné je také posílit flexibilní linii obrany. Pokud dojde k účinné primární prevenci, sníží se riziko střetu se stresory a zabrání se vzniku maladaptace (Pavlíková, 2006).

Sekundární prevence obecně zastává funkci, která včas odhaluje onemocnění a zabraňuje jejímu dalšímu rozvoji. Jedinec je ve fázi onemocnění, kdy jsou fyziologické funkce porušené a onemocnění se rozvíjí. Navenek nemoc není zřejmá. Hlavním cílem u sekundární prevence je obrát k fyziologickému stavu a zastavení progresu příslušného onemocnění (Müllerová, Aujezdská, 2014). Sekundární prevence dle Betty Neuman nastupuje, když jsou zjevné příznaky, které jsou zapříčiněny stresory a stresovými reakcemi. Hlavním cílem sekundární prevence je posílit linii rezistence pohybem vnitřních a vnějších zdrojů. U jedince se zaměřujeme na reakce, které jsou způsobené stresem. Důležitá je podpora adaptace jak na linii rezistence, tak na zbylých liniích obrany (Pavlíková, 2006).

Posledním typem prevence je terciální. Terciální prevenci zapojujeme při existenci onemocnění. Během terciální prevence předcházíme následkům u onemocnění, které se se u jedince projevují vhodnou léčbou. V této části je podstatné jedince opětovně edukovat a adaptovat. Pokud terciální prevence proběhne správně, dovede jedince k primární úrovni stabilizace systému, zabrání k útlumu a vzniku závažných komplikací (Pavlíková, 2006).

2. Cíle práce a výzkumné otázky

V následující kapitole se budeme věnovat stanoveným cílům a výzkumným otázkám, které byly stanoveny na počátku naší diplomové práce. Pro diplomovou práci byl stanoven jeden hlavní cíl. Na základě tohoto cíle byly určeny dvě výzkumné otázky a tři hypotézy.

Výzkumný cíl:

1. Popsat možnosti využití koncepčního modelu Betty Neuman v prevenci nadváhy a obezity.

Stanovené hypotézy:

1. U jedinců s nadváhou a obezitou existují rozdíly v interpersonálních stresorech.
2. U jedinců s nadváhou a obezitou existují rozdíly v intrapersonálních stresorech.
3. U jedinců s nadváhou a obezitou existují rozdíly extrapersonálních stresorech.

Výzkumné otázky:

1. Jakým způsobem ovlivňuje nadváha a obezita dospělé jedince?
2. Rozumí dospělí jedinci rizikům spojené s nadváhou a obezitou?

3. Operacionalizace pojmů

Všeobecná sestra neboli zdravotní pracovníce, která musí vystudovat nejméně tříletý studijní program v oboru všeobecná sestra nebo tříleté studium všeobecné sestry na vyšší zdravotnické škole (Zákon č. 201/2017 Sb.). Splněné studium splňuje podmínky pro výkon povolání sestry ve zdravotnickém zařízení. Pod pojmem výkon řadíme poskytování komplexní ošetrovatelské péče (Kolektiv autorů, 2007).

Nadváha a obezita jsou onemocnění spojené se zvýšenou hmotností. K určení nadváhy a obezity se využívá měřítko Body mass index (BMI). Jedná se o celosvětově uznávané měřítko. Nadváha dle tohoto měřítka má hodnoty vyšší nebo rovné 25 kg/m^2 . Obezita je dána dle BMI vyšším nebo rovným 30 kg/m^2 . Obezita se dále dělí na obezitu I. stupně ($30\text{-}35 \text{ kg/m}^2$), II. stupně ($35\text{-}40 \text{ kg/m}^2$) a III. stupně (nad 40 kg/m^2) (Kastnerová, 2016).

Koncepční model je charakterizován jako soubor abstraktních a všeobecných představ. Modely jsou v ošetrovatelství aplikovány za pomoci ošetrovatelského procesu. Zahrnují v sobě systematickou strukturu a logické zdůvodnění činnosti, určují směr hledání a umožňují řešení praktických problémů (Vrublová, 2006).

Betty Neuman svůj koncepční model pojala holistickým pohledem na systém jednotlivce, skupiny, komunity a společnost. Jedná se o systémový model, ve kterém je důležitá interakce s prostředím. Cílem modelu je dosáhnout klientovy stability. Stabilitu mohou narušit síly, které jsou ovlivňovány intrapersonálními, interpersonálními a extrapersonálními stresory (Archalousová, 2003).

4. Metodika

4.1 Použité metody

Pro naplnění stanoveného cíle byla zvolena smíšená strategie výzkumu. V rámci kvantitativního šetření byl využit nestandardizovaný dotazník, který byl zaměřen na respondenty 18+ s nadváhou a obezitou. Dotazník byl vytvořen na základě zkušeností a odborné literatury. Dotazník byl formulován anonymně. Jak uvádí Bartlová et al. (2009a) anonymitou rozumíme respektování důvěrného charakteru individuálních informací, záruku využití jen pro hromadné zpracování, nebo přímo jako záruku neidentifikovatelnosti konkrétních osob, které jsou zdrojem informací. V práci byl použit nestandardizovaný dotazník převážně s uzavřenými otázkami v kombinaci s polouzavřenými otázkami, ve kterých mohli respondenti napsat svou vlastní odpověď. Dalším typem odpovědí byly škály spokojenosti. Počet otázek v prvotní fázi dotazníku činil 48, na základně pilotní studie byl dotazník upraven na 46 otázek (viz Příloha 1). Nestandardizovaný dotazník byl distribuovaný elektronickou cestou. Součástí dotazníku byl informovaný souhlas. Respondenti vyplněním souhlasili s účastí na výzkumném šetření. Kvantitativní výzkumné šetření probíhalo od konce března 2021 do dubna 2021. Statistická data, která jsme získali od respondentů jsme rozdělili do dvou důležitých skupin dle BMI, a to nadváha a obezita. Následně jsme vytvořili kontingenční tabulky a využili jsme chí-kvadrát test. Hladinu významnosti pro chí-kvadrát test jsme zvolili $\alpha = 0,05$.

Dále byl využit kvalitativní výzkum, který jsme realizovali za pomoci polostrukturovaného rozhovoru. Pro polostrukturovaný rozhovor byly vytvořeny dvě osnovy otázek (viz Příloha 2) a (viz Příloha 3). První osnova sloužila pro jedince, kteří trpí nadváhou a obezitou. Druhá osnova byla určena pro sestry pracující ve zdravotnickém zařízení. Osnova určená sestřám byla tvořena deseti otevřenými otázkami. Po pilotní kontrole došlo k upravení na devět otázek. Osnova určená jedincům s nadváhou a obezitou byla tvořena taktéž deseti otázkami. V tomto případě však počet otázek zůstal nezměněn i po pilotní kontrole. Před zahájením rozhovoru s klientem došlo k seznámení a podepsání informovaného souhlasu (viz Příloha 3). Sběr dat byl realizovaný během dubna 2021. Průměrná délka rozhovoru s jedincem byla 20 minut. Informanti nesouhlasili s nahráváním záznamu rozhovoru. Odpovědi jsme proto během rozhovoru vypisovali do záznamového archu. Nejdřív jsme provedli otevřené kódování,

kde jsme stanovili kategorie. Jak uvádí Bartlová et al (2009b) jde o hledání významů a jejich pojmenování (pojmy) a následnou kategorizaci. Pro informanty s nadvahou a obezitou vznikly 4 kategorie, pro všeobecné sestry 5 kategorií. Následné vyhodnocení probíhalo metodou tužka papír.

4.2 Charakteristika výzkumného souboru

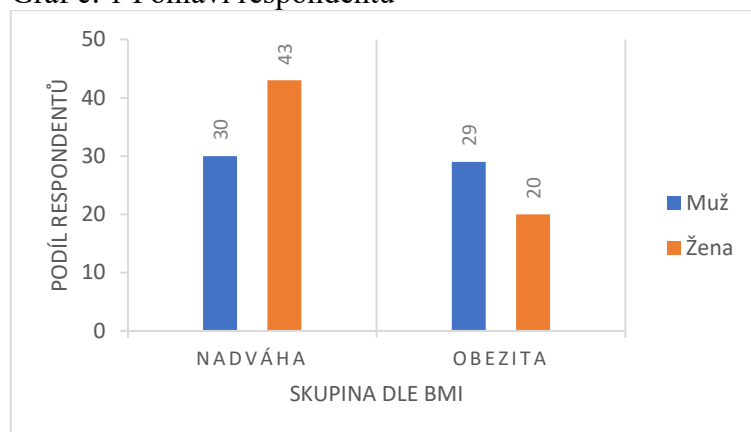
Realizace výzkumného šetření byla zaměřena na dospělé osoby 18 let a více s nadvahou (tj. BMI 25-29,9 kg/m²) a obezitou (tj. BMI 30-34,9 kg/m²) a také na sestry, které se zúčastnily kvalitativního výzkumu konkrétně polostrukturovaného rozhovoru. Dotazníky byly rozesílány v elektronické podobě. Stanovená kritéria pro výběr respondentů pro kvantitativní šetření byla dána věkem, a to 18 let a více a krajovou příslušností. Výběr respondentů byl záměrný, kdy jsme vybírali jedince s nadvahou a obezitou. Výzkumné šetření bylo realizováno v kraji Vysočina a v Jihočeském kraji. Celkový počet respondentů, kteří se zapojili do kvantitativního výzkumu bylo 135, použitelných dotazníků k výzkumu bylo 122. Dotazníky, které byly vyřazeny nesplňovaly požadavky hodnot nadváhy (tj. BMI 25-29,9 kg/m²) a obezity (tj. BMI 30-34,9 kg/m²). V dotazníkovém šetření bylo 59 mužů a 63 žen.

Kvalitativního šetření se zúčastnili jedinci s nadvahou a obezitou a také všeobecné sestry pracující ve zdravotnickém zařízení. Všeobecné sestry, které se zúčastnily byly pouze ženy. I zde byl podmínkou pro výběr informantů věk nad 18 let, hodnota BMI pro nadváhu (tj. BMI 25-29,9 kg/m²) a obezitu (tj. BMI 30-34,9 kg/m²) a krajová příslušnost (kraj Vysočina a Jihočeský kraj). Celkový počet jedinců s nadvahou činil 4, jedinců obezitou 4 a všeobecných sester 4.

5 Výsledky výzkumu

5.1 Výsledky kvantitativního výzkumu

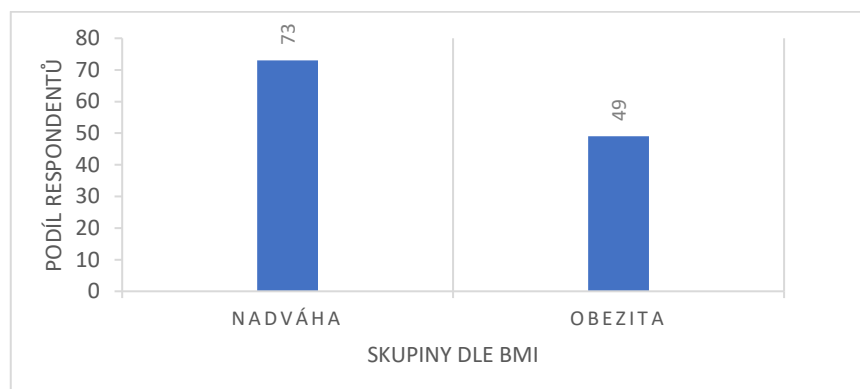
Graf č. 1 Pohlaví respondentů



Zdroj: vlastní

Graf č. 1 znázorňuje zastoupení mužů a žen během výzkumného šetření. Celkový počet respondentů s nadváhou byl 73 a s obezitou 49. Mužští respondenti s nadváhou byli zastoupeni 30 (41 %) muži z celkové počtu a ženských respondentů s nadváhou bylo 43 (59 %). Obézní muži byli zastoupeni v počtu 29 (59 %) a obézní ženy 20 (41 %).

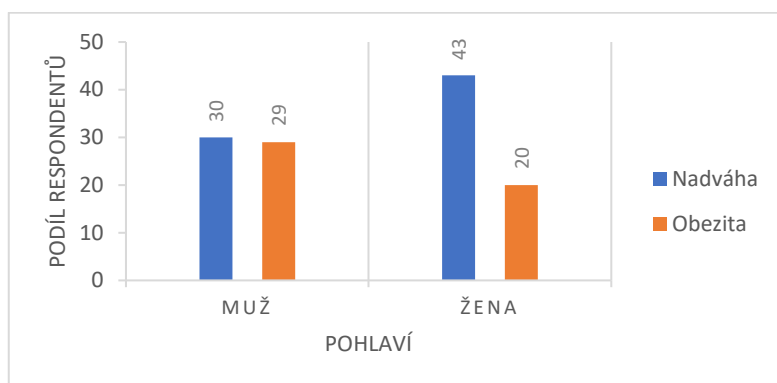
Graf č. 2 Rozdělení respondentů dle BMI na nadváhu a obezitu



Zdroj: vlastní

V grafu č. 2 můžeme vidět rozdělení respondentů do skupiny nadváha 73 (60 %) a obezita 49 (40 %).

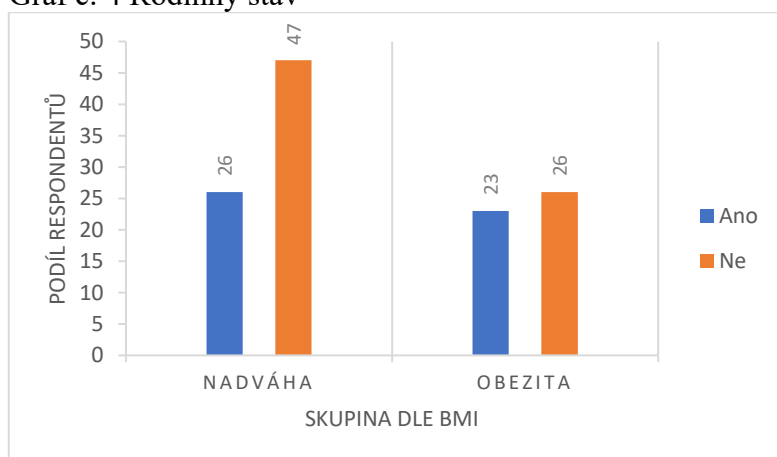
Graf č. 3 Zastoupení mužů a žen ve skupině nadváha a obezita



Zdroj: vlastní

Graf č. 3 zobrazuje rozdělení mužů a žen v jednotlivých skupinách. Ve skupině nadváha jsou muži ze 30 (41 %) a ženy z 43 (59 %). Ve skupině obezita jsou muži z 29 (59 %) a ženy ze 20 (41 %).

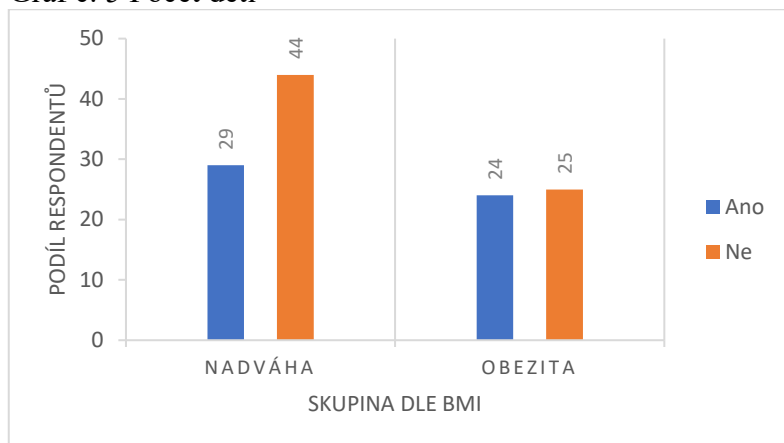
Graf č. 4 Rodinný stav



Zdroj: vlastní

Graf č. 4 se vztahuje k otázce, která mapovala, v jakém jsou respondenti rodinném stavu. Ve skupině nadváha jsou respondenti ve sňatku ze 26 (36 %) (26) a většina respondentů ve sňatku nejsou, a to 47 (64 %) z celkové počtu. Obézní respondenti byli ve svým odpovědích značně podobní, a to 23 (47 %) jsou ve sňatku a 26 (53 %) ve sňatku nejsou.

Graf č. 5 Počet dětí



Zdroj: vlastní

Graf č. 5 znázorňuje odpovědi respondentů, směřující k tomu, zda mají děti či ne. Respondenti s nadváhou ze 29 (40 %) mají děti a 44 (60 %) děti nemají. U obézních jedinců opět můžeme vidět podobnost. Obézních respondentů, kteří mají potomky je 24 (49 %) a ti, kteří děti nemají je 25 (51 %).

Tabulka č. 1 Spokojenost se svým psychickým stavem

	Skupina dle BMI		Celkem
	nadváha	obezita	
Zcela nespokojen/á	0	2	2
Spíše nespokojen/á	4	2	6
Ani spokojen/á, ani nespokojen/á	8	1	9
Spíše spokojen/á	44	36	80
Zcela spokojen/á	17	8	25
Celkem	73	49	122

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 1 se vztahuje k otázce č. 6, která směřovala ke zjištění míry spokojenosti se svým psychickým stavem. Pro tuto otázku byla zvolena škála spokojenosti. Ve skupině nadváha můžeme vidět největší zastoupení v odpovědi „spíše spokojen/á“ z 44 (60 %), „zcela spokojen/á“ odpovědělo 17 (23 %), neutrální odpověď „ani spokojen/á, ani nespokojen/á“ zvolilo 8 (11 %), „spíše nespokojen/á“ se cítil 4 (5 %) respondentů a v poslední řadě máme odpověď „zcela nespokojen/á“ neodpověděl žádný z respondentů. Obézní jedinci celkem označili odpověď „spíše spokojen/á“ 36 (73 %), „zcela spokojen/á“ 8 (16 %), „spíše nespokojen/á“ a „zcela nespokojen/á“ zvolilo stejný počet respondentů 2 (4 %) a pouze jeden respondent odpověděl „ani spokojen/á, ani nespokojen/á“ 1 (2 %). Otázka č. 6 je součástí hypotézy: „*U jedinců s nadváhou a*

obezitou existují rozdíly v intrapersonálních stresorů.“ Během statistického vyhodnocení nelze prokázat, že by existoval rozdíl v tomto typu stresoru. Hodnota p je 0,164. Nelze říci, zda jedinci s nadváhou či obezitou prokazují rozdíl v oblasti spokojenosti s psychickým stavem.

