



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

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

## Role sestry v prevenci obezity a nadváhy u romské minority v České republice

# DISERTAČNÍ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Mgr. Věra Olišarová

**Školitel:** prof. PhDr. Valérie Tóthová, PhD.

České Budějovice 2015

# **Role sestry v prevenci obezity a nadváhy u romské minority v České republice**

## **Abstrakt**

**Cíle:** Cílem této disertační práce bylo charakterizovat vztah, postoj a názory romské minority vztahující se k nadváze a obezitě. Zároveň byla zaměřena na popsání rizikových faktorů, které se na jejich vzniku podílejí, a vytvoření metodiky k intervenčnímu programu zaměřenému na prevenci nadváhy a obezity u romské minority.

**Metodika:** Pro účely naplnění cílů bylo přistoupeno ke kvalitativnímu výzkumu, který umožnil i sledování kulturně podmíněných vzorců chování v terénu. Výzkumný soubor byl tvořen 25 romskými respondenty, kteří byli starší osmnácti let a zároveň byla jejich hodnota BMI v pásmu nadváhy nebo obezity (tedy  $BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ). Mezi respondenty bylo 8 mužů a 17 žen. K analýze dat byla využita metoda zakotvené teorie, která napomáhá hledání nových souvislostí. V rámci analýzy kvalitativních dat byl využit program MAXQDA 11.

**Výsledky:** Rolí sestry v prevenci nadváhy a obezity u Romů je identifikace ovlivnitelných rizikových faktorů pramenících z životního stylu a jejich eliminace za využití vhodné motivace a efektivní edukace. Kulturně podmíněné vzorce chování jsou výrazným faktorem, který může ovlivnit efektivnost realizovaných intervencí. Již při odběru anamnézy, v níž se sestra snaží identifikovat rizikové způsoby chování, se tyto vzorce projevují. Pro Romy je těžké například popsat své jídelní zvyklosti z kvalitativního i kvantitativního hlediska, zejména pak frekvenci a pravidelnost stravování. Z dalších faktorů, které se v oblasti problematiky nadváhy a obezity uplatňují, je to body image, sociální funkce stravování, socioekonomický status a s ním spojené složení stravy atd. Právě pochopení těchto souvislostí mezi jednotlivými faktory a motivačních prvků, které se na daném rizikovém způsobu chování podílejí, může do ošetřovatelství vnést nový rozměr.

**Vědecké přínosy práce:** Na základě analýzy dat a po integraci poznatků byla vytvořena metodika k intervenčnímu programu zaměřenému na prevenci nadváhy a obezity. Tento materiál byl následně konzultován se zástupci dané minority a upraven dle jejich připomínek. Následně byl využit v souvislosti s řešením grantového projektu číslo

LD14114, který je realizován za finanční podpory Ministerstva školství mládeže a tělovýchovy v rámci COST (Cooperation on Scientific and Technical Research) nesoucí název Obezita a nadváha u romské minority v Jihočeském kraji.

**Klíčová slova**

Role sestry – nadváha – obezita – prevence – intervenční program

# **Role of nurse in prevention of obesity and overweight in Roma minority in the Czech Republic**

## **Abstract**

**Goals:** The goal of this dissertation consisted in characterizing the relation, attitude and opinions of the Roma minority with respect to overweight and obesity. At the same time, it was focused on describing the risk factors contributing to their origination and on creating a methodology for the intervention program aimed at prevention of overweight and obesity in the Roma minority.

**Methods:** To meet the goals, qualitative research was carried out, allowing also the monitoring of culturally conditioned behaviour patterns in field. The research set consisted of 25 Roma respondents above eighteen years of age who had a BMI value in the area of overweight or obesity (i.e.  $BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ). The respondents included 8 men and 17 women. The data analysis was performed with the help of the method of anchored theory that helps to search new connections. The analysis of qualitative data was carried out with the help of the MAXQDA 11 program.

**Results:** The role of the nurse in prevention of overweight and obesity in the Roma consists in identification of influenceable risk factors resulting from life style and in their elimination under use of adequate motivation and efficient education. The culturally conditioned behaviour patterns constitute a distinctive factor that can influence the efficiency of the implemented interventions. The patterns can be seen already when taking the medical history in which the nurse tries to identify risk behaviours. For example, the Roma have problems with describing their eating habits from qualitative and quantitative perspective, particularly the frequency and regularity of eating. Other factors acting in the area of overweight and obesity include body image, social functions of eating, socio-economic status and the related food structure, etc. The understanding of the connections among the individual factors and of the motivation elements involved in the respective risk behaviour may introduce a new dimension into nursing.

**Scientific contributions of the dissertation:** The data analysis and the integration of findings helped to create the methodology for an intervention program aimed

at prevention of overweight and obesity. The material was subsequently consulted with representatives of the relevant minority and modified according to their comments. Subsequently, it was used in connection with the grant project number LD14114, implemented under financial support of the Ministry of Education, Youth and Sports within COST (Cooperation on Scientific and Technical Research), named "Obesity and overweight in Roma minority in the Region of South Bohemia".

**Key words**

Role of nurse - overweight - obesity - prevention - intervention program

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji disertační práci s názvem „*Role sestry v prevenci obezity a nadváhy u romské minority v České republice*“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své disertační 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 disertační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé disertační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne ..... 2015

.....

Věra Olišarová

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala své školitelce prof. PhDr. Valérii Tóthové, PhD. za cenné rady, věcné připomínky, podněty a podporu, které mi v průběhu tvorby této práce věnovala. Poděkování patří i doc. PhDr. Aleně Kajanové, PhD. a Mgr. Lence Šedové, PhD. za cenné rady při řešení praktických otázek.

Práci věnuji mým nejbližším, bez jejichž podpory, vstřícnosti a pochopení by nikdy nebyla dokončena.

## Obsah

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>1. SOUČASNÝ STAV</b> .....	<b>11</b>
1. 1 <i>Nadváha a obezita</i> .....	13
1. 1. 1 <i>Definice nadváhy a obezity</i> .....	14
1. 1. 2 <i>Současný trend v prevalenci nadváhy a obezity</i> .....	16
1. 1. 3 <i>Rizikové faktory vzniku nadváhy a obezity</i> .....	18
1. 1. 4 <i>Diagnostika nadváhy a obezity</i> .....	20
1. 1. 5 <i>Léčba nadváhy a obezity</i> .....	22
1. 1. 5. 1 <i>Nefarmakologická léčba</i> .....	23
1. 1. 5. 2 <i>Farmakologická léčba</i> .....	25
1. 1. 5. 3 <i>Chirurgická léčba</i> .....	26
1. 1. 6 <i>Komplikace nadváhy a obezity</i> .....	27
1. 1. 7 <i>Vliv nadváhy a obezity na vnímání sebe sama</i> .....	29
1. 2 <i>Životní styl romské minority</i> .....	33
1. 2. 1 <i>Historie romské minority v ČR</i> .....	35
1. 2. 2 <i>Současnost romské minority v ČR</i> .....	39
1. 2. 3 <i>Životní styl romské minority z pohledu modelu L. Purnella</i> .....	40
1.3 <i>Edukační činnost sestry v prevenci nadváhy a obezity</i> .....	46
1.3.1 <i>Specifika v edukaci romské minority z pohledu teorie sociálního učení</i> .....	48
1.3.2 <i>Edukační témata vztahující se k prevenci nadváhy a obezity u romské minority</i> .....	51
1.3.2.1 <i>Složení stravy z pohledu zásad racionální výživy</i> .....	51
1. 3. 2. 2 <i>Přívod energie</i> .....	55
1. 3. 2. 3 <i>Potravní chování</i> .....	56
<b>2. CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY</b> .....	<b>59</b>
2.1 <i>Cíle výzkumu</i> .....	59
2.2 <i>Výzkumné otázky</i> .....	59
<b>3. OPERACIONALIZACE POJMŮ</b> .....	<b>60</b>
<b>4. METODIKA A VÝSLEDKY</b> .....	<b>62</b>
4.1 <i>Výběr zkoumaného souboru</i> .....	63



4.2 Zvolené metody získávání a zpracování kvalitativních dat .....	65
4.3 Výsledné kategorie.....	74
<b>5. DISKUZE .....</b>	<b>96</b>
<b>6. ZÁVĚR .....</b>	<b>103</b>
6.1 Metodika k intervenčnímu programu pro prevenci nadváhy a obezity u romské minority.....	104
<b>7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>	<b>118</b>
<b>8. SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>135</b>

## Úvod

Nadváha a obezita patří k civilizačním onemocněním s velmi vysokým výskytem. Trvale vzestupný trend v jejich prevalenci je celosvětově velmi znepokojující. Kromě genetických faktorů, které se na jejich vzniku podílejí (Kasalický, 2011), jsou to také další determinanty, jako je vliv prostředí, do určité míry také zlepšení ekonomické situace jedinců či etnická diference. S ekonomickou situací úzce souvisí rovněž vzdělání a výše příjmů populace. Lze říci, že v rozvinutých zemích, kam řadíme i Českou republiku, je obezita častější u obyvatel s nižším vzděláním a nižšími příjmy, podobně jako u venkovské populace. Oproti tomu v rozvojových zemích je spojena spíše s vyšším sociálním postavením a společenskou prestiží (Kasalický, 2011; Brewis, 2011).

V současném ošetrovatelství patří edukace ke standardním složkám ošetrovatelské péče. Edukace je cílena na zdravé i nemocné a směřuje k převzetí odpovědnosti v rámci selfmanagementu podpory a zlepšení zdraví. Neustále se zvyšující prevalence nadváhy a obezity je celosvětovým problémem. Tento trend je patrný i v České republice. Tak jako v majoritní populaci je situace závažná i u minorit. Romové u nás patří k nejpočetnějším minoritám. Přestože z analýzy výsledků sčítání lidu je patrný jejich zdánlivě snižující se počet (Český statistický úřad, 2011), odborné odhady stále hovoří o celkovém počtu 160 000–250 000 osob (Prokešová, 2010). Z pohledu současné filozofie ošetrovatelství je třeba poznamenat, že se jedná o minoritu s vlastním kulturním dědictvím a charakteristickými rysy romství (Prokešová, 2010; Jakoubek, 2003).

Ve světle těchto údajů, i s ohledem na neuspokojivý zdravotní stav Romů (Šedová, Olišarová, Tóthová, 2014), se jeví jako velmi důležité hovořit o efektivnosti a možnostech preventivních programů, které jsou zatím cíleny spíše na majoritní populaci. Ovšem poznání míry zachování či respektování tradiční kultury může u Romů napomoci k odhalení kulturně podmíněných stereotypů a vzorců chování, které mohou ovlivnit efektivitu poskytované ošetrovatelské péče nejen v oblasti prevence nadváhy a obezity (Trusty, Looby, Sandhu, 2002). Právě tyto skutečnosti se staly motivem pro stanovení cílů této disertační práce.

## 1. Současný stav

Naše vlastní tělo je již po dlouhou dobu objektem, který upoutává pozornost ostatních členů společnosti. O tom, že je objektem sociálního a kulturního vývoje, není dnes již pochyb. Je hodnocené, uznávané, znovuobjevované, tabuizované a některými i nenáviděné (Summerfield, 2015). Fialová (2001, 2007) ve svých publikacích popisuje, že lidské tělo je vnímáno prostřednictvím různých úrovní sebepercepce ve vztahu k vnějším vlivům (např. sociální normy) a vnitřním vlivům (např. vlastní pocit atraktivnosti). S postupem času se stalo do jisté míry pramenem štěstí a prožitků vlastní identity. Určitý vztah mezi tělesným a duchovním bytím zde tedy je. Jeho významem se po staletí zabývali filozofové, antropologové a různí velcí myslitelé. Ve svých úvahách postupně směřovali od dualistického pojetí, které upřednostňoval např. Descartes, k celostnímu pojetí obou složek jako neoddělitelného celku. Jak uvádí Plháková (2006), pro dualistické pojetí je podstatný předpoklad zásadní odlišnosti a neslučitelnosti těla a duše, přičemž duchovní princip je většinou nadřazen hmotnému. Opačný názor je možné zaznamenat v dílech Husserla, jehož pojetí fenomenologie je vědou o „zření podstaty“. Domníval se, že součástí živé bytosti je tendence k emocionálnímu rozsudku nad vnímaným. To následně může ovlivnit naše vlastní sebepojetí i úsudek nad vzhledem druhého člověka. Tvary lidského těla tak v nás mohou evokovat libé či nelibé pocity, vzbuzovat nedůvěru i lhostejnost, a podílet se tak na vytváření „prvního dojmu“ (Mackie, 2010).

Touha porozumět tomu, co si lidé myslí, cítí nebo dělají, je pochopitelná už z jednoho prostého důvodu. Samotná natalita, porodnost, neznamena pouze fakt, že se člověk narodí, přijde na svět v biologickém slova smyslu. Každý člověk je do určité míry závislý na přírodě (Liessemann, 2010). S tím souvisí také fyziologie jídla a pití, neboť aby člověk mohl žít, rozvíjet se, potřebuje získávat a spotřebovávat energii, vykonávat procesy látkové výměny (Dvořáková-Janů, 1999). Existenciální fenomenologie se na toto téma dívá poněkud odlišně. J. P. Sartre (2006) vnímá tělo jako individualizaci angažování člověka ve světě. Jeho pojetí rozpracoval fenomenolog C. O. Schrang, který vnímal tělo coby existenciální identitu, která je duši propůjčena. Proto jej nelze vnímat pouze jako biologickou entitu. Odráží se v něm lidské „Já“, umožňuje člověku prožitek, je nositelem, ale i tvůrcem vztahů k okolnímu světu, a tak nabývá kromě společenských hodnot také kulturního rozměru. Svou roli má v sociálních kontaktech i v neverbální

komunikaci. Proto je důležitá snaha chápat jej jako jednotu těla a duše, tedy holisticky, a neoddělovat jej (Fialová, 2001).

Člověk je oproti jiným živým bytostem schopen vnímat sám sebe ve vztahu ke svému tělu. Uvědomuje si svou tělesnost a dobře ví, že je vystavena pohledu a hodnocení ostatních. Vnímá význam oblečení, mnohdy si uvědomuje, že mu může pomoci v nalezení lepšího pocitu ze svého zevnějšku či ve zvýšení sebevědomí. Proto má móda v životě lidí takový význam. Faktická blízkost lidského těla však někdy způsobuje, že přichází o pozornost, kterou by mu jeho majitel či majitelka měli věnovat. Jeho existenci si lidé všeobecně uvědomují až ve chvíli, kdy je člověk nemocný či zraněný. Z relativně samozřejmého aspektu lidského bytí se tak stává významná složka, která upoutává pozornost. Vzhled a funkčnost lidského těla proto patří k základním faktorům tělesných a psychických stavů i projevů osobnosti v chování jedince (Fialová, 2001).

Druhým filozofickým aspektem nadváhy a obezity jsou jídelní zvyklosti. Z části jsou dány základním předpokladem lidské existence, a to uspokojováním fyziologických potřeb, kam mimo jiné patří i potřeba příjmu potravy. To, jaký druh potravy k nasycení člověk zvolí, nebo zda se vědomě rozhodne potravu nepřijímat, je pouze jeho osobním rozhodnutím. Konzumace jídla, která nepodléhá instinktivnímu chování, ale je dána individuálními psychickými a sociokulturními vzory chování, je pro člověka typická (Dvořáková-Janů, 1999). Z některých studií je patrné (Puoane et al., 2006; King et al., 2010), že jídlo má ve všech společnostech naprosto klíčový význam. Může být zdrojem radosti, potěšení, může vyjadřovat soudržnost komunity, vztah k posvátnému nebo k jiným lidem. Prostupuje celým lidským životem. Je vysoce symbolické a v průběhu let se stalo jedním z významných prostředků sloužících k budování sociálních vztahů. Vždyť i kavárny či různá restaurační zařízení sdružují jedince právě prostřednictvím jídla (Bovey, 1995; Fedorak, 2009).

Stále však platí, že výživa je nedílnou součástí tělesného, duševního i duchovního života jedince. Proto se také stala předmětem úvah mnoha náboženských a filozofických systémů. Ty je možné datovat již od dob prehistorických, kdy někteří lidé věřili, že konzumací zvířete získají jeho vlastnosti a schopnosti (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003; Turek, 2004). Ve společnostech, v nichž měli nedostatek potravy, se proto stala možnost získat jídlo výrazem prestiže a bohatství. Vysvětlovat však jídelní chování z čistě ekonomického hlediska prostřednictvím racionálně tržního

chování při volbě potravin z uvedených důvodů není dostačující. Je spíše nutné vycházet z pojetí chování, jež je reakcí na určitou souhru podnětů. Nelze jej tedy redukovat na pouhou akci a reakci. Důležitý je právě motivační prvek, impulz, který může iniciovat konzum jednotlivých potravin či odmítání jiných. K významným motivačním prvkům bezesporu patří sociální determinanty (viz Příloha 1), které v různých kulturách a sociálních vrstvách sehrávají svou roli (Dvořáková-Janů, 1999; Puoane et al., 2006).

### ***1.1 Nadváha a obezita***

Nadváha a obezita (otyllost) jsou diagnózy, které člověka provázejí během jeho vývoje již od doby historické až prehistorické, kdy se lidé mnohdy potýkali s nadbytkem i nedostatkem potravy, nebo dokonce hladověním (Kasalický, 2007). Jasně důkazy o tom přinášejí historická a umělecká díla, jako jsou sochy, malby či literární tvorba. Vzpomeňme například sošky Venuší, které byly symbolem hojnosti a plodnosti, a rozbory kožních řas mumií faraonů, které potvrdily, že i oni trpěli obezitou. Rizika spojená s tímto onemocněním si uvědomovali také staří Římané, kteří dobře věděli o vztahu mezi obezitou a spánkovou apnoí. V době baroka se symbolem krásy staly zaoblené tvary. Otlý muž byl symbolem úřední moci, blahobytu a úspěšnosti (Hainer, 2011a; Hlúbik, 1994).

Nové poznatky a hypotézy, týkající se obezity, které jsou i v dnešní době aktuální, s sebou přineslo 18. století. Roku 1727 například Thomas Short klasifikoval obezitu jako jev nezdravý a v jistém smyslu i amorální, neboť jej spojoval s neschopností sebekontroly u obézních jedinců. Roku 1760 Malcolm Flemýng zaznamenal odlišnosti ve sklonu k obezitě s přihlédnutím na tělesnou konstituci a jídelní zvyklosti. Thomas Beddoes pak roku 1793 vyslovil hypotézu týkající se snížené oxidace tuků a příčinného vztahu ke vzniku obezity. Tato hypotéza byla experimentálně a klinicky potvrzena na konci minulého století (Hainer, Kunešová, 1997; Kasalický, 2007).

Roku 1836 byl definován index tělesné hmotnosti A. Queteletem. Tento index vyjadřující poměr hmotnosti k výšce jedince se dodnes využívá coby jednoduchý nástroj pro stanovení diagnózy u dospělé populace. Dnes je však znám spíše pod označením BMI (Hainer, Kunešová, 1997). Přestože se jedná o univerzální nástroj

využitelný pro obě pohlaví a různé věkové kategorie dospělých, je třeba jej vnímat jako orientační, neboť nezohledňuje množství tukové tkáně v organismu (WHO, 2014a). Dvacáté století bylo spojené s objevováním celé řady redukčních diet, jež svým charakterem mnohdy neodpovídaly požadavkům racionální výživy. Stávalo se, že nebyly vyrovnané co do zastoupení všech nutných složek potravy. V 80. letech 20. století se všeobecně oblíbě těšily velmi přísné nízkenergetické diety označované „Very Low Calorie Diets“ (VLCD), jejichž energetický obsah se pohyboval v rozmezí 1600–3500 kJ. Se vzrůstajícím množstvím poznatků o příčinách nadváhy a obezity byla do léčby tohoto onemocnění zařazena také behaviorální intervence jídelních a pohybových návyků, která podporuje účinnost redukčního režimu. Koncem 20. století se k léčbě začala využívat i moderní farmaka (Hainer, Kunešová, 1997).

Tak jako se měnily v průběhu dějin poznatky týkající se nadváhy a obezity, měnilo se i znění samotných diagnóz. Dle WHO (1995) je nadváha definována Body Mass Indexem (BMI) vyšším nebo rovným  $25 \text{ kg/m}^2$  a obezita BMI vyšším nebo rovným  $30 \text{ kg/m}^2$ . Alarmující je, že tato onemocnění se v posledních letech stále častěji vyskytují v mladších generacích a také u dětí. Stávají se tak obrovským celospolečenským problémem, neboť obézní děti mají více než dvakrát vyšší pravděpodobnost, že budou obézní i v dospělosti (Serdula et al., 1993; James, 2008; WHO, 2014b). Dříve byla obezita považována za rizikový faktor vzniku diabetu mellitu (DM) II. typu. V 80. letech 20. století však odborná veřejnost uznala, že obezita je většinou genotypickým projevem stejného genetického základu jako DM II. typu. „Smrtící čtveřicí“ se označoval společný výskyt obezity, DM II. typu, hypertenze a hypolipoproteinémie. V současnosti je zastřešujícím pojmem pro tyto a další související onemocnění „Reavenův metabolický syndrom X“ (Kasalický, 2007).

### ***1. 1. 1 Definice nadváhy a obezity***

Z definice WHO (1995; 2014a) je patrné, že nadváha a obezita spolu velmi úzce souvisí, neboť nadváha (též preobezita) je předstupněm obezity. Za nadváhu je považováno BMI vyšší nebo rovné  $25 \text{ kg/m}^2$ . Obezita je dána BMI vyšším nebo rovným  $30 \text{ kg/m}^2$ , přičemž se dále dělí na obezitu I. stupně (BMI  $30\text{--}35 \text{ kg/m}^2$ ), II. stupně (BMI  $35\text{--}40 \text{ kg/m}^2$ ) a III. stupně (BMI nad  $40 \text{ kg/m}^2$ ) (Kunešová, 2011a). Obezita je

definována jako jedno z nejzávažnějších civilizačních onemocnění, ovlivněné genetickými predispozicemi (Dlouha et al., 2010) a environmentálními faktory (WHO, 1995). Patří mezi nejčastější onemocnění látkové přeměny neboli onemocnění metabolická (Mastná, 2000). Celostní definici uvádí ve své publikaci Kasalický (2007, s. 15): „Obezita je multifaktoriální onemocnění ovlivněné složkou genetickou, biochemickou, hormonální, etnickou, behaviorální, a v neposlední řadě i společensko-kulturním prostředím.“

Nadváha a obezita jsou tedy onemocnění charakteristická nadměrným zmnožením tělesného tuku, které může nepříznivě ovlivnit zdravotní stav jedince (Brewis, 2011; WHO, 2014a). Podíl tuku však závisí na mnoha faktorech. Těmi jsou například věk, pohlaví či etnický charakter populace. Obecně je známo, že vyšší procento tuku v těle mají ženy. Také se stoupajícím věkem se jeho podíl zvyšuje (Pelikánová, 2003; Mastná, 2000). Normální hodnoty tělesného tuku se u žen pohybují maximálně do 30 % a u mužů maximálně do 25 % tělesné hmotnosti, přičemž ideální hodnoty jsou pro ženy do 25 % a pro muže do 20 % tělesné hmotnosti. Podstatné je uvědomit si, že toto onemocnění není jen kosmetickým defektem. Je doprovázeno celou řadou komplikací a závažných onemocnění (Pelikánová, 2003; Hainer, Kunešová, 1997).

Tak jako kvantitativní klasifikace nadváhy a obezity pomocí BMI je v praxi významná i klasifikace kvalitativní, která zohledňuje proporční rozložení tuku. Na jeho základě rozlišujeme obezitu androidní a gynoïdní. U androidního (centrálního) typu obezity (lidově typ tvaru jablka) je zmnožen tuk v oblasti abdominální (Pelikánová, 2003). V tomto případě je pro určení míry metabolických komplikací dále rozlišováno mezi tukem viscerálním a podkožním. Vysoké riziko metabolických komplikací je spojeno především se zmnožením tuku viscerálního, a to z důvodu, že tato tkáň má rychlejší metabolický obrat, a tak se stává významným zdrojem volných mastných kyselin. Je také zdrojem mnoha látek s endokrinní či parakrinní aktivitou, které produkuje (Hlúbik, 1994; Kunešová, Müllerová, Hainer, 2011). Příkladem je leptin či adiponektin, tedy látky, které se dále mohou podílet na vzniku a rozvoji inzulínové rezistence a klinických projevech metabolického syndromu (Haluzík, 2011). Všeobecně se tento typ obezity častěji vyskytuje u mužské populace, ale lze se s ním běžně setkat i u žen, které jsou hormonálně léčeny pro poruchy menstruačního cyklu. Pokles hmotnosti zde bývá velmi

dobře znatelný a poměrně brzy se dostavuje i estetický efekt (Mastná, 2000; Patidar, 2013).

Při gynoidní obezitě (lidově typ tvaru hrušky) je tuk kumulován především v oblasti hýždí a stehen, což se z hlediska komplikací obezity jeví jako méně rizikové (Pelikánová, 2003). Ovšem při velmi těžké obezitě, kdy BMI dosahuje hodnot vyšších než  $40 \text{ kg/m}^2$ , již riziko výskytu komplikací stoupá a je srovnatelné s mužským typem obezity (Málková, Kunová, Kudrna, 2002). Tento druh obezity je typický především pro ženskou část populace. Vizually taková žena vypadá následovně: tělesný tuk má rozložený převážně v dolní polovině těla, zatímco v horní polovině těla do pasu bývá často štíhlá. Při vhodné volbě oblečení (široké a dlouhé sukně), může svou diagnózu snadno skrýt (Mastná, 2000; Pelikánová, 2003). Problematické ovšem může být snižování hmotnosti ve smyslu snahy dosáhnout lepšího formování postavy, neboť tuk se z těchto partií ztrácí s většími obtížemi (Patidar, 2013).

### ***1. 1. 2 Současný trend v prevalenci nadváhy a obezity***

Obezita patří k civilizačním a metabolickým chorobám s velmi vysokým výskytem (Pelikánová, 2003; Adámková et al., 2009). Neustále se zvyšující prevalence nadváhy a obezity je v celosvětovém měřítku významným problémem nejen z toho důvodu, že na jejich následky zemře ročně téměř 2,8 milionu lidí. V roce 2008 byl celosvětový výskyt nadváhy u dospělých ve věku 20 let a více 35 % (srovnatelný u obou pohlaví 34 % mužů a 35 % žen). Výskyt obezity byl v témže roce u 14 % žen a u 10 % mužů. Oproti roku 1980 tato čísla zaznamenala téměř dvojnásobný nárůst, neboť v té době byl výskyt obezity u mužů 5 % a u žen 8 % (WHO, 2014b). Například v letech 1988–1994 trpělo v USA nadváhou či obezitou 56 % populace starší 19 let. Ovšem v letech 2009–2010 to bylo již 68,8 %, přičemž samotná obezita byla zaznamenána u 35,7 % jedinců. Ve věkové kategorii 12–19 let byl procentuální posun téměř osmiprocentní. V letech 1988–1994 byla obezita zaznamenána u 10,5 % jedinců, v letech 2009–2010 pak již u 18,4 % (Centers for Disease Control and Prevention, 2012). Nejnižší výskyt nadváhy a obezity byl zaznamenán v Jihovýchodní Asii. Zde se obezita u obou pohlaví pohybuje na hranici 3 %, nadváha byla zaznamenána u 14 % populace (WHO, 2014b). V roce 1980 byla nejvyšší prevalence obezity ve střední a východní Evropě. Pohybovala se



mezi 16,3–18,2 % (Stevens et al., 2012). Mezi lety 1980–1990 však její výskyt vzrostl v celé Evropě téměř o 40 % (Crossley, 2004). V Evropské unii, dle dostupných dat, těmito diagnózami trpí více než polovina populace (52 %). Tuto hranici prevalence splňuje téměř 17 z 27 členských států (OECD, 2012). Naopak nejnižší prevalence byla v roce 2010 zaznamenána v Rumunsku (7,9 %), ve Švýcarsku (8,1 %) a v Itálii (9,9 %) (OECD, 2010). Pro srovnání je dobré si uvědomit, že výskyt obezity byl před 100 lety na území Evropy v řádu jen několika málo procent či zcela mizivý (Kasalický, 2007).

Podobně jako v ostatních zemích Evropy i v České republice je patrné zvyšování prevalence nadváhy a obezity. Dle WHO (2008) bylo BMI vyšší nebo rovno 25 kg/m<sup>2</sup> zaznamenáno u 61,7 % obyvatel (muži 69,9 % a ženy 53,1 %). Z průzkumu VZP uveřejněného v lednu roku 2011, který byl proveden na vzorku 2 065 lidí, vyplývá, že nadváhou a obezitou trpí na našem území celkem 55 % obyvatel. Z toho celku se 34 % potýká s nadváhou a zbývajících 21 % s obezitou (Vondruška, 2011). Přestože počet dospělých jedinců s BMI vyšším nebo rovným 25 kg/m<sup>2</sup> v České republice již několik let výrazně nestoupá, zvyšuje se podíl lidí trpících obezitou. Proto se naše země řadí k předním místům v žebříčku s nejvyšším výskytem. Závažné je rovněž zjištění, že dle odhadu je každé 13. úmrtí v Evropské unii spojeno s nadměrnou tělesnou hmotností, což má pro zdravotnický systém výrazný finanční dopad (Kasalický, 2011; Státní zdravotní Ústav, 2013). Ačkoli jsou tato fakta silně znepokojující, jak uvádí Kasalický (2011), stále se jedná o diagnózy, jejichž závažnost je podceňována nejen laickou veřejností, ale i politickou reprezentací a zdravotníky. Tato „lehkovážnost“ má za následek vzestup výskytu nových „zaručeně spolehlivých“ diet, medikamentů či různých přístrojů, které mohou mít zcela mizivý či dokonce negativní efekt na lidské zdraví.

Z faktorů, které ovlivňují nárůst prevalence obezity, jsou nejvýznamnější genetické faktory, které ji mohou ovlivnit z 60 až 80 %. Vždyť jen v současnosti je již známo na 250 genů, které jsou spojené s obezitou (Hainer, Kunešová, Bendlová, 2002; Kasalický, 2011). Z dalších determinant je to vliv prostředí, do určité míry také zlepšení ekonomické situace jedinců či etnická diferenciacce. S ekonomickou situací úzce souvisí rovněž vzdělání a výše příjmů populace. Lze říci, že v rozvinutých zemích, kam řadíme i Českou republiku, je obezita častější u obyvatel s nižším vzděláním a nižšími příjmy, podobně jako u venkovské populace. Oproti tomu v rozvojových zemích je spojena

spíše s vyšším sociálním postavením a společenskou prestiží (Kasalický, 2011; Brewis, 2011).

Kromě trendu neustále se zvyšující prevalence těchto chorob je patrný také posun ke stále mladším generacím (dospívajícím a dětem). Významnou roli v těchto trendech hraje etnická příslušnost, nižší příjmy a nižší úroveň vzdělání. V případě dětské populace pak rodinné zázemí a vyšší hodnoty BMI u rodičů (zejména u matek). V tomto kontextu se proto předpokládá, že etnicita je mnohdy významnějším prediktorem pro vznik daných onemocnění v dětské populaci, než sociální třída či jiné socioekonomické proměnné (Saxena et al., 2004; Robertson, Lobstein, Knai, 2007; Higgins, Dale, 2010; Karlsen et al., 2013). Na příklad u nehispanšských černochů žijících v USA byla prokázána o 51 % vyšší prevalence obezity ve srovnání s nehispanšskými bělochy. U Hispánů byla prevalence obezity vyšší o 21 % (Centers for Disease Control and Prevention, 2009). U slovenských Romů byla prokázána vyšší prevalence obezity a zvýšené riziko aterosklerózy ve srovnání s neromskou populací. Zároveň bylo prokázáno, že na západním Slovensku je u dané minority častěji diagnostikován metabolický syndrom (Ostrihoňová, Bérešová, 2010; Dobranici, Buzea, Popescu, 2012).

### ***1. 1. 3 Rizikové faktory vzniku nadváhy a obezity***

Z výše uvedené definice obezity (Kasalický, 2007) vyplývá, že se jedná o multifaktoriálně podmíněné onemocnění. Vznik nadváhy a obezity je tedy podmíněn interakcí vnějších a vnitřních faktorů, které ve svém důsledku vedou k pozitivní energetické bilanci a následnému nadměrnému hromadění tukové tkáně (WHO, 2014a). Výrazným faktorem, který se tedy podílí na jejich vzniku, je již zmíněný zvýšený obsah tělesného tuku. K vytváření tukových zásob přispívá pozitivní energetická bilance, jídelní zvyklosti (např. zvýšený podíl tuků v potravě, konzumace jednoduchých sacharidů, zvýšená konzumace alkoholu a způsob stravování), ale také inaktivita, či dědičnost (Hainer, Bendlová, 2011).

Energetický příjem je ovlivňován celkovým složením stravy. Tučky by v celkovém energetickém příjmu měly činit asi 30 %. Běžně však představují 36–38 %. Ačkoli dodávají potravinám charakteristickou plnost, mají malou sytící schopnost a vysokou

energetickou denzitu (Hainer, Bendlová, 2011). Svůj podíl na zvýšení energetického příjmu má také zvýšený příjem jednoduchých sacharidů (zejména sacharózy a fruktózy) a nedostatek polysacharidů (tedy škrobů, celulózy a jiných složek vlákniny). Oproti tuku však mají sacharidy nižší energetickou denzitu a dobrou sytící schopnost (Turek, 2004; Hainer, Bendlová, 2011). Mezi faktory spojené se složením stravy lze zahrnout i nedostatečný přívod některých vitaminů, minerálních látek a stopových prvků a nedostatečný přívod přírodních ochranných látek. Z chemických rizik, která mohou negativně ovlivnit zdraví člověka z pohledu výživy, je nutno zmínit látky vznikající při nevhodném způsobu přípravy stravy, přírodní toxické látky, alergeny apod. (Turek, 2004).

Výdej energie představuje energii nutnou k zajištění bazálního metabolismu, energii nutnou pro zpracování potravy a termogenezi a také energii spojenou s fyzickou aktivitou. Rovnováhu mezi příjmem a výdejem zajišťuje centrum pro kontrolu hladu a sytosti, které se nachází v hypotalamu, pomocí energetických substrátů, humorálních mediátorů a vegetativního nervstva (Mastná, 2000; Pelikánová, 2003). Jak uvádí Hainer a Kunešová (1997), nadměrný příjem energie je v tomto ohledu tedy pojmem relativním. Vždy je nutné jej posuzovat ve vztahu k energii vydané, kterou v případě pozitivní energetické bilance převyšuje. K příčinám takového příjmu řadíme nevhodné stravovací návyky a s nimi spojený výběr potravin o vyšším energetickém obsahu, ale i nevhodnou léčbu diabetu mellitu (Pelikánová, 2003; Hainer, Bendlová, 2011). Energie jako taková může být udávána dvojím způsobem. V praxi se využívají následující: jednotka joule (J), která je hlavní jednotkou práce, energie a tepla; a kalorie, resp. kilokalorie (kcal). Přepočítání těchto hodnot je následovné:  $1 \text{ kcal} = 4,186 \text{ kJ}$  (zaokrouhleně 4,2 kJ) (Mastná, 2000).

Podíl na vzniku nadváhy a obezity nelze upřít, jak již bylo řečeno, také genetickým faktorům. Jejich vliv dokládají četné studie (např. Wardle et al., 2008; Saunders et al., 2007; Scuteri et al., 2007). Například výrazně vyšší podíl obézních dětí lze zaznamenat u obézních rodičů (Adámková, 2009). Genetické faktory se uplatňují nejen při určování tělesného složení (ze 40–70 %), tedy podílu tuku a aktivní tělesné hmoty, ale i při určování množství útrobního tuku v abdominální oblasti. Jsou determinantou výše bazálního metabolismu a termogeneze, ale také jídelního chování člověka a jeho postoje k fyzické aktivitě. Z toho lze logicky odvodit, že následně v redukčním režimu ovlivňují

schopnost redukovat množství tukových zásob (Bouchard, 2010; Hainer, Bendlová, 2011).

Dalším ze zmiňovaných determinant je zevní prostředí. Do něj řadíme výchovu, socioekonomické vlivy, ale i dostupnost potravin a následné jídelní zvyklosti jedince společně s preferencí potravin a mírou pohybové aktivity (Hlúbik, 1994; Pelikánová, 2003). Z výsledků výzkumu publikovaného autory Menezes, Neutzling a Taddie (2009) vyplývá, že u brazilských adolescentů sledování televize či využívání počítače delší než 120 minut denně zvyšuje v kombinaci s ostatními faktory šanci pro rozvoj nadváhy a obezity dvojnásobně. Statisticky významný vliv byl pozorován také v oblasti jídelních zvyklostí (např. vynechání snídaně či žádná konzumace ovoce). Ve vztahu k jídelním zvyklostem současný potravinářský průmysl bohužel této situaci příliš neulehčuje, neboť jsou stále častěji produkovány potraviny s vysokým obsahem tuků a jednoduchých cukrů. Oproti minulosti se zvyšuje i příjem živočišných tuků. Všeobecně lze říci, že se příjem energie zvyšuje, přičemž příjem biologicky hodnotné stravy se podstatným způsobem snižuje. Zanedbatelný v tomto ohledu není ani ekonomický tlak na spotřebitele (Hlúbik, 1994; Pelikánová, 2003).

K poměrně „mladým“ rizikovým faktorům je řazen také psychický a emoční stav jedince. Pokud je člověk v neustálém napětí a v jeho životě převažuje nespokojenost, může se stát, že právě v jídle bude hledat a nacházet útěchu. Důraz, který mu bude přisuzovat, bude ve srovnání se „šťastnou“ populací nadměrný z důvodu navození libých pocitů, ke kterým u něj příjem potravy povede. To je jev, který je u obézních poměrně častý a ve vystupňované formě bývá popisován jako orální libido (Hlúbik, 1994).

#### ***1. 1. 4 Diagnostika nadváhy a obezity***

Diagnostika nadváhy a obezity, stejně jako jiných onemocnění, začíná důkladným odběrem anamnézy. Ta je v tomto případě zaměřena na specifické problémy související s nadváhou a obezitou. Mapuje se etnikum, výskyt obezity v rodině, vývoj hmotnosti v průběhu života jedince (vč. porodní hmotnosti) se zaměřením na váhové výkyvy a na analýzu období, kdy došlo k výrazným změnám v hmotnosti (Tsigos et al., 2008). Pozornost je věnována také anamnéze onemocnění komplikujících obezitu, jídelním

zvyklostem a preferencím potravin, fyzickým aktivitám vykonávaným v průběhu života či nezdravým návykům, jako je kouření nebo zvýšená konzumace alkoholu. Ve vztahu k následným intervencím v léčebném i ošetrovatelském procesu jsou nepostradatelné informace o předchozí léčbě obezity a jejím efektu, stejně jako očekávání pacienta a jeho motivace (Kasalický, 2007; Kunešová, 2011a).

Na odběr anamnézy navazují laboratorní a přístrojová vyšetření (Kasalický, 2007). Algoritmus pro vyšetření v obezitologii je uveden v příloze (viz Příloha 2) (Fried, 2005). K základnímu posouzení hmotnosti ve vztahu ke zdravotním rizikům, jak již bylo výše zmíněno, se od 19. století využívá Queteletův index tělesné hmotnosti (BMI – Body Mass Index) (Kunešová, 2011a). Ten však neodráží podíl tuku a beztukové hmoty, který se při stejném BMI liší podle pohlaví, etnické příslušnosti či věku jednotlivce. Z tohoto důvodu je stanovená norma BMI v hodnotách odlišná například pro asijskou populaci, u které jsou hodnoty normy nižší (nadváha je dána hodnotou BMI 23–24,9 kg/m<sup>2</sup> a obezita hodnotou BMI vyšší nebo rovnou 25 kg/m<sup>2</sup>). Stejně obezitelně je nutno postupovat při využívání BMI v klasifikaci nadváhy a obezity u starších osob, neboť tato stupnice platí pouze za předpokladu, že by se dospělým během celé dospělosti hmotnost nezvýšila. Ovšem mírný přírůstek hmotnosti se vzrůstajícím věkem lze považovat za prospěšný (Grogan, 2000; McKinney, 2013; Kunešová, 2011a).

Ve Francii a v některých zemích střední Evropy byl pro posouzení nadváhy a obezity využíván Brocův vzorec ideální hmotnosti (Brocův index, BI). Brocův index vychází z předpokladu, že člověk by měl vážit tolik kilogramů, kolik měří centimetrů nad jeden metr výšky. Nadváha je pak definována jako ideální hmotnost plus 10 procent (Oddy, Atkins, Amilien, 2009; Rastogi, 2010). Ovšem jak uvádí Mastná (2000), vzorec platí spíše pro muže, kteří mají zpravidla silnější kostru nežli ženy. U žen je pak ideální, pokud jejich hmotnost činí pouze 90 % z tohoto výpočtu, či maximálně 95 %. Naopak v publikaci Kleinwächterové a Brázdové (2001) se lze setkat s názorem, že je hodnota daná tímto výpočtem platná pouze pro rozmezí výšky od 155 cm do 165 cm. Právě pro tuto limitaci není Brocův index v současnosti příliš využíván.

Dlouho se pro stanovení této diagnózy využívalo pouze antropometrických metod, jejichž správnost předpokládá nutnost přesného měření (viz Příloha 3) (Mastná, 2000; Kunešová, 2011). Tyto metody umožňují zhodnocení tělesné hmotnosti vzhledem

k tělesné výšce, konstituci a stanovení rozložení tuku v lidském organismu (Kleinwächterová, Brázdová, 2001). V jejich výčtu lze nalézt také měření obvodu pasu, který je vhodným ukazatelem pro stanovení míry kardiovaskulárních a metabolických rizik, neboť odráží množství abdominálního tuku (Janssen et al., 2002; Tsigos et al., 2008). Hodnoty poměru pasu a boků pak slouží ke stanovení rizikové viscerální obezity. Pro tu jsou charakteristické hodnoty větší než 0,85 u žen a u mužů nad 1,0 (Kunešová, 2011a).

Kromě antropometrických metod se ke stanovení složení těla využívají metody založené na vodivosti těla (např. bioelektrická impedance) (Ricciardi, Talbot, 2007), referenční metody (např. hydrodenzitometrie, počítačová tomografie apod.), metody sloužící ke stanovení obsahu vody v lidském těle či protonová nukleární magnetická spektroskopie určená ke stanovení intracelulárního tuku (Kunešová, 2011a).

### ***1. 1. 5 Léčba nadváhy a obezity***

Všeobecně je cílem léčby obezity dosažení trvalého snížení hmotnosti současně se snížením rizikových faktorů metabolických a kardiovaskulárních onemocnění (Cavill, Ells, 2010). Již v minulosti bylo jasně prokázáno, že i poměrně malá redukce hmotnosti o 5–10 % může tato rizika snížit velmi podstatným způsobem. Úspěchem je pak jakékoli snížení hmotnosti a současně s ním snížení rizika vzniku komplikací. Úspěšnost nefarmakologických postupů při léčbě obezity lze všeobecně hodnotit jako velmi nízkou, proto se využívají i postupy farmakologické a chirurgické (Pelikánová, 2003; Svačina, 2006). Chirurgické postupy neboli bariatrická chirurgie by však dle Kasalického (2007) měla vždy nasedat na konzervativní léčbu. Mělo by jí být využíváno až v případech, kdy ostatní postupy selhaly. U obézních, kteří takový způsob léčby podstoupí, je třeba myslet na možnost výskytu pooperačních psychických obtíží. Ty mohou být dány nadměrným očekáváním od operace v podobě „zázračného“, rychlého hubnutí či příliš velkých nároků, které vycházejí od klientů samých. Určitá nespokojenost pak může pramenit ze složitosti odnaučení se starým návykům a změny životosprávy. Stejně důležité, jako změna životního stylu, je také přijetí svého vlastního – změněného těla (Kasalický, 2011).

