



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Nadváha a obezita v proměnách času

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Lenka Stříbrská

Vedoucí práce: Mgr. Věra Hellerová, Ph.D.

České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Nadváha a obezita v proměnách času*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 3.5.2021

.....

Lenka Stříbrská

Poděkování

Chtěla bych poděkovat své vedoucí bakalářské práce Mgr. Věře Hellerové, Ph.D. za trpělivost, za odborné vedení a za cenné rady, které mi během psaní předávala. Poděkování patří i všem informantům, kteří byli ochotni účastnit se výzkumu. Dále děkuji své rodině, příteli a přátelům, kteří mě podporovali.

Nadváha a obezita v proměnách času

Abstrakt

Nadváha i obezita jsou onemocnění, které přispívají ke vzniku řady dalších onemocnění či komplikací. V průběhu času se pohled na obezitu a nadváhu vyvíjel. S ohledem na celosvětový trend zvyšující se prevalence těchto diagnóz se jeví jako důležité věnovat pozornost také zkoumání změn v pojetí nadváhy a obezity napříč jednotlivými generacemi.

Cíli této práce bylo popsat povědomí o nadváze a obezitě u veřejnosti, popsat změny ve vnímání nadváhy a obezity a zjistit, jak vnímá veřejnost rizikové faktory vzniku nadváhy a obezity.

Pro naplnění cílů bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření. Byly použity polostrukturované rozhovory s veřejností z Jihočeského kraje. Výběrovým kritériem byl věk nad 18 let, bydliště v Jihočeském kraji a souhlas s provedením a záznamem rozhovoru. Výběrový soubor čítal celkem 15 informantů. Rozhovory byly následně doslovně přepsány a analyzovány. Celkem bylo identifikováno pět kategorií s podkategoriemi.

Z výsledků vyplynulo, že informanti z Jihočeského kraje mají povědomí o nadváze a obezitě. Znájí rizikové faktory nadváhy a obezity. Jsou si vědomi, jak by měl jejich správný životní styl vypadat, ale z jejich projevu bylo vidět, že mnoho z nich toto nedodržuje. Tento fakt poukazuje na nutnost větší motivace obyvatelstva v rámci prevence. V kategorii prevence informanti uvedli, že většina praktických lékařů nedbá na prevenci vzniku nadváhy a obezity. V případě sester, jejich roli v prevenci nadváhy a obezity informanti popisovali zejména v antropometrickém měření (výška a váha), dále v měření krevního tlaku a v odběru krve. To do jisté míry poukazuje na nutnost většího důrazu na zapojení sester a zdravotníků do prevence nadváhy a obezity. Tuto práci je možné využít také jako inspiraci pro studenty, kteří se připravují na výkon zdravotnického povolání.

Klíčová slova

Obezita; nadváha; historie; prevence; komplikace; léčba

Overweight and obesity in the transformations of time

Abstract

Overweight and obesity are diseases that contribute to the development of a number of other diseases or complications. Over time the view on obesity and overweight has evolved. According to the global trend of increasing prevalence of these diagnoses, it seems important to also pay attention to the examining changes in the concept of overweight and obesity across generations.

The aim of this thesis was to describe awareness of overweight and obesity in public, to describe changes in perceptions of overweight and obesity and to find out how the public perceives the risk factors of overweight and obesity.

A qualitative research survey was chosen to come up to expectations. Semi-structured interviews with public from the South Bohemian Region were used. The selection criterion was age over 18 years, residence in the South Bohemian Region and consent to conduct and record the interview. The selection file consisted of a total of 15 informants. The interviews were subsequently rewritten and analysed. In total five categories with twelve subcategories were identified.

The results showed that informants from the South Bohemian Region are aware of overweight and obesity. They know the risk factors of overweight and obesity. They are aware of how their healthy lifestyle should look like but from their answers it was obvious that they do not follow the steps for a better lifestyle. In the terms of prevention this fact points out the need of a greater motivation and self-responsibility for their own health. Further informants reported that majority of general practitioners do not pay attention to the care of preventing the overweight and obesity development. The respondents also judged the nurses. According to their answers nurses' role in preventing overweight and obesity was described mainly in anthropometric measurements (height and weight) in blood pressure measurements and blood collection. The respondents pointed to the need for greater emphasis on involving nurses and health professionals in preventing overweight and obesity.

Key words

Obesity; overweight; history; complication; prevention; therapy

Obsah

Úvod	7
1 Současný stav	8
1.1 Historie nadváhy a obezity	8
1.2 Definice nadváhy a obezity	11
1.2.1 Příčiny vzniku nadváhy a obezity	13
1.3 Rizikové faktory vzniku nadváhy a obezity	14
1.3.1 Ovlivnitelné faktory	14
1.3.2 Neovlivnitelné faktory	15
1.4 Komplikace nadváhy a obezity	17
1.5 Léčba nadváhy a obezity	19
1.5.1 Nefarmakologická léčba	19
1.5.2 Farmakologická léčba	22
1.5.3 Chirurgická léčba	23
1.6 Prevence nadváhy a obezity	25
2 Cíle práce a výzkumné otázky	28
2.1 Cíle práce	28
2.2 Výzkumné otázky	28
3 Operacionalizace pojmů	29
4 Metodika	30
4.1 Metodika práce a technika sběru dat	30
4.2 Charakteristika výzkumného souboru	31
5 Výsledky výzkumu	32
5.1 Nadváha	34
5.2 Obezita	36
5.3 Vnímání tělesné konstituce	39
5.4 Faktory ovlivňující nadváhu a obezitu	40
5.5 Prevence	46
6 Diskuze	53
7 Závěr	63
8 Seznam informačních zdrojů	64
9 Seznam příloh	75

Úvod

Téma bakalářské práce s názvem „Nadváha a obezita v proměnách času“ jsem si vybrala proto, že je to nyní velice diskutované téma a každý na něj pohlíží jinak. Pohled na nadváhu a obezitu se měnil historií, kulturou, ale i znaky, kterými byla určitá doba v historii charakterizována.

Nadváhu a obezitu je velmi těžké definovat, jelikož existuje mnoho náhledů na jejich definici. Pro nás je nejznámější definice pro dospělé jedince, kterou definuje Světová zdravotnická organizace. Vyjadřuje ji pomocí BMI. Nadváhu definuje jako BMI (body mass index), které je rovno nebo vyšší než 25 kg/m^2 , a obezitu jako BMI, které je rovno nebo vyšší než 30 kg/m^2 (WHO, 2020).

Nadváha i obezita přispívají ke vzniku řady onemocnění či komplikací. S ohledem na celosvětový trend zvyšující se prevalence těchto diagnóz a realizaci preventivních aktivit, které stále nepřinášejí požadovaný efekt, se jeví jako důležité věnovat pozornost také zkoumání změn v pojetí nadváhy a obezity napříč jednotlivými generacemi.

Práce se skládá ze dvou částí, teoretické a empirické. Teoretická část je zaměřená na obezitu a nadváhu, a to jak v pojetí historie, definic, rizikových faktorů, komplikací, tak na léčbu a prevenci.

Druhou polovinu práce tvoří empirická část. V empirické části jsou stanoveny tři cíle. První cíl se zabývá povědomím o nadváze a obezitě u veřejnosti. Druhým cílem je popsat změny ve vnímání nadváhy a obezity a třetím cílem je zjistit, jak vnímá veřejnost rizikové faktory vzniku nadváhy a obezity.

1 Současný stav

1.1 Historie nadváhy a obezity

Pohled na obezitu se v průběhu staletí měnil (Hainer, 2011). Některé kultury ji vnímaly jako znak blahobytu a plodnosti (Giddens, 2013) a některé naopak jako znak nestřídmosti a choroby ducha. V historii se lid spíše setkával s nedostatkem potravy než s jejím nadbytkem, to vedlo k hladovění a podvýživě. Důkazy o výskytu nadváhy a obezity v dobách minulých můžeme nalézt v sochách, v obrazech a později v literárních dílech (Hainer, 2011).

V dobách pravěku byla ideálem krásy obézní žena, obdobné konstituce, jako Věstonická Venuše (Pastucha, 2011). Soška Věstonické Venuše (Černé Venuše) pocházející z období kolem roku 25 000 před naším letopočtem byla v roce 1925 objevena v nalezišti Dolní Věstonice na jižní Moravě (Soukup, 2015). Pravěcí lidé se domnívali, že větší tukové zásoby poskytují větší pravděpodobnost přežití v dobách hladomoru a nouze. Tukové zásoby byly pro ně symbolem majetku, prosperity a bohatství (Pastucha, 2011).

V dobách starého Řecka a Říma byl podporován zdravý životní styl, proto zde idolem krásy byl atletický typ. Lékař Hippokrates u obézních žen poukazyval na častější prevalenci neboli častější výskyt neplodnosti a menstruačních poruch. Dále upozorňoval na častější výskyt předčasné smrti u osob obézních než u osob s přiměřenou hmotností. Z režimových opatření doporučoval zvýšený pohyb před konzumací jídla. Lékař Galén rozdělil obezitu jako první na přiměřenou a morbidní, dále popsal příznaky mentální anorexie. Ve své léčbě doporučoval rychlý běh, větší množství jídla malé výživné hodnoty, masáže a koupele. Byla také objevena souvislost mezi spánkovou apnoí, spavostí a obezitou. Lékař Avicena, představitel arabského lékařství, doporučoval čtyři principy v léčbě a to: jíst objemná, ale ne příliš vydatná jídla, zajistit urychlenou pasáž potravy žaludkem a střevy, před jídlem se ponořit do koupele a věnovat se usilovně cvičení (Hainer, 2011).

