

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Obezita jako stigma

Bakalářská práce

Vedoucí práce:
Mgr. Věra Veisová

Autor práce:
Tereza Sekerková

2012

Abstrakt

Práce je zaměřena na vnímání obezity coby stigma. Obezita je onemocnění, které charakterizuje množení tělesného tuku. Je doprovázeno řadou tělesných i psychických zdravotních rizik. Ve spojení s přidruženým onemocněním zvyšuje nemocnost a úmrtnost a řadí se na druhé místo nejčastějších příčin předčasné smrti. Slovo stigma označuje osobu, která je ve společnosti negativně odlišena. Obézní člověk je vystaven předsudkům a je stigmatizován. Stává se terčem negativních útoků ve škole, v zaměstnání, v osobním životě i v široké společnosti. Společnost pohlíží na obézní jedince jako na hloupé a líné.

Ve vztahu k dané problematice byly v práci stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit, zda jsou pacienti trpící obezitou stigmatizováni. Druhý cíl byl zaměřen na postoje všeobecných sester k obézním pacientům. Dále byly položeny čtyři výzkumné otázky. První výzkumná otázka byla zaměřena na problémy v partnerském životě obézních pacientů. Druhá výzkumná otázka se ptala na to, zda dochází u pacientů s obezitou k sociální izolaci. Třetí výzkumná otázka zjišťovala, zda sestry považují obezitu za zhoršující faktor při poskytování ošetrovatelské péče. Čtvrtá výzkumná otázka se týkala negativních postojů sester k obézním pacientům. Tyto výzkumné otázky byly zodpovězeny a vyplynulo z nich, že se obézní pacienti potýkají se stigmatizací v různých směrech a že postoje všeobecných sester k obézním pacientům jsou negativní.

Práce je rozdělena na dvě části. První částí je část teoretická. Druhá část, praktická část, byla zpracována pomocí kvalitativního výzkumného šetření, které bylo provedeno pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory byly poté přepracovány do kazuistik. Byly vedeny se sedmi sestrami z lůžkových oddělení a s deseti obézními ženami.

Na základě zpracování praktické části byly zjištěny zajímavé skutečnosti. Ukázalo se, že tělesná váha obézních jedinců je pro ně stigmatizující a staví je před řadu překážek. Obézní jedinci jsou vystaveni sociální izolaci. Neradi navštěvují společnost a vyhýbají se většímu množství lidí. Mají potíže v partnerských vztazích, někdy i

v zaměstnání. K tomu, že by obézní jedinci mohli být sociálně vyloučeni či stigmatizováni se přiklání i většina respondentek sester, ale při poskytování ošetrovatelské péče obézním jedincům se tímto problémem nezabývají. Osobní postoje všeobecných sester k obézním pacientům jsou negativní a z odpovědí respondentek pacientek to také vyplývá. Proto byla zpracována ošetrovatelská diagnóza „sociální izolace“, která by mohla sestřám v praxi a jejich obézním pacientům pomoci při řešení tohoto problému.

Abstract

The work is focused on the perception of obesity as a stigma. Obesity is a disease which characterizes the multiplication of body fat. It is accompanied by a series of somatic and psychic health risks. In connection with associated disease, the morbidity and mortality increase and rank among the second place of the most frequent causes of premature death. The word stigma refers to the person which is negatively distinguished in society. Obese man is exposed to prejudices and is stigmatized. He becomes the target of negative attacks at school, in employment, in personal life and also in broad society. Company looks at the obese individuals as stupid and lazy.

In relation to the given issues, two objectives in work were determined. The first aim was to ascertain whether the patients suffering from obesity are stigmatized. The second objective was focused on the attitudes of general nurses to the obese patients. Further, there were four research issues. The first research issue was focused on the issues in partnership life by obese patients. The second research issue inquires whether it comes to the social isolation by the patients with obesity. The third research issue ascertained whether the nurses consider obesity the worsening factor during providing the nursing care. The fourth research issue concerned the negative attitudes of nurses to the obese patients. These research issues were all answered and consequence of it was that the obese patients face stigmatization in different directions and the attitudes of general nurses to the obese patients are negative.

The work is divided into two parts. The first part is the theoretical part. The second part is the practical part which was processed by means of qualitative research investigations which were performed using the semi-structured interview. The interviews were then remade to case histories. They were run by seven nurses from the inpatient ward and with ten obese women.

The interesting facts were found out on the basis of the processing of practical parts. It was revealed that the body weight by obese individuals is stigmatizing for them and they face number of obstacles. Obese individuals are exposed to social isolation. They do not like visiting the society and avoid larger number of people.

They have difficulties in partner relationships, sometimes also in employment. Towards the fact that the obese individuals could be socially excluded or stigmatized bends also the majority of respondents of nurses, but during the provision of nursing care to obese individuals they do not occupy themselves with this problem. Personal attitudes of general nurses to obese patients are negative and it also follows from the responses of patient respondents. Therefore, the nursing diagnosis „social isolation" was processed which could help to nurses in practice and their obese patients in the solution of this problem.

Prohlášení

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, 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 kvalifikační práce.

Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátu.

V Českých Budějovicích dne

Tereza Sekerková

Poděkování:

Touto cestou bych ráda mnohokrát poděkovala Mgr. Věře Veisové za odborné vedení, cenné rady a trpělivost při zpracování této bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat všem respondentkám a ostatním lidem, kteří byli ochotni podílet se na vzniku práce.

V neposlední řadě děkuji celé své rodině a mému příteli za podporu v době studia a při vzniku této práce.

Obsah:

Úvod.....	3
1. Současný stav	5
1.1 Etiologie obezity	5
1.1.1 Typizace obezity.....	8
1.1.2 Zdravotní rizika obezity.....	9
1.1.3 Prevence obezity.....	10
1.1.4 Terapie obezity.....	11
1.1.5 Psychosociální dopad obezity.....	14
1.2 Stigma	16
1.2.1 Důsledky stigmatizace.....	18
1.2.2 Destigmatizace.....	19
1.3 Stigmatizovaný pacient v ošetrovatelské péči	20
1.3.1 Ošetrovatelské diagnózy.....	21
1.3.1.1 Sociální izolace.....	22
2. Cíle práce a výzkumné otázky	24
2.1 Cíle práce	24
2.2 Výzkumné otázky	24
3. Metodika	25
3.1 Metodika	25
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	25
4. Výsledky	26
4.1 Kazuistiky zpracované na podkladě rozhovorů s respondentkami ... 26	
4.1.1 Rozhovory se sestrami	26
4.1.2 Rozhovory s pacientkami	33
5. Diskuze	48
6. Závěr	56
7. Seznam použité literatury	57
8. Klíčová slova	63
9. Přílohy	64

9.1 Seznam příloh	64
--------------------------------	----

Úvod

Obezita je onemocnění, které je charakterizováno nadměrným množstvím tělesného tuku. Nejčastější příčinou tohoto onemocnění je převaha příjmu energie nad jejím výdejem. Prevalence obezity stále narůstá a v současnosti se hovoří o epidemii 21. století. Zvyšuje nemocnost i úmrtnost a řadí se na druhé místo příčin předčasné smrti. Obezita přináší různá zdravotní rizika, která se vztahují k určitým tělním soustavám. Především je znám vliv na kardiovaskulární aparát a metabolický systém. Není to ovšem to jediné. Obezita velmi působí na psychický stav. Jedinec trpí nízkým sebevědomím, sociální izolací, frustrací. Dochází k zhoršenému společenskému uplatnění, což může vést k depresivním poruchám.

Široká společnost podléhá vlivu médií a uznává určitý typ ideálu krásy, dochází proto k předsudkům, které obézní jedince stigmatizují. Jsou považováni za líné, hloupé a jsou terčem posměchu. Osoba, která je postihnuta stigmatem je od společnosti negativně odlišena a v ostatních vyvolává nepříjemné pocity. Stigmatizace doprovází různá onemocnění. Jsou jimi například duševní choroby, AIDS, anorexie, tuberkulóza či těžké popáleniny. Stigmatizace vůči obézním a obézním jedincům se v současné době objevuje bohužel i ve zdravotnictví.

V této bakalářské práci na téma „Obezita jako stigma“ byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit, zda jsou lidé trpící obezitou stigmatizováni. Druhý cíl směřoval ke zjištění, jaké jsou postoje všeobecných sester k obézním pacientům.

Toto zajímavé téma jsem si vybrala z následujícího důvodu. Vlivem médií je ve společnosti nastaven určitý ideál krásy, který je lidmi přijímán a uznáván. Stále narůstající výskyt obézních jedinců se tomuto ideálu krásy vymyká. Ve většině případů se hovoří o tom, jaké má obezita důsledky ekonomické. Ale důsledky společenské a to, jak negativní vliv na psychiku obézního jedince působí, už tolik diskutovaným tématem není. Se zájmem jsem se tedy zaměřila na život obézních jedinců, na jejich partnerské vztahy, na jejich zaměstnání nebo na to, jak se ve společnosti cítí. Obezita s sebou přináší stigmatizaci a zajímá mě, zda všeobecné sestry dělají něco pro to, aby tuto

stigmatizaci zmírnily nebo úplně odstranily a pomohly tak obézním jedincům zařadit se zpět do společnosti a žít spokojený a plnohodnotný život.

1. Současný stav

Obezita je choroba, která je charakterizována nadměrným zmnožením tělesného tuku v organismu. I když je obezita spojena většinou se zvýšenou tělesnou hmotností, její zvýšení není spolehlivým ukazatelem. Tělesná hmotnost totiž souvisí s množstvím svalové tkáně, vývinem kostry a s množstvím vody v lidském těle. Proto je za obezitu považován vzestup množství tukové tkáně o více než 20 %. Fyziologicky tvoří tuková tkáň u mužů 10 - 25 % tělesné hmotnosti, u žen je to 18 - 30 %. Ke zjištění stavu výživy a stupně obezity se nejčastěji využívá BMI (body mass index – index tělesné hmotnosti), kdy $BMI > 30 \text{ kg/m}^2$ je považován za obezitu (viz Příloha 1) (1, 2).

Nejméně 135 miliónů obyvatel je dle odhadů v Evropské unii obézních. V některých zemích Evropské unie je výskyt dětské obezity až 25 %. V České republice se v roce 2002 počet lidí s nadváhou či obezitou došplhal k vysokému a neuvěřitelnému číslu 51 %, ze všech 27 zemí Evropské unie se naše země nachází na 13. místě ve výskytu nadváhy a obezity. Lze hovořit o epidemii 21. století. Dle WHO bude v roce 2015 trpět obezitou více než 700 miliónů lidí. Světová zdravotnická organizace odhaduje, že v roce 2020 budou dvě třetiny všech nemocí souviset se stravovacími návyky (3, 4, 5).

K příčině tak velkého rozšíření obezity přispívá převaha příjmu energie nad jejím výdejem. Životní styl, trávení volného času, povolání, velký stres a potrava jako uklidňující prvek to vše tvoří obezitogenní prostředí. Obezita zvyšuje nemocnost a úmrtnost a také je druhou nejčastější příčinou předčasné smrti (6, 7).

1.1 Etiologie obezity

Etiologie obezity je multifaktoriální. Na jejím vzniku se podílejí genetické, hormonální, environmentální, biologické, psychologické, sociologické vlivy a nedostatek pohybu, významný podíl má i obezigenní prostředí. Za hlavní příčinu obezity se považuje převaha energetického příjmu nad energetickým výdejem. V současné době se z etiopatogenetického hlediska obezita rozděluje do těchto kategorií: běžná obezita, obezita navozená léky, endokrinně podmíněná obezita, monogenní

obezita, syndromy provázené obezitou a obezita podmíněná jinými patogenetickými faktory **(8, 9, 10)**.

Předpokládané faktory vzniku obezity jsou pozitivní rodinná anamnéza obezity, vyšší věk matek při porodu, socioekonomické postavení, psychická alterace, anamnéza kolísání hmotnosti a rizikové období pro vznik otylosti. Těmito obdobími jsou dospívání, dospělost, těhotenství a následné období, menopauza, období, kdy se jedinec zřekne kouření a také období, kdy jedinec užívá léky, které mají vliv na tělesnou hmotnost. Mezi tyto léky patří např. antidiabetika, tyreostatika, antidepressiva, antiepileptika, betablokátory, glukokortikoidy či estrogeny **(10)**.

Pokud se zvýší energetický příjem nad energetický výdej, dochází k porušení energetické rovnováhy a v tomto důsledku vzniká obezita. Zvýšený energetický příjem tvoří zejména zvýšená konzumace tuků. Komplexní sacharidy se na rozdíl od tuků na vzniku zásadně nepodílejí. Ovšem jednoduché sacharidy, jako je sacharóza a fruktóza, jsou s obezitou spojovány. Na rozdíl od tuků je sytící schopnost sacharidů dobrá a energetická denzita nižší. Ani bílkoviny nesehrávají podstatnou úlohu, jejich energetická denzita je nízká a sytící schopnost je nejvyšší ze všech živin. Vlákna vzhledem ke své bobtnavosti přináší pocit sytosti a snižuje energetickou denzitu potravy. Na vzniku obezity se může podílet zvýšená konzumace alkoholu a mohou s ní souviset i vitamíny, minerální látky a stopové prvky např. nedostatek vitamínu A či nedostatek vápníku. S obezitou je spojována frekvence příjmu potravy, kdy největší část denního příjmu obézních pacientů je hlavně v pozdních odpoledních hodinách a večer **(10, 11)**.

Celkový energetický výdej v sobě zahrnuje klidový energetický výdej, postprandiální termogenezi a energetický výdej při pohybové aktivitě. Klidový energetický výdej je podstatnou částí energetického výdeje (55 – 70 %), zajišťuje základní životní funkce organismu a udržuje tělesnou teplotu. Postprandiální termogeneze je spjata s trávením, vstřebáváním a metabolismem živin a také s aktivací sympatického nervového systému po jídle. Podíl na celkovém energetickém výdeji je 8 – 12 %. Podíl 20 – 40 % na celkovém energetickém výdeji má energetický výdej při pohybové aktivitě. V souvislosti s poklesem pohybové aktivity, která je ovlivněna

sociokulturními vlivy, narůstá prevalence obezity. Vlivem kofeinu může dojít k mírnému zvýšení energetického výdeje. 10 % energetického výdeje může být podmíněno kouřením u silných kuřáků **(10, 11)**.

Genetické faktory se na vzniku obezity podílejí až z 50 %. Všeobecně se obezita označuje jako onemocnění související se životním stylem a genetické faktory jsou podceňovány. Přitom podíl genetických faktorů na vzniku obezity lze srovnávat s podílem genetických faktorů v etiologii některých nádorových onemocnění. Obezitogenní geny jsou takové geny, které podporují vznik obezity. Opakem jsou geny leptogenní, které před vznikem obezity chrání. Většina obezit vzniká při vzájemné interakci prostředí s geny buďto obezigenními či leptogenními. V tomto případě má tedy obezita oligogenní či polygenní charakter. Vzácně zapříčiňují vznik obezity monogenní poruchy, které nejčastěji narušují humorální signalizaci mezi periferními signály a hypotalamickými centry sytosti a hladu. Nemocní s touto poruchou většinou nemají, kromě obezity vzniklé v raném dětství, žádné další charakteristické znaky. „Pro účast genetických faktorů při vzniku a rozvoji obezity svědčí závislost korelace indexu tělesné hmotnosti na biologické příbuznosti jedinců (Hainer, 2011, s. 74).“ Rozložení tuku v těle a charakter změn hmotnosti jsou také geneticky podmíněné **(8, 10, 11)**.

Mezi geneticky podmíněné choroby spojené s obezitou patří Mendelovské děděné choroby. Tyto nemoci se vyskytují vzácně. Řadí se k nim např. Syndrom Pradera-Williho, který je nejčastějším monogenním syndromem a dochází při něm k rychlému nárůstu tělesné hmotnosti mezi 1. a 6. rokem. Další je syndrom Bardetův-Biedlův, který je autosomálně recesivním onemocněním a je spojen s časným vznikem centrální obezity. Také Alströmův syndrom patří mezi autosomálně recesivní onemocnění a je spojen s obezitou **(10, 12)**.

Podíl endokrinopatie s ohledem na obezitu je mizivý, ovšem při diagnostice je nutné ji také zohlednit. Mezi poruchy žláz s vnitřní sekrecí, které by mohly mít co dočinění s obezitou, se řadí hypotyreóza, Cushingův syndrom či hypotalamické poruchy. Pro řízení příjmu potravy hraje významnou roli hypotalamus, především jeho laterální a ventromediální oblasti, kde je centrum sytosti a centrum hladu **(8, 10)**.

K obezitě často dochází u jedinců, kteří se dříve věnovali sportu, nebo vykonávali fyzicky náročné práce. U starších osob může vlivem poklesu bazálního metabolismu a vlivem hormonálních změn docházet k narůstání hmotnosti. Pokles náročnosti práce v zaměstnání, změny životního stylu jako je např. rozvoj automobilismu, rozvoj televizní a počítačové techniky, přispívají ke vzniku obezity. Dalším faktorem, který přispívá ke vzniku obezity je stres. K sociálním faktorům lze zařadit vyšší výskyt obezity u osob s nižším vzděláním, kdy prevalence obezity u osob se základním vzděláním je vyšší než u osob s vysokoškolským vzděláním a nižším příjmem. Také je časté, že obézní jedinci preferují tučné a sladké potraviny **(8, 9)**.

1.1.1 Typizace obezity

Obezitu lze rozdělit do více skupin. Podle původu rozlišujeme obezitu na primární a sekundární. Dalším dělením je podle typu rozložení tuku v těle, tedy androidní a gynoidní typ. Nebo také podle vzniku obezity na dlouhodobou obezitu a obezitu v dospělosti **(7)**.

Primární obezita je považována za nejčastější typ obezity. Bývá způsobena zejména nadměrným příjmem potravy a nízkým výdejem energie. Na vzniku se podílejí i jiní činitelé, jako jsou např. imobilita, zvýšený příjem potravy při stresu, fyzicky nenáročná práce, odvykání kouření a u žen období klimakteria. Dalšími faktory jsou genetické vlivy. I některé léky mohou vznik obezity ovlivnit, k nim se řadí např. inzulín, perorální antidiabetika a glukokortikoidy. Významnou roli zde hraje vliv centrální nervové soustavy, především hypotalamu. Primární obezitu lze rozčlenit do dvou fází. Jedná se o fázi dynamickou, při níž dochází k prudkému růstu hmotnosti a pacient pociťuje zvýšenou chuť k jídlu. Během stabilizované fáze je obezita rozvinuta, hmotnost je stabilní a k udržení této hmotnosti nemusí být příjem potravy vysoký **(13, 14)**.

Výskyt sekundární obezity je v porovnání s primární obezitou vzácný. Je součástí endokrinních onemocnění. K těmto endokrinním onemocněním patří hypothyreóza a Cushingův syndrom. Dále se s tímto typem obezity setkáváme u poruch hypotalamu, kdy po úrazech nebo zánětech mozku dochází k aktivaci centra hladu **(13, 14)**.