### **1. 1. 5. 1 Nefarmakologická léčba**

V oblasti nefarmakologické léčby obezity se dnes stále častěji setkáváme s *kognitivně-behaviorální psychoterapií* (Málková, 2011). Základní filozofií tohoto přístupu je myšlenka, že nevhodné stravovací a pohybové chování lze u člověka odstranit stejným způsobem, jakým se mu během svého života naučil. Za tímto účelem jsou využívány metody, mezi něž patří motivace, techniky sebezpozorování a pozitivního sebezposilování chování či kognitivní techniky. Významně se zde uplatňuje rovněž edukace, která je zaměřena kromě racionální výživy i na nácvik stereotypů vedoucích k dosažení kontroly nad vnějšími stravovacími podněty (např. příprava a plánování jídla, chování při oslavách apod.) (Málková, 2011; Pelikánová, 2003). Zmíněná technika sebezpozorování je spojena s vedením denních záznamů o příjmu potravy, její kvalitě a množství, místě, kde je potrava přijímána, rychlosti konzumace a pocitů, které při stravování jedinec pociťuje. Techniky kontrolující samotný akt konzumace jídla jsou zaměřeny na pravidelnost a stravování se u jídelního stolu, konzumaci potravin mezi hlavními jídly, odkládání příboru mezi sousty, řádné rozžvýkání soust a tempo konzumace. Techniky aktivní kontroly vnějších podnětů souvisejí s monitorací okolností stravování, naučením se odmítnout pokrm a přitom neurazit hostitele, či naučení se způsobu, jak potraviny nakupovat. Dále se zde uplatňují techniky sebezposilování, kognitivní techniky zaměřené na myšlenkovou oblast, výuka základů výživy, dietetiky a přípravy nízkoenergetických pokrmů, edukace v oblasti pravidelné fyzické aktivity a skupinové individuální behaviorální terapie. Intervence zde ovšem nejsou zaměřeny pouze na obézního jedince, ale měly by být cíleny i k jeho rodině, neboť podpora rodiny je v tomto ohledu velmi důležitá (Hlúbik, 1994, Málková 2011).

*Redukční dieta* patří k základním pilířům terapie obezity. Jejím opěrným bodem je racionální dieta. Základem je omezení příjmu saturovaných tuků a jednoduchých cukrů při zachování vhodného příjmu vody, bílkovin, minerálů, vitaminů a samozřejmě i zvýšení podílu vlákniny ve stravě (Pelikánová, 2003). Redukční dieta je tedy nízkoenergetickou dietou, jejíž energetický obsah by měl být o 2000–2500 kJ/den nižší než energetický výdej daného jedince s přihlédnutím k jeho věku, pohlaví, pohybové aktivitě apod. Při navrhování složení této diety je třeba zachovat doporučené dávky v základních ukazatelích, a to bílkovin (20–25 %), tuků (20–30 %), sacharidů (50–55 %) a vlákniny (10–30 g) (Kunešová, 2011b). Cílem vhodně předepsané

nízkoenergetické diety je pomalé snížení hmotnosti maximálně o 1–2 kg za měsíc, a proto ji lze považovat za velmi vhodnou. Pokud je vyvážená, může při ní dojít k redukci tuku o  $\frac{3}{4}$  a svalové hmoty pouze o  $\frac{1}{4}$ . V edukaci klienta je nutno se zaměřit na doporučení ve výběru nízkoenergetických potravin, klást důraz na vyloučení alkoholu a zvýšení příjmu zeleniny a vody. Pro názornou ukázkou lze využít model rozdělení talíře, který se jeví jako velmi efektivní (Pelikánová, 2003).

*Velmi přísné nízkoenergetické diety* (VLCD – Very Low Calory Diets) jsou takové, které obsahují maximálně 400–800 kcal (tedy 1600–3500 kJ) (Hainer, 2011b). Tyto diety obsahují dostatek bílkovin a všech ostatních složek potravy, ale jsou mnohem ekonomicky náročnější a nenutí klienta ke změně životního stylu. Při některých formách těchto diet je vhodná též substituce některých minerálů, stopových prvků a vitaminů. Vzhledem ke své povaze jsou tyto diety určeny pro: klienty trpící těžším stupněm obezity ( $BMI > 35 \text{ kg/m}^2$ ), kteří nereagují na nízkoenergetickou dietu; pro případy, kdy je nutné dosáhnout rychlejšího hmotnostního úbytku; pro klienty, kteří současně trpí DM II. typu (pokud nejsou léčeni inzulinem) a nepomáhají jim ani méně přísné diety. Délka podávání takové stravy je ovšem omezená na dobu 2–5 týdnů a zásadně by měla probíhat pod kontrolou lékaře, neboť se v jejich průběhu mohou objevit komplikace, jako je zhoršení kardiovaskulárních obtíží, nervozita, nespavost, deprese apod. (Pelikánová, 2003; Hainer, 2011b).

*Pohybová aktivita* je neoddelitelnou součástí nefarmakologických postupů léčby nadváhy a obezity s širokým spektrem pozitivních účinků (Štich, 2011). Dochází při ní ke zvyšování energetického výdeje, k redukci hmotnosti nezávisle na dietě, má příznivý vliv na snížení rizikových faktorů aterosklerózy, snížení krevního tlaku, hladin lipidů v krvi, zlepšení tolerance glukózy apod. Účinek však není pouze fyzický, je i psychický. K vhodným pohybovým aktivitám řadíme aerobní cvičení ve střední intenzitě, a to 3–6krát týdně v délce trvání 30–45 minut, při němž by mělo být dosaženo 60 % maximální zátěže. Ta se odhaduje podle tepové frekvence, přičemž od hodnoty 220 odečteme věk klienta. Z doporučovaných aktivit jsou nejčastěji uváděny jízda na kole, turistika, chůze a tanec (Pelikánová, 2003). V souvislosti s prevencí nadváhy a obezity či jejich léčbou je nejčastěji zmiňovaným typem pohybové aktivity pohybová aktivita aerobního charakteru (Štich, 2011). Tepová frekvence při tomto druhu cvičení by neměla u mladších lidí přesáhnout 140 tepů/min, u osob středního věku 130 tepů/min



a u starších osob 110 tepů/min. Vhodné je rovněž omezení poskoků u obézních, protože by mohlo dojít k poškození přetěžovaných nosných kloubů (Hlúbik, 1994; Málková, Kunová, Kudrna, 2002).

### **1. 1. 5. 2 Farmakologická léčba**

Základním pilířem léčby nadváhy a obezity je bezesporu změna životního stylu. U některých jedinců však v dlouhodobém horizontu není komplexní dietní, pohybová a behaviorální terapie dostatečně efektivní (Manning, Pucci, Finer, 2014). Z tohoto důvodu si moderní farmakoterapie v oblasti léčby obezity klade za cíl zejména napomáhat dlouhodobé úspěšnosti redukčního režimu, a snížit tak riziko metabolických a kardiovaskulárních komplikací (Ioannides-Demos, Proietto, McNeil, 2005; Hainer, 2011c). Zahájení farmakoterapie se tedy doporučuje: u pacientů s BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>, pokud není komplexní nefarmakologická léčba efektivní (tzn. že během tří měsíců léčby nedošlo k poklesu hmotnosti o více než 5 %); u pacientů s BMI 27–30 kg/m<sup>2</sup>, u nichž byla zjištěna kardiovaskulární či metabolická rizika plynoucí z obezity. Velmi obezřetně je třeba přistupovat k dětem a pacientům starším 65 let, u nichž se podávání antiobezitik nedoporučuje (Hainer, 2011c; Bray, 2012).

Antiobezitika jsou léky využívané při farmakologické léčbě obezity. Tyto léky musí splňovat řadu kritérií, zejména pak musí být účinné a bezpečné i při dlouhodobém podání (Hainer, 2011c). V současnosti lze farmaka, která se v této oblasti využívají, rozdělit dle mechanismu účinku na léky, které prostřednictvím působení na neuropřenašeče CNS vedou k útlumu pocitu hladu a současně ke zvýšení pocitu sytosti (např. Fentermin); léky, které snižují vstřebávání tuků (např. Orlistat); a léky zvyšující energetický výdej (např. Elsinorské prášky) (Hlavatý, 2009; Hainer, 2011c). Mezi méně známé postupy patří také podávání bobtnavých vláknin (např. algináty z mořských řas), které vyvolávají pocit sytosti a zároveň snižují glykemický index konzumované stravy (Svačina, 2013). Hainer (2011c) uvádí, že z konkrétních léků byly do roku 2010 indikovány k dlouhodobé léčbě obezity Orlistat a Sibutramin. K tomuto ovšem doplňuje, že v průběhu roku 2010 došlo ke stažení Sibutraminu z trhu v EU a USA. Z dalších jmenuje Fentermin a směs efedrinu a kofeinu (Elsinorské prášky),

které patří k lékům využívaným pro krátkodobou léčbu obezity, tedy léčbu nepřesahující tři měsíce.

### ***1. 1. 5. 3 Chirurgická léčba***

Chirurgická léčba obezity neboli bariatrická chirurgie dnes již patří k léčebným postupům nabízejícím dlouhodobé, trvalé a výrazné hmotnostní úbytky (Fried, 2011). Indikována je tehdy, když selže léčba konzervativní a u nemocného dochází k častým relapsům ve vztahu ke zvyšování hmotnosti. Dále je vhodná u morbidně obézních s BMI > 40 kg/m<sup>2</sup> a superobézních s BMI > 60 kg/m<sup>2</sup> (Kasalický, 2007). Věková hranice pro indikování chirurgické léčby obezity je dána mezi 18 a 65 lety (Fried, 2011). Jak uvádí Kasalický ve své publikaci (2007, s. 16): „Celosvětově se ročně provede přibližně kolem 150 000 bariatrických výkonů, přičemž v Evropě asi 40 000. Z tohoto počtu v Evropě provedených výkonů je přibližně 30 000 gastrických bandáží.“

K základním kontraindikacím těchto operací patří stavy, které mají za následek neúnosnost operace v celkové anestezii. Nelze je tedy provádět u nemocných s jinými závažnými přidruženými chorobami, které je přímo ohrožují na životě (např. kardiální, hepatální či renální selhání nereagující na léčbu apod.) (Kasalický, 2011). Tyto operace nejsou prováděny ani u jedinců, kteří se nepodrobili žádnému pokusu o léčbu konzervativní (Fried, 2011). Z dalších kontraindikací jsou to zejména poruchy psychického chování, např. psychózy, afektivní poruchy, alkoholismus apod., dále mentální retardace, poruchy dietního chování či bulimie (Kasalický, 2011).

Vlastní bariatrický zákrok Fried (2011) popisuje jako operační zákrok, jehož cílem je snížení hmotnosti pacienta. V začátcích chirurgické léčby obezity, v 1. polovině 20. století, se provádělo pouze odstranění tukové tkáně především z oblasti břicha. První resekce tenkého střeva z důvodu snížení nadváhy při velké obezitě byla provedena roku 1952 Henriksonem. To je také bod, odkdy lze hovořit v této oblasti o počátcích bariatrie. Roku 1957 byl k těmto výkonům zařazen také jejunoileální bypass provedený poprvé Paynem a Scottem. Při něm došlo ke zkrácení tenkého střeva na délku 45 cm. Bohužel tyto operace vedly u pacientů k velmi závažným malnutričním stavům, a proto od nich bylo postupně opouštěno. Ke konci minulého století, společně s výrazným rozvojem laparoskopických metod, však bariatrická chirurgie opět získala na významu

především v léčbě těžších stupňů obezity. Nově se oproti minulosti zaměřila na výrazné zmenšení objemu přijímané stravy nebo zmenšení plochy resorpce živin (Fried, 2005; Kasalický, 2007).

Jak uvádí Bessler et al. (2012), v praxi jsou dnes využívány tři typy metod. Prvním typem jsou metody restriktivní, které zmenšují objem žaludku s cílem dosáhnout zmenšení objemu přijímané stravy. Metody resekční (malabsorbční) spočívají v resekcii zažívacího traktu, díky které dochází ke zmenšení plochy resorpce živin. Třetím typem jsou metody kombinované, které v sobě skrývají prvky z metod restriktivních i malabsorbčních (Bessler et al., 2012). Příkladem restriktivní metody jsou gastrická bandáž či gastroplastika. Z resekčních metod je to biliopankreatická diverze a z kombinovaných resekčních metod jejunioileální bypass a gastrický bypass (Fried, 2005; Kasalický, 2007).

Ve stadiu klinických zkoušek je v současnosti také metoda gastrické stimulace, která spočívá ve využití myoelektrické stimulace pomocí speciálního stimulatoru. Jeho stimulační sondy se laparoskopicky zavádějí do svaloviny přední stěny žaludku. Vlastní stimulator je umístěn do podkoží v oblasti břicha. Stimuly, které přístroj v přesně daných intervalech a četnostech vysílá, pak u jedinců navozují pocit sytosti (Kasalický, 2011).

### ***1. 1.6 Komplikace nadváhy a obezity***

Nadváha a obezita patří k civilizačním onemocněním s výrazným dopadem na zdravotní, sociální i spirituální složku jedince. Mezi zdravotní komplikace, které jsou s těmito stavy spojeny, řadíme riziko vzniku diabetu, hypertenze, ischemické choroby srdeční (ICHS), ale i vzniku cévních mozkových příhod, dny či zhoršení onemocnění dýchacího ústrojí v důsledku zhoršení mechaniky dýchání a plicních funkcí (Mastná, 2000; Kunešová, Müllerová, Hainer, 2011). Tyto komplikace lze v zásadě rozdělit do několika oblastí dle systému, který zasahují. Mezi kardiovaskulární komplikace tedy spadá zvýšené riziko vzniku ICHS, infarktu myokardu a cévních mozkových příhod (Sucharda, 2010). Právě vznik cévních mozkových příhod byl u obézních mužů (s BMI > 30 kg/m<sup>2</sup>) pozorován téměř dvakrát častěji oproti mužům s normální hmotností (tedy BMI < 25 kg/m<sup>2</sup>) (Kunešová, Müllerová, Hainer, 2011). Riziko vzniku a rozvoje

arteriosklerózy je významné z toho důvodu, že v její etiopatogenezi hrají významnou roli poruchy metabolismu lipidů, konkrétně dyslipoproteinémie. Při ní dochází k vzestupu koncentrace celkového cholesterolu a cholesterolu v LDL, vzestupu hladiny triacylglycerolů a VLDL a současně k poklesu hladiny HDL cholesterolu. Dále k nim řadíme arteriální hypertenzi, která se u obézních vyskytuje až v 60 % (Afridi et al., 2003; Adámková, 2009).

Z metabolických onemocnění je to především zvýšený výskyt diabetu mellitu II. typu, kde je základem inzulinová rezistence. Dále poruchy metabolismu lipidů, hyperurikémie či zvýšená koncentrace fibrinogenu (Kunešová, Müllerová, Hainer, 2011). Z gastrointestinálních bývají nejčastěji uváděny gastroezofageální reflux, hiátová hernie, jaterní steatóza, cholelitiáza a pankreatitida. Z respiračních pak hypoventilace při vysokém uložení bránice nebo syndrom spánkové apnoe (Malnick, Knobler, 2006; Kunešová, Müllerová, Hainer, 2011). Z kloubních onemocnění jsou to především degenerativní onemocnění kloubů, a to zejména dolních končetin a dna (Málková, Kunová, Kudrna, 2002). Ve vztahu k endokrinním komplikacím bývá zmiňována inzulinová rezistence a u centrálního typu obezity hormonální změny související s hypersenzitivitou osy hypotalamu-hypofýza-nadledviny (Zadák, 1997). V neposlední řadě je to také zvýšený výskyt malignit co do počtu kolorektálních karcinomů a karcinomu žlučníku. U žen pak výskyt karcinomu endometria, ovaria a prsu, kde je příčinou zvýšená hladina estrogenů (Zadák, 1997; Kunešová, Müllerová, Hainer, 2011).

Mezi mnohdy podceňované komplikace nadváhy a obezity je třeba řadit i ty z oblasti psychosociální, které mohou uniknout pozornosti nejen členů rodiny, ale i ošetřujícího lékaře či jiného zdravotnického personálu. Je třeba si uvědomit, že posuzování tohoto onemocnění je výrazně poplatné kulturním tradicím společnosti, přičemž rozhodně nejde jen o „ideál krásy“, ale i o společenské postavení, zdravotní stav, mentální schopnosti, fyzický výkon apod. Proto se může u obézních častěji projevit deprese a úzkost v porovnání s normostenickou populací (Hainer, Kunešová, 1997). Z tohoto důvodu bývá nadváha a obezita spojována se stigmatizací, neboť obézní člověk bývá často vystaven negativním projevům v zaměstnání, ve škole či v širší společnosti (Puhl, Heuer, 2010; Sekerková, 2012).

### ***1. 1. 7 Vliv nadváhy a obezity na vnímání sebe sama***

Jak již bylo zmíněno, naše vlastní tělo, objekt sociálního a kulturního vývoje, nepřitahuje jen pozornost nás samotných, ale i ostatních členů společnosti (Fialová, 2001). Je proto přirozené, že pojetí krásy, především ženské, bylo předmětem úvah myslitelů již od dob antiky (Mastná, 2000). V dřívějších dobách se mnozí domnívali, že smysl pro krásu, potěšení vyvolané tvary, barvami či zvuky, je vlastní pouze člověku. Ovšem dle Darwina (2006) je ve světě kolem nás mnoho důkazů, které svědčí o významu krásy i pro ostatní živočichy. V případě některých druhů zvířat je například krása samečka nutností pro zajištění zájmu samičky a dosažení možnosti pokračování rodu. Krása je tedy v určitém směru podstatná pro přežití, do určité míry determinovaná návyky a dědičností (Darwin, 2006). Samotnou „krásu“ je však velmi těžké definovat, neboť náhled na ni podléhá výrazným změnám a neustále ve svém vývoji pokračuje (Mastná, 2000). V lidské mysli nemá specifickou podobu, proto je možné u různých národů téže rasy pozorovat odlišnosti v jejím pojetí a výrazu (Darwin, 2006). Co se ale v mnohých společnostech nemění, je fatismus, neboli sklon posuzovat člověka na základě jeho tělesných proporcí. Takové posuzování může snadno odrážet skryté předsudky nebo snahu jej ospravedlnit starostí o zdraví a spokojenost dané osoby, která může být pouze snahou zakrýt diskriminaci obézního jedince. Ten pak bývá vytlačován na okraj společnosti, což není pouze ojedinělý jev (Bovey, 1995).

Prvním, kdo se začal zabývat problematikou psychologických a sociologických aspektů vnímání a prožívání lidského těla, byl ve 20. letech 20. století Paul Schilder. Ve svých úvahách vycházel z toho, že člověk vnímá své tělo prostřednictvím obrazu, který si vytváří ve své mysli. Proto také definoval sebepojetí jako způsob, jímž člověk přemýšlí o svém těle, vnímá jej a cítí. Lze tedy říci, že tělesné sebepojetí zahrnuje odhad velikosti těla, zaujetí stanoviska k jeho přitažlivosti či emocí spojených s jeho tvarem. V 90. letech 20. století se tyto úvahy staly podkladem pro vznik sociologie těla, která se stala samostatnou vědní disciplínou (Grogan, 2000; Fialová, 2001). Podobně smýšlel i anglický neurolog H. Head, který roku 1911 zavedl do odborné terminologie pojem „schéma“ dnes známý spíše jako „body schéma“. Označil jím schematickou představu umožňující pochopení vlastního těla, kterou člověk získává prostřednictvím informací z vnitřního i vnějšího světa za využití interakce (Fialová, 2001). V polovině 20. století se pak pro dané vnímání mezi odbornou veřejností rozšířil termín „body image“. Ten se

velmi rychle dostal i do pole zájmu médií, což se výrazně projevilo koncem 20. století. V té době se mezi častá témata publikovaných článků dostávala tematika estetické chirurgie, poruchy příjmu potravy či různé druhy diet (Grogan, 2000). Lidské tělo se stávalo předmětem obchodu, objektem investic a nadhodnocovaným symbolem úspěchu (Stackeová, 2011).

Z historického hlediska lze říci, že je v této oblasti všeobecně kladen větší tlak ve smyslu vyhovět ideálu štíhlosti na ženskou část populace než na mužskou. U ženské populace vývoj ideálu postupoval od kyprých postav středověku k velmi štíhlým siluetám dnešní doby. Důkazem toho bylo i odmítnutí Manetovy Olympie, neboť tento obraz byl považován za „obscénní“ pro kypré tvary nahé ženy, jež znázorňoval (Crook, 1995; Grogan, 2000). Výrazný vliv na ideál ženské štíhlosti napříč různými obdobími měla velmi úspěšná marketingová politika módního průmyslu. Například na počátku 20. století byla ideálem „štíhlá linie bez ňader“, ale již v 60. letech 20. století se začal projevovat návrat k oblým tvarům. Ideálem se tak stávaly filmové či modelingové hvězdy s „bujným poprsím“. Následně se vzorem mladé generace žen stala Twiggy. Štíhlost najednou byla, alespoň v Británii, synonymem pro nekonvenčnost, svobodu a možnost uplatnění se mezi společenskou smetánkou. Tento trend se zvýraznil v 90. letech 20. století. Tehdy se novým ideálem staly modelky typu „sirotek“, jako je kupříkladu Kate Moss. Ke konci 90. let nastupuje svou éru „heroinový styl“ charakteristický černým make-upem na očích, modrými rty, vlasy bez lesku a typickou postavou, která vykazovala známky přílišné únavy a hubenosti (Grogan, 2000; Kasalický, 2007). Tlak společnosti a vývoj kultury postupně dosáhl v oblasti vnímání obrazu svého těla takové míry, že mnoho žen začalo pochybovat o své ženskosti a odmítat obraz vlastního těla. Štíhlost se tedy stala ideálem a znamením ženskosti. Efekt, který s sebou takové smýšlení přineslo, pak spočíval v neschopnosti přijmout jistotu místa ve společnosti, akceptace sebe sama a možnosti, že by „nedokonalá“ žena mohla být ve společnosti někým vnímána jako atraktivní (Crook, 1995).

U mužů byl tento trend poněkud odlišný. V minulosti se zobrazované nahé mužské siluety vyznačovaly atletickou postavou s širokými rameny a úzkými boky a jejich tělo bylo celkově považováno za mnohem krásnější (Grogan, 2000; Kasalický, 2007). Jen velmi zřídka bylo idealizováno, a to až do 80. let 20. století, kdy se tak začalo jen velmi pozvolna dít. Idealizované mužské tělo bylo tehdy určeno pro homosexuální publikum.

Určitou výjimkou byla idealizace mužského těla v nacistické propagandě v době 2. světové války. Další výjimku tvořilo zobrazování hollywoodských idolů 50. let. Tyto reklamní fotografie, na nichž byli ztvárňováni, byly jednoznačně určené ženskému publiku. Až v 80. letech se idealizované snímky nahých či polonahých mužů staly součástí západních sdělovacích prostředků středního proudu. Od té doby začalo mužské tělo ztrácet homoerotické konotace. V současnosti lze pozorovat zvyšující se zájem o tvar mužského těla. Ovšem ideální tvar se téměř nezměnil, přetrval ve střední postavě s dobře vyvinutým a silným svalstvem (Grogan, 2000).

Z uvedeného je patrné, že s rozvojem obchodu, hospodářství a se zvyšováním životní úrovně se v bohatých západních společnostech stala štíhlost téměř synonymem pro úspěch, mládí a sebekontrolu či společenskou přijatelnost. Naopak nadváha získala pozici spojovanou s leností, nedostatkem vůle či ztrátou sebekontroly. Vše, co se od ideálu lišilo, se logicky stalo negativním společenským rysem, což s sebou přinášelo i negativní důsledky pro společenský život každého, kdo se od „ideálu“ odlišoval. Nadváha a obezita se u obou pohlaví stala fyzicky neatraktivní, a to se začalo promítat i do smýšlení a jednání velmi mladých generací. Zajímavé je, že tendence spojovat fyzickou přitažlivost s pozitivními osobními kvalitami byla prokázána již ve studiích ze 70. let 20. století. Obezita v tomto kontextu byla vnímána jako přirozený důsledek skutečnosti, kterou každý může velmi dobře ovlivnit vlastním přičiněním (Grogan, 2000). Určitou míru společenské stigmatizace v souvislosti s daným zjištěním potvrdili ve svém výzkumu i Crandall a Martinezová, kteří srovnávali postoj k obezitě u studentů ze Spojených států a z Mexika. Ve výsledku došli k závěru, že negativní vztah k tloušťce je součástí individualistické západní ideologie, kdy je kladen důraz na odpovědnost jedince za jeho vlastní život a za jeho kvalitu. Tento závěr je v zásadě shodný i s mnoha dalšími studiemi, díky čemuž byla jasně prokázána kulturní podmíněnost předsudků vůči nadváze a obezitě (Grogan, 2000; Lewis, Puymbroeck, 2008).

V tomto kontextu je velmi zajímavé rovněž porovnání preferencí tvaru postavy mezi jednotlivými kulturami. Dalo by se říci, že chudší kultury vnímají hubenost jako příznak podvýživy a chudoby či infekčních chorob. V takovém kontextu pak nadváha či obezita jasně musí být spojována s pozitivním hodnocením, neboť se stává známkou zdraví, bohatství a prosperity. To je případ například Jižní Ameriky, Indie či Filipín. Ovšem ve

chvíli, kdy lidé z těchto zemí změni prostředí a ocitnou se v západní společnosti, může se i jejich náhled na ideální postavu výrazně měnit (Grogan, 2000). V daném ohledu je podstatný také rozměr sociálního statusu a míra akulturace v majoritní společnosti spojená s přijetím hodnot, společenských standardů, jídelních zvyklostí i řadou psychologických změn. Ve svém důsledku se změny v těchto oblastech bezesporu podílejí i na vnímání nadváhy a obezity coby onemocnění či preferovaného nebo naopak odmítaného fyzického vzhledu (Berry, 1989). Příklad takového vlivu byl zaznamenán u bělošek, které za atraktivní, ve srovnání s černoškami, považují štíhlejší postavy. U asijských žen byla prokázána větší spokojenost s fyzickým vzhledem. Zároveň oproti černoškám přiřazovaly podváhu k větším ženským postavám. Zde je však nutné zohlednit také determinanty jako jsou vzdělání, věk, stupeň akulturace, BMI apod. Tyto faktory napříč kulturami mohou souviset i se společenským tlakem směřujícím k preferovanému fyzickému vzhledu (Cachelin et al., 2002).

Spokojenost s vlastním tělem lze určit za pomoci nejrůznějších technik. Jednou z nich je „technika siluety“ vytvořená Stunkardem et al. (1983), při níž je jedinci předloženo několik siluet od velmi štíhlé po velmi silnou. Dle svých preferencí z nabízených vybírá tu, která je nejbližší jeho vlastní postavě, a potom tu, kterou považuje za ideální. Rozdíl mezi zvolenými siluetami je považován za ukazatele spokojenosti či nespokojenosti s vlastním tělem (viz Příloha 4). Ze závěrů studií, využívajících tyto škály, vyplývá, že ženy vykazují tendenci volit ideální postavu štíhlejší, než je jejich vlastní. Další možností pro zjištění spokojenosti s vlastním tělem jsou dotazníky. Respondenti v nich vybírají z různých tvrzení ta, která nejvíce odpovídají jejich postoji k vlastnímu tělu. Podobně jako dotazníky je možné využívat polostrukturované nebo nestrukturované rozhovory. Tyto rozhovory probíhají neformálně a dávají respondentům větší volnost při formulaci odpovědi (Grogan, 2000).

Při hodnocení spokojenosti s vlastním tělem pomocí specifikace ideálního Já je nutno pracovat také s pojmy vysněný sebeobraz a požadované Já. Vysněný sebeobraz zahrnuje atributy, kterých by člověk za ideálních podmínek rád dosáhl (např. se stal držitelem Nobelovy ceny), zatímco požadované Já v sobě skrývá atributy, o kterých se člověk domnívá, že by je měl mít, pokud bude plnit stanovené úkoly či povinnosti (Blatný, Plháková, 2003). Nespokojenost s vlastním tělem se pak může projevat různými způsoby. Mezi behaviorální ukazatele patří dietní chování, kdy se lidé snaží



dosáhnout změny tvaru své postavy. K tomu využívají nejrůznějších diet od omezování spotřeby tučných jídel, po různé proteinové nápoje či diety skládající se výhradně z jedné potraviny. Tento způsob redukce hmotnosti je častější u žen než u mužů. U mužů se mnohem více uplatňuje cvičení (Grogan, 2000; Blatný, Plháková, 2003).

## **1. 2 Životní styl romské minority**

V úvodu této kapitoly je třeba vysvětlit, kdo jsou vlastně Romové. Jsou to lidé spadající do určitého antropologického typu, nositelé romské kultury v antropologickém slova smyslu, příslušníci romského národa či lidé s charakteristickým zevnějškem (Prokešová, 2010). Kozubík (2013, s. 28) Romy jako příslušníky romského národa či etnika definuje následovně: „Rómom je ten, kto sa cíti byť príslušníkom novoustanoveného spoločenstva ľudí, považujúcich sa za členov rómskeho národa, resp. etnika; svoje „rómsťvo“ pociťujú ako svoju národnosť, používanie napr. rómčiny ako znaku tejto príslušnosti atď.“ Z kulturního obrazu, jenž je tvořen písněmi, tradicemi apod., lze Roma charakterizovat jako jedince tmavší barvy pleti, s černými vlasy a černýma očima (Jakoubek, 2003). Romství je něco, co se získává narozením a vyrůstáním v romské rodině, ztotožněním se s jejími hodnotami. Lze jej ztratit např. dlouhodobým pobytem v dětském domově. Může být také odmítnuto. Jeho získání je však dosti problematické a rozhodně nevzniká pouhým „přiřazením se do rodiny“. V literě českého právního řádu jsou to pouze ti, kteří se k romské národnosti hlásí. Samotné označení „rom“ pro muže, manžela; „romňi“ pro ženu, manželku; a „roma“ pro lidi, bylo uvedeno v platnost na světovém sjezdu v Londýně roku 1971 (Prokešová, 2010).

Z analýzy výsledků sčítání lidu je v České republice patrný snižující se počet jedinců, kteří se k romské národnosti hlásí (Český statistický úřad, 2011). Možným důvodem tohoto stavu, dle materiálů Vlády České republiky (2004), je pořizování dokumentace o přihlášení se k dané národnosti. Při sčítání lidu v roce 2011 se k romské národnosti přihlásilo celkem 5 135 osob (Český statistický úřad, 2011). V roce 2001 činil celkový počet Romského obyvatelstva 11 746 a roku 1991 se při sčítání lidu k romské národnosti přihlásilo celkem 32 903 obyvatel. Podle odhadů však celkový počet Romů v ČR dosahuje přibližně 160 000–250 000. V Evropě se jejich počet odhaduje na 3–6 milionů, ve světě pak na 10–12 milionů (Prokešová, 2010).

Z pohledu kulturního dědictví mezi charakteristické rysy romství patří kulturní návyky, znalost některého dialektu romštiny či romského etnolektu češtiny nebo jiného evropského jazyka, znalost rodinných a rodových tradic, uspořádání a hierarchie rodiny a rodu, uznávané a odmítané hodnoty, specifická rodinná výchova a rodinné vzdělávání a systém odměn a trestů. Dále pak způsob komunikace, orientace v prostoru a čase, vztah k okolí, k věcem, k přírodě a lidem (vlastním i cizím), stereotypy vnímání, posuzování, jednání a specifické předsudky, pověry a víra (Prokešová, 2010; Jakoubek, 2003). Jazykem Romů je romština, která neustále podléhá vývoji v kontaktu s jazykem národů, na jejichž území žijí. Přijímají nová slova, která dříve znát nemohli, ale tvoří i slova zcela nová s využitím svých slovotvorných postupů. Výsledkem je výrazná rozdílnost jednotlivých romských dialektů. Proto se na našem území můžeme setkat se slovenskou, maďarskou, olšskou i německou romštinou (Štolová, 2008).

Zmíněné charakteristické rysy romství tedy naplňují definici kultury dle Purnella (2005), který ji vnímá jako souhrn vzorců chování, umění, víry, hodnot, zvyků, životního stylu a všech produktů lidské práce a myšlení. Kultura jako taková je proto předávána prostřednictvím procesu socializace. Tento proces se odehrává v přímé interakci v sociálním poli, tedy primárně v rodinách. Kulturu samotnou, stejně jako proces jejího předávání, je však nutné vnímat v kontextu vnějších faktorů (např. vlivu globalizace, ekonomické či politické situace), které do tohoto procesu vstupují a přímo jej ovlivňují (Purnell, 2005). V souladu s měnícími se migračními a demografickými trendy, změnami ve složení společnosti a se zvyšováním vědeckého poznání je proto více než patrné, že pouhé všeobecné povědomí o problematice multikulturalismu či transkulturalismu je pro poskytování kulturně ohleduplné a efektivní péče nedostačující. Pro zajištění efektivnosti poskytovaných intervencí v přímém kontaktu s minoritami, subkulturami či marginálními skupinami je důležité, kromě znalosti základních charakteristik a specifík, také pochopení příčin a hranic odlišností. Právě ty jsou za neustálého vlivu vnějších determinant formovány a spoluvytvářeny kulturou v průběhu socializace (Moree et al., 2008).

## *1. 2. 1 Historie romské minority v ČR*

Romové jsou etnikem, které své dějiny nikdy nesepsalo, ale uchovalo je v lidové slovesnosti. Jak uvádí Šuleř, Lázničková a Hübschmannová (1999), literární prameny, jež se dochovaly, nesou známky postoje majoritní společnosti, která s nimi přicházela do styku. Tyto historické prameny však nejsou dostačující, neboť obsahují především záznamy ze soudních spisů a smolných či popravních knih. Romové přišli do Evropy před mnoha staletími z Indie (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005). V této zemi patřili mezi nejnižší „nedotknutelnou“ vrstvu, která se velmi často setkávala v různé míře s averzí (Šišková et al., 2001). Konkrétně se uvádí, že na naše území zavítali během 14. století (s jistotou počátkem 15. století). Přišli z východu v různě početných skupinkách, které získávaly nejrůznější pojmenování. Někdy byli původními obyvateli vnímáni jako „domorodci“ (Pekárek, 1997; Štolová, 1997). Z historických pramenů je rovněž známo, že v počátcích migrace bylo toto etnikum chráněno průvodními listinami vystavenými papežem a evropskými vládci. Domácí obyvatelstvo je proto přijímalo přívětivě coby náboženské psance. Tento stav však netrval dlouho, neboť mezi Romy a původními obyvateli začalo docházet ke konfliktům zapříčiněným kromě odlišnosti kultury také způsobem obživy (Beneš, 1975; Gulová, 2008). V současnosti jsou již rozšířeni téměř po celém světě (Šuleř, Lázničková, Hübschmannová, 1999).

Výklad jejich historie je závislý na pramenech, z nichž výzkumníci a badatelé vycházejí. Pokud jsou pramenem církevní zdroje, působí Romové jako národ šířící ďábelské učení, jako čarodějníci hanebně obluzující veřejnost. Pokud však vychází z necírkevních záznamů, můžeme se mnohdy setkat s důkazy existence rozsáhlých kolonií usedlých a velmi zručných cikánských kovářů, ševců, tkadlen, stejně jako s jedinci schopnými zachránit město před požárem, či s jedinci, kteří byli neprávem nařčeni ze zhárství (Hübschmannová, 2000). Původně Romové v Evropě hledali lepší osud. Zde však byla země rozdělena mezi feudály, každý kousek země někomu patřil. Proto čekali za hranicemi měst a vesnic na odpadky z bohatých stolů. Nikdo je nevítal, naopak je všichni vyháněli. Zabití Roma nebylo považováno za vraždu, a tak se museli postupně naučit žít v nenávistném světě, který se před nimi uzavřel. Jejich obranou se stala silná rodinná pouta, která byla zárukou jistoty, přežití i podmínkou štěstí. Proto se také bezdětná žena stala bezcennou. Jejich život provázelo neustálé kočování, protože jen tak se mohli tehdy bránit nebezpečí. Jediným vlastnictvím se jim proto stalo

řemeslo, neboť vlastnictví půdy způsob jejich „nového“ života neumožňoval (Unucková, 2007; Pekárek, 1997).

V době před 1. světovou válkou byla většina tohoto etnika negramotná a společností v přístupu ke vzdělání demotivovaná. V období První republiky byli uznáni za svébytnou národnostní menšinu, ale nadále byl proti nim uplatňován zákon o potulce z roku 1885 a byla jim věnována mimořádná pozornost ze strany úřadů. Byla vedena řádná evidence kočovných i usedlých Romů, kterým po dovršení 14 let byla vystavena „cikánská legitimace“ (Unucková, 2007; Miko, 2010). Na druhou stranu je třeba poznamenat, že 20. léta minulého století byla rovněž dobou, kdy někteří Romové získávali střední i vysokoškolské vzdělání. V této době byla také založena první škola pro romské děti v Užhorodě, následně pak hudební škola v Košicích (Šuleř, Lázničková, Hübschmannová, 1999).

Pronásledování Romů procházelo celými dějinami včetně 2. světové války, kdy se stalo intenzivnější a systematictější. Stejně jako Židé, i oni byli označeni za cizí neárijské rasy, a proto se tehdejší společnost snažila jejich počet drasticky snížit (Štolová, 1997). Probíhaly nesčetné deportace, vyvražďování i upalování příslušníků romské minority. Byli považováni za asociální prvek společnosti, která se je snažila odstranit. Byly budovány kárné pracovní tábory učené přímo Romům např. v Letech u Písku či v Hodoníně u Kunštátu, ale i v Auschwitz II – Birkenau. Některé z těchto táborů byly pověstné svými katastrofálními podmínkami života, které zde museli lidé snášet (Šuleř, Lázničková, Hübschmannová, 1999; Miko, 2010).

Ani po 2. světové válce se situace Romů neobrátila k lepšímu. Jak uvádí Štolová (1997, 2008), z početných komunit mnohdy zbyly jen rodiny a přesné údaje o jejich počtu byly těžko zjištělné vzhledem k neřízenému pohybu osob vracějících se z koncentračních táborů. Přesto se uvádí, že počet českých a moravských Romů, kteří válku přežili, čítal přibližně 600 osob (Šišková et al., 2001). Zde je vhodné zmínit rozdíl mezi „českými Romy“ a „slovenskými Romy“, neboť to je rozdíl, na který mnohdy upozorňovali i sami Romové. Čeští Romové žili na našem území minimálně jedno století, po které se snažili začlenit do společenského života. Ale slovenští Romové přicházeli po válce s vidinou lepší budoucnosti z typicky agrárních venkovských oblastí s dosud živou a rázovitou lidovou kulturou. Vzhledem k odlišnostem typickým pro jejich způsob života bylo i začlenění do společnosti problematické. Následkem toho docházelo uvnitř romské

minority k diferenciaci skupin a ke zdůrazňování odlišení českých a slovenských Romů (Horváthová, 2000).

Možnost získat práci byla po 2. světové válce omezená především na oblast průmyslových měst, kam se lidé včetně Romů uchýlovali. Dalo by se říci, že tato doba odráží kromě klasického příkladu moderní urbanizace také snahu Romů sžít se s majoritní populací a vymanit se ze společenské izolace romských osad na Slovensku (Davidová, 2000a). V roce 1951 z podnětu ministerstva vnitra vzešla snaha zjistit počet Romů a jejich způsob života v jednotlivých částech země. Na podkladě šetření pak byla vytvořena směrnice (v roce 1952) „Úprava poměrů osob cikánského původu“. Tato směrnice směřovala k jejich převýchově, k zapojení do pracovního poměru a ubytování v místě pobytu (Štolová, 1997). Byl přijat osmibodový program převýchovy, který stanovil nutnost kontrolovat vyplácení mezd, dohled nad školní docházkou romských dětí a také potřebu eliminace diskriminace ve všech oblastech běžného života. Mělo dojít k úplnému odstranění negramotnosti, k zániku kočování, a tím i ke zlepšení evidence této populace. Program však nebyl plněn s důsledností a ani diskriminace neustupovala, ač si ji různé instituce jako ÚV KSČ uvědomovaly (Štolová, 1997; Štolová, 2008). Jak uvádí Štolová (2008), cílem však nadále bylo zlepšit kulturní úroveň romské populace likvidací negramotnosti a zlepšením životní úrovně v jejich sídlištích či táborech.

Roku 1958 byl schválen průlomový zákon č. 74/1958 Sb. „O trvalém usídlení kočovných a polokočovných osob“, což umožnilo vznik koncepce sociální asimilace Romů. Ti měli splynout s majoritní společností a opustit své vlastní tradice a etnické projevy. Proto byli násilně usazováni a rozptylováni mezi ostatní obyvatelstvo. Jejich volný pohyb byl úřady omezen, bez povolení národního výboru nebylo možné změnit ani zaměstnání natož se přestěhovat (Štolová, 1997; Štolová, 2008). Nezřídka se stávalo, že Romům chyběla možnost přihlásit se ke své etnické skupině, možnost rozvíjet svou kulturu a jazyk. Následkem toho svou mateřštinu přestávali používat a rozumět jí (Davidová, 2000a).

V dalších letech pak byly vydány směrnice o likvidaci romských osad na Slovensku a obyvatelstvo bylo násilně stěhováno i na naše území. Při tomto přesunu nebyly respektovány tradiční rodové vztahy v komunitě natož názory členů komunity (Štolová, 1997; Štolová, 2008). V rámci „sociálního inženýrství“ tak docházelo k řízenému

a podporovanému rozptylu Romů ze Slovenska do Čech, rozptylu rodin, a tím k rozbití přirozených vazeb komunit. Problémem tehdy bylo necitlivé přidělování bytů, povinná pracovní povinnost vymáhaná pod trestem odnětí svobody, vynucená docházka dětí do škol či povinná účast na zdravotní péči (Frištenská, 1997). V souvislosti s těmito fakty se objevovalo mnoho problémů, a proto byla koncepce rozptylu později zrušena a nahrazena koncepcí integrace. Na jaře roku 1969 vznikl v Bratislavě i Zvěz Cigánov – Rómov, který zastupoval všechny Romy z Československa. V Brně pak vznikl Svaz Cikánů – Romů v ČSR, v jehož stanovách se objevil důraz na obnovu a zachování kulturních specifíků, sociální soudržnost, sepejetí s tradicemi a obranu proti tlaku společnosti. Tyto kroky se odrážely ve snaze podílet se na řešení svých vlastních problémů (Štolová, 1997; Štolová, 2008). Z koncepce sociální asimilace se postupně začalo postupovat k integraci (Štolová, 2008).

Po roce 1989 se uvnitř romské minority začaly projevovat snahy o reprezentaci v politické sféře. V Praze vznikla Romská občanská iniciativa, která se stala základem politické strany a roku 1990 skutečně kandidovala ve volbách v ČR a spolu s Občanským fórem získala osm mandátů. Začala se vytvářet i různá hnutí a iniciativy, které se snažily bránit a prosazovat práva této minority (Štolová, 1997; Unucková, 2007). Dalo by se říci, že pro mnohé Romy bylo problémem i rozdělení Československa, protože velká část Romů žijících na našem území již od padesátých let měla slovenské občanství tak jako jejich děti, které se v Čechách narodily. Bohužel jednání s úřady za účelem získání českého občanství bylo pro mnoho jedinců velmi náročné, často se objevoval problém i s trestní bezúhonností (Štolová, 1997; Miko, 2010).

Určitý problém pro ně znamenal také přechod k tržní ekonomice, kde se často díky svému nedostatečnému vzdělání nebyli schopni uplatnit, a proto jejich nezaměstnanost velmi strmě stoupala. Unucková (2007) ve své publikaci uvádí, že se nezaměstnanost na sklonku 20. století v rámci této minority pohybovala v některých lokalitách až mezi 75 a 95 %. Z tohoto důvodu se vzdělání stalo prioritou mnoha vládních i nevládních organizací. Za velký úspěch lze považovat založení soukromé romské střední školy v 90. letech v Kolíně, či projekty romských asistentů ve školách, kteří se podílejí na komunikaci mezi rodinami a školou samotnou, nebo funkce romských poradců, kteří působí jako zaměstnanci samosprávy (Unucková, 2007).

Dnes jsou jim však hranice již otevřeny a naskýtají se jim možnosti, které dříve neměli. Jejich vzorce chování, kterým se po mnoho let učili a které jim umožňovaly přežít, zůstávají však v platnosti nadále. Stále platí pravidlo nezůstat sám, umět se domluvit gestem, intonací hlasu či jiným neverbálním prostředkem. Budoucnost v nich mnohdy vzbuzuje strach a právě tato emoce je pro ně velmi významná. Může vycházet ze tří zdrojů: z konkrétního ohrožení v podobě útoku, nekonkrétního, nedefinovaného pocitu ohrožení, nebo z předchozích zkušeností zpracovaných analogickým myšlením. Posledním původcem strachu u této minority pak může být osoba samotná (Pekárek, 1997).