V souvislosti s šířením křesťanství se postoj k obezitě začal měnit. Obezita byla vnímána jako jeden ze sedmi smrtelných hříchů. Mezi těmito hřichy kromě obezity lze nalézt také pýchu (superbia), lakomství (avaritia), závist (invidia), hněv (ira), smilstvo (luxuria), nestřídmost neboli obžerství (gula) a lenost (acedia) (Zoubek, 2010). I přes tuto představu špatnosti však v některých společenských vrstvách obezita zůstávala (Haslam, 2016).

Říhová (2010) uvádí, že v tomto období poustevníci hladověli, neboť se domnívali, že půstem očistí svého ducha i své tělo. Galénovská medicína byla zdrojem znalostí morfologických a fyziologických. Od doby osvícení panovníci měli své dvorní lékaře, kteří jim podávali rady ke správnému životnímu stylu (Říhová, 2010).

Baroko bylo charakterizováno ideálem krásy v oblých tvarech těla. Důkazem jsou obrazy a sochy buclatých andělíčků v barokních kostelech (Hainer, 2011). Andělíci byli symbolem křesťanské cnosti (Volek, 2015). Otlý muž z literatury a z obrazů se stal symbolem blahobytu, úspěšnosti a úřední mocnosti, kterou můžeme vidět v některých filmech dodnes (Hainer, 2011).

Od 17. století se postoje k obezitě v Evropě začaly měnit. George Cheyne, skotský lékař, začal prosazovat cvičení, čerstvý vzduch, „Waters of Bath“ a bohatou zeleninu v potravě ke zmírnění obezity. V 19. století John Rollo, armádní lékař, a Royal William Banting doporučili dietu s vysokým obsahem bílkovin a s nízkým obsahem sacharidů k omezení obezity, kterou dnes využívá mnoho programů ke snížení hmotnosti (Haslam, 2016).

K dosažení ideálu krásy ve 20. a 21. století směřuje mnoho dietních postupů, které redukuje tělesnou hmotnost. Od počátku 20. století se populace snaží o štíhlou linii, která navazuje na kult císařovny Sisi. Ve dvacátých letech minulého století feministické hnutí vlivem pařížských módních tvůrců prosazovalo štíhlé linie „bez nader“. Padesátá léta dávala přednost oblým tvarům, kdy se do popředí idolů krásy dostaly hollywoodské hvězdy s vyvinutým poprsím. V roce 1967 se Twiggy, anglická modelka, stala ztělesněním krásy. Problém však byl ten, že trpěla mentální anorexií (Hainer, 2011). Módní průmysl začal označovat své modelky, které jsou štíhlé, za top modelky. Dívky však mnohdy vypadaly jako figuríny, na kterých designer tvořil svá díla. Jejich BMI (body mass index, index tělesné hmotnosti) bylo často na hranici podvyživenosti. Mnoho modelek drželo diety a poté zemřely na komplikace spojené s hladem. Prvním státem, který zakázal, aby se dívky do osmnácti let staly modelkami, byla Francie. Poté se přidaly Izrael, Milán a Madrid. Americký úřad pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci (OSHA), který má na starosti regulaci rizik na pracovišti, chrání mladé modelky, kterým nebylo 18 let, aby nehladověly a byly dvě jednotky nad prahem nebezpečné štíhlosti (Katherine L., S Bryn Austin, 2016). Lechotová (2013) v souvislosti s poruchami příjmu potravy, ideálem štíhlosti a nároky, které jsou na modelky kladeny, uvádí příklad Isabelle Caro, francouzské modelky, která v roce 2008 odstartovala kampaň s názvem „Ne

anorexie“. Od té doby vzniklo mnoho dalších chart proti anorexii, ale kampaň modelky Caro je dodnes jednou z nejprogresivnějších a nejvíce úspěšných (Lechotová, 2013). Na přelomu 20. a 21. století došlo ke změně, kdy ideál krásy začíná vyznávat přirozenou ženskou krásu (Hainer, 2011).

Giddens (2013) ve své knize uvádí, že v Mauritánii u bílých maurských Arabů je obezita natolik ceněna, že mladé dívky jsou násilně vykrmovány až do té míry, která byla vládou označena za „život ohrožující“. Před třiceti lety byla v dětství vykrmována více než jedna třetina mladých žen. V této zemi dostávali chlapci méně potravy než dívky. Dodnes se tato tradice udržuje u jedné z deseti dívek. Zvyk vykrmování děvčat pramení z představy, že barokní postava je symbolem bohatství. Dále se domnívají, že kdyby žena byla štíhlá, byla by považována za chudou a nebyla by společensky uznávanou. Idea, že kyprá dívka je více žádoucí, začíná být zastaralá (Giddens, 2013).

Studie z roku 2013, která zkoumala vnímání váhy u dospívajících ve věku od 11 do 17 let a vztahem k depresi, prokázala, že existuje větší pravděpodobnost u mladých mužů, že budou obézní nebo budou mít nadváhu. Naopak u žen je větší pravděpodobnost, že budou vnímat více nadváhu a nebudou spokojeny se svým tělem. Dále uvádí, že v celém vzorku, bez ohledu na tělesnou hmotnost, vnímaná nadváha zvyšuje riziko rozvoje deprese (Roberts, 2013).

WHO (World Health Organization, Světová zdravotnická organizace) uvádí globální odhady. V roce 2016 mělo nadváhu více než 1,9 miliardy osob ve věku osmnácti let a starších, 650 miliónů dospělých bylo obézních. Nadváhu mělo 39 % dospělých ve věku od 18 let, z toho 39 % mužů a 40 % žen. Celkově bylo obézních 13 % světové dospělé populace, z toho 11 % mužů a 15 % žen. Od roku 1975 do roku 2016 se prevalence obezity téměř ztrojnásobila. V roce 2019 mělo 38,2 milionu dětí ve věku do pěti let obezitu nebo nadváhu. Dříve byly považovány z hlediska obezity za rizikové země s vysokými příjmy. V současné době se ukazuje, že rizikovými jsou země s nízkými a středními příjmy. V Africe se počet dětí do pěti let s nadváhou zvýšil od roku 2000 skoro o 24 % (WHO, 2020).

Prognóza ze studie z roku 2012 o obezitě a těžké obezitě ukazuje dle lineárního časového trendu, že do roku 2030 bude obézních 51 % populace. Dále studie ukazuje, že 9% obyvatelstva bude postiženo těžkou obezitou (Finkelstein, 2012).

Dle údajů publikovaných Organizací pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development) je k roku 2016 v České republice 18,7% obézního dospělého obyvatelstva (OECD, 2017). Od roku 1993 do roku 2002 se zvýšil počet obézních osob (tj. BMI nad 30 kg/m²) z 11% na 15% (Vítek, 2008).

V současné době ve Spojených státech a ve velké části západního světa dosáhla obezita epidemických rozměrů. Obezita je spojena s vyšším rizikem úmrtnosti v souvislosti s koronavirovou infekcí (COVID-19). Tito nemocní mají horší výsledky, které například zahrnují respirační selhání a potřeby mechanické ventilace (Sanchis-Gomar, Lavie et al., 2020).

Jandová a Nôtová (2003) ve svém článku udávají, že u mužů a žen je znatelná tendence k nárůstu hmotnosti v souvislosti se zvyšováním věku. Velice častý nárůst hmotnosti je u žen patrný v období menopauzy.

1.2 Definice nadváhy a obezity

Dle Garrowa (1988) je definována obezita jako stav abnormálního nebo nadměrného hromadění tuku v tukové tkáni do úrovně, kdy může být narušeno zdraví.

Keller et al. (1993) uvádí, že definice indexu tělesné hmotnosti je jedním z nejpoužívanějších podkladů ke stanovení stupně nadváhy a obezity v závislosti na výšce. Vypočítáme jej dle vzorce: BMI rovná se tělesná hmotnost v kilogramech děleno tělesná výška v metrech na druhou mocninu. U dospělých WHO definuje nadváhu jako BMI větší nebo rovno dvaceti pěti a jako obezitu BMI větší nebo rovno třiceti (viz příloha č. 1). U dětí se nadváha a obezita definuje dle grafů a tabulek, které ukazují, v jakém roce by dítě mělo mít určitou váhu a výšku (viz příloha č. 2) (WHO, 2020).

Na základě relativní nadváhy lze její stupně definovat takto: 1. stupeň obezity 120 až 140% ideální tělesné hmotnosti, 2. stupeň výrazná obezita 140-200% ideální tělesné hmotnosti a 3. stupeň morbidní obezita více jak 200% ideální tělesné hmotnosti (Keller, et al., 1993). Dalším indexem, který lze k určení nadváhy a obezity využít, je ideální tělesná hmotnost vycházející z Brocova indexu. Pro muže se stanovuje v tělesné výšce v metrech to celé na druhou mocninu krát 23 nebo v tělesné výšce v centimetrech mínus 100. Pro ženy se stanovuje v tělesné výšce v metrech to celé na druhou mocninu krát 21,5

nebo tělesná výška v centimetrech mínus 100 mínus 10 % (Nováková, Roman, 2007). Nevýhodou je, že mezi osoby s nadváhou zapadají více ti, kteří jsou nižšího vzrůstu než ti, kteří jsou vyšší postavy. Proto se nedoporučuje využívat počítání tělesné hmotnosti podle Broca (Mertens, Scheller, 2010).

Obezitu lze charakterizovat také jako zmnožení tělesného tuku v organismu. Zdravotní rizika obezity zvýší převažující uložení tělesného tuku na hrudníku a viscerálně v břiše (Bencko et al., 2002).

Martiník (2007) uvádí, že obezita je skupina nemocí s individuální poruchou řízení energetiky organismu s podílem dědičné náchylnosti a působením „toxického prostředí“, díky kterému vzniká hromadění tukových rezerv. Náchylnost se projeví při pozitivní energetické bilanci organismu. Příčinou je často nízká pohybová aktivita s dlouhotrvajícím stresem a příjem stravy s vysokým glykemickým indexem. Výsledkem je ukládání tuků do organismu.