Jak již bylo zmíněno, obezitu lze dělit také dle rozložení tuku v organismu a to na androidní a gynoidní. Androidní typ bývá také označován jako typ mužský, abdominální, viscerální, centrální či jako typ jablka. Tuk se hromadí převážně v oblasti tváře, krku, hrudníku, břicha i v útrokách dutiny břišní. Androidní obezita je provázána častějšími a závažnými komplikacemi. Břišní tuk je totiž hormonálně aktivní a produkuje volné radikály, proto výrazně zvyšuje riziko pro vznik kardiovaskulárních a nádorových onemocnění. Tukové buňky souvisí např. s rozvojem cukrovky, poruchou metabolismu tuků a s hypertenzí. Androidní obezita je součástí metabolického syndromu. Druhý typ se nazývá gynoidní, jinak také gluteofemorální, ženský či tvaru hruška. Tuk se hromadí převážně v oblasti hýždí, stehen, na bocích a v zadní části těla. Tento typ je spojen s menším rizikem závažných komplikací **(4, 7, 13)**.

1.1.2 Zdravotní rizika obezity

Obezita je faktorem, který přispívá ke vzniku různých onemocnění jednotlivých tělních soustav (viz Příloha 2). Zdravotní rizika spojená s obezitou lze rozdělit na akutní či chronická nebo na komplikace mechanické a metabolické. Mezi akutní patří např. infarkt myokardu, cévní mozkové příhody či respirační selhání **(6, 15)**.

Mezi metabolická onemocnění patří bezesporu diabetes mellitus 2. typu či metabolický syndrom. Obezita a diabetes mellitus spolu z etiopatogenetického hlediska souvisejí. Obezita je hlavní příčinou tohoto onemocnění. U nemocných jedinců dochází k inzulinové rezistenci, která je pozorována právě u jedinců s nadbytkem tělesného tuku. S metabolickým syndromem je spojována inzulinorezistence přecházející v diabetes mellitus 2. typu, hyperlipoproteinémie, hypertenze a androidní obezita. Metabolický syndrom je také nazýván jako Reavenův syndrom či syndrom X **(7, 15)**.

Mezi kardiovaskulární onemocnění lze zařadit hypertenzi. „Hypertenze a obezita patří k nejčastějším onemocněním a zároveň je nejen u jednotlivce, ale i v celé populaci typický jejich společný výskyt (Svačina, 2007, s. 35).“ Obezita představuje 80% podíl na celkovém počtu hypertenzí. U obézních jedinců se riziko hypertenze 3krát zvyšuje a 60 % hypertoniků trpí nadváhou nebo je obézních **(4, 15, 16)**.

Z anesteziologického hlediska může být u obézních jedinců komplikované provést intubaci či kanylaci cév. U obézního jedince mohou v organismu nastat změny farmakokinetiky a farmakodynamiky anestetik a myorelaxancií. Perioperační období může být komplikováno zhoršenou pohyblivostí a respiračním či kardiovaskulárním onemocněním. Tuková vrstva na břicho může také představovat překážku při diagnostice či samotném operačním výkonu. Obézní mají zvýšené riziko pooperačních komplikací týkající se zejména dýchacích cest, kdy může dojít k zápalu plic nebo ke zhoršení plicních funkcí **(3, 15)**.

1.1.3 Prevence obezity

Prevence obezity je celospolečenským cílem, proto by se na ni společně se zdravotníky měla podílet vláda, zákonodárci, orgány místní správy, zaměstnavatelé, potravináři, zemědělci, školy, sdělovací prostředky, tělovýchovné jednoty či občanská sdružení. Celospolečenská odpovědnost přetváří obezitogenní prostředí tak, aby volba zdravého životního stylu byla snazší a dostupnější. Prevence musí být komplexní, zaměřena na jednotlivé populační skupiny a začínat již v dětském věku **(10, 17)**.

Programy primární prevence mohou být rozmanité a měly by v sobě zahrnovat výuku ke správné výživě a vhodné životosprávě. Jejich zaměření by se mělo týkat zlepšení znalostí o výživě a důsledcích špatného stravování. Vytváření pozitivního vztahu k vlastnímu tělu a zlepšování sebehodnocení by také mělo být jejich součástí. Je důležité podporovat tělesné aktivity. Hlavní úlohu při prevenci dětské obezity hraje rodina a škola. Primární prevence obezity u dětí je součástí preventivních prohlídek a spočívá v měření výšky a hmotnosti a sledování BMI. Její součástí by měla být edukace v oblasti správného životního stylu, podpora pohybových aktivit a propagace kojení **(17, 18)**.

V České republice jsou různé aktivity, které ovlivňují obezitu a jsou zaměřeny na její prevenci. Česká obezitologická společnost ČLS JEP (Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně) podporuje zájmy v oblasti výzkumu, prevence a léčby. Sdružuje lékaře, psychology, všeobecné sestry a odborníky dalších profesí, kteří se zabývají prevencí a léčbou obezity. Každoročně pořádá celonárodní obezitologické

konference. Ministerstvo zdravotnictví podporuje program „Zdraví pro všechny v 21. století“ respektive „Zdraví 21“. Stanovilo také národní radu pro obezitu. Ministerstvo dopravy ČR ustanovuje „Národní strategii rozvoje cyklistické dopravy ČR“, jejímž cílem je vytvoření podmínek pro cyklistiku vytvořením infrastruktury, aby cyklistika mohla být alternativním prostředkem veřejné dopravy, a tím zasahuje do oblastí v prevenci obezity. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR podporují programy, jako jsou „Národní program sportu pro všechny“, „Sport a škola“, „Sport zdravotně postižených“ a „Provoz sportovních a tělovýchovných zařízení“ (10).

1.1.4 Terapie obezity

Pokud je obezita u jedince rozvinuta, čeká ho celoživotní boj s tímto onemocněním. Kromě opatření, které vedou k váhové redukci, by měla být léčba obezity spojena s aktivním vyhledáváním obézních jedinců a s řešením všech komplikací. Terapie obezity musí být komplexní a multioborová. Důležitá je spolupráce ze strany obézního jedince. Pacient by si měl uvědomit, že obezita je onemocnění a musí se chtít léčit. Poté je možné sestavit individuální léčebný plán, edukovat pacienta a připravit ho na náročnou a dlouhodobou léčbu (7, 19, 20).

Zásadním úspěchem léčby obezity je ovlivnění příjmu potravy. Dietoterapie je nezbytnou součástí při váhové redukci. Při dietoterapii se musí docílit toho, aby energetický výdej převažoval nad energetickým příjmem a složení jednotlivých živin bylo vyvážené. Dieta musí být přispůsobená potřebám a možnostem každého pacienta, musí být dosažitelná a snadno proveditelná, musí pacientovi vyhovovat. Před sestavením diety by měl být proveden terapeutický rozhovor s pacientem o jeho stravovacích návycích a zázemí, o předchozích dietních pokusech a o nárůstu jeho váhy. Obézní jedinec by měl dodržovat správné stravovací návyky, ke kterým patří např: rozložení celodenní stravy do více porcí, nevynechávat snídani, do úst vkládat menší sousta, jíst pomalu či potravu dobře rozžvýkat (7, 10, 20).

Neopominutelnou součástí terapie obezity je pohybová aktivita. Hraje velkou roli v prevenci obezity a jejích komplikací, přispívá k redukci hmotnosti a snižuje úmrtnost. Pohybová aktivita zasahuje do celotělového energetického metabolismu. Má vliv na

lipogenezi a na lipolýzu. Při zvýšení pohybové aktivity dochází k zvýšení celkového energetického výdeje. Velikost energetického výdeje při fyzické aktivitě je dána intenzitou zatížení, trváním cvičební jednotky, četností tréninku a výběrem pohybové aktivity. Při terapii obezity je doporučována aktivita aerobního typu, což je plavání, cyklistika a zejména chůze. Frekvence tréninků by měla být 3-5x za týden, intenzita 60-80 % tepového maxima a délka 30-60 minut fyzické aktivity, avšak tyto parametry se musí přizpůsobit možnostem obézního jedince. Pravidelné cvičení se pro něj musí stát součástí denního režimu. Musí se zpočátku volit takové aktivity, které jsou pro pacienta přijatelné, zvladatelné a přispůsobené individuální situaci **(7, 10, 20)**.

Psychoterapie je vědní obor, který má teoretickou a aplikační stránku. Jde o zvláštní psychologickou péči poskytovanou lidem, kteří trpí vnitřní nestabilitou, nebo jim tato destabilizace hrozí. Je užívána jako jeden z hlavních léčebných postupů u osob, které mají onemocnění, které je přímo spojeno s jejich osobností a životním stylem. Psychoterapeutické postupy jsou používány u nemocných, kteří se musejí vypořádat se změnou v jejich tělesném schématu. K základním směrům psychoterapie patří kognitivně-behaviorální terapie (KBT). Pokud mluvíme o návykových problémech jako je obezita, kouření a drogy, je kognitivně-behaviorální směr nejefektivnější. V této terapii je cíl kladen na odstranění či zmírnění nevhodných návyků, zaměřuje se na změnu konkrétního chování a ohled se bere i na celkovou strukturu osobnosti. Soustředěnost je věnována vnější stránce osobnosti a vyzdvihuje zodpovědnost člověka za to, co se kolem něho děje **(10, 21, 22)**.

Z pohledu KBT je obezita způsobena nevhodným chováním a myšlením. Behaviorální, kognitivní a interpersonální faktory jsou předmětem zkoumání. Za behaviorální faktory podílející se na vzniku a přetrvávání obezity, jsou považovány nevhodné stravovací a pohybové návyky. Ke kognitivním faktorům se řadí vytýčení si nereálných cílů, volba nevhodných způsobů redukce váhy a zkreslené vnímání těla. Toxické prostředí a okolí obézního jedince patří k interpersonálním faktorům. KBT vychází z teorie učení a výsledkem tohoto procesu jsou změny v chování, myšlení a emocích. Klasické podmiňování, operativní podmiňování a kognitivní teorie jsou tři základní modely učení metody KBT. Při redukci váhy nestačí pouze změna jídelníčku,

ale je nutné se zaměřit na myšlení a emoce. Terapie obezity musí být komplexní a zahrnovat všechny složky osobnosti **(10)**.

Z hlediska farmakoterapie obezity je v současné době omezené množství léků. Farmakologická léčba by neměla plně nahrazovat dietetická opatření a pohybovou aktivitu. K této terapii se přistupuje většinou v případě, kdy dietní, pohybová a behaviorální terapie není dostatečně účinná, selhala-li komplexní nefarmakologická léčba u pacientů s BMI ≥ 30 , nebo pokud pacient s BMI 27-30 má přidružená kardiovaskulární a metabolická rizika spojená s obezitou. Podle mechanismu působení lze farmaka rozdělit na pět skupin. První skupinou jsou substance, které vyvolávají pocit sytosti a tlumí pocity hladu. Tato léčiva bývají označována jako anorektika. Anorektika mají i psychostimulační účinek, proto může nastat léková závislost. Jejich účinek nastupuje během 1-3 hodin po podání a trvá přibližně 8 hodin. Druhou skupinou jsou substance, které s pocitem hladu a sytosti ovlivňují také regulaci hedonických odpovědí v CNS. Do této skupiny antiobezitik patří rimonabant, otanabant a tarabanant. Třetí skupinou jsou léky zvyšující energetický výdej, jako je kombinace efedrinu s kofeinem. Čtvrtou skupinou jsou léky, které ovlivňují metabolismus v periferních tkáních, jsou to např: hormony gastrointestinálního traktu a jejich analoga či substance stimulující sekreci hormonu tukové tkáně adiponektinu. Pátou skupinou jsou léky, které snižují dostupnost tuků v organismu ovlivněním jejich vstřebávání. Sem patří orlistat respektive cetilistat. Orlistat se váže na střevní lipázu a tím je vstřebávání tuku redukováno asi o 30 %. V současné době je k dlouhodobé léčbě k dispozici pouze orlistat. Ke krátkodobé léčbě, se používá fentermin a směs efedrinu a kofeinu **(7, 10, 23)**.

K operativnímu řešení obezity se přistupuje při selhání konzervativního léčení. Chirurgický obor zabývající se léčbou morbidně obézních jedinců se nazývá bariatrie. Redukce hmotnosti a tím i odstranění či zmírnění onemocnění souvisejících s obezitou je cílem bariatrické chirurgie. Na výběru pacienta se podílí lékař obezitolog, bariatrický chirurg a psycholog. Výběr pacienta je základním předpokladem pooperačního průběhu bez komplikací a úspěšné redukce hmotnosti. K tomuto léčebnému řešení jsou indikováni pacienti, kteří mají BMI 40 a více nebo pokud je jejich BMI alespoň 35 a

jejich onemocnění je doprovázeno závažnými komplikacemi. Indikace zákroku závisí na celkovém stavu, věku, přidružených onemocněních a postoji pacienta ke svému zdravotnímu problému. Obézní jedinec musí být dostatečně informován o možnostech, očekávaném efektu, komplikacích a o nežádoucích účincích operace. Důležitá je i motivace pro operaci, protože od žádné léčby obezity nelze bez aktivní účasti očekávat optimální výsledek. Před bariatrickým výkonem se pacientům provádí gastroscopické vyšetření k vyloučení vředové gastroduodenální choroby, RTG k vyloučení gastroezofageálního refluxu, sonografie pro možnou cholecystolithiasis a psychologické vyšetření, které se zaměřuje na odhalení bulimie. Bariatrické operace se rozdělují na malabsorbční operace, restriční operace a kombinující mírný stupeň malabsorbce s restrikcí (24, 25).

1.1.5 Psychosociální dopad obezity

Obezita je závažným zdravotním, sociálním a společensko-ekonomickým problémem. Neovlivňuje pouze fyzickou stránku svými zdravotními riziky, ale je příčinou i psychických potíží. Mezi tyto problémy lze zařadit nízké sebevědomí, frustraci, sociální izolaci (anti-fatracism), šikanu a zhoršení společenského uplatnění. Výsledkem těchto potíží mohou být až depresivní a úzkostné poruchy. Ani suicidální pokusy nejsou v tomto případě výjimkou (10, 26).

Většinou je obezita chápána jako „estetický kriminální čin“, pouze v několika málo zemích je brána jako znak prosperity a zdraví. V dnešní době již nejsou obézní lidé vnímáni jako osoby milé, přátelské a veselé. Vlivem společenského ideálu štíhlosti a diskriminace obézních dochází u těchto jedinců k negativním postojům k vlastnímu tělu. Postava druhého člověka, především rozložení hmotnosti těla a rozložení tuku, má důležitou roli v utváření prvního dojmu. Jejich postava vzbuzuje antipatie a bývá spojována s představou o vlastnostech takto postihnutých lidí. Podle těchto představ jsou obézní bez vůle a sebekontroly, pohodlní a o sebe nedbající. Mají pocit, že jejich těla jsou ošklivá, směšná, odporná a líná. Kritické myšlenky vztahující se k hmotnosti a tvaru těla jsou podporovány negativní predikcí. Obezita má negativní vliv na mezilidské vztahy, intimní, osobní a pracovní život. Důraz, který je kladen na dobrý vzhled, má

převahu nad hodnocením charakteru, osobitosti, produktivity a společenského přínosu **(10, 27, 28)**.

Tělesné sebezpojetí znamená vytváření si vlastního obrazu o svém těle a postoje k němu a je součástí celkového sebezpojetí. Základní složkou tělesného sebezpojetí je tělesná hmotnost. Jeho součástí je postoj okolí i vlastní uvědomění si těla a jeho hodnocení. V rámci celkového sebezpojetí hraje důležitou roli tělo, především představy o výšce, hmotnosti, stavbě těla, obličejí, vlasech či očích. Oceňování těchto představ má význam pro přijetí či odmítnutí vlastního těla. Ideál krásy, který je v určité společnosti uznáván, tyto představy ovlivňuje. Nespokojenost s vlastním tělem je motivačním činitelem pro zdravý způsob života **(27, 29)**.

Pokud člověk nepřijímá své tělo, nenávidí své rozměry a svou hmotnost, má potíže věřit tomu, že jiní lidé ho akceptují. Ztrácí jistotu svého místa ve společnosti, přestává si věřit a může u něj docházet až k izolaci od okolí. Pokud je žena přesvědčena, že její tělo je odpozuující, abnormální a obézní, domnívá se, že bude společností odmítnuta. Vyhýbá se situacím, kdy si jí ostatní lidé všímají, proto je zatěžko být jen pomyslet na zaměstnání, ve kterém by se stýkala s lidmi. Poruchy vnímání vlastního těla jsou stále častější. Dochází k rozporu mezi vlastní skutečnou podobou těla a ideální postavou. Na základě rozporu s ideálem vznikají pocity méněcennosti a nedostatečnosti **(27, 28)**.

Štíhlost je podmínkou výkonnosti, atraktivity a osobního štěstí. Díky médiím jako jsou noviny, časopisy, filmy a televize je společnosti denně vnucován štíhlý ideál těla. Předpokládá se, že tělesně přitažliví lidé mají lepší povahové rysy, jsou společensky žádoucnější, zastávají významější místa, nacházejí dříve a lepší partnery, mají spokojenější manželství a celkově jsou šťastnější. Lidem různého stupně atraktivity je připisován různý stupeň inteligence a pracovních schopností. Ženy, které dodržují dietní program, jsou považovány za disciplinované, zodpovědné a typicky ženské **(27, 28)**.

Západní společnost je v současné době vůči obezitě či obézním lidem silně zaujata. Tento předsudek se začíná vyvíjet velice brzy, tloušťka je odmítána již dětmi a mládeží. Ti jasně dávají přednost štíhlému tělu, negativně hodnotí obézní děti a vytvářejí si stereotypní obrazy o obézních lidech především o ženách. Ty jsou považovány za hloupé, líné a hádavé. Štíhlost žen v dnešní prosperující společnosti je vnímána jako

žádoucí vlastnost, která je spojována se sebekontrolou, elegancí, společenskou přitažlivostí a mládím. U mužů je upřednostňována svalnatá, středně velká postava s dobře vyvinutými svaly na hrudi, ramenou a pažích, štíhlý pas a boky (27, 28, 30).

Obézní lidé jsou považováni za morální lenochy. Jsou jim přisuzovány vlastnosti, jako je lhostejnost, slabost, špatné zdraví, nedostatek uznání, sexuální izolace a lenost. Nízký fyzický výkon a nepěkný vzhled vede i k psychickým poruchám. Ignorovat obézní lidi, neprojevat jim laskavost, nadávat jim, kritizovat je a jednat s nimi jako s dětmi je společensky „přiměřené“. Pokud většina lidí přijme takový předsudek, stává se přijatelným chovat se k obézním krutě. Obézní jedinci jsou zřejmě automaticky považováni na imobilní. Jsou k smíchu. Klesá u nich pravděpodobnost, že si je někdo vybere za sexuálního partnera, že se dostanou na studia, které si zvolili a že získají zaměstnání (28, 29).

Obezita je sociálně-ekonomickým problémem a má negativní vliv na ekonomiku. Má dopad na státní rozpočet a na rozpočty zdravotních pojišťoven. Zvýšená nemocnost obézních jedinců představuje zvýšené náklady na jejich péči. V rozvinutém světě představují přímé náklady zdravotního systému 1-8 % celkových nákladů na zdravotní péči. U obézních, kteří mají kardiometabolické komplikace, se zvyšují 1,6krát. U těžce obézních stoupají roční náklady na trojnásobek oproti normostetikům. Obezita významně ovlivňuje krátkodobou i dlouhodobou nemocnost. Dlouhodobá pracovní neschopnost je většinou způsobena chronickými komorbiditami obezity. Vysoký je i podíl nepřímých nákladů zdravotního systému ve formě ztráty produktivity, časté absence v zaměstnání, invalidity a předčasné úmrtnosti (10, 31).