### ***1.2.2 Současnost romské minority v ČR***

Dle Davidové (2000b) žije v současnosti na území ČR několik skupin Romů, přičemž početní převahu mají Romové slovenští (servika Roma), maďarští (ungrika Roma) a olašští (vlachike Roma). Výraznou převahu slovenských Romů potvrzuje ve své publikaci také Horváthová (2002, s. 63): „Nejpočetnější zastoupení mezi Romy v České republice mají Romové slovenští, kteří tvoří asi 75–85 % z celkového počtu Romů u nás (procentuální údaje jsou jen velmi přibližné, orientační).“ Postavení Romů v české společnosti je však i nadále velmi problematické. Jak uvádí Holomek (2000), mnohdy jsou společností vnímáni jako asociální skupina, která je charakteristická velmi vysokou kriminalitou, nízkou úrovní vzdělanosti, vysokou nezaměstnaností či neochotou přijímat normy chování majoritní společnosti. Velmi problematická je v romské populaci oblast zaměstnanosti. Odhady z doby před rokem 2000 hovořily o tom, že až 70 % Romů bylo nezaměstnaných, přičemž celkem strmě přibývalo nezaměstnané romské mládeže. To bylo samozřejmě z části dáno nízkou kvalifikovaností a špatnými pracovními návyky, ale svůj podíl na tomto stavu měla i rasová diskriminace. S rostoucí nezaměstnaností této skupiny krácelo ruku v ruce také zvýšené využívání dávek sociální péče či pomoci a nebezpečí, že tento příjem financí se stane součástí jejich každodenních životů (Frištenská, 1997).

Ovšem v období po vzniku samostatné České republiky se začaly pozvolna objevovat náznaky přirozené stratifikace romské komunity na vzdělané a nevzdělané, zaměstnané a nezaměstnané, závislé či chudé. Významu začalo nabývat i hledání sebevědomí uvnitř

své etnické skupiny. Začaly se objevovat snahy o rekonstrukci romského jazyka, o udržení a obnovení vlastních tradic a hodnot, které majoritní společnosti bývaly spíše tlumeny. Začaly vznikat také nevládní romské organizace. Bohužel se ale objevil i výrazný rasismus a diskriminační tendence stran majoritní společnosti, snaha o izolaci romských komunit a zhoršení zdravotní prevence v této skupině (Frištenská, 1997).

Pro romskou minoritu se stal významným sjezd v Londýně roku 1971 (1. mezinárodní sjezd IRU v Londýně), kde, kromě označení „Rom“ pro tuto minoritu, vstoupila v platnost také jejich vlajka a hymna. Romská vlajka se skládá z modrého pruhu v horní polovině, zeleného v polovině dolní a červené čáčky s 16 paprsky umístěné uprostřed. Zelený a modrý pruh jsou symbolem pro život věčných poutníků po zelené zemi nad blankytnou oblohou. Romskou hymnou je pak všeobecně označována píseň „Gejl'em, gejl'em“. Ovšem ta není mezi členy minority příliš známá, je především v povědomí aktivistů. Mezinárodní den Romů připadá na 8. duben a je slaven již od roku 1990 (v ČR od roku 2001), kdy byl ustanoven na 4. kongresu Mezinárodní romské unie ve Varšavě (Unucková, 2007).

### ***1. 2. 3 Životní styl romské minority z pohledu modelu L. Purnella***

Rozdíly v typickém způsobu života této minority vyplývají již z jejího rozdílného pojetí života a vzájemného nepochopení s majoritní populací (Unucková, 2007). Romskou kulturu, která životní styl ovlivňuje, nelze charakterizovat jako homogenní. Naopak podléhá lokálním vlivům a je v různých oblastech velmi rozmanitá (Tošner, 2003). Jsou to lidé vyznávající odlišné hodnoty dané jejich tradičním způsobem obživy, historií a kulturními vzorci. Primární je pro ně zaměření na rodinu, nikoliv na práci. Samozřejmě že jejich hodnoty stejně jako způsob života doznaly mnohých změn vlivem majoritní společnosti, ale přesto si některé prvky z tradičního způsobu života stále uchovávají a ovlivňují tak jejich reakce (Unucková, 2007; Gulová, 2008). V souvislosti s mírou zachování kulturních, etnických a náboženských hodnot (tedy tradiční kultury), které se promítají do každodenního života jednotlivců, bývá využíván pojem konzistence dědictví. Tento koncept byl vytvořen Estesem a Zitzowem v druhé polovině 20. století (Hickman, 2006). Právě poznání míry zachování či respektování tradiční kultury v daných etnických skupinách napomáhá odhalení kulturně podmíněných



stereotypů a vzorců chování, které mohou ovlivnit efektivitu poskytované ošetrovatelské péče nejen v oblasti prevence nadváhy a obezity (Trusty, Looby, Sandhu, 2002).

V praxi se tak můžeme setkat s koncepty zaměřenými na kulturní hodnocení a získávání kulturních kompetencí. Tyto koncepty vycházejí zejména z multikulturalismu, transkulturalismu a z potřeby stanovení rámce pro vzdělávání studentů i ošetrovatelského personálu v problematice transkulturního ošetrovatelství (Tóthová et al., 2010). Respektují také potřeby praxe, které spočívají zejména ve snaze zajistit klientům kvalitní, kulturně kompetentní péči s ohledem na jejich potřeby a specifika (Ritter, Hoffman, 2011). Pojem multikulturalismus do ošetrovatelství poprvé vnesla Madeleine M. Leininger, která si uvědomovala, že kulturní péče je úzce spojená s výrazy, zkušenostmi, významy a kulturními vzorci, které se mohou napříč kulturami odlišovat. Pro poskytování kulturně kompetentní péče je pak podstatné hledání shodných i odlišných znaků (Sagar, 2011).

Kulturu coby silný faktor ovlivňující poskytovanou ošetrovatelskou péči a její efektivnost začlenil do svého „Modelu získávání kulturních kompetencí“ také Larry Purnell. Za podstatné v tomto ohledu považuje právo každého člověka na respektování jedinečnosti kulturního dědictví. Z tohoto důvodu zdůrazňuje pro všechny zdravotnické profese význam znalosti kulturních odlišností. Právě pomocí jejich uvědomění lze snížit míru etnocentričnosti u poskytovatelů zdravotní péče (Purnell, 2002). Pro potřeby strukturovaného posouzení kultury, zhodnocení osobní zdravotní historie a podporu zájmu o získání hlubších znalostí o dané kultuře Purnell vytvořil model, v němž zachytil globální společnost, komunitu, rodinu a osobnost jedince, které jsou v přímé interakci s dvanácti doménami vyjadřujícími jednotlivé oblasti kultury a jejich pojetí (Sagar, 2011). Mezi tyto domény zařadil: přehled a dědictví, komunikaci, rodinu (role a organizaci rodiny), problematiku zaměstnanosti, biokulturní ekologii, vysoce rizikové chování, výživu, těhotenství a rodičovskou praxi, smrt a s ní spojené rituály, spiritualitu, zdravotnické praktiky a poskytovatele zdravotní péče. V samotném jádru modelu pak ponechal prostor pro neznámé proměnné, které se mohou ve vztahu ke kulturním skupinám objevovat (Purnell, 2005).

V souvislosti s problematikou prevence nadváhy a obezity se dále budeme zabývat vybranými doménami, které v největší míře ovlivňují efektivnost realizovaných intervencí.

Doména komunikace v sobě zahrnuje pojmy vztahující se k dominantnímu jazyku, dialektu, různým paralingvistickým jevům, neverbální komunikaci i odlišnosti ve vnímání času na ose minulost – přítomnost – budoucnost (Sagar, 2011). Přestože společným jazykem, jak již bylo zmíněno, je romština, jednotlivá romská etnika se liší dle dialektu, který využívají. Z hlediska etnicko-jazykového je proto Kelnarová a Matějková (2014) rozdělují do tří dialektových skupin: balkánsko-karpatsko-baltské, grubertsko-amharské (Balkán) a kalderašsko-lovárské (od Uralu po Kalifornii). Společnou však mají Romové organizaci společnosti, v níž základ tvoří rodina (Navrátil, 2003). Určitou zvláštností je u nich prožívání času a prostoru, preferování prožitku, zvnitřnění snu, odlišný způsob sociální komunikace, specifické pojetí výchovy v rodině a negace individualismu (Gulová, 2008; Prokešová, 2010). V tomto ohledu je důležité si uvědomit, že romský čas nikdy neléčí, protože minulost je vnímána bez kritického odstupu. Je neustále přítomná a vzbuzuje emoce nezávisle na tom, kdy se udála. Preference prožitku je pak směřována k příjemným událostem, které přinášejí uspokojení a radost. Nemusí to být vždy jen mezilidské vztahy, ale mohou to být i peníze. Proto je také velmi rychle utratí bez jakékoli rozvahy do budoucna. Schopnosti jejich sociální komunikace jsou odlišné od majoritní společnosti. Umí velice dobře číst ve výrazu obličeje, v gestech, očích. Poznají přetvářku už ve chvíli, kdy člověka potkají (Prokešová, 2010).

Rodina je doménou, v níž nalezneme pojmy vztahující se k rodinnému uspořádání včetně rolí, které jedinec v rodině i komunitě plní, stejně jako problematiku manželství či vnímání rozvodů (Sagar, 2011). Obecně lze říci, že v romské rodině panuje velká soudržnost. Představitel určitého romského uskupení, který je vážený v rámci společenství, se obvykle nazývá „vajda“ neboli vévoda. Toto postavení v rámci skupiny je obvykle určeno bohatému muži, přičemž je funkce dědičná nebo doživotní. Jeho úkolem je zastávat role soudce, kněze (kromě jiného křtí i děti) a rádce. Pro vůdce podskupiny je typické označení „phuro“, pro nejstarší ženu rodu nebo komunity „phuri daj“. Nejstarší žena je v tradiční romské společnosti považována za vědmu ovládající obřadní a léčebné úkony, udržující staré zvyky a tradice (Navrátil, 2003; Prokešová,

2010). Rozdílné postavení v tradiční romské společnosti bylo možno pozorovat mezi mužem a ženou. Romská žena byla vedena k péči o rodinu a zabezpečení chodu domácnosti, výchově dětí a poslušnosti svého muže. Mnohdy měla ekonomicky důležitější roli, protože jejím úkolem bylo také zajistit jídlo a ošacení. Romský muž pak navenek i uvnitř působil jako hlava rodiny, nositel a ochránce její prestiže. Za rodinu rozhodoval a nesl zodpovědnost (Nečas, 2002; Unucková, 2007). V případě vícegeneračních rodin měl rozhodující slovo nejstarší muž (Šišková et al., 2001). Rodina byla vždy místem, kde se děti vzdělávaly, a proto školnímu „gádžovskému“ způsobu vzdělávání Romové nepřipisovali a dodnes nepřipisují příliš velkou hodnotu (Nečas, 2002; Unucková, 2007).

Tradiční romská rodina v daném pojetí se v současnosti vyskytuje stále méně. To je způsobeno proměnou životního stylu a kulturních modelů, které lze zachytit ve všech společenských světa (Horváthová, 2002). Stále větším problémem se stává zvyšující se podíl romských dětí v dětských domovech. K hlavním příčinám tohoto jevu patří nedostatečný příjem rodiny pro zajištění základních potřeb dětí a neuspokojivá bytová situace. Podobně se mění i rodinná solidarita, a proto se tyto jedinci objevují i v domovech důchodců, v ústavech sociální péče apod. (Nečas, 2002; Prokešová, 2010). K hodnotám, které tradiční rodiny vyznávají, však stále patří především svobodný, bezstarostný způsob života, uznávání rodové hierarchie a ctění rodových tradic, láska k dětem a chápání peněz jako prostředku bezpodmínečně nutného k přežití. Z životních hodnot je pak na prvním místě nejčastěji uváděna rodina, zdraví, humanitní ideály, rovnoprávnost, materiální hodnoty, sociální jistoty a práce (Jakoubek, 2003; Gulová, 2008). Rozhodování v rodinách probíhá kolektivně, všichni se rozhodují společně. To znamená, že k výsledku docházejí ztotožněním nikoli podřizováním (Navrátil et al., 2003). Uvedené koresponduje se základními rysy sociálního systému Romů, a to se společným rozhodováním, neschopností být sám, s vnímáním vyhoštění coby největšího trestu, ale i s neustálou změnou, její potřebou a velkou mírou flexibility (Gulová, 2008).

Pospolitost tohoto etnika je patrná i ve způsobu bydlení. V minulosti mnozí Romové žili v osadách v malých domcích, které stavěli svépomocí. Tyto domky se skládaly převážně ze dvou místností, přičemž podstatná byla velká kuchyň, která sloužila kromě přípravy pokrmů také ke společenským setkáním. Těmto potřebám však neodpovídaly byty na sídlištích, v nichž byli Romové ubytováni. Mnohdy postrádali větší obytné

kuchyně a nechápali funkci dětských pokojů (Davidová, 2000b). K tradičním rodinným zvykům patří bijav (svatba), mangavipen (zásnuby), boňa (křtiny), pohrebos (pohřeb), koračoňa (romské Vánoce), patradži (Velikonoce) a paramisi (romská pohádka). Především z romských pohádek jsou patrné archetypy romské mentality. Některé z nich dodnes nebyly vykořeněny ani asimilačními a civilizačními tlaky (Gulová, 2008; Prokešová, 2010).

Doména problematiky zaměstnanosti kromě otázek spojených s jazykovou neznalostí a akulturací obsahuje také pojmy související s možností získání zaměstnání ve vztahu k pohlaví v kontextu kultury (Sagar, 2011). K běžným romským zaměstnáním patřilo pro muže kovářství, provozování hudební činnosti, překupnictví, drátenictví nebo obchod s koňmi, ale i hádání z ruky, krádeže či vykládání karet (Horváthová, 2002). Za zmínku však stojí fakt, že i Romové si přejí být moudří a moudrosti si velmi cení. Jen ji vnímají odlišným způsobem. Současným způsobem obživy většiny Romů jsou nekvalifikované dělnické profese ve stavebnictví, při těžbě dřeva, na železnici nebo při různých výkopových pracích a při očištění měst (Nečas, 2002; Unucková, 2007).

Doména výživy je věnována otázkám spojeným s preferencí potravin ve zdraví i nemoci a rituálům, které mohou být s výživou či přípravou stravy v jednotlivých kulturách spojeny (Sagar, 2011). Oblast stravování romské minority velmi dobře vystihuje následující citace (Oláhová, 2000, s. 7) : „Rom může být chudý jako kostelní myš, ale jídla musí mít dost i za cenu, že zítra nezbude nic.“ Uvedené naznačuje obvyklé stravovací návyky. Jídlo nebývalo pravidelným rituálem, přesto však bylo úzce spojené s postavením rodiny (Šišková et al., 2001; Prokešová, 2010). Jídlo se pouze tehdy, pokud bylo co, tedy zpravidla jedenkrát denně. Složení stravy zcela záviselo na podmínkách a možnostech prostředí, v němž se Romové vyskytovali (Prokešová, 2010; Davidová, 2010). Vzhledem k faktu, že Romové v minulosti nepatřili k výrobcům živočišné ani rostlinné potravy, byli závislí na produkci ostatního obyvatelstva. Byli tedy pasivními konzumenty, jídlo neskladovali a žili prakticky ze dne na den. K nejoblíbenějším potravinám v minulosti patřilo maso všech domácích zvířat, zvěřina, ryby a také polní hlodavci či různá drobná uhynulá zvířata. Koňské a psí maso nekonzumovali, ale i zde se vyskytovaly výjimky. Romové, kteří toto maso pojídali, byli označováni za nečisté („dupki“ nebo „degeša“). Obvyklou přílohou pak byly

těstoviny, brambory a dle možností také rýže a zelenina (Davidová, 2000b; Beneš, 1975).

Příprava jídla podléhala mnohým rituálům, například nádoby, které byly určeny pro přípravu pokrmů, se směly vyžívat pouze za tímto účelem. Nemohlo se tedy stát, že by se ve stejné nádobě vařilo jídlo i vyvářelo prádlo (Šišková et al., 2001). Přípravou pokrmů pak byla zpravidla pověřena starší žena, která pokrm připravovala na otevřeném ohni. Jídlo následně rozdělila mezi členy skupiny. I zde platila jistá pravidla. Maso dostávaly nejprve děti, pak náčelník skupiny a nakonec ostatní. V převážné většině se jedlo společně z jednoho hrnce. Mléko se v jejich jídelníčku nevyskytovalo, nepili jej, ani nevařili čaje. Z alkoholických nápojů dávali přednost kořalce, v pozdějších dobách také pivo a vínu (Davidová, 2000b; Beneš, 1975). S jídlem jsou také spojeny odlišné rituály a způsoby děkování. Rom za pohoštění nikdy neděkuje, protože je podle něj samozřejmostí a slušností (Prokešová, 2010). V současnosti se v romských rodinách hojně vaří, především po výplatě mzdy nebo sociálních či jiných dávek. Rodiče se mnohdy snaží dětem vynahradit vše, oč oni sami byli ochuzeni. Nebývá zvykem odlišovat jídlo dětské od stravy dospělých, převažuje konzumace masa, uzenin a sladkostí. Ovoce a zelenina příliš konzumované nebývají (Davidová, 2000b).

K typickým romským jídlům patří goja, což je pokrm připravovaný z vepřových tlustých střev, mouky nebo brambor a koření. Moučné placky neboli lokše jsou v tradičním způsobu vyráběné z polohrubé mouky, vlažné vody, mléka nebo podmáslí a soli. Je to pokrm, který se využívá jako příloha k pečeným masům a mnoha dalším pokrmům (Oláhová, 2000). K dalším tradičním jídlům patří halušky. Ty mohou být podávány se sýrem, vejci, cibulí, hovězím masem, ale i kysaným zelím nebo kuřetem apod. Nedílnou součástí romského jídelníčku jsou také nudle, které je možno připravovat různými způsoby. Bývají využívány jako zavárka do polévek či jako hlavní chod oběda. Zvláštní místo v jídelníčku mají polévky, které jsou považovány za základ stravy, bez nich ani oběd není plnohodnotný. Mnohdy v této minoritě slouží jako hlavní chod, proto jsou polévky často husté, podávané s těstovinami nebo pečivem. Z dalších jídel je to krupoto, což je pokrm zhotovený z vepřového, kuřecího nebo telecího masa, do kterého se přidávají kroupy a koření, dále pak zelné závitky, bramborový guláš, taštičky s povidly, smažené vdolečky nebo págle (Oláhová, 2000; Davidová, 2000b).

Vlivem pozdějších událostí a majoritní společnosti se tradiční způsob života této minority začal pozvolna měnit. Docházelo k rozpadu velkorodin, a tím k narušení funkce společenské kontroly, kterou zajišťoval právě tento tradiční příbuzenský systém. Romové mnohdy opustili své kladné vzorce chování a jednání a začali je nahrazovat některými prvky chování majoritní společnosti, což mnohdy ústilo do asociální či sociálně-patologické činnosti. Z typického pravidelného jídelníčku, v němž chybělo mléko, máslo a většinou i vejce a zelenina, se v průběhu 50.–70. let stal jídelníček složený výhradně z již vařených i pečených, mražených pokrmů, plný moučnicků a sladkého pečiva. Mnohé romské rodiny také žily „ze dne na den“, a proto bylo kolem období výplat soustředěno několik tučných dnů, kdežto zbývající dny vyplňovaly dny hubené. V tom se odráží klasické pojetí romského života s myšlením zaměřeným k přítomnosti, neohlížejícím se k včerejšku a bez starostí z příštích dnů (Nečas, 2002).

### ***1.3 Edukační činnost sestry v prevenci nadváhy a obezity***

Edukace dnes již tvoří nedílnou součást standardní ošetrovatelské péče (Šedová, Olišarová, Tóthová, 2014). Jejím cílem je zapojení jedince do péče o své vlastní zdraví v jednotlivých úrovních prevence a příprava na převzetí odpovědnosti v rámci selfmanagementu podpory a zlepšení zdraví. Je uplatňována na zdravé i nemocné, jednotlivce i skupiny s cílem maximalizovat vlastní potenciál (Nemcová et al., 2010). Sestra v tomto ohledu zastává role poradce, konzultanta i pedagoga (Kozoň, Hanzlíková, 2003). Z determinant, které se zde uplatňují, jsou to zejména sociální, ekonomické, politické, právní a etické determinanty, které přímo ovlivňují filozofii i materiální zajištění poskytovaných služeb (Nemcová et al., 2010).

Při vlastním procesu učení jsou využívány různé strategie. Hlinková (2010) je rozdělila do pěti základních skupin. První skupina je tvořena teoriemi učení, mezi něž patří behaviorální teorie učení, neboli učení podmiňováním. Tento princip se uplatňuje při učení se novým druhům jednání, které jsou vyvolávány automaticky na základě konkrétních podnětů. Druhou skupinu strategií tvoří kognitivní teorie učení, které v sobě zahrnují uvažování, metodický postup i prvky empirického zkoumání a ověřování. Příkladem kognitivní teorie může být učení objevováním s využitím metod problémového a cíleného učení, a učení se zvládnutím požadované aktivity

s přihlédnutím k individuálním možnostem a schopnostem jedince. Třetí skupinou strategií jsou psychosociální edukační modely a teorie, mezi něž řadíme například model postoje k vlastnímu zdraví, sociální teorii učení a teorii odůvodnitelných činností. Čtvrtou skupinou strategií tvoří metody humanitní interpretace, jako je praktické usuzování v kontextu vysvětlení a chápání lidského jednání. Poslední skupinou jsou teorie rodové diferenciaci, v nichž je zohledněn rod jakožto sociální kategorie či konstrukt, který je spojen s očekáváním naplnění konkrétní role ve společnosti stejně jako s předsudky a stereotypy (např. role muže či ženy ve společnosti). V tomto ohledu se jeví jako podstatné také vymezení problematiky rodové diferenciaci nejen ve smyslu anatomických rozdílů, ale také kulturně utvářených fenoménů (např. představy, stereotypy, prožívání bolesti, sebehodnocení apod.) (Hlinková, 2010).

Ve vztahu k prevenci nadváhy a obezity je nutné si uvědomit, že účelem primární prevence je zde snížit vznik nových případů, u sekundární je to snížení počtu již existujících případů a u terciární stabilizace nebo snížení počtu pracovních neschopností a invalidních důchodů, které jsou důsledkem obezity. Je tedy nutné zaměřit se na vznik obezity, prevenci opakovaného vzestupu váhy po redukci hmotnosti a na prevenci dalšího vzestupu hmotnosti u jedinců, kteří nejsou redukce schopni. V rámci dalšího dělení prevence je možno vyčlenit prevenci všeobecnou, zaměřenou na celou populaci, selektivní, zaměřenou na skupiny osob se zvýšeným nebo vysokým rizikem vzniku obezity, a indikovanou, která je zaměřena na jednotlivé osoby s již zjištěnými známkami byt' nevelké obezity (Hlúbik, 1994).

Výchozím bodem pro tvorbu preventivních programů by měla být fakta zdůrazňující, že obezita je nemoc s chronickým charakterem vedoucí k řadě závažných komplikací, které mohou končit trvalou invaliditou nebo smrtí. Jedná se zejména o metabolická onemocnění, která souvisí s výživovými zvyklostmi. Je třeba vnímat i její epidemický rozměr (Hlúbik, 1994). Edukaci v oblasti nadváhy a obezity je kromě vnitřních faktorů nutné zaměřit i na faktory plynoucí ze zevního prostředí, kam nespadá pouze přejídání a nedostatek pohybu. K zevním faktorům je nutné řadit také socioekonomické postavení člověka, strukturu jeho stravy, frekvenci přijímání potravy a znalosti o výživě a pohybové aktivitě (Kleinwächterová, Brázdová, 2001). V tomto ohledu má sestra jedinečnou příležitost k posílení zdraví za pomoci efektivně vedené edukace směřující ke snížení rizik plynoucích z nadváhy a obezity. Ve svých intervencích vychází

z psychosociálních a kulturních parametrů, které mohou přímo ovlivňovat zdravotní chování jedince i úspěšnost poskytované péče (Lazarou, Kouta, 2010; Zhu, Norman, While, 2013).

### ***1.3.1 Specifika v edukaci romské minority z pohledu teorie sociálního učení***

Charakteristické rysy romské minority naznačují, že míra konzistence kulturního dědictví stejně jako další vnější determinanty bude výrazně ovlivňovat efektivitu realizovaných intervencí. Na základě kulturního hodnocení této minority lze konstatovat, že možnosti edukace mohou být ovlivněny hodnotami, které Romové vyznávají. Dále pak jejich charakteristickými povahovými rysy či zvláštnostmi v chování (viz Příloha 5) (Prokešová, 2010). Příkladem takového charakteristického povahového rysu může být nízká schopnost generalizace. Z toho důvodu teoretické vstupy v úvodu edukace nevzbuzují u této skupiny velkou pozornost. Naopak přibližně 95 % informací získávají z neverbální komunikace. K poznání předkládaného je vede spíše konkrétní jednání (Šišková et al., 2001). S tím je spojen také fakt, že neprožívají dimenzi času jako lineární – s minulostí, přítomností a budoucností. Jejich prožívání je omezeno na aktuálně prožívanou realitu (Horváthová, 2002). V oblasti výživy je rovněž nutné si uvědomit, že mezi trvalé sociokulturní vzorce lidské existence patří i určité chuťové preference a formy přípravy jídla, což bylo zdůrazněno i v některých pracích zaměřených na strukturální antropologii (např. práce Clauda Lévi-Strausse) (Dvořáková-Janů, 1999). Svou roli hraje také jazykový vývoj, kvalita plnění funkce rodinné výchovy, nedocnění významu a nedostatečná příprava v oblasti vzdělávání, izolovanost rodin a nedostatečná jazyková příprava stran edukujících i cílové skupiny (Štolová, 2008; Gulová, 2008).

K základním pravidlům vztahujícím se k edukaci romské minority proto patří individuální přístup s dostatkem trpělivosti a času, jasně a věcně stanovená struktura předávaných informací a zpětná vazba. Dále pak empatie a vnímání neverbálních projevů, jako jsou mimika, gesta či projevy emocí, které nejsou vnímány jako výzva k souboji, ale jako angažovanost člověka. Vzhledem ke specifickému vnímání času je to také nutnost ověřovat si stanovené termíny a pružně reagovat na nově vzniklé situace, které by vedly k jejich přesunu (Šišková et al., 2001). Velmi vhodné je rovněž



využívání dvojjazyčných pomůcek, které eliminují riziko vzniku nedorozumění v souvislosti s nedostatečnou jazykovou přípravou účastníků edukačního procesu (Štolová, 2008; Gulová, 2008).

Na úspěšnost edukačního procesu má s ohledem na respektování kulturních specifík vliv také volba vhodného edukačního modelu. Vzhledem k výše popsaným charakteristikám romské minority lze k tomuto účelu využít koncept teorie sociálního učení (Bandura, 1971; Zhu, Norman, While, 2013). Ten předpokládá interakci jednotlivce s jeho okolním prostředím, tedy určitý sociální kontext, který má dopad na jednání jedince a jeho fungování. V běžném životě to tedy znamená, že v procesu recipročního determinismu dochází k ovlivňování svého vlastního osudu a budoucnosti pomocí kontroly prostředí, ale zároveň toto prostředí ovlivňuje a do jisté míry kontroluje daného jedince (Hlinková, 2010). Člověk v tomto ohledu tedy není pouze svobodným hybatelem prostředí, ale zároveň není ani pasivním objektem, na nějž by byl směřován tlak vnějšího okolí. Prostřednictvím vlastního regulačního systému má jedinec možnost do určité míry ovlivnit svůj vlastní život pomocí určení cíle, úpravy podnětů z prostředí, využití kognitivních strategií, či předvídání důsledků svého jednání a průběžného hodnocení úspěšnosti při snaze dosáhnout stanoveného cíle. V rámci sebehodnocení tak člověk využívá posouzení svého jednání ve vztahu k osobním normám i jednání ostatních ve svém okolí či komunitě. Na základě tohoto sebehodnocení a selfmonitoringu pak zaujímá postoj k sobě samému. Významnou roli při tom hraje pozorování, interpretace zpětné vazby a vnímání autorit, neboť jsou to prvky, které člověku pomáhají vytvářet osobní hodnoty a normy. V důsledku se toto symbolické modelování odráží v kulturně podmíněných vzorcích chování (Hoskovcová, 2006).

Bandura v teorii sociálního učení dále charakterizuje čtyři samostatné zdroje informací, a to úspěch a osobní kontrolu, zastoupenou zkušenost, verbální přesvědčení a fyziologickou (fyzickou) zpětnou vazbu (Hlinková, 2010). Úspěch a osobní kontrola (zvládnutí těžkostí) se zcela zásadním způsobem promítají do sebedůvěry jedince. Tento proces je patrný zejména v době, kdy se snaží o dosažení stanoveného cíle nebo naučení se požadovanému způsobu jednání. U jedinců trpících nadváhou či obezitou můžeme tento jev pozorovat v době, kdy se snaží o změnu svého životního stylu (např. změnu výživových zvyklostí, zvýšení pohybové aktivity apod.). Pokud by ve svých pokusech

nebyli úspěšní, nedocházelo k objektivně znatelným pokrokům, mohl by se snížit i jejich pocit osobní kontroly a sebedůvěry. To by následně mohlo v dlouhodobém měřítku vytvořit základ pro psychickou zranitelnost a ovlivnit snahu o dodržování režimových opatření a spolupráci na léčebném režimu (Hoskovcová, 2006; Hlinková, 2010).

Zastoupená zkušenost (sociální modelování) je označením pro zkušenosti, které člověk získává pozorováním rolových modelů, tedy způsobů chování a naplňování očekávání ve vztahu ke konkrétní roli, již jedinec ve společnosti zastává. Velkým přínosem tohoto způsobu učení je především fakt, že zprostředkovaná praxe (tedy učení se od jedince ve stejné situaci) výrazně zlepšuje efektivitu edukace (Hoskovcová, 2006; Hlinková, 2010). V případě romské minority může být tento způsob učení velmi efektivní, neboť respektuje jejich hodnoty, zvláštnosti v chování i převažující způsob získávání informací z neverbální komunikace (Prokešová, 2010). V praktickém kontaktu je pak možné využít i vlivu přirozených autorit, které se v této minoritě vyskytují (Navrátil et al., 2003; Prokešová, 2010).

Verbální, sociální přesvědčení o účinnosti napomáhá posilovat a upevňovat dlouhodobé změny v jednání (např. dlouhodobé udržení změny životního stylu). Ve vztahu k nadváze a obezitě lze hovořit zejména o pravidelném rozhovoru zaměřeném na realizované změny, možné problematické situace (např. dodržování dietních opatření i při výjimečných situacích, rodinných oslavách) a motivaci (Hoskovcová, 2006; Hlinková, 2010). Lze říci, že s tímto principem pracuje i kognitivně-behaviorální terapie, která využívá kromě jiného také nácvik stereotypů zaměřených na dosažení kontroly nad vnějšími stravovacími podněty (Málková, 2011; Pelikánová, 2003).

Fyziologická zpětná vazba (redukce stresu a deprese) dle Bandury označuje potřebné fyzické impulzy, tedy známky toho, že změněné chování či dodržování opatření má určitý dopad. V případě pozitivního účinku, u nadváhy a obezity to může být snížení hmotnosti, působí mimo jiné i motivačně. V případě negativní zpětné vazby naopak poskytuje prostor pro hledání alternativních činností, které budou ve vztahu k individuálním požadavkům a potřebám daného jedince efektivnější (Hoskovcová, 2006; Hlinková, 2010).

Vlastní proces učení pozorováním, který je jádrem teorie sociálního učení, Bandura rozdělil do čtyř fází. První fází je upoutání pozornosti. Ta bývá nejčastěji věnována osobám, které jsou pro člověka něčím zajímavé, úspěšné nebo jsou pro něj autoritou. V této fázi je pro sestru důležité získat pozornost edukanta a zároveň zachovat vysokou míru srozumitelnosti předávaných informací. Za tímto účelem lze využít příkladů, zajímavého způsobu podání informací, ilustrací i vhodných analogií, které zejména u romské minority podpoří názornost. Druhou fází je fáze retenční, tedy zapamatování si, která je spojená s možností vyzkoušet si a procvičit nově naučené. Na ní pak navazuje fáze reprodukční, kdy dochází k neustálému procvičování a zdokonalování naučeného. Jedinec v průběhu této doby získává jistotu a odstraňuje možné nedostatky a překážky. Poslední fází je fáze motivační. Ta je úzce spojená s principem odměny, benefitu, který změna jedinci přinese v dlouhodobém horizontu. (Hlinková, 2010; Zhu, Norman, While, 2013).

### ***1.3.2 Edukační témata vztahující se k prevenci nadváhy a obezity u romské minority***

#### ***1.3.2.1 Složení stravy z pohledu zásad racionální výživy***

Jak již bylo výše uvedeno, primárním cílem jedinců trpících nadváhou a obezitou je dosažení nižší hmotnosti, jehož nezbytnou součástí jsou jistá dietní opatření (Lazarou, Kouta, 2010). Pro zajištění jejich úspěšnosti je však nutná také víra v jejich pozitivní účinek stejně jako ve své vlastní schopnosti a sociální oporu stran komunity ve smyslu jejich dodržování (Zhu, Norman, While, 2013). V prevenci vzniku nadváhy a obezity či jiných onemocnění má zdravá, racionální strava svou nezastupitelnou roli. Vychází z obecných doporučení, která jsou podložena epidemiologickými studiemi. Lze říci, že tato doporučení jsou sestavena dle zdravotního stavu populace tak, aby vyhovovala většině. Z jejich obsahu vyplývá, že k základním složkám potravy patří sacharidy, tuky a bílkoviny. Všechny tyto složky jsou pro člověka nepostradatelné. Důležitý je rovněž příjem vitaminů, nerostných látek a vody. V ideálním případě by tyto složky potravy měly být zastoupeny v poměru: 14 % bílkovin, 30 % tuků a 56 % sacharidů, v gramech je to pak 1 g bílkovin k 1 g tuků ke 4 g sacharidů s ohledem na energetickou hodnotu jednotlivých živin, která se liší (Málková, Kunová, Kudrna, 2002; Müllerová, 2008).

Kromě energetické hodnoty lze u potravin sledovat také hodnotu biologickou. Tato hodnota není neměnná, neboť je ovlivněná např. kombinací jednotlivých složek potravin či jejich skladováním. Je dána způsobem, jakým dokáže organismus přijaté látky využít. Podle tohoto hlediska lze rozlišit potraviny sytící, které jsou pouze zdrojem energie (např. cukr, bílá mouka), potraviny živící, které organismu poskytují také materiál pro stavbu tělesné hmoty (tj. potraviny obsahující např. bílkoviny), a na potraviny ochranné, které obsahují důležité vitaminy, nerostné látky či jiné sloučeniny. Tyto látky si organismus většinou sám vyrobit neumí, ale nezbytně je pro svou činnost potřebuje (Mastná, 2000).

Bílkoviny jsou nezbytnou složkou potravy. Jsou důležité pro zajištění životních funkcí organismu. Tělu poskytují po celý život stavební materiál pro růst a obnovu buněk a tkání. Svůj význam mají i v oblasti imunitního systému, působí jako enzymy, hormony apod. Tělem jsou využívány ke krytí energetických potřeb v případě, že není dostatek sacharidů a tuků (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003). Některé studie prokázaly, že se uplatňují při vzniku i léčbě obezity (Kunešová, 2011b). Z hlediska terapie nadváhy a obezity je důležité si uvědomit význam příjmu kvalitních, plnohodnotných bílkovin, které jsou obsažené v mase, mléčných výrobcích a v některých luštěninách. Zde je třeba poznamenat, že bílkovinné potraviny živočišného původu jsou také zdrojem tuků a cholesterolu. Proto je třeba je vybírat s jistou obezřetností s přihlédnutím k doporučenému množství (Svačina, Bretšnajdrová, 2008).

Vláknina je potravní složkou, která by v žádném jídelníčku neměla chybět, protože díky své sytící schopnosti snižuje příjem energie (Kunešová, 2011b). V literatuře je popisována jako nestravitelná část rostlinných těl obsahující určité druhy sacharidů, která zůstává v zažívacím traktu i po působení trávicích šťáv a opouští jej ve stolici. V tomto smyslu je třeba rozlišit vlákninu hrubou, která se nerozloží ani po působení kyselin a louhů in vitro, a vlákninu potravy, kam patří celulóza, ale také pektiny, která co do hmotnosti představuje dvojnásobek až trojnásobek hrubé vlákniny (Hlúbik, 1994; Müllerová, 2008). Právě vláknina je ve stravě obézních velmi důležitá, neboť napomáhá snižování resorpce sacharidů, příznivě ovlivňuje metabolismus tuků a cholesterolu a zároveň navozuje pocit sytosti. Nejvíce je jí obsaženo v ovoci, zelenině, luštěninách, bramborách a celozrnných mlýnských a pekárenských výrobcích. Pro účely redukčního

režimu by v každodenní stravě mělo být 30–40 g vlákniny. To pro představu odpovídá alespoň 500 g ovoce nebo zeleniny (Svačina, Bretšnajdrová, 2008).

Sacharidy jsou naším nejdůležitějším zdrojem energie a základní složkou stravy. Tyto sloučeniny z chemického hlediska obsahují kyslík, uhlík a vodík, ale neobsahují bílkoviny, a proto by se výlučně jimi člověk živit nemohl (Mastná, 2000; Turek, 2004). Ve vztahu k sacharidům je nutno pamatovat na glykemický index neboli schopnost ovlivňovat hladinu krevního cukru. Tento index není podmíněn složitostí molekuly, naopak jej snižuje vláknina (Adámková, 2009). Jeho hodnota je dána rychlostí digesce a absorpce sacharidů (Kunešová, 2011b). Cukry můžeme rozdělit do skupin z hlediska jejich chemického složení. Rozlišujeme cukry jednoduché, kam patří např. glukóza či fruktóza. Další skupinu tvoří polysacharidy (cukry složené), kam řadíme např. škrob či již výše zmíněnou celulózu a hemicelulózu. Polysacharidy nejsou štěpeny trávicími fermenty zažívacího traktu člověka, ale částečně mikrobiální flórou tlustého střeva. K jejich funkcím v zažívacím traktu patří také podpora střevní peristaltiky a snižování vstřebávání cholesterolu ze střeva. Ovšem nadbytečný příjem může v důsledku vyvolat průjem, čímž se zhorší stravitelnost a využitelnost potravy (Hlúbik, 1994; Mastná, 2000). Z hlediska redukčního režimu by sacharidy měly být ve stravě zastoupeny z 50 % z celkové denní energie, a to zejména v podobě polysacharidů. Monosacharidy a disacharidy obsažené v ovoci, zelenině a mléčných výrobcích by měly být lehce omezovány, přičemž cukr, med a různé sladkosti by měly být ze stravy zcela vyloučeny (Svačina, Bretšnajdrová, 2008).

Tuky jsou ve výživě důležité z hlediska jejich energetického náboje, ale i díky jejich významu v látkové přeměně. Problém však nastává ve chvíli, kdy se nevyužitá energie získaná z hlavních živin (sacharidů, bílkovin a tuků) začne v lidském organismu ukládat jako „tuková rezerva“ (Mastná, 2000; Turek, 2004). Velmi podstatné však je, jaký tuk a v jakém množství je obsažen v potravě. V tomto kontextu bývá často zmiňován pojem cholesterol, což je látka tukové povahy, která je produktem živočišného metabolismu. I člověk si jej ve svém organismu umí vyrobit a dle svých stravovacích zvyklostí jeho množství zvyšuje. V referenčních rozmezech je cholesterol pro organismus nepostradatelný, neboť je důležitý pro tvorbu vitamínu D i některých pohlavních a nadledvinkových hormonů. Ale ve zvýšených hladinách je jedním z faktorů rozvoje ischemické choroby srdeční či dalších sklerotických procesů, které devastují cévy

lidského organismu. Proto by se denní příjem cholesterolu měl pohybovat v rozmezí do 300 mg (Mastná, 2000). Denní příjem energie získané z tuků by neměl přesahovat 30 % z celkového energetického příjmu, přičemž u starších osob a venkovského obyvatelstva běžně přesahuje i 40 % (Kasalický, 2007).

Všeobecně se tuky, které přijímáme v potravě, liší z hlediska zastoupení mastných kyselin v molekule. Nasycené tuky obsahují ve své molekule více mastných kyselin, a tím jsou pro zdraví člověka více rizikové, neboť pokud nejsou energeticky využity, stávají se výrazným rizikovým faktorem vzniku srdečních a cévních onemocnění a některých druhů nádorů (zejména střev, prsu a prostaty) (Mastná, 2000; Turek, 2004). Proto je pro člověka mnohem výhodnější příjem nenasycených mastných kyselin, kde je riziko rozvoje aterosklerotického procesu téměř nulové. Naopak mají významné pozitivní účinky. Některé z těchto kyselin jsou pro člověka životně důležité, např. kyselina linolová, kterou si organismus nedokáže vyrobit sám. Tyto esenciální mastné kyseliny se nacházejí především v rostlinných olejích, mořských řasách či v mořských rybách. Jejich význam tkví v podílu na výstavbě buněčných struktur, v prevenci vzniku cévních onemocnění apod. (Mastná, 2000; Turek, 2004). To ale neznamená, že by měly být přijímány v neomezeném množství. I neúměrně vysoký příjem nenasycených mastných kyselin má svá rizika. K těm patří například při přeměně nenasycených mastných kyselin vznik látek ze skupiny endoperoxidů, které aktivují tvorbu nebezpečných volných kyslíkových radikálů. Ty pak výrazně zvyšují riziko vzniku některých nádorových onemocnění (především nádorů střev) (Turek, 2004). Vzhledem k tomu, že jsou tuky výrazným zdrojem energie ve stravě, je vhodné jejich příjem v rámci redukčního režimu omezit na 25–30 % z celkové energetické hodnoty (Svačina, Bretšnajdrová, 2008).

Vitaminy coby významná složka stravy jsou látky, které si člověk v těle nemůže vytvořit a musí je proto získávat stravou. U některých, kromě rizik z jejich nedostatku, lze pozorovat i nežádoucí projevy při jejich nadbytku. To platí zejména u vitamínu A, D a vitamínu B6. Vitamin A člověk získává výhradně z živočišných tkání. Významný je pro proces vidění, pro růst a tvorbu bílkovin, a tím i pro obměnu buněk a tkání. Jeho dlouhodobý nadbytek však může vést k postižení jaterních buněk, u těhotných žen pak k nesprávnému vývoji plodu (vrozeným vývojovým vadám). Vitamin D zajišťuje vstřebávání a využití vápníku, čímž se značně podílí na snížení rizika vzniku

osteoporózy. Uplatňuje se i při snížení rizika vzniku některých nádorových onemocnění (zejména střev), snížení vzniku diabetu a rizika srdečních a cévních onemocnění. Ve vyšších dávkách se však v organismu kumuluje a má toxické účinky. Může způsobit výrazné poškození ledvin. Vitamin C má rozsáhlé uplatnění v látkové přeměně a ochraně organismu, především v prevenci srdečních a cévních onemocnění. Při avitaminóze vitamínu C může docházet ke vzniku skorbutu, k jehož projevům patří například krvácení (Turek, 2004; Müllerová, 2008). Vitaminy skupiny B jsou poměrně širokou skupinou zahrnující thiamin (B1), riboflavin (B2), pyridoxin (B6), niacin, kyselinu pantotenovou, biotin, kyselinu listovou a korinoidy (B12). Kyselina listová je například potřebná pro metabolismus bílkovin, purinových a pyrimidinových nukleotidů a podporuje růstovou aktivitu společně s vitamínem B12. Je také důležitá pro vývoj plodu v době těhotenství, neboť při jejím nedostatku mohou vznikat závažné vrozené vývojové vady (Turek, 2004; Müllerová, 2008). Z hlediska prevence a léčby nadváhy a obezity je třeba poznamenat, že minerální látky a vitaminy jsou v pestré stravě obsaženy dostatečně. Problém však může nastat v případě některých přísných redukčních diet, kdy je nutné na doplnění některých prvků myslet (Svačina, Bretšnajdrová, 2008).

### ***1. 3. 2. 2 Přívod energie***

Na vzniku nadváhy a obezity se podílí pozitivní energetická bilance. Je to stav, kdy je narušena energetická rovnováha a příjem převyší energetický výdej. Hodnoty energetického příjmu jsou dány složením stravy, ovšem preference jednotlivých druhů potravin je kromě socioekonomických a kulturních faktorů ovlivněna také faktory hereditárními (Hainer, Bendlová, 2011). Jak uvádí Rušavý (2008, s. 47): „Energetická potřeba organismu je součtem bazálního energetického výdeje, termického efektu přijaté stravy, fyzické aktivity a případně přítomné choroby, kdy stoupají energetické nároky organismu úměrně závažnosti choroby – úměrně velikosti stresu“. Determinantem příjmu energie je pak energetická denzita (vydatnost), která vyjadřuje obsah energie v 1 g potravin. Tuto hodnotu lze cíleně ovlivňovat přidáním vody, vlákniny nebo tuku (Kunešová, 2011b).