Muntau (2014) obezitou označuje patologické zvýšení podílu tělesného tuku na celkové hmotnosti. Nadváha je definována jako BMI (kg/m^2) nad 90. percentil, obezita BMI nad 97. percentil vztažený k pohlaví a věku.

Svačina a Bretšnajdrová (2003) obezitu rozdělují na takzvanou androidní a gynoidní, tedy obezitu mužského a ženského typu. Formy nejsou vázány na pohlaví, obezitu mužského typu může mít i žena a naopak. Ženská obezita gynoidní, periferní neboli neodborně nazývaná jako tvar těla hruška je charakterizovaná ukládáním tuku na oblast sedacích partií a stehen. Extrémní forma tohoto typu obezity se vyskytuje u afroameričanek jako takzvaná steatopygie (Janata, 1997). U mužského typu, abdominálního neboli neodborně nazývaného jako typ jablko, se tuk ukládá do oblasti břicha. Nejčastěji se jedná o tuk viscerální (Vokurka, 2018). Bylo prokázáno, že riziko komplikací obezity je vyšší právě u abdominální formy než u formy gynoidní (Janíková, 2013). Abdominální forma obezity bývá také spojena s inzulínovou rezistencí a metabolickým Reavenovým syndromem, představuje zvýšené riziko vzniku metabolických a srdečně cévních komplikací (Maruna, 2009).

Středa (2010) uvádí rozdělení otylosti dle klinických parametrů na obezitu prostou a druhotnou. U prosté, exogenní neboli elementární otylosti se převážně uplatňuje sklon k přejídání, vliv životního období, například období puberty, snížená tělesná činnost a

snížená pohyblivost například po úrazu dolní končetiny. Druhotná, sekundární neboli symptomatická obezita vzniká při některých endokrinních chorobách, jako je například hypotyreóza (Středa, 2010).

Hubáček (2009) rozděluje formy obezity na syndromatickou, monogenní a polygenní.

Syndromatický typ obezity Hubáček (2009) charakterizuje jako silně geneticky podmíněnou obezitu, která je jedním z řady projevů daného onemocnění. Dalšími symptomy onemocnění bývají často těžká morfologická poškození nebo mentální retardace. Syndromů bylo popsáno okolo pětadvaceti. Syndromy jsou vázané na chromozom X, patří sem například Bardetův-Biedlův syndrom nebo Cohenův syndrom.

Monogenní forma obezity je způsobena mutací v jediném genu. Vyskytuje se méně často, proto nemá v epidemiologii obezity žádný velký význam. Může pomoci nalézt a identifikovat geny, které ve vzniku a vývoji obezity hrají důležitou roli. Nejčastěji je v monogenních formách obezity mutován gen pro melanokortin-4-receptor, ve kterém bylo popsáno více než 100 mutací. Mezi další mutaci genů způsobující těžkou obezitu patří například geny pro leptin a jeho receptory nebo geny pro prohormon konvertázu 1 (Hubáček, 2009).

Třetím typem obezity jsou polygenní formy obezity. Hubáček (2009) uvádí, že první asociační genetické studie v oblasti obezity zkoumaly vztah mezi určitými variantami některého genu a indexem tělesné hmotnosti poměrem pás-boky nebo s poklesem tělesné hmotnosti po dietních opatřeních nebo po změně pohybového režimu. Pro objektivitu těchto studií je potřeba použít velký soubor respondentů, jelikož malé skupiny by mohly vést ke zkreslení výsledků (Hubáček, 2009).

1.2.1 Příčiny vzniku nadváhy a obezity

S nárůstem věku se vyskytují významné psychické faktory, které ovlivňují nárůst obezity. Mezi tyto faktory patří stres, snížené sebehodnocení, deprese a jiné psychické problémy (Jandová, Nôtová, 2003). U obézních jedinců je příjem potravy zvýšen v závislosti na zevních signálech a emoční situaci, kdy nemocný reaguje na osamělost, depresi, frustraci, napětí, dlouhou chvíli nebo stres, kdy například senior odchází do důchodu nebo nastoupil do nového zaměstnání (Středa, 2010).

Mezi nejvýznamnější psychosociální příčiny obezity můžeme řadit nižší socioekonomický status, etnické a kulturní faktory (Jandová, Nôtová, 2003). Nevhodné jídelní návyky z dětství nebo z rodiny, které jsou důsledkem chybných stravovacích zvyklostí. V rodině tak dotyčný získává nevhodné návyky, díky kterým může právě nadváha a obezita vzniknout (Středa, 2010).

1.3 Rizikové faktory vzniku nadváhy a obezity

Hlúbik (2002) uvádí, že obezitu je nutno chápat jako závažné onemocnění, podílející se na zhoršení kvality života a zkracování jeho délky. Představuje proto závažný rizikový faktor, který přispívá ke vzniku a rozvoji onemocnění, která jsou nazývána jako „civilizační onemocnění“. Obezita je významnou příčinou morbidity a mortality (Jandová, Nôtová, 2003). Mortalita neboli smrtelnost se vyjadřuje počtem zemřelých, nejčastěji v přepočtu na 100 000 obyvatel (Dušek, Mužík, 2012). Štofková (2015) uvádí, že rizika komplikací nadváhy a obezity začínají již od hodnoty BMI (kg/m^2) 25. Závažnost se zvyšuje se stoupajícím BMI a významně se zkracuje i očekávaná doba dožití.

Otylost vzniká působením vnějších a vnitřních faktorů. Z období nejvíce rizikovějších pro rozvoj obezity u žen se uvádí zejména doba těhotenství a období po porodu, dále období menopauzy. Zvýšené riziko je u obyvatelstva v období dospívání, kdy se v důsledku ukončeného růstu energetická potřeba snižuje (Středa, 2010).

Hainerová (2010) uvádí, že u dětí a dospívajících je samotná obezita rodičů největším rizikovým faktorem pro vznik obezity v tomto období. Riziko obezity v pozdním věku se zvyšuje, pokud má dítě nadváhu již od narození (Fraňková, Novotná et al., 2010). Riziko otylosti se zvyšuje tehdy, pokud jsou oba rodiče obézní. Dále uvádí, že některé studie prokázaly, že obezita matky má větší vliv na obezitu dítěte než obezita otce.

1.3.1 Ovlivnitelné faktory

Janíková (2013) uvádí, že mezi faktory, které jsou ovlivnitelné, lze řadit především výživu a její složení, vlivy vnějšího prostředí a psychogenní faktory, kam například patří stres. Za ochranné faktory v prevenci vzniku nadváhy a obezity se

považují pravidelná fyzická aktivita a strava s dostatkem vlákniny, naopak za rizikové se označuje strava energeticky bohatá, ale nutričně chudá a sedavý styl života (Müllerová, 2009). Jedná se tedy o komplex působících činitelů genetických, nutričních, sociálně-ekonomických nebo například psychologických činitelů (Martiník, 2008).

Jedním z ovlivnitelných faktorů přispívajících k obezitě je vyšší příjem energie než její výdej. Může být zapříčiněn buď nedostatečným výdejem energie, kdy jedinec má nedostatek pohybové aktivity a sedavý způsob života, nebo nadměrným příjmem energie se zvýšeným podílem tuků (Středa, 2010). V rozvoji obezity má nejdůležitější roli nadměrný příjem tuků, který se projevuje u jedinců s rodinnou predispozicí k otylosti a s nedostatkem pohybové aktivity (Žák, Zeman, Pavelka, 2011).

Z nejčastěji užívaných léků mohou mít vliv na nárůst hmotnosti především kortikoidy a psychofarmaka. Některá psychofarmaka vedou k mírnému snížení hmotnosti, jiný typ psychofarmak vede k nadměrnému vzestupu hmotnosti, jiná jsou hmotnostně neutrální. Nejvíce můžeme pozorovat hmotnostní přírůstek u antipsychotik a antidepressiv, například Clozapin, Olanzapin, Amitriptylin, Lithium nebo Valproát. U této skupiny léků je mírný vzestup váhy nutno akceptovat, ale bývá často důvodem ke změně léčby, kterou ordinuje psychiatr (Češka, Štulc, 2015).

Dlouhá a Hubáček (2012) uvádějí, že svůj vliv na vzestup váhy může mít i nedostatek spánku nebo zvýšený tepelný komfort domácností.

1.3.2 Neovlivnitelné faktory

Genetické faktory ovlivňují obezitu z 30 – 70 % (Dlouhá a Hubáček, 2012). Obezita má primárně polygenní charakter. Polygenní charakter znamená, že se na jejím vzniku podílí mnoho variant v několika desítkách genů. Geny jsou popisovány jako geny obezigenní (ke vzniku obezity přispívají) a geny leptogenní (brání rozvoji obezity) (Hainerová, 2010). Dlouhá a Hubáček (2012) genetické faktory dělí do dvou skupin. První skupinu tvoří vzácné mutace genů (podle definice s výskytem pod 1 %), které významně podporují vznik obezity. Jedná se o syndromy, kde je mutace kauzální příčinou. Je známo okolo čtyřiceti mendelovsky dědičných syndromů odpovědných za lidskou obezitu. Tato skupina genů hraje díky své prevalenci minoritní roli. Druhou skupinou tvoří běžné varianty genů, které tvoří základ pro rozvoj obezity.