1.2 Stigma

Pojem stigma je slovo řeckého původu. Za dob starého Řecka stigma označovalo tělesné znamení, které vyjadřovalo nějaké negativum o morálním stavu jeho nositele. Bylo vyřezáváno nebo vypalováno do těla člověka, aby bylo možné se zločinci, zrádci nebo otroku vyhnout a to především na veřejných místech. Za dob křesťanství bylo stigma dvojího metaforického významu. Prvním významem je znamení Boží milosti

objevující se na kůži v podobě ran Kristových a za druhé je lékařskou narážkou na první náboženský význam, totiž fyzický projev duševního nesouladu (32, 33).

V současnosti je stigma chápáno jako značení osoby, která je ve skupině negativně odlišena a u většiny populace vyvolává podezření či nepřátelské pocity. Odlišení se může vztahovat k psychické, fyzické či sociální normalitě. Toto odlišení jedince ohrožuje v jeho sociální identitě a v přijetí ze strany druhých. Nemocní jedinci se setkávají s odmítnutím ze strany populace, která jejich onemocnění považuje za nakažlivé či za znamení hanby. Připsání negativních skupinových nebo společenských rysů nějaké osobě nazýváme stigmatizace (32, 33, 34).

Stigma je označení domnělé méněcennosti, které vede jeho nositele k odmítání druhými lidmi. Viditelná vlastnost jako je např. deformita těla nebo neviditelná okolnost např. příslušnost k určité skupině lidí, mohou být zdrojem stigmatu. Odmítání se stigmatizovaným jedincům znamená, že se jim lidé snaží vyhýbat v různých situacích, jako je např. bydlení, pracoviště, zájmové činnosti, partnerské vztahy. Stigmata různého původu se liší v míře odmítání v různých situacích (35).

Velkým zdrojem stigmatu je předsudek, stigma a předsudek není to samé, ale je jeho důsledkem. Každý člověk snáší důsledky předsudku a bez vlastního přičinění se ho nezbaví. Postoje osob, se kterými se člověk střetává, jsou často ovlivněné stereotypy pohledu na nemocného jedince. Stereotypy se při posuzování dotýkají celých rodin, určité skupiny lidí, příslušníků celých národů a ras. Postoje lidí jsou ovlivněny předsudky na základě předpokládaných skupinových vlastností, bez ohledu na skutečné charakteristiky a situaci jednotlivce (36).

Stigma lze rozdělit do tří typů. V první řadě jde o tělesnou ošklivost, jako jsou různá tělesná znetvoření. Dalším typem jsou vady charakteru, jako jsou např. slabá vůle, dominantní či nepřírozené vášně, falešná a nesmlouvavá přesvědčení a nepoctivost. Tyto vady jsou spojovány např. s duševními poruchami, s uvězněním, se zločinnými návyky, s alkoholismem, s homosexualitou, s nezaměstnaností, se sebevražednými pokusy a s radikálními politickými projevy. Posledním typem jsou stigmata rasy, národa a náboženství. Tato stigmata se mohou šířit po rodových liniích a mohou postihnout všechny členy rodiny (37).

Stigmatizace je spojována s onemocněním AIDS a s poruchami příjmu potravy, jako je bulimie a anorexie. Mezi další závažná onemocnění, která vedou ke stigmatizaci, patří psoriáza, epilepsie, tuberkulóza a těžké popáleniny. Na neplodnost je také pohlíženo jako na problém, který sebou přináší stigmatizaci. Některá somatická onemocnění, spojována se stigmatizací, jsou považována za poskvrnění, veřejné pošpinění a takto se stávají součástí sociální identity pacienta. Duševní nemoc je bezpochyby považována za silné sociální stigma **(38)**.

Obezita je onemocněním, které člověka stigmatizuje a vystavuje ho řadě předsudků. Snížená možnost získat zaměstnání, lékařskou péči, vzdělání a možnost najít partnera je důsledkem těchto předsudků. U obézních dochází k diskriminaci při hledání povolání. Diskriminace přichází ze strany spolupracovníků, zaměstnavatelů či nadřízených. Součástí diskriminace jsou urážející poznámky od spolupracovníků. Diskriminace je u osob s obezitou 37krát pravděpodobnější než u normosteniků. Obézní jedinec trpí často depresemi a jeho kvalita života se významně snižuje právě proto, že nenachází takové uplatnění ve společnosti **(10)**.

1.2.1 Důsledky stigmatizace

Stigma vede k posílení příznaků duševní poruchy. U nemocných osob snižuje sebedůvěru. Vede ke strachu, který podporuje stres. Pacienti se se stigmatizací vyrovnávají změnou sociálního chování. Dochází k omezování dřívějších sociálních kontaktů, opatrně komunikují a vyhledávají podobně stigmatizované osoby. Stigmatizace se v rodinných vztazích a v prostředí, kde se jedinec dobře prezentoval, projevuje méně. Stigma zasahuje i pacientovu rodinu **(39)**.

Zaujatost, stigmatizace a diskriminace vůči hmotnosti jsou častými zkušenostmi mnoha obézních jedinců. To má vážné důsledky na jejich osobní a společenskou pohodu a duševní zdraví. Vzhledem k velkému počtu osob trpících nadváhou, čelí stigmatizaci a diskriminaci obrovské množství lidí. Tato stigmatizace hraje roli v každodenním životě. Negativní vnímání obézních osob se nachází v zaměstnání. Negativní postoje mají vliv na výši mzdy, povýšení a na postavení zaměstnance. Různé formy stigmatizace se vyskytují i ve vzdělávacím prostředí. Obézní studenti musí čelit

řadě překážek. Jedná se o obtěžování a odmítání ze strany vrstevníků, zaujatý postoj od učitelů, nižší šance na přijetí a neoprávněné vyloučení ze školy (40).

Lidé trpící stigmatizací mají potíže se získáním a udržením zaměstnání, s bydlením a se zvýšenou izolací. Důsledkem je také problém, kdy se snižuje spolupráce s lékaři a ochota se léčit. Dochází ke zhoršování životních podmínek a ke zvýšení stresu. Dochází ke zhoršení a chronifikaci nemoci a stigma se zvětšuje. Pacienti si stěžují na izolaci, osamocení a na oslabený pocit vlastní sebehodnoty. Důsledky stigmatizace, jako je odepření zaměstnání, odmítnutí vrstevníky či nevhodné ošetření profesionály ve zdravotnictví, mohou mít vážný a negativní dopad na kvalitu života (40, 41).

Bohužel stigmatizace existuje i ve zdravotnictví. Zdravotníci jsou vystaveni stejným společenským zprávám o obézních a jsou více informováni o negativních zdravotních důsledcích obezity. Negativní postoje k pacientům s nadváhou se objevují ze strany lékařů, všeobecných sester, dietetiků, psychologů a studentů medicíny. Prokazují je i zdravotničtí pracovníci, kteří se specializují na léčbu obezity. Negativní postoje vyjádřené lékaři směřují nejen k obezitě jako ke zdravotnímu stavu, ale i k lidem, kteří jsou obézní. Zatím není známo, jak tyto předsudky mezi zdravotníky, ovlivňují kvalitu poskytované péče obézním pacientům (40, 42).

1.2.2 Destigmatizace

Adekvátní destigmatizační přístup vyžaduje interdisciplinární a multioborovou spolupráci a řešení problémů na úrovni sociálních interakcí. Destigmatizace je soubor opatření zaměřený na zmírnění stigmatizace, který je orientovaný na změnu postojů rodiny, zdravotnických pracovníků a veřejnosti. Také zahrnuje reintegraci a legislativní opatření. Destigmatizace je důležitým a složitým procesem, jehož cílem je změnit vnímání postiženého člověka takovým způsobem, aby nebyl společensky izolovaný ani sankciovaný a aby se změnil postoj rodiny, přátel, ale i zdravotníků (36).

Při řešení společenského problému stigmatizace je možné se setkat s tvorbou skupin a zabýváním se společenským životem stigmatizovaných lidí v dané kategorii. Specifickým problémem jsou poruchy řeči, kdy problém takto postižených osob je překážkou pro vytvoření skupiny jakéhokoliv typu. Jen málo bývalých pacientů

z psychiatrických léčeben má zájem o sdružování a podporu klubů duševního zdraví. Dále existují svépomocné kluby, ve kterých se setkávají lidé rozvedení, senioři, obézní, tělesně postižení, lidé s ileostomií a kolostomií (37).

Vzhledem k tomu, jak je stigmatizace obézních pacientů všudypřítomná, je k odstranění tohoto problému potřebná změna společenského postoje a normativní zákony, které zakazují diskriminaci na základě hmotnosti. I když to vyžaduje obrovské úsilí, existují i další kroky, které mohou zlepšit každodenní fungování a blahobyt obézních jedinců (40).

Zdravotníci hrají důležitou roli při řešení problému zaujatosti vůči hmotnosti. Podpora pacientů, podělení se s nimi o zkušenosti a pomoc, aby se cítili méně izolovaně, je prvním důležitým krokem. Zdravotníci mohou udělat velkou službu svým obézním pacientům tím, že zlepší prostředí zdravotnických zařízení. Mohou zlepšit interpersonální interakce tím, že projeví citlivost v situacích, které obézní pacienty přivádí do rozpaků, jako je například vážení hmotnosti (40).

1.3 Stigmatizovaný pacient v ošetrovatelské péči

Obézní pacienti se v nemocnici na různých odděleních vyskytují velice často. Jejich hospitalizace je většinou v důsledku již vzniklého onemocnění a komplikací, které jsou způsobené obezitou. Pro sestru jsou obézní jedinci náročnými pacienty. Tímto důvodem je jejich omezená pohyblivost, zvláště u imobilních nesoběstačných pacientů. U obézních pacientů je také zvýšené riziko vzniku dekubitů a opruzenin. U extrémně obézních je pro sestry problémem odebírání krve a měření krevního tlaku, kdy je to bez široké stehenní manžety velmi obtížné. Pochopitelně mají pacienti potíže s osobní hygienou, ale pomoc často odmítají. Nechtějí si připustit svá omezení v tomto směru. Pokud je pacient upoután na lůžko, vznikají problémy, které souvisejí s tím, že pacient lůžko zcela vyplní a nelze jej ošetřovat a polohovat (14, 43).

Nejčastějšími ošetrovatelskými problémy, které se vyskytují u osob s obezitou, jsou porucha výživy (zvýšená), která je způsobená zvýšeným příjmem potravin, nedostatečnou fyzickou aktivitou, metabolickými poruchami a dědičnou dispozicí. Omezení pohybové aktivity, může být dáno také zvýšenou zátěží na organismus a

nebezpečí zdravotních rizik. Dalším problémem je porucha sebezpřijetí, která je následkem změny vzhledu. Jednou z priorit ošetrovatelské péče je pomoci klientovi vytvořit účinné strategie hubnutí. Cílem ošetrovatelské péče u obézních jedinců je redukce váhy, které se docílí omezeným příjmem potravy, zvýšenou pohybovou aktivitou, motivací k redukci váhy a udržení dlouhodobě přiměřené váhy (14, 44).

Při sběru anamnézy se sestra zaměřuje na osobní anamnézu, kdy zjišťuje, zda pacient trpí chorobami, které by mohly mít spojitost s obezitou, jako jsou hypertenze nebo diabetes mellitus. U žen se zaměřuje na graviditu a klimakterium. Sestra zjišťuje abúsus kouření a alkoholu. Je důležité se zajímat o léky, které by mohly mít vliv na vznik obezity. Obsahem výživové anamnézy je zjištění stravovacích návyků, denní příjem potravy, druh jídla a jeho dávky. Zjišťuje preferenci v oblasti potravin, zda má chuť k jídlu a jaký je denní příjem tekutin. Sestra sbírá údaje o předchozích dietách, o motivaci při jejich dodržování a jejich efektu. Při odebírání rodinné anamnézy se zaměřuje na výskyt obezity v rodině, přidružené choroby a komplikace. Dále zjišťuje psychické problémy, které doprovází obezitu, jako je např. nedostatečná sebedůvěra, nadměrná kritika vůči své osobě, uzavřenost, smutek až deprese. Zjišťuje, zda pacient prožívá stres a jakými metodami jej usměrňuje. Do sociální anamnézy se zahrnuje způsob práce. Zda má pacient sedavé zaměstnání a jaká je náročnost práce. Zajímá se o přítomnost stresových podnětů z pracovního či rodinného prostředí. Součástí anamnézy je také zjištění volnočasových aktivit, zda jsou spíše pasivní, jaký je pacientův způsob života a jaká je jeho fyzická aktivita (45).

1.3.1 Ošetrovatelské diagnózy

U obézního jedince lze stanovit řadu ošetrovatelských diagnóz. Ve vztahu ke stigmatizaci lze stanovit ošetrovatelskou diagnózu „Narušený obraz těla“ (00118). Tato ošetrovatelská diagnóza vzniká v souvislosti s porovnáním vlastního obrazu těla se společenskými hodnotami či podporou přejídání. Mezi projevy patří negativní přístup k vlastnímu tělu, strach z odmítavé či jinak negativní reakce okolí, pocit bezradnosti a bezmocnosti a nedostatečná spolupráce při léčbě. Definicí pro tuto ošetrovatelskou diagnózu je zmatek v mentálním obrazu fyzického já člověka (46, 47).

Další ošetrovateľskou diagnózou u obézneho pacienta je „Zhoršená sociálna interakcia“ (00052), ktorá vzniká v súvislosti s obtížami v rôznych spoločenských situáciách, poruchou pri vytváraní vlastného životného štýlu. Táto diagnóza sa prejavuje odmietaním účasti na rôznych spoločenských akciách, stísnenosťou v prítomnosti ďalších ľudí, pocitom odmietania a chýbajúcej podpory zo strany druhých. Zhoršená sociálna interakcia je vymedzená ako nedostatočné či prehnané množstvo alebo neefektívna kvalita sociálnej výmeny (**46, 47**).

U ošetrovateľskej diagnózy „Chronicky znížená sebaúcta“ (00119) je očakávaným výsledkom potvrdenie silných osobnostných stránok. Táto diagnóza je definovaná ako dlhotrvajúci negatívny sebahodnotenie. Obézni klienti môžu byť predmetom častých pripomienok o ich fyzickej kondícii. Nepěkné zkušenosti spolu s problémami ako sú napr. nájsť atraktívne oblečenie či dostatočne veľké židle na sezení, môžu ovlivniť sebaúctu (**44, 46**).

1.3.1.1 Sociálna izolácia

Z hľadiska stigmatizácie je dôležitá ošetrovateľská diagnóza „Sociálna izolácia“ (00053). Táto ošetrovateľská diagnóza je definovaná ako stav alebo proces, kedy jedinec pociťuje nedostatočné alebo neuspokojivé reakcie na podnety, ktoré smerujú ke svému sociálnemu okoliu. Potrebuje a túži po kontakte, ale není schopný ho navázať. Jedinec zažíva osamelosť, ktorá je vnímaná ako negatívny stav alebo stav ohrozenia. Pocity samoty sú pričítané medziľudské interakcii pod úroveň požadovanej alebo potrebnej pre osobnú integritu. Medzi faktory súvisiace s jejím vznikom lze zaradiť narušenie fyzického vzhľadu, neschopnosť navázať uspokojivé osobné vzťahy, stigmatizujúce ochorenie či negatívnu zkušenosť súvisiacu s odmietavým postojom okoliu (**46, 47, 48**).

K objektívnym príznakom sociálnej izolácie patrí napr. vyhľadávanie samoty, nekomunikatívnosť, nepřateľské jednání, stažení se do sebe, změny ve stravovacích návycích a porucha spánku. Subjektívne príznaky v sobě zahrnují neschopnosť plniť očakávanie druhých, nevhodný či chýbajúci smysl života, pocit nejistoty a ohrozenia na verejnosti, vyjadrenie pocitů odmietnutia, zažívanie pocitu odlišnosti od druhých, túha po kontakte s jinými, vyjadrenie vlastnej zbytočnosti. Osobnosť obézneho jedinca je

charakteristická zvýšenou zranitelností a neschopností se prosadit ve společnosti normálním způsobem. Obézní jsou méně spokojeni se životem a projevují se zvýšenou nervozitou, netrpělivostí, spontánní agresivitou, emocionální labilitou či sebekritičností (46, 47, 50).

Cílem ošetrovatelské péče při řešení této diagnózy je uvědomění si příčin izolace a nalezení, jak jim zabránit, vyjádření ochoty zapojit se spolu s ostatními, vyjádření vyššího sebeoceňování, účastnění se aktivit, nalezení přijatelného řešení situace, osvojení si nových forem chování a vytvoření uspokojivých vztahů (47, 49).

Situaci, kdy se člověk i mezi lidmi cítí sám, označujeme jako osamění. Osamělý může být člověk, který se nachází v neznámém prostředí, kde nemá navázány žádné blízké vztahy. Člověk, který se nachází v sociální izolaci, nemá k nikomu vytvořen důvěrný vztah a nedochází k vzájemnému porozumění s lidmi v jeho okolí. Termín sociální vyloučení označuje obvykle komplexně podmíněnou nedostatečnou účast jednotlivce, skupiny nebo místního společenství na životě celé společnosti. Sociální vyloučení znamená např. život v chudobě, bez účasti na trhu práce a bez dostatečného příjmu, život obvykle v izolaci či v malé skupině podobně deprimovaných lidí. Příčiny jsou individuální i systémové a patří k nim např. nízké sebevědomí, nízký příjem, nedokončené vzdělání, špatné duševní i tělesné zdraví, vysoký věk a závislost na návykových látkách (51, 52).

2. Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

V bakalářské práci byly stanoveny následující dva cíle:

Cíl 1: Zjistit, zda jsou pacienti trpící obezitou stigmatizováni.

Cíl 2: Zjistit, jaké jsou postoje všeobecných sester k obézním pacientům.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Mají pacienti trpící obezitou problémy v partnerském životě?

Výzkumná otázka 2: Dochází u pacientů s obezitou k sociální izolaci?

Výzkumná otázka 3: Považují všeobecné sestry obezitu za zhoršující faktor při poskytování ošetrovatelské péče?

Výzkumná otázka 4: Mají sestry negativní postoj k obézním pacientům?

..

3. Metodika

3.1 Metodika

V tomto výzkumném šetření byl proveden kvalitativní výzkum pomocí polostrukturovaného rozhovoru se všeobecnými sestrami a s obézními ženami. Předem byly připraveny otázky pro rozhovor jak se sestrami, tak s obézními ženami (viz Příloha 3). Každý rozhovor měl 15 otázek. Rozhovor se sestrami byl zaměřen na jejich zkušenosti s poskytováním ošetrovatelské péče obézním pacientům a na jejich osobní postoj k nim. Každý rozhovor trval 15-20 minut a byl prováděn na jejich pracovišti. Rozhovor s obézními ženami byl zaměřen na jejich osobní život, na partnerské vztahy, na postavení v zaměstnání či ve společnosti. Každý rozhovor trval cca 30 minut. Rozhovory byly prováděny anonymně. Byly nahrávány na záznamové zařízení a na podkladě odpovědí byly zpracovány kazuistiky.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Kvalitativní výzkum tohoto šetření byl proveden celkem se sedmnácti respondentkami. Část tohoto celku tvořilo 7 všeobecných sester. Oslovené všeobecné sestry byly zaměstnány na lůžkových odděleních (oddělení následné péče, nervové oddělení, interní oddělení a chirurgické oddělení) v Nemocnici České Budějovice a.s. a v Nemocnici Český Krumlov a.s. Zbylých deset respondentek tvořilo deset obézních žen v mladém produktivním věku. Nejmladším respondentkám bylo 23 let a nejstarší z nich byla 43letá žena. Respondentky byly vybrány náhodně a kritériem pro tento výběr byla jejich tělesná hmotnost. Výzkumné šetření probíhalo v měsíci březnu a dubnu roku 2012.