V oblasti dietních zásad jsou v souvislosti s problematikou nadváhy a obezity platná následující doporučení. Příjem energie by měl být rozdělen v průběhu celého dne tak,

aby nedocházelo k hladovění ani k velkým výkyvům hladiny glykémie. Svačina a Bretšnajdrová (2008, s. 100) uvádí: „Denní příjem energie a sacharidů je v dietě rozdělen do tří třetin a v každé třetině je vždy zastoupeno 1 hlavní a eventuálně 1 vedlejší jídlo.“ Pro snadnější orientaci a sledování se pacientům doporučuje např. využití metody rozděleného talíře (Svačina, Bretšnajdrová, 2008).

### ***1. 3. 2. 3 Potravní chování***

Potravní chování je termín, který zahrnuje komplex aktivit zaměřených na: detekci potravních zdrojů a vyhledávání potravy, analýzu potravního zdroje, rozpoznání potravy, rozhodování o jejím přijetí či odmítnutí, získávání potravy a její přípravy ke konzumaci a požívání jídla a přípravu živin pro fyziologické děje. Pro jeho vývoj je podstatná interakce s prostředím, kde dochází k výměně informací a rozvoji strategie získávání potravy, která je dána preferovaným typem výživy (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003).

Motivačním prvkem potravního chování je motivační stav, kterému v oblasti výživy odpovídá stav hladu, žízně, chuti, specifické deprivace. Hlad je pojmem fyziologickým a psychologickým, označujícím komplex nepříjemných vjemů pociťovaných po delší deprivaci potravy. Je hnací silou podněcující člověka k získání potravy a docílení úlevy po jejím požití. Hlad nebo chuť k jídlu mohou být vyvolány i představou jídla, emočními či sociálními a kognitivními faktory. Dále se uplatňuje apetenční chování zahrnující pátrání po specifických objektech, manipulaci s předměty a další aktivity, pomocí nichž lze monitorovat potravní zdroj. V této oblasti se významným způsobem promítají zkušenosti jedince, jeho schopnost učit se a znalosti a dovednosti, které získal v průběhu života. U člověka má také společenský charakter, protože si volí místo nákupu, prodejce či výrobce potravin a dobu, kdy bude nakupovat. To mnohdy nemusí souviset jen s libými pocity. Může se vyskytnout i stres či frustrace v případě, že nelze zajistit potraviny, které člověk požadoval (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003; Kasalický, 2011).

Konzumní chování je konečnou částí cyklu potravního chování. Zahrnuje aktivity následující po příchodu k potravnímu zdroji, což v praxi znamená usmrcení kořisti, odnesení potravin, jejich nakoupení. Dále následuje technologická fáze a manipulace



s potravou, která v sobě ukrývá proces vaření, smažení, přípravy konečné verze pokrmu tak, aby bylo možné ji konzumovat a strávit. Poslední fází konzumního chování je vlastní požívání potravy, což je fáze reflexní, stereotypní, citlivá na velké množství vlivů daných velikostí porce, rychlostí pohybů, frekvencí přijímání jídla, jeho zdobení a způsob konzumace (v kruhu rodinném, při sledování televize, při práci na počítači) apod. Tato fáze je výrazně ovlivněna kulturou, etnickou příslušností a zvyklostmi v dané komunitě (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003; Kasalický, 2011).

Při výběru potravin hraje u člověka svou roli čich, chuť, zrak, ale i konzistence a poživatelnost potravy. Dále je to energetická a nutriční hodnota (objem jídla, jeho sytost), učení a kognitivní faktory (aktuální prožitek chuti ovlivněný zkušenostmi), emoční faktory, kdy pozitivní emoce podporují chuť k jídlu, negativní prožitky ji naopak blokují (např. depresivní stavy – ale i při nich pacienti mohou mít zvýšenou potřebu příjmu potravy za účelem potlačení nepříjemného duševního stavu) a sociální faktory, kdy je známo, že v dobré společnosti jídlo lépe chutná (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003).

Frekvence příjmu potravy, jinými slovy „častost“, je jedna ze základních podmínek správného stravování. Při velmi nízké frekvenci, kdy člověk přijme jídlo pouze jedenkrát za den, dochází ve vyšší míře k uplatnění lipogenetického efektu inzulinu, což znamená, že se ve větší míře ukládá tuk do tukových buněk. Hmotnost člověka proto pozvolna stoupá a dochází ke vzniku nadváhy a následně i obezity. Tak vzniká obezita např. u „večerních jedlíků“, kteří celodenní dávku jídla konzumují večer po návratu ze zaměstnání (Hlúbik, 1994). Z pohledu dietních zásad je však důležité v oblasti frekvence příjmu potravy dosáhnout pravidelnosti. Jídelníček by měl být rozdělen do 3 až 6 jídel denně v závislosti na vybrané redukční dietě. Zároveň by měl být dodržen 3- až 4hodinový interval mezi jednotlivými jídlami, aby pacient nepociťoval hlad a zároveň byla dodržena dostatečná přestávka (Svačina, Bretšnajdrová, 2008).

Při bližším zkoumání regulace příjmu potravy byla v rámci vědeckých výzkumů prokázána účast periferních mechanismů, vlivu základních živin a centrálních regulačních mechanismů. Periferní mechanismy regulace příjmu potravy spočívají v potřebě udržení homeostázy, tedy ve snaze zabránit nedostatku živin, které by mohly způsobit vychýlení organismu z rovnovážného stavu (z homeostázy). Fyziologicky je toto zajištěno pomocí nervových podnětů z žaludku. Ten se po najedení rozšiřuje a po

jeho naplnění by měl vzniknout pocit sytosti. Jídlo dráždí receptory žaludečních stěn a do nervových center jsou vysílány signály o nasycení pomocí X. hlavového nervu (nervus vagus) a splachnickými nervy. Podíl na signalizaci sytosti mají i útrobní hormony, jako je glukagon, gastrin či cholecystokinin, které jsou vylučovány v různých místech zažívacího traktu (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003).

Vliv základních živin je zde zaměřen na složení potravy. To má zásadní vliv na metabolické pochody v centrální nervové soustavě a na ovlivnění činnosti regulačních center sytosti a hladu. Z centrálních regulačních mechanismů je to pak nezastupitelný vliv hypothalamického centra (centrum sytosti ve ventromediálním hypothalamu a centrum hladu v laterálním hypothalamu) (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003).

## **2. Cíl práce a výzkumné otázky**

### ***2.1 Cíle výzkumu***

Ve vztahu k danému tématu byly stanoveny tři cíle.

Cíl 1: Charakterizovat postoj, vztah (vč. názorů) romské minority k nadváze a obezitě.

Cíl 2: Popsat rizikové faktory nadváhy a obezity u romské minority.

Cíl 3: Vytvořit metodiku k intervenčnímu programu zaměřenému na prevenci nadváhy a obezity u romské minority.

### ***2.2 Výzkumné otázky***

Ve vztahu k výše uvedeným cílům byly proto stanoveny tři výzkumné otázky.

Výzkumná otázka 1: Jaký je postoj, vztah romské minority k nadváze?

Výzkumná otázka 2: Jaký je postoj, vztah romské minority k obezitě?

Výzkumná otázka 3: Jaké jsou rizikové faktory nadváhy a obezity u romské populace?

### 3. Operacionalizace pojmů

Teoretický rámec výzkumu slouží k ohraničení teoretických zdrojů, s nimiž bude v rámci výzkumu pracováno. Jeho specifikace poskytuje čtenářům informace o perspektivě, prostřednictvím které bude na výzkumný problém nahlíženo (Miovský, 2006). Základním výzkumným problémem realizovaného výzkumného šetření jsou role sestry v prevenci nadváhy a obezity u romské minority. Pro účely tohoto výzkumu jsme se ztotožnili s tím, jak Romy definuje Kozubík (2013, s. 28): „Rómom je ten, kto sa cíti byť príslušníkom novoustanoveného spoločenstva ľudí, považujúcich sa za členov rómskeho národa, resp. etnika; svoje „rómstvo“ pociťujú ako svoju národnosť, používanie napr. rómčiny ako znaku tejto príslušnosti atď.“ Romové patří již řadu let k nejpočetnějším minoritám na území České republiky (Mačková et al., 2012). Z četných studií (například Determinanty zdraví romské populace v České republice, Romská minorita a zdraví – mezinárodní srovnávací studie 2008–09 či Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace – HIS CR 2002) (Davidová, 2010) vyplývá, že i přes snahy vlád v celé Evropě jsou stále přítomny rozdíly v oblasti zdraví. Romové prokazatelně trpí horším přístupem ke zdravotní péči a jsou mnohdy diskriminováni (Šedová, Olišarová, Tóthová, 2014). Stejně jako v majoritní (většinové) populaci je u nich patrný obdobný prevalenční trend nadváhy a obezity. Pro definování nadváhy a obezity jsme využili hodnot stanovených WHO (1995). Nadváha je tedy definována Body Mass Indexem (BMI) vyšším nebo rovným 25 kg/m<sup>2</sup> a obezita BMI vyšším nebo rovným 30 kg/m<sup>2</sup>.

„Povolání sestry tvoří celý systém společenských rolí, které jsou různě horizontálně i vertikálně členěné“ (Bártlová, 2005, s. 136). Dle Bártlové (2005) se tyto role prolínají různými oblastmi činností sestry, jako jsou činnosti spojené s přímým poskytováním ošetrovatelské péče ve smyslu zajištění základních potřeb člověka. Dále pak s činnostmi spojenými s edukací, výchovou ke zdraví, organizací a administrativou apod. Špirudová a Králová (2006) tyto role konkretizují. Současná sestra by měla naplňovat role ošetrovatelky, pečovatelky, komunikátorky, edukátorky, poradkyně, ale i nositelky změn, výzkumnice a manažerky. Jak již bylo zmíněno (blíže viz kapitola 1.3), edukace dnes patří k základním složkám standardní ošetrovatelské péče (Šedová, Olišarová, Tóthová, 2014). V jejím průběhu sestra zastává role poradce, konzultanta i pedagoga (Kozoň, Hanzlíková, 2003). Ve vztahu k současnému globalizačnímu trendu a snaze

zajistit kvalitní, kulturně kompetentní péči, do tohoto procesu vstupuje také hledisko kulturního hodnocení a s ním spojených kulturních kompetencí, jež musí umět využívat. Pro popsání vzorců chování, víry, hodnot, zvyků a zejména oblastí životního stylu Romů, které mohou, ve vztahu k prevenci nadváhy a obezity, ovlivnit efektivitu realizovaných intervencí, byl zvolen model L. Purnella (blíže viz kap. 1.2.3). Tento model poskytuje sestřám strukturovaný rámec pro posouzení kultury a zhodnocení osobní zdravotní historie s přihlédnutím k aktuálním podmínkám.

Na základě prostudování problematiky nadváhy a obezity v kontextu prevence u romské minority bylo přistoupeno k redukci počtu pozorovaných proměnných. Neboť jak uvádí Reichel (2009, s. 49): „Vzhledem ke značné členitosti a mnohodimenzionalitě zkoumaných objektů, které nelze nevidět jinak než jako složité komplexy rozličných vlastností, není jednoduše v lidských silách postihnout v rámci zkoumání všechny.“ Proto je nutné volit ty, které považujeme vzhledem k předmětu zkoumání za relevantní. Na základě této redukce bude pozornost dále věnována kulturně podmíněným faktorům, včetně postoje a názorů, které se pojí k problematice prevence nadváhy a obezity u romské minority.

## 4. Metodika a výsledky

Ve výzkumu v ošetrovatelství se setkáváme s kvalitativním i kvantitativním výzkumem. Vzhledem k tomu, že k našim cílům patřilo charakterizování postoje, vztahu romské minority k nadváze a obezitě a popsání rizikových faktorů jejich vzniku, byl zvolen kvalitativní výzkum. S ohledem na cíl výzkumu stáli v centru naší pozornosti lidé. Jedinec (účastník výzkumu) byl v tomto ohledu vnímán jako „synoptický celek“ (Miovský, 2005, s. 78). Bylo tedy respektováno „...že každý člověk včetně výzkumníka samotného do výzkumu vstupuje s celou svojí osobní historií. Vstupuje do něj jako lidská bytost a současně také jako biologický tvor“ (Miovský, 2005, s. 78). Z toho vyplývá, že je nutno zohlednit i ty aspekty, které nejsou předmětem výzkumného šetření, ale mohou ovlivňovat sledované skutečnosti.

Jedinec (účastník výzkumu) je poznáván v jeho přirozeném prostředí, což zajišťuje udržení kontextu, tedy možnosti sledovat veškeré související faktory, které by v umělých podmínkách nemusely být znatelné (Miovský, 2005). S tímto je však spojena také nutnost vnímat i fakt, že „otevřenost vůči zkoumaným osobám též představuje být k nim upřímný a chovat se eticky“ (Reichel, 2009, s. 67). Respektování této zásady napomáhá získání cenných výpovědí, bez nichž se kvalitativní zkoumání neobejde (Reichel, 2009).

Ve vztahu ke zvolenému tématu, rolím sestry v prevenci nadváhy a obezity u romské minority, nám kvalitativní výzkum poskytl možnost pochopit chování, motivy, postoje či hodnoty, které ovlivňují jednání a život respondentů ve vztahu k problematice nadváhy a obezity. Zároveň tento přístup respektoval proměnlivost, novost a individuální specifitost sociálních jevů (Nový, Surynek, 2006). S přihlédnutím k vnitřní rozdílnosti romské minority tedy poskytl možnost charakterizovat postoje a názory Romů na nadváhu a obezitu, stejně jako popsat jednotlivé rizikové faktory. S ohledem na jednotlivé rizikové faktory pak přímý kontakt s jednotlivci v jejich přirozeném prostředí umožnil určit význam, který je podstatný pro následné preventivní aktivity a jejich úspěšnost.

#### **4.1 Výběr zkoumaného souboru**

Výběr výzkumného souboru pro realizaci kvalitativního výzkumu patří mezi obtížné fáze studie. Jistým problémem se zde stává oblast reprezentativity, neboť oproti kvantitativnímu výzkumu jsou v tomto případě výchozím bodem odlišné filozofické a metodologické předpoklady (Miovský, 2006). Miovský (2006, s. 127) tento výběr charakterizuje „jako nepravděpodobnostní metody výběru (non-probabilistic sample) výzkumného souboru“. Z praktických doporučení pro vlastní výběr v kvalitativním výzkumu Hendl (2005) zmiňuje nutnost zdůvodnění volby konkrétních účastníků výzkumu. Je třeba si odpovědět například na otázky, zda bude možné tyto objekty spojit s výzkumnými otázkami či zda je jejich výběr reálný (s ohledem na čas, finanční náročnost nebo dosažitelnost). Zároveň by neměla být opomenuta ani možnost, že volba nemusí být správná, a proto by měl být výzkumník připraven ke změně. Cílem je v tomto případě volit takové případy, „které pokryjí požadované minimum, protože nikdy nezískáme tolik informací, kolik potřebujeme“ (Hendl, 2005, s. 159).

Tato doporučení a specifika se stala inspirací pro výběr vlastního výzkumného souboru této práce. Reichel (2009) výběrový soubor (vzorek) charakterizuje jako množinu objektů, která ve výzkumu představuje základní soubor. V našem případě byl, s ohledem na vnitřní rozdílnost romské minority, kterou popisuje například Hübschmannová (2003) či Frištenská a Víšek (2003), základní soubor tvořen Romy žijícími v Českých Budějovicích. Pro vlastní výběr respondentů byla zvolena metoda sněhové koule, která je založena na kombinaci účelového výběru a prostého náhodného výběru (Reichel, 2009). V první fázi výběru byla využita kombinace zvolené metody s metodou záměrného (účelového) výběru přes instituce (Miovský, 2006). Bylo využito spolupráce s kontaktními osobami v institucích, které se romskou komunitou na území Českých Budějovic zabývají. Kritériem výběru byla subjektivně pocíťovaná příslušnost k romské minoritě, minimální věk dosažený v den posledních narozenin 18 let a hodnota BMI v pásmu nadváhy nebo obezity. Dále byl nutný písemný souhlas (viz Příloha 6) s realizací individuálního hloubkového rozhovoru, který byl spojen se stanovením vybraných zdravotních ukazatelů. Respondenti, kteří v první fázi souhlasili s účastí na výzkumu, následně nominovali další kandidáty, s nimiž bylo poté pracováno. Do dosažení saturace, „tj. stavu, kdy už další data nepřispívají k lepšímu porozumění danému problému a už se neobjevují nové informace“ (Miovský, 2006, s. 139), se takto

celý proces opakoval. Z pohledu reprezentativnosti je třeba náš soubor vnímat odlišně než v případě kvantitativního výzkumu. Nicméně v určitém pohledu, ve vztahu ke konkrétní zkoumané skupině, lze i tento výběr považovat za „svým způsobem reprezentativní“ (Reichel, 2009, s. 83).

V počátku realizace výzkumného šetření bylo ve spolupráci s kontaktními osobami osloveno 8 jedinců, z nichž 5 souhlasilo s provedením výzkumu. Během zkoumání docházelo k opakovanému kontaktu s nominovanými respondenty v jejich přirozeném prostředí. Výzkumný soubor (viz Tab. 1: Charakteristika výzkumného souboru) tedy výsledně tvořilo 25 respondentů starších 18 let, kteří byli příslušníky romské minority a zároveň byla jejich hodnota BMI v pásmu nadváhy či obezity. Mezi respondenty bylo 8 mužů a 17 žen. Ve vzorku mužů bylo 6 jedinců s nadváhou (tedy s hodnotou BMI  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>) a 2 s obezitou (tedy hodnotou BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>). Nejmladšímu muži bylo 19 let, nejstaršímu pak 64. Ve vzorku žen bylo 8 jedinců s nadváhou a 9 s obezitou. Nejmladší ženě bylo 29 let, nejstarší 64.

Tab. 1: Charakteristika výzkumného souboru

<i><b>Jméno</b></i>	<i><b>Pohlaví</b></i>	<i><b>Věk</b></i>	<i><b>Výška (cm)</b></i>	<i><b>Hmotnost (kg)</b></i>	<i><b>BMI (kg/m<sup>2</sup>)</b></i>
<b>Dan</b>	M	64	171	85	29,07
<b>Pavel</b>	M	56	170	83	28,71
<b>Patrik</b>	M	34	182	91	27,47
<b>Lukáš</b>	M	19	170	79	27,34
<b>Martin</b>	M	39	192	98	26,6
<b>Dominik</b>	M	36	185	102	29,8
<b>Jan</b>	M	35	195	140	36,82
<b>Marek</b>	M	46	163	82	30,9
<b>Jana</b>	Ž	49	163	70	26,35
<b>Žaneta</b>	Ž	37	160	67	26,17
<b>Erika</b>	Ž	50	167	75	26,89
<b>Denisa</b>	Ž	33	165	74	27,18



<i>Jméno</i>	<i>Pohlaví</i>	<i>Věk</i>	<i>Výška (cm)</i>	<i>Hmotnost (kg)</i>	<i>BMI (kg/m<sup>2</sup>)</i>
<b>Sabina</b>	Ž	41	172	86	29,07
<b>Irma</b>	Ž	40	171	84	28,73
<b>Sára</b>	Ž	37	158	65	26,04
<b>Martina</b>	Ž	57	162	72	27,43
<b>Irena</b>	Ž	35	168	91	32,24
<b>Dita</b>	Ž	61	162	84	32,01
<b>Ilona</b>	Ž	41	160	84	32,81
<b>Andrea</b>	Ž	29	148	92	42
<b>Nikola</b>	Ž	46	148	68	31,04
<b>Jolana</b>	Ž	21	168	88	31,18
<b>Lenka</b>	Ž	64	160	90	35,2
<b>Lucie</b>	Ž	43	160	80	31,3
<b>Iveta</b>	Ž	39	168	90	31,89

*pozn.: Pro účely celého výzkumu jsou z důvodu zajištění anonymity respondenti uváděni pod jinými jmény. Klíč k jejich přiřazení je uložen bez možnosti přístupu dalších osob.*

#### **4.2 Zvolené metody získávání a zpracování kvalitativních dat**

Získávání dat kvalitativní povahy se odvíjí od určení požadovaného typu informací a od toho, kdo bude předmětem zájmu. Tedy od osoby, od které budou informace získávány (Hendl, 2005). Reichel (2009) mezi základní metody získávání kvalitativních dat řadí pozorování, rozhovor, dotazník, studium dokumentů a experiment. Pro účely tohoto výzkumu byla zvolena metoda moderovaného rozhovoru (interview), která je označením pro „takový rozhovor, který je moderovaný a prováděný s určitým cílem a za účelem výzkumné studie“ (Miovský, 2006, s. 156). Z hlediska struktury bylo přistoupeno k polostrukturovanému interview (Miovský, 2006), kdy byl předem vytvořen okruh otázek, jejichž pořadí bylo možno zaměnit tak, aby výtěžnost rozhovoru byla co možná nejvyšší. Zároveň byly respondentům v průběhu rozhovoru kladeny

doplňující otázky, které vyvstaly v průběhu realizace rozhovoru a jevíly se jako podstatné pro uchopení problému.

Předem připravené schéma rozhovoru obsahovalo kategorizační údaje (pohlaví, věk a základní zdravotní ukazatele vztahující se k nadváze a obezitě) a 36 základních otázek rozdělených do 4 okruhů: jídelní zvyklosti, fyzické a volnočasové aktivity (životní styl), vnímání sebe sama a vnímání nadváhy a obezity. Tyto základní otázky byly dále v první verzi doplněny 97 podotázkami. Na základě prvních pěti rozhovorů však bylo zjištěno, že oslovení Romové nevnímají rozdíl mezi nadváhou a obezitou. Proto byly dvě otázky s podotázkami sloučeny a výsledné schéma obsahovalo celkem 35 základních otázek s 90 podotázkami (viz Příloha 7).

Před samotným rozhovorem byly kontaktovány kontaktní osoby v institucích, které se romskou komunitou v Českých Budějovicích zabývají. Na základě jejich doporučení pak byly v domluveném čase navštíveny domácnosti osmi nominovaných Romů, přičemž s provedením výzkumu souhlasilo pět. Rozhovory probíhaly v období od dubna roku 2014 do dubna roku 2015 v přirozeném prostředí Romů, zejména v jejich domácnostech.

Na počátku rozhovoru byl respondentům vysvětlen účel výzkumu. Byli seznámeni s jeho náležitostmi, včetně počátečního změření vybraných zdravotních ukazatelů, a se zvoleným způsobem fixace dat. V tomto případě s pořízením zvukového záznamu prostřednictvím diktafonu. Udělený souhlas byl získán v písemné formě. Z vybraných zdravotních ukazatelů byly zjišťovány hodnoty krevního tlaku, výšky, hmotnosti, obvodu pasu, celkového tuku v těle, náhodně zachycené glykémie a hodnoty celkového cholesterolu. Dále bylo vypočteno BMI. Pro stanovení hodnot krevního tlaku bylo využito aneroidového tlakoměru Fazzini. Hmotnost byla zjišťována za pomoci osobní váhy. Výpočet BMI a stanovení celkového tuku v těle na principu bioelektrické impedance probíhalo za pomoci bimanuálního přístroje Omron BF 360. Hodnota náhodně zachycené glykémie byla zjišťována s využitím přístroje OneTouch, celkového cholesterolu pak za pomoci přístroje Accutrend plus. Obě tyto hodnoty byly zjišťovány z kapilární krve, přičemž byly dodrženy hygienicko-epidemiologické podmínky. Obvod pasu byl měřen krejčovským metrem v polovině vzdálenosti mezi spodním okrajem dolního žebra a lopatou kosti kyčelní. Se zjištěnými hodnotami byli respondenti

následně seznámeni a byly jim zodpovězeny všechny dotazy, které se k tomuto pojily. Zároveň jim byla nabídnuta možnost další spolupráce za účelem snížení hmotnosti.

Na úvodní část rozhovoru bylo navázáno předem připravenými otázkami. Interakce s respondenty byla zejména u následně nominovaných respondentů velmi vřelá. To bylo do určité míry podpořeno tím, že do domácnosti následně nominovaných respondentů nás většinou zavedli již oslovení respondenti nebo jejich děti. Byla zde navázána jistá míra důvěry. Při realizaci rozhovorů bylo využito znalostí získaných na kurzu motivačních rozhovorů a kognitivně behaviorální terapie obezity. Zároveň byla využívána empatie, vstřícnost a sebereflexe. V průměru rozhovory trvaly šedesát minut.

Připravené schéma otázek bylo využíváno jako osnova, ale dle potřeby a situace bylo pořadí otázek pozměněno tak, aby komunikace byla plynulá. V průběhu byl využíván záznamový arch (viz Příloha 8), kam byly zaznamenávány naměřené hodnoty a doplňující poznámky týkající se průběhu rozhovoru. Zároveň tyto archy obsahovaly vizuální škály pro hodnocení postav, které byly vytvořeny Stunkardem et al. (1983). Tyto škály umožnily zachytit preference ve fyzickém vzhledu i to, jakým způsobem své tělo respondenti vnímají. Otázky se tak pro ně staly praktičtějšími a lépe pochopitelnými. Přesto však v některých situacích bylo nutné využít konkrétního přirovnání, například k přítomným členům rodiny, či zjednodušeného vysvětlení položené otázky s použitím názorných příkladů. Téměř u všech respondentů se projevilo kulturně odlišné vnímání času a denního rytmu, které je pro Romy typické.

Jednotlivé zvukové záznamy byly digitalizovány, doslovně přepsány (viz Příloha 9) a následně archivovány v počítači. Transkripce probíhala bez úprav v hovorové řeči, aby bylo zabráněno ztrátě některých významů. Při jejich analyzování bylo využíváno písemné i zvukové podoby. Pro analýzu textu byl zvolen program MAXQDA 11, který umožňuje analýzy kvalitativních dat. V tomto programu jsme pracovaly s přepisy rozhovorů. Celkem bylo v rozhovorech označeno 1082 segmentů, které byly následně exportovány, a bylo s nimi dále pracováno. Jejich následná analýza dala vzniknout jednotlivým kódům, kategoriím a subkategoriím.

Pro analýzu dat byla využita metoda tzv. „zakotvené teorie“. Strauss a Corbinová (1999, s. 14) zakotvenou teorii popisují jako „induktivně odvozenou ze zkoumaného jevu, který prezentuje“. Tato teorie je tedy na základě objevení vzájemného odhalena

v průběhu zkoumání dané oblasti. Vzhledem k tomu, že každá kultura v rámci interakce s vnějším prostředím doznává jistých změn, poskytla nám tato teorie možnost odhalit ovlivnitelné rizikové faktory vzniku nadváhy a obezity, které jsou do značné míry determinovány také sociokulturním prostředím. Zároveň nám umožnila charakterizovat postoj k nadváze a obezitě a odhalit specifika v oblasti fyzických preferencí, které mohou být jistým motivačním faktorem pro změnu dosavadního způsobu života. Na základě analýzy dat a po integraci poznatků došlo k jejich zobecnění a začlenění do vytvořené metodiky k intervenčnímu programu zaměřeného na prevenci nadváhy a obezity u romské minority. Vzniklý materiál byl následně konzultován s pěti zástupci této minority, kteří se podíleli na realizovaném výzkumu. Srozumitelnost materiálu byla ověřována v přirozeném prostředí respondentů, zároveň byla upřesněna otázka motivace ke změně životního stylu. Respondentům bylo položeno celkem 22 otevřených otázek (viz Příloha 10), které napomohly upřesnění a rozšíření již zjištěného. Tyto rozhovory byly zaznamenávány do záznamového archu (viz Příloha 11). Jednotlivé připomínky byly do intervenčního programu zapracovány (viz kapitola 6.1 Metodika k intervenčnímu programu pro prevenci nadváhy a obezity u romské minority).

V průběhu analýzy dat v zakotvené teorii bylo využíváno otevřeného, anxiálního a selektivního kódování.

### **Otevřené kódování**

Otevřené kódování představuje část analýzy spojenou s označováním a kategorizací pojmů prostřednictvím pečlivého studia údajů (Strauss, Corbinová, 1999). Během tohoto procesu byly rozhovory analyzovány v programu MAXQDA 11 řádek po řádku a byly sledovány a označovány podobnosti a rozdíly. Zároveň byly tyto údaje konfrontovány s našimi dosavadními znalostmi a informacemi z dostupných odborných zdrojů. Nalezené pojmy byly následně seskupeny dle své možné příslušnosti do kategorií (viz Příloha 12). V tuto chvíli však nebylo možné kategorie považovat za konečné, neboť jejich příslušnost k danému jevu mohla být jen zdánlivá. Z pojmového rozsahu těchto kategorií vycházel jejich obsah, tedy pojmy, které v nich mohly být uskupeny. Například:

<i>Kategorie</i>	<i>Subkategorie</i>	<i>Vlastnost</i>
<i>příjem potravy</i>	motivace pro volbu potravin	
	preferovaná úprava potravin	
	místo stravování	
	počet jídel za den	
	frekvence stravování	
	pravidelnost	snídaně
		dopolední svačina
		oběd
		odpolední svačina
		večeře

Názvy kategorií byly v této fázi vytvořeny na základě logické souvislosti s údaji, které měly zastupovat. Jejich označení proto nebylo možno vnímat jako konečné. Sloužily především k zapamatování oblastí, které popisují, a k usnadnění další analýzy.

### **Anxiální kódování**

Otevřené kódování umožnilo získané údaje rozdělit, vytvořit některé kategorie a jejich vlastnosti. Anxiální kódování naopak poskytlo možnost tyto údaje složit novým způsobem pomocí vytváření spojení mezi kategoriemi a jejich subkategoriemi (Strauss, Corbinová, 1999). Smyslem tohoto procesu bylo bližší určení jevu pomocí podmínek, které k němu byly v příčinném vztahu. K tomuto účelu byl využit paradigmatický model (Strauss, Corbinová, 1999, s. 72), který „spojuje subkategorie s kategoriemi do souboru vztahů určujícího příčinné podmínky, jev, intervenující podmínky, strategie jednání a interakce a následky“. Použití tohoto modelu umožnilo přemýšlet o údajích v jiných rovinách a vzájemně je mezi sebou vztahovat. Pro příklad uvádíme zasazení kategorie do paradigmatického modelu (viz Tab. 2: Aplikace paradigmatického modelu).

Tab. 2: Aplikace paradigmatického modelu

<i>Příčinné podmínky</i>	<i>Jev</i>	<i>Kontext</i>	<i>Intervenující podmínky</i>	<i>Strategie jednání</i>	<i>Následky</i>
<b>Hmotnost</b>	Body image	Pocit	Nezaměstnanost	Pohybové aktivity  Dietní opatření	Dočasné snížení hmotnosti
<b>Zdravotní stav</b>		Tělesné proporce	Bytové podmínky		Zlepšení zdravotních komplikací
<b>Vnímání sebe sama</b>		Zdravotní komplikace	Kulturně podmíněné vzorce chování		Lepší pocit ze sebe sama
<b>Subjektivní hodnocení své postavy</b>		Hmotnostní výkyvy	Nedostatečná zdravotní gramotnost		
<b>Životní spokojenost</b>		Povaha	Počet dětí		
		Rodina			
	Bydlení				

Vlastní proces spojování kategorií dle paradigmatického modelu pak probíhal prostřednictvím kladení otázek, které směřovaly k odhalení typu vztahu. Na základě těchto otázek jsme se opakovaně vraceli k původním údajům a hledali položky, události, které by tyto otázky potvrdily nebo naopak vyvrátily. Při tom byla pozornost věnována i možným alternativám. Ze znázorněné aplikace paradigmatického modelu také vyplývá, že u některých jevů je třeba vnímat rovněž jejich kruhový rozměr, neboť následky se někdy mohou prolínat s příčinnými podmínkami. To připouští i Strauss a Corbinová (1999, s. 78).

### **Selektivní kódování**

Miovský (2006) popisuje selektivní kódování jako proces, při němž dochází po identifikaci centrální kategorie k jejímu systematickému spojování s ostatními kategoriemi. Centrální kategorie je zde označením pro jev, k němuž jsou vztaženy

všechny ostatní kategorie. Prostřednictvím anxiálního kódování byl získán přehled o vztazích mezi jednotlivými kategoriemi a podkategoriemi. Zjištěné kódy byly podrobeny hlubší analýze, na jejímž základě byla identifikována centrální kategorie. Byl tedy nalezen centrální fenomén, v tomto případě kategorie „životní styl“, k níž se vztahují všechny ostatní kategorie. Životní styl je zde fenoménem, který je úzce spojen s jídelními zvyklostmi, motivací, postojem k nadváze a obezitě, stejně jako s problematikou body image. Souvisí nejen se způsobem trávení volného času, rizikovým chováním, způsobem trávením všedních dní, ale odráží v sobě také hledisko kultury. Jeho charakteristika ovlivňuje jednotlivé oblasti jídelních zvyklostí (například volbu potravin, pravidelnost stravování apod.). Faktory, které z něj vycházejí, se odrážejí v motivaci ke změně hmotnosti, v postoji, který člověk k nadváze či obezitě zaujímá. V tomto bodě jsou pak úzce spojeny s vnímáním sebe sama a obrazu svého těla, stejně jako s životní spokojeností.

Aby bylo možné dosáhnout integrace poznatků, byla vyložena následující kostra příběhu (viz níže Identifikace příběhu). Tento příběh je pojímán analyticky, ústřední jev je pojmenován a vztahován k ostatním kategoriím, jak popisují Strauss a Corbinová (1999, s. 89). Nalezené vztahy lze znázornit následovně (viz Schéma 1 Vyjádření vztahů).

### ***Identifikace příběhu***

Ovlivnitelné rizikové faktory vzniku nadváhy a obezity jsou u Romů výrazně spojené s životním stylem. Převážná část respondentů nebyla zaměstnána, ženy byly s dětmi v domácnosti a někteří muži v invalidním či starobním důchodu. Tento faktor se bezesporu podílí na rozložení aktivit v průběhu dne. Jejich všední den je spojen zejména s úklidem, stravováním, péčí o děti a životem v komunitě. Většina z těchto Romů žije v sociálně vyloučených lokalitách, na ubytovnách, které jsou vzdáleny od centra města. Mají ztíženou dopravní obslužnost. Jejich život je spojen s rizikovými způsoby chování, jako je zejména výrazné kuřáctví, inaktivita, konzumace alkoholu je spíše příležitostná. I když i zde jsou patrné výjimky. Snížená dopravní obslužnost ovlivňuje jejich jídelní zvyklosti především v možnostech dosažitelnosti obchodů s potravinami.

Zmíněné rozložení denních aktivit, běžná doba vstávání a faktory sociálního života v širší rodině, která v dané komunitě žije, ovlivňují jídelní zvyklosti ve smyslu frekvence a pravidelnosti stravování. Sami Romové uvádějí, že se stravují doma i u svých blízkých, za kterými docházejí na návštěvu. Někteří mají i vícero hlavních chodů. Nicméně je pro ně velmi problematické popsat svůj jídelníček. Je pro ně těžké říci, kolikrát denně se stravují. Velké rozdíly jsou patrné ve chvíli, kdy popisují svůj jídelníček v předešlém dni. Jistou pomůckou jim v tomto je možnost popisu dne jako takového, kdy vypráví, co dělali od chvíle, kdy se ráno probudili. Pak jsou schopni i přibližně popsat přijaté potraviny a tekutiny. U potravin i tekutin využívají názorného přirovnání a příkladů, které jsou pro ně uchopitelnější. Ve skladbě potravin se v zásadě příliš neliší, nicméně je u nich patrná tendence více zdravých potravin (ovoce a zeleniny) dopřávat dětem. Zde je mnohdy zmiňované hledisko socioekonomické. Setkáváme se s finanční otázkou i s tím, že raději něco zakoupí pro děti, a až když zbývá, koupí něco i pro sebe. V tradičních romských jídlech se shodují, jejich příjem však uvádějí ve frekvenci několikrát do měsíce.

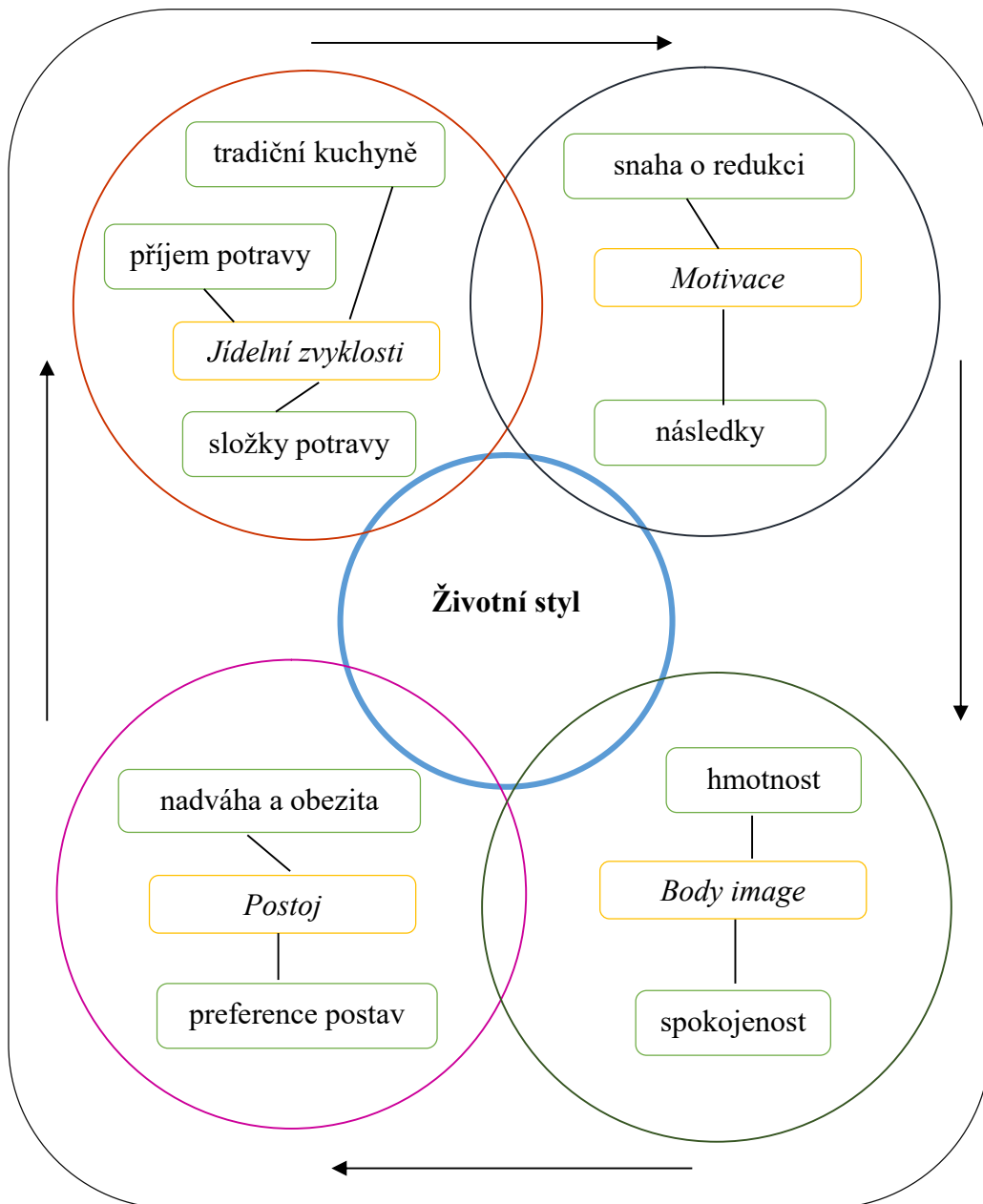
Příčinné souvislosti mezi stravováním a nárůstem hmotnosti jsou si vědomi. Ženy nezářídka využívají omezení příjmu potravy ke snížení hmotnosti. Dlouhodobé změny ve stravování však nedodržují, stejně jako dietní opatření spojená s ostatními chorobami, kterými trpí. Režimová doporučení dodržují pouze do odeznění akutních příznaků, léky užívají spíše jen do doby, dokud je nedoberou. Pro nové si již k lékaři nechodí. Pohybové aktivity ve svém životním stylu ženy výrazně zastoupeny nemají, věnují se jim zejména v případech, kdy mají doporučené rehabilitace z důvodu bolesti zad. Naopak muži využívají krátkodobé cvičení v posilovnách ve snaze zlepšit svou fyzickou kondici. Někteří si i pozitivní efekt pohybových aktivit, sportu, uvědomují. Nárůst hmotnosti je u žen spojen zejména s porody, po nichž se jim už nepodařilo hmotnost upravit, ač by si to mnohdy přály. Při hodnocení své vlastní postavy mají zejména ženy tendenci k podhodnocování, vizuálně se vnímají štíhlejší, než ve skutečnosti jsou. Muži naopak bývají objektivnější.

Vnímání sebe sama je spojené s životní spokojeností, která se ve svém důsledku promítá i do životního stylu a zároveň zasahuje do motivace. Romové jsou se svým rodinným životem spíše spokojeni, sami sebe vnímají jako veselé, vznětlivé. Jejich životní spokojenost však ovlivňuje bytové zajištění, zejména pak život v komunitách a



sociálně vyloučených lokalitách. Mnohým takový způsob života nevyhovuje. Rozdíl mezi nadváhou a obezitou nevnímají, mají je spojené spíše s nějakým onemocněním nebo přejídáním se. K takovým lidem většina z nich nezaujímá žádný postoj, neodsuzují je, ale někteří je litují. Jistou motivací pro snížení hmotnosti u Romů zůstává zejména doporučení redukce lékařem, u žen pak hledisko estetické, kdy si nemohou obléct to, co se jim líbí, nebo se cítí špatně vedle partnera.

Schéma 1 Vyjádření vztahů



### 4.3 Výsledné kategorie

Vytvořené kategorie (viz Tab. 3: Výsledné kategorie) byly s ohledem na jejich vzájemné vztahy a vztažené podkategorie slovně charakterizovány a doplněny přímými citacemi respondentů. Toto doplnění umožňuje dokreslení dané problematiky a usnadňuje její pochopení. Pro přehlednost jsou citace respondentů odlišeny kurzívou.

Tab. 3: Výsledné kategorie

<b><i>Kategorie</i></b>	<b><i>Subkategorie</i></b>
<i>Životní styl</i>	Všední den Volnočasové aktivity Prevence Rizikové chování
<i>Jidelní zvyklosti</i>	Složky potravy Tradiční kuchyně Příjem potravy
<i>Motivace</i>	Snaha o redukci Následky
<i>Postoj</i>	Vnímání nadváhy a obezity Preference postav
<i>Body image</i>	Hmotnost Životní spokojenost

#### **Kategorie Životní styl**

Kategorie životní styl se stala centrální kategorií, k níž byly vztaženy ostatní kategorie a pojmy. Z výpovědí respondentů vyplývá, že svůj celkový životní styl ženy charakterizují spíše jako aktivní, muži naopak spíše jako sedavý, poklidný: „*Svůj klid, spíš svůj klid, jako do ničeho se neženu, no, tak nevím, různě. Takovej děda jsem.*“ (Jan), „*No, já mám rád svůj klid.*“ (Martin), „*Nejsem moc aktivní. Spíš klid.*“

(Dominik). Ženy jej mají spojený zejména s úklidem a různými aktivitami souvisejícími se zajištěním chodu domácnosti a péče o její členy. „*No, taky se stává, že od rána něco dělám, furt peru nebo něco. No, někdy ani nemám čas.*“ (Sabina), „*To já bych nemohla sedět celý den, já furt uklízím. Tak aktivní.*“ (Jolana). Téměř všichni se však shodují, že pokud mají možnost, rádi si odpočinou. „*Tak mi to chytne, prostě jdu ven, jdu za Cikánama, pokecám si. Anebo přijde mi takový den, že sedím a nechci nic dělat, prostě mi to nebaví. Tak sedím v křesle a koukám z okna.*“ (Andrea).

Mezi subkategorie vztahující se k životnímu stylu byly na základě vzájemných vztahů přiřazeny: všední den, volnočasové aktivity, prevence a rizikové chování, neboť jsou to prvky, které životní styl ovlivňují a zároveň jsou jím determinovány.