Tabulka č. 2 Spokojenost se svým fyzickým stavem

	Skupina dle BMI		Celkem
	nadváha	obezita	
Zcela nespokojen/á	5	3	8
Spíše nespokojen/á	27	22	49
Ani spokojen/á, ani nespokojen/á	12	15	27
Spíše spokojen/á	24	9	33
Zcela spokojen/á	5	0	5
Celkem	73	49	122

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 2 se vztahuje k otázce č. 7, která znázorňuje spokojenost s fyzickým stavem. Pro tuto otázku byla zvolena škála spokojenosti. Respondenti s nadváhou odpověděli „zcela nespokojen/á“ 5 (7 %), v nejvyšším počtu „spíše nespokojen/á“ se cítí 27 (37 %), „ani spokojen/á, ani nespokojen/á“ zvolilo 12 (16 %), „spíše spokojen/á“ z 24 (33 %) a „zcela spokojen/á“ bylo 5 (7 %). Obézní klienti se cítí „zcela nespokojen/á“ 3 (6 %), „spíše nespokojen/á“ 22 (45 %), „ani nespokojen/á, ani spokojen/á“ označilo 15 (31 %), „spíše spokojen/á“ vybralo 9 (18 %) a „zcela spokojen/á“ není žádný z respondentů. Otázka č. 7 je součástí hypotézy: **„U jedinců s nadváhou a obezitou existují rozdíly v intrapersonálních stresorů.“ Během statistického vyhodnocení můžeme potvrdit rozdíl. Hodnota p je 0,026. Můžeme říci, že existuje rozdíl u jedinců s nadváhou, kdy jsou spokojenější se svým fyzickým stavem než jedinců s obezitou.**

Tabulka č. 3 Spokojenost se svým vzhledem

	Skupina dle BMI		Celkem
	nadváha	obezita	
Zcela nespokojen/á	8	3	11
Spíše nespokojen/á	23	20	43
Ani spokojen/á, ani nespokojen/á	17	14	31
Spíše spokojen/á	22	12	34
Zcela spokojen/á	3	0	3
Celkem	73	49	122

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 3 se vztahuje k otázce č. 8, která zmapovala spokojenost respondentů se svým vzhled. Pro tuto otázku byla zvolena škála spokojenosti. Ve skupině nadváha můžeme vidět zastoupení v odpovědích „zcela nespokojen/á“ 8 (11 %), „spíše nespokojen/á“ 23 (32 %), „ani spokojen/á, ani nespokojen/á“ 17 (23 %), spíše spokojen/á z 22 (30 %), zcela spokojen/á odpovědělo 3 (4 %). Obézní jedinci označili „zcela nespokojen/á“ 3 (6 %), „spíše nespokojen/á“ 20 (41 %), „ani spokojen/á, ani nespokojen/á“ zvolilo 17 (29 %) „spíše spokojen/á“ 12 (24 %), „zcela spokojen/á“ nezvolil žádný obézní respondent. Otázka č. 8 je součástí hypotézy: „*U jedinců s nadváhou a obezitou existují rozdíly v intrapersonálních stresorů.*“ Během statistického vyhodnocení nemůžeme potvrdit rozdíl mezi těmito stresory. Hodnota p vyšla 0,503. Nelze říci, že by jedna ze skupin byla spokojenější se svým vzhledem.

Tabulka č. 4 Spokojenost s celkovým zdravotním stavem

	Skupina dle BMI		Celkem
	nadváha	obezita	
Zcela nespokojen/á	0	1	1
Spíše nespokojen/á	10	14	24
Ani spokojen/á, ani nespokojen/á	19	15	34
Spíše spokojen/á	34	13	47
Zcela spokojen/á	10	6	16
Celkem	73	49	122

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 4 se vztahuje k otázce č. 9, která zmapovala spokojenost se zdravotním stavem respondentů. Pro tuto otázku byla zvolena škála spokojenosti. Ve skupině nadváha můžeme vidět následující odpovědi respondentů „zcela nespokojen/á“, tuto odpověď nezvolil žádný jedinec s nadváhou, „spíše nespokojen/á“ bylo 10 (14 %), „ani spokojen/á, ani nespokojen/á“ zvolilo 19 (26 %), „spíše spokojen/á“ 34 (47 %), „zcela spokojen/á“ odpovědělo 10 (14 %). Ve skupině obézních jedinců označili spokojenost se svým

zdravotním stavem následovně „zcela nespokojen/á“ odpovědělo 1 (2 %), „spíše nespokojen/á“ 14 (29 %), „ani spokojen/á, ani nespokojen/á“ zvolilo 15 (31 %), „spíše spokojen/á“ 13 (27 %), „zcela spokojen/á“ odpovědělo 6 (12 %). Otázka č. 9 je součástí hypotézy: **„U jedinců s nadváhou a obezitou existují rozdíly v intrapersonálních stresorů.“** Během statistického vyhodnocení nemůžeme potvrdit rozdíl mezi těmito stresory. Hodnota p je 0,088. Nelze říci, že by jedna ze skupin byla spokojenější více s celkový zdravotním stavem.

Tabulka č. 5 Spokojenost rodiny ke své osobě

	Skupina dle BMI		Celkem
	nadváha	obezita	
Zcela nespokojen/á	0	1	1
Spíše nespokojen/á	0	5	5
Ani spokojen/á, ani nespokojen/á	9	7	16
Spíše spokojen/á	29	20	49
Zcela spokojen/á	35	16	51
Celkem	73	49	122

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 5 se vztahuje k otázce č. 10, tato otázka zjišťovala spokojenost respondentů s postojem jejich rodiny k nim. Pro tuto otázku byla zvolena škála spokojenosti. Respondenti s nadváhou zvolili odpovědi „zcela nespokojen/á“ a „spíše nespokojen/á“ neoznačil žádný z respondentů s nadváhou, „ani spokojen/á, ani nespokojen/á“ zvolilo 9 (12 %), „spíše spokojen/á“ 29 (40 %), „zcela spokojen/á“ odpovědělo 35 (48 %). Obézní respondenti na tuto otázku odpovídali „zcela nespokojen/á“ odpovědělo 1 (2 %), „spíše nespokojen/á“ 5 (10 %), „ani spokojen/á, ani nespokojen/á“ zvolilo 7 (14 %), „spíše spokojen/á“ 20 (41 %) a v poslední řadě „zcela spokojen/á“ odpovědělo 16 (33 %). Otázka č. 10 je součástí hypotézy: **„U jedinců s nadváhou a obezitou existují rozdíly v interpersonálních stresorech.“** Během statistického vyhodnocení můžeme potvrdit rozdíl mezi těmito dvěma skupinami. Hodnota p je 0,032. Obézní jedince jsou méně spokojeni s postojem rodiny ke své osobě.

Tabulka č. 6 Spokojenost s postojem (v zaměstnání, mezi přáteli) ke své osobě

	Skupina dle BMI		Celkem
	nadváha	obezita	
Zcela nespokojen/á	0	0	0
Spíše nespokojen/á	0	2	2
Ani spokojen/á, ani nespokojen/á	12	14	26
Spíše spokojen/á	31	14	45
Zcela spokojen/á	30	19	49
Celkem	73	49	122

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 6 se vztahuje k otázce č. 11. Pro tuto otázku byla zvolena škála spokojenosti. Žádný respondent s nadváhou neoznačil odpověď „zcela nespokojen/á“ a „spíše nespokojen/á“, následně vybrali „ani spokojen/á, ani nespokojen/á“ 12 (16 %), „spíše spokojen/á“ 31 (42 %), zcela spokojen/á odpovědělo 30 (41 %). Ve skupině obézních jedinců nezvolili odpověď „zcela nespokojen/á“, „spíše nespokojen/á“ vybralo 2 (4 %), „ani spokojen/á, ani nespokojen/á“ zvolilo 14 (29 %), spíše spokojen/á 14 (29 %), zcela spokojen/á odpovědělo 19 (39 %). Otázka č. 10 je součástí hypotézy: *„U jedinců s nadváhou a obezitou existují rozdíly v interpersonálních stresorech.“* Během statistického vyhodnocení nemůžeme potvrdit rozdíl mezi těmito dvěma skupinami. Hodnota p je 0,087. Jedinci s nadváhou a obezitou nejeví rozdíl s postojem v zaměstnání či mezi přáteli.

Tabulka č. 7 Povolání respondentů

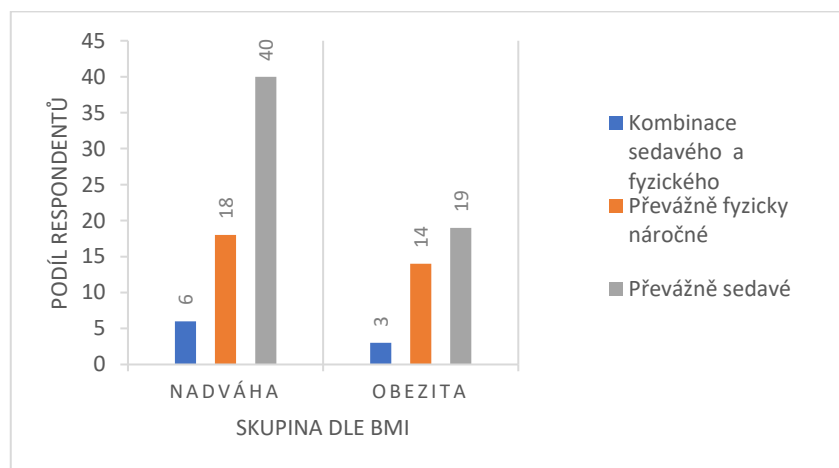
	Skupina dle BMI		Celkem
	nadváha	obezita	
Důchodce invalidní	0	3	3
Důchodce starobní	2	5	7
Mateřská dovolená	0	3	3
Nezaměstnaný	1	0	1
OSVČ	7	9	16
Rodičovská dovolená	1	0	1
V zaměstnání na plný úvazek	42	17	59
V zaměstnání na zkrácený úvazek	5	7	12
Student	15	5	20
Celkem	73	49	122

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 7 se vztahuje k otázce č. 12. Otázka se dotazovala respondentů, jakému povolání se věnují. Ve skupině nadváha neodpověděl žádný respondent odpověď

„invalidní důchodce“ a „mateřská dovolená“, „starobní důchodce“ zvolilo 2 (3 %), nezaměstnaných byl 1 (1 %), OSVČ odpovědělo 7 (10 %), na rodičovské dovolené byl 1 (1 %), v zaměstnání na plný úvazek je většina respondentů ze skupiny nadváha, a to 42 (58 %), v zaměstnání na zkrácený úvazek bylo 5 (7 %). Poslední možností v seznamu odpovědí byla volba „jiné“. V oblasti jiná se objevila vždy odpověď „student“ v počtu 15 (21 %). Obézní respondenti odpověděli „invalidní důchodce“ 3 (6 %), „starobní důchodce“ zvolilo 5 (10 %), na „mateřské dovolené“ bylo 3 (6 %), nezaměstnaný ve skupině obezita nikdo nebyl, „OSVČ“ odpovědělo 9 (18 %), na „rodičovské dovolené“ nikdo z respondentů neodpověděl, v „zaměstnání na plný úvazek“ byla většina respondentů, a to 17 (35 %), v zaměstnání na zkrácený úvazek bylo 7 (14 %). Poslední možností v seznamu odpovědí byla volba „jiné“. V oblasti jiná se objevila vždy odpověď „student“ v počtu 5 (10 %).

Graf č. 6 Charakteristika povolání z pohledu respondentů

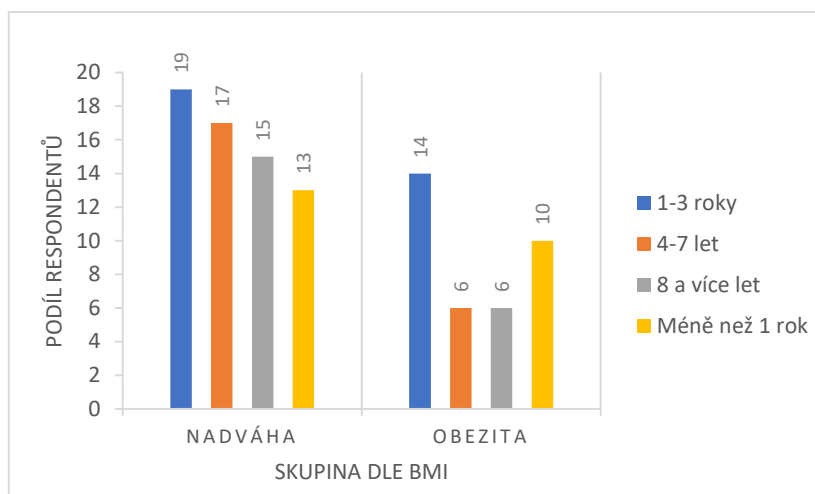


Zdroj: vlastní

Graf č. 6 se vztahuje k otázce č. 13. Otázka č 11. mapovala, jaký typ povolání u respondentů převažuje. Ve skupině nadváha jednoznačně má největší zastoupení odpověď „převážně sedavé“ 40 (63 %), „převážně fyzicky náročné“ odpovědělo 18 (28 %), třetí možnost odpovědi byla volba „jiné“. V oblasti „jiné“ respondenti odpovídali kombinaci „fyzicky náročného a sedavého“, a to 6 (9 %). Ve skupině obezita má největší zastoupení odpověď „převážně sedavé“ 19 (53 %), „převážně fyzicky náročné“ odpovědělo 14 (39 %), třetí možnost odpovědi byla volba „jiné“. V oblasti „jiné“ respondenti odpovídali kombinaci „fyzicky náročného a sedavého“, a to 3 (8 %)

Otázka č. 14: Jak dlouho pracujete ve stávajícím povolání?

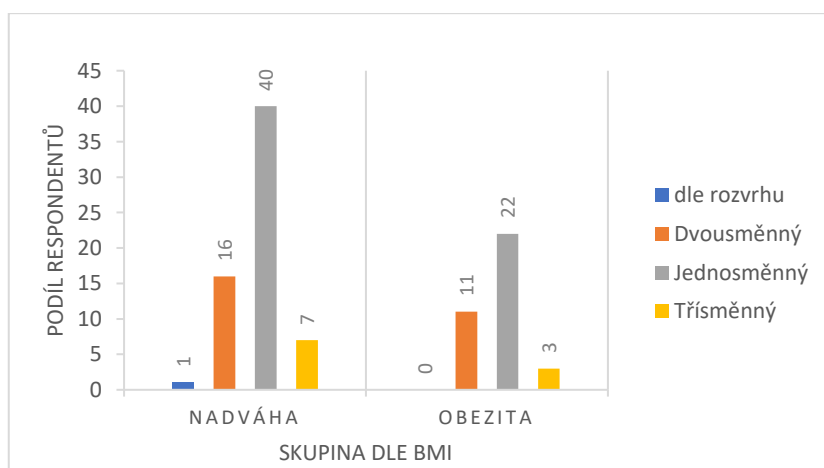
Graf č. 7



Zdroj: vlastní

Graf č. 7 se vztahuje k otázce č. 14. Během dotazníkového šetření jsme se dotazovali respondentů, jak dlouho pracují ve stávajícím zaměstnání. U jedinců s nadváhou nejvíce zvolilo možnost „1-3 roky“ 19 (30 %), „4-7 let“ 17 (27 %), „8 a více let“ odpovědělo 15 (23 %), poslední možnost „méně než 1 rok“ označilo 13 (20 %) respondentů. Ve skupině obezita nejvíce zvolilo respondentů možnost „1-3 roky“ 14 (39 %), „4-7 let“ 6 (17 %), „8 a více let“ odpovědělo stejným počet respondentů jako v předchozí odpovědi, poslední možnost „méně než 1 rok“ označilo 10 (28 %) jedinců.

Graf č. 8 Rozvržení týdenní pracovní doby respondentů

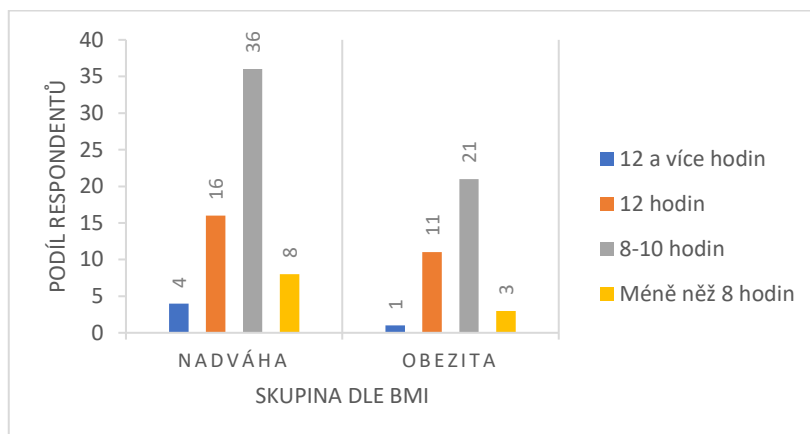


Zdroj: vlastní

Graf č. 8 se vztahuje k otázce č. 15. Respondentů, kteří se věnují nějakému zaměstnání jsme se dotazovali, jaké mají rozvržení týdenní pracovní doby. Ve skupině nadváha zvolilo odpověď „dvousměnný“ 16 (25 %), „jednosměnný“ 40 (63 %), „třisměnný“ 7 (11

%) a poslední možností bylo možné zvolit „jiné“. Odpověď pro „jiné“ bylo „dle rozvrhu“, což odpověděl pouze 1 (2 %) respondent. Obézní respondenti označili odpovědi „dvousměnný“ 11 (31 %), „jednosměnný“ 22 (61 %) a „třisměnný“ 3 (8 %).