Významným vlivem, který se podílí na nadváze a obezitě, je hladina klidového energetického výdeje od padesáti pěti do sedmdesáti procent z celkového výdeje (Martiník, 2008). Klidový energetický výdej neboli bazální energetický výdej je faktor, který má vliv na to, kolik za celý den spálíme kalorií. Je definován jako množství energie, které je nutné pro udržení základních životních funkcí za klidových podmínek. Hlavními faktory, které ovlivňují jeho hodnoty, jsou pohlaví, povrch těla, tělesné složení (podíl beztukové tělesné hmoty) a věk. Nejčastěji udávanou metodou pro odhad bazálního energetického výdeje za čtyřadvacet hodin jsou Harris-Benedictovy rovnice. Využívají se od roku 1919. Výdej energie se skládá ze tří hlavních částí: z bazálního metabolismu, energetického výdeje při fyzické aktivitě a termického vlivu potravy (Klimešová, 2015).

Postpradiální termogeneze je děj, který závisí na tom, kolik energie se spotřebuje na zpracování požití stravy a jak na přijatou stravu reaguje náš organismus. Martiník (2008) ve své knize tento faktor rozděluje na obligatorní neboli stálé a na fakultativní. Obligatorní je závislé na trávení a vstřebávání jednotlivých živin do našeho organismu. Fakultativní závisí na aktivaci sympatického nervového systému. Je řízena hnědou tukovou tkání s velkým množstvím mitochondrií a uncoupling proteinem („rozpřahující se protein“, jedná se o bílkovinu, která způsobuje přeměnu chemické energie na tepelnou). Odpovídá osmi až dvanácti procentům z celkového energetického výdeje.

Velmi vzácné jsou hormonální příčiny obezity. Patří mezi ně například Cushingův syndrom nebo inzulinom (Češka, Štulc, 2015). Štofová (2015) uvádí, Cushingův syndrom je příčina vyvolávající sekundární obezitu. Obezita vzniká z nadprodukce glukokortikoidů. Tuk se ukládá v oblasti břicha a obličeje, takzvaný měsíčkovitý obličej, a na zádní stranu krku, kde vniká „buvolí hrb“. Inzulinom je charakterizován častými záchvaty hypoglykemie, po nočních lačnění, mezi jednotlivými jídly, po fyzické aktivitě. Záchvaty jsou později vyrovnávány zvýšeným příjmem sacharidů v potravě, což je důsledkem rozvoje obezity.

Dalším typem sekundární obezity je například hypogonadismus u mužů, který je vyvoláván nedostatkem testosteronu, který způsobuje úbytek svalové a vzestup tukové hmoty (Štofková, 2015). U žen v souvislosti se zvyšováním věku dochází k menopauze, adrenopauze a somatopauze, které vyvolávají metabolické změny (Jandová, Nôtová, 2003).

1.4 Komplikace nadváhy a obezity

Obezita byla pojmenována jako nemoc z důvodu komplikací a důsledků nadměrné hmotnosti (Sucharda, 2012). Obezita má závažný dopad na stav jedince jak po psychosociální, tak i po fyzické stránce (Štofková, 2015). Nevýznamnější vliv na onemocnění má viscerální ukládání tuku. Má největší vliv na nemoci, které se umisťují na předních příčkách příčin mortality. Jsou to kardiovaskulární, onkologická, plicní onemocnění, hypertenze a diabetes mellitus (Sucharda, 2012). Dále k důsledkům patří inzulinová rezistence (Štofková, 2015). Častěji se vyskytují například kožní mykózy, ekzém, intertrigo nebo se hojí špatně rány (Kulič, 2010).

Nejzávažnějším důsledkem obezity je ateroskleróza. Ukazuje nám důvody, které jsou pro tělo největší problém. Prvním důvodem jsou kardiovaskulární důsledky, jako jsou morbidita a mortalita, které jsou nejčastějšími příčinami smrti v rozvinutých zemích. Je patofyziologicky propojena s aterosklerotickým procesem (Sucharda, 2012).

Martiník (2007) ve své knize uvádí rozdělení komplikací obezity a nadváhy do čtyř skupin (obecné, přetížení systémů, metabolické komplikace, psychické komplikace). Do obecných komplikací zařazuje nižší pohyblivost, vyšší nároky a zhoršenou funkci dýchání, menší fyzický výkon a sníženou tělesnou zdatnost a zhoršení obranyschopnosti (s tím související častější nemocnost a zhoršení hojení ran). Do druhé skupiny zahrnuje například zatížení kardiovaskulárního systému, pulmonálního systému, kde zohledňuje spánkovou apnoe a námahovou dušnost, poruchy opěrného systému, poruchy venózního systému, kožní komplikace a gynekologické komplikace, kam zařazuje menopauzu a metroragii, vyšší výskyt rakoviny prsu a rakoviny dělohy. Mezi metabolické komplikace zařazuje například diabetes II. typu, hyperlipidemii, hypertenzi, hyperurikémii a jaterní steatózu a cholelithiázu. Čtvrtá skupina se zaměřuje na deprese, poruchy vnímání skutečného stavu těla, poruchy osobních a sociálních vztahů.

Štulc (2015) uvádí rozdělení komplikací na metabolické a mechanické. První skupina metabolická souvisí s metabolickými odchylkami. Pro tuto skupinu má pokles hmotnosti o 5-10% významný a praktický dopad na maximální snížení mortality na kardiovaskulární onemocnění. Do metabolických komplikací například patří diabetes mellitus 2. typu nebo hypertenze (Svačina, Novák, Sucharda, 2011). Pro druhou skupinu komplikací je typické, že se projevy zmírňují i při větším poklesu hmotnosti, ale mortalita na kardiovaskulární onemocnění se nesnižuje (Štulc, 2015). Mezi mechanické příčiny

patří například onemocnění z přetěžování kloubů a páteře, syndrom spánkové apnoe, dušnost a částečně hypertrofie srdce, u obézních je vyvolána hypertenzí (Svačina, 2009). Gynoidní typ obezity můžeme považovat za model mechanických poruch (Svačina, Novák, Sucharda, 2011).

Obezita je spojována již od nepaměti s výskytem diabetu a hypertenze. Již ve starověku byly popsány formy diabetu vázané na obezitu. Obezita je projevem stejného genetického základu jako diabetes mellitus. Svačina (2011) uvádí nedávné zkoumání vzestupu hmotnosti, kdy rizikovým faktorem je i rodinná anamnéza esenciální hypertenze. Hainerová a Zamrazilová (2015) ve svém článku uvádějí, že glykemie by se měla u praktického lékaře vyšetřovat již u jedince s nadváhou, pokud osoba splňuje alespoň dvě kritéria. Kritéria jsou pozitivní rodinná anamnéza diabetu, specifické etnikum. Přítomnost syndromu polycystických ovárií nebo dalšího jiného rizikového kardiovaskulárního onemocnění.

Obezita v dětství přispívá k rozvoji obezity dospělosti a následnému rozvoji kardiovaskulárních onemocnění (Mayer, Kundt, et al., 2006). Hainerová a Zamrazilová (2015) uvádějí, že jedinci, kteří mají těžší stupeň obezity oproti obézním nebo těm, co obezitu nemají, mají častěji hypertenzi, dyslipidemii, známky oxidativního stresu a chronického zánětu. Dále se u nich vyskytuje větší ztuhlost tepen. Co se týká změn na srdci, mají větší levou síň, zbytnělou levou komoru a u nemocných s těžkým stupněm obezity se často projevuje diastolická dysfunkce. Uvedené změny na myokardu jsou spojovány s diabetem, dyslipidémií a hypertenzí. Dyslipidémie je řazena mezi běžné komplikace spojené s obezitou. Za patologické hodnoty se považují hodnoty celkového cholesterolu $\geq 5,17$ mmol/l, LDL-cholesterolu $\geq 3,36$ mmol/l, triacylglycerolů $\geq 1,13$ mmol/l (ve věkové skupině 0–9 let) a $\geq 1,47$ mmol/l (ve věku 10–19 let) a HDL-cholesterolu $< 1,03$ mmol/l.

Obezita bývá často spojována se syndromem spánkové apnoe (sleep apnoea syndrome - SAS) obstruktivního charakteru (obstructive sleep apnoea – OSA). Tento stav se projevuje především v těžším stupni (Kunešová, Müllerová, Hainer, 2011). Soula, Kučera et al. (2019) definují syndrom SAS jako opakované pauzy v dýchání během spánku, které jsou označovány jako apnoe. Každá apnoická pauza trvá déle než deset sekund. Onemocnění se vyskytuje přibližně u čtyř procent u mužů a dvou procent u žen (Soula, Kučera et al, 2019). Příčinou vyvolávající tento stav často bývá anatomická

překážka, která je v oblasti kostěných struktur nebo v oblasti měkkých tkáních nebo v místě prodloužení měkkého patra. Nejvýznamnější příčinou tohoto stavu je vznik obezity, kdy se tuk ukládá v laterální krční oblasti (Hobzová, 2010).

Důležité je si uvědomit komplikace v oblasti chirurgie a porodnictví, kde obezita zhoršuje prognózu všech stavů. Janíková (2013) uvádí, že stačí redukce hmotnosti o 5-10 % pro snížení rizik v některých souvisejících onemocněních. Zvyšuje se vznik některých zhoubných nádorů, jako například endometria, prsu nebo tlustého střeva. U žen se mohou vyskytnout poruchy menstruačního cyklu, infertilita, komplikace v těhotenství a při porodu. Děti otylých matek mají vyšší riziko vzniku defektů neurální trubice (Kulič, 2010). Z neurální trubice vzniká centrální nervová soustava (CNS) (Lüllmann-Rauch, 2012). Matky diabetičky s diabetem druhého typu mají dvojnásobné riziko potratů a jedenáctkrát vyšší riziko vrozených malformací plodu než matky, které toto onemocnění nemají (Kulič, 2010). Další komplikace, která může nastat u otlé ženy během porodu, je nepoměr velikosti plodu k velikosti porodních cest. Dítě bývá tak veliké, že často dochází k porodu císařským řezem. Velké dítě, jehož matka měla gestační diabetes, častěji trpí poporodní hypoglykemií. Tento potomek častěji vyžaduje neonatologickou péči (Müllerová, 2009).