### **Subkategorie Všední den**

Naplnění všedního dne respondentů vycházelo zejména z jejich pracovního zařazení. Dva respondenti (muži) uvedli nějaký druh zaměstnání: „*Pracuju. Všechno, no, tak je to manuální práce, takže jezdím fukarem, jezdím tříkolkou, víte. Takže dělám takový, no, prostě úklid.*“ (Martin), „*No, brigádu občas. No, když vstanu, dám si kafe a už du. No, pak jdu rovnou do práce. No, a tam si dám svačinku, polívku a rohlík.*“ (Patrik). Někteří si zaměstnání hledali, někteří byli v invalidním či starobním důchodu. Dan popsal svůj všední den následovně: „*No, někdy vstávám ráno. Tak se podívám na televizi, pak si udělám kafe a dívám se na televizi. No, a pak začneme uklízet, co bude vařit a tohleto, tamhleto, no, a něco sním a já nevím. (smích) No, odpoledne to samý. Já tady sedím a dívám se na televizi.*“

Převážná část ženských respondentek však byla doma s dětmi. Tento faktor do jisté míry ovlivňuje náplň jejich všedních dní, neboť ty jsou spojeny zejména s péčí o děti, vařením a již zmíněným úklidem. „*No, nepracuju, zatím ne. No, tak ráno vstanu, jak jsem Vám říkala, si udělám kafe. No, vždycky vstáváme všichni, tak se najíme. No, a vona taky někdy malá, takže s ní máme taky dost práce, takže třeba začnu vařit. No, a uklidíme a tady to a furt dokola.*“ (Sabina), „*Ne, nechodím, jsem pěstounka. Každý den Vám řeknu, to samý. Jako vstáváme, vypravím děti do školy, do školky, snídáme. Udělám si kafe, uklidím, jdu koupit, vařit, uvařím a furt dokolečka.*“ (Erika), „*Ne, nepracuju. Ráno vstanu, dám si první kafe, cigáro. Potom uklidím, dám si druhý kafe.*“

*No, pak už začnu dělat oběd. Vyzvednu děti ze školy. Dám jim najíst. Já teda taky si dám. Pak co. No, jdu sem (k mámě) a tady jsem celej den. A kecám.“ (Lucie). Pouze Andrea v této oblasti uvedla také procházky, které jsou spojeny s venčením psa: „Tak já vstanu, umeju si hubu, pusu takhle. (smích) No, dám si kafe malý, cigáro. Pak jdu vařit, dovařím, douklidim po sobě, jo. Jsem na počítači, jo. A když se mi chce ven, tak jdu se psem ven, jdu domu. No, a venčím ráno i večír. No, občas chodím ven, ale moc se mi nechce. Tak na dvě hodinky.“*

### **Subkategorie Volnočasové aktivity**

Volnočasové aktivity jsou úzce spojeny s pohybem, který je přirozenou součástí lidského života. Pohybové aktivity jako takové mají pozitivní efekt ve vztahu k prevenci nadváhy a obezity a i sami respondenti s některými (i jejich pozitivními účinky) mají zkušenosti: „No, jo, cvičil jsem, dřív v tělocvičně. Ale takový ty normální cviky, třeba jako ve škole, tak to jo. No, když mě třeba bolí záda, nebo nohy, nebo ruce, tak to jo. Ale pak už ne.“ (Lukáš), „No, rehabilitaci jo. To jsem chodila kvůli zablokovanéjm zádům, ale jinak takhle samostatně ne. Taky jsem měla cvičení na doma, a dodržovala, protože mě to bolelo moc, tak to jo. Ale teď mě to nebolí, tak už ne.“ (Irma), „To bejvávalo. Jéžíš, já jsem sportoval. Dneska už to nejde, protože bych to nezvlád, protože kouřím hodně.“ (Martin). Výstižně pozitivní efekt pohybových aktivit shrnul Jan: „Do fitka? Teď zatím ne, teď jsme přestali, ale zase chceme chodit. No, bylo to lepší. Jako záda mi nebolely, byl jsem celkově jako lepší, i dechově. Líp jsem se cítil jako. O hodně, ty stuhlý nohy, to mám doma furt. Ale jak jsem chodil půl roku, to bylo úplně jinačí.“ V těchto odpovědích je již nastíněna i kategorie motivace, která je spojena s vůlí dosáhnout trvalých změn a dodržovat režimová opatření i po odeznění akutních projevů či jiných potíží. Tento faktor do jisté míry souvisí s tím, že byl ve vyjmenovávaných volnočasových aktivitách pohyb či nějaký druh cvičení zmiňován pouze minimálně.

Vlastní volnočasové aktivity, které respondenti nejvíce zmiňovali, byly spojeny zejména se sezením u počítače, se sledováním televize, s kontaktem se známými, rodinnými příslušníky či pospáváním. Například Sabina uvedla: „No, třeba někdy si sednu na počítač a kouknu se tam někdy, takhle se aspoň zabavím s některýma lidma. Si tam zahraju nějaký hry a tak.“, „Já mám pohodový den asi každéj den. Sedím, kecám

*tady s tou Evženou. A když ne, tak si lehnu, koukám na televizi, pes vedle mě jako manžel, takže mám klid.“ (Andrea). „Kouknu na televizi, zajdu sem, povídám a spím.“ (Jana). Naopak Lukáš zmínil i procházky: „A když není počítač, tak si pustím nějaký film nebo si lehnu. Ale já neležím odpoledne, to zase není u mě. No, já chodím na procházky, procházky já mám každý den, paní. No, to je víc než 30 minut denně, někdy i dvě hodiny.“*

### ***Subkategorie Prevence***

V oblasti prevence vyvstávaly do popředí otázky spojené nejen s prevencí nadváhy a obezity, ale také s užíváním vitamínových přípravků či s intervencemi, které mohou zdravotníci v této oblasti realizovat. Nebyly opomenuty ani otázky spojené s tím, zda probíhá edukace například o nutnosti redukovat tělesnou hmotnost či vysvětlení podstaty a důsledků nadváhy a obezity. Bohužel v této oblasti bylo zjištěno, že s respondenty jejich ošetřující lékaři o hmotnosti či jiném rizikovém chování spíše nemluví: „No, o váze, no, už mě neváží. Já jsem tam byla před rokem a vod tý doby jsem nebyla. Ne, nemluví se mnou ani o váze ani o kouření.“ (Sabina), „Ne, doktor se mnou o váze ani kouření nemluvil. No, tak na kouření se ptal, to se ptal, ale jinak nic. Já kouřila i v těhotenství.“ (Denisa). Jistým faktorem, který se zde může uplatňovat, je i to, zda si respondent poskytnuté informace pamatuje a rozumí jim, jak dokládá odpověď Lucie: „To vždycky zváží, změří, změří tlak a tak. Jo, no, mam vysokej, ale já si to nepamatuju z tý prohlídky. No, ale nic neberu.“ Pouze v případě Jana byla zaznamenána intervence lékaře spojená s edukací: „Jó, taky, von mi obvodní taky řekl, abych trošku zhubnul, nebo jestli něco dělám. Tak jsem mu řekl, že chodím do posilovny. A von jako že dobrý, ale že bych ty činky taky moc neměl zvedat, že mám ještě tu zvětšenou slezinu jako vod malička, tak že trošku jenom. No. A hlavně přestat kouřit. No, snažím se to mírnit, ale nedá se to, no.“ Intervence sestry v této oblasti nezmínil žádný z respondentů.

S prevencí onemocnění je spojené také užívání vitamínových přípravků. Převážná část respondentů žádné přípravky neužívá. Pokud nějaké užívají, pak jen v době akutních potíží, jak naznačil Lukáš: „No, šumivý nápoje jsem bral, ale to беру jenom, když jsem nemocnej. To si koupím vitamíny, ale když vidím, že jsem dobrej, tak toho nechám.“

V oblasti zmiňovaných šumivých nápojů se objevil vitamín C: „*Já mám taky ty vitamíny, si dávám do té vody. Já například si natočím holou vodu, mám doma ten vitamín C, tak si ho do toho hodím, že jo.*“ (Andrea) a železo: „*To jsem si akorát kupovala v lékárně to železo, takový to šumivý. Ale jinak nemusím to furt. No, to šumivý. Něco jako celaskon.*“ (Ilona).

### ***Subkategorie Rizikové chování***

Oblast rizikového chování se do jisté míry prolíná s prevencí, ale je determinována i životním stylem. Ve svém důsledku může rizikové chování díky svému vlivu na zdravotní stav jedince ovlivnit i způsob trávení volného času a preferované pohybové aktivity zejména díky fyzickým limitům. V oblasti rizikového chování byla pozornost věnována kouření a užívání alkoholu. Nadpoloviční většina respondentů kouřila: „*Kouřím. Hm... dost. (smích) Tak krabičku za den.*“ (Sabina), „*Ano, no, víc než dvě krabičky za den. Ale tak míň, než tři. Problémy mi to nedělá.*“ (Jolana), „*Cigaret? 40. Dvě krabičky. No, někdy i tři.*“ (Martin), „*No, to kouřím. No, já nevím, tak dvacítku mi vydrží třeba týden.*“ (Žaneta). Ty, kteří uvedli kouření, by bylo možné rozdělit do dvou skupin. V první skupině byli ti, kteří vykouří do 10 cigaret denně, druhou (srovnatelně velkou) skupinu by pak tvořili ti, kteří vykouří více než krabičku cigaret denně.

Analýza dat vztahujících se k užívání alkoholu však byla mnohem příznivější. I když jsme se v odpovědích respondentů setkali i s častějším užíváním: „*Piju všechno, co teče. (smích) No, často ne, třeba teď jsme byli o víkend na zábavě, tak to jo. No, vodku piju. No, tak teď jsme jí měli třeba každé měsíce jednu, takže teď jsem prošla tři. No, a teď nás čeká nově rok. Ale každé den, to ne.*“ (Irma), převažovalo příležitostné užití alkoholu či žádná konzumace: „*Ano, ale málokdy. No, tak míň, jednou do měsíce, jednou za čas.*“ (Jolana), „*Alkohol už vůbec. No, tak to nevím, když má někdo narozeniny. Tak třeba jo, to malý štamprle bych si třeba mohl dát.*“ (Pavel).

### **Kategorie Jídelní zvyklosti**

Do kategorie věnované jídelním zvyklostem byly na základě dalších souvislostí zahrnuty subkategorie: složky potravy, tradiční kuchyně a příjem potravy. Tyto

subkategorie dále nabývaly dalších významů. Spojitost s centrální kategorií (Životním stylem) je zde dána zejména tím, že způsob trávení volného času, všedního dne i vykonávané aktivity jsou spojeny s příjmem potravy i vlastním potravním chováním.

### ***Subkategorie Příjem potravy***

Tato subkategorie je velmi rozsáhlá, neboť obsahuje informace spojené s volbou jednotlivých potravin, jejich úpravou, místem stravování, frekvencí a pravidelností stravování a pitným režimem. Zároveň je jedním z významných bodů v problematice prevence nadváhy a obezity na jednotlivých úrovních.

Dodržování pitného režimu je slabou stránkou mnoha lidí. I v případě Romů jsme se setkali s jeho nedostatečným naplňováním či příjmem nevhodných tekutin. K nejčastěji uváděným patřila zejména voda se šťávou, čaj, limonády a káva ve větším množství. Zde je třeba poznamenat, že bylo pro respondenty velmi obtížné vyjádřit množství přijatých tekutin za časový úsek. Pro usnadnění jsme využívali míru hrníčků nebo skleniček za 24 hodin. „*No, si dám vodu spíš než tu limonádu nebo šťávu. Tak dva litry. No, kafe tak tři, čtyři, ale s mlíkem si dám. Jo, sladím, tři si dávám.*“ (Sabina), „*Kafe, dneska jsem měla tři. Ne, pak už ne. A šťávu, vodu. No, tak asi sedm skleniček vody se šťávou. Taky colu, fantu a tak. Ty sladký limonády. Ty mám ráda. No, každé den ne, tak třikrát za tejdén. No, tak půlku tý flašky dvoulitrový vypiju, když si jí dám.*“ (Denisa), „*Kromě kafe, ne. Jo, takhle, vodu se šťávou. Ale málo piju. To se musím přiznat. Ani ne litr. Za to kafe tak čtyři, pět. Čtyři určitě.*“ (Irma).

V subkategorii příjmu potravy jsme zohlednili motivaci pro volbu jednotlivých potravin, neboť potravní chování je ovlivňováno socioekonomickými determinanty. To ve své výpovědi potvrdila i Irma: „*No, vono záleží podle peněz. No, spíš uprostřed se dělá větší nákup a pak už je to slabší. No, podle přání vybírám, co je v akci, co se mi vyplatí. Tak dobře už víme, kde co je.*“ a Dita: „*No, podle peněz. No, teď jsem si jako nakupovala dopředu. Cukr byl levnej, za 11,90, mouka za 7,50. Tak takhle dopředu si vždycky nakoupím. Dostaneme důchod, dáme to na nájem, všelijaký poplatky mám a takhle žijeme dokola.*“. Dan uvedl: „*No, vybíráme potraviny podle toho, kolik máme peněz. Jako nemůžeme si dovolit koupit něco jako jen tak, to nejde.*“ Dalším ze zaznamenaných faktorů je vliv členů rodiny na volbu potravin, protože stravování u

respondentů probíhá v širším kruhu rodinném, zejména v domácím prostředí: „*No, tak třeba se stane, že se mi nechce vařit, tak jim koupím párky nebo takhle salám, no. No, tak ale voni jsou právě zvyklí na uvařené jídlo, tak mi doma pak nadávají, jak to, že neuvařím.*“ (Sabina), „*Jéžíš, pani, já mám pět dětí, tak se ptám dětí, co chtějí uvařit, a já sama pro sebe si udělám dietu. Takže já vařím dvakrát.*“ (Nikola), „*Podle toho, co máma, no, tak podle toho, co uvaří. Jinak ne, nemění, asi ne.*“ (Dominik).

Z preferované volby úpravy potravin bylo nejčastěji uváděno vaření, pečení a smažení: „*Upečený v troubě. Nejradši buček, bramborovou kaši nebo si dám bramborovej salát.*“ (Erika), „*Smažený. Nejradši hermelín a hranolky.*“ (Jolana), „*Usmažený. No, nejradši, řízeček, když je dobře.*“ (Patrik). Zajímavé však byly odpovědi části respondentů, kteří zmínili i dušení, vaření na páře a na vodě: „*Já bych řekla na páře, to je takový lepší, chutnější.*“ (Sára), „*Spíš na vodě.*“ (Pavel), „*Já ráda dělám na vodě. Ale u mě voda, protože na vodě je nejlepší vařit. Víc všeho tam zůstává, vitamíny, všechno, aby oni byli zdraví.*“ (Irena).

V oblasti frekvence stravování byla zvláště sledována samotná frekvence (počet jídel v běžném dnu) a pravidelnost s využitím popisu jídelníčku v předchozím dnu. Tyto dvě složky byly rozděleny zejména z toho důvodu, že pro Romy bylo velmi obtížné popsat, kolikrát v průběhu dne jedli. Jejich odpovědi se ve vztahu k frekvenci a popisu jídel konzumovaných v předchozím dnu početně výrazně lišily. Často se stávalo, že na otázku směřující ke zjištění, kolikrát za den se stravují, uváděli velmi malá čísla. Při podrobnější analýze zaměřené na vlastní konzumaci v předešlém dnu však bylo zjištěno, že se stravují výrazně častěji, než si uvědomují. Zároveň je nezřídka opravovali přítomní rodinní příslušníci, kteří v některých případech doplňovali nepřiznané potraviny.

Mezi nejčastěji uváděnou frekvenci příjmu potravy patřilo množství konzumovaných jídel 2–3krát denně: „*No, tak já jim dvakrát.*“ (Erika), „*No, tak někdy i dvakrát, někdy jednou.*“ (Pavel), „*Tak ráno, večer. Tak dvakrát. Na co mám chuť. Já to nedělám takle jako pravidelně, jako když mám na něco chuť, tak si to vezmu.*“ (Ilona). Druhou čtenější frekvencí byla konzumace „*Každou chvíli.*“ (Sabina). Obdobně se vyjádřil také Lukáš: „*No, tak hodně.*“ a Dita: „*Tak když je hlad.*“. S tímto je spojena rovněž otázka pravidelnosti příjmu potravy. K nejčastěji vynechávaným jídlům patřila snídaně: „*Snídani ne. To ostatní většinou.*“ (Marek), „*Ne, no, nesnídáme. To ne. Jako voběd a*



*potom taky večeri, nebo tak něco.*“ (Lucie), *„No, nesnídám.*“ (Erika). Pokud však respondenti snídají, uváděli zejména pečivo, uzeniny a kávu: *„No, když ráno vstanu, tak si udělám kafe. Dám si kolečka salámu nebo párek.* (smích) *No, a k tomu chleba nebo rohlík. No, já třeba si dám tři párky nebo ty tři velký špekáčky a dva krajíce chleba. No, a hořčici nebo s kečupem. No, třeba vstanu v osm.*“ (Sabina), *„Dala jsem si rohlík, salám a máslo. Na pití čaj si dělám, jo.*“ (Sára)

Dopolední svačiny byly u respondentů spojeny zejména s konzumací ovoce: *„Jo, dávám si. Když jsou jabka, pomeranč, banány mám ráda.*“ (Erika), *„Jo, ovoce jo. Mandarinky a tak.*“ (Patrik), rohlíků s uzeninami či jinými masnými výrobky: *„No, teda dva rohlíky a salát. Vlašský.*“ (Jolana), *„Kolem půl dvanáctý, dneska, rohlík, paštika a drobet (asi tři deka) kabanosu a kapučíno tři v jednom.*“ (Pavel), či se sladkým pečivem a sladkostmi: *„No, třeba si dám něco sladký, jako tatrunku nebo nějakou buchtu. No, na to sem.*“ (Ilona). Zajímavá v tomto ohledu byla odpověď Lukáše, který měl dopolední svačinu spojenou s obědem: *„No, taková svačina. Kolem jedenáctý. Na svačinu si dám už normální jídlo. Protože máma už má vařeno, tak si po ráno dám třeba řízek, brambory. No, jo, pak přecházím na oběd.*“

K nejčastěji uváděným jídlům konzumovaným v době oběda patřila omáčka různého druhu s knedlíky a polévka: *„Třeba knedlíky nebo zelí. Nudlovou polévku, to je všechno možný. Tak já tak sedm knedlíků si dám, když dělám bramborový. No, a večer nejvíc* (smích).“ (Sabina), *„No, tak si dám, když. No, já dělám omáčky, takový ty. No, knedlíky tak tři, víc nemůžu. Dávám si kynutý. Polívky děláme taky, domácí, zeleninový, gulášovou dělám. No, já si dávám jenom vobed, polívku ne.*“ (Erika), a vepřo-knedlo-zelo: *„Ale tak vepřo, knedlo, zelo. To jsem měla teď. No, tak maximálně dva, no, tak když mám hlad, tak pět.*“ (Jolana), *„No, tak dneska jsem měla vepřovou, že jo. Pečený, vepřová, bůček.*“ (Andrea). K odpolední svačině respondenti konzumovali sladké: *„No, potom po obědu, to jo. To si vezmem něco k jídlu, buchtu nebo tak.*“ (Sabina), *„Dám si třeba to kafe vodpoledne, jo, anebo když upeču nějakou tu buchtu, tak si dám kousíček.*“ (Erika), nebo rohlíky se salámem: *„Když mám hlad, tak rohlík, salám, nebo tak něco.*“ (Denisa), *„Jo, rohlík, salám. Dva rohlíky vlastně.*“ (Jolana). Mezi respondenty však byli i ti, kteří odpoledne nesvačí: *„Ne, vůbec ne.*“ (Jan), *„Ne, já ne.*“ (Irena).

Jídla konzumovaná k večeři lze v zásadě rozdělit na teplá a studená. Mezi teplými jídly se objevovaly smažené pokrmy, omáčky s knedlíky či tradiční romská jídla: „*Vařenou, normálně teplou. Z teplýho takhle jako, hranolky nebo palačinky, jo. Bramboráky taky, buchty s tvarohem.*“ (Erika), „*No, to potom byly ty halušky.*“ (Irma), „*No, tak knedlíky, guláš. Co bylo k vobědu.*“ (Dominik). Mezi studenými pak bylo nejčastěji zmiňováno pečivo s paštikou nebo uzeninami: „*Tak večere, to je třeba máslo, chleba, salám.*“ (Lukáš), „*No, tak rohlík, no, salám, jak kdy.*“ (Denisa). Večeři o vícero chodech uvedla Jolana: „*No, omeletu se salámem jsme měli a potom jsme měli sladký. Tatranky dvě a já snickers k tomu. No. Ale teda já neměla celý dvě tatranky. No, a pak špekáček a rohlík. No, tak večer mívám hlad. Tak zaháním ho jídlem. Nejradši rohlík, salám, párek, sýr někdy. No. Tak to si dám taky jenom dva. Přibližně večerím v šest, sedm. Ten hlad až dýl.*“ Ve vztahu k večeři byla respondentům položena i otázka, která zjišťovala, zda mají po večeři hlad a jestli se večer ještě stravují. Převážná část respondentů se shodla, že večer (po večeři) hlad ještě pociťují a zahání ho konzumací pečiva, uzenin, sýrů, sladkostí a příjmem tekutin (zejména čaje a vody).

### ***Subkategorie Složky potravy***

V oblasti složek potravy byla pozornost věnována četnosti konzumace vybraných potravin, a to zejména konzumaci sladkého, ovoce a zeleniny. Konzumace sladkého lze v souladu s odpověďmi respondentů rozdělit na konzumaci sladkého pečiva, jako jsou koblihy, koláče, bábovky a konzumaci sladkostí, jako jsou čokolády, tatranky a nejrůznější sušenky. Velké oblibě se u respondentů těšily zejména koblihy: „*Jo, tak koblihy mám ráda, ale v tejdnu mám dvakrát. No, s marmeládou, já tu nugetu ne.*“ (Erika), „*Jím, koláče, koblihy. Tak ty koblihy, ty hodně. Nejradši ty nugátový politý čokoládou. Tak dvakrát, třikrát do týdne.*“ (Denisa), „*To si dám jako jednou za den. Celej den to ne. No, z pečiva koblížky mám rád, koláče s mákem třeba.*“ (Lukáš), „*Jé, to ani neříkejte. To jsou koblihy, rohlíčky s nutelou, to my tu musíme mít. Já taky, máme to každý den. Já to dojídam po dětech, protože mně je to líto vyhodit. Tak to mám každý den.*“ (Sára). Z uvedeného je patrné, že konzumace sladkého pečiva se objevuje ve vyšších frekvencích. Lucie ji uvedla i v kombinaci se sladkostmi: „*Já si každý den kupuju ty margotky, buchty, no. Sednu s tím k televizi a už to jede. Tak jednu, dvě margotky denně. No, a buchty, tak ten balíček, no. Ale tak jim ho celej den. Sladký mám*

*fakt ráda.*“ Z ostatních sladkostí se v odpovědích respondentů objevila čokoláda či různé druhy sušenek: „*No, ze sušenek, já mám rád ty laciný za tři koruny. Ty horalky, ty mám nejradši. Čokoládu mám tu drahou, studentskou pečeť mléčnou a tu bílou. No, tu mám každéj tejden. Prostě když jdu do obchodu, tak si musím koupit něco sladkýho.*“ (Lukáš). Mezi odpověďmi se však byly i takové, které konzumaci sladkého či sladkostí nepotvrzovaly: „*Nemusím. Ani koláče, ani koblihy. No, mně to jako nechutná, od tý doby, co mi našli tu cukrovku, já to jako nemusím.*“ (Andrea), „*No, tak to si dám výjimečně, když jdu do obchodu. Jinak ne.*“ (Irma).

Z analýzy dat dále vyplývá, že Romové převážně konzumují zeleninu ve vařeném stavu, což potvrdila také Sabina: „*Tak já jím ráda zeleninu, jako hodně. No, vařenou mám radši, no, v jídle to dělám. Třebas když dělám maso, tak to je dobrý.*“ a Jolana: „*Tak to jo, tu jím. Tu máme pořád. Syrovou ne. Ani salát, nic. Jenom v jídle. Ne, každéj den ne, tak dvakrát za tejden.*“. K nejčastěji konzumované syrové zelenině patřily rajčata, mrkev, papriky a okurky: „*No, jako mrkev mám ráda, to jím i syrovou. Rajčata, papriky zelený, tu červenou papriku, vokurky zelený mám ráda. No, taky ne, tak v tejdnu dvakrát.*“ (Erika), „*Jenom rajčata a okurky, jinak nic. Jo, syrový taky. No, tak dvakrát, třikrát za tejden, no.*“ (Denisa), „*No tak tu já mám většinou, tu mám každou chvíli. To ne, každéj den ne. Za tejden dvakrát, třikrát. I syrovou, i uvařenou mám rád.*“ (Pavel). Uváděná četnost konzumace zeleniny byla zejména v intervalu 2–3krát týdně.

O něco nižší četnost konzumace byla zaznamenána u ovoce. K nejvíce konzumovaným patřily banány, jablka a pomeranče: „*Hm, no, tak já si koupím ty jablka, banány, no, a jím to. Tak nejradši si dám pomeranče. No, tak ob den to určitě.*“ (Sabina), „*Jo, ovoce, to jo. Ale nemám to moc rád. Ale tak nejradši mandarinky, banán, kiwi, ale pomeranč ne, to je moc kyselý. No, a taky jabko, broskve, no, a to je asi všechno. Každý den ne, ani ob den, no, tak prostě jednou za tejden.*“ (Lukáš), „*Tak ovoce, podle peněz, podle toho, jak máme peníze. Tak já radši kupuju jabka, když jsou peníze, no, ale když jsou tu děti, tak radši dám těm dětem, než abych to sněd já. Tak to ovoce, to mám tak jednou, dvakrát za měsíc.*“ (Pavel).

### ***Subkategorie Tradiční kuchyně***

K sociokulturním determinantám a jídelním zvyklostem neodmyslitelně patří také tradiční romská kuchyně. I ta byla předmětem našeho zájmu, neboť některé tradiční pokrmy, jak uvádí sami respondenti, přispívají k nárůstu hmotnosti. Mezi nejčastěji uváděné tradiční pokrmy patřily halušky, balené zelí, vepřová s knedlíkem, goja a tradiční hustá polévka fasulja. „*Jo, romský, tak to goju, no tak halušky, balený zelí a tak. Dneska dělám halušky. No, naposledy jsme měli asi před měsícem.*“ (Sabina), „*Jo, no, vaříme halušky, balený zelí, no. Já nevím, jestli tomu rozumíte, ale pro mě to je jitrnice, no, my tomu říkáme goja. Jako ty střeva naplňujete s bramborama.*“ (Sára), „*Halušky udělá, to je naše jídlo, jakoby. Pak balený zelí, takový to točený, tyhle jídla dělá.*“ (Dominik). Jedna respondentka charakterizovala tradiční romskou kuchyni jako celek následovně: „*Tak u Cigánů jsou marikl'a, halušky, fasulja (to je fazolová polívka). Milujeme maso. U Cigánů vidíte maso, řízky, vepřová. Prostě maso, bůček, knedlíky, vepřová, jo. Takový jídla. U nás je cigánský jídlo pišot. Takový trojhránky, tvaroh, marmeláda. A u Cigánů to je čtyři až pět druhů, prostě plno jídla. A u Cigánů je to tak, že když maj, tak je na stole. To víte, my jsme tak na jídlo. Ale pozor, Cigáni milují olej, sádlo.*“ (Irena). Uváděná četnost konzumace tradičních romských jídel se však pohybovala spíše v intervalu několikrát do měsíce.

### **Kategorie Motivace**

Tato kategorie shrnuje poznatky související se snahou o redukci hmotnosti a následky (důsledky) nadváhy a obezity, které souvisí se zdravotním stavem jedince. Tyto následky jsou pro některé Romy dostatečnou motivací ve snaze dosáhnout alespoň částečné redukce hmotnosti.

### ***Subkategorie Snaha o redukci***

Snahy o redukci hmotnosti jsou u ženské části respondentů spojovány zejména s omezováním jídla (porcí a jeho četností): „*No, tak málo jím, mně to zabírá.*“ (Erika), „*Zkoušela jsem zhubnout a byla jsem hubenější, ale ne, když jsem chodila cvičit. Já zhubla před pár měsíci, když jsem byla v cizině, víte. Tam jsem jedla hodně, ale*

*nechutnalo mi to, tak jsem zhubla.“ (Jolana), „Jo, musela, držela jsem dietu. Třebas zeleninu jsem jedla, polívku jak voda. Takovou ze zelí, zeleninovou. No, mně to pomohlo“ (Martina), „No, ne, dietu ne. Jenom nejím. Cvičit ne, nemam na to čas.“ (Lenka). V odpovědích mužů jsme se setkali i s následovným: „Řekl jsem pastorovi, aby se za mě modlil, že bych chtěl zhubnout. No, a on se začal modlit, tak jsem zhubnul. Ale nevím, jestli je to tím modlením nebo tou operací.“ (Pavel), „No, povedlo se mi víc zhubnout. V nemocnici to bylo, když jsem byl s tím žlučníkem, to jsem zhubnul dvě kila. No, a hlavně když jsem seděl, jsem byl v kriminále, no, sem tam shodil. Jsem měl sto třicet kilo v té době a když jsem přišel, tak jsem měl sto kilo.“ (Jan).*

Oblast motivace však nesouvisí jen s přímou snahou o redukci hmotnosti. Pojí se k ní také faktory, které jedince k redukci hmotnosti mohou přimět. Z jejich analýzy vyplývá, že jistým motivačním prvkem by mohl být zdravotní stav, fyzický vzhled či upozornění lékaře. *„No, tak kdyby mi to řekl pan doktor, že prostě musím kvůli zdravotním potížím, tak jo. To bych začala cvičit.“ (Erika), „Tak nic, to bych se musela sama rozhodnout. Když se pro něco rozhodnu, tak to udělám. No, asi že by na mě nešly nějaký kalhoty, nebo že si obleču tričko a nelíbí se mi to, tak si řeknu dost.“ (Jolana), „No, tak musel bych vidět nemocnici. Já jsem ještě v nemocnici neležel, ale kdybych musel, zhubnul bych. Kdybych věděl, že je to fakt kvůli tomuhle, tak bych přestal i kouřit. Ale jinak ne.“ (Lukáš). Obdobně jako ostatní se vyjádřila i Andrea, která motivaci propojila s konkrétní zkušeností: *„Tak když by mi řekla, že umřu tak, jako kámoška jako ve spaní. Že z té tloušťky dostanu smrt, to bych fakt asi přemýšlela, jak zhubnout. Protože bych fakt asi nechtěla takhle umřít. A kdyby mi řekla paní doktorka, máte šanci, já vám s tím pomůžu, že bych zhubla, tak jo. To bych do toho šla.“**

Oblast, které je třeba ve vztahu k motivaci věnovat pozornost, je vůle dodržovat dlouhodobá režimová opatření, která jsou v případě prevence nadváhy a obezity spojená i s pohybovými aktivitami. Tuto souvislost jsme naznačili již v subkategorii volnočasové aktivity. Z výpovědí respondentů vyplývá, že pokud se v rámci snahy o redukci hmotnosti věnují také pohybovým aktivitám, většinou to není dlouhodobé či trvalé. Jak uvedla Sabina: *„No, cvičila, ale málokdy. No, dneska už ne. Dřív doma, chtěla jsem zhubnout. I teď chci, ale nevydržela jsem to.“* Andrea pak ve vztahu k pohybovým aktivitám doplnila, co by pro ni bylo motivační: *„Abych začla cvičit? To*

*nevím, co by mě donutilo. Asi kdyby mně řekli, cvič, budeš hubená, budeš to, co jsi byla. Tak asi jo. Já bych to jako brala.“*

### **Subkategorie Následky**

Mezi nejčastěji uváděné důsledky nadváhy a obezity patřila bolest dolních končetin, dušnost (zejména při chůzi do schodů a dobíhání autobusu) a zvýšené pocení. *„No, taky, no, bolí mě nohy a už jsem taky jako i po přechodu, tak mi bolí i zadek. No, tak někdy se mi taky špatně dýchá.“* (Sabina), *„No, při sportu, při běhání, jo. Špatně se mi běhá. No, spíš přibírám.“* (Jolana), *„Nevím, asi nic. No, zadýchám se, když dobíhám autobus.“* (Lukáš). V odpovědích se však objevil i dopad nadváhy a obezity na vizuální stránku jedince: *„No, velký. Hlavně vzhled. Zdravotní ani ne, no, na nohy, nic. Ale jenom, když jsem se podívala do zrcadla, nic mi neslušelo. Jsem to ze sebe sundávala.“* (Irma), *„No, nemůžete si voblíct úplně všechno, i když teď jsem zhubla.“* (Irena). Dopad na psychickou stránku zmínila Irena: *„I já, i když nemám tolik, tak se trápíme. Prostě tlustý lidi se trápí. Tahleta, ta je hubeňoučká, ta, co si voblíkne, to jí sluší. Ale tlustá ženská, co si voblíkne, nesluší jí to. Je jí to malý, úzký, jo. Proto já se bojím o svoji dceru. Ona je prdelatá, promiňte. No, aby nebyla po mámě. Má takovou prdel jak máma, takovou kulatou. No, a já kvůli tomu, abych byla hezčí, přestanu jíst.“*

Jak je známo, vznik nadváhy a obezity je multifaktoriálně podmíněn. Zároveň se objevují ve spojení s dalšími chorobami. I těm byla v rámci rozhovoru věnována pozornost. Z onemocnění, která jsou u respondentů diagnostikována a vztahují se k dané problematice, nejčastěji uváděli hypertenzi, onemocnění žlučníku, bolesti zad a cukrovku: *„Vysoký tlak mám.“* (Sabina), *„Cukrovkou. Pak angina pectoris, astma. Infarkt.“* (Nikola), *„Jo, mám cukrovku.“* (Andrea), *„No, a potom zjistili, že mám zablokovanou páteř, tu mám teda, mám tři, dva roky, nebo tři. Žlučník, no, žlučník. Jinak nic, jinak jsem nebyl.“* (Jan).

V této subkategorii také pro úplnost uvádíme zdravotní ukazatele, které byly u respondentů sledovány (viz Tab. 4: Vybrané zdravotní ukazatele a jejich hodnoty).

Tab. 4: Vybrané zdravotní ukazatele a jejich hodnoty

<i>Jméno</i>	<i>Krevní tlak (mmHg)</i>	<i>Obvod pasu (v cm)</i>	<i>Celkový obsah tuku v těle (v %)</i>	<i>Hodnota celkového cholesterolu (v mmol/l)</i>	<i>Hodnota náhodně zachycené glykémie (v mmol/l)</i>
<b>Dan</b>	140/75	102	30	6,2	5,9
<b>Pavel</b>	130/70	98	31	5,7	5,3
<b>Patrik</b>	160/80	96	33	5,4	6,1
<b>Lukáš</b>	125/90	92	29	4,89	5,6
<b>Martin</b>	150/85	110	25	6,68	6,5
<b>Dominik</b>	130/80	110	32	5,92	8,9
<b>Jan</b>	165/100	105	28	5,62	8,5
<b>Marek</b>	130/80	98	34,5	5,9	6,9
<b>Jana</b>	100/50	89	35,8	6,3	7,5
<b>Žaneta</b>	130/75	80	21	4,9	6,7
<b>Erika</b>	140/90	87	36	5,7	7,2
<b>Denisa</b>	150/80	85	39	4,9	6,3
<b>Sabina</b>	170/100	91	42	5,8	6,9
<b>Irma</b>	140/80	87	41	5,1	5,9
<b>Sára</b>	150/85	83	36	5,9	5,2
<b>Martina</b>	150/85	92	38	4,8	6,2
<b>Irena</b>	150/95	104	36	4,1	6,1
<b>Dita</b>	150/90	102	39	5,45	7,8
<b>Ilona</b>	145/90	100	39	9	7,3
<b>Andrea</b>	160/95	113	42	8,5	12,6
<b>Nikola</b>	150/90	93	43	6,2	14
<b>Jolana</b>	155/90	98	40	5,9	8,9
<b>Lenka</b>	150/100	102	46,4	5,8	8,6
<b>Lucie</b>	160/100	95	39,7	6,7	6,3
<b>Iveta</b>	180/95	110	39	5,8	7,1

Zvýšené hodnoty byly u respondentů zaznamenány zejména u hodnot krevního tlaku, obvodu pasu a celkového obsahu tuku v těle.

## **Kategorie Postoj**

V kategorii věnované postoji byly na základě dalších souvislostí sdruženy informace spojené s vlastním vnímáním nadváhy a obezity, charakteristikou lidí s nadváhou a obezitou a s preferencemi v oblasti fyzického vzhledu ve smyslu požadované i nežádoucí postavy. Souvislost této kategorie s centrální kategorií životního stylu tkví zejména ve svém dopadu na způsob života. Zde je třeba říci, že i životní styl, který je ovlivňován kulturou, je jedním z faktorů, které se promítají právě do postoje k dané problematice.

## ***Subkategorie Vnímání nadváhy a obezity***

Pro názornost a možnost lepšího vyjádření nadváhy a obezity byly respondentům předloženy škály siluet dle Stunkarda et al. (1983), které jim umožnily názorné přirovnání. Zde je třeba říci, že Romové, kteří se účastnili tohoto výzkumu, nevnímali rozdíl mezi nadváhou a obezitou. Pro obě diagnózy využívali zejména charakteristiky „*to už je tlustý*“. Z analýzy odpovědí vztahujících se k otázkám zaměřeným na to, jací jsou lidé s nadváhou a obezitou, jak vypadají fyzicky, jaké jsou jejich psychické charakteristiky, vyplynulo následující. Jako „tlusté“ vnímaly především siluety 7–9: „*No, obézní, tak osmička, devítka. Od sedmičky. (7, 8, 9) Ty už by měly hubnout, to už je tlustý.*“ (Erika), „*Teda devítka, to je moc. No, tlustej asi od šestky. Hm. Ale tak osmička, devítka, to je katastrofa. No, hubnout by měla ta devítka.*“ (Denisa), „*No, tyhle osmička, devítka. To už ne, to je tlustý. No, a ty by měli i se sebou něco dělat.*“ (Nikola), „*No, tak devítka, ale taky ta osmička, no, i sedmička.*“ (Patrik). Někteří respondenti však ve svých odpovědích byli přísnější: „*No, obézní, tak tady už začíná, šestka. No, obézní, od šestky až do konce.*“ (Irma), „*Tlustá? No, tak od tý šestky.*“ (Martin).

Když byli respondenti požádáni, aby charakterizovali jedince trpící nadváhou či obezitou, u těch, které označili za „tlusté“, z velké části uváděli, že si o takových lidech nic nemyslí. „*Ne, tak já si o nich nic nemyslím. To je stejný, tak jsou normální, akorát že by potřebovali zhubnout, aby vypadali trošku k světu, že jo.*“ (Erika), „*Nemůžu je odsuzovat. To se ani nedá. Tak já nevím. (smích) Ze slušnosti se s nima bavím. No, normální jako my, akorát jsou tučný.*“ (Jolana), „*Tak jak, no, tak já nevím. Tak co si o nich můžu myslet. Nic. Prostě se takhle narodili a jsou takhle nemocný. Třeba mají*



*nějakou žlázu tlustou, no, já nevím. No, tak já už s takovou chodil, no, tak nevadí mi to u nich.*“ (Lukáš). Někteří respondenti zmínili možné spojení nadváhy a obezity s onemocněním: *„No, že jsou asi nemocný, že něčím trpí určitě.“* (Irma), *„No, tak ne, tak třeba jsou nemocný, třeba taky ta obezita. No, tak voni musí být nemocný, nebo jsou obezitní, já si jich všimát nebudu.“* (Ilona). Naopak Irena ve své odpovědi vyjádřila lítost: *„No, tak já mám takovou sokyni, která váží sto padesát devět kilo. A je mi jí líto. Jo, protože. Upřímně, takovej člověk cejtí, nemůže se vykoupat, nemůže se pohybovat tak, jak chce, nemůže si voblíct, co chce, zkrátka.“* podobně jako Iveta: *„Já si vo lidech nemyslím nic. Já ani neodsuzuju silný lidi, protože si furt myslím, že je to nějaká nemoc. Já ani neurážím, ani je nevodsuzuju. No, já si říkám, že to maj tlustý lidi těžší v životě. Třeba když se na něco koukáte, modelky nebo já nevím, máte si vobjednat věci, pořád ukazou ty štíhlý modelky. Měli by něco ukázat i pro ty tlustý, jak by se měli oblíkat, líčit, no, já nevím co. To prostě vždycky jenom ty hezký a potom si ty tlustý nebo ty silnější postavy vo sobě myslí, nebo se odsuzujou sami potom. No, vždyť jsou lidi, který jsou tlustý a potom si něco udělají nebo se zabijou potom. No, a trpí. Třeba děti jim nadávaj většinou, jo.“*

### **Subkategorie Preference postav**

Zmíněná škála siluet byla využita rovněž ke zjištění preferencí v oblasti fyzického vzhledu. Tyto preference směřovaly k preferovaným i nežádoucím postavám. Napříč pohlavím se respondenti ve svých odpovědích spíše shodovali. Jako nežádoucí ženské postavy byly označovány zejména postavy s čísly 7–9: *„No, ty tři krajní, od sedmičky (7, 8, 9). (Erika), „No, od sedmičky až nahoru.“* (Jolana), *„Tahle by se mi líbila (9), já bych štěkal jako pes. (smích) Jo, jako líbila. No, nelíbila (1).“* (Dan). Někteří muži byli v oblasti nežádoucích ženských postav o něco přísnější: *„No, tady vod jedničky a od šestky do konce robustní.“* (Pavel), *„No, tak to už od čtyřky do devítky.“* (Lukáš). Z některých odpovědí je patrné, že není preferována ani postava, která je příliš štíhlá: *„Jedničku nesnáším. Ta ne. No, to ani nejde. Ruku na srdce. No, ale jak. To má čtyřicet kilo i s postelí. No, právě proto.“* (Martin). Jako nežádoucí mužské postavy byly označovány zejména postavy s čísly 8 a 9: *„No, ty poslední bože (1, 9) nejdou. Hubnout od šestky.“* (Jana), *„Nelíbil, ten tlustej, ten byl můj první (9).“* (Irena), *„Osmička,*

*devítka. To je hodně.*“ (Martin). I v případě nežádoucích mužských postav jsme zaznamenali, že nejsou pozitivně vnímány ani příliš štíhlé.

Mezi preferované (ideální) ženské postavy pak respondenti v převážné shodě řadili postavy s čísly 3–5: *„Hm, no, tak já jsem byla hubená, asi tak ta trojka. Ale já jsem teď taková, no.“* (Sabina), *„Jů. Tak trojka, to je jako moje manželka hubeňoučká.“* (Patrik), *„Tak mně by asi stačilo, kdybych byla asi jako ta čtyřka (4), tak akorát, přiměřeně.“* (Sára), *„Já potřebuju ani tak, ani tak, nesmí bejt ani tlustá, ani hubená. Něco takovýho jako vy. Já nevím, kam vy patříte. Mezi dvojku až čtyřku. Prostě nesmí to bejt tak (9) a nesmí to bejt vyžle.“* (Martin). Jako preferované (ideální) mužské postavy byly označovány zejména postavy s čísly 2–4: *„Tak tady tenhle čtyřka.“* (Sabina), *„Hm, tak ta trojka.“* (Erika), *„Tak asi tyhle, jednička, dvojka. Ty hubený, já jsem taky hubená, ne.“* (Nikola), *„Tak trojka.“* (Pavel).

### **Body image**

Kategorie body image obsahuje pojmy spojené s hmotností a životní spokojeností, neboť tyto složky spolu velmi úzce souvisí. Na druhou stranu body image je faktorem, který se odráží v životním stylu i v motivaci.

### ***Subkategorie Hmotnost***

V této subkategorii jsme zohlednili vnímání a hodnocení vlastní postavy s využitím škály siluet a hodnocení vlastní hmotnosti. Z analýzy odpovědí vyplývá, že někteří z respondentů (muži i ženy) si uvědomují, že je jejich hmotnost určitým problémem: *„No, tak se mi zdá, že jsem přibrála zas. No, před rokem jsem byla hubenější. Zatím jsem dietu nezkoušela, vždycky chci, ale pak mi to nejde. No, nevím, tak asi přestanu zase jíst.“* (Sabina), *„No, tak mohla bych být hezčí, no. Ale tak jsem spokojená. A jde to dolů.“* (Erika), *„No, tak mohla by být nižší, no.“* (Denisa), *„No, tak teď jsem nějak přibral.“* (Patrik). V souvislosti s tím bylo zjišťováno, kdy se začala hmotnost respondentů zvyšovat: *„No, já jsem právě byla hubená, ale teď já jsem hodně přibrála teď. No, chutná mi. Tak dost, no, já nevím, kolik vážím přesně, ale asi osmdesát. No, měla jsem padesát pět váhu, no, tak to je hodně.“* (Sabina), *„No, přibrála jsem, no.“*

*Hm... Jéžiš, tak pět let, šest let, co začínám přibírat. Ale tak musím shazovat.*“ (Erika),  
*„No, já měla skoro sto kilo po porodu.“* (Irma), *„Pani, podívejte, já byl dycky hubenej a ted’ mám taky pupek. No, ale já nejsem takovej jako líněj.“* (Patrik), *„Po dětech.“*  
(Ilona). Z uvedeného vyplývá, že u žen byl nárůst hmotnosti spojen zejména s porody, u mužů spíše se snížením pohybové aktivity.