Graf č. 9 Počet hodin odpracovaných denně



Zdroj: vlastní

Graf č. 9 se vztahuje k otázce č. 16, otázka zmapovala, kolik hodin tráví obvykle v práci. Respondenti s nadváhou tráví čas v práci „12 a více hodin“ 4 (6 %), „12 hodin“ 16 (25 %), „8-10“ největší zastoupení 36 (56 %) a „méně než 8 hodin“ zvolilo 8 (13 %). Respondenti s obezitou tráví čas v práci „12 a více hodin“ 1 (3 %), „12 hodin“ 11 (31 %), jako u první skupiny nejvíce jsou respondenti v práci „8-10 hodin“ 21 (58 %), „méně než 8 hodin“ zvolilo 3 (8 %).

Tabulka č. 8 Spokojenost se zaměstnáním

	Skupina dle BMI		Celkem
	nadváha	obezita	
Zcela nespokojen/á	0	0	0
Spíše nespokojen/á	0	0	0
Ani spokojen/á, ani nespokojen/á	10	1	11
Spíše spokojen/á	36	24	60
Zcela spokojen/á	18	11	29
Celkem	64	36	100

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 8 se vztahuje k otázce č. 17, otázka zjišťovala, jak jsou respondenti spokojení se svým zaměstnáním. Pro tuto otázku byla zvolena škála spokojenosti. Jedinci s nadváhou neoznčili „zcela nespokojen/á“ a „spíše nespokojen/á“, následně vybíralo „ani spokojen/á, ani nespokojen/á“ 10 (16 %), „spíše spokojen/á“ vybralo 36 (56 %) a „zcela spokojen/á“ označilo 18 (28 %) respondentů. Obézní respondenti jako respondenti

s nadváhou nezvolili odpovědi „zcela nespokojen/á“ a „spíše nespokojen/á“, „ani spokojen/á, ani nespokojen/á“ pak následně označil 1 (3 %) respondent, „spíše spokojen/á“ vybralo 24 (67 %) a „zcela spokojen/á“ označilo 11 (31 %) respondentů. Otázka č. 17 je součástí hypotézy: **„U jedinců s nadváhou a obezitou existují rozdíly v intrapersonálních stresorů.“** *Během statistického vyhodnocení nemůžeme potvrdit rozdíl mezi těmito stresory. Hodnota p je 0,254. Z chí-kvadrát testu vyplývá, že neexistuje závislost mezi spokojeností v zaměstnání a skupinou dle BMI.*

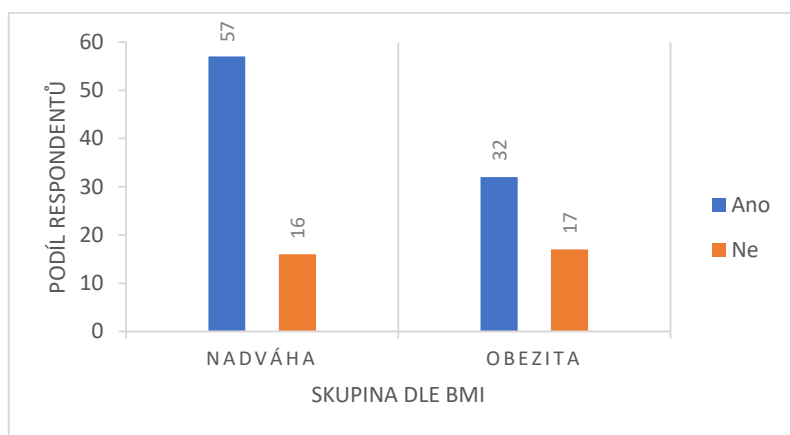
Tabulka č. 9 Omezení, která ztěžují respondentům práci

	Skupina dle BMI		Celkem
	nadváha	obezita	
Ano	15	12	27
Ano, bolest kloubů	5	1	6
Ano, bolest zad	9	2	11
Ano, protože nemám čas na pitný režim	0	1	1
Ano, váha	1	3	4
Ne	34	17	51
Celkem	64	36	100

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 9 se vztahuje k otázce č. 18. Otázka č. 18 zmapovala problémy, které se objevují u respondentů během pracovní činnosti. Ve skupině nadváha pociťuje omezení při práci 15 (23 %). Nejčastěji respondenti uvádí „bolest zad“ 9 (14 %), dále „bolest kloubů“ 5 (8 %), „váha“ 1 (2 %). Většina jedinců s nadváhou zvolilo, že omezení v práci nepociťují 34 (53 %). Obézní respondenti uvádějí větší omezení při práci 12 (33 %), „bolest kloubů“ uvádí 1 (3 %), „bolest zad“ zvolilo 2 (6 %), dále se objevila odpověď, která poukazuje na „nedostatek času na pitný režim“ 1 (3 %) a v poslední řadě 3 (8 %) cítí omezení ve své váze. Omezení nepociťuje 17 (47 %) respondentů s obezitou. Otázka č. 18 je součástí hypotézy: **„U jedinců s nadváhou a obezitou existují rozdíly v extrapersonálních stresorech.“** *Během statistického vyhodnocení nemůžeme potvrdit závislost, nelze říci, že by jedna ze skupin měla častější překážky v práci. Hodnota p vyšla 0,379.*

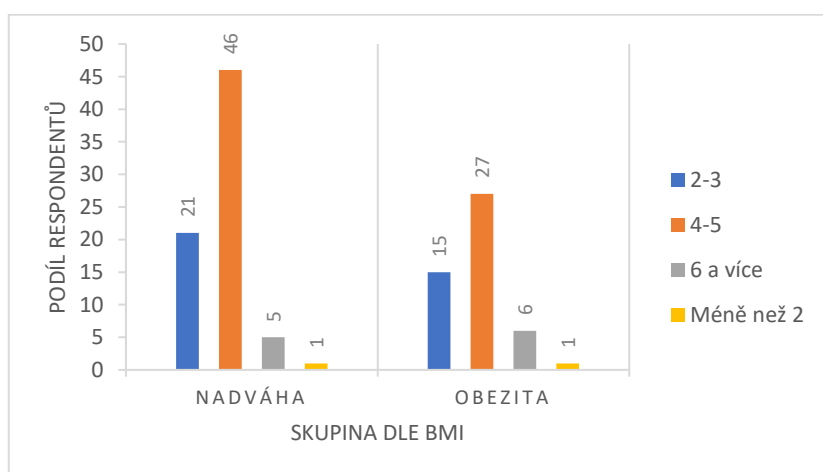
Graf č. 10 Zájem o fyzickou aktivitu



Zdroj: vlastní

Graf č. 10 se vztahuje k otázce č. 20. V otázce jsme se dotazovali respondentů, zda se věnují nějaké fyzické aktivitě. 57 (78 %) jedinců s nadváhou praktikuje nějakou fyzickou aktivitu a 17 (22 %) uvedlo, že se aktivitám nevěnují. Obézní respondenti odpověděli „ano“ 32 (65 %) a odpověď „ne“ 22 (35 %).

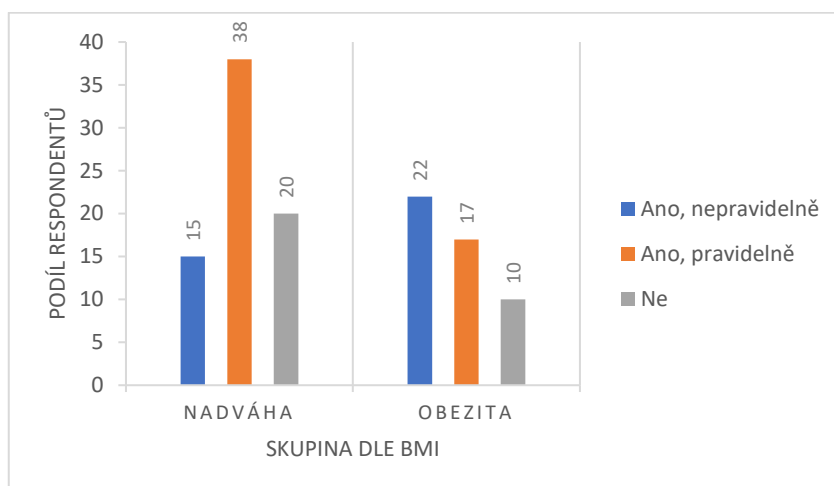
Graf č. 11 Počet pokrmů během dne



Zdroj: vlastní

Graf č. 11 se vztahuje k otázce č. 22. Pomocí otázky jsme zmapovali, kolik pokrmů během dne respondenti konzumují. Ve skupině nadváha odpovídali respondenti „2-3 pokrmy“ 21 (29 %), „4-5 pokrmů“ 46 (63 %), „6 a více“ 5 (7 %) a „méně než 2 pokrmy“ zvolil 1 (1 %). Obézní jedinci volili odpovědi následovně: „2-3“ 15 (31 %), „4-5“ pokrmů 27 (55 %), „6 a více“ 6 (12 %) a „méně než 2“ pokrmy 1 (2 %).

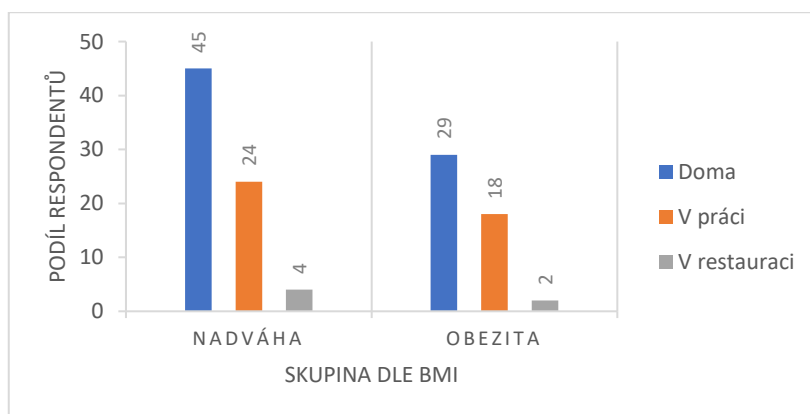
Graf č. 12 Snídaně



Zdroj: vlastní

Graf č. 12 se vztahuje k otázce č. 23. Respondenti s nadváhou označilo odpověď „ano, nepravidelně“ 15 (21 %), nejvíc jedinců s nadváhou zvolilo „ano, pravidelně“ 38 (52 %) a 20 (27 %) nesnídá. Jedinci s obezitou zvolili odpověď „ano, nepravidelně“ 22 (45 %), „ano, pravidelně“ 17 (35 %) a 10 (20 %) respondentů s obezitou nesnídá.

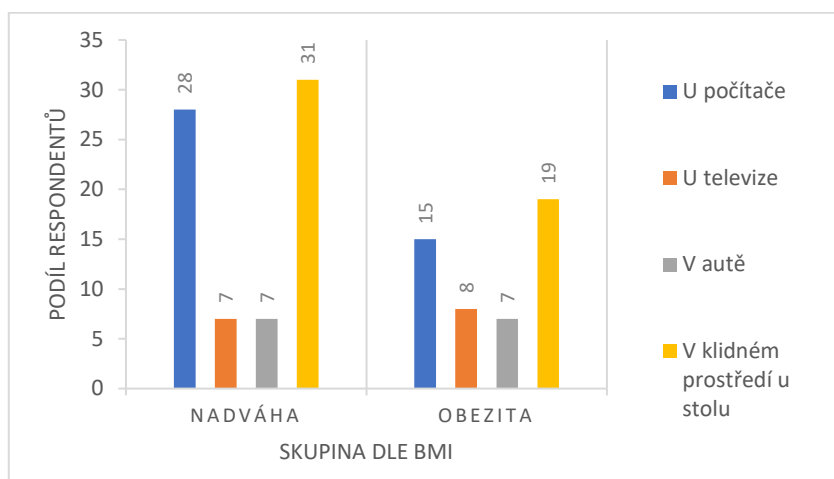
Graf č. 13 Místo stravování



Zdroj: vlastní

Graf č. 13 se vztahuje k otázce č. 24. V rámci této otázky jsme zjišťovali, kde se nejčastěji respondenti stravují. Respondenti s nadváhou se nejčastěji stravují „doma“ 45 (62 %), dále „v práci“ 24 (33 %) a „v restauraci“ 4 (5 %). Jedinci s obezitou zvolilo odpověď „doma“ 29 (59 %), „v práci“ 18 (37 %) a „v restauraci“ 2 (4 %).

Graf č. 14 Způsob stravování



Zdroj: vlastní

Graf č. 14 se vztahuje k otázce č. 25. Otázka nám mapovala, jak se nejčastěji respondenti stravují, popřípadě při jaké aktivitě. Jedinci s nadváhou zvolili možnost „u počítače“ 28 (38 %), „u televize“ a „v autě“ označilo stejný počet respondentů, a to 7 (10 %), „v klidném prostředí u stolu“ odpovědělo 31 (42 %). Respondenti s obezitou označili odpověď „u počítače“ 15 (31 %), „u televize“ 8 (16 %), „v autě“ 7 (14 %) a „v klidném prostředí u stolu“ 19 (39 %).

Tabulka č. 10 Nejčastější hodina usínání

	Skupina dle BMI		Celkem
	nadváha	obezita	
do 22:00	25	31	2
22:01-23:00	30	13	2
23:01-24:00	14	1	4
24:00 a více	4	4	6
Celkem	73	49	122

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 10 se vztahuje k otázce č. 26. V této otázce jsme nechali respondenty, aby sami napsali v kolik chodí přibližně spát. Následně jsme odpovědi rozdělili do kategorií v tabulce. Jedinci s nadváhou chodí spát „do 22:00“ 25 (34 %), nejčastěji chodí spát „22:01-23:00“ 30 (41 %), „23:01-24:00“ označilo 14 (19 %) a v poslední řadě „24:00 a více“ 4 (5 %). Obézní respondenti chodí spát nejčastěji „do 22:00“ 31 (63 %), dále chodí spát „22:01-23:00“ 13 (27 %), „23:01-24:00“ označil 1 (2 %) a v poslední řadě „24:00 a více“ 4 (8 %).

Tabulka č. 11 Počet hodin spánku

	Skupina dle BMI		Celkem
	nadváha	obezita	
méně než 5	6	8	4
5-6 hodin	15	16	10
6,1-7 hodin	15	13	3
7,1-8 hodin	21	9	28
více než 8 hodin	16	3	2
Celkem	73	49	122

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 11 se vztahuje k otázce č. 27, otázka mapovala, kolik hodin respondenti spí. V otázce č. 27 jsme nechali volnou možnost odpovědi, následně jsme odpovědi rozdělili do kategorií v tabulce. Jedinci s nadváhou označili „méně než 5“, a to 6 (8 %), „5-6 hodin“ a „6,1- 7 hodin“ zvolilo stejný počet respondentů s nadváhou 15 (21 %), dále „7,1- 8 hodin“ označilo nejvíce jedinců 21 (29 %), v poslední kategorii „více než 8 hodin“ odpovědělo 16 (22 %). Jedinci s obezitou označili „méně než 5“, a to 8 (16 %), „5-6 hodin“ 16 (33 %), „6,1- 7 hodin“ zvolilo 13 (27 %), dále „7,1-8 hodin“ označilo 9 (18 %), v poslední kategorii „více než 8 hodin“ odpovědělo 3 (6 %).

Tabulka č. 12 Čas posledního jídla

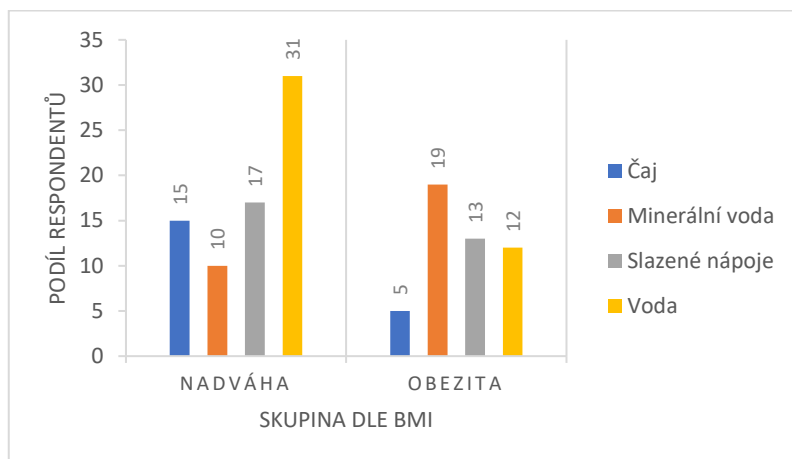
	Skupina dle BMI		Celkem
	nadváha	obezita	
Mezi osmou a desátou	3	0	3
Mezi sedmou a osmou hodinou večerní	51	35	85
Poslední jídlo konzumují po desáté hodině večerní	10	5	15
V šest hodin večer	9	9	18
Celkem	73	49	122

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 12 se vztahuje k otázce č. 28, otázka mapovala v kolik respondenti konzumují poslední jídlo. V této otázce jsme měli pro respondenty tři stanovené odpovědi a čtvrtou možností byla volba „jiné“. Ve skupině nadváha respondenti uvedli, že konzumují **í** poslední jídlo „mezi sedmou a osmou hodinou večerní“, a to vybralo 51 (70 %). „Poslední jídlo konzumují po desáté hodině večerní“ uvedlo 10 (14 %), a „v šest hodin večer“ 9 (12 %) respondentů. Jedinci s nadváhou také zvolili možnost „jiné“, kam uvedli „mezi osmou a desátou hodinu“, což zapsalo 4 % (3). Ve skupině obézních respondentů stejně jako v předchozí skupině vyšlo, že nejčastěji konzumují poslední jídlo „mezi sedmou a osmou

hodinou večerní“ 35 (71 %). Poslední jídlo konzumují „po desáté hodině večerní“ uvedlo 5 (10 %) a „v šest hodin večer“ 9 (18 %) respondentů. Obézní respondenti možnost „jiné“ nevyužili.