1.5 Léčba nadváhy a obezity

V léčbě otylosti nenajdeme žádný zaručený recept. Terapie musí být komplexní. V obecném povědomí lidí je, že by obézní měl omezit příjem potravy a zvýšit výdej energie tělesnou činností. Mnoho z diet neomezuje příjem potravy, ale nahradí je jiným složením potravin. V zásadě můžeme léčbu nadváhy a obezity rozdělit na farmakologickou, nefarmakologickou a chirurgickou (Středa, Formáčková, 2009).

1.5.1 Nefarmakologická léčba

Základem terapie obezity je úprava dietního režimu a cílené zvýšení fyzické aktivity (Jandová, Nôtová, 2003). Jestliže se podaří hmotnost snížit a držet ji pod kontrolou, snižuje se výskyt komplikací. Snížením hmotnosti se zlepšuje inzulinová senzitivita (tím dochází ke kompenzaci diabetu mellitu, kdy je možno snížit dávky léků nebo může dojít

až k úplnému vysazení), klesá krevní tlak a srdeční frekvence, upravuje se lipidové spektrum, dochází ke zmenšení hypertrofie levé srdeční komory a dochází k úpravě její funkce (Kulič, 2010). Ošetřovatelskou anamnézu zajišťuje sestra. Ošetřovatelská anamnéza jsou informace z minulosti i současnosti nemocného, potřebné pro stanovení ošetřovatelské diagnózy a plánování individualizované ošetřovatelské péče. Sestra zjišťuje v rámci ošetřovatelské anamnézy vzhled nemocného, nutriční screening, jeho životní styl (spánek, stravování, kouření, ...) aj. (Rozsypalová, Šafránková, et al., 2009).

Braunerová a Hainer (2010) uvádějí, že při léčbě obezních pacientů má výhodu využití kognitivně-behaviorální terapie (behavior = chování, kognice myšlení), která je zaměřená na nesprávné pohybové a stravovací návyky, které jsou naučené a dají se i odnaučit. Jestliže je nemocný pod vedením psychologa, snaží se porozumět svým myšlenkovým pochodům a může změnit své chování. Metoda využívá jak techniky sebezpozorování, při kterých si subjekt zapisuje jídelníček a v závislosti na tom, proč danou potravinu snědl, tak techniky kontrolující tyto podněty. Jestliže ke zvýšení příjmu potravy dochází při stresových situacích, učí se je nemocný zvládat jiným způsobem, například sportem nebo pomocí relaxace. Dalším krokem je zaměření se na dílčí cíle a dopřát si odměnu za jejich splnění. Stanovení si reálných cílů je dobrým předpokladem k hmotnostní redukci.

Brychta a Brychtová (2011) uvádí, že při dietní léčbě je nutná dlouhodobá celoživotní úprava životního stylu spojená s trvalou změnou stravovacích návyků, nemocný by si měl dát největší pozor na komerční diety, kdy je sice rychlá redukce, ale nemocný převážně ztrácí vodu a bílkoviny a v důsledku toho vzniká JO-JO efekt. Baunerová a Hainer (2010) uvádějí, že otlým se doporučuje jíst pravidelně 5x denně, zmenšit porce, nevynechávat snídani, bílé pečivo nahradit celozrnným. Dále by měli dbát na dostatečný příjem ovoce a zeleniny a příjem mléčných výrobků a vynechat nebo omezit uzeniny a smažené potraviny. Příjem tekutin je velice důležitý. Přednost dáváme vodě před slazenými nápoji. Doporučuje se příjem 2 000 – 2 500 kJ za den. Ideální měsíční redukce kilogramů je dva až čtyři kilogramy za měsíc. Pokud je nutné výraznější snížení energetického příjmu u nadměrné obezity, doporučuje se dieta o energetickém obsahu 5 000 kJ. Zde se zachovává pět jídel denně, to znamená snídani, svačina, oběd, odpolední svačina a večeře.

Pohybová aktivita je nedílnou součástí redukčního procesu. Vede ke zvýšení energetického výdeje, k redukci břišního tuku a kardiometabolických rizik. Další příznivý vliv má pro snížení klidového energetického výdeje, ke kterému při dietoterapii a redukci

hmotnosti dochází. Vede ke zlepšení psychického stavu (Braunerová, Hainer, 2010). Pro správný pohyb lze otlým doporučit aktivity, které jsou tělu přirozené, jako jsou například chůze, nordic walking, plavání nebo turistika. Vhodný je i například aqua aerobic, jelikož nedochází k takovému zatěžování pohybového aparátu, dále jsou například vhodná posilovací cvičení a aktivity cyklistického charakteru (cyklistika, bruslení, jogging, lyžařská turistika a tak dále). Doporučuje se kombinovat dvě až tři formy pohybové aktivity dohromady, jelikož při každé formě se zapojuje jiná část pohybového aparátu. Pro nesportovce se doporučuje začínat sportovní aktivitu v krátkých intervalech, pětkrát týdně (Novák, 2009). Müllerová (2018) uvádí, že dle mezinárodních doporučení by měly sacharidy tvořit 45-65 % denního příjmu energie, tuky by měly tvořit 20-35 % celkového příjmu energie, bílkoviny by se měly pohybovat okolo 46-56 gramů, což znamená, že denní příjem by měl tvořit 10-35 %. Dále by měly být zastoupeny mikronutrienty (vitamíny a minerální látky) a makrobiotika.

Sadíková, Čmerdová, et al. (2020) uvádějí, že v oblasti péče o obézní pacienty je nutriční terapeut nedílnou součástí multidisciplinárního zdravotnického týmu, který napomáhá k léčbě obezity a nadváhy. Prostřednictvím individuálních nutričních konzultací poskytuje poradenství o výběru potravin, vhodném stravování a skladbě jídelníčku. Důležitá role terapeuta spočívá v zamezování šíření dezinformací spojených s výživou, různými alternativními výživovými směry a módními redukčními dietami, které mohou vést k poškození zdraví. Při sestavování jídelníčku nutriční terapeut bere v úvahu individualitu na základě podrobné anamnézy, ve které nebere ohled jen na přítomnost kormobidit obezity a farmakoterapii, ale také zohledňuje dosavadní stravovací návyky, denní režim pacienta a jeho sociální zázemí. K dobře odebrané anamnéze si nemocný vede zápis jídelníčku, který je prvním krokem k plánování stravovacího režimu. Pokud si pacient dovede zaznamenávat své stravování, je dobrým ukazatelem, že nemocný bude léčbu akceptovat. Pokud si nemocný není schopen zaznamenávat, co všechno snědl, je pravděpodobné, že není připraven na změnu. Jakmile je nastaven stravovací režim, který pacientovi vyhovuje, může se k zapisování jídelníčku v případě potřeby vrátit. Při prvním kontaktu s obézním nemocným a nutričním terapeutem je důležité si vytvořit terapeutický vztah založený na důvěře. Mnoho obézních má často negativní zkušenosti s předchozími redukčními pokusy o snížení váhy, proto tento vztah navázání spolupráce může být někdy složitější.

Při prvním kontaktu sestry ve zdravotnickém zařízení vyplňuje s pacientem nutriční screening (viz příloha č. 3). Ten slouží k rychlému zhodnocení rizika malnutrice. Obvykle má formu jednoduchého dotazníku. Rámcově hodnotí současný stav výživy, dynamiku jeho změn, schopnost samotného příjmu potravy i závažnost celkového stavu nemocného (Češka, Štulc, 2018).

1.5.2 Farmakologická léčba

Farmakoterapie se využívá, jestliže režimová opatření nejsou dostačující k dosažení redukce váhy (Braunerová, Hainer, 2010). Farmakoterapeutická léčba napomáhá dodržování redukční diety (Kulič, 2010), podílí se na snižování zdravotních rizik vztahujících se k obezitě (Býma, Hlúbik et al., 2013). Indikuje se u nemocných s BMI (kg/m^2) rovno nebo více než 30, nebo 27 rovno nebo více, jestliže obezita je například spojena s hypertenzí nebo diabetem mellitem druhého typu (Braunerová, Hainer, 2010). Podle potřeby je možné využívat farmakoterapii, která využívá anorektika, psychofarmaka a HTS (Jandová, Nôtová, 2003). V historii byla využívána anorektika, nejprve amfetamin, později fenmetrazin a další (Svačina, 2010). Všechny tyto léky byly staženy z trhu z důvodu závažných nežádoucích účinků a návykovosti (Kulič, 2010).

V devadesátých letech minulého století byl používán dexfenfluramin (Isolipan, Servier). Nevýhodu měl u nemocných s depresivním laděním a mohl závažně zkomplikovat depresi, ale jeho efektivita se prokázala u mnoha pacientů včetně diabetiků (Svačina, 2010). Lék byl naposledy na trhu roku 1997, v kombinaci s fenterminem vyvolával závažné poškození srdečních chlopní (Kulič, 2010). Dále se například využívalo podávání tyreoidálních hormonů, které byly podávány těm pacientům, kteří spolupracovali v léčbě a adaptovali se na sníženou hmotnost. Tento způsob ovlivňoval takzvaný syndrom nízkého T3. Dnes již je od tohoto upuštěno (Svačina, 2010).