4. Výsledky

4.1 Kazuistiky zpracované na podkladě rozhovorů s respondentkami

4.1.1 Rozhovory se sestrami

Respondentka 1

První respondentkou je sestra s dlouholetou praxí. Po dokončení střední zdravotní školy pracovala na interním a chirurgickém oddělení. Od roku 1971 do roku 1996 zastávala funkci vrchní sestry na nervovém lůžkovém oddělení. Od roku 1996 do současnosti je staniční sestrou na tomtéž oddělení.

Respondentka se ve svém zaměstnání s obézními pacienty setkává denně. Mezi zdravotní rizika obezity řadí především cévní mozkovou příhodu, hypertenzi, akutní infarkt myokardu a diabetes mellitus. Na prevenci obezity se respondentka nepodílí a nevykonává ani žádné ošetrovatelské intervence spojené s terapií obezity. Při poskytování ošetrovatelské péče obézním pacientům je dle respondentky největším problémem jejich polohování a manipulace s nimi. Proto si myslí, že obezita výrazným způsobem ovlivňuje poskytování zdravotní péče. Jedná se zejména o imobilní pacienty, často se prodlužuje doba léčení a vznikají některé ošetrovatelské komplikace, ke kterým patří především dekubity.

Respondentka obézní jedince vnímá negativně. Obézní pacienty „nemá ráda“. Ale v žádném případě nemá pocit, že by její negativní osobní postoj měl vliv na poskytovanou ošetrovatelskou péči. I obézní pacient musí dostat kvalitní a stejnou ošetrovatelskou péči jako kterýkoliv jiný pacient.

Při poskytování ošetrovatelské péče stanovuje respondentka u obézního ležícího pacienta ošetrovatelskou diagnózu „Riziko imobilizačního syndromu“ a „Deficit sebepéče při koupání a hygieně“. Pokud se jedná o soběstačného obézního pacienta, nestanovuje žádné ošetrovatelské diagnózy vztahující se k obezitě. Ošetrovatelskou diagnózu „Sociální izolace“ popisuje respondentka jako vyloučení ze společnosti. Při své práci se s touto ošetrovatelskou diagnózou neseťkává. Dle jejího názoru obézní

jedinci netrpí sociální izolací. Domnívá se, že v dnešní době je obézních jedinců mnoho, společnost je na ně určitým způsobem zvyklá a tudíž se pohled na obézní jedince mění a proto netrpí sociální izolací. Slovo stigma respondentka definuje jako diskriminaci a nemyslí si, že by obezita měla takto postižené jedince stigmatizovat. Uvádí, že obézní jedince nepodporuje, není třeba minimalizovat stigmatizaci. Jejím názorem je, že obézní lidé si ani nepřipouštějí, že trpí obezitou a proto podporovat nepotřebují.

Respondentka 2

Druhou respondentkou je všeobecná sestra s vysokoškolským bakalářským vzděláním. Po dobu pěti let pracuje na oddělení následné péče.

S obézními pacienty se nejen v rámci svého povolání setkává denně. Jako zdravotní rizika obezity jmenuje respondentka diabetes mellitus, onemocnění kloubů, aterosklerózu, akutní infarkt myokardu a hypertenzi. Uvádí, že většina obézních pacientů hospitalizovaných na oddělení následné péče trpí alespoň jedním z těchto zdravotních rizik. Obezitě se snaží předcházet pomocí úpravy jídelníčku a pohybovou aktivitou. Při terapii obezity uplatňuje ošetrovatelské intervence jako je nutriční screening, dietu indikovanou lékařem a zejména podporu soběstačnosti pacienta. Při poskytování ošetrovatelské péče považuje respondentka za největší problém náročnou manipulaci s obézním pacientem a také uvádí jako problém stud či pohoršení ze strany pacientů. Pacient se stydí a nechce se nechat ošetřovat. Myslí si, že obezita ovlivňuje poskytování zdravotní péče v důsledku velké fyzické náročnosti, horší manipulace a celkově v důsledku obtížně poskytované péče.

Na obézní jedince respondentka pohlíží s lítostí. Udává, že obézní pacienti mají řadu onemocnění spojených s obezitou. Myslí si, že její osobní postoj ovlivňuje poskytovanou ošetrovatelskou péči v souvislosti s velkou fyzickou náročností, je mladá a nechce se s nimi „tahat“, aby si nepoškodila své zdraví.

Při své praxi stanovuje u obézních pacientů ošetrovatelské diagnózy „Riziko pádu“ a „Poruchu soběstačnosti“. V jejím případě se jedná o seniory. Vyšší věk spojený s obezitou ji vede právě k těmto ošetrovatelským diagnózám. Ošetrovatelskou diagnózu „Sociální izolace“ vysvětluje jako oproštění od normálního života, koníčků a

společnosti. S touto diagnózou se neseťkává. Myslí si, že obézní jedinci sociální izolací trpí, ale ne každý a proto nemá důvod tuto diagnózu stanovit. Slovo stigma chápe jako vyloučení či odlišnost a je toho názoru, že obezita takto postižené jedince stigmatizuje. Pro minimalizaci stigmatizace se snaží „brát“ pacienty takové jací jsou, podporovat je v činnostech, které je baví a nenahlížet na ně s odporem.

Respondentka 3

Respondentkou je všeobecná sestra pracující tři roky na interním lůžkovém oddělení. V současné době je studentkou prvního ročníku kombinované formy bakalářského studia oboru všeobecná sestra.

S obézními pacienty se setkává velmi často, téměř každý den. Mezi zdravotní rizika obezity řadí hypertenzi, bolestivost kloubů a kardiální onemocnění, s těmito riziky se setkává. V rámci svého zaměstnání v nemocnici se na prevenci obezity nepodílí žádným způsobem a na terapii obezity se podílí pouze podáním redukční diety. Při poskytování ošetrovatelské péče obéznímu pacientovi považuje respondentka jako ošetrovatelský problém zhoršenou manipulaci. Jako velký problém shledává to, že se pacient se svými tělesnými rozměry nevejde do postele ani na pojízdnou toaletu. Dalším problémem je zvýšené pocení pacienta, kdy pacient nepříjemně zapáchá, a vznikají opruzeniny. Obezita dle jejího názoru poskytovanou péčí ovlivňuje, s obézními pacienty je vše složitější.

Pohled respondentky na obézní jedince je negativní. Má nepříjemný pocit během kontaktu s nimi a v důsledku zvýšeného pocení hovoří o tom, že obézní pacienti zapáchají. Její osobní postoj ošetrovatelskou péčí určitě ovlivňuje, nerada s nimi přichází do kontaktu a veškerá jejich spolupráce je velmi složitá.

Konkrétní ošetrovatelské diagnózy k obezitě jako takové na oddělení nemají a proto respondentka nestanovuje žádné ošetrovatelské diagnózy. Ošetrovatelskou diagnózu „Sociální izolace“ nezná, během své praxe se s ní neseťkala a proto ani neví, jak by měla tuto diagnózu definovat. Ovšem jejím názorem je, že někteří obézní jedinci opravdu trpí sociální izolací. Slovo stigma je pro respondentku cizí, nezná ho a neví, co

znamená, proto ani nemůže říci, zda jsou obézní jedinci stigmatizováni a pro minimalizaci stigmatizace obézní pacienty nepodporuje.

Respondentka 4

Respondentkou je sestra v současné době zaměstnaná na chirurgickém oddělení. Na tomto oddělení pracuje dva a půl roku. Předtím pracovala téměř dva roky na anesteziologicko-resuscitačním oddělení.

S obézními pacienty se setkává velmi často, odhaduje, že téměř polovina pacientů je obézních. Jako zdravotní rizika obezity vnímá její dopad na kardiovaskulární systém, respirační systém a pohybový aparát. Na prevenci obezity se snaží podílet vyzýváním pacientů k vyvážené stravě a ke sportovní aktivitě. Za ošetrovatelskou intervenci v rámci terapie obezity považuje zajištění redukční diety a dohled nad dodržováním této diety v průběhu hospitalizace pacienta. Při poskytování ošetrovatelské péče má respondentka potíže s manipulací s imobilními obézními pacienty. Jako problémový výkon shledává odběr krve a zavedení periferní žilní kanyly. Žíly jsou schované pod tukovou vrstvou a respondentka má velké potíže najít vhodnou žílu. Odběr či zavedení periferní žilní kanyly se jí podaří až na několikátý pokus, což pro samotného pacienta je nepříjemné. Obezita má vliv na poskytování zdravotní péče. Nejen že poskytování péče sebou přináší různé komplikace jako je zmiňovaná špatná manipulace či ztížený odběr krve, ale jedná se také o délku samotného léčení. U obézních jedinců je doba hospitalizace delší a častěji se objevují různé komplikace.

Osobní postoj respondentky na obézní pacienty není kladný. Domnívá se, že téměř všichni obézní, kdyby měli pevnou vůli a dostatečnou motivaci, by dokázali svou hmotnost snížit. Na obézní pacienty se snaží respondentka pohlížet jako na každého jiného pacienta. I když u obézních jedinců jsou zvýšená rizika i komplikace, není to důvod pro neprofesionální přístup. Snaží se všem pacientům poskytovat rovnoměrnou péči a nedělat mezi nimi jakékoliv rozdíly. Každý pacient má právo na profesionální a odbornou péči.

Při výkonu svého povolání respondentka nestanovuje u obézního pacienta žádné konkrétní ošetrovatelské diagnózy. Ošetrovatelské diagnózy se vztahují spíše k danému onemocnění, ale ne k tomu, zda je pacient obézní či nikoli. Sociální izolaci chápe jako ztížený kontakt s okolím a ztížené navázání sociálních vztahů. S touto ošetrovatelskou diagnózou se při své praxi již setkala, není to ovšem časté a stanovení této diagnózy nebylo spojeno s obezitou. Myslí si, že někteří obézní jedinci trpí sociální izolací. Ale v dnešní době to je spíše výjimkou. Slovo stigma respondentka nezná a neví, jak by ho definovala, proto ani není schopna odpovědět na to, zda jsou obézní jedinci stigmatizováni a jak stigmatizaci minimalizovat.

Respondentka 5

Respondentkou je všeobecná sestra s vysokoškolským bakalářským vzděláním. Nyní pracuje již šestým rokem na interním oddělení. Předtím pracovala téměř čtyři roky na psychiatrickém oddělení.

S obézními pacienty se setkává denně. Jako rizika obezity jmenuje diabetes mellitus, hypertenzi, zvýšené riziko infarktu myokardu, zvýšené riziko vzniku cévní mozkové příhody, bolesti zad a bolesti kloubů. Na prevenci obezity se snaží podílet pomocí dietního systému, snaží se podporovat pacienty, aby byli schopni dodržovat redukční dietu, a zajistí rozhovor s nutriční terapeutkou. Respondentka uvádí, že na jejich oddělení nejsou přijímáni pacienti přímo k terapii obezity. Obezita je jen přidruženým onemocněním ke konkrétní lékařské diagnóze, se kterou je pacient přijat, a proto nevykonává dané ošetrovatelské intervence vztahující se k terapii obezity. U obézních jedinců pravidelně monitorují krevní tlak a kontrolují příjem potravy. Jako problémy při poskytování ošetrovatelské péče označuje horší zavádění periferní žilní kanyly, zavádění permanentního močového katétru a také bezesporu potřebu velké fyzické síly. U obézních jedinců je zdravotní péče ovlivněna i potřebou speciálních pomůcek a zvýšením počtu personálu.

Na obézní pacienty respondentka pohlíží jako na pacienty s civilizační chorobou. Snaží se, aby její osobní vnímání obézních bylo bez předsudků, ovšem když na ulici

potkává extrémně obézní mladé lidi, je to velmi složité. Její osobní postoj v žádném případě neovlivňuje poskytovanou zdravotní péči.

U obézního pacienta stanovuje respondentka různé ošetřovatelské diagnózy, záleží na dalších přidružených problémech. U starších hůře mobilních pacientů se jedná o diagnózu riziko pádu. Pokud pacient trpí zvýšeným pocením, stanovuje diagnózu riziko porušené kožní integrity nebo porušenou kožní integritu. Dále stanovuje riziko infekce a porušenou výživu, nadměrný příjem výživy. Ošetřovatelskou diagnózu „sociální izolace“ vnímá jako vyloučení z kolektivu, osamělost, stranění se, strach z ostatních lidí a jejich reakcí. Respondentka uvádí, že se při své práci s touto diagnózou setkává. Není si úplně jista, zda obézní jedinci trpí sociální izolací. Myslí si, že to souvisí i se stupněm obezity. Extrémně obézní trpí sociální izolací více než obézní s 1. stupněm obezity. Slovo stigma definuje jako negativní pohled společnosti, v tomto případě na obézní osobu. Zda jsou obézní jedinci stigmatizováni, záleží opět na stupni obezity a také na tom, v jaké společnosti se jedinec pohybuje a v jakém prostředí žije. Při minimalizaci obezity je především důležité podpořit pacienty po stránce psychické.

Respondentka 6

Respondentkou je všeobecná sestra pracující 8 let na interním oddělení. S obézními se setkává v práci, na ulici či v médiích denně. Hypertenzi, diabetes mellitus a aterosklerózu vnímá jako největší rizika obezity. Na prevenci obezity se podílí doporučením správné životosprávy a zvýšeného pohybu. Ošetřovatelské intervence při terapii obezity jsou především kontrola příjmu potravy, dohled nad užíváním léků, prevence rizika pádu a pravidelné měření krevního tlaku. Největším problémem při poskytování ošetřovatelské péče vnímá těžkou manipulaci. Na imobilní obézní pacienty fyzicky nestačí, což ovlivňuje poskytování zdravotní péče, je potřeba zaměstnávat více personálu a používat speciální pomůcky.

Na obézní jedince pohlíží respondentka s lítostí. Myslí si, že žít s takovou chorobou určitě není jednoduché. A to především kvůli zdravotním rizikům, které obezita s sebou přináší a dále kvůli předsudkům společnosti, které ovlivňují chování lidí k obézním jedincům. Ona sama se snaží na obézní pacienty pohlížet bez předsudků a v zaměstnání

se jim věnuje tak jako ostatním pacientům. Nedovolí, aby její osobní postoj zasahoval do poskytování ošetrovatelské péče.

Při poskytování ošetrovatelské péče obéznímu jedinci pracuje respondentka s ošetrovatelskou diagnózou deficit sebepéče a porucha vyprazdňování. Sociální izolaci jako ošetrovatelskou diagnózu by nahradila slovem samota, s touto diagnózou se ve své praxi setkává. Zda jsou obézní jedinci sociálně vyloučení, závisí dle jejího názoru na stupni obezity. Stigmatizaci by nahradila slovem diskriminace nebo negativní pohled. Někteří obézní pacienti určitě stigmatizací trpí, ale záleží na tom, v jakém prostředí se pacient nachází a o jaký stupeň obezity se jedná. Například ze strany zdravotníků k diskriminaci téměř nedochází, protože zdravotníci vnímají obezitu jako onemocnění a obézní jedince jako nemocné pacienty. Pro minimalizaci stigmatizace je vhodné používat holistický přístup k pacientovi.

Respondentka 7

Respondentkou je sestra pracující 11 let na chirurgickém lůžkovém oddělení. Dříve pracovala 2 roky na dětském oddělení a 1 a půl roku na interním oddělení.

S obézními pacienty se setkává v rámci svého zaměstnání, ale i ve společnosti. Vzhledem k tomu jak je obezita rozšířená, styk s obézními je každodenní. Udává, že zdravotních rizik obezity je mnoho. Obezita se dotýká každého tělního systému. Dle jejího názoru je však největší hrozbou hypertenze, diabetes mellitus, akutní infarkt myokardu a cévní mozkové příhody. Je pro ni těžké se nějakým způsobem podílet na prevenci či terapii obezity. Během svého povolání je schopna pouze dohlédnout na stravu pacientka, edukovat ho v oblasti správné životosprávy a doporučit mu fyzickou aktivitu. Zastává názor, že prevence obezity je úkolem samotných pacientů a obvodních lékařů, a terapie obezity je úkolem opět samotných pacientů a lékařů specialistů obezitologů.

Při poskytování ošetrovatelské péče zaznamenává respondentka spoustu problémů. Počínaje špatnou hygienou a manipulací, přes obtížné měření krevního tlaku a obtížné napíchnutí žilního přístupu až po špatně se hojící rány, což je v chirurgii velkým problémem. Obezita je určitě zhoršujícím faktorem při poskytování zdravotní péče.

Jedná se prodloužení doby hospitalizace a doby rekonvalescence. Dále jde o přidružená onemocnění, kterými obézní pacienti trpí, léčí se s hypertenzí a s cukrovkou, které také přinášejí různá rizika. Všechno se to na sebe „nabaluje“, pacientův zdravotní stav je špatný, není schopen chodit do práce a jeho léčení stojí nemalé peníze.

Práce s obézními pacienty je pro respondentku velmi náročná. Její osobní postoj k nim je spíše negativní. Hůře se s nimi domlouvá na čemkoliv, má pocit, že hůře chápou, jako kdyby mluvila s dítětem, nechtějí si nechat nic vysvětlit, nechtějí si nechat poradit, někteří si opravdu myslí, že mít nějaké to kilo navíc je zdravé, což může říct jen hloupý člověk. Samozřejmě ne všichni jsou takoví, ale její zkušenost je většinou taková. Myslí si, že její postoj neovlivňuje poskytovanou ošetrovatelskou péči, ale určitě jí to stojí více námahy. Musí vynaložit více fyzických i psychických sil.

Respondentka nestanovuje žádné ošetrovatelské diagnózy, týkající se přímo obezity. Pracuje s diagnózami, které souvisejí se zdravotním stavem pacienta. Nejčastějšími diagnózami na jejich oddělení jsou riziko infekce, akutní bolest a porušená kožní integrita. Ošetrovatelskou diagnózu sociální izolace definuje jako odloučení od společnosti, s touto diagnózou se setkává jen málokdy a je spojena s amputacemi či se stomií. Nikdy se nezamýšlela nad tím, že by měla tato diagnóza vztah i k obezitě, ale určitě to má svůj důvod, někteří obézní opravdu mohou trpět sociální izolací, to však souvisí se stupněm obezity a na povaze konkrétního nemocného. Stigmatizací rozumí negativní postoj společnosti k jedincům s nějakou vadou či onemocněním. U obézních jedinců by určitě mohlo docházet ke stigmatizaci, společnost není k obézním tolerantní. Respondentka nikdy neuvažovala nad tím, zda dochází u obézních ke stigmatizaci, proto neví, jak by měla postupovat při minimalizaci stigmatizace. Zaměřila by se nejspíš na psychický stav nemocného a možná by doporučila rozhovor s odborníkem psychologem.