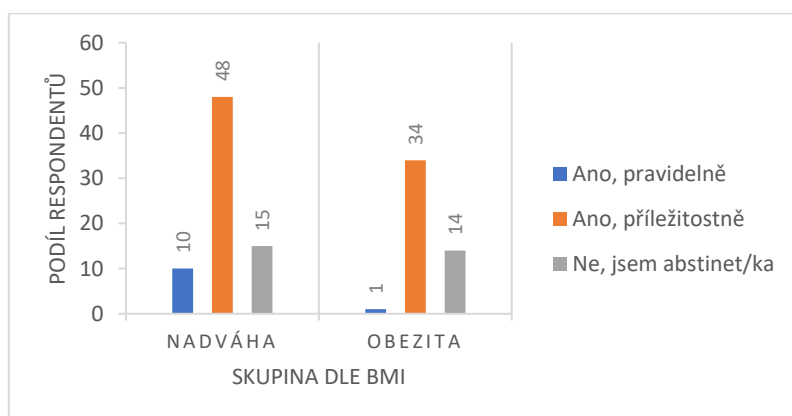
Graf č. 15 Preferované tekutiny



Zdroj: vlastní

Graf č. 15 se vztahuje k otázce č. 29. Otázkou jsme mapovali, jaké tekutiny nejčastěji daní respondenti preferují. Jedinci s nadváhou odpovídali „čaj“ 15 (21 %), „minerální voda“ 10 (14 %), „slazené nápoje“ 17 (23 %) a poslední možnost „voda“ 31 (42 %). Respondenti s obezitou zvolili „čaj“ 5 (10 %), „minerální voda“ 19 (39 %), „slazené nápoje“ 13 (27 %) a „vodu“ pije 12 (24 %).

Graf č. 16 Pití alkoholu

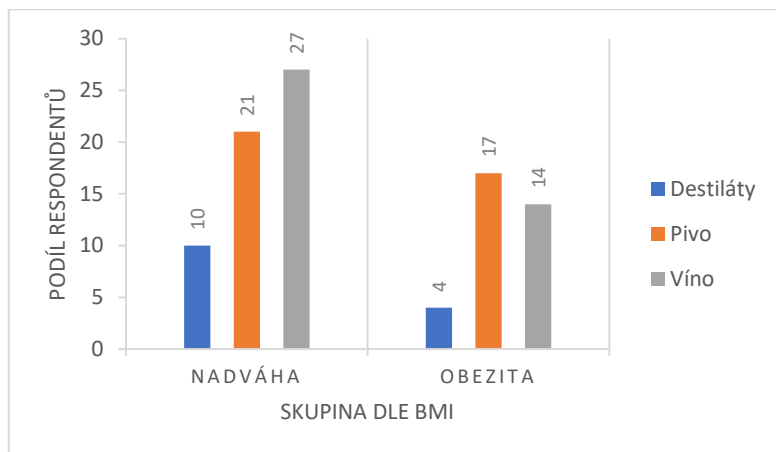


Zdroj: vlastní

Graf č. 16 se vztahuje k otázce č. 30. Za pomoci otázky jsme zjistili kolik respondentů pije alkohol, a kolik ne. Respondenti s nadváhou pijí alkohol „ano, pravidelně“ 10 (14 %), „ano, příležitostně“ 48 (66 %), alkohol nepije 15 (21 %). Obézní jedinci zvolili

odpověď „ano, pravidelně“ 1 (2 %), „ano, příležitostně“ 34 (69 %) a alkohol nepije 14 (29 %).

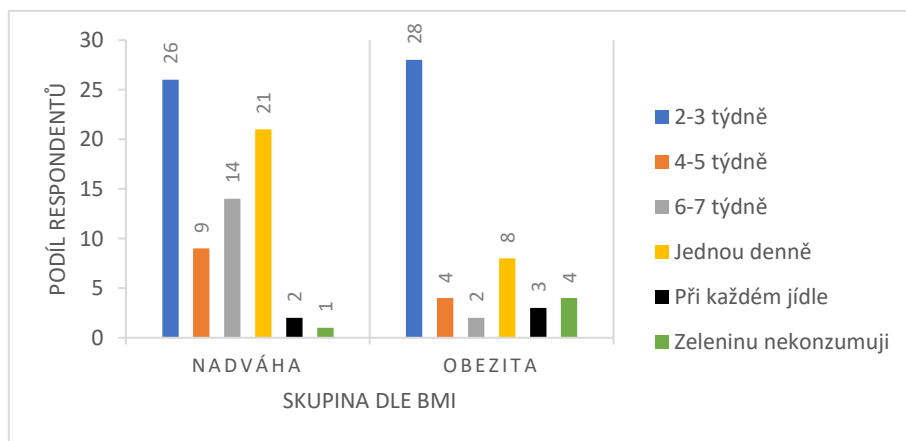
Graf č. 17 Preferovaný alkohol



Zdroj: vlastní

Graf č. 17 se vztahuje k otázce č. 31. Ve grafu máme rozdělení na dvě základní skupiny, a to nadváha a obezita. V otázce odpovídají respondenti, kteří v předchozí otázce odpověděli, že pijí alkohol pravidelně či příležitostně. Ve skupině nadváha vybrali odpověď „destiláty“ 10 (17 %), „pivo“ 21 (36 %) a „víno“ 27 (47 %). Obézní respondenti označili „destiláty“ 4 (11 %), „pivo“ 17 (49 %) a „víno“ 14 (40 %).

Graf č. 18 Konzumace zeleniny



Zdroj: vlastní

Graf č. 18 se vztahuje k otázce č. 32. Otázka nám zmapovala jak respondenti s nadváhou a obezitou konzumují zeleninu. Jedinci s nadváhou konzumují zeleninu „2-3 týdně“ 26 (36 %), „4-5 týdně“ 9 (12 %), „6-7 týdně“ zvolilo 14 (19 %), „jednou denně“ 21 (29 %), „při každém jídle“ 2 (3 %) a „zeleninu nekonzumují“ 1 (1 %). Respondenti s obezitou

odpověděli, že jí zeleninu „2-3 týdně“ 28 (57 %), „4-5 týdně“ 4 (8 %), „6-7 týdně“ 2 (4 %), „jednu denně“ konzumuje 8 (16 %), „při každém jídle“ 3 (6 %) a „zeleninu nekonzumují“ 4 (8 %).

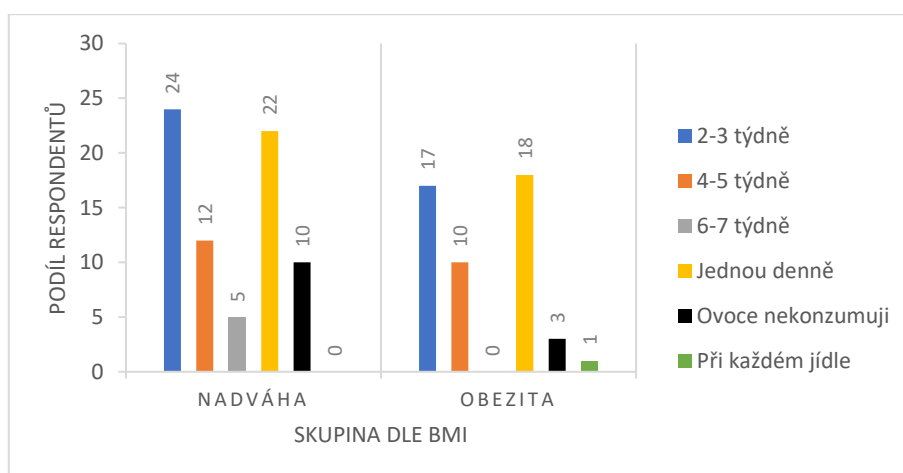
Tabulka č. 13 Preferovaná úprava zeleniny

	Skupina dle BMI		Celkem
	nadváha	obezita	
Dušená	11	7	18
Grilovaná	12	8	20
Smažená	4	0	4
Syrová	44	26	70
Libovolný z výše uvedeného, nemám preferencí.	4	0	4
Celkem	75	41	116

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 13 se vztahuje k otázce č. 33, otázka nám mapovala, jakou úpravu zeleniny nejvíce respondenti preferují. Respondenti s nadváhou označili „dušená“ 11 (15 %), „grilovaná“ 12 (17 %), „smažená“ 1 (1 %) a nejvíce preferují zeleninu syrovou, a to 44 (61 %). Poslední možnost byla volba „jiné“, 4 (6 %) uvedlo, že nemají preferenci a volí všechny možnosti. Respondenti s obezitou vybrali „dušená“ 7 (16 %), „grilovaná“ 8 (18 %), „smažená“ nezvolil žádný respondent s obezitou, nejvíce volili možnost syrová 26 (58 %). Obézní jedinci možnost „jiné“ nevyužili.

Graf č. 19 Konzumace ovoce



Zdroj: vlastní

Graf č. 19 se vztahuje k otázce č. 34. Otázka nám zmapovala jak respondenti s nadváhou a obezitou konzumují ovoce. Jedinci s nadváhou konzumují ovoce „2-3 týdně“ 24 (33

%), „4-5 týdně“ 12 (16 %), „6-7 týdně“ zvolilo 5 (7 %), „jednou denně“ 22 (30 %), „při každém jídle“ nezvolil žádný respondent s nadváhou a „ovoce nekonzumuji“ 10 (14 %). Respondenti s obezitou vybrali „2-3 týdně“ 17 (35 %), „4-5 týdně“ 10 (20 %), „6-7 týdně“ neodpověděl žádný respondent s obezitou, „jednou denně“ konzumuje 18 (37 %), „při každém jídle“ 1 (2 %) a „ovoce nekonzumuji“ 3 (6 %).

Tabulka č. 14 Preferovaná úprava ovoce

	Skupina dle BMI		Celkem
	Nadváha	obezita	
Syrové	63	46	109
Celkem	63	46	109

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 14 se vztahuje k otázce č. 35. V otázce měli respondenti možnost zvolit volbu „syrové“ anebo „jiné“. Obě skupiny zvolili pouze možnost „syrové“. Jedinci s nadváhou, kteří odpověděli „syrové“ je 63 (100 %). Respondenti s obezitou taktéž označili odpověď „syrové“ 46 (100 %). Nikdo z respondentů nevyužil možnost „jiné“.

Tabulka č. 15 Kouření

	Skupina dle BMI		Celkem
	nadváha	obezita	
Ano, 2	7	5	12
Ano, 10	2	2	4
Ano, 5	3	0	3
Ano, 7-8	1	0	1
Ano, pouze příležitostně	1	0	1
Ne	59	42	101
Celkem	73	49	122

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 15 se vztahuje k otázce č. 36. Otázka č. 36 nám zmapovala, zda jedinci s nadváhou a obezitou kouří. Ve skupině nadváha můžeme vidět, že 7 (10 %) respondentů kouří dvě cigarety denně, 2 (3 %) kouří deset cigaret denně, 3 (4 %) kouří pět cigaret denně, vykouří denně 7-8 cigaret a „ano, pouze příležitostně“ uvedlo ve stejném počtu respondentu 1 (1 %). Jedinci s nadváhou dále uvedli, že 59 (81 %) nekouří. Skupina obézních pacientů uvedla, že 5 (10 %) kouří dvě cigarety denně, 2 (4 %) kouří deset cigaret, většina obézních jedinců označila, že nekouří 42 (86 %).

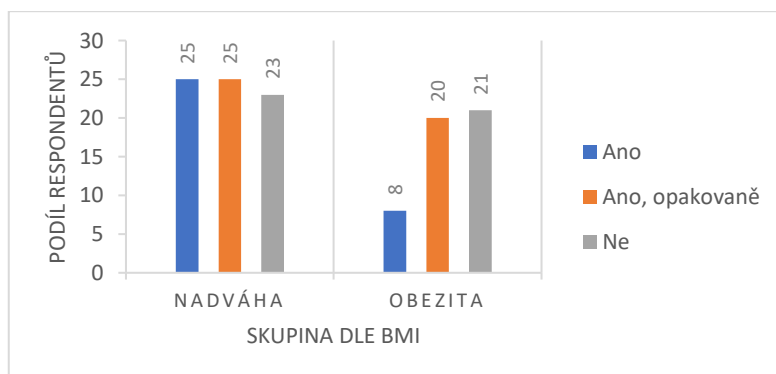
Tabulka č. 16 Vážení

	Skupina dle BMI		Celkem
	nadváha	obezita	
Ano, nepravidelně	40	26	56
Ano, pravidelně	13	6	19
Ne	13	9	22
Ne, Myslím, že to není potřeba	6	1	1
Ne, nemám váhu	1	5	5
Ne, váha nefunguje	0	2	2
Celkem	73	49	122

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 16 se vztahuje k otázce č. 37, otázkou jsme zmapovali, zda se respondenti váží a když ne, proč. Ve skupině nadváha nejčastěji zvolili odpověď „ano, nepravidelně“ 44 (55 %), „ano, pravidelně“ 13 (18 %), odpověď „ne“ zvolilo 13 (18 %), dále respondenti s nadváhou uvedli, že „ne, myslím si, že to není potřeba“ 6 (8 %), „ne, nemám váhu“ 1 (1 %). Jedinci s obezitou odpověděli „ano, nepravidelně“ 26 (53 %), „ano, pravidelně“ 6 (12 %), „ne“ 9 (18 %), respondenti, kteří zvolili „ne, myslím si, že to není potřeba“ je 1 (2 %), dále „ne, nemám váhu“ 5 (10 %) a v poslední řadě uvedli „ne, váha nefunguje“ 2 (4 %).

Graf č. 20 Snaha o redukci (snížení) hmotnosti



Zdroj: vlastní

Graf č. 20 se vztahuje k otázce č. 38. V otázce jsme se dotazovali respondentů s nadváhou či obezitou snaží-li se snížit svou hmotnost. Ve skupině nadváha zvolilo ve stejném počtu odpověď „ano“ a „ano, opakovaně“, a to 25 (34 %), odpověď „ne“ uvedlo 23 (32 %). Obézní respondenti uvedli, „ano“ 8 (16 %), „ano, opakovaně“ uvedlo 20 (41 %) a svou váhu nechce snížit 21 (43 %). K otázce č. 38 se vztahovala hypotéza: „*U jedinců s nadváhou a obezitou existují rozdíly v intrapersonálních stresorů.*“. Během

statistického vyhodnocení nelze prokázat rozdíl mezi snahou o snížení hmotnosti a skupinou dle BMI. Hodnota p je 0,088.

Tabulka č. 17 Hodnocení redukce hmotnosti

	Skupina dle BMI		Celkem
	nadváha	obezita	
Zcela neúspěšnou	0	1	1
Spíše neúspěšnou	20	19	39
Nemůžu hodnotit	7	0	7
Spíše úspěšnou	17	8	25
Zcela úspěšnou	6	0	6
Celkem	50	28	78

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 17 se vztahuje k otázce č. 39. K této otázce jsme použili odpovědi ve formě škály úspěšnosti. Jedinci s nadváhou nejčastěji uváděli „zcela neúspěšnou“, a to nevolil žádný respondent, „spíše neúspěšnou“ 20 (40 %), „nemůžu hodnotit“ označilo 7 (14 %), „spíše úspěšnou“ uvedlo 17 (34 %), „zcela úspěšnou“ 6 (12 %). Respondenti s obezitou označovali odpovědi „zcela neúspěšnou“ 1 (4 %), „spíše neúspěšnou“ 19 (68 %), „nemůžu hodnotit“ a „zcela úspěšnou“ neoznačil žádný respondent s obezitou a „spíše úspěšnou“ 8 (29 %). K otázce č. 39 se vztahovala hypotéza: „***U jedinců s nadváhou a obezitou existují rozdíly v intrapersonálních stresorů.***“. Během statistického vyhodnocení můžeme potvrdit rozdíl, kdy při redukci hmotnosti jsou úspěšnější jedince s nadváhou než s obezitou. Hodnota p je 0,039.

Tabulka č. 18 Důsledky úspěšné redukce hmotnosti

	Skupina dle BMI		Celkem
	nadváha	obezita	
Požadovaného snížení hmotnosti	7	0	7
Zlepšení fyzické kondice	5	3	8
Zlepšení psychického stavu	9	5	14
Zmírnění bolesti	0	0	0
Zlepšení zdravotního stavu	2	0	2
Celkem	23	8	31

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 18 se vztahuje k otázce č. 40. Otázka směřovala na respondenty, kteří v předchozí otázce odpověděli „zcela úspěšnou“ a „spíše úspěšnou“. Jedinci s nadváhou označili odpověď „požadované snížení hmotnosti“ 7 (30 %), „zlepšení fyzické kondice“ 5 (22 %), „zlepšení psychického stavu“ 9 (39 %), „zmírnění bolesti“ nevolil žádný

respondent, „zlepšení zdravotního stavu“ pocítilo 2 (9 %). Obézní jedinci „požadované snížení hmotnosti“, „zmírnění bolestí“ a „zlepšení zdravotního stavu“ nevolil žádný respondent, „zlepšení fyzické kondice“ 3 (37,5 %), „zlepšení psychického stavu“ 5 (62,5 %). Obě skupiny nevyužily možnost otevřené odpovědi jiné.

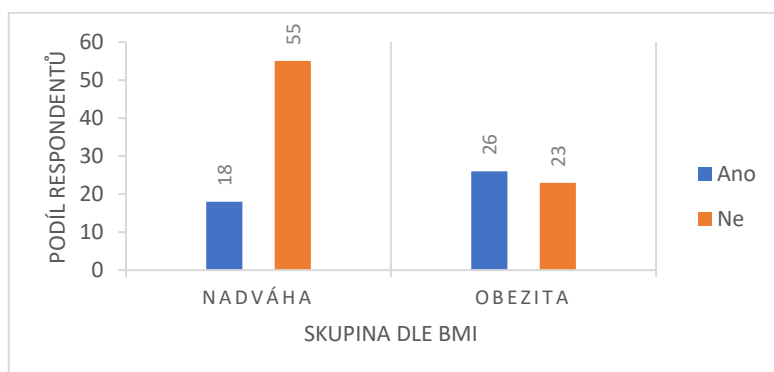
Tabulka č. 19 Důsledky neúspěšné redukce hmotnosti

	Skupina dle BMI		Celkem
	nadváha	obezita	
Lenost	0	1	1
Objevení/zhoršení bolestí	5	7	12
Příliš se nedaří	1	0	1
Zhoršení fyzické kondice	6	6	12
Zhoršení psychického stavu	3	2	5
Zhoršení zdravotního stavu	5	4	8
Celkem	20	20	40

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 19 se vztahuje k otázce č. 41. Otázka č. 41 patřila respondentům, kteří odpověděli v otázce č. 39 „zcela neúspěšnou“ a „spíše neúspěšnou“ redukci hmotnosti. Respondenti s nadváhou uvedli „objevení/zhoršení bolestí“ 5 (13 %), „zhoršení fyzické kondice“ 6 (15 %), „zhoršení psychického stavu“ 3 (8 %), „zhoršení zdravotního stavu“ 5 (13 %), součástí této otázky byla možnost „jiné“. Jedinci s nadváhou uvedli do kolonky „jiné“ „příliš se nedaří“ 1 (3 %). Ve skupině obezita odpovídali takto „objevení/ zhoršení bolestí“ 7 (35 %), „zhoršení fyzické kondice“ 6 (30 %), „zhoršení psychického stavu“ 2 (10 %), „zhoršení zdravotního stavu“ 4 (20 %), součástí této otázky byla možnost „jiné“. Respondenti s obezitou uvedli do možnosti „jiné“ odpověď „lenost“ 1 (5 %).