S vnímáním vlastní hmotnosti byla spojena také otázka zaměřená na charakterizování své vlastní postavy dle škály siluet. Zajímavé je, že ženy svou vlastní postavu spíše podhodnocovaly. Převážná část z nich ji hodnotila číslem 5, některé uváděly i postavy štíhlejší: *„Já, tak já bych počítala asi tuhle dvojku.“* (Sára), *„Já vám nevím, to já vám nemůžu říct. No, já jsem hubená, já nejsem moc tlustá, tady to už je moc. Tak asi trojka až čtyřka. Mezi nima.“* (Martina). Muži naopak volili postavy spíše konstitučně větší: *„Já nevím, asi tenhle. Sedmička.“* (Jan), *„Já patřím někde pětka, šestka. Tam patřím někde já.“* (Martin), *„No, tak já sem tenhle (7), tlustej, no.“* (Dominik). Z hlediska povahových rysů pak sami sebe (bez ohledu na pohlaví) hodnotili respondenti spíše jako náladové, vznětlivé a veselé povahy. *„To jsem strašně veselá. Já se třeba na chvílku zamračím a pak jsem hnedka veselá.“* (Žaneta), *„No, já jsem fakt hezká, tlustá, tak jako všichni vod nás. Ale tak spíš klidná, no, někdy se taky rozčilim, ale za chvíli mě to přejde.“* (Lucie), *„Já jsem dobrosrdečná, ale taky hodně agresivní.“* (Iveta), *„Prud’as. Jak může postiženej vyskakovat.“* (Dan).

### ***Subkategorie Životní spokojenost***

Subkategorie spokojenosti obsahuje zejména spokojenost s vlastním životem. Zároveň jsme v této oblasti zaznamenali výraznější vliv socioekonomických faktorů, které mají podíl na bytovém zajištění respondentů a jejich životní situaci. *„No, tak jde to, ale chci něco jiného. Mám žádost a čekám na jinej byt. No, ale jinak jsem spokojená.“* (Sabina), *„Mně se tu bydlí dobře, akorát mi vadí nějaký lidi, tak. No, ale jinak jsem spokojená, no, ale tak v rodinným životě nejsem spokojená, ale musím. No, já bych ve svém věku mohla mít už klid, ale prostě nemůžu, protože já mám dvě děti, vo který se musím starat. Mám je v pěstounský péči, takže se vo ně musím starat, musím fungovat.“* (Erika). Někteří z respondentů si postesklí nad izolovaností současného bydlení v rámci romské komunity: *„No, nic moc. Je to tu daleko. Není to tím bytem nebo tak, ale ty lidi. Kdyby*

*tu byly nějaký jiný lidi. No, já se svým životem spokojená nejsem, co mi zbývá. No, nemám na to, abych docílila toho, co bych chtěla já.“ (Denisa), „No, spokojenej. Ale bydlení je na nic. Je to hrozně daleko, autobusy tu jedou špatně, já nemám auto ani řidičák, nikdo tu z nás nemá.“ (Lukáš), „No, tak není to špatný, ale to víte. Mezi svejch lidí, nemůžete jim říct, neřvete tady a tohleto, to nejde, ne. A je to strašně daleko, na autobus musíte tady a všechno je to, tak to víte.“ (Martina).*

V charakteristice uvedených kategorií již byl naznačen jejich vztah k centrální kategorii, tedy životnímu stylu. Kategorie byly různě uspořádávány a přeuspořádány s ohledem na paradigma, dokud se nejevil příběh jako konečný. Následně byla vytvořena **analytická verze příběhu**:

V některých bodech dochází k prolínání i ostatních kategorií a subkategorií. Jídelní zvyklosti Romů jsou spojeny s životním stylem, který do nich zasahuje nejen prostřednictvím organizace všedního dne. Jídelní zvyklosti a zejména volba potravin, pravidelnost příjmu potravy může mít dopad na způsob trávení volného času a využívání vlastního potenciálu. V tomto ohledu se jeví jako jistá limitace hmotnost jedince, která přináší svá úskalí a dopady na zdravotní stav. Mezi jmenovanými byly zejména zadýchávání se či bolesti dolních končetin a zad. Někteří z respondentů trpěli diabetem, hypertenzí. Tyto zdravotní dopady pro ně mohou být motivační zejména ve chvíli, kdy, jak uváděli, lékař doporučí redukci hmotnosti. Zajímavé bylo sledovat kategorii motivace, která zasahuje do životního stylu i jídelních zvyklostí. V životním stylu se její vliv objevoval zejména ve snaze o dodržování režimových opatření, což se Romům daří spíše jen krátkodobě. Ve vztahu k subkategorii volnočasové aktivity bylo zjištěno, že snižování hmotnosti bývá (zejména u mužů) spojeno s navýšením pohybových aktivit i v podobě cvičení. Zde vnímáme dopad snahy o snižování hmotnosti na kategorii jídelní zvyklosti. K redukci hmotnosti je totiž nutné využívat i dietních opatření, která nebyla volena vhodným způsobem (například uváděné omezování jídla, konzumace jednoho jídla denně), ale u žen preferována. Žádná z žen však nedodržovala dietní opatření dlouhodobě. Jejich porušení a návrat k předešlému způsobu stravování uváděly ve chvíli dosažení požadovaného efektu. Jistý vliv kultury a životního stylu byl patrný i v kategorii postoj. Tato kategorie vycházela ze způsobu vnímání nadváhy a obezity, neboť pro Romy je zastupoval jeden pojem. Všichni od určité konstituce jsou vnímání jako tlustí. Jejich hmotnost pak spojují zejména

s přítomností onemocnění nebo přejídáním se. O takových lidech si nic nemyslí, někteří je litují. Ženy několikrát zmínily také hledisko vizuální, kdy si tlustí lidé nemohou obléct vše, co chtějí. Tento faktor ženy spojovaly s motivací ke snížení hmotnosti. Zdánlivě nespojitá subkategorie preference postav se ukázala jako významná. Bylo zajímavé sledovat, jaké postavy považují Romové za žádoucí a naopak které z postav vnímají jako nežádoucí. V tomto bodě se setkáváme s charakterizováním nežádoucích postav v krajních pozicích, tedy konstitučně velmi silné (obézní), ale v některých odpovědích i velmi štíhlé postavy. Využití škály siluet při označení své vlastní postavy umožnilo zachytit tendenci romských žen k podhodnocování své tělesné konstituce. Nezřídka se ženy vnímaly štíhlejší, než ve skutečnosti byly. U mužů toto zachyceno nebylo.

Na základě uvedeného bylo možno vyslovit hypotetický výrok o vztazích mezi kategoriemi: Nadváha a obezita jsou u Romů spojené s životním stylem, v němž jsou identifikovány ovlivnitelné rizikové faktory, které jsou do jisté míry spojené s životem v komunitách a ovlivněné kulturou, ale zároveň mají přímý dopad na úspěšnost realizovaných intervencí za účelem dosažení redukce hmotnosti a to tak, že jsou voleny nevhodné způsoby redukce hmotnosti (například nevhodná dietní opatření) nebo není jejich dodržování dlouhodobé. Přestože je tento výrok velmi složitý a nezohledňuje možné odchylky ani zaznamenané vztahy, byl s ohledem na zjištěné zpracován do metodiky k intervenčnímu programu zaměřenému na prevenci nadváhy a obezity u romské minority. Tato metodika je určena zejména sestrám v primární péči, ale poskytuje cenné informace i pro ostatní zdravotníky, s nimiž by mělo být v rámci multidisciplinárního týmu spolupracováno. Vytvořená metodika byla ověřována v přirozeném prostředí respondentů. Zároveň byla upřesněna otázka motivace ke změně životního stylu. Následně byla metodika doplněna a upřesněna tak, aby odpovídala cílové skupině.

Spojování kategorií, hledání souvislostí a vztahů nám rovněž umožnilo položit **základ teorie**. V tomto bodě jsme využívali ověřování různých výroků, neboť i Strauss a Corbinová (1999, s. 105) připouštějí, že je možné pořadí kroků pozměnit. Námi ověřované výroky testovaly vztahy mezi kategoriemi a sledovaly, jak se mezi sebou v kontextu liší. Mezi tyto výroky patřily například:

- 1) V případě, že romská žena rozhodne snížit svou hmotnost, využívá krátkodobého snížení počtu jídel.
- 2) V případě, že se romský muž rozhodne snížit svou hmotnost, využívá krátkodobého zvýšení pohybových aktivit.
- 3) Nárůst hmotnosti je u Romů spojen s inaktivitou, nevhodným stravováním i způsobem života.
- 4) Způsob života Romů ovlivňuje jejich jídelní zvyklosti.
- 5) Romové nevnímají rozdíl mezi nadváhou a obezitou, jsou si však vědomi dopadů zvýšené hmotnosti na zdravotní stav.
- 6) Problémem v oblasti prevence nadváhy a obezity u Romů je nedostatečná motivace, která je spojená zejména s upozorněním lékaře či estetickým hlediskem – není zde zachována kontinuita.

Na uvedené jsme navázali zakotvením teorie: *Rolí sestry v prevenci nadváhy a obezity u Romů je identifikace ovlivnitelných rizikových faktorů pramenících z životního stylu a jejich eliminace za využití vhodné motivace a efektivní edukace.* Role sestry jsou zde spojeny zejména s motivací k dlouhodobým změnám, efektivní edukací, zvyšováním zdravotní gramotnosti cílové skupiny a pravidelným sledováním základních zdravotních ukazatelů. Zmíněná edukace musí vycházet z potřeb a možností cílové skupiny. Na jejím začátku je třeba zhodnotit znalosti (zdravotní gramotnost) cílové skupiny, jejich motivaci a to, čeho chtějí dosáhnout. Romové nevnímali rozdíl mezi nadváhou a obezitou, přesto si některé důsledky těchto stavů uvědomovali, nebo s nimi měli osobní zkušenost. Zejména ženy vykazovaly tendenci k podhodnocování své postavy (fyzické konstituce). Mezi motivační faktory pro snížení hmotnosti v jejich případě patřilo zejména doporučení lékaře, estetické hledisko či vlastní rozhodnutí. Problémem zde ovšem bylo dlouhodobé dodržování režimových opatření. S ohledem na kulturní specifika je nutno analyzovat také životní styl cílové skupiny, zaměřit se na ovlivnitelné rizikové faktory. Neustálá interakce mezi sestrou a Romy je pro efektivnost realizovaných intervencí podmínkou. Pro Romy je těžké popsat svůj jídelníček a příjem tekutin, neboť si to nepamatují. V tomto ohledu je vhodné využívat poznámek sepsaných v předešlém dni či zapojení ostatních členů rodiny apod. Z pohledu ostatních

ovlivnitelných rizikových faktorů je u této minority významný nedostatek pohybových aktivit a rizikové chování (zejména kouření). Jistý vliv nelze upřít ani zmiňovanému socioekonomickému faktoru spojenému s finančním a bytovým zajištěním a s životem v sociálně vyloučených lokalitách či komunitách.

## 5. Diskuze

Teorie byla zakotvena v následující podobě: „*Rolí sestry v prevenci nadváhy a obezity u Romů je identifikace ovlivnitelných rizikových faktorů pramenících z životního stylu a jejich eliminace za využití vhodné motivace a efektivní edukace.*“ Při identifikaci těchto rolí byly podstatné vztahy, které byly nalezeny mezi jednotlivými kategoriemi, neboť jak uvádí Chan a Woo (2010), pro rozvoj a realizaci efektivních preventivních strategií v prevenci nadváhy a obezity je nezbytné analyzovat faktory plynoucí z životního stylu na úrovni osobní, environmentální a socioekonomické.

Jako centrální kategorie byla identifikována kategorie životní styl. Samotný pojem „životní styl“ Machová (2009, s. 16) definuje: „Životní styl zahrnuje formy dobrovolného chování v daných životních situacích, které jsou založené na individuálním výběru různých možností.“ Oslovené romské ženy jej jako celek charakterizovaly spíše jako aktivní, naopak muži jako sedavý. Právě sedavý způsob života je v moderní době výrazným faktorem ohrožujícím zdraví (Sekot, 2008), a to zejména pro své spojení s narůstajícím počtem lidí trpících civilizačními chorobami (Machová, 2009). Závažnost tohoto stavu u romské minority byla potvrzena studií Determinanty zdraví romské populace v České republice (1999–2001), kde bylo zjištěno, že více než polovina z oslovených Romů (N = 1526) trpěla nějakým chronickým onemocněním. K nejčastějším patřily srdeční onemocnění a nemoci dýchacího ústrojí (Davidová, 2010).

Pro bližší určení charakteristiky životního stylu jej respondenti dále popisovali. Ženy jej spojovaly zejména s úklidem a různými aktivitami souvisejícími se zajištěním chodu domácnosti. To koresponduje s tradičními rolemi, které, jak uvádí Unucková (2007), romská žena naplňuje. Tyto role jsou spojeny především s péčí o rodinu, zabezpečením chodu domácnosti a výchovou dětí. Ovšem Horváthová (2002) dodává, že se tradiční romské rodiny vlivem změny životního stylu a kulturních modelů vyskytují stále méně často. Stesk nad jistou ztrátou tradičních hodnot a respektu ke starším členům rodiny byl zaznamenán i při ověřování funkčnosti metodiky k preventivnímu programu. Respondentům byla pokládána otázka směřující ke zjištění motivace k dlouhodobé změně životního stylu. Jeden z respondentů uvedl, že motivovat lze starší Romy, mladší Romy ale nikoliv, neboť neposlouchají ani své rodiče.



Náplň všedních dní, způsob trávení volného času i rizikové chování daly vzniknout subkategoriím kategorie životní styl. Ve výzkumném souboru 25 Romů pouze dva uvedli nějaké pracovní zařazení (dlouhodobé zaměstnání a brigády). Ženy byly většinou doma s dětmi. Mezi respondenty byli i nezaměstnaní, lidé v invalidním a starobním důchodu. Tento faktor lze vnímat jako určující pro časový harmonogram a náplň dne, což se nám potvrdilo i při opakovaných vstupech do terénu, kdy velká část respondentů vstávala kolem desáté, jedenácté hodiny dopolední. Nezřídka se proto stávalo, že byli zastiženi při ranní kávě a cigaretě. Svůj všední den respondenti bez ohledu na pohlaví mnohdy spojovali s úklidem a jídlem. Jedna z respondentek výstižně uvedla: „*Každý den Vám řeknu, to samý. Jako vstáváme, vypravím děti do školy, do školky, snídáme. Udělám si kafe, uklidím, jdu koupit, vařit, uvařím a furt dokolečka.*“ (Erika). Zde je třeba říci, že míra nezaměstnanosti je v této minoritě výrazným sociálním problémem. Frištenská (2010) uvádí, že v sociálně exkludovaných lokalitách se nezaměstnanost etnických Romů odhaduje až na 70–80 %.

V otázce způsobu trávení volného času se respondenti shodli především na sezení u počítače, sledování televize, kontaktu se známými, rodinnými příslušníky či pospávání. Ovšem i mezi nimi byli výjimky: „*Ale já neležím odpoledne, to zase není u mě. No, já chodím na procházky, procházky já mám každý den, paní. No, to je víc než třicet minut denně, někdy i dvě hodiny.*“ (Lukáš). Někteří Romové si také uvědomovali pozitivní efekt pohybových aktivit. Ze své vlastní zkušenosti uváděli, že když cvičili, méně je bolely záda, nohy, ruce. Někteří docházeli na rehabilitace předepsané lékařem. Většinou však cvičení ani rehabilitace nebyly dlouhodobé, využívali jich pouze do odeznění akutních příznaků. Jak uvádí Davidová et al. (2010), Romové všeobecně prevenci a zdravý způsob života podceňují. To je také důvodem toho, proč se zdraví věnují až ve chvíli, kdy se projeví nějaké potíže či nedostatky.

Problémem, který s prevencí onemocnění souvisí, je ovšem i edukace ze strany zdravotnického personálu. Bylo překvapivé, že žádný z respondentů neuvedl, že by byl edukován sestrou. I edukace ze strany lékaře byla zmiňována minimálně. V případě, že již respondenti uvedli, že se lékař na rizikové chování dotazoval (například kouření), dále s těmito informacemi nepochoval: „*Ne, doktor se mnou o váze ani kouření nemluvil. No, tak na kouření se ptal, to se ptal, ale jinak nic. Já kouřila i v těhotenství.*“ (Denisa). Pouze jeden uvedl: „*Jó, taky, von mi obvodní taky řekl, abych trošku zhubnul,*

*nebo jestli něco dělám. Tak jsem mu řekl, že chodím do posilovny. A von jako že dobrý, ale že bych ty činky taky moc neměl zvedat, že mám ještě tu zvětšenou slezinu jako vod malička, tak že trošku jenom. No. A hlavně přestat kouřit. No, snažím se to mírnit, ale nedá se to, no.*“ (Jan) V tomto kontextu je ovšem otázkou, zda si Romové informace poskytnuté zdravotníky pamatují a zda jim rozumí. V daném ohledu je třeba přihlídnout k faktu, že díky sekularizaci moderní doby a vlivu globalizace se zvyšují i kulturní rozdíly v populaci. Ty vyžadují začlenění kulturních, jazykových i znalostních specifík do programů podpory a udržení zdraví tak, aby byla zajištěna jejich efektivnost (Šedová, Olišarová, Tóthová, 2014).

Výše zmíněné kouření je do jisté míry determinováno životním stylem. Mezi respondenty byla nadpoloviční většina kuřáků, přičemž ty, kteří kouřili, by bylo možné rozdělit do dvou skupin. V první skupině byli ti, kteří vykouří do 10 cigaret denně, druhou (srovnatelně velkou) skupinu by pak tvořili ti, kteří vykouří více než krabičku cigaret denně. Výrazné zastoupení kuřáků mezi Romy uvádějí rovněž Urban a Kajanová (2011). Ti ve vzorku 164 českých Romů zaznamenali 63,5 % kuřáků z řad mužů a 58 % z řad žen. Přitom, jak dodávají, tito respondenti začali kouřit v průměru ve 14 letech. O něco příznivější byly výsledky, které se vztahovaly ke konzumaci alkoholu. Mezi respondenty převažovala příležitostná či žádná konzumace.

Nejen nedostatek pohybových aktivit a rizikové chování má svůj podíl na zvyšující se prevalenci nadváhy a obezity. Výrazným faktorem, který se zde objevuje, jsou také jídelní zvyklosti a potravní chování. Z pohledu dietních zásad je důležité v oblasti frekvence příjmu potravy dosáhnout pravidelnosti. Jídelníček by měl být rozdělen do 3 až 6 jídel denně v závislosti na vybrané redukční dietě. Zároveň by měl být dodržen 3- až 4hodinový interval mezi jednotlivými jídly, aby pacient nepociťoval hlad a byla dodržena dostatečná přestávka (Svačina, Bretšnajdrová, 2008). Ze zjištěného vyplývá, že se Romové nestravují pravidelně. To může mít svůj původ i v historii, kdy, jak uvádí Šišková et al. (2001) a Prokešová (2010), jídlo nebývalo pro Romy pravidelným rituálem. K námi zjištěným nejčastěji vynechávaným jídlům patřila snídaně, či dopolední nebo odpolední svačina. Z pohledu četnosti se většina respondentů stravovala 2–3krát denně. Při bližším popisu předchozího dne jsme však zjistili, že někteří konzumovali potraviny prakticky kontinuálně od probuzení do usnutí. Motivací pro volbu a nákup jednotlivých druhů potravin byly zejména sociokulturní a ekonomické

determinanty (například finanční prostředky) a dostupnost obchodů s potravinami. Dalším zaznamenaným faktorem byl vliv členů rodiny, protože stravování u respondentů probíhalo v širším kruhu rodinném, zejména pak v domácím prostředí. Obdobnou situaci popisují Prokešová (2010) a Davidová (2010), které ji uvádějí v historickém kontextu. V minulosti Romové jedli pouze tehdy, pokud bylo co, tedy zpravidla jedenkrát denně. Složení stravy zcela záviselo na podmínkách a možnostech prostředí, v němž se Romové vyskytovali.

Nejen pravidelnost příjmu potravy, ale i příjem tekutin je pro zajištění zdravé výživy podstatný. V této oblasti jsme se setkali s nedostatečným naplňováním pitného režimu či příjmem nevhodných tekutin. K nejčastěji uváděným patřila šťáva, čaj, limonády a káva ve větším množství 3 až 4 šálků a více. Konzumace kávy je v této minoritě poměrně častá, jak dokládají i výsledky realizovaného projektu „Zajištění kulturně diferencované ošetrovatelské péče ve vybraných minoritách v České republice“ (č. NS 9606-3). Zde konzumaci kávy uvedlo 63 % romských respondentů (N = 1174) (Tóthová et al., 2013).

K dalším sledovaným bodům, jež se k výživě a prevenci nadváhy a obezity pojí, patřily preference v oblasti úpravy potravin. K nejčastěji konzumovaným potravinám respondenti řadili především jídla vařená, pečená a smažená. To potvrzuje také Davidová et al. (2010), která u Romů zaznamenala vyšší konzumaci smažených jídel a polotovarů. Obdobné zjištění přináší i výše zmíněný realizovaný projekt (č. NS 9606-3), z jehož výsledků vyplývá, že pečení preferuje 41 %, vaření 21 % a smažení 17 % z dotázaných Romů (N = 1174) (Tóthová et al., 2013). Překvapivé však byly odpovědi části respondentů, kteří zmínili i dušení, vaření na páře a vaření na vodě: „*Já bych řekla na páře, to je takový lepší, chutnější.*“ (Sára), „*Spíš na vodě.*“ (Pavel), „*Já ráda dělám na vodě. Ale u mě voda, protože na vodě je nejlepší vařit. Víc všeho tam zůstává, vitamíny, všechno, aby oni byli zdraví.*“ (Irena).

Z jednotlivých složek potravy byla pozornost věnována také četnosti konzumace vybraných potravin, a to zejména konzumaci sladkého, ovoce a zeleniny. Mezi nejčastěji konzumovaným sladkým pečivem byly jmenovány koblihy, koláče a bábovky. Mezi sladkostmi se pak nejvíce vyskytovaly čokolády, tatranky a nejrůznější sušenky, přičemž konzumace sladkostí jako celku byla zaznamenána ve vyšších frekvencích. Právě konzumace sladkostí a sladkého pečiva je z pohledu prevence

nadváhy a obezity výrazným problémem, neboť pro dosažení požadovaného efektu je nutné cukr, med a různé sladkosti ze stravy zcela vyloučit (Svačina, Bretšnajdrová, 2008).

V případě konzumace ovoce a zeleniny byl ovšem potvrzen jejich snížený příjem, což dokládají i Davidová et al. (2010) a Stávková a Derflerová Brázdová (2014). Námi oslovení Romové uváděli, že konzumují zeleninu převážně ve vařeném stavu, přičemž k nejčastěji konzumovaným druhům patřily rajčata, mrkev, papriky a okurky. Uváděná četnost konzumace zeleniny byla zejména v intervalu 2–3krát týdně. Ještě nižší četnost konzumace byla zaznamenána u ovoce. K nejvíce konzumovaným druhům ovoce patřily banány, jablka a pomeranče. V souvislosti s nízkou konzumací ovoce a zeleniny Stávková a Derflerová Brázdová (2014) otvírají otázku výživové gramotnosti, neboť z jejich výzkumu vyplývá, že pouze 15,7 % romských respondentů (N = 102) znalo doporučení minimálního příjmu ovoce a zeleniny.

Nedílnou součástí romského jídelníčku ovšem tvoří tradiční romská jídla. Oláhová (2000) mezi ně řadí goju a moučné placky. Velmi husté polévky uvádí Davidová (2000). Naši respondenti kromě gojy jmenovaly také halušky, balené zelí, vepřovou s knedlíkem a tradiční hustou polévku fasulja. Zároveň uváděli, že tato jídla konzumují spíše několikrát do měsíce, tedy konzumaci nevnímali jako příliš častou. Jedna z respondentek romskou kuchyni charakterizovala následovně: „*Tak u Cigánů jsou marikl'a, halušky, fasulja (to je fazolová polívka). Milujeme maso. U Cigánů vidíte maso, řízky, vepřová. Prostě maso, bůček, knedlíky, vepřová, jo. Takový jídla. U nás je cigánský jídlo pišot. Takový trojhránky, tvaroh, marmeláda. A u Cigánů to je čtyři až pět druhů, prostě plno jídla. A u Cigánů je to tak, že když maj, tak je na stole. To víte, my jsme tak na jídlo. Ale pozor, Cigáni milujou olej, sádlo.*“ (Irena).

***Na základě výše uvedeného lze tedy říci, že mezi ovlivnitelné rizikové faktory vzniku nadváhy a obezity patří u Romů zejména inaktivita, životní styl, nevhodné složení stravy (výživové zvyklosti) a do jisté míry také socioekonomické faktory (ve smyslu bytového zajištění, života v sociálně vyloučených lokalitách).***

Postoj k nadváze a obezitě, včetně názorů, které na tuto problematiku respondenti mají, je dán jejich vlastní zkušeností, zdravotním stavem a ovlivněn sociokulturním zázemím. Možnou souvislost mezi společenským tlakem, který směřuje k preferovanému

fyzickému vzhledu napříč různými kulturami a determinanty, jako jsou vzdělání, stupeň akulturace či BMI potvrzují také Cachelin et al. (2002). Ačkoli naši respondenti nevnímali rozdíl mezi nadváhou a obezitou, mnozí z nich měli vlastní zkušenost s následky tohoto stavu. Nejčastěji uváděli bolest dolních končetin, dušnost (zejména při chůzi do schodů a dobíhání autobusu) a bolesti zad. Některé ženy zmínily i dopad na vizuální stránku jedince, který ovšem nemusí být vždy dostatečnou motivací ke změně: „*No, velký. Hlavně vzhled. Zdravotní ani ne, no, na nohy, nic. Ale jenom, když jsem se podívala do zrcadla, nic mi neslušelo. Jsem to ze sebe sundávala.*“ (Irma), „*No, nemůžete si voblíct úplně všechno, i když teď jsem zhubla.*“ (Irena). Výraznější motivací pro snahu snížit svou hmotnost bylo doporučení lékaře. Proto byla pozornost věnována také chorobám, které se ve spojení s obezitou objevují. U respondentů byl nejčastěji diagnostikován diabetes, hypertenze, onemocnění žlučníku a bolesti zad. Zvýšené riziko aterosogeneze ve srovnání s neromskou populací bylo prokázáno také u slovenských Romů (Ostrihoňová, Bérešová, 2010; Dobranici, Buzeau, Popescu, 2012). Dále bylo prokázáno, že na západním Slovensku je u Romů častěji diagnostikován metabolický syndrom. Vyšší výskyt obezity, deprese a migrény byl prokázán ve srovnání s většinovou populací u španělských romských žen (Carrasco-Garrido et al., 2010). I z těchto důvodů je důležité sledování základních zdravotních ukazatelů. Téměř u všech respondentů byla zachycena vyšší hodnota krevního tlaku, měli zvýšené hodnoty obvodu pasu i celkového obsahu tuku v těle. Tyto hodnoty sice byly ovlivněny záměrným výběrem respondentů v závislosti na stanovených výběrových parametrech, ale jejich sledování poskytuje zdravotníkům i samotným pacientům při realizaci cílených intervencí možnost monitorace dosažených výsledků.

Z hlediska zajištění efektivnosti realizovaných intervencí se jeví, s ohledem na kulturní specifika, jako velmi důležité také zmíněné zjištění fyzických preferencí ze strany cílové skupiny. Jak dokládají Baptista (2011) a Striegel-Moore, Silberstein, Rodin (1986), mezi jednotlivými etniky skutečně existují odlišnosti ve vnímání a hodnocení krásy a atraktivity. Tyto odlišnosti mohou v důsledku, díky neúplné integraci do majoritní společnosti, působit poněkud „protektivně“ proti poruchám příjmu potravy. Zároveň však mohou přispět k neobjektivnímu hodnocení své vlastní postavy a vnímání své hmotnosti. Jistým překvapením pro nás v tomto směru bylo, že Romové rozdíl mezi nadváhou a obezitou nevnímali. Pro obě diagnózy využívali zejména charakteristiky „*to už je tlustý*“. Z důvodu potřeby názorného přirovnání byla při realizaci výzkumu

využívána Stunkardova škála siluet. Jako „*tlusté*“ (tedy označení pro nadváhu a obezitu) Romové vnímali především siluety 7–9. Někteří respondenti však ve svých odpovědích byli přísnější: „*Tlustá? No, tak od tý šestky.*“ (Martin). K vlastnostem, které obézní mohou mít, se žádný z respondentů nevyjádřil. Své odpovědi směřovali spíše k tomu, že si o obézních nic nemyslí, pouze to, že by měli trochu zhubnout. Nikterak je nevyčleňují, ale někteří by dle svých slov s takovým člověkem nešli ani na kávu. Důvod k tomu však nedokázali popsat.

Dále byly preference v oblasti fyzického vzhledu rozvíjeny ve smyslu žádoucích a nežádoucích postav. Napříč pohlavím se respondenti ve svých odpovědích spíše shodovali. Jako nežádoucí ženské postavy byly označovány zejména postavy s čísly 7–9, přičemž bylo zjištěno, že není preferována ani postava, která je příliš štíhlá. Jako nežádoucí mužské postavy byly označovány zejména postavy s čísly 8 a 9. Podobně jako u ženských postav i zde bylo zachyceno, že nejsou pozitivně vnímány ani příliš štíhlé siluety. Naopak mezi preferované (ideální) ženské postavy pak respondenti v převážné shodě řadili postavy s číslem 3–5, mezi preferované (ideální) mužské postavy pak zejména postavy s čísly 2–4.

Z výzkumů rovněž vyplývá, že existuje jistá spojitost mezi preferencí v oblasti fyzického vzhledu a vlastním vnímáním a hodnocením své postavy. Z analýzy dat vyplývá, že někteří respondenti si svou hmotnost, coby určitý problém uvědomují. Jejich hmotnost se zvyšovala zejména po porodech u žen, u mužů po vynechání či snížení míry pohybových aktivit. Velmi zajímavé bylo zjištění, že ženy měly tendenci svou postavu spíše podhodnocovat. Uváděly tedy postavu štíhlejší. Naopak muži byli při určování své vlastní postavy na škále siluet mnohem objektivnější. Bez rozdílu pohlaví pak respondenti sami sebe hodnotili spíše jako náladové, vznětlivé a veselé povahy.

***Lze tedy říci, že Romové nerozlišují mezi nadváhou a obezitou. Jejich postoj k těmto diagnózám je do jisté míry dán jejich nízkou schopností generalizace. Mnohdy pro ně zvýšená hmotnost představuje především stav spojený s onemocněním nebo přejídáním. Z hlediska realizace intervencí je pak nutno myslet i na hledisko vnímání sebe sama a obrazu vlastního těla, stejně jako na preference fyzického vzhledu, které jsou do jisté míry kulturně podmíněné.***

## 6. Závěr

Tato práce je členěna do dvou základních částí. První část je věnována popisu dané problematiky v kontextu k současné filozofii ošetrovatelství a druhá část je věnována realizovanému výzkumu. Na základě prostudování dané problematiky a z analýzy výsledků výzkumu lze říci, že mezi role sestry v prevenci nadváhy a obezity patří zejména identifikace ovlivnitelných rizikových faktorů pramenících z životního stylu a jejich eliminace za využití vhodné motivace a efektivní edukace. V kontextu k neustálým změnám v soudobé společnosti, ke globalizačnímu a migračnímu trendu je velmi důležité, aby sestry do svých intervencí začlenily také kulturní kompetence. Ty získávají nejen praktickými zkušenostmi, ale i v rámci svého vzdělávání.

Z praxe víme, že realizované intervenční programy pro prevenci nadváhy a obezity, které jsou koncipovány pro majoritní (většinovou) populaci, jsou u minorit jen velmi málo efektivní. Popsaná teorie sociálního učení má v tomto směru výrazný potenciál, protože může nejen sestřám v rámci komunitní péče poskytnout nový rozměr pro analýzu zmíněných rizikových faktorů. Ve svém důsledku totiž pochopení jednotlivých kulturně podmíněných vzorců chování může napomoci zkvalitnění poskytované péče. A to zejména ve smyslu individuálního uzpůsobení realizovaných intervencí s ohledem na kulturní specifika.

Na základě analýzy získaných dat lze říci, že mezi ovlivnitelné rizikové faktory vzniku nadváhy a obezity u námi oslovených Romů patřila zejména inaktivita, životní styl, nevhodné složení stravy společně s výživovými zvyklostmi a do jisté míry také socioekonomické faktory. Ty souvisely především s bytovým zajištěním a životem v sociálně vyloučených lokalitách. Dále bylo zjištěno, že Romové nerozlišují mezi nadváhou a obezitou. Pro oba tyto stavy využívají označení „tlustý“. Jejich postoj, který k dané problematice zaujímají, je do jisté míry dán jejich nízkou schopností generalizace. Ovšem zvýšenou hmotnost si mnohdy spojují především s onemocněním, jehož by byla důsledkem, nebo přejídáním. Z hlediska realizace intervencí se jako podstatná jeví také otázka vnímání sebe sama a obrazu vlastního těla, stejně jako preference fyzického vzhledu.

Jednotlivá specifika se stala podkladem pro vytvoření metodiky k intervenčnímu programu zaměřenému na prevenci nadváhy a obezity. Tento materiál byl následně

konzultován se zástupci dané minority. Dále byla sledována otázka motivace ke změně životního stylu a úpravě hmotnosti. Jednotlivé připomínky byly do tohoto programu začleněny. Následně byl využit v souvislosti s řešením grantového projektu číslo LD14114, který je realizován za finanční podpory Ministerstva školství mládeže a tělovýchovy v rámci COST (Cooperation on Scientific and Technical Research) nesoucí název Obezita a nadváha u romské minority v Jihočeském kraji.

### ***6.1 Metodika k intervenčnímu programu pro prevenci nadváhy a obezity u romské minority***

#### ***Vymezení klíčových pojmů***

**Nadváha a obezita** jsou diagnózy, se kterými se člověk setkává již od doby historické až prehistorické, tedy od dob, kdy se lidé potýkali s nadbytkem i nedostatkem potravy (Kasalický, 2007). Přípomínky tohoto jevu můžeme nalézt v historických a uměleckých dílech, jako jsou sochy, malby či literární tvorba. Vždyť kdo by dnes neznal sošky Venuší, například té Věstonické, které byly v minulosti symbolem hojnosti a plodnosti (Hainer, 2011a). S rozvojem společnosti, vědeckého a medicínského poznání se ovšem změnil také náhled na tyto diagnózy. Přestože v některých společnostech zůstávají symbolem blahobytu, nelze jim upřít výrazný zdravotní dopad. Obezita není pouze kosmetickým defektem. Patří k závažným civilizačním onemocněním, na jejichž vzniku se podílí genetické predispozice a environmentální faktory, které v sobě zahrnují i společensko-kulturní prostředí (Kasalický, 2007). *Dle WHO (1995) je nadváha definována BMI (Body Mass Indexem) vyšším nebo rovným 25 kg/m<sup>2</sup> a obezita BMI vyšším nebo rovným 30 kg/m<sup>2</sup>.* Jak z definice jasně vyplývá, nadváha (též preobezita) je předstupněm obezity. Samotná klasifikace s využitím BMI má však svá omezení. Nezohledňuje množství tukové tkáně v lidském organismu (WHO, 2014a). Z pohledu prevalenčního trendu závažným faktem zůstává to, že se tato onemocnění v posledních letech stále častěji vyskytují v mladších generacích a u dětí. Jsou významným celospolečenským problémem, neboť obézní děti mají více než dvakrát vyšší pravděpodobnost, že budou obézní i v dospělosti (James, 2008).

*Etnicita* je faktorem, který se odráží nejen ve výživových zvyklostech v kombinaci s konzistencí kulturního dědictví (čili mírou ztotožnění se s primární, tradiční kulturou).



Současně je etnický charakter populace jedním z faktorů ovlivňujících podíl tuku v organismu. Právě množství tukové tkáně a jeho distribuce bývá ukazatelem, který je v kombinaci s BMI využíván pro základní diagnostiku nadváhy a obezity (Pelikánová, 2003). Význam sledování faktorů spojených s etnicitou, kulturou a konzistencí kulturního dědictví dokládají i studie realizované například u slovenských Romů, kde byla prokázána vyšší prevalence obezity a zvýšené riziko aterosklerózy ve srovnání s neromskou populací. Zároveň bylo prokázáno, že na západním Slovensku je u dané minority častěji diagnostikován metabolický syndrom (Ostrihoňová, Bérešová, 2010; Dobranici, Buzea, Popescu, 2012).

Základní pojmy vztahující se k diagnostice nadváhy a obezity:

- a) *BMI* (Body Mass Index) neboli Queteletův index tělesné hmotnosti je nejjednodušším nástrojem pro základní diagnostiku nadváhy a obezity. Je vždy dostupný v běžné i terénní praxi. Jeho výpočet se provádí pomocí vzorce:  $BMI = \text{tělesná váha (kg)} / \text{tělesná výška (m}^2\text{)}$ .

<b>BMI</b>	<b>Kategorie</b>
18,5–24,9	normální rozmezí
25,0–29,9 ✓ 25,0–26,9 nižší stupeň ✓ 27,0–29,9 vyšší stupeň	nadváha
30,0–34,9	obezita I. stupně
35,0–39,9	obezita II. stupně
od 40,0 výše	obezita III. stupně

- b) *Hodnoty tělesného tuku* – tyto hodnoty vyjadřují množství tukové tkáně v lidském organismu. Normální hodnoty tělesného tuku se u mužů pohybují maximálně do 25 % tělesné hmotnosti, přičemž ideální jsou do 20 %. U žen jsou normální hodnoty dány do 30 % tělesné hmotnosti, ideální pak do 25 % (Pelikánová, 2003).
- c) *Proporční rozložení tuku*, na jehož základě rozlišujeme obezitu androidní (centrální typ obezity, lidově typ tvaru jablka) a gynoidní (lidově typ tvaru hrušky). Význam tohoto rozlišení tkví zejména v určení rizika metabolických komplikací, které jsou spojeny především s androidním typem obezity.

Na druhou stranu v tomto případě je pokles hmotnosti velmi dobře znatelný a bývá spojen i s pozitivním estetickým efektem (Patidar, 2013). V případě gynoidní obezity je tuk kumulován především v oblasti hýždí a stehen, což se z hlediska komplikací jeví jako méně rizikové. Ovšem v tomto případě může být již snižování hmotnosti problematické, neboť se tuk z těchto partií ztrácí spíše velmi neochotně (Svačina, Bretšnajdrová, 2008).

- d) *Stanovení hodnoty obvodu pasu*, který je vhodným ukazatelem pro určení míry kardiovaskulárních a metabolických rizik (Janssen et al., 2002) a následné vyjádření *hodnoty poměru pasu a boků*. Ty jsou pro ženy stanoveny na hodnotu 0,85 a pro muže nad 1 (Kunešová, 2011a).

### Prevalence nadváhy a obezity

V celosvětovém měřítku představuje současný trend ve zvyšující se prevalenci nadváhy a obezity významný problém nejen z důvodu, že na jejich následky ročně zemře téměř 208 milionů lidí. V roce 2008 se pohyboval celosvětový výskyt nadváhy u dospělých (srovnatelně u obou pohlaví) ve věku 20 let a více na hranici 35 %. Výskyt obezity byl v témže roce u 14 % žen a u 10 % mužů. Oproti roku 1980 tato čísla znamenala téměř dvojnásobný nárůst, neboť v té době byl výskyt obezity u mužů 5% a u žen 8% (WHO, 2014b). V Evropské unii, dle dostupných dat, těmito diagnózami trpí více než polovina populace (52 %). Tuto hranici prevalence splňuje téměř 17 z 27 členských států (OECD, 2012). Pro srovnání je dobré si uvědomit, že výskyt obezity byl před 100 lety na území Evropy v řádu jen několika málo procent či zcela mizivý (Kasalický, 2007). Podobně jako v ostatních zemích Evropy i v České republice je patrné zvyšování prevalence nadváhy a obezity. Dle WHO (2008) bylo BMI vyšší nebo rovno 25 kg/m<sup>2</sup> zaznamenáno u 61,7 % obyvatel (muži 69,9 % a ženy 53,1 %). Přestože počet dospělých jedinců s BMI vyšším nebo rovným 25 kg/m<sup>2</sup> v České republice již několik let výrazně nestoupá, zvyšuje se podíl lidí trpících obezitou (Kasalický, 2011).

### Rizikové faktory vzniku nadváhy a obezity

Z výše uvedené definice vyplývá, že se jedná o multifaktoriálně podmíněné onemocnění. Vzniká tedy v závislosti na interakci vnějších a vnitřních faktorů, které ve svém důsledku vedou k pozitivní energetické bilanci a následnému nadměrnému

hromadění tukové tkáně. V příčinné souvislosti pak k vytváření tukových rezerv přispívá pozitivní energetická bilance, jídelní zvyklosti, inaktivita i dědičnost (Hainer, Bendlová, 2011). Ve vztahu k pozitivní energetické bilanci je však nutné vnímat individuální odlišnosti dané pracovním zařazením, způsobem života, trávením volného času či například vykonávanými sportovními aktivitami. V tomto ohledu je nadměrný příjem energie pojmem relativním, který je nutno posuzovat vždy ve vztahu k energii vydané (Hainer, Kunešová, 1997).

Z pohledu etnicity je významným faktorem zevní prostředí, do kterého řadíme výchovu, socioekonomické vlivy, ale i dostupnost potravin, jídelní zvyklosti jedince či preferenci a způsob volby potravin (jinými slovy potravinové chování) (Pelikánová, 2003). Určitý význam ovšem nelze upřít také psychickému a emočnímu stavu jedince, protože pokud je člověk v neustálém napětí, může v jídle nacházet či hledat jistou útěchu a navození libých pocitů (Hlúbik, 1994). U Romů se můžeme setkat zejména s nedostatkem pohybových aktivit, převážným trávením volného času sledováním televize či sezením u počítače, nevhodnými návyky ve smyslu kouření, nepravidelného stravování, nedostatečného příjmu ovoce a zeleniny či nevhodné volby potravin a jejich úpravy. Z pohledu účinnosti intervencí zaměřených na ovlivnění rizikových faktorů je třeba myslet také na význam stravování v dané komunitě, rodině a zvyky, které jsou s tím spojené. Nezřídka se setkáváme s tím, že je pro Romy problematické popsat jídelníček z předešlého dne, což je dáno z části způsobem vnímání času a faktem, že si to nepamatují.

#### Základní pojmy vztahující se k léčbě nadváhy a obezity

Cílem léčby nadváhy a obezity je jednoznačně dosažení trvalého snížení hmotnosti současně se snížením rizikových faktorů metabolických a kardiovaskulárních onemocnění (Cavill, Ells, 2010). V tomto ohledu je nutno zdůraznit, že již poměrně malá redukce hmotnosti o 5–10 % může tato rizika snížit podstatným způsobem (Svačina, 2006). Součástí léčby nadváhy a obezity jsou nefarmakologické, farmakologické a chirurgické postupy. Z pohledu nefarmakologických postupů má významnou roli *kognitivně-behaviorální terapie*, která kromě jiného pracuje s nevhodnými stravovacími návyky, pohybovou aktivitou, využívá prvků motivace i technik sebezpozorování a pozitivního sebesilování (Málková, 2011). *Redukční diety* patří k základním pilířům terapie těchto onemocnění. Jejich opěrným bodem je

racionální dieta s omezením příjmu nasycených tuků a jednoduchých cukrů při zachování vhodného příjmu vody, bílkovin, minerálů, vitamínů a vlákniny (Pelikánová, 2003). Nedílnou součástí nefarmakologických postupů je také pohybová aktivita. Jejím benefitem je pozitivní účinek na psychickou složku jedince, zvyšování energetického výdeje, redukce hmotnosti nezávisle na dietě a také příznivý vliv na snížení rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění (Štich, 2011).

*Farmakologické postupy*, jak napovídá jejich název, jsou spojeny s užíváním antiobezitik. V současnosti lze farmaka využívaná k tomuto účelu rozdělit na ta, která vedou k útlumu pocitu hladu a současně ke zvýšení pocitu sytosti, na ta, která snižují vstřebávání tuků, a na léky, které zvyšují energetický výdej (Hainer, 2011c).