V současné době pro dlouhodobou léčbu obezity jsou dva léky – sibutramin a orlistat. Centrálně působící lék sibutramin funguje jako inhibitor zpětného vychytávání hormonu noradrenalinu a serotoninu, tím dochází k navození pocitu sytosti a zároveň zabraňuje adaptivnímu poklesu klidového energetického výdeje při redukci hmotnosti (Braunerová, Hainer, 2010). Nežádoucí účinky se vyskytují vzácně a jejich projevem je pocit bolesti hlavy, suchost v ústech, nespavost, nebo tachykardie. Lék Orlistat inhibuje (zpomaluje)

střevní lipázy, důsledkem je nižší vstřebání tuků, které přijmeme ve stravě, přibližně o 30 % (Býma, Hlúbik, 2013). Další skupinou léků pro snížení hmotnosti jsou termogenní farmaka (Žák, Zeman, Pavelka, 2011). Termogenní farmaka jsou léky, které vedou ke zvýšenému výdeji tepla. Občas jsou indikovány u nemocných, kdy jsou potřeba přísné dietní režimy. Lékař obvykle předepisuje elsinorské prášky (Svačina, Bretšnajdrová, 2008), jedná se o kombinaci efedrinu a kofeinu, které jsou v kapsli. Vlivem noradrenergím (syntetizace noradrenalinu) působením v CNS vedou ke snížení chuti, mají vliv na zvýšení energetického výdeje. Hlavatý (2009) ve svém článku uvádí, že zmíněný efekt zabraňuje rozvoji energetické úspornosti při dodržování přísných kalorických diet. Při započetí léčby může přechodně dojít k mírnému vzestupu systolického krevního tlaku a ke zvýšení tepové frekvence, jestliže se tablety podávají déle, naopak dochází k poklesu krevního tlaku. Mezi nežádoucí účinky patří nejčastěji sucho v ústech, nespavost nebo psychická agitovanost. Kontraindikací k užívání těchto léků jsou psychické poruchy, ischemická choroba srdeční, těžší formy hypertenze a srdeční arytmie. Dalšími léky jsou například výživové doplňky určené k redukci hmotnosti nebo například pití zeleného čaje (Hlavatý, 2009).

Sestra v rámci farmakoterapie podává léky dle ordinace lékaře, připravuje je a dále podává informace ohledně léků. Sestra je prostředníkem mezi lékařem a pacientem. V rámci farmakologie sestra může zjistit různé další alergie, nebo jaké doplňky stravy klient využívá (Kelnarová, 2009).

1.5.3 Chirurgická léčba

Chirurgická léčba obezity neboli bariatrická chirurgie je nejúčinnějším způsobem obezity (Pelikánová, Ezechiášová, 2010). Doležalová (2012) uvádí, že bariatrická léčba neovlivňuje jen obezitu, ale také je schopna vyléčit nebo zlepšit stav nemocného s obezitou. Léčba je indikována u nemocných, kteří mají BMI (kg/m^2) rovno nebo vyšším než 40, u kterých nepomohla doporučená dietní opatření nebo u nemocných s BMI (kg/m^2) rovným 35 až 40, kteří mají komplikace spojené s obezitou (Tayefi, Pazouki, et al., 2020). Sucharda (2012) uvádí, že první bariatrické operace byly provedeny počátkem padesátých let. Mezi hlavní kontraindikace patří závažné poruchy příjmu potravy, jako je například bulimie, alkoholismus a drogová závislost, dekompenzované psychiatrické

onemocnění s krátkodobou životní prognózou nebo nespolupráce pacienta (Češka, Štulc, et al., 2018).

Bariatrické výkony rozdělujeme podle typu na restriktivní, malabsorbční a kombinované. Restriktivní výkony ovlivňují množství zkonsumované potravy. Vyžadují trvalou spolupráci nemocného, jelikož je důležité dodržování dietního režimu. Do této skupiny zařazujeme laparoskopickou adjustabilní bandáž žaludku (LABG neboli AGB) a tubulizaci žaludku (sleeve gastrectomy, SG) a aplikaci žaludku (Češka, Štulc, et al., 2018). Adjustabilní žaludeční bandáž je nejpoužívanější bariatrickou operací. Výhodou je šetrnost vůči zažívacímu traktu (Janíková, 2013) a je reverzibilní, manžetu lze odstranit (Pelikánová, Ezechiášová, 2010). Vyžaduje stoprocentní spolupráci pacienta (Janíková, 2013). Nemocný musí celoživotně dodržovat velmi přísná dietní opatření, to znamená, že musí jíst malé porce jídla, důkladně žvýkat a jíst pomalu (Pelikánová, Ezechiášová, 2010). Při výkonu se umístí silikonový kroužek na horní část žaludku a vyvedení portu do podkoží, díky kterému může kroužek plnit (adjustovat) fyziologickým roztokem a utahovat (Janíková, 2013). Tubulizace žaludku je odstranění části žaludku a tím pádem zmenšení jeho objemu, z toho vyplývá, že po operaci bude mít tvar trubice (rukávu). Na rozdíl od AGB nemocnému nedovolí z důvodu změny anatomických parametrů konzumovat větší množství jídla. Využívá se u nemocných, u kterých lékaři předpokládají nedodržování diety (Pelikánová, Ezechiášová, 2010). Malabsorpční výkony vyřazují část tenkého střeva, a proto omezují plochu pro vstřebávání živin. Tyto výkony dnes nejsou tak preferované jako dříve. Další skupinou jsou kombinované výkony, které jsou kombinací předchozích typů výkonů. Nejčastěji se využívá bilopankreatická diverze (BPD) a Roux-en-Y gastrický bypass (RYGB) (Češka, Štulc, et al., 2018). Roux-en-Y gastrický bypass je výkon, kterým se žaludek zmenší a napojí se na střední část jejunu, a tak přijatá potrava obejde dvanáctník a část tenkého střeva, výsledkem je malabsorbce. Proto je důležité kontrolovat jaterní testy, krevní obraz, hladinu minerálů a vitamínů. Výkon je vhodný pro nemocné, kteří hůře spolupracují a nezvládnou záchvatovité přejídání. BPD výkon se provádí u nemocných, kteří mají BMI (kg/m^2) nad 50. Odstraní se tři čtvrtiny žaludku a bypass se týká tři čtvrtiny tenkého střeva, z toho vyplývá, že pankreatická šťáva a žlučové kyseliny se nemísí s potravou a významně se redukuje příjem energie. Jako u předešlého je důležitá kontrola krevních testů (Pelikánová, Ezechiášová, 2010).

Janíková (2013) uvádí specifika ošetrovatelské péče v předoperačním období bariatrické operace, pro které je důležité rozhodnutí o operačním výkonu a náležitá edukace pacienta. Intervence sestry před bariatrickou operací zahrnují obecná předoperační přípravu, přípravu nemocného a asistenci u vyšetření nutných pro operaci, mezi které patří posouzení stavu výživy a obezitologické vyšetření, kde lékař zjišťuje případná endokrinní a metabolická onemocnění, sonografické vyšetření břicha, psychologické vyšetření, gastrokopii a vyšetření ve spánkové laboratoři na přítomnost spánkové apnoe. Mezi další intervence patří edukace o pooperačním režimu, který zahrnuje dietní opatření, dispenzarizaci a změnu životního stylu. V den operace sestra aplikuje antibiotika dle ordinace lékaře nebo předá požadované dávky ATB s pacientem na operační sál, zajistí spolu s lékařem prevenci TEN (tromboembolické nemoci), do které spadá aplikace nízkomolekulárního heparinu a přiložení bandáží, zkontroluje příslušnou dokumentaci (výsledky vyšetření, bezpečnostní protokol a informované souhlasy), zajistí invazivní vstupy, jako jsou permanentní žilní katetr a při operaci trvající déle jak tři hodiny permanentní močový katetr. V případě laparoskopické techniky operace provede dezinfekci pupku (Janíková, 2013). Stárková uvádí, že po bariatrickém zákroku se mohou rozvinout duševní poruchy, jako jsou například deprese, závislost na alkoholu nebo úzkostná porucha. Mezi nejčastější komplikaci patří poruchy příjmu potravy (Stárková, 2010). Pacienti po bariatrické operaci jsou přijímáni na jednotky intermediální péče (IMP) (Haluzík, 2010).

1.6 Prevence nadváhy a obezity

Prevence se provádí buď u jedince, anebo na úrovni celé společnosti. Preventivní činnosti se rozdělují na obecné (nespecifické) a specifické (profylaktické). Obecné preventivní činnosti se zaměřují na podporu zdravého způsobu života a vytváření příznivého prostředí. Specifické preventivní činnosti jsou cíleně zaměřené na prevenci vzniku daného onemocnění, případně jejich následků. Zařazujeme sem například očkování nebo specifické změny v životosprávě rizikového jedince.

Prevenci můžeme dále rozdělit podle časového hlediska na primární, sekundární a terciální. Primární prevence má ochránit a posílit zdraví před vznikem onemocnění. Zdravotnictví se na nich podílí zejména preventivním lékařstvím, opatřeními a činnostmi na úseku ochrany veřejného zdraví a výchovou ke zdraví (Čeledová, Čevela, 2010).

Martinek, Kovářová, et al. (2016) ve svém článku uvádějí, že pro udržení zdraví je nejvhodnější primární prevence prostřednictvím edukace. Nejdůležitějším prostředníkem mezi primární prevencí a klientem je sestra. Aby sestra správně a efektivně plnila úlohu podporovatelky zdraví, nesmí postrádat přirozené schopnosti v edukaci a především odpovídající vzdělání. Dále sestra musí být motivovaná a dobře spolupracující. Podle požadavků lékaře může instruovat pacienta o vhodných dietních opatřeních, způsobu užívání preventivních léků nebo pitnému režimu. Klientovi všeobecná sestra může nabídnout edukační postery zaměřené na prevenci, například kouření nebo nadváhy (Fait, Vrablík, et al., 2008).

Sekundární prevence je předejít nepříznivým následkům již vzniklé nemoci, jejím komplikacím, nezvratným změnám, invaliditě. Hlavními prvky je včasná a správná diagnóza a včasná a účinná preventivně zaměřená terapie.