Graf č. 21 Závažná situace v posledních měsících



Zdroj: vlastní

Graf č. 21 se vztahuje k otázce č. 42. Otázkou jsme se dotazovali respondentů, zda prožili nějakou závažnou situací v poslední době. Respondenti s nadváhou uvedli, že 18 (25 %) prožilo nějakou závažnou situací, 55 (75 %) označilo odpověď „ne“. U obézních respondentů odpovědi byly skoro vyrovnané. „Ano“ označilo 26 (53 %), „ne“ uvedlo 23 (47 %). Otázka č. 43 je součástí hypotézy: *„U jedinců s nadváhou a obezitou existují rozdíly v extrapersonálních stresorech.“* Během statistického vyhodnocení můžeme potvrdit, že obéznější respondenty zasáhla závažná situace častěji než lidi s nadváhou. Hodnota p je 0,001.

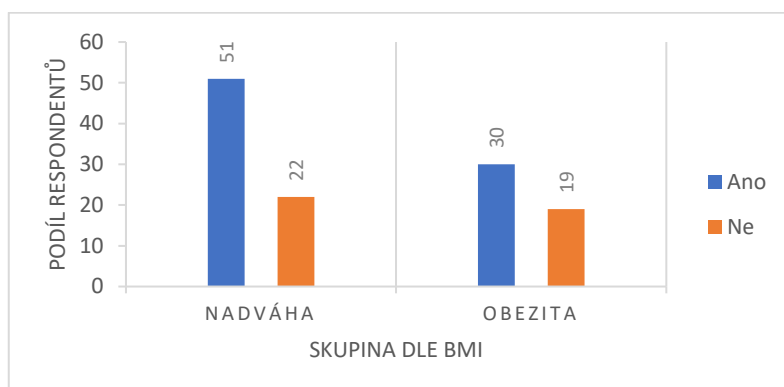
Tabulka č. 20 Konkrétní závažná situace

	Skupina dle BMI		Celkem
	nadváha	obezita	
Covid situace	4	0	4
Neshody s rodinou	1	10	11
Onemocnění rodičů	0	2	2
Porod	0	1	1
Rozvod	3	1	4
Úmrtí v rodině	10	12	22
Celkem	18	26	44

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 20 se vztahuje k otázce č. 43. Otázka je pod otázkou č. 42, kdy respondenti, kteří odpověděli, že je zasáhla nějaká situace, uvádí jaká. U jedinců s nadváhou převažuje odpověď „úmrtí v rodině“ 10 (56 %), dále respondenti využijí možnost „jiné“ a uvedli současná „covid situace“ 4 (22 %), „rozvod“ 3 (17 %), v poslední řadě „neshody s rodinou“ 1 (6 %). Respondenti s obezitou uvádí převážně „úmrtí v rodině“ 12 (46 %), dále „neshody s rodinou“ 10 (38 %), možnost „jiné“ vyplnili respondenti „onemocnění rodičů“ uvedlo 2 (8 %), „porod“ a „rozvod“ zvolil stejný počet respondentů, a to 1 (4 %).

Graf č. 21 Návštěvnost obvodního lékaře



Zdroj: vlastní

Graf č. 21 se vztahuje k otázce č. 44. Otázka nám zmapovala, zda respondenti chodí pravidelně k obvodnímu lékaři. Jedinci s nadváhou ve většině případu zvolili odpověď „ano“ 51 (70 %) a odpověď „ne“ 22 (30 %). Obézní jedinci 30 (61 %) odpověděli „ano“, odpověď „ne“ označilo 19 (39 %). *Otázka č. 44 se vztahovala k hypotéze: „U jedinců s nadváhou a obezitou existují rozdíly v interpersonálních stresorech.“ Během statistického vyhodnocení nemůžeme potvrdit rozdíl mezi těmito dvěma skupinami. Hodnota p je 0,322. Nelze říci, že by jedinci s nadváhou nebo obezitou chodili k obvodními lékaři méně.*

Tabulka č. 21 Hovoření o hmotnosti respondentů ze strany lékařů

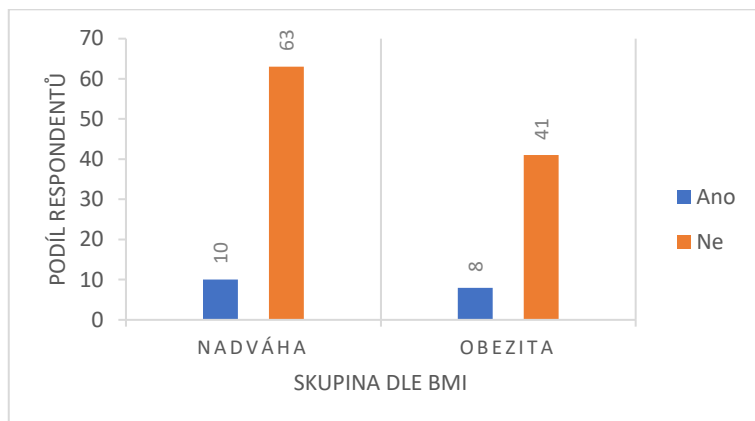
	Skupina dle BMI		Celkem
	nadváha	obezita	
Ano, Gastroenterolog	2	0	2
Ano, Gynekolog	6	3	9
Ano, Kardiolog	0	5	5
Ano, Obvodní lékař	19	13	32
Ne	46	28	74
Celkem	73	49	122

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 21 se vztahuje k otázce č. 45, otázka mapovala, zda lékaři mluví s respondenty o jejich hmotnosti. Jedinci s nadváhou nejvíce odpověděli „ne“ 46 (63 %), když označili „ano“, tak „obvodní lékař“ 19 (26 %), dále „ano, gynekolog“ 6 (8 %) a „ano, gastroenterolog“ 2 (3 %). 28 (57 %) respondentů s obezitou uvedlo „ne“. Pokud s nimi mluví, tak „ano, obvodní lékař“ 13 (27 %), dále „ano, kardiolog“ 5 (10 %) a v poslední řadě „ano, gynekolog“ 3 (6 %). *Otázka č. 45 se vztahovala k hypotéze: „U jedinců s nadváhou a obezitou existují rozdíly v interpersonálních stresorech.“ Během*

statistického vyhodnocení nemůžeme potvrdit rozdíl mezi těmito dvěma skupinami. Hodnota p je 0,515.

Graf č. 22 Hovoření o hmotnosti respondentů ze strany sestry



Zdroj: vlastní

Graf č. 22 se vztahuje k otázce č. 46. Za pomoci této otázky jsme zjistili, jak často mluví zdravotní sestra s jedinci, kteří mají nadváhu a obezitu. Ve skupině nadváha označilo odpověď „ano“ 10 (14 %), „ne“ 63 (86 %). Obézní jedinci uvedli, že s nimi zdravotní sestra mluví o jejich váze a označili „ano“ 8 (16 %) a 41 (84 %) označilo, že s nimi sestra o hmotnosti nemluví a vybrali „ne“. *Otázka č. 46 se vztahovala k hypotéze: „U jedinců s nadváhou a obezitou existují rozdíly v interpersonálních stresorech.“ Během statistického vyhodnocení nemůžeme potvrdit rozdíl mezi těmito dvěma skupinami. Hodnota p je 0,688. Nelze tedy říci, že by s obézním nebo s jedinci trpícími nadváhou sestra o váze mluvila častěji.*

5.2 Výsledky kvalitativního výzkumu

Pro zpřehlednění byla vytvořena tabulka, která nám znázorňuje seznam fiktivních informantů s nadváhou a obezitou (viz Tabulka č. 22). Další tabulky jsou pro znázornění kategorií a kódů, které jsme si stanovili. V poslední řadě popisujeme tabulku, kde máme fiktivní seznam všeobecných sester (viz Tabulka č. 24).

5.2.1 Výsledky vztahující se k nadváze a obezitě

Tabulka č. 22 Seznam informantů s nadváhou a obezitou

Fiktivní jméno informantů	Hodnota BMI	Pohlaví
Markéta	27,4 kg/m ²	žena
David	30,6 kg/m ²	muž
Adéla	28,1 kg/m ²	žena
Lukáš	33,2 kg/m ²	muž
Vladislava	28,6 kg/m ²	žena
Jana	29,4 kg/m ²	žena
Veronika	28,4 kg/m ²	žena
Vojtěch	31,2 kg/m ²	muž

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 23 Nadváha a obezita

Kategorie	Kódy
Dopad nadváhy a obezity	Problém s dýcháním
	Onemocnění
	Schody
	Dlouhá cesta
	Potíže s fyzickou aktivitou
	Psychické obtíže
	Bolesti
Vývoj	Pozvolný
	Rychlý
	Nepamatuji si
Pocity vyvolané nadváhou a obezitou	Spokojenost
	Neutrální postoj
	Nespokojenost
	Stud
Prevence	Vytrvalost
	Lékař/ nutriční terapeut
	Trenér
	Změna

Zdroj: vlastní

1. Kategorie: Dopad nadváhy a obezity

Tato kategorie charakterizuje dopad nadváhy a obezity informantů. Většina informantů uvedla negativní dopad jejich zvýšené hmotnosti. „*Problémy, hlavně zdravotní.*“ (David). David už se cítí lépe, trápí ho bolest zad. „*Ted' už je to lepší, ale často mě bolí záda.*“ (David). „*Hmotnost mi nedělá žádné větší problémy, občas mě bolí nohy. Nízké sebevědomí.*“ (Jana). „*Nic moc, mám lehčí cukrovku a léčím se s vysokým tlakem. Osobně můžu říct, že dýchání mi dělá problém, a také chůze.*“ (Lukáš). Lukášovi způsobuje zvýšená hmotnost těžkosti, ztěžoval si na bolest nohou. „*Samé těžkosti, hlavně bolest nohou.*“ (Lukáš). „*Moje nadváha? Hlavně problém s dýcháním, když jdu do schodů nebo dlouhou cestu.*“ (Markéta). Vladislava uvedla podobné problémy jako Markéta. „*No, hůř se mi chodí, hlavně schody mi dělají problém a těžší fyzické aktivity.*“ (Vladislava). Dále také uvedla následující zdravotní obtíže spojené s její obezitou. „*Mám cukrovku, ztížené dýchání a celkovou mobilitu.*“ (Vladislava). „*Stres, bolest zad.*“ a „*Bolesti, celkové problémy v normálním životě.*“ (Vojtěch). Oproti ostatním informantům Veronika uvedla, že se cítí spokojena, jen se občas zadýchá. „*Cítím se v pohodě, jen se mi stává, že se občas zadýchám.*“ (Veronika). Jedna z informantek uvedla, že nepocituje vůbec žádné obtíže. „*Můj zdravotní stav je normální.*“ (Adéla).

2. Kategorie: Vývoj

Kategorie vývoj v sobě zahrnuje informace vztahující se k tomu, jak se nadváha a obezita u informantů vyvíjela.

„*Pozvolný, hlavně co mi bylo 20 se mi váha začala měnit.*“ (Adéla). „*Poměrně rychlý, po úmrtí v rodině mi váha vzrostla.*“ (David). Lukáš uvedl, že si svůj vývoj hmotnosti nepamatuje, protože vysokou hmotnost má již dlouho. „*Už si nepamatuju, vysokou váhu mám léta.*“ (Lukáš). „*Pozvolný, nejdřív mírný nárůst hmotnosti a pak rychlejší.*“ (Jana). „*Rychlý, po rozchodu jsem začala hodně jíst.*“ (Markéta). „*Rychlý, tak bych to popsala.*“ (Vladislava). Veronika odpověděla, že příbytek její hmotnosti byl rychlý a během vysoké školy přibrala 20 kilo. „*Rychlý, během vysoké školy jsem přibrala 20 kilo.*“ (Veronika). Vojtěch během rozhovoru uvedl stručnou odpověď. „*Pozvolný.*“ (Vojtěch).

3. Kategorie: Pocity vyvolané nadváhou a obezitou

Tato kategorie poukazuje na to, jak informanty vnímá okolí. Ukázalo se, že někteří jsou nespokojeni se svým vzhledem a necítí se sebejistě ve společnosti. Také jsme se v této kategorii zaměřili na pocity, které vznikají u informantů. Ve většině případů se odpovědi jedinců podobají.

„Trošku mi vadí vzhled, nedokážu si představit, že bych se třeba měla svléct na veřejnosti.“ (Markéta). Dodala *„Rodina mě bere takovou, jaká jsem, až na babičku.“* (Markéta). Paní Vladislava popsala vnímání své osoby její rodinou jako normální. *„Jako úplně normální.“* (Vladislava). Adéla vypověděla, že její rodina má vůči její váze jisté výhrady. *„Rodina má vůči mě určité předsudky, občas padne i nějaký vtip, který mi nedělá dobře.“* (Adéla). David řekl, že rodina chápe nárůst jeho váhy a snaží se mu pomoci. *„Chápu nárůst mojí váhy a snaží se mi pomoci.“* (David). *„Stydím se v blízkosti hubenějších lidí.“* a *„Verbálně nevnímám žádnou reakci, ale vím, že si myslí, že bych měl zhubnout.“* (Vojtěch). Rodina Veroniky zaujímá neutrální postoj *„Je jim to jedno, hlavně, že jsem šťastná.“* (Veronika). *„Rodina mě bere takovou, jaká jsem.“* (Jana). Rodina Lukáše dříve bojovala za jeho zhubnutí, ale později změnila názor. *„Dřív se rodina snažila abych zhubnul, ale pak mě začali brát takového jaký jsem.“* (Lukáš).

„Nejsem moc spokojená, ráda bych zhubla.“ (Adéla). *„Nejsem spokojen, teď bych chtěl zhubnout, když už se rodinná situace uklidnila.“* (David). *„Mám se ráda, přesto, že mám vysokou váhu.“* (Veronika). Jana a Lukáš jsou se svým vzhledem spokojeni. *„Jsem sama se sebou spokojena.“* (Jana). *„Jsem docela spokojen.“* (Lukáš). *„Kromě vzhledu mi vadí asi právě ta výdrž, takže moc spokojená nejsem.“* (Vladislava).

„Špatně, snáším to ne úplně dobře.“ (Adéla). Jako Adéla měli podobnou odpověď i David, Markéta a Vojtěch. Jana prozradila během rozhovoru, že si z určitých předsudky nic nedělá. *„Nijak osobně si to neberu.“* (Jana). Lukáš uvedl, že má obezitou dlouho a zvykl si. *„Takovou váhu už mám dlouho a zvykl jsem si.“* (Lukáš). *„Nemám potřebu, předsudky nebo vtipy ignoruji, ale ani se s nimi nijak příliš často neseškávám.“* (Vladislava).

4. Kategorie: Prevence

V této kategorii jsme se zabývali prevencí. Zajímalo nás od koho by informanti uvítali pomoc v oblasti nadváhy a obezity. V druhé části, co považují za nejtěžší v oblasti prevence nadváhy a obezity.

„*Rodina, lékař.*“ (Markéta). David by uvítal pomoc od osoby, která rozumí stravovacím návykům. „*Někoho, kdo by mi sestavil jídelníček možná fitness trenér.*“ (David). „*Dietolog? Ale nevím.*“ (Adéla). Podobnou odpověď jako Adéla uvedl Vojtěch. „*Dietologa, trenéra.*“ (Vojtěch). „*Nutriční terapeut.*“ (Jana). „*Někdo kdy by mi vysvětlit hodnoty v jídle, říká se jim nutriční asistent?*“ (Lukáš). Vladislava odpověděla, že snižování váhy v jejím věku je mnohem těžší a od nikoho pomoc nechce. „*Asi od nikoho, v mém věku už je těžší snížit váhu.*“ (Vladislava). V poslední řadě odpověděla Veronika, že je spokojena se svou hmotností, ale pokud by potřebovala, tak by zvolila fitness coach. „*Jsem takto spokojená, možná fitness coach.*“ (Veronika).

Adéla a Lukáš se v odpovědích téměř shodli. Nejtěžší by pro ně bylo přestat jíst jejich oblíbená jídla. „*Těžko říct, asi přestat jíst moje nejoblíbenější jídla.*“ (Adéla). „*Asi vynechání mých oblíbených potravin.*“ (Lukáš). „*Ani nevím, vytrvat?*“ (David). Jeden z informantů neuměl říct, co je nejtěžší na prevenci. „*Víte, že ani nevím.*“ (Jana). Pro Markétu by bylo nejtěžší změnit přístup k životu a celkově zvyky, které má. „*Změnit způsob života a zvyky, které mám.*“ (Markéta). Vladislava a Vojtěch ve svých odpovědích zmínili, že je důležité vytrvat. „*Vytrvalost a edukace bych především řekla.*“ (Vladislava). „*Vytrvat, mít hodně trpělivost.*“ (Vojtěch). Veronika nám uvedla ve své odpovědi příklad „*Kamarádka se snaží zhubnout a říkala mi, že je nejtěžší dodržovat jídelníček a nejíst oblíbená jídla, což je pro ni pizza.*“

5.2.2 Výsledky vztahující se k všeobecným sestram

Následně se budeme věnovat výsledkům od všeobecných sester. Pro zpřehlednění byla vytvořena tabulka, ve které jsou fiktivní jména sester, délka praxe, oddělení, ve kterém pracují a dosažený věk (viz Tabulka č. 24). Nejkratší odpracovaná praxe u sester je dva roky a nejdelší deset let. Všechny všeobecné sestry pracují na interním oddělení a nejnižší dosažený věk je 24 a nejvyšší je 32. V další tabulce jsou znázorněné indentifikované kategorie s popisem kódů, které vznikly z analýzy kvalitativních dat (viz Tabulka č. 25).