Posledním typem léčby jsou *metody chirurgické*, které nabízejí dlouhodobé, trvalé a výrazné hmotnostní úbytky (Fried, 2011). Mají ovšem řadu kontraindikací, mimo jiné také poruchy dietního chování či bulimii (Kasalický, 2011). Podstoupením chirurgické léčby však vlastní léčba obezity nekončí. I v tomto případě je pro dosažení pozitivního účinku nezbytná změna životního stylu a zejména dodržování dietních opatření.

### ***Cíl programu***

Cíle preventivního působení zaměřeného na jednotlivce i rodiny (skupiny) z romské minority za účelem prevence nadváhy a obezity lze charakterizovat následovně. Edukační program by měl být zaměřen na:

- odhalení rizikového chování (např. v oblasti výživových zvyklostí, vlivu sociálního zázemí, inaktivity apod.),
- využití kognitivně behaviorální terapie a prvků teorie sociálního učení pro dosažení trvalé změny v souvislosti s odhalenými riziky,
- zlepšení zdravotního stavu daného jedince.

### ***Metody a techniky***

#### *Zmapování stavu*

Prvním krokem pro zajištění efektivity realizovaných intervencí v dané komunitě či u konkrétního jedince je zmapování stavu. Jeho nedílnou součástí by mělo být pečlivé odebrání anamnézy se zaměřením na specifické problémy související s nadváhou

a obezitou, zjištění výskytu v rodině, vývoje hmotnosti v průběhu života se zaměřením na váhové výkyvy a analýza období, kdy došlo k výrazným změnám v hmotnosti (Tsigos a kol., 2008). Ve vztahu k danému je nutné pamatovat také na jídelní zvyklosti, preference potravin, fyzické aktivity vykonávané v průběhu života, nezdravé návyky (zejména kouření a užívání alkoholu) a předchozí způsoby léčby včetně samoléčení a jejich výsledný efekt. Z pohledu úspěšnosti následných intervencí je podstatné také očekávání daného jedince, jeho motivace, případně také znalosti, které o této problematice má. Z oblasti znalostí je to zejména chápání nadváhy nebo obezity jako stavu, který vyžaduje léčebné či preventivní aktivity, vysvětlení samotné diagnózy a problematiky s tímto související (Kasalický, 2007; Kunešová, 2011a).

S ohledem na specifika romské minority lze pro zmapování stavu doporučit návštěvu v domácím prostředí. Důvodem je zejména to, že pro Romy je těžké popsat své jídelní zvyklosti, způsob a frekvenci stravování, neboť mají odlišné vnímání času a většinou se stravují tehdy, když mají hlad. Jistou pomůckou zde může být vedení podrobného denního záznamu o přijatých potravinách a tekutinách. V tomto případě je však nutno vysvětlit význam denního záznamu a vhodně motivovat k jeho vypracování. Do vypracování tohoto záznamu lze zapojit i osobu blízkou (manžela/manželku či jiného člena rodiny). Pokud se jedná o jedince, kteří žijí v komunitách či vyloučených oblastech, stravování probíhá v souladu s kulturními zvyklostmi. Nežádá se lze setkat s tím, že se jedinci stravují ve své domácnosti, ale i u širší rodiny. Důležitá je proto také analýza vlivu sociálního zázemí a zvyklostí, které se ke stravování pojí (např. neslušnost odmítnutí nabízeného jídla).

Zhodnocení základních ukazatelů a rizik (zejména BMI, obvodu pasu, poměru pasu a boků a obsahu tuku v těle)

Sestavení plánu a přenesení odpovědnosti na konkrétního jedince

Základem úspěšného preventivního působení je stanovení reálného cíle. V případě Romů je nutné volit menší, dílčí cíle. Tyto cíle by měly mít logickou posloupnost. Na základě analýzy rizikových faktorů je vhodné stanovit jejich priority a dle nich v rámci preventivního působení systematicky postupovat. Velmi důležitá je důkladná edukace zaměřená na základní znalosti spojené s touto problematikou s důrazem

na názornost podávaných informací. Tato edukace by měla obsahovat témata spojená s vlastní diagnózou nadváhy a obezity, rizikovými faktory, základními faktory podílejícími se na jejich vzniku, s komplikacemi i s léčebným procesem. Důraz je třeba klást také na nutnost dlouhodobých změn. Zde je třeba ovšem pracovat s tím, že pro Romy je všeobecně problematické dlouhodobé dodržování režimových opatření při odeznění akutních potíží. Proto je významná pravidelná zpětná vazba a motivace. V oblasti znalostí je pak třeba myslet na to, že jejich počáteční úroveň může být velmi nízká. Proto je nutné do edukace zahrnout také základní související témata z anatomie a fyziologie.

Pro dosažení dlouhodobého efektu je nutné přenesení odpovědnosti na konkrétního jedince. V této oblasti je vhodné pracovat s širší rodinou, neboť ta je Romům největší oporou a do jisté míry i autoritou. Nezřídka se lze setkat s tím, že motivací pro dodržování léčebného režimu či trvalý úbytek hmotnosti je právě rodina či vnímání jedince partnerem. Mezi motivační prvky ovšem u této minority vstupuje také hledisko estetické, možnost a schopnost obléknout si některé oblečení (např. problém při oblékání ponožek).

Využití prvků kognitivně-behaviorální terapie (KBT) a teorie sociálního učení lze pro dosažení trvalé změny v souvislosti s odhalenými riziky považovat za vhodné. V této oblasti lze velmi dobře využít jednotlivé prvky KBT (např. vhodnou motivaci, sebeposilující aktivity apod.) a zejména edukaci. Tu je vhodné rozšířit na celou komunitu tak, aby byla zajištěna optimální úroveň zdravotní gramotnosti. Prvky kognitivně-behaviorální terapie v tomto ohledu nabízí možnosti pro náhradu nevhodných vzorců chování a hledání alternativních, přijatelných způsobů. Jako vhodné se jeví i využití asistovaných nákupů ve spolupráci s nutričním terapeutem či výživovým poradcem za předpokladu, že budou respektovány finanční možnosti daného jedince.

Teorie sociálního učení ve vztahu k dosažení trvalých změn poskytuje možnost odhalení prvků, které v průběhu socializace zapříčiňují naučení se nevhodným vzorcům chování a v dlouhodobém horizontu tak poskytuje možnost jejich eliminace.

### ***Personální zajištění***

Intervenční program je určen pro všeobecné sestry v rámci preventivního poradenství. Dále je vhodné navázat spolupráci s komunitním centrem a praktickým lékařem v dané oblasti (lokalitě). V případě možnosti a zájmu také s výživovým poradcem a poradcem v oblasti pohybových aktivit. Pracovníci komunitního centra přinášejí do intervenčního programu znalost prostředí a cílových skupin a praktický lékař pro mnohé Romy zůstává stále výraznou autoritou v oblasti zdraví. Výživový poradce může v daném intervenčním programu napomoci s nastavením dietních opatření a zároveň pomoci v rámci asistovaného nákupu. Zapojením poradce v oblasti pohybových aktivit se otevírá prostor pro poskytnutí komplexní péče i v oblasti individuálně nastaveného cvičebního plánu.

### ***Místo realizace intervenčního programu***

Z hlediska specifík romské minority je vhodné realizovat preventivní aktivity v rámci činnosti komunitních center či v přímém kontaktu s danými jedinci v jejich domácím prostředí.

### ***Motivace***

Ve vztahu ke zvoleným cílům je nutné zjistit motivaci u konkrétního jedince. V rámci realizovaných intervencí pak využívat psychickou i fyzickou podporu, zapojení jednotlivých členů rodiny (zejména autorit v dané rodině) a průběžné aktualizace, úpravy stanovených cílů a plánu dle požadavků a stavu edukanta.

Jako velmi vhodné se jeví v případě Romů také využití názorných příkladů, zapojení jedinců, kteří zaznamenali úbytek na váze. Ti mohou ostatní motivovat na základě vlastních zkušeností. Zároveň mohou při realizaci jednotlivých bodů programu upozornit i na problematické situace, pomoci najít vhodné řešení a ukázat ostatním, že změny v životním stylu, pohybu, stravování, v přístupu k sobě samému možné jsou i v rámci života v komunitě.

Pro vlastní realizaci lze využít individuálního i skupinového poradenství, přičemž skupinové poradenství může poskytnout jistou motivaci samo o sobě. Je zde podpora lidí se společným cílem.

### ***Tematické celky***

- a) Vysvětlení základních témat vztahujících se k problematice nadváhy a obezity s důrazem na příčiny vzniku a zdravotní důsledky s využitím praktických příkladů, propojením s vlastními zkušenostmi edukantů.
- b) Nastínění problematiky rizikových faktorů s důrazem na aktuální rizikové faktory v dané cílové skupině (s využitím teorie sociálního učení pro hledání jejich příčin); možnosti jejich ovlivnění a minimalizace jejich dopadů s využitím prvků KBT.
- c) Vysvětlení základních prvků změny životního stylu v souvislosti s prevencí nadváhy a obezity se zaměřením na výživové zvyklosti a pohybové aktivity.
- d) Nastínění problematiky motivace a dlouhodobého dodržování (dosažení trvalé změny) režimových opatření s důrazem na situace, které jsou pro edukanty z jejich pohledu nejtěžší. Využití opakované zpětné vazby a upevňování zodpovědnosti daného jedince za jeho vlastní zdraví.
- e) Možnost realizace pravidelných setkávání a jejich propojení se svátky, oslavami či významnými dny v dané komunitě.

### ***Využitelné metody a prostředky edukačního procesu v jednotlivých tematických celcích***

- ad a) Uvedení do tématu pomocí vysvětlení základních témat vztahujících se k problematice nadváhy a obezity (např. jak je rozpoznat, jak se hodnotí, jak jsou obézní lidé vnímáni, co to znamená pro jejich zdraví, sociální život apod.); následné využití brainstormingu ke zjištění vlastních zkušeností a jejich propojení s teoretickými znalostmi.
- cíl: edukant chápe význam slov (diagnóz) nadváha a obezita  
edukant si osvojí základní znalosti z oblasti diagnostiky nadváhy a obezity  
edukant chápe dopad nadváhy a obezity na zdravotní stav jedince
  - doporučení: na začátku tematického celku je nutno zhodnotit znalosti edukantů a na ně následně vhodně navázat; je třeba zohlednit fakt, že Romové mnohdy nemají základní



znalosti z této problematiky, nerozumí významu slov nadváha a obezita, nevnímají rozdíl mezi těmito diagnózami/stavy

ad b) Vysvětlení základních rizikových faktorů, které se na vzniku nadváhy a obezity podílí. Následné využití brainstormingu ke zjištění aktuálních rizikových faktorů v dané skupině či u jednotlivce. Brainstorming je vhodné doplnit pozorováním v běžném životě. K odhalení těchto faktorů lze využít prvků teorie sociálního učení, kdy edukátor sleduje interakci jednotlivce (skupiny) a jeho okolního prostředí, tedy určitý sociální kontext. Ten má přímý dopad na fungování v dané společnosti, neboť člověk není pouze aktivním účastníkem v sociálním prostředí, ale je také pasivním objektem společenského tlaku, který určitým způsobem usměrňuje jeho chování (Hlinková, 2010). V tomto ohledu je třeba cílové skupině či jednotlivci vysvětlit, že každý člověk má svůj vlastní regulační systém, využívá kognitivních strategií a předvídá důsledky svého jednání. Toto jednání v rámci sebehodnocení posuzuje ve vztahu k osobním normám a hodnotám, stejně jako k jednání ostatních (zejména autorit) ve svém okolí. Tím si vytváří kulturně podmíněné vzorce chování (Hoskovcová, 2006). Tyto vzorce chování pak bezděčně využívá v běžném životě. Pro názornost podaných informací je vhodné využít také praktických příkladů, případně inscenačních metod. Právě inscenační metody, zejména hraní rolí v předem připravených scénách, napomáhají k pochopení rizikových situací a k hledání vhodných způsobů řešení (např. slušné odmítnutí nabízeného jídla).

- cíl: edukant umí identifikovat jednotlivé rizikové faktory vzniku nadváhy a obezity

edukant je schopen určit rizikové faktory vzniku nadváhy a obezity, které jsou v jeho případě aktuální

edukant je schopen efektivně řešit problematické situace ve vztahu k prevenci nadváhy a obezity

- doporučení: v oblasti rizikových faktorů je třeba zhodnotit míru znalostí, které edukanti mají. Úroveň těchto znalostí se

odrazí v následné edukaci. Je třeba myslet i na to, že z pohledu Romů mohou rizikové faktory ve vztahu k nadváze a obezitě spočívat především v přejídání. Úroveň znalostí jiných bývá velmi nízká.

ad c) Vysvětlení základních prvků změny životního stylu ve vztahu k prevenci nadváhy a obezity s důrazem na výživu a pohybové aktivity. Pro analýzu stavu v této oblasti lze využít vhodně vedeného denního záznamu pro stravování i pohybové aktivity, s nímž lze dále pracovat a odhalit tak nevhodné návyky. Tyto záznamy by kromě frekvence příjmu pokrmů (veškerých pokrmů, vč. ochutnávání při vaření apod.) měly obsahovat také jejich množství, okolnosti příjmu potravy (např. při sledování televize, společenská událost atd.), dobu, která byla nutná k jejich konzumaci, a pocity, jaké jejich konzumace vyvolala. V oblasti pohybových aktivit je pak vhodné se zaměřit na všechny pohybové aktivity, jejich délku a přibližnou intenzitu. Po následné analýze lze pomocí brainstormingu hledat vhodná řešení. Při hledání vhodných řešení lze využít také rozhovoru s jedinci, kteří již s tímto mají zkušenost a mohou tak edukantům poskytnout cenné rady a propojení teoretických informací s praktickým životem.

- cíl: edukant je schopen správně sestavit svůj jídelníček

edukant dlouhodobě dodržuje svá dietní opatření

edukant je schopen rozlišit vhodné a nevhodné potraviny a tekutiny

edukant je schopen odhalit nevhodné návyky v souvislosti se svým jídelním chováním

edukant je schopen změnit své zvyky v souvislosti se svým jídelním chováním

edukant zná vhodné pohybové aktivity

edukant se dlouhodobě věnuje vhodným pohybovým aktivitám

- doporučení: v oblasti změny životního stylu je třeba věnovat zvýšenou pozornost vlivu vnějšího okolí vč. dostupnosti služeb. Ta

se odrazí v oblasti stravování (např. dostupnost obchodů, finanční náročnost apod.) i pohybových aktivit (např. cvičební zázemí, pomůcky apod.).

ad d) Zjištění motivace v dlouhodobém dodržování (dosažení trvalé změny) režimových opatření s důrazem na situace, které jsou pro edukanty z jejich pohledu nejtěžší, s využitím metody brainstormingu. Následná diskuze ke konkrétním situacím a argumentace. Pro zvládnutí náročných situací a pro názornost lze využít i inscenačních metod, kdy možnost změny v hraných rolích poskytuje účastníkům prožitek z obou stran a pochopení dané situace. Důležitá je také opakovaná zpětná vazba, která napomáhá upevňování zodpovědnosti daného jedince za jeho vlastní zdraví.

- cíl: edukant do svého každodenního života začlenil doporučené změny

edukant je schopen konstruktivně řešit náročné situace, které vyžadují pevnou vůli z hlediska dodržování stanovených režimových opatření (např. rodinné oslavy, svátky apod.)

edukant je motivován k dlouhodobému dodržování režimových opatření

- doporučení: v oblasti motivace je třeba se zaměřit na konkrétní motivaci daného jedince a s tou dále pracovat. Zejména u Romů je nutné myslet na to, že v dodržování léčebného režimu či ošetřovatelského plánu obvykle poleví po odeznění největších potíží. Vhodné je apelovat na nutnost dlouhodobých změn a jejich začlenění do běžného života jedince i např. rodiny, což mu může usnadnit jejich zvnitřnění díky podpoře ostatních členů rodiny. Nesmíme ovšem zapomínat na zpětnou vazbu, která je velmi důležitá pro dosažení stanovených cílů. Tato zpětná vazba může probíhat na společných setkáních, ale i formou individuálních návštěv či kontrol u lékaře.

ad e) Možnost realizace pravidelných setkávání a jejich propojení se svátky, oslavami či významnými dny v dané komunitě ve spolupráci s komunitními centry v dané oblasti. Z edukačních metod lze v této oblasti uplatnit metody fixační i aplikační, např. při přípravě pokrmů pro oslavu (sestavení jídelníčku), nácviku správného způsobu konzumace potravin (rychlost a způsob konzumace) apod.

- cíl: podpora edukantů ve snaze dosáhnout stanoveného cíle s využitím propojení s jejich tradiční kulturou

vytvoření prostoru pro opakované setkávání s možností dalšího prohloubení znalostí a schopností v oblasti prevence nadváhy a obezity

- doporučení: realizace pravidelných setkávání napomáhá posílení zpětné vazby a zároveň umožňuje setkávání lidí se stejným cílem. Tato setkávání jim poskytují možnost výměny zkušeností a i po ukončení léčebného procesu, po dosažení požadovaného cíle napomáhají udržení dlouhodobých změn díky podpoře ostatních členů skupiny.

### ***Přínos intervenčního programu***

- a) emoční sebeuvědomění – ujasnění si otázek v oblasti vnímání sebe sama, přijetí obrazu vlastního těla; zřetelnější rozlišení kulturních vzorců chování a pochopení problematických situací ve vztahu k prevenci nadváhy a obezity;
- b) kognitivní způsobilost – dokázat odhalit rizikové situace a nevhodné návyky a cíleně pracovat na jejich ovlivnění; používat konstruktivní způsoby řešení s akceptací vlastní zodpovědnosti za své jednání a zdraví; prohloubení znalostí o dané problematice, ujasnění si základních pojmů; posilování sebeuvědomění a využití zpětné vazby;

- c) behaviorální způsobilost – zejména posílení schopnosti formulovat své požadavky a v rámci dialogu hledat vhodná řešení.

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. ADÁMKOVÁ, V. et al., 2009. *Obezita – Příčiny, typy, rizika, prevence a léčba*. Brno: Facta Medica. 122 s. ISBN 978-80-904260-5-4.
2. AFRIDI, A. K., SAFDAR, M., KHATTAK, M., KHAN, A., 2003. Health Risks of Overweight and Obesity – An Over View. *Pakistan Journal of Nutrition*. 2(6), 350–360. ISSN 1680-5194.
3. BANDURA, A., 1971. *Social Learning Theory*. [online]. New York: General Learning Press. [cit. 2015-07-5]. Dostupné z: [http://www.jku.at/org/content/e54521/e54528/e54529/e178059/Bandura\\_SocialLearningTheory\\_ger.pdf](http://www.jku.at/org/content/e54521/e54528/e54529/e178059/Bandura_SocialLearningTheory_ger.pdf)
4. BAPTISTA, K., 2011. A Cross-National Examination of Body Image and Media Exposure Comparisons Between Jordanian and American Women. *Undergraduate Review*. [online]. Bridgewater State University. 7, 14-21. Dostupné z: [http://vc.bridgew.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1181&context=undergrad\\_rev](http://vc.bridgew.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1181&context=undergrad_rev)
5. BÁRTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada. 188 s. ISBN 978-80-247-6289-0.
6. BENEŠ, J., 1975. *Cikáni v Československu: Antropologická studie dospělých mužů*. Brno: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně. 86 s.
7. BERRY, J. W., 1989. Acculturation and Psychological Adaptation. In: Forgas J. P., Innes, J. M. (Eds.), *Recent advances in social psychology: An international perspective*. North-Holland: Elsevier Science Publishers BV. p. 511-520. ISBN 9780444885197.
8. BESSLER M. et al. 2012. Surgical treatment of severe obesity: selection and screening, surgical options, and nutritional management. In: Akabas, S., Lederman, S. A., Moore B. J. *Textbook of obesity: biological, psychological, and cultural influences*. UK: John Wiley & Sons. p. 320–332. ISBN 9780470655887.

9. BLATNÝ, M., PLHÁKOVÁ, A., 2003. *Temperament, inteligence, sebepojetí*. Brno: Psychologický ústav Akademie věd ČR. 150 s. ISBN 80-86620-05-0.
10. BOUCHARD, C., 2010. *Genes and Obesity. Progress in molecular biology and translational science – Volume 94*. Academic Press. 416 s. ISBN 978-0-12-375003-7.
11. BOVEY, S., 1995. *Zakázané tělo. Být tlustý není hřích*. Olomouc: Votobia. 267 s. ISBN 80-85885-61-1.
12. BRAY, G. A., 2012. Pharmacological approaches to the treatment of obesity. In: Akabas, S., Lederman, S. A., Moore B. J. *Textbook of obesity: biological, psychological, and cultural influences*. UK: John Wiley & Sons. p. 310–319. ISBN 9780470655887.
13. BREWIS, A. A., 2011. *Obesity: cultural and biocultural perspectives*. USA: Rutgers University Press. 209 p. ISBN 978-0-8135-4890-6.
14. CACHELIN, F. M., et al. 2002. Does Ethnicity Influence Body-Size Preference? A Comparison of Body Image and Body Size. *Obesity Research*. 10(3), 158-166. ISSN 1930-739X. doi: 10.1038/oby.2002.25
15. CARRASCO-GARRIDO P. et al. 2010. Health status of Roma women in Spain. *The European Journal of Public Health*. 21(6), 793–798. ISSN 1101-1262. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckq153>.
16. CAVILL, N., ELLS, L., 2010. *Treating adult obesity through lifestyle change interventions. A briefing paper for commissioners*. [online]. Oxford: National Obesity Observatory. [cit. 2015-05-5] Dostupné z: [http://www.noo.org.uk/uploads/doc/vid\\_5189\\_Adult\\_weight\\_management\\_Final\\_220210.pdf](http://www.noo.org.uk/uploads/doc/vid_5189_Adult_weight_management_Final_220210.pdf)
17. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC), 2009. Differences in prevalence of obesity among black, white, and Hispanic adults – United States, 2006–2008. [online]. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.*, 58 (27), 740-744. [cit. 2015-05-5]. Dostupné z: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5827a2.htm>

18. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC), 2012. *Health, United States, 2012, With Special Feature on Emergency Care*. [online]. US: U.S. Department of Health and Human Services. [cit. 2015-05-5]. Dostupné z: <http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus12.pdf#063>
19. CROOK, M., 1995. *Vzajetí image těla*. Ostrava: Oldag. 136 s. ISBN 80-85954-02-8.
20. CROSSLEY, N., 2004. Fat is a Sociological Issue: Obesity Rates in Late Modern, 'Body-Conscious' Societies. *Social Theory & Health*, 2(3), 222–253. ISSN 1477-8211. doi:10.1057/palgrave.sth.8700030
21. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2011. *Tab. 614a Obyvatelstvo podle věku, národnosti a pohlaví. Pohlaví celkem*. [online]. Český statistický úřad. [cit. 2015-05-5]. Dostupné z: [https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jsf?page=vystup-objekt&str=&evo=&pvo=OBCR614A&verze=-1&nahled=N&sp=N&nuid=&zs=&skupId=&filtr=G~F\\_M~F\\_Z~F\\_R~F\\_P~\\_S~\\_null\\_null\\_&pvokc=&katalog=30715&pvoch=&udIdent=&zo=N&vyhltext=&z=T](https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jsf?page=vystup-objekt&str=&evo=&pvo=OBCR614A&verze=-1&nahled=N&sp=N&nuid=&zs=&skupId=&filtr=G~F_M~F_Z~F_R~F_P~_S~_null_null_&pvokc=&katalog=30715&pvoch=&udIdent=&zo=N&vyhltext=&z=T)
22. DARWIN CH., 2006. *O původu člověka*. Praha: Academia. 357 s. ISBN 80-200-1423-3.
23. DAVIDOVÁ, E. (2000a). *Poválečný vývoj a osudy Romů v letech 1945–1989*. In: ČERNÁ, M. et al. *Černobílý život*. Praha: Gallery. s. 68–76. ISBN 80-860110-37-6.
24. DAVIDOVÁ, E. (2000b). *Způsob života a kultura: Změny ve hmotné kultuře Romů - bydlení, strava*. In: ČERNÁ, M. et al. *Černobílý život*. Praha: Gallery. s. 80–89. ISBN 80-860110-37-6.
25. DAVIDOVÁ, E. et al. 2010. *Kvalita života a sociální determinanty zdraví u Romů v České a Slovenské republice*. Praha: Triton. 251 s. ISBN 978-80-7387-428-5.
26. DLOUHA, D., ADAMKOVA, V., LANSKA, V., HUBACEK, A., 2010. Lack of association between a new tag SNP in the FTO gene and BMI in Czech–Slavonic population. *European Journal of Human Genetics*. 18(12), 1274-1275. ISSN 1018-4813. doi:10.1038/ejhg.2010.122



27. DOBRANICI, M., BUZEA, A., POPESCU, R., 2012. The cardiovascular risk factors of the Roma (Gypsies) people in Central-Eastern Europe: a review of the published literature. *J Med Life*, 5(4), 382–389. ISSN 1844-122X.
28. DVOŘÁKOVÁ – JANŮ, V., 1999. *Jídlo a lidé*. Praha: Institut sociálních vztahů. 182 s. ISBN 80-85866-41-2.
29. FEDORAK, S., 2009. *Pop Culture: The Culture of Everyday Life*. University of Toronto Press. 166 p. ISBN 9781442601246.
30. FIALOVÁ, L., 2001. *Body image jako součást sebepojetí člověka*. Praha: Karolinum, 2001. 269 s. ISBN 80-246-0173-7.
31. FIALOVÁ, L., 2007. *Jak dosáhnout postavy snů aneb Možnosti a limity korekce postavy*. Praha: Grada. 136 p. ISBN 978-80-247-1622-0.
32. FRAŇKOVÁ, S. DVOŘÁKOVÁ-JANŮ, V., 2003. *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. Praha: Karolinum. 256 s. ISBN 80-246-0548-1.
33. FRIED, M., 2005. *Moderní chirurgické metody léčby obezity*. Praha: Grada. 132 s. ISBN 80-247-0958-9.
34. FRIED, M., 2011. Chirurgická léčba obezity. In: HAINER, V. et al. *Základy klinické obezitologie. 2. přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. 448 s. s. 325–339. ISBN 978-80-247-3252-7.
35. FRIŠTENSKÁ, H., 1997. Romové a státní politika. In: KOLEKTIV AUTORŮ. *Romové – reflexe problému: Soubor textů k romské problematice*. s. 34–35. celkem 106 s. Praha: Sofis. ISBN 80-902439-0-8.
36. FRIŠTENSKÁ, H., 2010. *Specifická situace romské mládeže na trhu práce*. [online]. Praha. [cit. 2015-02-07]. Dostupné z: <http://www.r-mosty.cz/dokumenty/specificka-situace.pdf>
37. FRIŠTENSKÁ, H., VÍŠEK, P., 2003. Závěry a doporučení. In. SOCIOKLUB. Sdružení pro podporu rozvoje teorie a praxe sociální politiky. *Analýza sociálně ekonomické situace Romské populace v České republice s návrhy na opatření. Závěrečná zpráva projektu Výzkumu a Vývoje Č. HS91/02 (Smlouva Č. GK*

- MPSV-01-82/02). [online]. Praha. [cit. 2015-02-07]. s. 4–15. Dostupné z: <http://www.ncss.cz/files/finalni-zpravagrafiko.pdf>.
38. GROGAN, S., 2000. *Body image. Psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada. 186 s. ISBN 80-7169-907-1.
  39. GULOVÁ, L., 2008. *Sociální pedagogika a multikulturní výchova v otázkách*. Brno: Masarykova univerzita. 212 s. ISBN 978-80-210-4724-2.
  40. HAINER, V. – KUNEŠOVÁ, M. et al. 1997. *Obezita. Etiopatogeneze, diagnostika a terapie*. Praha: Galén. 126 s. ISBN 80-85824-67-4.
  41. 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.
  42. HAINER, V., 2011b. Velmi přísné nízkenergetické diety. In: HAINER, V. et al. *Základy klinické obezitologie. 2. přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. s. 203–215. ISBN 978-80-247-3252-7.
  43. HAINER, V., 2011c. 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.
  44. 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.
  45. HAINER, V., KUNEŠOVÁ, M., BENDLOVÁ, B., 2002. *Úloha genetických faktorů v etiopatogenezi obezity*. [on-line]. Postgraduální medicína. 4/2002. [citováno 2011-8-21]. ISSN 1212-4184. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/uloha-geneticky-faktoru-v-etipatogenezi-obezity-145095>
  46. HALUZÍK, M. 2011. Tuková tkáň a hormonální sekrece. In: HAINER, V. et al. *Základy klinické obezitologie. 2. přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. s. 147–155. ISBN 978-80-247-3252-7.

47. HENDL, J., 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
48. HICKMAN, S. J., 2006. *Faith Community Nursing*. Lippincott Williams & Wilkins. 356 s. ISBN 978-07-8175-457-6.
49. HIGGINS, V., DALE, A., 2010. *Ethnic Differences in overweight and obese children in England*. [on-line]. Manchester: The University of Manchester. [citováno 2011-8-21]. Dostupné z: <http://www.cmist.manchester.ac.uk/medialibrary/archive-publications/working-papers/2010/2010-07-ethnic-differences.pdf>
50. HLAVATÝ, P., 2009. *Farmakoterapie obezity*. Interní Medicína pro praxi. 11(4), 171–174. ISSN 1212-7299.
51. HLINKOVÁ, E., 2010. Edukačné teorie a modely edukácie. In: NEMCOVÁ, J. et al. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-321-9. s. 60–90.
52. HLÚBIK, P., 1994. *Úvod do problematiky obezity. Učební texty Vojenské lékařské akademie Jana Evangelisty Purkyně v Hradci Králové*. Hradec Králové: VLA JEP. 84 s. ISBN 80-85109-03-4.
53. HOLOMEK, K., 2000. Současnost: Postavení Romů v současnosti. In: ČERNÁ, M. et al. *Černobílý život*. Praha: Gallery. s. 158–172. ISBN 80-860110-37-6.
54. HORVÁTHOVÁ, J., 2000. Kdo byli čeští Romové? In: Černá, M. et al. *Černobílý život*. Praha: Gallery. s. 48–64. ISBN 80-860110-37-6.
55. HORVÁTHOVÁ, J., 2002. *Kapitoly z dějin Romů*. NLN – Nakladatelství Lidové noviny. ISBN 80-7106-615-X.
56. HOSKOVCOVÁ, S., 2006. *Psychická odolnost předškolního dítěte*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-2471-424-0.

57. HÜBSCHMANNOVÁ, M., 2000. Historie: K počátkům romských dějin. In: ČERNÁ, M. et al. *Černobílý život*. Praha: Gallery. s. 18–29. ISBN 80-860110-37-6.
58. HÜBSCHMANNOVA, M., 2003. *Rombase. Romové – subetnické skupiny*. [online]. Praha: Rombase. [citováno 2011-8-21]. Dostupné z: <http://rombase.uni-graz.at/cgi-bin/art.cgi?src=data/ethn/topics/names.cs.xml>.
59. CHAN RSM., WOO J., 2010. Prevention of Overweight and Obesity: How Effective is the Current Public Health Approach. *Int J Environ Res Public Health*. 7(3), 765–783. ISSN 1661-7827. doi: 10.3390/ijerph7030765.
60. IOANNIDES-DEMOS, L. L., PROIETTO, J., MCNEIL, J. J., 2005. Pharmacotherapy for obesity. *Drugs*. 65(10). s. 391–418.
61. IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J., 2005. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-2471-212-3.
62. JAKOUBEK, M., 2003. Romské osady – enklávy tradiční společnosti. In: JAKOUBEK, M. et al. *Romské osady v kulturologické perspektivě*. Brno: Doplněk. s. 9–30. ISBN 80-7239-140-2.
63. JAMES, W. P., 2008. The epidemiology of obesity: the size of the problem. *Journal of Internal Medicine*. 263(4), 336–352. doi: 10.1111/j.1365-2796.2008.01922.x.
64. JANSSEN, I., et al. 2002. Body mass index and waist circumference independently contribute to the prediction of nonabdominal, abdominal subcutaneous, and visceral fat. *Am J Clin Nutr*. 75(4), 683–688.
65. KARLSEN, S., et al. 2013. Ethnic variations in overweight and obesity among children over time: findings from analyses of the Health Surveys for England 1998–2009. *Pediatr Obes*, 9(3), 186-96. doi:10.1111/j.2047-6310.2013.00159.x.
66. KASALICKÝ, M., 2007. *Tabulizace žaludku. Chirurgická léčba obezity*. Praha: Triton. 89 s. ISBN 978-80-7254-957-3.
67. KASALICKÝ, M., 2011. *Chirurgická léčba obezity*. Praha: Ottova tiskárna. 118 s. ISBN 978-80-254-9356-4.

68. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2014. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty – 4. ročník*. Praha: Grada. 148 s. ISBN 978-80-247-5203-7.
69. KING, P. et al. 2010. *Socio-cultural factors associated with food security and physical activity for Maori and Pacific people in Aotearoa New Zealand*. [online]. [citováno 2011-8-19]. Dostupné z: [weightmanagement.hiirc.org.nz/assets/sm/Bibliographic12415/attachments/juy92bpxz/Socio-cultural%20factors%20associated%20with%20food%20security%20and%20physical%20activity%20for%20Maori%20and%20Pacific%20people%20in%20Aotearoa%20New%20Zealand%20%28Final%20HRC%20report%29.pdf?download=true](http://weightmanagement.hiirc.org.nz/assets/sm/Bibliographic12415/attachments/juy92bpxz/Socio-cultural%20factors%20associated%20with%20food%20security%20and%20physical%20activity%20for%20Maori%20and%20Pacific%20people%20in%20Aotearoa%20New%20Zealand%20%28Final%20HRC%20report%29.pdf?download=true).
70. KLEINWÄCHTEROVÁ, H., BRÁZDOVÁ, Z., 2001. *Výživový stav člověka a způsoby jeho zjišťování*. Brno: IDVPZ. 102 s. ISBN 80-7013-336-8.
71. KOZOŇ, V., HANZLÍKOVÁ, A., 2003. Ošetrovatel'ské poradenství v gerontologii. In *Revue medicíny v praxi*. 1(4). s 19–20, 22. ISSN 1336-202X.
72. KOZUBÍK, M., 2013. *(Ne)vinní a dilino gadžo*. Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva. ISBN 978-80-558-0418-7.
73. 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.
74. KUNEŠOVÁ, M. (2011b). Léčba obezity dietou. In: HAINER, V. et al. *Základy klinické obezitologie. 2. přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. s. 181–202. ISBN 978-80-247-3252-7.
75. KUNEŠOVÁ, M., MÜLLEROVÁ, D., HAINER, V., 2011. Epidemiologie a zdravotní rizika obezity. In: HAINER, V. et al. *Základy klinické obezitologie. 2. přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. s. 15–34. ISBN 978-80-247-3252-7.

76. LAZAROU, C., KOUTA, C., 2010. The role of nurses in the prevention and management of obesity. *British journal of nursing* (Mark Allen Publishing) 05/2010; 19(10), 641-7. doi: 10.12968/bjon.2010.19.10.48203.
77. LEWIS, S. T., PUymbROECK, M. V., 2008. Obesity-Stigma as a Multifaceted Constraint to Leisure. *Journal of Leisure Research*. 40(4), 574–588.
78. LIESSMANN, K. P., 2010. *Hodnota člověka. Folofoficko-politické eseje*. Praha: Malovaný kraj. 141 s. ISBN 978-80-903759-7-0.
79. MACKIE, F., 2010. *The Status of Everyday Life (Routledge Revivals): A Sociological Excavation of the Prevailing Framework of Perception*. Routledge: Taylor & Francis. 288 p. ISBN 9780415615211.
80. MAČEKOVÁ, S. et al. 2012. Association of the FTO rs9939609 polymorphism with obesity in Roma/Gypsy population. *Am J Phys Anthropol*. 147(1), 30-34. doi:10.1002/ajpa.21604
81. MACHOVÁ, A. et al. (2009). *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada. 291 s. ISBN 978-80-247-2715-8.
82. MÁLKOVÁ, I., 2011. Kognitivně-behaviorální přístup k léčbě obezity. In: HAINER, V. et al. *Základy klinické obezitologie. 2. přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. s. 231–255. ISBN 978-80-247-3252-7.
83. MÁLKOVÁ, I., KUNOVÁ, V., KUDRNA, P. et al. 2002. *Hubneme s rozumem*. Praha: Radioservis, 2002. 222. s. ISBN 80-86212-25-4.
84. MALNICK, S. D. H., KNOBLER, H., 2006. The medical complications of obesity. In *Q J Med*. 99, 565–579. doi:10.1093/qjmed/hcl085.
85. MANNING, S., PUCCI, A., FINERCORRESPONDING, N., 2014. Pharmacotherapy for obesity: novel agents and paradigm. *Ther Adv Chronic Dis*. 5(3), 135–148. doi: 10.1177/2040622314522848.
86. MASTNÁ, B., 2000. *Nadváha, obezita, výživa*. Praha: Triton. 220 s. ISBN 80-7254-143-9.

87. MCKINNEY, L., 2013. *Topline information for today's family physician. Diagnosis and Management of Obesity*. [online]. Leawood: American Academy of Family Physicians. [cit. 2014-7-21] 26 s. Dostupné z: [http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient\\_care/fitness/obesity-diagnosis-management.pdf](http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient_care/fitness/obesity-diagnosis-management.pdf).
88. MENEZES, I. H. et al., 2009. Risk factors for overweight and obesity in adolescents of a Brazilian university: a case-control study. *Nutr Hosp.* 24(1), 17-24.  
ISSN 0212-1611.
89. MIKO, V., 2010. *Česko-Romské vztahy*. Brno: Tribun EU. 130 s. ISBN 978-80-7399-938-4.
90. MIOVSKÝ M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
91. MOREE, D. et al. 2008. *Než začneme s multikulturní výchovou. Od skupinových konceptů k osobnostnímu přístupu*. Praha: Člověk v tísni (program Varianty). 109 s. ISBN 978-80-86961-61-3.
92. MÜLLEROVÁ, D., 2008. *Zásady zdravé výživy dospělých*. In: SVAČINA, Š. et al. *Klinická dietologie*. Praha: Grada. s. 342–351. ISBN 978-80-247-2256-6.
93. NAVRÁTIL, P. et al. 2003. *Romové v české společnosti: jak se nám spolu žije a jaké má naše soužití vyhlídky*. Praha: Portál. 224 s. ISBN 80-7178-741-8.
94. NEČAS, C., 2002. *Romové v České republice včera a dnes*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 129 s. ISBN 80-244-0497-4.
95. NEMCOVÁ, J. et al., 2010. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. In: NEMCOVÁ, J. et al. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. s. 11–32. ISBN 978-80-8063-321-9.
96. NOVÝ, I., SURYNEK, A., 2006. *Sociologie pro ekonomy a manažery*. Praha: Grada. s. ISBN 9788024717050.

97. ODDY, D. J., ATKINS, P. J., AMILIEN, V., 2009. *The Rise of Obesity in Europe: A Twentieth Century Food History*. UK: Ashgate Publishing. 262 s. ISBN 978-0-7546-7696-6.
98. OECD/European Union (2012). *Health at a Glance: Europe 2012*. [online]. OECD Publishing. [cit. 2014-7-9]. Dostupné z: <http://www.oecd-ilibrary.org/sites/9789264183896-en/02/07/index.html?itemId=/content/chapter/9789264183896-26-en>.
99. OECD/European Union, 2010. *Overweight and Obesity among Adults, in Health at a Glance: Europe 2010*. [online]. OECD Publishing. [cit. 2014-7-9]. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264090316-28-en>.
100. OLÁHOVÁ, L., 2000. *Nejen romská kuchařka*. Praha: Fortuna. 80 s. ISBN 80-7168-741-3.
101. OSTRIHOŇOVÁ, T., BÉREŠOVÁ, J., 2010. Výskyt metabolického syndrómu a jeho rizikových faktorů u vybrané skupiny Romského obyvatel'stva. *Hygiena*, 55(1), 7–14. ISSN 1802-6281.
102. PATIDAR, O. P., 2013. Higher Prevalence Rate of CHD in 'Apple Type of Obesity' Cases as Compared to 'Pear Type Obesity' Cases. [online]. *Indian Journal of Clinical Practice*. 23(12), 791–794. [cit. 2015-1-20]. Dostupné z: <http://medind.nic.in/iaa/t13/i5/iaat13i5p791.pdf>
103. PEKÁREK, P., 1997. Romové mezi námi: Reflexe základních postojů a fenoménů. In: KOLEKTIV AUTORŮ, *Romové – reflexe problému: Soubor textů k romské problematice*. Praha: Sofis. s. 11–19. ISBN 80-902439-0-8.
104. PELIKÁNOVÁ, T., 2003. *Diabetologie a vybrané kapitoly z metabolismu*. Praha: Triton. 119 s. ISBN 80-7254-358-X.
105. PLHÁKOVÁ, A., 2006. *Dějiny psychologie*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-2470-871-3.
106. PROKEŠOVÁ, M., 2010. *Romové. Otázky a hledání odpovědí*. Ostrava: Repronis. ISBN 978-80-7329-249-2.



107. PUHL, R. M., HEUER, C. A., 2010. Obesity Stigma: Important Considerations for Public Health. *American journal of public health*. 100(6), 1019–1028. ISSN 0090-0036. doi: 10.2105/AJPH.2009.159491.
108. PUOANE, T. et al. 2006. Socio-cultural Factors Influencing Food Consumption Patterns in the Black African Population in an Urban Township in South Africa. *Human Ecology Special Issue*. 14, 89–93.
109. PURNELL, L., 2002. The Purnell Model for Cultural Competence. *Journal of Transcultural Nursing*. San Francisco: Sage Publication,. s. 193–196. ISSN 1043-6596.
110. PURNELL, L., 2005. The Purnell Model for Cultural Competence. *The Journal of multicultural nursing & health*. Michigan university: Riley Publications. s. 7–15. ISSN 1526-8233.
111. RASTOGI, S., 2010. *Eat Right To Stay Bright: Manage Diet To Manage Disease*. India: Ramdas Bhatkal. 178 s. ISBN 978-81-7991-582-0(4330).
112. REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3006-6.
113. RICCIARDI, R., TALBOT, L. A., 2007. Use of bioelectrical impedance analysis in the evaluation, treatment, and prevention of overweight and obesity. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 19(5), 235-41. ISSN 1041-2972.
114. RITTER, L., HOFFMAN, N., 2011. *Multicultural Health*. Jones & Bartlett Learning. 405 s. ISBN 9780763757427.
115. ROBERTSON, A., LOBSTEIN, T., KNAI, C., 2007. *Obesity and socio-economic groups in Europe: Evidence review and implications for action*. [online]. [cit. 2014-12-7]. Dostupné z:  
[http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/nutrition/documents/ev2008\\_1028\\_rep\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ev2008_1028_rep_en.pdf)
116. RUŠAVÝ, Z., 2008. Energetický metabolismus. In: SVAČINA Š. et al. *Klinická dietologie*. s. 47-50. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-7031-4.

117. SAGAR, P. L., 2011. *Transcultural Nursing Theory and Models: Application in Nursing Education, Practice, and Administration*. Springer Publishing Company. 192 s. ISBN 0826107494.
118. SARTRE, J. P., 2006. *Bytí a nicota: pokus o fenomenologickou ontologii*. Praha: Oikoymenh. 712 s. ISBN 80-7298-097-1.
119. SAUNDERS, C. L. et al. 2007. *Obesity*. Silver Spring. 15(9), 2263-75.
120. SAXENA, S., et al. 2004. Ethnic group differences in overweight and obese children and young people in England: cross sectional survey. *Arch Dis Child*. 89(1), 30–36.
121. SCUTERI, A. et al. 2007. Genome-Wide Association Scan Shows Genetic Variants in the FTO Gene Are Associated with Obesity-Related Traits. *PLoS Genet*. 3(7): e115. doi: 10.1371/journal.pgen.0030115
122. SEKERKOVÁ, T., 2012. *Obezita jako stigma*. Č. Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
123. SEKOT, A., 2008. *Sociologické problémy sportu*. Praha: Grada. 223 s. ISBN 978-80-247-2562-8.
124. SERDULA, M. K., et al. 1993. Do Obese Children Become Obese Adults? A Review of the Literature. *Preventive Medicine*. 22(2), 167–177. doi:10.1006/pmed.1993.1014.
125. STACKEOVÁ, D., 2011. Tělesné sebepojetí v kontextu psychosomatiky a možnosti jeho ovlivnění. [on-line]. [citováno 2011-3-21]. Dostupné z: [http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2007\\_2/konference\\_stackeova\\_207.htm](http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2007_2/konference_stackeova_207.htm)
126. STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV, 2013. Nadváha a obezita. Pandemie 21. století. Centrum podpory veřejného zdraví. [on-line]. Státní zdravotní ústav. [citováno 2014-3-21]. Dostupné z: [http://www.cyklokonference.cz/cms\\_soubory/rubriky/90.pdf](http://www.cyklokonference.cz/cms_soubory/rubriky/90.pdf).