4.1.2 Rozhovory s pacientkami

Respondentka 8

Respondentkou je mladá 24letá žena. V současné době měří 165 cm, váží 85 kg a BMI je 31,2. Netrpí žádným onemocněním. Problémy se svou hmotností začala respondentka pociťovat jeden a půl roku zpětně, v tomto období se začala hmotnost rapidně zvyšovat. Uvádí, že dříve velmi často a ráda sportovala. V době, kdy se hmotnost začala zvyšovat, nastoupila respondentka na nové pracovní místo. V tomto zaměstnání tráví většinu času u počítače a vzhledem k časovému vytížení vede nesprávnou životosprávu, největší příjem potravy je ve večerních hodinách a na sport už nemá žádný čas. O snížení hmotnosti se sama spíše nepokoušela. Snažila se o úpravu jídelníčku, došlo však pouze k mírné úpravě, kterou ale i tak nedodržovala. Motivací pro ni bylo zvýšení sebevědomí, chce se líbit sobě i okolí. Terapii určenou lékařem respondentka nepodstoupila, cítí stud a strach se před lékařem svléknout.

V partnerském životě se respondentce daří celkem dobře. Žije s partnerem více než 4 roky. Seznámili se ještě v době, kdy byla štíhlá. Před partnerem se stydí, nechce se ukazovat nahá, má na těle strie a vadí jí, když si ji partner prohlíží. Její zvýšená hmotnost zasahuje do sexuálního života, kdy překážkou je především stud, nechce se mnohokrát nechat ani od partnera pohladit.

Respondentka pracuje v oblasti telemarketingu jako operátorka callcentra. Jde o sedavé zaměstnání, kdy většinu času tráví u počítače. V zaměstnání se jí daří celkem dobře. Nemá pocit, že by se k ní ostatní zaměstnanci či nadřízení chovali nepěkně. Udává však, že dříve byla průbojnější, šla si za svým cílem, snažila se něco vybudovat a dávala to ostatním najevo. Dnes, se ztrátou sebevědomí si už netroufne, nemá odvalu.

Na otázku, zda hmotnost ovlivňuje její psychiku, odpověděla, že určitě ano, má nízké sebevědomí a psychicky se vůbec necítí dobře. Překážky v životě dle respondentky obezita určitě přináší. Jde o častou výměnu či doplňování šatníku při kolísání hmotnosti, o přijímání kritiky od okolí, která není příjemná. Svě postavení ve společnosti vnímá celkem dobře. Ráda se stýká s lidmi a ráda chodí do společnosti. Nemá pocit, že by se setkala se situací, kdy by se cítila společností opomíjena. Na otázku, zda jsou nějaké činnosti, které nemůže kvůli své hmotnosti vykonávat, odpovídá, že nechce chodit do fitness centra, na plovárnu či do sauny. Tato místa dříve

navštěvovala, ale dnes tam kvůli svému tělesnému vzhledu nechce chodit. Má strach z toho, že jí tam budou všichni „očumovat“.

Na otázku, jak vnímá postoj společnosti k obézním jedincům, odpovídá, že společnost obézní odsuzuje a v některých situacích má pocit, že snad dokonce dochází až k diskriminaci. Ani se zdravotníky nemá dobrou zkušenost. Má pocit, že ke štíhlým lidem se zdravotníci chovají přátelsky a jsou milí. Respondentka uvádí, že když byla štíhlá, její obvodní lékař se k ní choval velmi mile, smáli se spolu a někdy měla pocit, že s ní i flirtuje. Nyní s ní hovoří pouze v rámci nutnosti a neprojevuje žádnou snahu o pomoc při terapii obezity. A proto si myslí, že je obézním jedincům poskytována horší zdravotní péče než jedincům štíhlým.

Respondentka 9

Respondentkou je 23letá žena. Měří 167 cm, váží 91 kg a BMI je 32,63. Potížemi se zvýšenou hmotností trpí respondentka již od dětství. K zjevnému nárůstu hmotnosti ovšem došlo v pubertálním věku. V této době byla respondentce nasazena hormonální léčba pro hypofunkci štítné žlázy. V minulosti se několikrát sama snažila o snížení hmotnosti. Hmotnost snižovala pomocí sportovní aktivity a snažila se dodržovat správnou životosprávu. Při dodržování se hmotnost snížila, ale po ukončení hubnutí nastal jojo efekt a ztracené kilogramy měla nazpět. Motivací pro respondentku byl pohled do zrcadla a ručička váhy, která ukazovala vysoká čísla. Terapii určenou lékařem respondentka nikdy nepodstoupila.

Jak se daří respondentce v partnerském životě je pro ni těžké definovat. V současnosti má stálý partnerský vztah. Jelikož má potíže s váhou již od pubertálního věku, není schopna říci, zda by se jí v partnerském životě dařilo lépe, pokud by měla nižší hmotnost. Ve vztahu je velmi spokojená a nic by neměnila.

Respondentka pracuje jako všeobecná sestra a uplatnění má dobré. Nemá pocit, že by kvůli její zvýšené hmotnosti docházelo k nějakým nepříjemným situacím na pracovišti. Myslí si, že při tomto povolání je snad i výhodou mít nějaké ty kila navíc, protože ona sama pracuje s obézními pacienty a ví, jak je náročná manipulace s nimi.

Při dlouhých dvanáctihodinových směnách se ovšem cítí unaveně a při fyzické zátěži se dříve vyčerpá.

Žena uvádí, že vzhledem ke své tělesné hmotnosti a postavě se sama za sebe stydí. Pociťuje méněcennost a je často sama k sobě velmi sebekritická. S její postavou si netroufne, obléknou plavky a jít na koupaliště. Celkově nemá letní období moc v oblibě, protože lehké letní oblečení nezakryje její přebývající kilogramy. Ve společnosti se necítí moc dobře, jde především o situace, kdy je ve společnosti krásných a přitažlivých žen. Není žádná činnost, kterou by kvůli své hmotnosti vykonávat nemohla. Ovšem raději se některým činnostem raději vyhýbá dobrovolně.

Postoj společnosti k obézním jedincům nehodnotí pozitivně. Myslí si, že společnost pohlíží na obézní jedince s odporem a dochází u nich k vyloučení ze společnosti. Ani postoj zdravotníků dle jejího názoru není dobrý. Má pocit, že se zdravotníci chovají k obézním pacientům netaktně a v některých případech dochází k jejich ponižování. Také se domnívá, že je obézním pacientům poskytována horší zdravotní péče a to z toho důvodu, že si zdravotnický personál nechce zatěžovat své zdraví při manipulaci s obézními pacienty, protože je to velmi fyzicky náročné a vyčerpávající.

Respondentka 10

Respondentkou je 23letá žena s výškou 168 cm a váhou 80 kg, BMI je 28,34. Kromě potíží s hmotností nemá žádné jiné zdravotní problémy. Potíže s hmotností se u respondentky vyskytují již od dětství, konkrétně od sedmi let věku. Přibližně v páté třídě základní školy začala jíst více sladkých potravin a cukrovinek a nedodržovala správnou životosprávu. V dospělosti se respondentka pokusila sama o snížení hmotnosti a byla v tomto pokusu úspěšná. Během šesti měsíců ztratila na váze 16 kilogramů. Před touto změnou vážila 96 kg. Aktivně se začala věnovat sportu. Nejvíce jezdila na kole. Sama si upravila jídelníček, dodržovala správnou životosprávu a úplně vynechala alkohol. Co pro ni bylo motivací, nedokáže popsat. Říká, že sama chtěla zhubnout, bylo to neplánované, najednou měla chuť to změnit a pokus byl opravdu úspěšný. Terapii určenou lékařem nepodstoupila. Uvádí, že o tom uvažovala, ale nakonec si to

rozmyslela, jednalo se spíše o kosmetický zákrok a neměla dostatečné finanční prostředky.

S partnerským životem není respondentka moc spokojená. Stálého partnera nyní nemá, ale žije aktivním sexuálním životem. S ohledem na svou hmotnost se stydí před mužem svléknout. Ráda nosí spodní košilky, protože částečně zakrývají široké partie. Nahá se nechce ukazovat a úplně se svlékne pouze v případě, když je v místnosti úplná tma.

Se zaměstnáním je respondentka spokojená. Pracuje jako prodavačka textilních oděvů, které jsou svou módou blízké spíše mladým lidem. Tato práce ji baví, má ji ráda a i když se její práce týká módy, cítí se velmi dobře při tomto zaměstnání. Nemá ani pocit, že by její zaměstnavatel hleděl na její tělesnou postavu.

Co se týče vlivu zvýšené hmotnosti na její psychiku, pociťuje respondentka převážně lítost. Dále udává, že značným problémem je bolest v kolenou, která se objevuje při každém dlouhém stání. Cítí se být méně pohyblivá, což je překážkou, která zasahuje i do jejího sexuálního života. Ve společnosti se necítí dobře. Bývala terčem posměchu od okolí a musela snášet urážky od bývalého partnera. Tyto vzpomínky pro ni nejsou vůbec veselé. Žena má pocit, že jsou i takové situace, kdy se jí okolí vyhýbá a nikdo si jí ve společnosti raději nevšímá. Omezuje se i v takovém směru, že i když by chtěla, nenavštěvuje místa, jako jsou fitness centra či plovárny a další různá místa, kde by mohla být středem pozornosti. Nemá dostatek odvahy taková místa navštívit.

Postoj společnosti k obézním jedincům hodnotí tak, že se na ně okolí dívá „skrz prsty“. Ona osobně má ve svém okolí obézní jedince, většina jejich přátel je obézních a soucítí s nimi. S negativním postojem zdravotníků nemá žádnou zkušenost a nikdy nepociťovala z jejich strany špatné zacházení.

Respondentka 11

Respondentkou je 23letá žena, její současná váha je 93 kg, výška 169 cm a BMI je 32,56. Žena nemá žádné zdravotní potíže. Problémy s hmotností trpí od základní školy, kdy se hmotnost začala postupně zvyšovat. O snížení hmotnosti se sama pokoušela několikrát. Vždy začala dodržovat správnou životosprávu a začala sportovat. Sportu se

však nevydržela věnovat po delší období, poté následovalo porušení životosprávy a veškeré její pokusy byly neúspěšné. Motivací pro ni bylo to, že chtěla být spokojena se svým tělem a toužila po uznání od okolí. Návštěva lékaře za účelem terapie obezity u ní nepřipadá v úvahu. Velmi by se styděla.

V partnerském životě se respondentce daří velmi dobře. Před půl rokem se provdala za svého partnera. Omezení pociťuje v sexuálním životě. Její partner je ovšem velmi tolerantní a moc hodný. Cítí se s ním dobře, je spolehlivý a je jí velkou oporou při jakýchkoliv problémech.

Respondentka pracuje jako sekretářka. Při tomto zaměstnání tráví většinu času u počítače. Práci rozumí a baví jí to. Zaměstnavatel je s ní spokojen a nepociťuje z jeho strany, či ze strany jiných pracovníků žádné negativní ohlasy. Nikdy se nesetkala s tím, že by se jí v zaměstnání někdo posmíval nebo ji urážel.

Její tělesná hmotnost značně ovlivňuje její psychické rozpoložení. Velmi se stydí za svou postavu, má nízké sebevědomí a uvádí, že trpí až depresi. Volným oděvem se snaží zakrývat „kila navíc“. Nerada chodí do společnosti, spíše se tomu vyhýbá, pokud je to možné. Když se má setkat s lidmi, které zná, tak se cítí dobře. V okruhu jejích přátel je to v pořádku. Mezi cizí osoby raději vůbec nechodí. Vzhledem ke své hmotnosti se vyhýbá jakýmkoli sportovním aktivitám. V žádném případě by nešla plavat nebo do sauny.

Postoj společnosti k obézním jedincům vnímá negativně. Obézní jsou dle jejího názoru terčem posměchu. Ostatní lidé se s nimi nechtějí bavit a v některých případech jsou až diskriminováni. Postoj zdravotníků k obézním pacientům také hodnotí negativně. Setkala se s urážkami ze strany lékařů a s poskytováním „špatné“ zdravotní péče.

Respondentka 12

Respondentkou je žena ve věku 25 let. Její současná váha je 97 kg při 162 cm, BMI je 36,96. V současné době je na mateřské dovolené se svým dvouletým synem. Uvádí, že k nárůstu hmotnosti došlo především v době těhotenství. Dříve kouřila a při zjištění těhotenství kouřit přestala. Toto také k nárůstu hmotnosti přispělo. V těhotenství

přestala dělat věci, které byly spojeny s vyšší fyzickou aktivitou, a postupem času velmi zlenivěla. Místo kouření začala jíst sladké potraviny, které si zamilovala a večer u televize si bez sladkého nedokáže představit. Žádné stravovací návyky nedodrží, nejvíce a nejradyji jí večer u televize. O snížení hmotnosti se jednou za čas pokusí, snaží se upravit si jídelníček a více se hýbat, ale pokusy jsou marné. Je pohodlná a nemá silnou vůli. Terapii určenou lékařem nepodstoupila a má pocit, že je to trapné.

Se svým partnerem žije respondentka 7 let. Společnou domácnost sdílejí více než 5 let. Mají spolu dvouletého syna. Její hmotnost podstatně působí na jejich partnerský vztah. Partner je velmi pracovně vytížený a ona má občas pocit, že jen sedí doma a nic nedělá. Partner jí to najevo nedává, ale sama to tak cítí. Chtěla by se vdávat, ale její partner tento návrh odmítl. Jeho rozhodnutí přisuzuje respondentka částečně ke své hmotnosti. Když se poznali, byla štíhlá a teď se už partnerovi tolik nelíbí a tolik ho nepřitahuje, což vede i ke zhoršení sexuálního života.

Po psychické stránce se respondentka dobře necítí. Vyčítá si, že tolik ztloustla a je jí to líto. Cítí se sama a o těchto problémech se nechce se svým partnerem bavit. Nerada se na sebe dívá. Nelíbí se jí, jak jí „tečou špeky“. Nevejde se do kalhot, které dříve nosila. Má strach, že až její syn bude starší, bude se stydět za to, že jeho maminka je tlustá. Společnost nenavštěvuje ráda, má pocit, že si jí všichni prohlížejí a stydí se za sebe. Pokud je to možné, raději zůstává doma nebo se pohybuje pouze v rodinném kruhu či v blízkosti přátel. Vyhýbá se situacím a činnostem, kde je více lidí. Nerada také chodí nakupovat oblečení. Do ničeho se nevejde a cítí se před prodavačkami trapně. Při větší fyzické zátěži se velmi rychle unaví a proto ani nesportuje.

Jejím názorem je, že společnost se nechová k obézním jedincům pěkně. Očumují je, posmívají se jim a vidí v nich lenochy, kteří jen jí a leží. Ani ona sama nemá extrémně obézní jedince ráda, ale alespoň trochu s nimi dokáže soucítit a chová se k nim slušně. Osobně se s „špatnou“ péčí ze strany zdravotníků nikdy nesetkala. Ale myslí si, že se ani zdravotníci na obézní pacienty nedívají pěkně. Obzvláště při poskytování péče to může způsobit různá rizika.

Respondentka 13

Respondentkou je žena ve věku 27 let. Její současná váha je 104 kg při výšce 164 cm, BMI je 38,67. Kromě obezity netrpí respondentka žádným onemocněním. Uvádí, že hmotnost se začala zvyšovat v době, kdy v pubertálním věku užívala antikoncepci. Antikoncepce jí byla vyměněna, hmotnost se ustálila, ale nabrané kilogramy se jí nepodařilo shodit. K dalšímu nárůstu hmotnosti postupně docházelo po svatbě. Nejvíce se na její váze však podepsalo těhotenství. To co přibrála během těhotenství, se jí také nikdy nepodařilo shodit. K její váze určitě přispívá nezdravá a nepravidelná strava, velmi ráda si dopřává sladké. O snížení hmotnosti se sama pokoušela několikrát, avšak marně. Nemá pevnou vůli a čas na to, aby dodržovala správnou životosprávu a věnovala se sportu. Kontaktovat lékaře specialistu jí nikdy nenapadlo.

Vlivem nárůstu hmotnosti se respondentce rozpadlo manželství. S manželem žila téměř osm let. Mají spolu 5leté dítě. Její hmotnost významně zasáhla do jejich soužití. Manželovi vadilo, jak jeho manželka vypadá. Styděl se, nechtěl s ní chodit do společnosti. Když se seznámili, byla štíhlá a mladá. Jejich manželská krize začala hádkami a výčitkami. Tyto situace respondentku motivovaly k hubnutí, ale nebyla ve svých pokusech úspěšná. Postupem času nebyla situace únosná a manžel se rozhodl odstěhovat se. Respondentka zůstala sama s dcerkou. Toto období pro ni bylo velmi náročné. Po nějakém čase manžel podal návrh o rozvod a dnes se téměř nestýkají. Myslí si, že vzhledem k její vizáži se už s nikým neseznámí, nenajde si žádného partnera a tím pádem i nového tatínka pro dceru.

Respondentka pracuje jako pokojská. Při tomto zaměstnání je stále v pohybu, běhá po schodech, po chodbách a kolikrát nemá čas si ani odpočinout. V tomto zaměstnání se jí líbí. Jediná nevýhoda je, že při své váze a postavě se více potí, rychleji se vyčerpá a není tolik obratná. Nikdy nezažila žádný posměch nebo urážky ze strany zaměstnavatele či ostatního personálu. Na pracovišti mají přátelské vztahy.

Po psychické stránce respondentka velmi strádá. Cítí se nešťastná a zklamaná. Jediné štěstí, které v životě má, je její rodina, dcerka a pár dlouholetých přátel. Někdy se cítí být osamělá. Když ještě žila s manželem, chtěla s ním chodit do společnosti, chtěla chodit do kina, do divadla nebo do restaurace. Manžel se ale styděl a vyvolal v ní pocit, že by se opravdu za sebe měla stydět. A přesně takový pocit teď ve společnosti

má. Stydí se, má strach že se jí budou ostatní posmívat a budou jí urážet. Nejraději proto zůstává doma. Chodí jen do práce, pro dcerku do školky a zařizuje potřebné věci, například na úřadech a podobně. S přáteli a s rodinou se setkává doma. Její váha a rozvod s manželem ji odřízly od společnosti a okolního světa.

Respondentka je přesvědčená, že postoj společnosti k obézním jedincům je špatný. Lidé jsou zlí a zákešní, a pokud se jedná o duševní či tělesné postižení, což obezita určitě je, v lidech to tyto negativní emoce ještě zdvojnásobí. Společnost má ráda lidská neštěstí. Obézní jedinci jsou terčem útoků. Posmívají se jim, urážejí je, dívají se na ně znechuceně, s odporem. Ona sama se toho velmi bojí. Dle jejího názoru postoj zdravotníků k obézním jedincům není takový, jaký by měl být. Zdravotníci by měli obézní pacienty motivovat ke snížení váhy, ale myslí si, že tomu tak není. Zdravotníci jsou také lidé a s obézními jedinci se neseťkávají jen ve svém zaměstnání, kde by se měli chovat profesionálně, ale i na ulicích v běžném životě, kde jsou obézní terčem útoků. Respondentka nemá pocit, že by jí byla poskytována „horší“ zdravotní péče, ale ona sama se necítí dobře, když jde k lékaři.