Tabulka č. 24 Seznam všeobecných sester

Fiktivní jméno všeobecných sester	Délka praxe ve zdravotnickém zařízení	Oddělení	Věk
Denisa	2 roky	Interna	24
Martina	4 roky	Interna	26
Aneta	8 roky	Interna	27
Tereza	10 let	Interna	32

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 25 Všeobecné sestry

Kategorie	Kódy
Postoj sestry k pacientovi s nadváhou nebo obezitou	Ano
	Ne
	Snažím se
	Líný
	Nespolupracující
Charakteristika nadváhy a obezity	Hodnota BMI
	Silný
	Vyšší váha
Příčiny	Genetika
	Nemoc
	Nevhodná strava
	Málo pohybu
	Snížené sebeovládání
Prevence v oblasti výživy	Zelenina
	Ovoce
	Pravidelné stravování
	Pitný režim
	Dieta
Prevence v oblasti pohybové aktivity	Pravidelná pohybová aktivita

Zdroj: vlastní

1. Kategorie: Postoj sestry k pacientovi s nadváhou a obezitou

V této kategorii všeobecné sestry charakterizovaly vlastními odpověďmi, jak vnímají pacienta s nadváhou a obezitou. V druhé řadě nám informanti odpovídali, jakým způsobem přistupují k jedincům s nadváhou a obezitou.

Denisa nám ve své odpovědi uvedla, že jí pacienti s vyšší váhou nevadí, ale někteří na ni působí líně. „Výrazně mi nevadí, někteří jsou celkem líní.“ (Denisa). „Záleží na stavu, když je nemocný tak mu pomáhám, když je vyjedený tak se mu snažím domluvit.“ (Martina). Aneta s pacienty s nadváhou a obezitou často soucítí. „Občas je mi jich líto,

protože více trpí.“ (Aneta). Tereza vnímá takové pacienty, jako značný problém při své práci. *„Jako problém.“* (Tereza).

Následně popíšeme, jak všeobecné sestry přistupují, když se setkají s pacientem, který má nadváhu a obezitu. Otázka zněla: Přistupujete k pacientům s nadváhou či obezitou stejně jako k ostatním pacientům? *„Ano, jen se snažím je upozorňovat, že by se měli více hýbat.“* (Denisa). Martina uvedla, že jako Denisa k takovým pacientům přistupuje stejně a snaží se je motivovat. *„Ano, motivuju obézního pacienta a i částečně s nima rehabilitovat.“* (Martina). *„Ano, nedělám mezi nimi rozdíly.“* (Aneta). Tereza uvedla v předchozí odpovědi, že vnímá takové pacienty jako problém a snaží se k nim přistupovat stejně jako k ostatním. *„Snažím se.“* (Tereza).

2. Kategorie: Charakteristika nadváhy a obezity

Tato kategorie nám zobrazuje, co pro všeobecné sestry znamená pojem nadváha a obezita. Většina sester při rozhovoru odpovídala v hodnotách dle BMI anebo charakterizovaly, že pacienti mají vyšší váhu.

Pod pojmem nadváha si sestry představují. *„Jedinec, který má vyšší váhu, BMI 25 až 30.“* (Denisa). Martina a Aneta vnímají pacienta s nadváhou jako silného člověka. *„Velmi silný (tlustý) člověk.“* (Martina) a *„Člověk, který má vyšší váhu na jeho váhu.“* (Aneta). Tereza zvolila stručnou odpověď. *„BMI 26-29.“* (Tereza).

Pod pojmem obezita si všeobecné sestry z interního oddělení představují. Denisa uvedla, že se jedná o člověka, který je hodně silný. *„Jedinec, co je hodně silný. BMI 30 a víc.“* (Denisa). Martina a Tereza odpověděly krátkou odpovědí. *„Silnější člověka.“* (Martina). *„BMI více jak 30.“* (Tereza). *„Obezitu má člověk s vysokým BMI 30 a víc, velmi silná osoba.“* (Aneta).

3. Kategorie: Příčiny

Tato kategorie v sobě zahrnuje příčiny, které uvedly všeobecné sestry při vzniku nadváhy a obezity. Sestry se ve většině případů shodly ve svém odpovědích. Nejvíce zmiňovaná byla nevhodná strava a málo pohybu.

Denisa si myslí, že vznik nadváhy a obezity je zapříčiněný nemocí, špatnou stravou a také absencí pohybu. „*Nemocí, nevhodnou stravou, málo pohybem.*“ (Denisa). „*Nemoc, strava, nedostatek pohybu.*“ (Martina). „*Z důvodu onemocnění, nevyvážený životní styl.*“ (Aneta). V poslední řadě odpovídala Tereza. „*Dáno genetickou výbavou, léky, nedostatkem sebeovládání, nedostatkem pohybu.*“ (Tereza). Jak můžeme vidět odpovědi se u všeobecných sester značně opakovaly.

4. Kategorie: Prevence v oblasti výživy

Kategorie č. 4 u všeobecných sester zahrnuje preventivní kroky v oblasti výživy. Během rozhovoru nás zajímalo, co by doporučily sestry pacientům s nadváhou a obezitou. Jednoznačně se shodly na pravidelném jídelníčku a zařazení více zeleniny a ovoce.

„*Pravidelně a zdravě jíst 5x denně, ještě svačiny, zelenina, ovoce.*“ (Martina). Aneta uvedla, že je podstatné vyřadit vysokokalorické potraviny, jíst zeleninu a ovoce. Aneta nezapomněla zmínit pitný režim. „*Vyvarovat se vysokokalorickým potravinám, jíst zeleninu a ovoce, dodržovat pitný režim.*“ (Aneta). „*5x denně porce, zařadit více zeleniny.*“ (Tereza). „*Jíst pravidelně v menších porcích, určitě zelenina a ovoce.*“ (Denisa).

5. Kategorie: Prevence v oblasti pohybové aktivity

Poslední kategorie mapuje preventivní kroky v oblasti pohybové aktivity. Všeobecné sestry by nejčastěji doporučily jedincům s nadváhou a obezitou chůzi a nezapomněly ani na včasnou mobilizaci takových pacientů z lůžka.

Martina svou odpověď směřovala na pacienty s nadváhou a obezitou, kteří jsou hospitalizováni. „*Pohyb v rámci místnosti, pohyblivý pacient musí často chodit a ležící pacient určitě rehabilitaci v rámci lůžka.*“ (Martina). Tereza podobně jako Martina myslela na pacienty v nemocnici. „*Pokud je to chodící pacient, tak pravidelný pohybový režim.*“ (Tereza). „*Chůze, plavání, kolo.*“ (Denisa). „*Procházky, kolo v rámci možností nebo lehké cviky doma.*“ (Aneta).

6. DISKUZE

V této části diplomové práce komplexně shrneme výsledky, které jsme vyhodnotili za pomoci výzkumného šetření. Výzkumné šetření bylo realizováno dvěma způsoby, a to kvantitativním a kvalitativním. Pro kvantitativní výzkum bylo využito nestandardizovaného dotazníku. Téma naší práce je *Možnosti využití model Betty Neuman v prevenci nadváhy a obezity*. Nejprve jsme práci zpracovali teoreticky, a poté výzkumně. Pro naši práci jsme stanovili jeden výzkumný cíl. *Cílem bylo Popsat možnosti využití koncepčního modelu Betty Neuman v prevenci nadváhy a obezity.*

Prvotním krokem v kvantitativním vyhodnocení bylo rozdělit si respondenty do dvou skupin, a to nadváha a obezita. Kastnerová (2016) ve své publikaci uvádí hodnoty pro nadváhu (tj. BMI 25-29,9 kg/m²) a obezitu (tj. BMI 30-34,9 kg/m²). Také WHO (2020) definuje nadváhu hodnotami dle BMI roven nebo větší 25 a obezitu roven nebo větší 30. Za pomoci kvantitativního šetření jsme chtěli zjistit jednotlivé stresory, které by mohly ovlivňovat hmotnost jedinců a zároveň pronikat do jednotlivých linií obrany. Pavlíková (2006) uvádí, že model Betty Neuman v sobě zahrnuje intrapersonální, interpersonální a extrapersonální stresory. Archalousová (2003) popisuje základní linii jako centrální jádro přežití. Dále Pavlíková (2006) ve své publikaci uvádí, že linie rezistence je nejbližší k jádru a chrání jedince před úmrtím. Také popisuje normální linii, která zajišťuje vyrovnaný stav jedince. Flexibilní linii popisuje jako nárazník, který brání jedince před vstupem stresorů. Z pohledu základní struktury lze u našich informantů říci, že trpí vysokým krevním tlakem a diabetem mellitem. Průnik stresorů zaznamenala většina informantů. Někteří informanti uváděli například bolesti zad, nohou, problémy spojené s úmrtím. Pro kvantitativní výzkum jsme si zvolili tři hypotézy.

První hypotéza zní **H1: U jedinců s nadváhou a obezitou existují rozdíly v interpersonálních stresorech.** Pavlíková (2006) uvádí, že interpersonální stresory mohou souviset s psychickou vyrovnaností a celkovým přístupem k životu. Na základě této charakteristiky jsme k vyhodnocení hypotézy zvolili určité otázky, a to konkrétně 10, 11, 44, 45 a 46. Otázka č. 10 nám zjišťovala, jak jsou jedinci s nadváhou či obezitou spokojeni s postojem rodiny ke své osobě (viz Tabulka č. 5). Po statistickém vyhodnocení můžeme říci, že obézní respondenti jsou méně spokojeni s postojem rodiny ke své osobě, tudíž rozdíl existuje. V rámci kvalitativního šetření informanti uvedli, že je ve většině případů rodina bere takové, jaké jsou a snaží se jim, popřípadě pomoci při redukci

hmotnosti. Otázka č. 11 nám zmapovala, jak jsou jedinci s nadváhou a obezitou spokojeni s postojem v zaměstnání, mezi přáteli ke své osobě (viz Tabulka č. 6). U této otázky nelze říci, že by mezi skupinami nadváha či obezita existoval statisticky významný rozdíl. Otázka č. 44 se dotazovala respondentů, zda chodí pravidelně k obvodnímu lékaři (viz Graf č. 21). Jedinci s nadváhou konkrétně 69,9 % chodí pravidelně k obvodnímu lékaři, zatímco u jedinců s obezitou je to 61,2 %. Závislost mezi skupinami nelze prokázat. Nemůžeme říci, že by respondenti s nadváhou nebo obezitou chodili k obvodnímu lékaři méně. Dle vyhlášky č. 70/2012 Sb. všeobecnou preventivní prohlídku u dospělých jedinců poskytuje všeobecný praktický lékař. Preventivní prohlídka probíhá jednou za 2 roky. Na základě zjištěných výsledků můžeme posoudit, že dotazovaní respondenti na preventivní prohlídky pravidelně chodí. Otázka č. 45 zjišťovala, zda s respondenty trpící nadváhou a obezitou mluví lékař o jejich váze a popřípadě jaký (viz Tabulka č. 21). Respondenti s nadváhou během odpovídání uvedli, že s nimi o jejich váze nejčastěji mluví obvodní lékař, a to 26 %. U obezních jedinců je to opět obvodní lékař, tuto odpověď zvolilo 27 %. Podobnost si můžeme vysvětlit tím, že obvodní lékař je nejvíce navštěvovaným lékařem. Bohužel, během výzkumu převažovaly odpovědi, kdy s respondenty žádný lékař o jejich váze nemluví. U jedinců s nadváhou to bylo 63 % a u obezních jedinců 57 %. Opakovaně se setkávám s faktem, že je tato činnost značně zanedbávaná. Zelenyté et al. (2021b) uvádí, že by se měli praktičtí lékaři zabývat obezitou pacienta jako významným zdravotním problémem. Dále Zelenyté et al. (2021b) popisuje, že je zásadní komunikace mezi pacientem a lékařem, kdy jakýkoliv zdravotnický pracovník může poskytnout pacientovi adekvátní informace o změně postoje. Rozdílnost mezi skupinami dle BMI nemůžeme potvrdit. Otázka č. 46 mapovala jak často hovoří zdravotní sestra s respondenty, kteří trpí nadváhou nebo obezitou (viz Graf č. 22). Ve většině případů obě skupiny uvedli, že s nimi zdravotní sestra nemluví. Respondentů s nadváhou bylo 86 % a s obezitou 84 %. Bohužel, jako v předchozí otázce jsme se dozvěděli, že je tato část edukace z obou stran zanedbána. Je podstatná s pacientem mluvit, konkrétně zdravotní sestra tráví s pacientem, který trpí nadváhou a obezitou spoustu času a během toho času by mohla sestra s takovým pacientem více mluvit. Málková (2016) uvádí, že je důležitá motivace, která podpoří jedince jak ke změně, tak při snižování jeho hmotnosti. Z vlastní zkušenosti vím, že se v rámci pracovní činnosti na interním oddělení snažíme o edukaci, která se zaměřuje na snížení hmotnosti u pacientů s nadváhou či obezitou. Většinou takovým pacientům nastavujeme po dobu

hospitalizace redukční diety. Kelnarová et al. (2009) uvádí, že redukční dieta je indikována u pacientů s obezitou.

V rámci kvalitativního šetření všeobecné sestry uvedli, že by pacientům s nadváhou či obezitou doporučili pravidelnou stravu s přítomností zeleniny a ovoce. Nezapomněly ani na pohybovou aktivitu. Informanti dále uvedli, že by uvítali pomoc při snižování hmotnosti od lékařů, nejenom pomoc od lékařů, ale také zmínili nutričního terapeuta. Během statistického vyhodnocení H1 **nepotvrzujeme**. Neexistují významné rozdíly mezi nadváhou a obezitou našich respondentů.

Druhá hypotéza zní **H2: U jedinců s nadváhou a obezitou existují rozdíly v intrapersonálních stresorech**. Intrapersonální stresory Kaas, Olišarová (2018) popisují jako vnější prvky, které působí na jedince, zařazujeme sem různé životní události a okolnosti, které lze těžko ovlivňovat. Na základě této charakteristiky jsme k vyhodnocení hypotézy zvolili určité otázky, a to konkrétně 6, 7, 8, 9, 17, 38, 39. Otázka č. 6 se dotazovala našich respondentů, jak jsou spokojeni se svým psychickým stavem (viz Tabulka č. 1). Jedinci s nadváhou se cítí v největším zastoupení spíše spokojeni, a to 60 %. Obdobně jsou na tom i respondenti s obezitou. U obézních jedinců zvolilo 73 % tuto odpověď. Tato zpráva je pozitivní, kdy můžeme vidět určitou spokojenost s psychickým stavem na obou stranách. Nemůžeme říci, že by existoval rozdíl mezi skupinami dle BMI. V rámci kvalitativního šetření informanti odpovídali nestejněměrně. Například Adéla uvedla, že spokojená není a ráda by zhubla. Na druhé straně je Veronika, která si je vědoma své váhy, i přesto se má ráda. Další otázka, kterou jsme zařadili k této hypotéze je otázka č. 7. Zmapovali jsme, jak jsou respondenti s nadváhou či obezitou spokojeni se svým fyzickým stavem (viz Tabulka č. 7). Respondenti s nadváhou nám uvedli, že jsou ze 33 % spíše spokojeni a 7 % zcela spokojeni. Oproti tomu obézní jedinci pouze uvedli, že 18 % je spíše spokojeno. Můžeme vidět určitý rozdíl ve spokojenosti mezi respondenty, jedinci s nadváhou jsou spokojenější se svým fyzickým stavem více jak obézní respondenti. Otázka č. 8 zjišťovala, jak jsou jedinci spokojeni se svým vzhledem (viz Tabulka č. 8). Respondenti s obezitou nám odpověděli, že 24 % je spíše spokojeno a 41 % spíše nespokojeno. Podle mého názoru nespokojenost se vzhledem u obézních jedinců může souviset s velkou konstitucí. Jedinci s nadváhou odpověděli, že jsou spíše spokojeni ze 30 % a úplně spokojeni jsou 4 %. Nelze říci, že by jedna ze skupin respondentů byla spokojenější se svým vzhledem. Na základě kvalitativního šetření jsme

se ptali informantů, jak vnímají sebe sami. Vojtěch odpověděl, že se stydí v přítomnosti hubenějších lidí. Součástí dotazníku byla také otázka směřovaná na spokojenost se zdravotním stavem respondentů. Podle odpovědí, které nám respondenti uvedli nemůžeme říci, že jedinci s nadváhou či obezitou byli spokojenější se svým zdravotním stavem. Během kvalitativního šetření nejvíce informanti uváděli, že jim jejich vysoká váha způsobuje potíže s dýcháním a bolesti nohou při chůzi. „*Osobně můžu říct, že dýchání mi dělá problém a také chůze.*“ (Lukáš). Dále někteří z informantů uvedli, že se léčí s vysokým krevním tlakem a diabetem mellitem. Zelenyté et al. (2021a) ve svém článku uvádí, že obezita je často spojována s onemocněním hypertenze a diabetem mellitem 2. typem. S tím to tvrzením se ztotožňujeme.