Terciální prevence se zaměřuje na rehabilitaci, tzv. návratnou péči, která má za cíl obnovit ztracené nebo omezené funkce organismu. Tato prevence má za cíl zapojení člověka do pracovního procesu a vrátit ho zpět do normálního života (Čeledová, Čevela, 2010).

Od roku 1946, kdy byla otevřena v Praze Vyšší ošetrovatelská škola, bylo jejím cílem připravit budoucí zdravotnické sestry pro řídicí práci a pro odbornou ošetrovatelskou činnost v oblasti prevence vzniku onemocnění a výchovy ke zdraví, která zahrnuje i prevenci nadváhy a obezity, dnes tento termín nazýváme jako edukace (Kutnohorská, 2010).

Svačina, Fried, et al., (2018) uvádějí, že prvním lékařem, se kterým se pacient s obezitou, ale i pacient s normální hmotností, se zvýšeným rizikem vzniku obezity nebo nadváhou setká, je zpravidla praktický lékař. V ordinaci praktického lékaře by měl být doporučen další postup. U každého klienta by měl být minimálně v průběhu preventivních prohlídek vypočteno BMI (kg/m^2), změřen obvod pasu a v případě potřeby navržen terapeutický postup se zaměřením na redukci nadváhy nebo obezity. Obézní bez metabolických komplikací dispenzarizujeme a i u nich je vhodná redukce hmotnosti. U obézních se složkami metabolického syndromu musí být léčba všech složek metabolického syndromu i redukce hmotnosti důsledná.

Prevence vzniku obezity je vždy mnohem jednodušší než léčba již vzniklé obezity, proto by praktický lékař měl prevenci obezity věnovat náležitou pozornost. Ve vhodných případech i doporučit nutriční poradny zdravotních ústavů a rekondičních center.

Do prevence proti obezitě a nadváze se zapojují pojišťovny v rámci svých programů, dále přispívají na vyšetření spojená s tímto onemocněním (ZPMVCR, 2020). Další organizace, která se zapojuje do prevence, je například STOB. Tato organizace se zaměřuje na hubnutí bez diet a striktních omezení, vychází z trvalých změn v životních návycích (STOB, 2021).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Popsat povědomí o nadváze a obezitě u veřejnosti v Jihočeském kraji.

Cíl 2: Popsat změny ve vnímání nadváhy a obezity u veřejnosti v Jihočeském kraji.

Cíl 3: Zjistit, jak veřejnost vnímá rizikové faktory vzniku nadváhy a obezity v Jihočeském kraji.

2.2 Výzkumné otázky

VO 1: Jaké povědomí má veřejnost o nadváze a obezitě v Jihočeském kraji?

VO 2: Jak veřejnost vnímá rizikové faktory spojené se vznikem nadváhy a obezity v Jihočeském kraji?

VO 3: Jak vnímá veřejnost nadváhu a obezitu v Jihočeském kraji?

VO 4: Jak vnímá veřejnost důsledky nadváhy a obezity v Jihočeském kraji?

VO 5: Jak vnímá veřejnost činnosti spojené s prevencí nadváhy a obezity v Jihočeském kraji?

3 Operacionalizace pojmů

Nadváha

Nadváhu dle WHO (2021) definujeme jako BMI 25-29,9(kg/m²).

Obezita

Obezitu dle WHO (2021) definujeme jako BMI nad 30 (kg/m²).

Rizikový faktor

Jako rizikový faktor se označují vlastnosti, které zvyšují výskyt nežádoucích jevů (například porucha příjmu potravy) (Pavlová, 2010).

Prevence

Prevence je činnost, která vede k upevnění zdraví, zabránění vzniku nemoci a především k prodloužení aktivní délky života (Čeledová, Čevela, 2010).

Postoj

Postoje jsou neutrální, vyjadřují současně náš hodnotící vztah k různým sociálním objektům v našem prostředí (Výrost, 2008). Jsou spojené s činností, které ovlivňuje chování (Hayes, 2011).

4 Metodika

4.1 Metodika práce a technika sběru dat

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí, a to z teoretické a praktické. Teoretická část byla zpracována pomocí odborné literatury. Praktická část byla realizována na základě kvalitativního výzkumného šetření. Výzkumné šetření bylo zpracováno formou polostrukturovaného rozhovoru. Dle Skutila a Bartošové et al. (2011) je polostrukturovaný rozhovor určitým kompromisem mezi strukturovaným a nestrukturovaným rozhovorem. Tazatel se drží předem připravených otázek, avšak průběžně reaguje na podněty, které přicházejí ze strany informanta.

Před zahájením rozhovoru byli účastníci z Jihočeského kraje osloveni a požádáni o souhlas s účastí ve výzkumném šetření. Všem účastníkům výzkumného šetření bylo podrobně vysvětleno, jaký význam má výzkumné šetření a jak budou následně získané informace zpracovány. Dále byli seznámeni s anonymitou, která bude zachována při zpracování bakalářské práce. Před rozhovorem byly předem rozdány nebo zaslány a zpětně vráceny informované souhlasy (Příloha č. 4), které byly podepsány a uloženy bez možnosti přístupu další osoby. Po podepsání informovaného souhlasu byla předložena škála Stunkartových siluet (Příloha č. 6). Rozhovor (Příloha č. 5) se skládal z 22 otázek, které byly v případě potřeby dále vysvětlovány a rozvíjeny za pomoci podotázek v případě, že se informanti vyjadřovali velmi stručně a nedotýkali se požadovaných oblastí. Podkladem pro osnovu rozhovoru byla prostudovaná literatura. V průběhu tvorby konečné podoby rozhovoru (viz výše) byla vytvořena první osnova, která byla následně upravována do finální verze. Pro předvýzkum byli dotazováni dva informanti a otázky následně byly upraveny do finální verze. V průběhu rozhovoru bylo využito kategorizačních a otevřených otázek. Kategorizační otázky byly použity pro získání osobních údajů, jako jsou pohlaví, věk, zaměstnání, nejvyšší dosažené vzdělání a přibližná výška a váha informantů. Otevřené otázky byly využity pro lepší výtěžnost rozhovoru. Rozhovory s informanty byly realizovány při osobním setkání a se seniory byly realizovány pomocí mobilního telefonu, programu skype nebo MS Teams z důvodu protiepidemických opatření v souvislosti s virem COVID-19. Rozhovory s informanty byly přímo vypisovány na papír nebo nahrávány se souhlasem informantů na mobilní telefon a následně přepisovány do MS Word, v němž byly kódovány metodou tužka-papír

(viz příloha č. 8, seznam kódů viz příloha č. 7) a následně analyzovány. Metoda tužka a papír nejsou jen nástrojem záznamu toho, co vnímáme smysly, ale také i nástrojem komunikace. Skrze ně dáváme zprávu o tom, co je důležité, co zapisujeme (Švaříček, Šed'ová, 2014). S nahráváním rozhovorů souhlasilo 5 informantů a zbylých 10 rozhovorů bylo zaznamenáváno písemně. Jako záznamový arch sloužila osnova rozhovorů. Všechny rozhovory byly zakódovány. Každému z informantů bylo dáno fiktivní jméno s ohledem na zajištění anonymity, klíč k identifikaci informantů je uschován bez možnosti přístupu další osoby. Každý rozhovor trval přibližně 20–40 minut. Výzkum probíhal od 5. do 14. dubna roku 2021.

4.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl vybrán na základě metody sněhové koule. Švaříček, Šed'ová et al. (2014) uvádějí, že se jedná o výběr, ve kterém informanti delegují, navrhnou další osoby, které by mohly odpovídat našim kritériím. Celkem bylo osloveno 20 osob z Jihočeského kraje. S rozhovorem souhlasilo 15 informantů. Zbylých pět osob nesouhlasilo s výzkumným šetřením. Nesouhlasily z důvodu jejich tělesné konstituce a nepochopení daného cíle výzkumu, i když jim vše bylo řádně vysvětleno. Ve výzkumném souboru byli zastoupeni muži i ženy ve věkovém rozmezí 20 - 78 let. Bližší informace o informantech uvádíme v části výsledky výzkumu.

5 Výsledky výzkumu

V následující části textu se budeme věnovat popisu získaných dat. Pro přehlednost uvádíme také tabulku (Tabulka č. 1) sloužící k charakteristice výzkumného souboru a k získání povědomí o účastnících tohoto šetření. V průběhu otevřeného kódování bylo identifikováno celkem 5 kategorií a 12 podkategorií (Tabulka č. 2).

Tabulka č. 1: Charakteristika výzkumného souboru

Informanti	Pohlaví	Věk	Nejvýše dosažené vzdělání	Zaměstnání	Výška (cm)	Váha (kg)	BMI
Alice	žena	51 let	VŠ	účetní specialista	174	85	28,08
Gábina	žena	30 let	VŠ	mateřská dovolená	175	70	22,86
Anna	žena	22 let	SŠ	student	160	53	20,7
Roman	Muž	26 let	SŠ	student	171	83	28,38
Robert	Muž	52 let	SŠ	manažer skladu	182	84	25,36
Amálie	žena	76 let	SŠ	důchodce	160	85	33,2
Kateřina	žena	71 let	SŠ	důchodce	162	65	24,77
Jiřina	žena	77 let	SŠ	důchodce	172	72	24,34
Marie	žena	20 let	SŠ	prodavačka	160	62	24,22
Klára	žena	78 let	SŠ	důchodce	162	72	27,43
Lucie	žena	27 let	SŠ	student	167	62	22,23
Andrej	Muž	29 let	SŠ	voják z povolání	180	90	27,78
Gabriel	Muž	74 let	SŠ	důchodce	170	70	24,22
Eva	žena	25 let	SŠ	ošetřovatelka	163	70	26,35
Petra	žena	38 let	VŠ	všeobecná sestra	170	70	24,22

Pozn. VŠ – vysokoškolské vzdělání, SŠ – středoškolské vzdělání

Zdroj: Vlastní.