Respondentka 14

Respondentkou je žena ve věku 38 let. V současné době je její váha 104 kg při výšce 170 cm. BMI je 35,99. Po zdravotní stránce se cítí dobře, občas jí trápí zažívací potíže, jako jsou pálení žáhy nebo nadýmání. Problém s hmotností nastal během těhotenství, kdy respondentka přibrala velmi mnoho, kolik to bylo přesně kilogramů, neví. Po porodu spadla váha pouze o váhu dítěte a zbytek kilogramů se jí nikdy nepodařilo shodit. Od této doby vede neustálý boj s váhou, velmi často se snaží držet různé diety, pořídila si i „léky na hubnutí“, po kterých byl úbytek kilogramů významný. Když přestala tyto léky užívat, váha začala okamžitě stoupat a dostala se na předešlé hodnoty. Tyto léky byly na předpis obvodního lékaře, který se snaží jí s obezitou pomoci. Odborného lékaře zatím nikdy nenavštívila, ale tento rozhovor ji možná k takové návštěvě namotivuje.

Žije sama s dětmi, momentálně žádného partnera nemá. S manželem se rozvedli 3 roky po svatbě. Postupem času si přestali rozumět. Respondentka veškerý čas věnovala

svým dětem a manžel trávil většinu času v zaměstnání. Po nějaké době do jejich vztahu vstoupila jiná žena a tímto se jejich vztah ukončil. Po rozvodu měla 3 důvěrnější známosti, které ale ztroskotaly po několika měsících. Je pro ni těžké se s někým seznámit. Myslí si, že obezita je důvodem pro sníženou šanci na seznámení se. I to, že po porodu nedokázala nabrané kilogramy shodit, její váha se tak rapidně zvýšila a zkazilo jí to postavu, byl zřejmě také jeden z důvodů rozpadu manželství. Dříve byla štíhlá, měla ze sebe lepší pocit a usmívala se. Neměla žádné problémy se s někým seznámit. Při této postavě jí chybí sebevědomí a netroufne si někoho oslovit.

Respondentka pracuje jako ekonomka v otcově firmě. Celý den tráví většinou za stolem u počítače. Jiné zaměstnání nikdy neměla. Na pracovišti se k ní chovají všichni velmi mile, je dlouholetou zaměstnankyní a s ostatními má přátelské vztahy. Nikdy se nesečkala s posměchem nebo urážkami, ale umí si představit, že je to velmi nepříjemné. Pokud by se měla setkat s posměchem, urážkami nebo šikanou na pracovišti kvůli postavě, byl by to pro ni důvod zaměstnání opustit.

Obezita přináší respondentce nemalé těžkosti. Je smutná a lítostivá. Cítí, že čím je starší a nosí takovou váhu, je více protivná a neochotná. Hůře se jí komunikuje s lidmi. Když potká někoho známého, myslí stále na to, zda dotyčný neutrousí nějakou poznámku k její postavě a raději rozhovor zkrátí a najde si záminku jak ho ukončit. Nejraději tráví čas doma a vyhýbá se styku s ostatními. Když ji zavolají přátelé, zda nechce přijít na sraz, raději pozvání odmítne. Necítí se ve společnosti dobře a tyto pocity se navyšují s větším množstvím osob. Obezita jí brání v pohybu, při větší zátěži se rychle unaví, je to pro ni vyčerpávající. Toto je důvodem, proč se nevěnuje sportu. Občas si vyrazí na kole do přírody, kde je malá pravděpodobnost, že potká nějaké lidi, a tímto její sportovní aktivita jak začíná, tak končí. Má strach z negativních reakcí od lidí. Nechce, aby ji někdo pozoroval a smál se jí, že je tlustá.

Postoj společnosti k obézním jedincům nehodnotí kladně. Lidé se jim posmívají a vyhýbají se jim. Není jednoduché takto žít. Když jdete do obchodu, na poštu nebo na úřad, tak víte, že potkáte alespoň jednoho člověka, který se na vás podívá s výrazem naznačující odpor, a máte zaručeně zkaženou náladu na celý den. Postoj zdravotníků posuzuje kladně, nikdy se nesečkala s nepříjemným chováním z jejich strany.

Respondentka 15

Respondentkou je žena ve věku 40 let. Při výšce 176 cm nosí 143 kg. BMI je 46,16. Její zdravotní stav není dobrý. Trápí ji její obezita, se kterou je spjata hypertenze, na níž se léčí respondentka téměř tři roky. Zvýšená hmotnost provází ženu celým životem, jak roky plynuly, její váha se stále zvyšovala. Již několikrát se pomocí vlastních sil pokoušela o snížení hmotnosti. Je velmi časově vytížená a je pro ni složité pravidelně jíst a pohybová aktivita je pro ni velmi obtížná. Nejvíce toho sní večer, když přijede z práce domů. Terapii určenou lékařem nikdy nepodstoupila. Její obvodní lékař se pouze snažil dopátrat tomu, co by mohlo být příčinou neustále se zvyšující hmotnosti. Nic se ale nepodařilo zjistit.

Její partnerský život je velmi chudý. Měla pár známostí, ale vážnější vztah měla jen jeden. Bylo to pro ni velmi bolestné a nerada se k tomu vrací. Myslí si, že obezita má určitě dopad na milostný vztah člověka, jako je to i v jejím případě. Těžko navazuje s muži kontakty. Chybí jí sebevědomí nějakého muže oslovit a muži o ni zájem nejeví. Pokud se za ni muž ohlédne, je to spíše ohlédnutí s posměchem na „tlust’ocha“, než ohlédnutí se za ženou.

Respondentka pracuje jako dealerka. Nabízí lidem různé produkty. Její pracovní den spočívá v jízdě autem na sjednanou schůzku s klientem. Během schůzky sedí a konzultují s klientem různé záležitosti. Po skončení schůzky opět nasedne do auta a jede zpět na firmu. V jeden den má takových schůzek více. Znamená to tedy, že celý den sedí za volantem a je v časové tísní. Pro respondentku je toto povolání někdy i velmi stresující, nemá na nic čas, tráví v práci opravdu skoro celý den. Její obezita na klienty také nepůsobí kladně. Nikdy se nesečkala s urážkami od klientů, ale ona sama vnímá jejich hrůzné pohledy. Není to pro ni příjemné hlavně v letním období, kdy se celý den potí v autě a na schůzku přijde celá zpocená. Nejvíce je to pro ni nepříjemné, když se schůzka koná u klienta doma. Celý den nic nejí, protože je jí trapné objednat si něco k jídlu na schůzce.

Obezita velmi působí na psychický stav respondentky. Trápí ji, jak vypadá a bojí se o své zdraví. Má strach z toho, že nebude nikdy spokojená. Chtěla by si najít partnera a založit rodinu. Už je jí čtyřicet let a měla jen jednu vážnou známou. Myslela si, že

s tímto mužem založí rodinu a vychová děti. Tento vztah ale ztroskotal a respondentku to velmi zasáhlo. Vždy raději pracovala, aby neměla čas myslet na tyto skutečnosti. Do společnosti moc nechodí. Vzhledem k tomu, že její práce vyžaduje kontakt s lidmi, po pracovní době, která je velmi dlouhá, raději zůstává doma a relaxuje. Relaxuje tím způsobem, že si udělá něco k jídlu a posadí se k televizi. Sportovat nechodí, její hmotnost je tak vysoká, že i samotná chůze je pro ni náročná, při každém kroku cítí velkou zátěž a po delší době jí z toho bolí klouby. Respondetka udává, že je mnoho věcí, kterých se obézní lidé musejí vzdát. Nejhorší ovšem je, když obezita donutí člověka strádat citově. Člověk je sám, do společnosti nechodí, nikdo se s ním nebaví a většina lidí se mu vyhýbá. Je to pak velmi těžké.

Jak se společnost staví k obézním jedincům, vnímá respondentka různorodě. Mluví o tom, že jsou tací, co dokážou s obézními soucítit, chovají se k nim slušně, chovají se k nim jako k lidem. Na druhé straně jsou tací, co se obézním pošklebují, nadávají jim, bez servítek řeknou, že se jim obézní hnusí. Respondetka vypráví o tom, že se dostala do situace, kdy malé dítě řeklo své matce „ Podívej, mami, hnusná tlustá pani, fuj!“. Tato zkušenost respondentkou velmi otřásla. Se zdravotníky má respondentka dobrou zkušenost. Samozřejmě slýchá z úst lékařů, že by měla snížit hmotnost vzhledem k hypertenzi a celkovému zdravotnímu stavu, ale to jsou fakta a nelze to nikomu vyčítat. Že by jí byla poskytována „horší“ zdravotní péče si nemyslí, samozřejmě si uvědomuje složitost ve všech ohledech, ale nemá pocit, že by někdo ze zdravotníků zanedbával péči o obézní pacienty.

Respondetka 16

Respondentkou je 43letá žena. Váží 127 kg, měří 180 cm a BMI je 39,19. Její zdravotní stav je vcelku dobrý. Při poslední kontrole u obvodního lékaře měla hraniční hodnoty krevního tlaku a cukru v krvi. Nikdy nebyla úplně štíhlá, ale k postupnému nárůstu hmotnosti došlo po svatbě, během těhotenství a vlastně až do současnosti. Ráda si dopřeje dobrého jídla, má ráda sladké. Bylo několik pokusů, kdy se respondentka snažila o snížení hmotnosti. Začala zdravě jíst, do jídelníčku zařadila více zeleniny a ovoce, snažila se více věnovat sportu. Pokles hmotnosti nastal po několika týdnech a

nebyl nějak výrazný a na tom se zhroutily veškeré plány k redukci hmotnosti. K tomu chybí respondentce trpělivost a silná vůle. S žádným lékařem nikdy nekonzultovala možnost terapie pod dohledem lékaře.

V partnerském životě je respondentka spokojená, má stálého partnera už 24 let. Potkali se v jejích 19 letech, po pár měsících spolu začali bydlet, v 22 letech se vdávala a ve 23 letech se jim narodil syn. Dnes žijí v rodinném domě. Mají spokojené manželství. Manželovi nevadí kilogramy, které respondentka nabrala. I on má nějaké to kilo navíc. Společně si rádi dopřávají různé pochutiny. Respondentka je nyní nezaměstnaná, tak většinu času tráví v kuchyni a stále něco vaří nebo peče. Když manžel přijde z práce, posadí se spolu na zahradě, udělají si kávu a snědí všechno, co respondentka navařila a napekla.

Tělesná hmotnost ovlivňuje u respondentky psychiku pouze v tom ohledu, že má strach, aby netrpěla vysokým krevním tlakem nebo cukrovkou. Jinak se její váha nijak nepodepisuje na její psychice, je se sebou spokojená, má skvělého manžela, milujícího syna a celou rodinu, dobré přátele a na tom jí záleží nejvíce. Její tělesná hmotnost jí nepřináší žádné překážky v životě, nejsou žádné situace nebo činnosti, které by nemohla vykonávat. Do společnosti chodí ráda. Pravidelně navštěvují s manželem přátele, vyrážejí spolu do restaurací, organizují různé výlety a podnikají všelijaké akce. Mají o zábavu postaráno. Nikdy se nesečkala se situací, kdy by jí někdo urazil, že je tlustá, s takovým jednáním nemá žádnou zkušenost.

Postoje a názory lidí na obezitu jsou různé, někdo je nemá rád, posmívá se jim, uráží je, nadává jim. Někdo si jich vůbec nevšimá a někteří je litují. Záleží na tom jaký ten člověk je. Postoj zdravotníků k obezitim je určitě profesionální, obezitu vnímají jako nemoc, tím pádem jsou obezitim pacienti pro ně nemocní lidé. Respondentka odmítá, že by jí byla poskytována „horší“ zdravotní péče od zdravotníků vzhledem k její hmotnosti.

Respondentka 17

Poslední respondentkou je žena ve věku 35 let. Tato žena váží 102 kg, měří 174 cm a BMI je 33,69. Její zdravotní stav je, až na křečové žíly na nohou, dobrý. Problémy

s hmotností začala respondentka vnímat v období po vyučení, když nastoupila do prvního zaměstnání. Byla zaměstnána jako servírka v restauraci. Začala se nepravdělně a nezdravě stravovat a kilogramy šly nahoru. Vzhledem k dlouhým a náročným pracovním směnám se naučila přes den nejíst skoro vůbec a nejvíce jídla spořádat ve večerních, mnohdy až v nočních hodinách. Další velkou roli zahrálo těhotenství, kdy se respondentce nikdy nepodařilo shodit nabrané kilogramy. Asi tak jednou až dvakrát do roka ji popadne „hubnoucí nálada“, kdy se snaží zredukovat váhu. Jí zdravě a pravidelně, snaží se chodit cvičit a dopřává si více odpočinku a relaxace. Tento proces trvá přibližně měsíc a poté se vše vrací do stejných kolejí. O terapii obezity za asistence lékaře neuvažovala, pouze zvažovala možnost, že by podstoupila liposukci.

V partnerském životě je respondentka spokojená. S bývalým partnerem má 11letou dcerku. S tímto partnerem nebyla vdaná a rozešli se dva roky po narození holčičky. Myslí si, že k rozchodu určitě přispěl i její fyzický vzhled. Nyní žije s partnerem již 7 let. Je s ním velmi šťastná. Má ji rád takovou, jaká je a velmi pěkně se chová i k její dceři, čehož si velmi váží. Dohromady tvoří jednu šťastnou a spokojenou rodinu.

V zaměstnání už tolik spokojená není. Je vyučená jako servírka a celý život se tím také živí. Toto zaměstnání je pro ni velmi náročné. Má křečové žíly a s její váhou je to unavující. Její tělesná postava není to ideální pro toto povolání. Člověk musí být obratný a rychlý a to respondentce jde těžko. U současného zaměstnavatele je celkem spokojená, chová se k ní slušně a příjemně. V tom předešlém zaměstnání to bylo horší. Zaměstnavatel se k ní choval velmi arogantně, ale s ostatními kolegyněmi vždy jednal mile. Po nějakém čase začala pociťovat nepříjemné chování i od kolegyň. Jednalo je o mladé atraktivní slečny a respondentka mezi ně nezapadala. Začaly ji urážet. Urážky se týkaly jejího věku, jejího stylu oblékání a samozřejmě váhy. Poté, co si začaly stěžovat u zaměstnavatele na to, že je líná a pomalá a že s ní nechtějí být na jedné směně, rozhodla se toto pracoviště opustit.

Její psychika je značně ovlivněna její tělesnou hmotností. Tělesná hmotnost je něco, co si člověk sebou nosí kamkoliv jde a neschová to před nikým. To, že je člověk obézní, je vidět na první pohled. Je sama na sebe naštvaná, že to nechala zajít až takhle

daleko, ale ještě více je na sebe naštvaná za to, že není schopna se sebrat a něco s tím udělat. Je nešťastná, nelíbí se sama sobě. Nemá ráda pohled do zrcadla nebo do obchodních výloh. Tam jsou vystavené štíhlé figuríny, mají na sobě moderní oblečení, a když se respondentka podívá na svůj několikanásobně širší odraz ve výloze, přepadne ji pocit úzkosti. Do společnosti chodí respondentka ráda, ale musí se jednat o setkání s přáteli. Pak si ráda zajde na skleničku nebo do kina. Pokud jde ale o akci, kde se má setkat a seznámit s cizími lidmi, raději nakonec zůstane doma. Konkrétní situace či činnosti, při kterých by se měla cítit opomíjena společností nebo které jí hmotnost nedovoluje vykonávat, si nevybavuje. Jde spíše o to, že ona sama se některých věcí zřekne dobrovolně, aby se nemusela cítit trapně. Raději nechodí cvičit, protože když byla v minulosti ve fitness centru, potkala tam samé štíhlé lidi a cítila se mezi nimi velmi trapně. Když jdou s dcerou na zmrzlinu, tak i když by moc ráda, nedá si ji, protože má pocit, že ona se svojí postavou nemá na zmrzlinu nárok.

Postoj společnosti k obézním jedincům je dle jejího názoru nepěkný. Smějí se jim, urážejí je, chovají se k nim arogantně, nadřazeně, někdy snad jako kdyby obézní nebyli lidé. Postoj zdravotníků k obézním jedincům je různý. Někteří se k nim chovají normálně, někteří jim dávají najevo, že být obézní je špatné. Respondentka se osobně nikdy nesešla se špatnou zdravotní péčí.

5. Diskuse

Obezita je jedním z onemocnění, které s sebou přináší stigmatizaci. Prvním cílem této bakalářské práce bylo zjistit, zda jsou obézní jedinci stigmatizováni. Pomocí rozhovorů, které byly zpracované do kazuistik, bylo zjišťováno, zda mají obézní jedinci problémy v partnerských vztazích a zda trpí sociální izolací.

Wagenknecht uvádí, že obezita významně ovlivňuje mezilidské vztahy, velmi často negativně působí na intimní, osobní a pracovní vztahy (53). To je patrné i z odpovědí respondentek pacientek, kde pouze tři z nich uvedly spokojenost se svým partnerským vztahem. Jedna respondentka se cítí být sice spokojená, ale uvedla omezení v sexuálním životě. Ostatní respondentky mají ve vztazích různé problémy. Respondentka 8 uvádí, že pociťuje stud, nechce se ukazovat před partnerem nahá, vadí jí strie, které má na mnoha částech těla, její zvýšená hmotnost zasahuje i do sexuálního života. Respondentka 10 nemá stálého partnera, ale žije aktivním sexuálním životem. Stydí se před mužem svléknout a snaží se zakrývat široké partie. Respondentka 12 uvádí, že její zvýšená hmotnost ovlivňuje sexuální i partnerský život, domnívá se, že je i důvodem, proč si ji její partner nechce vzít za manželku. Respondentce 13 se vlivem nárůstu hmotnosti po osmiletém soužití rozpadlo manželství. Respondentka 14 se tři roky po svatbě se svým manželem rozvedla, nyní žije sama a chybí jí sebevědomí nějakého muže oslovit. Respondentka 15 vede chudý partnerský život, měla jeden vážný vztah, který se rozpadl, těžko navazuje kontakty s muži a chybí jí sebevědomí.

Výsledky u respondentek pacientek odpovídají tomu, že mají časté potíže v partnerských vztazích. Jedná se také o navazování kontaktů s ostatními lidmi. Většinou z nich chybí sebevědomí a nedovolí si nikoho oslovit. Dle Wagenknechta handicapuje obézní pacienty na psychické úrovni negativní sebehodnocení, pocity méněcennosti či studu (53). Na tom, zda jsou obézní schopni vést kvalitní partnerský život, má také podíl to, o jaký stupeň obezity se jedná. Podle výsledků zasahuje obezita i do sexuálního života. Velkým problémem ve vztahu může být i to, že ženy s nadváhou mají 60% šanci otěhotnět a u žen s BMI rovné nebo vyšší 35 mají takovou šanci pouze ve 30 %, tento fakt uvádí ve svém článku Mudr. Aleš Skřivánek (26).