Dále jsme se během dotazníkové šetření respondentů dotazovali na zaměstnání. Součástí této hypotézy máme otázku č. 17, která mapovala spokojenost respondentů se zaměstnáním (viz. Tabulka č. 6). Jedinci s nadváhou nejčastěji odpověděli, že jsou docela spokojeni, a to 56 % a úplně spokojeno je 28 %. Obézní jedinci byli s výběrem odpovědi podobní, také uvedli, že jsou docela spokojeni se svým zaměstnáním. Zcela spokojeno bylo 31 % obézních respondentů. Nelze potvrdit rozdíl mezi skupinou nadváhy a obezity. Výzkum byl směřovaný na respondenty s nadváhou a obezitou, proto další otázka č. 38 zjišťovala, zda se jedinci snaží o redukci hmotnosti (viz Graf č. 20). Jedinci s nadváhou odpovídali v poměrně podobných číslech. Snížit váhu se snaží 33 % jedinců s nadváhou a 34 % dokonce opakovaně. O snížení váhy nemá zájem ze strany respondentů s nadváhou 32 %. Jak můžeme vidět většina respondentů má zájem bojovat se svojí váhou. Obézní jedinci ve většině případů chtějí změnit svou váhu, což shledávám jako pozitivní zjištění. Také v rámci kvalitativního výzkumu jsme zjistili, že mají informanti zájem o redukci váhy. Adéla se svou váhou spokojená není a chtěla by zhubnout. Otázka č. 39 navazuje na předchozí otázku a mapovala, jaká byla úspěšnost jejich dosavadní redukce váhy (viz Tabulka č. 17). U jedinců s nadváhou odpovědi značí, že redukce hmotnosti se jim daří, ale i nedaří. Pozitivní zjištění je, že většina respondentů pocítuje úspěšné zhubnutí. Za zmínku stojí také to, že jedinci s nadváhou svoje snížení hmotnosti nemohou nijak posoudit. V takové situaci by bylo vhodné vyhledat odbornou pomoc, která by byla schopná pohlídat snižování hmotnosti za pomocí měřících metod. Kunešová (2009) uvádí, že k upřesnění obsahu tuku v těle je důležité využití složitějších technik. Obézní jedinci jednoznačně nejvíce odpověděli, že se jim redukce hmotnosti nedaří. U obézních jedinců by mělo snížení hmotnosti probíhat pod odborným

dohledem. Málková (2016) uvádí, že je podstatné změnit komplexně životní styl. Během statistického vyhodnocení můžeme potvrdit rozdíl mezi skupinami. Respondenti s nadváhou jsou úspěšnější v redukci své váhy než obézní respondenti. V rámci kvalitativního šetření nám všeobecné sestry uvedly, že by doporučily jedincům s nadváhou a obezitou pravidelnou, zdravou stravu, pohyb a dostatek ovoce a zeleniny. Statistické zpracování dat, které nám poskytli respondenti nepoukazuje na podstatné rozdíly, proto H2 **nepotvrzujeme**.

Třetí stanovená hypotéze zní **H3: U jedinců s nadváhou a obezitou existují rozdíly v extrapersonálních stresorech**. Kaas, Olišarová (2018) charakterizují extrapersonální stresory podobně jako intrapersonální, a to jako prvky, které působí zvenčí. V rámci této charakteristiky jsme k vyhodnocení hypotézy zvolili určité otázky, a to konkrétně 18 a 42. Otázka č. 18 zjišťovala, zda mají respondenti nějaké problémy při pracovní činnosti, konkrétně při zaměstnání, které vykonávají (viz Tabulka č. 9). Ve většině případů obě skupiny zvolily, že omezení v práci nepocítují. Jedinci s nadváhou nejvíce pociťují bolesti kloubů a také bolesti zad. U obézních respondentů uvedli bolesti zad a celkově jejich váha sťažuje jejich práci. Nelze říci, že by existoval rozdíl mezi skupinami dle BMI, které máme stanovené. Nemůžeme potvrdit, že jedna ze skupin by měla častější překážky v zaměstnání. Poslední otázkou, kterou jsme zvolili je otázka č. 42. Zmapovali jsme, zda respondenti prožili v poslední době nějakou závažnou situaci (viz Graf č. 21). Jedinci trpící nadváhou odpověděli, že 75 % neprožila v poslední době žádnou závažnou situaci, přičemž obézní respondenti ve svých odpovědích byli vyrovnání. Závažnou situaci prožilo 53 % respondentů s obezitou. Xiao et. al. (2020) uvádí, že vznik obezity může také ovlivnit přítomný stres. Můžeme zde potvrdit rozdíl mezi nadváhou a obezitou. V rámci kvalitativního šetření jsme zaznamenali, že někteří informanti uvedli stresovou situaci, při které došlo ke změně jejich hmotnosti. Veronika, nám uvedla, že během studia na vysoké škole přibrala 20 kilo. Dalším informantem, který uvedl stresovou situaci byl David. David, popsal přibrání hmotnosti po úmrtí v rodině.

V průběhu statistického vyhodnocení bylo zjištěno, že na základě otázek nemůžeme jednoznačně H3 potvrdit či vyvrátit. V otázce č. 18 nevidíme významné rozdíly mezi skupinami nadváha a obezita, proto tuto otázku **nepotvrzujeme**. Otázka č. 42 disponuje rozdíly, kdy obézní respondenti prožili více závažných situacích v poslední době, tuto část **potvrzujeme**.

Při kvalitativním šetření jsme se ptali informantů s nadváhou a obezitou, zda se setkávají s předsudky v oblasti jejich váhy a jak se s tím vyrovnávají. Měli jsme možnosti zaznamenat poměrně různorodé odpovědi. Například Adéla nám sdělila, že předsudky nevnímá dobře. Zatímco Jana a Lukáš předsudky nevnímají a neberou si je osobně. Z vlastní zkušenosti sledují kolem sebe určitou diskriminaci jedinců s nadváhou nebo obezitou. Bohužel, tuto skutečnost pozorují i v nemocničním zařízení. V rámci polostrukturovaného rozhovoru jsme se mohli přesvědčit o odlišném postoji sester k pacientovi s nadváhou a obezitou. Všeobecná sestra Tereza označila takové pacienty jako problém a uvedla, že se snaží k nim chovat stejně jako ostatním pacientům. Luck-Sikorski (2020) uvádí, že dle jejího výzkumu, diskriminaci v oblasti vyšší hmotnosti uvádějí více ženy. Takové zkušenosti mohou negativně ovlivňovat postoj k životu a udržení nadváhy a obezity. Stigmatizace a diskriminace se objevuje i ve zdravotnických zařízeních. S takovým zjištěním se ztotožňujeme.

Všeobecných sester jsme se během rozhovoru ptali na příčiny, které stojí za vznikem nadváhy a obezity. „*Nemoci, nevhodnou stravou, málo pohybem.*“ (Denisa). S Denisou se ztotožnila i Martina. Jediná Tereza přidala do své odpovědi vliv genetické dispozice. Hainer, Bendlová (2011) uvádí ve své publikaci, že genetická predispozice ovlivňuje vznik nadváhy či obezity. Můžeme říct, že si sestry uvědomují rizika, která zapříčiňují vznik nadváhy a obezity.

V rámci kvalitativního šetření jsme zjišťovali od informantů s nadváhou a obezitou, jaký důsledek na ně vysoká váha má. Mohli jsme zaznamenat, že dva informanti už trpí dalším přidruženým onemocněním, a to diabetem mellitem a hypertenzí. „*Nic moc, mám lehčí cukrovku a léčím se s vysokým tlakem.*“ (Lukáš) a „*Mám cukrovku, ztížené dýchání a celkovou mobilitu.*“ (Vladislava). Nejčastější problémy jsme zaznamenali v oblasti bolesti nohou, zad a ztíženého dýchání. Zelenyté et al. (2021a) uvádí, že s nadváhou a obezitou často spojujeme onemocnění hypertenze a diabetes mellitus 2. typu.

7. ZÁVĚR

Práce je rozdělena do dvou hlavních celků. První celek je věnovaný popsání teoretických souvislostí, konkrétně problematiky nadváhy a obezity. Druhý celek je věnován empirické části. Součástí teoretické práce je charakteristika nadváhy či obezity. Problematika nadváhy a obezity patří mezi aktuální témata dnešní doby. Ke zvyšujícímu se výskytu přispívá pokrok v nových technologiích, industrializaci a globalizaci. Neměli bychom zapomenout na zvyšující se trend sedavého zaměstnání. Tím se snižují požadavky na fyzickou aktivitu. Dále jsme v teoretické části charakterizovali koncepční modely, konkrétně model Betty Neuman. Model Betty Neuman usiluje o zachování stability a integrity systému.

Cílem diplomové práce bylo popsat možnosti využití koncepčního modelu Betty Neuman v prevenci nadváhy a obezity. V empirické části byla zvolena smíšená kombinace výzkumu, a to kvantitativní a kvalitativní. Pro kvantitativní výzkum byla vybrána metoda nestandardizovaného dotazníku a pro kvalitativní výzkum polostrukturovaný rozhovor. Pro kvantitativní výzkum byly stanoveny tři hypotézy a pro kvalitativní šetření dvě výzkumné otázky.

Během výzkumu jsme se dotazovali jedinců na stresory, které by mohly ovlivňovat jejich hmotnost. V rámci kvantitativního šetření nebyly potvrzeny žádné významné rozdíly ve stresorech u jedinců s nadváhou a obezitou, přesto se však ukazuje, že například obézní respondenti jsou méně spokojeni s postojem rodiny ke své osobě, jedinci s nadváhou jsou spokojenější s fyzickým stavem než obézní jedinci, dále respondenti s nadváhou jsou úspěšnější v redukci hmotnosti.

V rámci analýzy kvalitativních dat z rozhovoru s jedinci trpícími nadváhou a obezitou byly identifikovány čtyři kategorie a s všeobecnými sestrami pět kategorií. Na základě kvalitativního výzkumu jsme mohli zjistit, že informanti uvedli problém vyšší váhu, potíží s dýcháním a bolesti nohou. Dále jsme měli možnost zjistit, že se u dotazovaných jedinců objevuje snížená spokojenost sama se sebou. U všeobecných sester jsme mohli zaznamenat, že se orientují v příčinách a prevenci nadváhy a obezity. Sestry by nejčastěji doporučily pacientům s nadváhou a obezitou pravidelnou a zdravou stravu, dostatek zeleniny a ovoce ve stravě a pohyb.

Tuto práci hodnotím jako velmi přínosnou. Zjistili jsme, že komunikace mezi lékařem a pacientem, který trpí nadváhou či obezitou je nedostatečná. Podstatné je zapojení včasné primární prevence ze strany zdravotnického personálu. Řada respondentů a informantů jeví zájem o snížení hmotnosti a potřebovali by ve svém snižování hmotnosti pomoci. Při redukci hmotnosti by měli být jedinci dostatečně edukováni. V rámci změny postoje k životnímu stylu je podstatná pozitivní motivace, která patří mezi nejdůležitější faktory.

8. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ADÁMKOVÁ, V. et al., 2009. Výživa a obezita. In: ADÁMKOVÁ, V. et al., *Obezita příčiny, typy, rizika, prevence a léčba*. Brno: Facta Medica. s. 23-35. ISBN 978-80-904260-5-4.
2. ADÁMKOVÁ, V. 2018. Obezita a kardiovaskulární komplikace. In: TEPLAN, V. et al., *Obezita a ledviny*. Praha: Mladá fronta. s. 118- 129. ISBN 978-80-204-4745-6.
3. ADÁMKOVÁ, V. SUCHÁNEK, P., 2009. Obezita a pohyb. In: ADÁMKOVÁ, V. et al., *Obezita příčiny, typy, rizika, prevence a léčba*. Brno: Facta Medica. s. 41-65. ISBN 978-80-904260-5-4.
4. ARCHALOUSOVÁ, A., 2003. Přehled vybraných ošetrovatelských modelů. Hradec Králové: Nucleus HK. 99 s. ISBN 80-86225-33-x .
5. BÁRTLOVÁ, S., (2009a). Techniky sběru dat v kvantitativních a kvalitativních výzkumech. In: BÁRTLOVÁ, S. et al., 2009, *Výzkum a ošetrovatelství*. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. s. 82-123. ISBN 978-80-7013-467-2.
6. BÁRTLOVÁ, S., (2009b). Zpracování kvalitativních dat. In: BÁRTLOVÁ, S. et al., 2009, *Výzkum a ošetrovatelství*. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. s. 125- 128. ISBN 978-80-7013-467-2.
7. BAILÉN, M. et al., 2020. *Microbiota features associated with a high-fat/ low-fiber diet in healthy adults*. [online]. *Frontiers in nutrition*. [cit. 2020-12-12] Dostupné z: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnut.2020.583608/full>
8. BORDA, G, M. et al., 2021. Body mass index, performance on activities of daily living and cognition: analysis in two different populations. [online]. *BMC Geriatrics*. [cit. 2021-03-25] Dostupné z: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-021-02127-8>
9. CIEMINS, E, L. et al., 2020. *Diagnosing obesity as a first step to weight loss: an observational study*. [online]. *The obesity society*. [cit. 2020-12-12] Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/oby.22954>
10. ČEŠKA, R. et al., 2015. *Interna*. 2. Vydání. Praha: Triton. 909 s. ISBN 978-80-7387-885-6.
11. DERDERIAN, CH, S. et al., 2020. *Influence of weight loss on obesity-associated complications after metabolic and bariatric surgery in adolescents*. [online]. *The obesity society*. [cit. 2020-12-12] Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/oby.23038>

12. FRIED, M., 2009. Léčba obezity a jejich komorbidit chirurgickými přístupy. In: MÜLLEROVÁ, D. et al. *Obezita – prevence a léčba*. Praha: Mladá fronta. s. 220- 239. ISBN 978-80-204-2146-3.
13. GADDE, K. et al., 2018. *Obesity: Pathophysiology and Management*. [online]. Journal of the American College of Cardiology. [cit. 2020-12-12] Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109717415841?via%3Dihub>
14. HAINER, V., (2011a). Obezita v historii lidstva. In: HAINER, V. et al. *Základy klinické obezitologie*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. s. 1-14. ISBN 978-80-247-3252-7.
15. HAINER, V., (2011b). Farmakoterapie obezity. In: HAINER, V. et al. *Základy klinické obezitologie*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. s. 277-300. ISBN 978-80-247-3252-7.
16. HAINER, V., BENDLOVÁ, B., 2011. Etiopatogeneze obezity. In: HAINER, V. et al. *Základy klinické obezitologie*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. s. 59-90. ISBN 978-80-247-3252-7.
17. HALUZÍK, M., 2010. Tuk v organismu. In: SVAČINA, Š. et al. *Poruchy metabolismu a výživy*. Praha: Galén. ISBN 987-80-7262-676-2.
18. HALUZÍK, M., 2016. Obezita a diabetes mellitus 2. typu. In: KUNEŠOVÁ, M. et al. *Základy obezitologie*. Praha: Galén. s. 25- 28. ISBN 978-80-7492-217-6.
19. HROMÁDKOVÁ, J., 2016. Léčebná tělesná výchova u těžkých stupňů obezity. In: KUNEŠOVÁ, M. et al. *Základy obezitologie*. Praha: Galén. s. 119- 123. ISBN 978-80-7492-217-6.
20. KAAS, J. OLIŠAROVÁ, V., 2018. Možnosti využití modelů Royové a Neumanové u generace 50+. In: TÓTHOVÁ, V. OLIŠAROVÁ, V. *Využití koncepčních modelů v práci sester v klinickém a komunitním ošetrovatelství*. Praha: NLN. s. 46-82. ISBN 978-80-7422-630-4.
21. KASALICKÝ, M., 2011. Bandáž žaludku. In: KASALICKÝ, M. et al. *Chirurgická léčba obezity*. Praha. s. 72-75. ISBN 978-80-254-9356-4.
22. KASTNEROVÁ, M., 2016. Etiopatogeneze civilizačních onemocnění. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. 162 s. ISBN 978-80-7394-621-0.
23. KELNAROVÁ, J. et al., 2009. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty – 1. ročník*. Praha: Grada. s. 244. ISBN 978-80-247-2830-8.
24. KOLEKTIV AUTORŮ, 2007. Výkladový ošetrovatelský slovník. Praha: Grada. Sestra (Grada). 568 s. ISBN 978-80-247-2240-5.

25. KUNEŠOVÁ, M., (2011a). Vyšetření v obezitologii. In: HAINER, V. et al. *Základy klinické obezitologie. 2. přepracované a doplněné vydání.* Praha: Grada. s. 163–179. ISBN 978-80-247-3252-7.
26. KUNEŠOVÁ, M., (2011b). Léčba obezity dietou. In: HAINER, V. et al. *Základy klinické obezitologie. 2. přepracované a doplněné vydání.* Praha: Grada. s. 181–199. ISBN 978-80-247-3252-7.
27. KUNEŠOVÁ, M., 2009. Diagnostika obezity v dospělosti. In: MÜLLEROVÁ, D. et al. *Obezita – prevence a léčba.* Praha: Mladá fronta. s. 126- 129. ISBN 978-80-204-2146-3.
28. KUNEŠOVÁ, M., 2016. Diety, hodnocení jídelníčku. In: KUNEŠOVÁ, M. et al. *Základy obezitologie.* Praha: Galén. s. 97-105. ISBN 978-80-7492-217-6.
29. KUNOVÁ, V., 2009. *Obezita- dieta pro zdravé hubnutí.* Praha: Forsapi. s. 100. ISBN 978-80-87250-04-4.
30. LECUBE, A., LÓPEZ-CANO, C., 2019. *Obezity, a Diet-Indiced Inflammatory Disease.* [online]. Nutrients. [cit. 2020-12-12] Dostupné z: <https://www.mdpi.com/2072-6643/11/10/2284/htm>
31. LUCK-SIKORSKI, C., BERNARD, M., 2020. *Stigmatisierung und Diskriminierung von Patient innen mit Adiposita.* [online]. Springer Link [cit. 2021-05-06] Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00278-020-00475-1>
32. MÁLKOVÁ, I., 2016. Aplikace kognitivně- behaviorálního přístupu v terapii obezity. In: KUNEŠOVÁ, M. et al. *Základy obezitologie.* Praha: Galén. s. 131-136. ISBN 978-80-7492-217-6.
33. MATOULEK, M. KOUBKOVÁ, N., 2018. Fyzická aktivita v léčbě obezity. In: FRIED, M. et al. *Moderní trendy v léčbě obezity a diabetu.* Axonite. s. 33-40. ISBN 978-80-88046-15-8.
34. MÜLLEROVÁ, D., (2009a). Etiologické determinanty obezity v dospělosti: životní styl, životní prostředí, biologické a farmakologické činitele. In: MÜLLEROVÁ, D. et al. *Obezita – prevence a léčba.* Praha: Mladá fronta. s. 121- 125. ISBN 978-80-204-2146-3.
35. MÜLLEROVÁ, D., (2009b). Léčba a prevence obezity dietoterapie v dospělosti. In: MÜLLEROVÁ, D. et al. *Obezita – prevence a léčba.* Praha: Mladá fronta. s. 141- 167. ISBN 978-80-204-2146-3.
36. MÜLLEROVÁ, D., AUJEZDSKÁ, A., 2014. Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví. Praha: Karolinum. 256s. ISBN 978-80-246-2510-2

37. NOVÁK, J., (2009). Prevence a léčba obezity fyzickou aktivitou. In: MÜLLEROVÁ, D. et al. *Obezita – prevence a léčba*. Praha: Mladá fronta. s. 169- 181. ISBN 978-80-204-2146-3.
38. NOVOTNÝ, J. et al., (2011). Jiná metabolická onemocnění. In: SOUČEK, M. et al. *Vnitřní lékařství*. Brno: Grana. s. 986- 1010. ISBN 978-80-210-5418-9.
39. PAVLÍKOVÁ, S., 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 107 s. ISBN 80-247-1211-3
40. SENEFFELD, J., JOYNER, M., 2020. *Strength-Endurance Training Classes, Health Benefits and Injury Rates of an Emerging Cornerstone of Physical Activity*. [online]. Mayo clinic. [cit. 2020-12-12] Dostupné z: [https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196\(20\)30070-7/fulltext](https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(20)30070-7/fulltext)
41. SMETHERS, A., ROLLS, B., 2018. *Dietary Management of Obesity: Cornerstones of Healthy Eating Patterns*. [online]. Medical Clinics of North America. [cit. 2020-12-25] Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025712517301335?via%3Dihub>
42. SUCHARDA. P., 2018. Farmakoterapie obezity. In: FRIED, M. et al. *Moderní trendy v léčbě obezity a diabetu*. Axonite. s. 41-49. ISBN 978-80-88046-15-8.
43. SVAČINA, Š., (2010a). Prevence obezity a její vztah k dalším onemocněním. In: SVAČINA, Š. et al. *Poruchy metabolismu a výživy*. Praha: Galén. ISBN 987-80-7262-676-2.
44. SVAČINA, Š., (2010b). Terapie. In: SVAČINA, Š. et al. *Poruchy metabolismu a výživy*. Praha: Galén. ISBN 987-80-7262-676-2.
45. SVAČINA, Š., (2009). Komorbidity obezity u dospělých a jejich léčba konzervativními postupy. In: MULLEROVÁ, D. et al. *Obezita – prevence a léčba*. Praha: Mladá fronta. s. 201- 218. ISBN 978-80-204-2146-3.
46. ŠONKA, K., 2016. Spánek a obezita. In: In: KUNEŠOVÁ, M. et al. *Základy obezitologie*. Praha: Galén. s. 49- 51. ISBN 978-80-7492-217-6.
47. TAPKING, CH. et al., 2020. *Influence of Body mass index and gender on stigmatization of obesity*. [online]. Obesity Surgery. [cit. 2020-12-25] Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11695-020-04895-5>
48. ŠTICH, V., 2016. Pohybová aktivita v prevenci a léčbě obezity. In: KUNEŠOVÁ, M. et al. *Základy obezitologie*. Praha: Galén. s. 113- 116. ISBN 978-80-7492-217-6.
49. TÓTHOVÁ, V. et al., 2009. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton. s. 159. ISBN 978-80-7387-286-1.