127. STÁVKOVÁ, J., DERFLEROVÁ BRÁZDOVÁ, Z., 2014. Konzumace ovoce a zeleniny a jiné stravovací zvyklosti Romské populace. *Hygiena*. 59(4), 179–183. ISSN 1802-6281.
128. Stevens, G. A., et al. 2012. *National, regional, and global trends in adult overweight and obesity prevalences*. *Population Health Metrics*. [on-line]. Licensee BioMed Central Ltd. [citováno 2014-3-21]. Dostupné z: <http://www.pophealthmetrics.com/content/pdf/1478-7954-10-22.pdf>.
129. STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J., 1999. *Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Albert. 196 s. ISBN 80-85834-60-X.
130. STRIEGEL-MOORE, R. H., SILBERSTEIN, L. R., RODIN, J., 1986. Toward an understanding of risk factors for bulimia. *American Psychology*, 41(3), 246-63. ISSN 0003-066X.
131. STUNKARD, A. J., SORENSEN, T., SCHULSINGER, F., 1983. Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. *Res Publ Assoc Res Nerv Ment Dis*. 60, 115- 120. ISSN 0091-7443.
132. SUCHARDA, P., 2010. Obezita jako rizikový faktor kardiovaskulárních onemocnění. [on-line]. *Medicína po promoci*. [citováno 2011-8-21]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/18577>.
133. SUMMERFIELD, L., 2015. *Nutrition, Exercise, and Behavior: An Integrated Approach to Weight Management*. Cengage Learning. 550 s. ISBN 978-13-0546-543-5.
134. SVAČINA, Š., 2006. *Obezita a kardiovaskulární onemocnění*. [on-line]. Postgraduální medicína. [citováno 2011-8-21]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/obezita-a-kardiovaskularni-onemocneni-172602>.
135. SVAČINA, Š., 2013. Novinky v léčbě obezity. *Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře*. 2(5), 56–58. ISSN 1803-7542.

136. SVAČINA, Š., BRETŠNAJDROVÁ, A., 2008. Dietní léčba obezity. In: SVAČINA Š. et al. *Klinická dietologie*. Praha: Grada, 2008. s. 97 – 125. ISBN 978-80-247-2256-6.
137. ŠEDO VÁ L., OLÍŠAROVÁ V., TÓTHOVÁ V., 2014. Romové a specifika zdravotní edukace. *Studia Kinanthropologica*. 15(3), 259-267. ISSN 1213-2101.
138. ŠIŠKOVÁ, T. et al., 2001. *Menšiny a migranti v České republice: my a oni v multikulturní společnosti 21. století*. Praha: Portál. 200 s. ISBN 80-7178-648-9.
139. ŠPIRU DOVÁ, L., KRÁLOVÁ, J., 2006. Sesterská profesionální role „Advokátka pacienta“. [online]. *Interní Med.* [cit. 2015-8-9]. 12, 554–556. Dostupné z: <http://www.medicinapopraxi.cz/pdfs/med/2007/01/09.pdf>
140. ŠTICH, V., 2011. Pohybová aktivita v prevenci a léčbě obezity. In: HAINER, V. et al. *Základy klinické obezitologie. 2. přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. s. 201–230. ISBN 978-80-247-3252-7.
141. ŠTOLOVÁ, E., 1997. Příchod Romů do Evropy. In: KOLEKTIV AUTORŮ, *Romové – reflexe problému: Soubor textů k romské problematice*. Praha: Sofis. 52–104. ISBN 80-902439-0-8.
142. ŠTOLOVÁ, E., 2008. *Vzdělávání Romů*. Praha: Karolinum. 123 s. ISBN 978-80-246-1524-0.
143. ŠULEŘ, P., LÁZNIČKOVÁ, I., HÜBSCHMANNOVÁ, M. et al., 1999. *Romové – O Roma. Tradice a současnost*. Brno: Svan. 90 s. ISBN 80-85956-14-4.
144. TOŠNER, M., 2003. Kultura romských osad a analýza sociální situace. In: JAKOUBEK, M., PODUŠKA, O., *Romské osady v kulturologické perspektivě*. Brno: Doplněk. s. 41–56. celkem 176 s. ISBN 80-7239-140-2.
145. TÓTHOVÁ, V. et al. 2010. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-414-8.
146. TÓTHOVÁ, V. et al. 2013. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-645-6.

147. TRUSTY, J., LOOBY, E. J., SANDHU, D. S., 2002. *Multicultural Counseling: Context, Theory and Practice, and Competence*. Nova Publishers. 359 s. ISBN 978-15-9033-267-2.
148. TSIGOS, C. et al. 2008. Management of obesity in adults: European clinical practice guidelines. [online]. *Obes Facts*. [cit. 2015-1-23]. 1(2), 106-16. doi: 10.1159/000126822. Dostupné z: <http://www.easo.org/documents/OMTFManagementofObesityinAdults2008.pdf>
149. TUREK, B., 2004. *Výživový stav populace a nutriční rizika*. Praha: Státní zdravotní ústav Praha. 32 s. ISBN 80-7071-243-0.
150. UNUCKOVÁ, M., 2007. *Žijí mezi námi*. Karviná: Občanské sdružení „Sdružení Romů severní Moravy“. 34 s. ISBN 978-80-239-9286-1.
151. URBAN D., KAJANOVÁ A., 2011. Kouření a konzumace alkoholu u romských komunit v České a Slovenské republice. *Kontakt*. 13 (3). 328 – 335. ISSN 1212-4117.
152. VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY. RADA VLÁDY PRO ZÁLEŽITOSTI ROMSKÉ MENŠINY, 2004. Zpráva o stavu romských komunit v České republice. [online]. Vláda České republiky. [citováno 2011-8-21]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/cz/ppov/zalezitosti-romske-komunit/zprava-o-stavu-romskych-komunit-7721/>
153. VONDRUŠKA, D., 2011. *V České republice je 55 % lidí s nadváhou a obezitou*. [online]. VZP České republiky. [citováno 2011-8-21]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/klienti/aktuality/v-ceske-republice-je-55-lidi-s-nadvahou-a-obezitou>.
154. Wardle, J., et al. 2008. Evidence for a strong genetic influence on childhood adiposity despite the force of the obesogenic environment. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 87(2), 398-404. ISSN 0002-9165.
155. WHO. (2014b). Obesity. Situation and trends. [online]. *World Health Organization*. [citováno 2015-8-21]. Dostupné z: [http://www.who.int/gho/ncd/risk\\_factors/obesity\\_text/en/](http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/obesity_text/en/).

156. World Health Organization (WHO) (2008). Global Health Observatory Data Repository. Overweight (body mass index  $\geq 25$ ). Data by country. [online]. *World Health Organization*. [citováno 2015-8-21]. Dostupné z: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A897>.
157. World Health Organization (WHO) (update August 2014a). Media centre. Obesity and overweight. [online]. *World Health Organization*. [citováno 2015-8-21]. Dostupné z: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.
158. World Health Organization (WHO), 1995. Physical Status: the Use and Interpretation of Anthropometry. Tech. Rep. Series 854. Geneva: WHO.
159. ZADÁK, Z. et al. (1997). *Vybrané kapitoly z metabolismu a klinické výživy*. Praha: Karolinum. 164 s. ISBN 80-7184-433-0.
160. ZHU, D. Q., NORMAN, I. J., WHILE, A. E., 2013. Nurses' self-efficacy and practices relating to weight management of adult patients: a path analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 10, 131. ISSN 1479-5868. doi: 10.1186/1479-5868-10-131.

## **8. Seznam příloh**

Příloha 1 Sociální determinanty stravovacích zvyklostí

Příloha 2 Postup vyšetření v obezitologii

Příloha 3 Vymezení míst pro antropometrické vyšetření

Příloha 4 Škály pro hodnocení siluet

Příloha 5 Specifika romské minority v rámci uznávaných hodnot, povahových zvláštností a chování

Příloha 6 Informovaný souhlas

Příloha 7 Otázky k hloubkovému rozhovoru

Příloha 8 Záznamový arch k hloubkovému rozhovoru

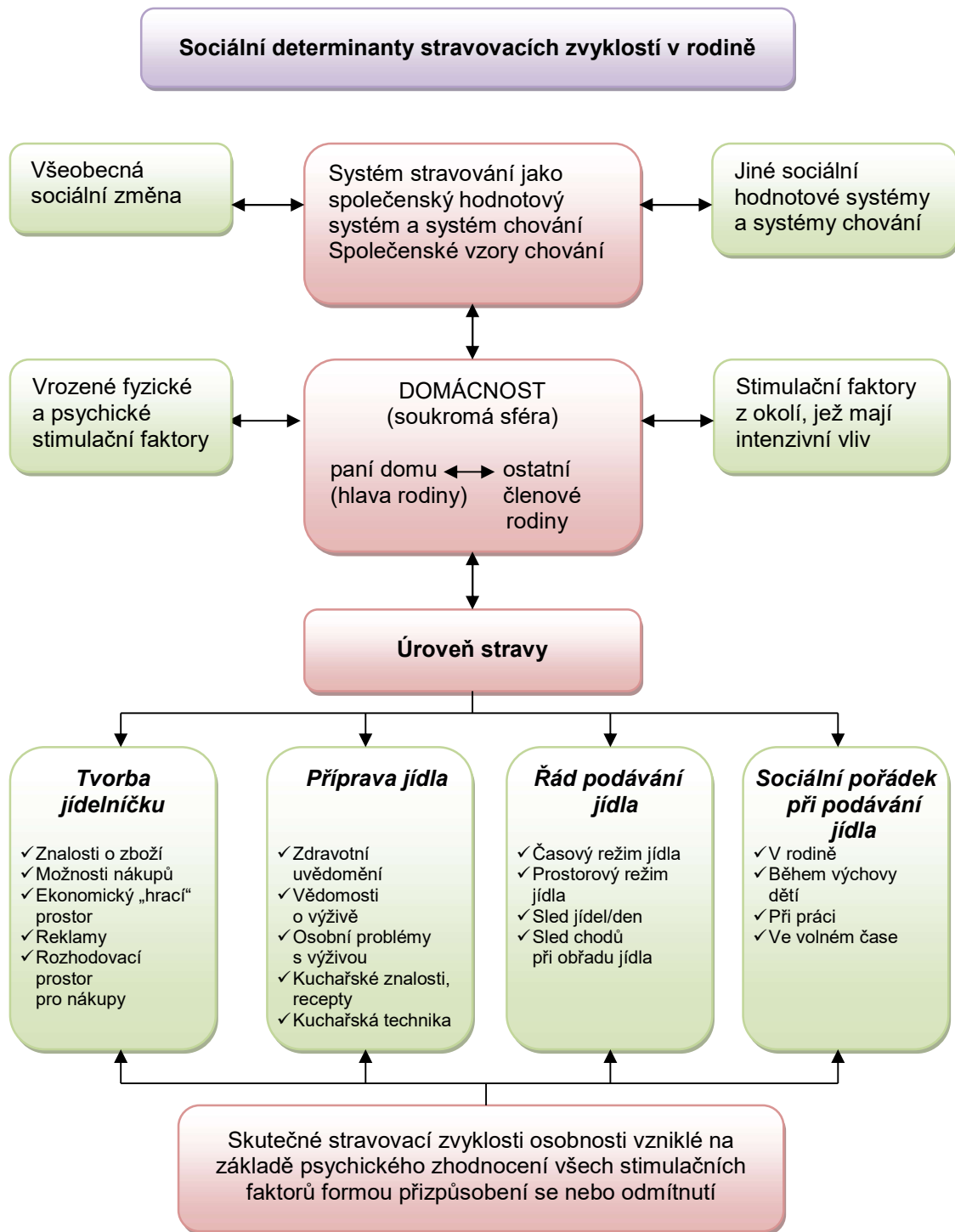
Příloha 9 Doslovné přepisy rozhovorů (volná příloha na CD)

Příloha 10 Záznamový arch – ověření metodiky k intervenčnímu programu

Příloha 11 Doplněný záznamový arch – ověření metodiky k intervenčnímu programu (volná příloha na CD)

Příloha 12 Otevřené kódování – ukázka kategorií z programu MAXQDA 11

## Příloha 1 Sociální determinanty stravovacích zvyklostí v rodině



Zdroj: Dvořáková-Janů, 1999, s. 29



## Příloha 2 Algoritmus pro vyšetření v obezitologii

Lékař	Složení těla	Distribuce tuku	Příjem energie	Výdej energie	Laboratorní vyšetření
praktický lékař	váha, výška, BMI	obvod pasu, popř. obvod boků, poměr pas/boky			základní laboratorní vyšetření, anamnestické rizikové faktory – RA, kouření, léky
obezitologická ambulance	+ antropometrické vyšetření 2 kožních řas, BIA	+ sagitální abdominální rozměr ve výši L4/5	hodnocení 3 – 7 denního záznamu příjmu potravy, dotazník na jídelní preference, anamnéza příjmu potravy	výpočet z váhy těla nebo beztukové tělesné hmoty, dotazník pohybové aktivity, výpočet násobků RMR, pulsmetr, sportester	+ interní vyšetření podle zjištěných patologických výsledků, zajištění odborných vyšetření, dotazníky na jídelní chování, skóre deprese
centrum pro diagnostiku a léčbu obezity	+ podrobná antropometrie, fakultativně hydrodenzitometrie nebo DEXA	+ fakultativně US vyšetření viscerálního tuku, CT, NMR		+ fakultativně nepřímá kalorimetrie, zátěžová ergometrie	+ fakultativně hormonální vyšetření při obezitě
před plánovaným výkonem bariatrické chirurgie					+ ezofago-gastroduodenoskopie, spirometrie, US břicha, vyšetření psychologem

Zdroj: Fried, 2005, s. 119 - 120

### Příloha 3 Vymezení míst pro antropometrické vyšetření

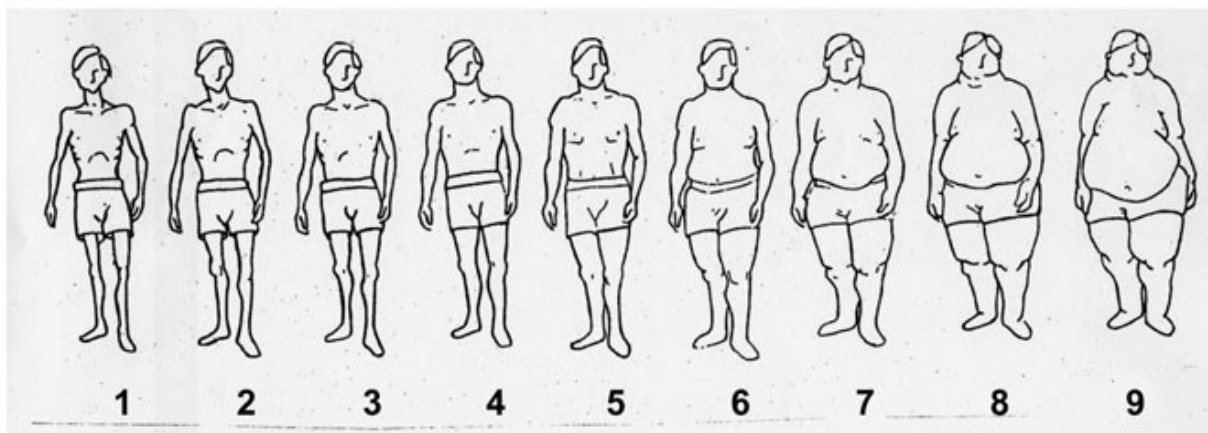
<b>Druh antropometrického měření</b>	<b>Oblast měření</b>
<b>Měření tělesné výšky a hmotnosti</b>	<i>tělesná výška</i> – měří se vertikální vzdálenost nejvýše položeného bodu na hlavě od podložky, na níž vyšetřovaná osoba bez obuvi a vzpřímeně stojí. Paty a špičky má u sebe, měřicí stěny se dotýká patami, hýžděmi, lopatkami a týlem. Poloha hlavy je jako při pohledu do dálky, nesmí být skloněna ani dopředu ani dozadu. Měřicí pás je umístěn na kolmé stěně. Výška se odečítá pomocí pravouhlého trojúhelníku s délkou odvěsny 30 cm a s přesností 0,1 cm. Je možno využít i kovový antropometr, výškoměry, které jsou součástí některých osobních vah, příliš vhodné nejsou (nepřesnost).
	<i>tělesná hmotnost</i> – vážení se provádí výhradně na osobní lékařské pákové váze. Vyšetřovaný stojí v klidu uprostřed nášlapné plochy váhy, oblečen pokud možno pouze v nutném spodním prádle. Na každý kus prádla, který má na sobě, se odečítá 0,1 kg. Přesnost vážení na 0,1 kg.
<b>Měření tělesných obvodů</b> (páskovou mírou se skleněnými vlákny)	<i>obvod hrudníku</i> – měří se na zádech těsně pod lopatkami, vpředu u mužů přes prsní bradavky, u žen přes střed hrudní kosti. Vyšetřovanému je položena otázka a rozměr se odečítá v okamžiku, kdy hovoří, aby nezatajoval dech. Přesnost měření je na 1 cm.
	<i>obvod pasu</i> – měří se v nejužším místě trupu při pohledu zpředu, přes pupek s přesností 1 cm.
	<i>obvod boků</i> – měří se v nejširším místě boků, v místech největšího vyklenutí hýždí.
	<i>obvod levé paže</i> – měří se v poloviční vzdálenosti mezi ramenním a loketním kloubem. Při stanovení místa měření je paže ohnuta v pravém úhlu. Při vlastním měření obvodu visí volně podél těla. Míra nesmí stlačovat kůži ani být volná. Přesnost měření je na 0,1 cm při volně visící paži.
	<i>obvod stehna</i> – měří se těsně pod gluteální rýhou, vyšetřovaný stojí mírně rozkročen, hmotnost je rovnoměrně rozložena na obě nohy.
	<i>obvod lýtky</i> – měří se ve výši vrcholu musculus gastrocnemius při mírném rozkročení a rovnoměrném rozložení hmotnosti na obě nohy.
	<i>obvod hlavy</i> – měří se vpředu přes obočí, vzadu přes největší vyklenutí týlu. Je potřeba sledovat, aby se pod pásovou míru nedostal horní okraj ušního boltce.
<b>Měření kožních řas kaliperem</b> (Měřenou řasu je třeba uchopit mezi palec a ukazováček, vytáhnout a ve vzdálenosti 1 cm od prstů přiložit ramena kaliperu, která se přibližují, dokud není dosaženo požadovaného tlaku indikovaného rýskou. Odečet je nutno provést do 2 sekund po přiložení kaliperu k řase, aby nedošlo ke zkreslení.)	<i>řasa na tváři</i> – vodorovná řasa na spojnici tragus – nozdry, měří se přímo pod spánkem tak, aby nebylo zachyceno corpus adiposum buccae. (Tragus je chrupavčitý výběžek před ústím zevního zvukovodu).
	<i>řasa na podbradku</i> – svislá řasa, měří se pod jazyčkou, kůže na krku nesmí být napjatá, hlava je mírně zvednutá.
	<i>subskapulární řasa</i> – řasa na zádech pod dolním úhlem lopatky, probíhá ve směru od páteře šikmo dolů v úhlu 45°
	<i>řasa nad tricepsem (paže I)</i> – svislá řasa na zadní straně paže v polovině vzdálenosti acromion – olecranon (klíček – loketní výběžek). Při vyšetření visí paže volně podle těla.
	<i>řasa na hrudníku I</i> – šikmo probíhající řasa, měří se nad musculus pectoralis maior (velkým prsním svalem) v místě plica asillaris anterior (přední řasy podpažní).
<b>Druh antropometrického měření</b>	<b>Oblast měření</b>
<b>Měření kožních řas kaliperem</b>	<i>řasa na hrudníku II</i> – řasa probíhající paralelně s žebry, tvoříme ji v průsečíku desátého žebra a přední axilární čáry.

<p>(Měřenou řasu je třeba uchopit mezi palec a ukazováček, vytáhnout a ve vzdálenosti 1 cm od prstů přiložit ramena kaliperu, která se přibližují, dokud není dosaženo požadovaného tlaku indikovaného rýskou. Odečet je nutno provést do 2 sekund po přiložení kaliperu k řase, aby nedošlo ke zkreslení.)</p>	<p><i>supraspinální řasa (bok)</i> – řasa probíhající nad hřebenem kosti kyčelní v přední axilární čáře, tvoříme ji souběžně s okrajem kyčelní kosti.</p>
	<p><i>řasa na bříše</i> – vodorovná řasa, kterou zvedáme na ose pupek – spina ilica anterior (přední trn kosti kyčelní) a to ve čtvrtině vzdálenosti od pupku.</p>
	<p><i>řasa na stehně</i> – svislá řasa, tvoří se nad patelou (čéškou), při měření je noha ohnutá v koleně a opírá se o špičku.</p>
	<p><i>řasa na lýtku</i> – svislá řasa, kterou měříme při stejném postoji vyšetřovaného jako při měření stehenní řasy, a to 5 cm pod fossa poplitea (zákolenní jamkou).</p>
	<p><i>řasa nad bicepsem (paže II)</i> – řasa probíhá v ose paže, tvoříme ji nad vrcholem bříška bicepsu, měření provádíme při volně visící paži.</p>

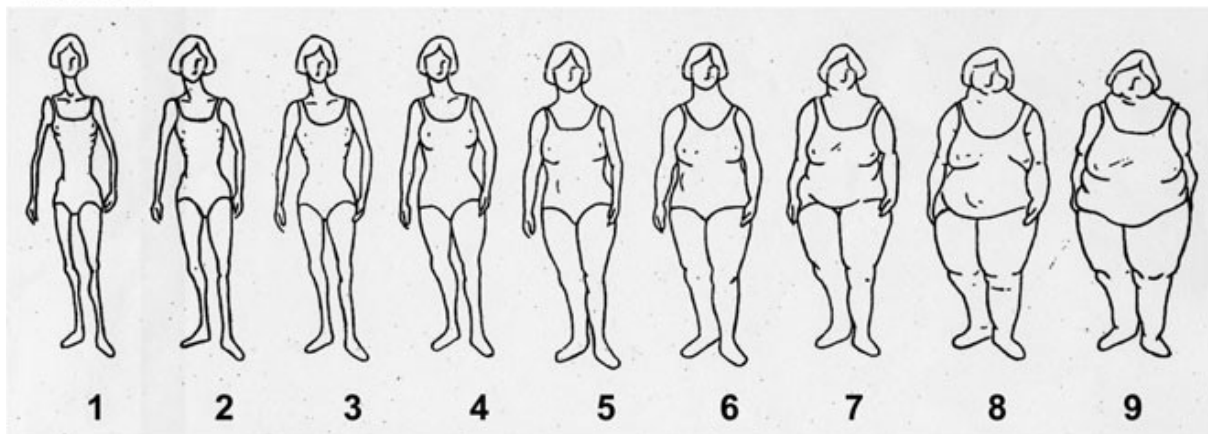
**Zdroj: Mastná, 2000, s. 30 – 31.**

**Příloha 4 Škály pro hodnocení siluet**

**Men**



**Women**



**Zdroj: Stunkard, Sorensen, Schulsinger, 1983**

**Příloha 5      Specifika romské minority v rámci uznávaných hodnot, povahových zvláštností a chování**

**a) Uznávané hodnoty**

Nejvyšší uznávané hodnoty	Méně uznávané hodnoty
láska v rodině	znalost romského jazyka
soudržnost a velikost velkorodin (rodu)	vztah k psanému slovu, četba
zdraví v pojetí romských měřítek	nezájem o pověst, o „dobré jméno“
projevy úcty, kam patří i vykání	vzdělání
peníze	
fyzická síla	
schopnost dodržet slovo (platí jen uvnitř skupiny – přelstít neróma je hrdinství)	
touha být na skvělé hmotné úrovni a vyrovnat se tak majoritní populaci	
touha vyniknout	
pohostinnost	
televize, video (tématicky zaměřeno na horory, brutalitu)	
sexuální život	

**Zdroj: Prokešová, 2010, str. 70 – 71**

**b) Povahové zvláštnosti**

Povahové zvláštnosti
slabá vůle
malá míra vytrvalosti, trpělivosti, neschopnost zvýšit koncentraci
nespolehlivost, nesamostatnost
strach (především z bolesti, ze smrti)
komplex méněcennosti (stydí se na něco ptát)
psychická labilita, urážlivost
mimořádná citlivost vůči každé nespravedlnosti
sklon k přeceňování vlastních výkonů, těžko si přiznají chybu
<b>Nejlepší vlastnosti Romů z jejich pohledu</b>
dobrosrdečnost, soucit upřímnost, pohostinnost
přátelskost, soudržnost, úcta ke stáří a láska k dětem
schopnost intenzivního prožívání citů a emocí, psychická odolnost

**Zdroj: Prokešová, 2010, str. 72**

### c) Zvláštnosti romského chování

Zvláštnosti romského chování
pro majoritní společnost často nepochopitelné, nelogické chování
neschopnost orientovat se podle přesného času
jídlo se vaří většinou jen 1krát denně (každý jí, co chce) <ul style="list-style-type: none"><li>✓ děti konzumují velké množství sladkostí</li><li>✓ některá jídla zcela odmítají</li><li>✓ někteří pijí jen vodu</li><li>✓ po výplatě se do noci pije, šunka se kupuje po kilogramech</li><li>✓ nespotřebované jídlo se neohřívá, ale vyhazuje</li><li>✓ před výplatou si půjčují peníze nebo nosí věci do zastavárny</li></ul>
někteří si dosud nevědí rady s pro nás běžnými výdobytky civilizace
mají rádi humor, ironii nechápou
neschopnost přijímat kritiku, zákony, řád společnosti, ve které žijí
neschopnost vnímat povinnosti

**Zdroj: Prokešová, 2010, str. 73 - 74**

## **Příloha 6 Informovaný souhlas**

### ***Informace a informovaný souhlas respondenta z romské minority účastnícího se výzkumného šetření***

Vážená paní, vážený pane,

dovoluji se na Vás obrátit *s žádostí o spolupráci na výzkumném šetření, které je zaměřené na prevenci nadváhy a obezity u romské populace.*

Jedním z cílů prováděného výzkumného šetření je sledování vybraných aspektů zdravotního stavu ve vztahu k nadváze a obezitě. K tomuto účelu je nutné zjistit hladinu cukru a cholesterolu ve Vaší krvi a změřit Vaší výšku, obvod pasu a hmotnost, stanovit BMI (Body Mass Index), změřit krevní tlak a obsah tuku v těle.

Měření krevního tlaku, výšky, obvodu pasu, hmotnosti (s výpočtem BMI) a obsahu tuku v těle nepředstavuje žádnou zátěž. Pro zjištění hladiny glukózy (náhodně zachycené) a celkového cholesterolu z periferní krve je nutné odebrat kapilární krev z bříška prstu na ruce a to pomocí přístroje OneTouch Ultra a Accutrend GC. Odběr kapilární krve pro dané šetření Vám přinese jen malé nepohodlí (krátkodobá malá bolest při vpichu). Zjištěné výsledky Vám budou okamžitě sděleny a vysvětlen jejich význam.

Studie probíhá jako anonymní, to znamená, že získané údaje budou zaznamenány pouze číselným kódem. Tak je znemožněna Vaše identifikace. Se všemi získanými informacemi budeme nakládat v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních dat, v platném znění.

Vaše účast na výzkumném šetření je zcela dobrovolná. Pokud odmítnete odběr kapilární krve nebo antropometrických údajů, nebude to pro Vás mít naprosto žádné důsledky. Své rozhodnutí můžete též kdykoliv odvolat.

*Souhlasím s odběrem kapilární krve a antropometrických údajů pro výše popsané výzkumné účely. O všech významných okolnostech výzkumu jsem byl/a poučen/a a měl/a jsem možnost se zeptat na vše, co mi bylo nejasné.*

*Datum:*

*Jméno respondenta:*

*Podpis:*

## **Příloha 7      Otázky k hloubkovému rozhovoru**

### *Kategorizační údaje*

**Pohlaví**

.....

**Věk** .....

*Výška* .....      *Hmotnost* .....      *TK* .....

*BMI* .....      *Obvod pasu* .....      *Obsah tuku v těle* .....

*Hodnota náhodně zachycené glykémie* .....      *Hodnota celkového cholesterolu* .....

### *Okruh - Jídelní zvyklosti*

1. Kolikrát v průběhu dne obvykle jíte?
  - 1) Kolik z toho jsou teplá jídla?
2. Jíte každý den snídani, oběd a večeři?
  - 2) Co ovlivňuje pravidelnost příjmu potravy ve Vašem případě?
  - 3) Stravují se všichni ve Vaší rodině stejným způsobem?
  - 4) Co ovlivňuje způsob stravování a pravidelnost ve Vaší rodině nejvíce?
3. Kde se nejčastěji stravujete (doma, v práci, v restauraci)?
  - 5) Jak často se stravujete mimo domov (např. kolikrát v posledním měsíci)?
  - 6) Která zařízení (restaurace, fastfoody apod.) preferujete a proč?
4. Jak byste charakterizoval/charakterizovala Vaší (romskou) tradiční kuchyni?
  - 7) Vaříte podle tradiční romské kuchyně? (Pokud ne, proč?)
  - 8) Jaká jsou Vaše tradiční jídla (hlavní jídla, přílohy, polévky...)?
  - 9) Jaké jsou Vaše tradiční nápoje?
5. Jaká je Vaše představa porce jídla pro snídani, oběd a večeři?
  - 10) Shoduje se velikost této porce s porcí Vámi běžně konzumovanou?
  - 11) Jakou porci považujete za dostatečnou (jaká porce Vás zasytí)?
6. Snídáte?
  - 12) Kdy (v kolik hodin přibližně) snídáte?
  - 13) Co konkrétně jste snídal/snídala dnes?
  - 14) Co snídáte nejčastěji?
  - 15) Jaký druh tekutin pijete při snídani (mléko, čaj, kávu, juice atd.)?



7. Svačíte?

- 16) Kdy (v kolik hodin přibližně) svačíte?
- 17) Co konkrétně jste svačil/svačila dnes?
- 18) Co svačíte nejčastěji?
- 19) Jaký druh tekutin pijete při svačině?

8. Obědváte?

- 20) Kdy (v kolik hodin přibližně) obědváte?
- 21) Co konkrétně jste obědval/obědvala dnes?
- 22) Co obědváte nejčastěji?
- 23) Jaký druh tekutin pijete při obědě?

9. Konzumujete nějaké jídlo, tekutiny mezi obědem a večeří?

- 24) Jaké jste měl/měla dnes?
- 25) Co konzumujete v této době nejčastěji?

10. Večeříte?

- 26) Kdy (v kolik hodin přibližně) večeříte?
- 27) Co konkrétně jste večeřel/večeřela dnes?
- 28) Co večeříte nejčastěji?
- 29) Jaký druh tekutin pijete při večeři?

11. Pijete v průběhu dne mezi jednotlivými jídly?

- 30) Jaký druh tekutin preferujete?
- 31) Kolik jich za den vypijete - kolik skleniček, hrníčků (250 ml)?
- 32) Pokud pijete čaj, sladíte jej (příp. čím a kolik)?
- 33) Pijete mléko (příp. kolik mléka denně vypijete)?

12. Pijete alkohol?

- 34) Jaký druh alkoholu preferujete?
- 35) Měl/měla jste alkohol v posledním týdnu (příp. kolikrát a kolik skleniček - 250ml, kolik panáků apod.)?
- 36) Jak často alkohol pijete?
- 37) Pokud pijete alkohol, jíte při tom (příp. co jíte)?

13. Jíte ovoce?

- 38) Jaký druh ovoce preferujete?
- 39) Jak často ovoce jíte (příp. kolik)?
- 40) Máte raději ovoce syrové nebo nějak upravené (např. zavařené)?

14. Jíte zeleninu?

- 41) Jaký druh zeleniny preferujete?
- 42) Jak často zeleninu jíte (příp. kolik)?
- 43) Dáváte ji jako přílohu k jídlům nebo je součástí pokrmů?
- 44) Máte raději zeleninu syrovou nebo nějak tepelně upravenou?

15. Jíte rád/ráda sladké pečivo (koláče, koblihy atd.)?

- 45) Jaký druh sladkého pečiva máte nejraději?
- 46) Jak často (příp. kolik) sladké pečivo jíte?
- 47) Měl/měla jste dnes něco sladkého - pečivo, limonádu (příp. co)?

16. Užíváte nějaké potravinové doplňky (vitamínové přípravky apod.) - pokud ano, jaké a proč?

17. Mění se u Vás skladba potravin v průběhu měsíce?

- 48) Co tvoří základ Vašeho jídelníčku?
- 49) Co si představíte pod pojem „zdravá výživa“ - co by měl člověk dle Vašeho názoru jíst?
- 50) Kde nejčastěji potraviny nakupujete a proč?
- 51) Zajímá Vás složení potravin, které kupujete?
- 52) Máte možnost v domácnosti zasahovat do skladby jídelníčku - podílet se na rozhodnutí ohledně potravin, které se zakoupí?
- 53) Co je pro Vás rozhodující, když nakupujete potraviny (kvalita, cena apod.)?

18. Jaký druh úpravy potravin preferujete?

- 54) Máte možnost v domácnosti zasahovat do způsobu úpravy potravin?

*Okruh - fyzické a volnočasové aktivity (životní styl)*

19. Pracujete (příp. kde pracujete);

- 55) Kolik hodin denně trávíte v práci?
- 56) Omezuje Vás hmotnost v práci - brání Vám ve vykonávání nějakých činností (příp. jakých)?

20. Jak trávíte svůj volný čas?

- 57) Sledujete TV (příp. jak často - kolik hodin denně), chodíte do kina?
- 58) Trávíte v průběhu dne čas na PC (příp. kolik času - kolik hodin denně)?
- 59) Posloucháte hudbu, čtete knihy?

- 60) Chodíte na procházky?
21. Vykonáváte nějaký druh cvičení (jaký)?
- 61) Vykonával/vykonávala jste nějaký druh cvičení v minulosti (jaký)?
- 62) Co Vám brání ve cvičení?
- 63) Co by Vás přimělo cvičit?
22. Jak byste charakterizoval/charakterizovala svůj životní styl (sedavý, aktivní apod.)?
- 64) Jaká je dle Vašeho názoru Vaše fyzická kondice - jak byste ji charakterizoval/charakterizovala?
23. Kouříte (příp. kolik cigaret denně)?
24. Chodíte na preventivní prohlídky k praktickému lékaři (pokud ano, jak často)?
- 65) Navštěvujete jiného lékaře kromě praktického?
- 66) Dodržujete doporučení stanovená lékařem?
- 67) Jak Vás zdravotníci (lékaři, sestry) vnímají (jaké máte zkušenosti s péčí)?

*Okruh - vnímání sebe sama*

25. Jak byste charakterizoval/charakterizovala sebe sama (povahové rysy)?
- 68) Jste v současnosti spokojený/spokojená (příp. proč ne)?
26. Jaká z postav, dle Vašeho názoru, nejvíce odpovídá Vaší (využití škály postav)?
- 69) Co se Vám na této siluetě líbí a proč?
- 70) Co se Vám na této siluetě nelíbí a proč?
27. Jakou postavu z této škály považujete za ideální (jak byste chtěl/chtěla vypadat) a proč (využití škál postav pro mužské i ženské postavy - možné porovnání)?
- 71) Co by pro Vás taková postava znamenala?
28. Kterou z postav (siluet) vnímáte jako nežádoucí (která se Vám nelíbí) a proč (využití škál postav pro mužské i ženské postavy - možné porovnání)?
- Co by pro Vás taková postava znamenala;
29. Jak vnímáte svojí tělesnou hmotnost?
- 73) Je pro Vás problémem - zdravotním, sociálním?
- 74) Pokud je problémem – proč?
30. Trpíte nějakým onemocněním?
- 75) Pokud ano, jakým a jak dlouho?

31. Kdy se začala Vaše tělesná hmotnost zvyšovat?

76) Zaznamenal/zaznamenala jste nějaké změny (výkyvy) ve Vaší hmotnosti (pokud ano, s čím byly spojeny)?

77) Udržujete si stálou tělesnou hmotnost?

78) Snažíte se o redukci hmotnosti (příp. jakými způsoby, jaké s nimi máte zkušenosti)?

79) Hovořil s Vámi někdy zdravotník (lékař, sestra) o Vaší tělesné hmotnosti?

32. Přináší Vám Vaše tělesná hmotnost nějaké důsledky (zdravotní, sociální, psychické)?

80) Změnilo se Vaše postavení ve společnosti v souvislosti se změnou tělesné hmotnosti - pokud ano, v jakém smyslu (v době s nižší hmotností x době s vyšší hmotností)?

81) Motivují Vás tyto důsledky ke změně - pokud ano, k jaké změně?

82) Co by se muselo stát, abyste o změně (ve smyslu snížení hmotnosti) uvažoval/uvažovala?

83) Co by se muselo stát, abyste se o změnu (ve smyslu snížení hmotnosti) pokusil/pokusila?

84) Pokusil/pokusila jste se o změnu (ve smyslu snížení hmotnosti) již v minulosti?

33. Jak byste hodnotil/hodnotila svůj rodinný život?

85) Došlo ve Vašem rodinném životě k nějaké změně v souvislosti se změnou Vaší hmotnosti - k jaké změně?

86) Objevují se ve Vašem rodinném životě nějaké překážky způsobené Vaší hmotností (příp. jaké, jsou jiné oproti době, kdy byla hmotnosti nižší)?

#### *Okruh - Vnímání nadváhy a obezity*

34. Jací jsou dle Vašeho názoru lidé s nadváhou či obezitou (ukázka siluety)?

87) Mají nějaké charakteristické rysy, povahové vlastnosti?

88) Jaké mají dle Vašeho názoru postavení ve společnosti?

89) Domníváte se, že mohou mít nějaké problémy spojené se svým fyzickým vzhledem (pokud ano, jaké)?

90) Domníváte se, že mohou mít nějaké zdravotní problémy spojené s jejich hmotností (pokud ano, jaké)?

35. Vnímáte nějaký rozdíl mezi člověkem s nadváhou a obezitou (ukázka siluet - porovnání)?

## Příloha 8 Záznamový arch k hloubkovému rozhovoru

*Kategorizační údaje:*

**Pohlaví** .....

**Věk** .....

*Výška* ..... *Hmotnost* ..... *TK* .....

*BMI* ..... *Obvod pasu* ..... *Obsah tuku v těle* .....

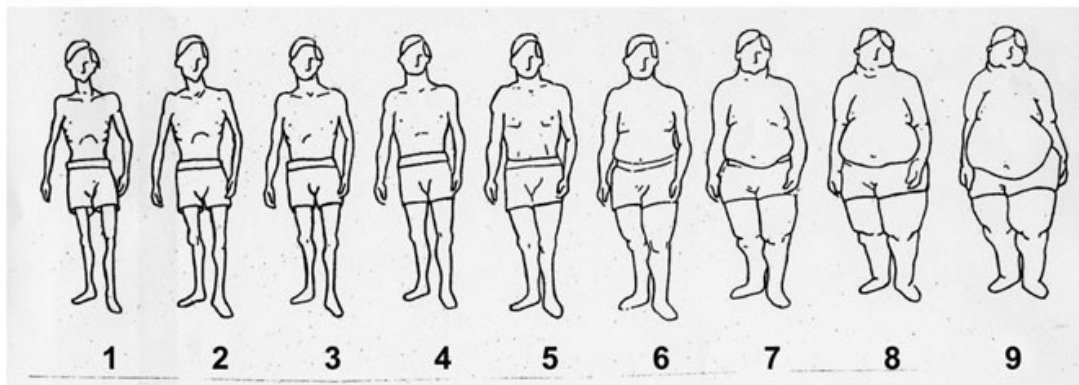
*Hodnota náhodně zachycené glykémie*  
.....

*Hodnota celkového cholesterolu* .....

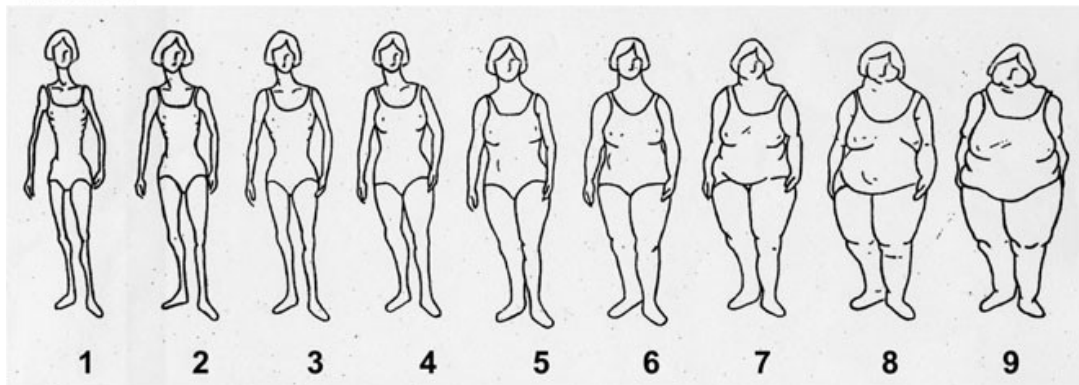
*Poznámky:*

*Škály postav*

**Men**



**Women**



## **Příloha 10 Záznamový arch – ověření metodiky k intervenčnímu programu**

### ***Identifikace respondenta:***

1. Jak vnímáte nadváhu? (Co pro Vás nadváha znamená?)
2. Jak vnímáte obezitu? (Co pro Vás obezita znamená?)
3. Jaké jsou příčiny vzniku nadváhy, obezity?
4. Jaké jsou jejich důsledky? (Co způsobují?)
5. Co myslíte, že k tomuto stavu přispívá?
6. Jaký je podíl kultury? (Vnímáte její vliv?)
7. Jaké máte informace z oblasti pohybových aktivit?
8. Jaké máte informace z oblasti diagnostiky? (Jak se to pozná?)
9. Jaké máte informace z oblasti prevence?

10. Jaké máte informace z oblasti zdravé výživy? (např. skladba potravin, frekvence, úprava potravin)
  
11. Co by z Vašeho pohledu mohlo být motivační pro snížení hmotnosti nebo změnu životního stylu?
  
12. Proč byste chtěl/a snížit svou hmotnost (zhubnout)?
  
13. Jaké máte v tomto směru očekávání od zdravotnických pracovníků?
  
14. Proč byste chtěl/a udržet trvalou změnu?
  
15. Co by v tomto ohledu dle Vás pomohlo?
  
16. Co je z Vašeho pohledu při dodržování režimových opatření nejtěžší?
  
17. Nač je třeba se zaměřit?
  
18. Možnost realizace pravidelného setkávání, skupinové či individuální poradenství
  
19. Je pro Vás reálné zapisovat si denní jídelníček a pohybové aktivity?



20. Možnost využití služby asistovaného nákupu

21. Vyhledávání rizikových osob prostřednictvím praktického lékaře či ve spolupráci s komunitním centrem

22. Jaká je pro Vás přijatelná forma edukace? (Jak byste se chtěli dozvědět něco nového?)

**Příloha 12 Otevřené kódování – ukázka kategorií z programu MAXQDA 11**

Soustava kódů	resp. 25	resp. 24	resp. 23
vnímání nadváhy a obezity	2	2	2
charakteristika lidí s nad...	1	1	1
nežádoucí postava			
ženy	1	1	1
muži	1	1	1
ideální postava			
ženy	1	1	1
muži	1	1	1
vnímání sebe sama			
důsledky nadváhy, obezity	1	1	1
hmotnost	1	1	1
subjektivní hodnocení sv...	1	1	1
charakteristika sebe sama	1	1	1
životní styl	1	1	1
spokojenost s životem	1	1	1
pohybové aktivity	1	1	1
volnočasové aktivity	1	1	1
všední den	1	1	1
zdravá výživa			
prevence	1	1	1
vitaminové přípravky, léky	1	1	1
onemocnění	1	1	1
zdravotní potíže	2	1	2
dietní opatření			
nárůst hmotnosti	2	1	1
motivace		1	1
snaha o redukci hmotnosti		1	1
rizikové faktory			
kouření	1	1	1
konzumace alkoholu	1	1	1
vybrané složky stravy			
konzumace sladkého	1	1	1
konzumace zeleniny	2	1	1
konzumace ovoce	1	1	1
tradiční romská kuchyně	1	1	1
pitný režim	2	1	1
příjem potravy			
motivace pro volbu	1	1	1
preferovaná úprava	1	1	1
místo stravování	1	1	

Zdroj: vlastní