Výsledky ukazují, že u šesti žen se na jejich tělesné hmotnosti podepsala nesprávná životospráva. V pěti případech došlo k největšímu nárůstu hmotnosti v době těhotenství. Dvě respondentky uvedly, že problémy se zvýšenou hmotností trpí již od dětství. U jedné respondentky se na zvýšení hmotnosti podílelo sedavé zaměstnání. Z výsledků vyplývá, že zvýšení hmotnosti zapříčiňuje také léčba hypofunkce štítné žlázy, užívání perorální hormonální antikoncepce nebo zřeknutí se kouření. Jelikož je hlavní příčinou obezity převažující energetický příjem nad energetickým výdejem, nebylo překvapující, že šest respondentek se doznalo k nesprávné životosprávě nebo že by příčinou vzrůstající hmotnosti mohlo být sedavé zaměstnání. Překvapující bylo, že až pět respondentek se s největším nárůstem hmotnosti setkalo v období těhotenství a nabrané kilogramy nebyly schopné zredukovat. Jak uvádí Vojtěch Hainer ve své knize, mezi rizikové období pro možný vznik obezity patří právě těhotenství, období, kdy jedinec přestane kouřit nebo léky, které ovlivňují tělesnou hmotnost, mezi které se řadí i tyreostatika (10).

Během rozhovorů bylo snahou zjistit, zda obézní respondentky trpí sociální izolací. Hainer ve své knize píše, že u obézních jedinců klesá sebevědomí a postupně přibývají a jiné psychické příznaky, jako je emoční labilita, sociální izolace či deprese (10). Šokujícím zjištěním bylo, že až šest žen z deseti nenavštěvují rády společnost. Do společnosti nechodí rády, cítí se nepříjemně v určitých situacích a vyhýbají se kontaktu s ostatními lidmi. Pouze dvě respondentky jednoznačně uvedly, že společnost navštěvují rády. Jednou z odpovědí bylo, že respondentka do společnosti chodí ráda, ale nerada navštěvuje určitá místa. Těmito místy jsou taková, kde je přítomno větší množství lidí. Jedna z žen navštěvuje společnost ráda pouze v případě, pokud se jedná o její přátele. Respondentka 8 uvedla, že se ráda stýká s lidmi a ráda chodí do společnosti, ale nechce se ukazovat na místech, jako jsou fitness centra, plovárny či sauny. Nechce, aby jí všichni „očumovali“. Respondentka 9 se ve společnosti necítí moc dobře, zejména ve společnosti krásných a přitažlivých žen. Cítí stud, méněcennost a je velmi sebekritická. Nemá ráda letní období, protože lehké oblečení nezakryje přebývající kilogramy. Respondentka 10 se ve společnosti necítí dobře, bývala terčem posměchu od okolí a snášela urážky od bývalého partnera. Někdy má pocit, že se jí okolí vyhýbá a

nikdo si jí ve společnosti raději nevšímá. Nenavštěvuje místa, kde by mohla být středem pozornosti, jako jsou fitness centra, plovárny a další. Respondentka 11 do společnosti chodí nerada, pokud je to možné, vyhýbá se tomu. V okruhu přátel se cítí v pořádku, ovšem mezi cizí osoby raději vůbec nechodí. Vyhýbá se jakýmkoli sportovním aktivitám. Respondentka 12 společnost nenavštěvuje ráda, má pocit, že si ji všichni prohlížejí a stydí se za sebe. Raději zůstává doma, pohybuje se pouze v rodinném kruhu nebo v blízkosti přátel. Vyhýbá se většímu počtu lidí. Respondentka 13 se cítí být osamělá. Stydí se za sebe, má strach, že se jí budou lidé posmívat a urážet ji. Nejraději je doma, kde se setkává s přáteli a s rodinou. Její váha a rozvod s manželem ji odřízl od společnosti a okolního světa. Respondentka 14 nejraději tráví čas doma, vyhýbá se styku s ostatními a odmítá i setkání s přáteli. Necítí se ve společnosti dobře a tento pocit narůstá s větším množstvím osob. Respondentka 15 do společnosti moc nechodí, ve volném čase raději zůstává doma a relaxuje. Respondentka 16 chodí do společnosti ráda. S manželem často navštěvují přátele. Společně vyrážejí do restaurací, organizují různé výlety a jiné akce. Respondentka 17 chodí do společnosti ráda, pokud jde o setkání s přáteli. Pokud jde o situaci, kde má potkat cizí lidi, raději zůstane doma.

Většina negativních emocí obézních jedinců je způsobeno nízkým sebevědomím a pohoršujícími poznámky od okolí, které jsou podmíněny předsudky vůči obézním jedincům. Hainer uvádí, že předsudky ovlivňují získání zaměstnání, lékařskou péči nebo vzdělání, což snižuje kvalitu života **(10)**. Ve výsledcích pouze jedna respondentka uvedla nespokojenost v zaměstnání. Snášela arogantní chování od bývalého zaměstnavatele a urážky ze strany jejich bývalých kolegyň. V článku Libora Vítka je psané, že obézní zaměstnanci mají 13krát vyšší nemocnost než zaměstnanci s normální hmotností a že odvádí i hůře práci, co se týká kvality i kvantity **(54)**. Skřivánek píše o tom, že ženy s nadváhou mají potíže s navazováním vztahů, zařazením se do kolektivu, pracovním uplatněním a nedostatkem sebevědomí **(26)**. S tímto názorem korespondují i výsledky výzkumného šetření.

Všeobecné sestry se během výkonu svého povolání s obézními pacienty setkávají denně. I přesto, že obézních pacientů stále přibývá a že trpí různými zdravotními riziky, které obezita s sebou přináší a sestřám jsou známy, se neukázalo, že by všeobecné

sestry hrály významnou roli v prevenci či terapii obezity. Na základě uvedeného lze konstatovat, že vzhledem k výskytu tohoto rozšířeného onemocnění by bylo přínosem spolupracovat ve větší míře s dietními sestrami nebo nutričními terapeutkami na každém oddělení v každé nemocnici. Praktičtí lékaři a s nimi spolupracující sestry v této primární sféře by se na tento vzrůstající problém měli také více zaměřit. Pro všeobecné sestry jsou důležitější prioritou problémy, se kterými se setkávají při poskytování ošetrovatelské péče obézním pacientům. Respondentka 1 shledává za největší problém polohování obézních pacientů a manipulaci s nimi. Proto obezita výrazně ovlivňuje poskytování zdravotní péče. Zejména u imobilních pacientů se prodlužuje doba léčení a vznikají komplikace, jako jsou především dekubity. Respondentka 2 považuje za největší problém náročnou manipulaci a stud či pohoršení ze strany pacientů, kteří se v důsledku studu nechtějí nechat ošetřovat. Respondentka 3 považuje jako problém zhoršenou manipulaci, dále jako velký problém shledává to, že se pacient se svými tělesnými rozměry nevejde do lůžka nebo na pojízdnou toaletu. Také uvádí zvýšené pocení, které sebou přináší nepříjemný zápach a vznik opruzenin. Respondentka 4 má potíže se zhoršenou manipulací s imobilními obézními pacienty. Odběr krve a zavedení periferní žilní kanyly shledává také jako problémový výkon. Obezita prodlužuje dobu hospitalizace a přináší různé komplikace. Respondentka 5 označuje jako problém horší zavádění periferní žilní kanyly a permanentního močového katétru. Je potřeba velké fyzické síly. Poskytovaná péče je ovlivněna i potřebou speciálních pomůcek a zvýšením počtu personálu. Respondentka 6 vnímá jako největší problém těžkou manipulaci. Na obézní pacienty fyzicky nestačí. Je třeba více personálu a speciálních pomůcek. Respondentka 7 zaznamenává problémy, jako jsou špatná hygiena a manipulace, obtížné měření krevního tlaku, obtížné napíchnutí krevního přístupu a špatně se hojící rány. Obezita prodlužuje dobu hospitalizace a dobu rekonvalescence. Přidružená onemocnění přinášejí různá rizika. Pacient je v pracovní neschopnosti a léčení stojí nemalé peníze.

Potíže s manipulací zaznamenává šest sester ze sedmi dotazovaných. Tři sestry se shodly na zhoršeném zavádění periferní žilní kanyly. Pouze jedna sestra zmínila potíže při odběru krve, pouze jednou bylo vzpomenu na obtížné zavádění permanentního

močového katétru nebo na zhoršené měření krevního tlaku. Jedním jmenovaným problémem je také špatné hojení ran u obézních pacientů. Jedna ze sester považuje za problém velké rozměry pacienta a zvýšené pocení. Jak uvádí Sucharda a Panušová ve svém článku, obézní jedinci jsou pro sestru náročnými pacienty (43). Důvodem je omezená pohyblivost, zvýšené riziko vzniků dekubitů a opruzenin, potíže s osobní hygienou, problémy s odebíráním krve a s měřením krevního tlaku, což se shoduje se zjištěnými výsledky od respondentek.

To, že manipulace s obézními pacienty je složitá, je samozřejmé. Lze říci, že sestry při odpovědích na otázku ohledně potíží při poskytování ošetrovatelské péče mohly být více rozmanité. S obézními pacienty se setkávají téměř každý den a tudíž na tyto problémy narážejí. Je podivuhodné, že pouze tři sestry vzpomenuly na složité zavádění periferní žilní kanyly. Ještě více ohromující bylo, že pouze jednou bylo jmenováno obtížné odebírání krve, měření krevního tlaku nebo zavádění permanentního močového katétru. S těmito výkony se sestra při svém povolání setkává přeci denně.

To, že někteří obézní jedinci trpí sociální izolací a že jsou stigmatizováni v různých ohledech, z výsledků jasně vyplývá. Odpovědi dotazovaných sester na to, zda jsou obézní jedinci postiženi sociální izolací a zda jsou stigmatizováni, byly různé. Respondentka 1 se domnívá, že obézní jedinci sociální izolací ani stigmatizací netrpí. Respondentka 2 si myslí, že sociální izolací trpí pouze někteří jedinci. Zároveň je přesvědčena, že jsou stigmatizováni. Respondentka 3 je také toho názoru, že jen někteří trpí sociální izolací. Zda jsou obézní jedinci stigmatizováni, respondentka neví, protože nezná význam slova stigma. Respondentka 4 uvedla, že je spíše výjimkou, když obézní pacient trpí sociální izolací. Není schopna odpovědět na to, zda dochází ke stigmatizaci, protože také není obeznámena s významem slova stigma. Respondentky 5 a 6 se shodují na tom, že záleží na stupni obezity a na prostředí, ve kterém se jedinec nachází. Odpovědi respondentky 7 se s těmito výsledky shodují a navíc dodává, že závisí i na povaze konkrétního jedince a souhlasí s tím, že obézní jedinci mohou být stigmatizováni, protože společnost k nim není tolerantní. Aby minimalizovaly sestry stigmatizaci, uskutečňují různé kroky. Respondentka 1 a 3 obézní pacienty nepodporují vůbec. Respondentka 2 se snaží minimalizovat stigmatizaci tím, že „bere“ pacienty

takové, jací jsou. Podporuje je v činnostech, o které se zajímají a nenahlíží na ně s odporem. Respondentka 4 není schopna odpovědět na tuto otázku. Respondentka 5 podporuje pacienty po psychické stránce. Respondentka 6 používá holistický přístup. Respondentka 7 by se zaměřila na psychický stav pacienta, popřípadě by doporučila rozhovor s psychologem.

V těchto poznatcích je překvapující, jak respondentka 1 si je jista tím, že obézní jedinci nejsou sociálně vyloučení ani stigmatizováni. Zajímavé bylo, že dvě respondentky nebyly seznámeny s významem slova stigma. Tato skutečnost nebyla očekávána. K zamyšlení se nabízí, proč všeobecné sestry, když jsou přesvědčeny o tom, že obézní jedinci trpí sociální izolací, nepracují s ošetrovatelskou diagnózou „sociální izolace“. Kromě respondentky 3 sestry tuto diagnózu definují přijatelně. Čtyři sestry ze sedmi se s ní i setkávají. Ale ani jedna z respondentek s touto diagnózou nepracuje při poskytování ošetrovatelské péče obéznímu jedinci. Respondentka 7 tuto diagnózu otevírá u pacientů po amputaci nebo u pacientů se stomií.

Autorka Rebecca Puhl píše o tom, že negativní postoje vůči obézním jedincům se vyskytují i ve zdravotnictví (40). Postoje respondentek v tomto šetření jsou také negativní. Respondentka 1 vnímá obézní jedince negativně, obézní pacienty nemá ráda. Respondentka 2 pohlíží na obézní jedince s lítostí, mají řadu onemocnění spojených s obezitou. Respondentka 3 pohlíží na obézní jedince negativně, má nepříjemný pocit během kontaktu s nimi, hovoří o tom, že obézní pacienti zapáchají. Osobní postoj respondentky 4 na obézní pacienty není kladný, snaží se na ně pohlížet jako na každého jiného pacienta. I když u obézních pacientů jsou zvýšená rizika i komplikace, není to důvod pro neprofesionální přístup. Respondentka 5 pohlíží na obézní pacienty jako na pacienty s civilizační chorobou. Snaží se, aby její osobní vnímání obézních bylo bez předsudků. Respondentka 6 pohlíží na obézní jedince s lítostí, snaží se pohlížet na obézní pacienty bez předsudků a věnuje se jim jako ostatním pacientům. Respondentka 7 má osobní postoj k obézním pacientům spíše negativní. Práce s nimi je pro ni velmi náročná. Téměř všechny respondentky popírají, že by jejich negativní osobní postoj ovlivňoval poskytovanou ošetrovatelskou péči.

S tímto ovšem nesouhlasí odpovědi některých respondentek z řady obézních žen. Respondentka 8 nemá se zdravotníky dobrou zkušenost. Má pocit, že ke štíhlým lidem se zdravotníci chovají přátelsky a mile. Dříve si se svým obvodním lékařem velmi rozuměla a po nárůstu hmotnosti si s ní lékař povídá pouze v rámci nutnosti. Názorem respondentky 9 je, že postoj zdravotníků není dobrý. Zdravotníci se chovají k obézním pacientům netaktně a dochází i k ponižování. Respondentka 10 se nikdy neseťkala s negativním postojem či se špatným zacházením. Respondentka 11 se setkala s urážkami ze strany lékařů. Respondentka 12 se se „špatnou“ péčí neseťkala. Respondentka 13 se domnívá, že by zdravotníci měli obézní pacienty motivovat ke snížení váhy. Respondentka 14 vidí postoj zdravotníků k obézním jedincům kladně. Respondentka 15 má se zdravotníky dobrou zkušenost. Respondentka 16 si myslí, že zdravotníci se chovají profesionálně. Respondentka 17 vidí rozdíly v postojích zdravotníků. Někteří se chovají normálně a někteří dávají najevo, že být obézní je špatné.

Odpovědi respondentek sester a respondentek pacientek se v tomto tématu rozcházejí. Sestry uvedly, že jejich osobní postoj žádným způsobem neovlivňuje poskytování ošetrovatelské péče nebo chování k obézním jedincům. Některé respondentky z řady obézních žen však hovoří o tom, že se k nim zdravotníci chovají netaktně, urážejí je a dokonce snad dochází i k ponižování. I já sama během své praxe jsem se stala svědkem nevhodného chování ze stran zdravotníků (ne pouze ze stran sester) vůči obézním jedincům. Zdravotníci jsou do větší míry seznámeni se širokým spektrem zdravotních rizik obezity a vědí, co obezita způsobuje. Možná to může být důvodem negativních postojů ze strany zdravotníků. Zdravotníci žijí ve stejné společnosti jako všichni ostatní a dopadá na ně stejný vliv médií, který prezentuje krásu štíhlosti. I to může být důvodem negativního chování k obézním pacientům. V každém případě by se měli zdravotničtí pracovníci chovat profesionálně a s každým pacientem jednat se vší slušností.

Každý z nás, celá společnost, podléhá vlivu médií, který vštěpuje lidem myšlenky, že pokud chtějí být šťastní, musí být bohatí, atraktivní, úspěšní a samozřejmě také štíhlí. To lidé přijímají, a pokud se člověk z tohoto vzoru šťastného člověka jakkoli vymyká,

je považován za „jiného“, prostě se od ostatních odlišuje. Tímto lze říct, že pro společnost je obézní jedinec odlišný a špatný a okolí to poskytuje důvod chovat se k nim nepříjemně, nehezky, troufnu si říci až nelidsky. Wagenknecht mluví o diskriminaci obézních, ze strany společnosti (53). O tom, že současná civilizovaná společnost vytváří klima negativního postoje k obézním jedincům, zesměšňuje je v masových médiích a mechanicky spojuje kila s hodnotou osobnosti, hovoří PhDr. Málková (55). Respondentka 8 vnímá postoj společnosti k obézním jedincům tak, že je společnost odsuzuje a někdy dochází až k diskriminaci. Respondentka 9 nehodnotí postoj společnosti pozitivně. Společnost pohlíží na obézní jedince s odporem a dochází u nich k vyloučení ze společnosti. Respondentka 10 hodnotí postoj společnosti tak, že je na obézní pohlíženo „skrz prsty“. Respondentka 11 vnímá postoj také negativně, obézní jsou dle jejího názoru terčem posměchu a jsou i diskriminováni. Respondentka 12 si myslí, že se společnost chová k obézním nepěkně, očumují je, posmívají se jim a mají je za lenochy. Respondentka 13 považuje postoj společnosti za špatný. Obézní jsou terčem útoků, posmívají se jim, urážejí je a dívají se na ně s odporem. Respondentka 14 nehodnotí postoj společnosti k obézním jedincům kladně. Lidé se jim posmívají a vyhýbají se jim. Respondentka 15 vnímá postoj společnosti různorodě. Někteří se chovají k obézním slušně a jiní jim nadávají. Respondentka 16 hovoří o různých postojích, někdo se obézním posmívá a uráží je a někteří je litují. Respondentka 17 považuje postoj společnosti za nepěkný, lidé se obézním smějí, urážejí je, chovají se arogantně a nadřazeně.

6. Závěr

Obezita je stále se rozšiřujícím onemocněním, které s sebou přináší mnoho zdravotních rizik. Obezita působí také na psychiku člověka. Obézní lidé bývají ve společnosti terčem posměchu a urážek. To vede k tomu, že obézní lidé trpí nízkým sebevědomím a od společnosti se izolují.

V této bakalářské práci byly stanoveny celkem dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit, zda jsou pacienti trpící obezitou stigmatizováni. Druhým cílem této práce bylo zjistit, jaké jsou postoje všeobecných sester k obézním pacientům. Pro kvalitativní šetření a vyhodnocení těchto cílů byly stanoveny čtyři výzkumné otázky. První výzkumná otázka: Mají pacienti trpící obezitou problémy v partnerském životě? Druhá výzkumná otázka: Dochází u pacientů s obezitou k sociální izolaci? Třetí výzkumná otázka: Považují všeobecné sestry obezitu za zhoršující faktor při poskytování ošetrovatelské péče? Čtvrtá výzkumná otázka: Mají sestry negativní postoj k obézním pacientům?

Pacienti trpící obezitou jsou stigmatizováni v různých ohledech. Ze zjištěných poznatků lze říci, že mají obézní lidé problémy v partnerských vztazích, v zaměstnání či v široké společnosti. Stávají se terčem posměchu a urážek. To negativně působí na jejich psychický stav. Setkávají se s řadou předsudků, které na ně doléhají a izolují je od společnosti. Z výsledků jasně vyplývá, že postoje všeobecných sester k obézním pacientům jsou negativní. Sestry považují obezitu jako zhoršující faktor při poskytování ošetrovatelské péče v různých ohledech, především se však jedná o manipulaci s obézními pacienty. Dále pro ně obezita hraje problém při provádění různých odborných výkonů, jako je například zavádění periferní žilní kanyly, odběr krve, měření krevního tlaku či zavádění permanentního močového katétru.