50. TÓTHOVÁ, V. OLIŠAROVÁ, V., 2018. *Využití koncepčních modelů v práci sester v klinickém a komunitním ošetřovatelství*. Praha: NLN. s. 196. ISBN 978-80-7422-630-4.
51. VRUBLOVÁ, Y., 2006. *Vybrané kapitoly z ošetřovatelství*. Ostrava: VŠB – Technická univerzita Ostrava. s. 60. ISBN 80-248-1133-2.
52. Vyhláška č. 70/2012 Sb. o preventivních prohlídkách, 2021[online]. [cit. 2021-04-25] Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-70>
53. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2020. *Obesity and overweight*. [online]. World Health Organization. [cit. 2021-04-25] Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
54. ZELENYŤÉ, V. et al., (2021a). *Body size perceptoin, knowledge about obesity and factors associated with lifestyle change among patients, health care professionals and public health experts*. [online]. BMC Family practice. [cit. 2021-03-25] Dostupné z: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-021-01383-2>
55. ZELENYŤÉ, V. et al., (2021b). *Body size perception, knowledge about obesity and factors associated with lifestyle change among patients, health care professionals and public health experts*. [online]. BMC Family practice. [cit. 2021-05-06] Dostupné z: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-021-01383-2>
56. Zákon č. 201/ 2017 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), 2017. In: Sběrka zákonů České republiky, částka 72, s. 2065-2084. ISSN 1211-1244.
57. XIAO, Y. et al., (2020). *Chronic stress, epigenatict, and adipose tissue metabolism in the obese state*. [online]. BMC Nutrition and Metabolism. [cit. 2021-05-06] Dostupné z: <https://nutritionandmetabolism.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12986-020-00513-4>

9. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Dotazník

Příloha č. 2 – Záznamový arch rozhovoru pro nadváhu a obezitu

Příloha č. 3 – Záznamový arch rozhovoru pro všeobecné sestry

Příloha č. 4 – Informovaný souhlas účastníku výzkumu

Přílohy

Příloha č. 1 – Dotazník

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s prosbou o spolupráci. V současné době vypracovávám závěrečnou práci, v rámci které provádím výzkum, jehož cílem je popsat možnosti využití koncepčního modelu Betty Neuman v prevenci nadváhy (tj. BMI 25-29,9 kg/m²) a obezity (tj. BMI 30-34,9 kg/m²). Výzkum bude zahrnovat dospělé osoby ve věku 18 let a více, kteří trpí nadváhou a obezitou. Výzkum bude realizovaný v rámci Jihočeského kraje a kraje Vysočina. Během tohoto výzkumu je důležité zodpovědět stanovené otázky. Z účasti na výzkumu pro Vás vyplývají tyto výhody: vyplnění dotazníku povede ke zlepšení metod, přístupu v prevenci a nelékařské léčby nadváhy a obezity. Riziko, které během vyplňování dotazníku vzniká je čas. Vyplnění dotazníku Vám nezabere více jak půl hodiny.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Student/ka mne informoval/a o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, stejně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány a použity pro účely vypracování závěrečné práce studenta/ky a publikace výzkumu.

Měl/a jsem možnost si vše řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit. Měl/a jsem možnost se studenta/ky zeptat na vše pro mne podstatné a potřebné. Na tyto dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu, způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Vyplněním tohoto dotazníku souhlasím s účastí ve výše uvedeném výzkumu.

1. Jste?

- a) Muž
- b) Žena

2. Kolik je Vám let (poslední den Vašich narozenin)?

.....

3. Kolik měříte?

..... cm

Kolik vážíte?

..... kg

4. Jste ženatý/vdaná?

- a) Ano
- b) Ne

5. Máte děti?

- a) Ano
- b) Ne

6. Se svým psychickým stavem jsem?

- a) Zcela spokojen/á
- b) Spíše spokojen/á
- c) Ani spokojen/á, ani nespokojen/á

- d) Spíše nespokojen/á
 - e) Zcela nespokojen/á
- 7. Se Svým fyzickým stavem jsem?**
- a) Zcela spokojen/á
 - b) Spíše spokojen/á
 - c) Ani spokojen/á, ani nespokojen/á
 - d) Spíše nespokojen/á
 - e) Zcela nespokojen/á
- 8. Se Svým vzhledem jsem?**
- a) Zcela spokojen/á
 - b) Spíše spokojen/á
 - c) Ani spokojen/á, ani nespokojen/á
 - d) Spíše nespokojen/á
 - e) Zcela nespokojen/á
- 9. Se Svým celkový zdravotním stavem jsem?**
- a) Zcela spokojen/á
 - b) Spíše spokojen/á
 - c) Ani spokojen/á, ani nespokojen/á
 - d) Spíše nespokojen/á
 - e) Zcela nespokojen/á
- 10. S postojem rodiny ke Své osobě jsem?**
- a) Zcela spokojen/á
 - b) Spíše spokojen/á
 - c) Ani spokojen/á, ani nespokojen/á
 - d) Spíše nespokojen/á
 - e) Zcela nespokojen/á
- 11. S postojem (v zaměstnání, mezi přáteli) ke Své osobě jsem?**
- a) Zcela spokojen/á
 - b) Spíše spokojen/á
 - c) Ani spokojen/á, ani nespokojen/á
 - d) Spíše nespokojen/á
 - e) Zcela nespokojen/á
- 12. Jaké je Vaše hlavní povolání? (pokud Jste zvolili možnost starobní/invalidní důchodce, mateřská/rodičovská dovolená přejděte na otázku č. 19)**
- a) OSVČ
 - b) V zaměstnání na zkrácený úvazek
 - c) V zaměstnání na plný úvazek
 - d) Mateřská dovolená
 - e) Rodičovská dovolená
 - f) Důchodce invalidní
 - g) Důchodce starobní
 - h) Jiné
- 13. Jak byste charakterizovali Své povolání?**
- a) Převážně sedavé
 - b) Převážně fyzicky náročné
 - c) Jiné.....
- 14. Jak dlouho pracujete ve stávajícím povolání?**
- a) Méně než 1 rok
 - b) 1-3 roky
 - c) 4-7 let
 - d) 8 a více let

15. Jaké je rozvržení Vaší týdenní pracovní doby?

- a) Jednosměnný
- b) Dvousměnný (zaměstnání se střídají po 12 hodinách)
- c) Třisměnný
- d) Jiné

16. Kolik hodin denně v práci obvykle trávíte?

- a) Méně než 8 hodin
- b) 8-10 hodin
- c) 12 hodin
- d) 12 a více hodin

17. Se Svým zaměstnáním jsem?

- a) Zcela spokojen/á
- b) Spíše spokojen/á
- c) Ani spokojen/á, ani nespokojen/á
- d) Spíše nespokojen/á
- e) Zcela nespokojen/á

18. Vnímáte nějaké omezení v zaměstnání, které Vám ztěžují práci?

- a) Ano, prosím uveďte
- b) Ne

19. Podívejte na možnosti volnočasových aktivit. Jak často se věnujete dané volnočasové aktivitě více jak 30 minut denně? Pokud se dané aktivitě nevěnujete, označte prosím položku „aktivitě se nevěnuji“. Svou odpověď označte křížkem v daném políčku.

	Sledování TV	Sledování PC	Wellness	Sportovní aktivity	S rodinou	S přáteli
Méně než 1 krát týdně						
1-2 krát týdně						
3-4 krát týdně						
5-6 krát týdně						
Každý den						
Aktivitě se nevěnuji						

20. Věnujete se nějaké fyzické aktivitě? Pokud ne, překročte na otázku č. 22.

- a) Ano
- b) Ne

- 21. Podívejte se na možnosti fyzických aktivit. Jak často se věnujete dané fyzické aktivitě více jak 30 minut denně? Pokud se dané aktivitě nevěnujete, označte prosím položku „aktivitě se nevěnuji“. Svou odpověď označte křížkem v daném políčku.**

	Procházky	Nordic walking	Plavání	Jízda na kole	Posilovna	Míčové hry	Jiné
Méně než 1 krát týdně							
1-2 krát týdně							
3-4 krát týdně							
5-6 krát týdně							
Každý den							
Aktivitě se nevěnuji							

- 22. Kolik pokrmů obvykle zařazujete během dne?**

- a) Méně než 2
- b) 2-3
- c) 4-5
- d) 6 a více

- 23. Snídáte?**

- a) Ano, pravidelně
- b) Ano, nepravidelně
- c) Ne

- 24. Kde se nejčastěji stravujete?**

- a) Doma
- b) V restaurace
- c) V práci
- d) Jiné:

- 25. Jak se nejčastěji stravujete?**

- a) U televize
- b) V klidném prostředí u stolu
- c) U počítače
- d) V autě
- e) Na ulici

- 26. V kolik hodin chodíte přibližně spát?**

.....

- 27. Kolik hodin přibližně spíte?**

.....

- 28. V kolik hodin konzumujete poslední jídlo?**

- a) V šest hodin večer
- b) Mezi sedmou a osmou hodinou večerní
- c) Poslední jídlo konzumuji po desáté hodině večerní
- d) Jiné

- 29. Jaký druh tekutin preferujete?**

- a) Voda
- b) Minerální voda
- c) Slazené nápoje

- d) Čaj
- 30. Pijete alkohol? Pokud alkohol nepijete překročte na otázku č. 32.**
- Ano, pravidelně
 - Ano, příležitostně
 - Ne, jsem abstinent/ka
- 31. Jaký druh alkoholu nejvíce pijete?**
- Pivo
 - Víno
 - Destiláty
 - Jiné
- 32. Jak často konzumujete zeleninu? Pokud zeleninu nekonzumujete překročte na otázku č. 34.**
- Při každém jídle
 - Jednou denně
 - 2-3 týdně
 - 4-5 týdně
 - 6-7 týdně
 - Zeleninu nekonzumuji
- 33. Jakou úpravu zeleninu preferujete?**
- Syrová
 - Dušená
 - Grilovaná
 - Smažená
 - Jiné.....
- 34. Jak často konzumujete ovoce? Pokud ovoce nekonzumujete překročte na otázku č. 36.**
- Při každém jídle
 - Jednou denně
 - 2-3 týdně
 - 4-5 týdně
 - 6-7 týdně
 - Ovoce nekonzumuji
- 35. Jakou úpravu ovoce preferujete?**
- Syrové
 - Tepelně upravené
 - Jiné
- 36. Kouříte?**
- Ano, kolik cigaret denně
 - Ne
- 37. Vážíte se pravidelně?**
- Ano, pravidelně
 - Ano, nepravidelně
 - Ne, prosím uveďte důvod
- 38. Snažíte se o redukci (snížení) hmotnosti? Pokud ne, pokračujte na otázku č. 42.**
- Ano, opakovaně
 - Ano
 - Ne
- 39. Svoji redukci hmotnosti hodnotím jako: (Pokud jste zvolili odpověď a, b – pokračujte prosím na otázku č. 40, následně na otázku č. 42. Pokud jste zvolili odpověď d, e – pokračujte prosím otázkou 41.)**
- Zcela úspěšnou

- b) Spíše úspěšnou
- c) Nemůžu hodnotit
- d) Spíše neúspěšnou
- e) Zcela neúspěšnou

40. Pokud vnímáte Vaši redukci hmotnosti zcela úspěšnou a spíše úspěšnou, proč?

- a) Zlepšení fyzické kondice
- b) Zlepšení zdravotního stavu
- c) Zlepšení psychického stavu
- d) Požadovaného snížení hmotnosti
- e) Zmírnění bolestí
- f) Jiné.....

41. Pokud vnímáte Vaši redukci hmotnosti zcela neúspěšnou a spíše neúspěšnou, proč?

- a) Zhoršení fyzické kondice
- b) Zhoršení zdravotního stavu
- c) Zhoršení psychického stavu
- d) Objevení/zhoršení bolestí
- e) Jiné.....

42. Zasáhla Vás v posledních měsících nějaká závažná situace? Pokud ano, pokračujte na otázku č. 43.

- a) Ano
- b) Ne

43. Jaká?

- a) Ztráta zaměstnání
- b) Rozvod
- c) Úmrtí v rodině
- d) Potrat
- e) Neshody s rodinou
- f) Jiná

44. Chodíte pravidelně k obvodnímu lékaři?

- a) Ano
- b) Ne

45. Mluví s Vámi lékař o Vaší hmotnosti? Pokud ano, uveďte prosím (obvodní lékař, gynekolog atd...) ?

- a) Ano, jaký
- b) Ne

46. Mluví s Vámi zdravotní sestra o Vaší hmotnosti?

- a) Ano
- b) Ne

Příloha č. 2 – Záznamový arch rozhovoru pro nadváhu a obezitu

Co Vám nadváha/obezita přináší?

Jaký byl vývoj Vaší nadváhy/obezity?

Jak vnímáte sebe sami?

Jak vnímáte chování vaší rodiny k vám?

Jak vnímáte situaci v práci?

Jaké jsou podle Vás důsledky nadváhy a obezity?

Od koho byste uvítali pomoc ohledně nadváhy/obezity?

Popište svůj zdravotní stav:

Co je podle Vás nejtěžší v oblasti prevence nadváhy/obezity?

Jak se vyrovnáváte, když se setkáte s určitými předsudky v oblasti nadváhy a obezity?

Příloha č. 3 – Záznamový arch rozhovoru pro všeobecné sestry

Co pro Vás znamená pojem nadváha?

Co pro Vás znamená pojem obezita?

Jak vnímáte pacienta/ jedince s nadváhou či obezitou?

Přistupujete k pacientům s nadváhou či obezitou stejně jako k ostatním pacientům?

Proč si myslíte, že jedinci trpí nadváhou/obezitou?

Jaký jsou podle Vás pacienti s nadváhou/obezitou?

Jakou úroveň prevence byste nastavila u pacienta s nadváhou/obezitou?

Co byste doporučila pacientovi s nadváhou či obezitou v oblasti výživy?

Co byste doporučila pacientovi s nadváhou či obezitou v oblasti pohybové aktivity?

Příloha č. 4 – Informovaný souhlas účastníku výzkumu

Informovaný souhlas

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s prosbou o spolupráci. V současné době vypracovávám závěrečnou práci, v rámci, které provádím výzkum, jehož cílem je popsat možnosti využití koncepčního modelu Betty Neuman v prevenci nadváhy (tj. BMI 25-29,9 kg/m²) a obezity (tj. BMI 30-34,9 kg/m²). Výzkum bude zahrnovat dospělé osoby ve věku 18 let a více, kteří trpí nadváhou a obezitou. Výzkum bude realizovaný v rámci Jihočeského kraje a kraje Vysočina. Během tohoto výzkumu je důležité zodpovědět stanovené otázky. Z účasti na výzkumu pro Vás vyplývají tyto výhody: vyplnění dotazníku povede ke zlepšení metod, přístupu v prevenci a nelékařské léčby nadváhy a obezity. Riziko, které

během vyplňování dotazníku vzniká je čas. Vyplnění dotazníku Vám nezabere více jak půl hodiny

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Student/ka mne informoval/a o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, stejně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány a použity pro účely vypracování závěrečné práce studenta/ky.

Měl/a jsem možnost si vše řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit. Měl/a jsem možnost se studenta/ky zeptat na vše pro mne podstatné a potřebné. Na tyto dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu, způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží účastník výzkumu (nebo zákonný zástupce) a druhý student/studentka.

Jméno, příjmení a podpis účastníka výzkumu (zákonného zástupce): _____

V _____ dne: _____

Jméno, příjmení a podpis
studenta/studentky: _____

10. SEZNAM ZKRATEK

BMI - Body mass index

WHO - Světová zdravotnická organizace