Během zpracování této bakalářské práce bylo zjištěno, že i když jsou obézní pacienti izolováni od společnosti, sestry při poskytování ošetrovatelské péče nepracují s ošetrovatelskou diagnózou „sociální izolace“, která by jim mohla pomoci při řešení tohoto problému. Proto byla tato ošetrovatelská diagnóza vypracována a může být využita v praxi (viz Příloha 4).

7. Seznam použité literatury

1. NAVRÁTIL, Leoš. a kol. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. 424s. ISBN 978-80-247-2319-8.
2. HOLEČEK, Milan. *Regulace metabolismu cukrů, tuků, bílkovin a aminokyselin*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 288s. ISBN 978-80-247-1562-9.
3. VÍTEK, Libor. *Jak ovlivnit nadváhu a obezitu*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. 160s. ISBN 978-80-247-2247-4.
4. STRÁNSKÝ, Miroslav a RYŠAVÁ, Lydie. *Fyziologie a patofyziologie výživy*. 1. vydání. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2010. 182s. ISBN 978-80-7394-241-0.
5. SVAČINA, Štěpán. Nadváha a obezita u dospělých. *Pacientské listy*. 2011, r. 60, č. 1, s 4-6. ISSN neuvedeno.
6. KLENER, Pavel. et al. *Vnitřní lékařství*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Galén, 2006. 1158s. ISBN 80-7262-430-X.
7. BERNADIČOVÁ, Helena., MÁCOVÁ, Želmíra., ČIERNÝ, Gustáv a BERNADIČ, Marián. Obezita ako rizikový faktor kardiovaskulárných ochorení. *Revue ošetrovateľstva, sociálnej práce a laboratórných metodík*. 2009, r. 15, č. 1, s 15-20. ISSN 1335-5090.
8. VLČKOVÁ, Jana. *Obezita a možnosti její léčby – I. etiologie obezity*. [online]. [cit. 2011-11-11]. Dostupné z: <http://www1.szu.cz/svi/hygiena/show.php?kat=archiv/h2009-4-04>.
9. KUNEŠOVÁ, Marie., HLUBIK, Pavel., HAINER, Vojtěch a BÝMA, Svatopluk. *Obezita: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*.

[online]. [cit. 2011-11-11]. Dostupné z:

http://www.svl.cz/Files/nastenka/page_4766/Version1/Obezita.pdf.

10. HAINER, Vojtěch. a kol. *Základy klinické obezitologie*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2011. 448s. + 16s. barevné přílohy. ISBN 978-80-247-3252-7.

11. HAINER, Vojtěch. a kol. *Základy klinické obezitologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2004. 356s. ISBN 80-247-0233-9.

12. PAŘÍZKOVÁ, Jana a LISÁ, Lidka. et al. *Obezita v dětství a dospívání: terapie a prevence*. 1. vydání. Praha: Galén, 2007. 239s. ISBN 978-80-7262-466-9.

13. KLENER, Pavel. a kol. *Vnitřní lékařství III*. 1. vydání. Praha: Informatorium, 2002. 196s. ISBN 80-86073-98-X.

14. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a NEJEDLÁ, Marie. *Interní ošetřovatelství II*. 1. vydání. Praha: Grada 2006. 212s.+4s. barevné přílohy. ISBN 80-247-1777-8.

15. VOJTOVÁ, Markéta. Onemocnění související s obezitou aneb proč nám tak ztěžuje a zkracuje život. *Florence: časopis moderního ošetřovatelství*. 2010, r. 6, č. 7-8, s. 15-17. ISSN 1801-464X.

16. SVAČINA, Štěpán. Víme, proč vzniká hypertenze u obezity?. IN: Widimský, Jiří jr. a kol. *Arteriální hypertenze – současné klinické trendy: V. symposium – sborník přednášek*. 1. vydání. Praha: Triton, 2007. 189s. ISBN 978-80-7254-962-7.

17. HLADNÁ, Hana. Prevence obezity u dětí. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2011, r. 21, č. 2, s 66-67. ISSN 1210-0404.

18. KYTNÁROVÁ, Jitka. a kol. *Obezita u dětí: standard léčebného plánu*. [online] [cit. 2011-13-12]. Dostupné z:
http://www.obesitas.cz/download/doporuceny_postup_prevence_a_lecby_detske_obezity.pdf.

19. OWEN, Klára. Epidemie obezity a její důsledky. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2010, r. 6, č. 4, s 45. ISSN 1801-1349.
20. PICHLEROVÁ, Dita. Obezita-prevence a léčba. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: 2010, r. 6, s 43-44. ISSN 1801-1349.
21. VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie*. 3., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2010. 288s. ISBN 978-80-247-2667-0.
22. ARLETHOVÁ, Patricie. Psychoterapie pacientů s poruchami příjmu potravy. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2010, r. 6, č. 5, s 30-31. ISSN 1801-1349.
23. MARTÍNKOVÁ, Jiřina. a kol. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 380s. ISBN 978-80-247-1356-4.
24. ZACHOVÁ, Veronika. Tubulizace žaludku - nová bariatrická metoda. *Florence: časopis moderního ošetrovatelství*. 2007, r. 3, č. 10, s 418-419. ISSN 1801-464X.
25. BANDING KLUB. *Chirurgická léčba obezity*. [online]. [cit. 2011-12-12]. Dostupné z: <http://www.bandingklub.cz/operacni-lecba-obezity.phtml>.
26. SKŘIVÁNEK, Aleš. Obezita v gynekologické ordinaci. *Lékařské listy: příloha zdravotnických novin*. 2008, r. 57, č. 9, s 6-9. ISSN neuvedeno.
27. FIALOVÁ, Ludmila. *Moderní body image: Jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 92s.+6s. přílohy. ISBN 80-247-1350-0.
28. CROOKOVÁ, Marion. *V zajetí image těla: jak chápat a odmítat mýty o vzhledu těla*. 1. vydání. Ostrava: Oldag, 1995. 136s. ISBN 80-85954-02-8.
29. FIALOVÁ, Ludmila. *Body image jako součást sebepojetí člověka*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2001. 269s. ISBN 80-246-0173-7.

- 30.** FIALOVÁ, Ludmila. *Jak dosáhnout postavy snů: Možnosti a limity korekce postavy*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 136s. (7 s. barevné přílohy). ISBN 978-80-247-1622-0.
- 31.** HYNKOVÁ, Vendula. Obezita jako společenský problém Evropy a USA: Příčiny obezity a její ekonomické souvislosti. Řešení? [online]. [cit. 2012-1-20]. Dostupné z: <http://www.phil.muni.cz/angl/conference/students/prispevky/Hynkova.doc>.
- 32.** JANDOUREK, Jan. *Úvod do sociologie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. 232s. ISBN 80-7178-749-3.
- 33.** JANDOUREK, Jan. *Průvodce sociologií*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. 208s. ISBN 978-80-247-2397-6.
- 34.** BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 5. přepracované vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2003. 181s. ISBN 80-7013-391-0.
- 35.** HÖSCHL, Cyril., LIBIGER, Jan a ŠVESTKA Jaromír. *Psychiatrie*. 2., doplněné a opravené vydání. Praha: Tigis, 2004. 883s. ISBN 80-900130-7-4.
- 36.** KUSÁ, Zuzana a ONDREJKA, Igor. Stigmatizácia a psychická porucha. *Kontakt*. 2006, r. 8, č. 2, s 272-279. ISSN 1212-4117.
- 37.** GOFFMAN, Erving. *Stigma: Poznámky k problému zvládnání narušené identity*. 1. vydání. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. 167 s. ISBN 80-86429-21-0.
- 38.** BÁRTLOVÁ, Sylva a MATULAY, Stanislav. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Martin: Osveta, 2009. 141s. ISBN 978-80-8063-306-6.
- 39.** MARKOVÁ, Eva., VENGLÁŘOVÁ, Martina a BABIAKOVÁ, Míra. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 352s. ISBN 80-247-1151-6.

40. PUHL, Rebecca. *Understanding: the Stigma of Obesity and its Consequences*. [online]. [cit. 2012-1-14]. Dostupné z: <http://www.obesityaction.org/magazine/oacnews3/Stigma%20of%20Obesity.pdf>.
41. WENIGOVÁ, Barbora. *Stigma a psychiatrie: napříč časem*. [online]. [cit. 2012-6-1]. Dostupné z: <http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/stigma-psychiatrie-napric-casem-wenigova.html>.
42. TEACHMAN, B., A. a BROWNELL, K., D. *Implicit anti-fat bias among health professionals: is anyone immune?* [online]. [cit. 2012-1-14]. Dostupné z: <http://www.nature.com/ijo/journal/v25/n10/full/0801745a.html>.
43. SUCHARDA, Petr a PANUŠOVÁ, Andrea. *Extrémně obézní pacienti*. [online]. [cit. 2011-12-16]. Dostupné z: <http://www.vfn.cz/priloha/4d021faf34d0b/cislo-6-1112-2007.pdf>.
44. BURKE, Karen, M., MOHN-BROWN, Elaine a EBY, Linda. *Medical-Surgical: Nursing Care*. Third Edition. New Jersey: Pearson Education, 2011. 1402p. ISBN-13: 978-0-13-608004-6.
45. ZVALOVÁ, Dana., MIKLOVIČOVÁ, Emília a KRISTOVÁ, Jarmila. Komplexná ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s obezitou. *Ošetrovateľský obzor*. Bratislava: Herba, 2006, r. 3, s 102-106. ISSN 1336-5606.
46. HERDMAN, T.Heather. *Ošetrovateľské diagnózy: definície a klasifikácie 2009-2011*. 1. české vydání. Praha: Grada, 2010. 480s. ISBN 978-80-247-3423-1.
47. DOENGES, Marilyn E a MOORHOUSE, Mary Frances. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2., přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada, 2001. 568s. ISBN 80-247-0242-8.
48. GORDON, Marjory. *Manual of Nursing Diagnosis*. Twelfth edition. London: Jones and Bartlett Publishers International, 2010. 485p. ISBN 978-0-7637-7185-0.

- 49.** ČERVINKOVÁ, Eliška. a kol. *Ošetrovatelské diagnózy*. 3. nezměněné vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2004. 165s. ISBN 80-7013-358-9.
- 50.** HLÚBIK, Pavol a VOSEČKOVÁ, Alena. *Psychologické aspekty etiologie obezity*. [online]. [cit. 2012-2-15]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/psychologicke-aspekty-etologie-obezity-172219>.
- 51.** ROZSYPALOVÁ, Marie., ČECHOVÁ, Věra a MELLANOVÁ, Alena. *Psychologie a pedagogika I*. 1. vydání. Praha: Informatorium, 2003. 186s. ISBN 80-7333-014-8.
- 52.** MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. 288s. ISBN 80-7178-549-0.
- 53.** WAGENKNECHT, Martin. *Psychologie a obézní pacienti*. Zdravotnické noviny. [online]. [cit. 2012-07-18]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/psychologie-a-obezni-pacienti-161461>
- 54.** VÍTEK, Libor. *Budou tlustí hůře shánět práci?* [online]. [cit. 2012-07-18]. Dostupné z: <http://www.sportvital.cz/zdravi/civilizacni-nemoci/nadvaha-a-obezita/budou-tlusti-hure-shanet-praci/>
- 55.** MÁLKOVÁ, Iva. *Pohled psychologa na obezitu*. [online]. [cit. 2012-07-18]. Dostupné z: http://www.hravezijzdrave.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=64&Itemid=73
- 56.** Multimedialní trenážer plánování ošetrovatelské péče. *Ošetrovatelské diagnózy. Sociální izolace*. [online]. [cit. 2012-07-21]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/osetrovatelske-diagnozy.aspx?id=53>

8. Klíčová slova

Obezita

Stigma

Sociální izolace

9. Přílohy

9.1 Seznam příloh

Příloha 1: Klasifikace obezity

Příloha 2: Zdravotní rizika obezity

Příloha 3: Otázky k rozhovorům s respondentkami

Příloha 4: Ošetrovatelská diagnóza

Příloha 1

Klasifikace obezity (podle WHO, 1997)

Klasifikace	BMI	Riziko komplikací obezity
podváha	< 18,5	nízké (riziko jiných chorob)
normální hmotnost	18,5-24,9	průměrné
zvýšená hmotnost	≥ 25	Zvýšené
nadváha	25-29,9	mírně zvýšené
obezita I. stupně	30-34,9	středně zvýšené
obezita II. stupně	35-39,9	velmi zvýšené
obezita III. stupně	≥ 40	Vysoké

(Hainer, 2011, str. 166)

Příloha 2

Zdravotní rizika obezity

Metabolická	diabetes mellitus 2.typu, metabolický syndrom, inzulinorezistence, hyperurikémie, zvýšená koncentrace fibrinogenu
Endokrinní	Turnerův syndrom, Cushingův syndrom, hyperestrogenismus, hyperandrogenismus, hypogonadismus, hyperkortizolismus, snížená sekrece růstového hormonu
Kardiovaskulární	hypertenze, ischemické choroby srdeční, hypertrofie a dilatace levé komory, náhlá smrt, snížená kontraktilita myokardu, arytmie, tromboembolická nemoc, cévní mozkové příhody
Respirační	hypoventilace a restrikce - Pickwickův syndrom, syndrom spánkové apnoe
Gastrointestinální	gastroezofageální reflux, hiátová hernie, cholelitiáza, cholecystitida, pankreatitida, jaterní steatóza

Gynekologická	syndrom polycystických ovárií, poruchy cyklu, amenorea, infertilita, komplikace v graviditě a při porodu, pokles dělohy, záněty rodidel, inkontinence moči, karcinom děložního hrdla, prsu, vaječníku
Onkologická	kolorektální karcinom, karcinom jater, jícnu, ledvin, lymfatických uzlin, u mužů karcinom prostaty, u žen karcinom prsu, hrdla děložního, endometria, ovárií
Ortopedická	degenerativní onemocnění kloubů a páteře
Kožní	ekzémy, mykózy, strie, celulitida, hirsutismus, hypertrichóza
Psychosociální komplikace	společenská diskriminace, nízké sebevědomí, autoakuzace, deprese, úzkost, poruchy příjmu potravy

(15, 26)

Příloha 3

Otázky k rozhovorům s respondentkami

Otázky k rozhovorům se sestrami:

- Setkáváte se s obézními pacienty a jak často?
- Jak pohlížíte na obézní pacienty? Jaké je Vaše osobní vnímání obézních pacientů?
- Ovlivňuje Váš osobní postoj (Vaše vnímání obézního pacienta) poskytovanou ošetrovatelskou péči?
- Jaká znáte zdravotní rizika obezity?
- Jakým způsobem se podílíte na prevenci obezity?
- Jaké jsou Vaše ošetrovatelské intervence při terapii obezity?
- Ovlivňuje obezita poskytování zdravotní péče a jak?
- Zaznamenáváte při poskytování ošetrovatelské péče obéznímu jedinci nějaké ošetrovatelské problémy (bariéry) a jaké?
- Jaké ošetrovatelské diagnózy stanovujete u obézního pacienta?
- Jak by jste definovala ošetrovatelskou diagnózu „sociální izolace“?
- Setkáváte se při své práci s touto diagnózou?
- Myslíte si, že obézní trpí sociální izolací?
- Jak by jste definovala slovo stigma/stigmatizaci?
- Myslíte si, že obezita takto postižené jedince stigmatizuje?
- Jak podporujete obézní pacienty, aby jste minimalizovala stigmatizaci?

Otázky k rozhovorům s pacientkami:

- Jak dlouho vnímáte Vaše problémy s hmotností?
- V jakém období se začala hmotnost zvyšovat?
- Trpíte nějakým dalším onemocněním?
- Ovlivňuje Vaše tělesná hmotnost Vaši psychiku a jak?
- Přináší Vám Vaše tělesná hmotnost překážky v životě? A jaké?
- Jak by jste popsal/a Vaše postavení ve společnosti?
- Jsou nějaké situace, kdy se cítíte být opomíjený/a společností?

- Jsou nějaké činnosti, které Vám Vaše hmotnost nedovoluje vykonávat?
- Jak se Vám daří ve Vašem partnerském životě? Pociťujete rozdíly mezi současností a dobou kdy jste měl/a nižší hmotnost?
- Jaké je Vaše zaměstnání? Jak si vedete v tomto zaměstnání? Jaké je Vaše uplatnění? Pociťujete rozdíly mezi současností a dobou kdy jste měl/a nižší hmotnost?
- Pokoušel/a jste se sám/a o snížení hmotnosti a jak? Byly pokusy úspěšné? Co Vás motivovalo?
- Podstoupil/a jste terapii určenou lékařem? Byla v terapii obsažena i psychoterapie?
- Jak vnímáte postoj společnosti k obézním jedincům?
- Jak vnímáte postoj zdravotníků k obézním pacientům?
- Pociťujete, že je Vám poskytována „horší“ zdravotní péče od zdravotníků vzhledem k Vaší hmotnosti?

Příloha 4:

Ošetrovatelská diagnóza:

(00053) Sociální izolace v souvislosti s narušením fyzického vzhledu (zvýšená tělesná hmotnost) projevující se vyjádřením pocitů osamění a odmítnutí, verbalizací pocitů odlišnosti od druhých, pocitů ohrožení na veřejnosti a porušeným pocitem pohody.

Cíl:

Pacient pochopí příčiny sociální izolace a bude schopen zlepšit mezilidské vztahy.

Výsledná kritéria:

- pacient chápe příčiny sociální izolace a je seznámen se způsoby, jak jí zabránit,
- pacient vyjadřuje ochotu připojení se k ostatním a udržuje kontakt s rodinou,
- pacient je schopen zlepšit mezilidské vztahy,
- pacient si utvoří odpovídající žebříček sociálních hodnot,
- pacient vyjadřuje vyšší sebeoceňování.

Ošetrovatelské intervence:

- seznam se podrobně s osobní a sociální anamnézou pacienta,
- vybuduj s pacientem důvěrný vztah,
- psychicky pacienta povzbuzuj,
- vyjádři pacientovi svou podporu,
- zjisti, jaké jsou příčiny pacientovi sociální izolace,
- vyslechni pacientovi pocity vztahující se k sociální izolaci,
- rozpozněj zábrany společenského kontaktu,
- urči, na jaké úrovni jsou pacientovi mezilidské vztahy,
- zjisti, na jaké úrovni se pohybují vztahy v rodině,
- zhodnot', zda může pacient počítat s podporou ze strany rodinných příslušníků,
- pokus se získat rodinu pacienta pro spolupráci,

- zajisti pro pacienta dostatek podnětů z prostředí (telefonáty, knihy, časopisy),
- umožni pacientovi návštěvy nebo telefonáty s blízkými lidmi,
- seznam pacienta s lidmi sdílející podobný či stejný problém,
- podporuj pacientovu účast na různých zájmových aktivitách, kde bude v kontaktu s jinými lidmi,
- nauč pacienta sociálním dovednostem,
- konzultuj pacientův stav s odborníkem (psychologem, psychiatrem).

(47, 56)