Výzkumný soubor se skládal z jedenácti žen a ze čtyř mužů ve věku od 20 do 78 let. Informanti měli různá dosažená vzdělání. Vysokoškolské vzdělání měli tři informanti. Středoškolské bez maturity jeden informant. Zbýlých jedenáct účastníků výzkumu mělo středoškolské vzdělání s maturitou. Informanti měli různá zaměstnání. V důchodu bylo pět účastníků výzkumu. Studující byli tři informanti. Účetní specialista byla jedna informantka. Na mateřské dovolené byla taktéž jedna informantka. Jeden informant pracoval, jako manažer skladu. Jedna informantka pracovala jako prodavačka. Zbylí dva informanti uvedli zaměstnání ve zdravotnictví. Výška dotazovaných byla různá, nejmenší měřil 160 centimetrů a největší měřil 182 centimetrů. Váha dotazovaných se pohybovala od 53 kilogramů do 90 kilogramů. Nejnižší BMI (kg/m²) 20,7 a nejvyšší 33,2.

Tabulka č. 2: Přehled identifikovaných kategorií a podkategorií

Kategorie	Podkategorie
Nadváha	Vnímání nadváhy Důsledky nadváhy
Obezita	Vnímání obezity Důsledky obezity
Vnímání tělesné konstituce	Vnímání dřívější doby Role ve výběru partnera
Faktory ovlivňující nadváhu a obezitu	Zdravý životní styl Nezdravý životní styl COVID-19 a karanténa
Prevence	BMI Preventivní organizace Organizace a programy Stav v ČR

Zdroj: Vlastní

5.1 Nadváha

Tato kategorie je rozdělena do dvou podkategorií. Popisuje, jak obyvatelstvo Jihočeského kraje vnímá nadváhu, jak vnímá rozdíl mezi nadváhou dnes a když byli dotazovaní malé děti, kdo má nejčastěji nadváhu, zda muži, ženy nebo děti a důsledky pro život a jejich zdraví.

Podkategorie - Vnímání nadváhy

Co se týče popisu nadváhy, lze říci, že všichni informanti dokázali popsat, co je to nadváha. Gábina, Anna a Alice popisují nadváhu jako BMI, které je větší než 25. Alice dále dodává, že to může mít i další důsledky. K tomuto výsledku přikládáme odpovědi na otázku, co je to nadváha. „*Nadváha je vyšší BMI než 25*“ (Anna) „*Nadváha je zvýšené BMI nad 25*“ (Gábina) „*BMI více než 25*“ (Alice). Alice dále dodává „*..., taková to tělesná konstituce, kdy už váha může způsobit důsledky estetické a na zdraví*“. Gábina dále souhlasí s informanty Andrejem, Gabrielem, Petrou, Robertem, Lucií a Evou, že nadváha je zvýšené nahromadění množství tuku v těle. Gábina dodává „*..., zvýšené hromadění tukové tkáně*“ „*vyšší nahromadění tukové tkáně*“ (Andrej) „*Více tuku*“ (Gabriel) „*Zvýšený tuk v těle*“ (Robert) „*Nadváha je tělesná hmotnost s vyšším podílem tukové tkáně*“ (Lucie) „*Nadměrná tělesná hmotnost s vyšším podílem tukové tkáně*“ (Eva). Petra tvrdí to samé, ale dále uvádí: „*..., ale je to i to kolik váží, jelikož sportovci mají nadváhu dle BMI z důvodu svalové hmoty*“. Jediná Amálie uvádí, že „*Nadváha jsou neutažené svaly a málo pohybu a genetické predispozice*“. Kateřina, Marie a Eva při rozhovoru nedávaly takový důraz na tuto odpověď a uvádějí, „*Kila, která jsou navíc*“ (Kateřina) „*Nadváha je, když má člověk pár kilo navíc*“ (Marie). Jiřina a Klára uvádějí „*Když člověk váží více než by měl. Vypočítám to tak, že od své délky odečtu metr a to je výsledek kolik bych zhruba měla vážit a to, co je přes, je nadváha*“ Jiřina dodává, „*..., je to o deset kilogramů více*“.

Jak vnímají nadváhu, odpověděli Gábina, Anna, Roman, Marie, Amálie, Kateřina, Jiřina, Klára, Eva a Petra, že ji vnímají, jako normální stav. „*... vnímám ji jako normální stav, jelikož mnoho lidí z našeho obyvatelstva jí trpí, ale možná je to i tou nynější dobou*“ (Gábina) „*... je to normální*“ (Anna) „*... normální stav*“ (Roman) „*vnímám ji jako normální, nedělám mezi lidmi rozdíly*“ (Marie) „*Dnes je to normální*“ (Amálie) „*Dnes*

je to normální stav“ (Kateřina) „... nevidím v tom problém“ (Jiřina) „... normální stav“ (Klára) „Nadváha je normální stav, nevidím v tom problém, má ji spousta lidí.“ (Eva) „Vnímám ji, jako normální stav“ (Petra). Jediná informantka uvedla, že má k tomuto tématu nestranný postoj, ale nesmí ji nikdo, kdo má takový to problém s váhou, ovlivňovat. „nevadí mi, pokud se mě jejich styl života a chování nijak nedotýká. Nevadí mi jejich tloušťka, ale často se s nimi pojící lenost a nezáměr k pohybovým aktivitám, apatie“ (Lucie). Robert vnímá nadváhu, jako nedostatek pohybu a souhlasí s Lucií „... lenost“ (Robert). Informanti Alice, Andrej a Gabriel nesouhlasí s názorem, že je to normální stav, ale myslí si, že je to nemoc doby „... problém, má ji spousta lidí“ (Alice) „... nebezpečí pro zdraví, cholesterol“ (Andrej) „... přítěž“ (Gabriel).

V porovnání vnímání nadváhy nyní, a když byli děti, informanti popisují. V dětství nevnímaly nadváhu Alice, Gábina, Amálie, Jiřina „*Když jsem byla malá, nevnímala jsem ji*“ (Alice) „*Dříve jsem to vůbec nevnímala*“ (Gábina) „*Jako malá jsem to nevnímala*“ (Amálie) „... *dříve nějak nevnímala*“ (Jiřina). V dětství neřešili nadváhu Anna, Klára, Eva „*Jako dítě jsem to neřešila*“ (Anna) „*Neřešila jsem nadváhu*“ (Jiřina). Dále Jiřina uvádí, že měla spíše podváhu a byla v ozdravovně. V dětství si nevšimli nadváhy Robert, Marie a Gabriel „... *nevšimal jsem si ji*“ (Robert) „*Nadváhy jsem si v dětství nevšimala*“ (Marie) „*Nevšimal jsem si*“ (Gabriel). Jediná Kateřina odpověděla „... *dříve, že zbytečně tahá kila navíc*“. Informant Andrej uvedl „*V dětství jsem jedl podle chuti*“ Jediná informantka Petra si nedovedla připustit, že bude mít někdy nadváhu, jelikož nepřibývala „*Jako malé dítě jsem si nedovedla připustit, že budu mít někdy nadváhu, jelikož jsem jedla a stále nepřibírala*“

V porovnání povědomí u mužů, žen a dětí odpovědělo šest informantů, že nadváhu mají spíše muži. K této odpovědi Alice dodává „...*, protože do určitého stupně nadváhu neřeší*“ Čtyři informanti odpověděli, že ženy mají častěji nadváhu. Tři informanti si myslí, že ženy a muži mají stejně. Amálie dále k této otázce uvádí „... *jsou na tom stejně a děti je také strašně moc*“ Lucie uvedla, že nejvíce obézní jsou děti a ženy. Informantka Eva uvedla, že nezná tuto odpověď, jelikož je to hodně individuální.

Důsledky nadváhy

V oblasti důsledků nadváhy uvedly (Alice, Kateřina, Marie, Petra), že vidí problém nadváhy v estetickém dojmu a v sehnání oblečení. „... *estetický problém*“ (Alice) „... *nepůsobí dobrým dojmem*“ (Kateřina) „... *mají problém sehnat oblečení*“ (Marie) Petra souhlasí s Marií a navíc dodává „... *Mohou se více stydět například ve veřejných plovárnách*“. Alice, Gábina, Anna, Roman, Marie, Lucie a Andrej vidí problém v navazování nových kontaktů a v problému se šikanou v dětství. „*sociální zejména při navazování kontaktů, jednání s lidmi, problém, jak Vás vnímá okolí, problém při získání zaměstnání*“ Alice. Gábina souhlasí s Alicí a dodává „... *šikana od lidí z našeho okolí*“ Marie dodává „*mají komplikovanější život*“ „*složitější hledání partnera*“ Andrej. Anna, Robert, Klára, Lucie, Gabriel a Eva vidí problém pro zdraví zejména pro vznik onemocnění. „... *deprese*“ (Anna) „... *problém s pohybovou aktivitou, diabetes a vysoký krevní tlak*“ (Roman) „... *zdravotní problémy, zejména zadýchávání a pohyb*“ (Klára) „... *Potí se, snížená fyzická kondice*“ (Lucie) „*je to predispozice ke vzniku onemocnění například infarkt*“ (Gabriel). Informantka Eva si myslí, že nadváha žádný důsledek pro zdraví nemá akorát, že z nadváhy může vzniknout obezita: „*Pro zdraví si myslím, že to žádný důsledek nemá, ale jen predispozice k obezitě.*“.

5.2 Obezita

Tato kategorie je rozdělena do dvou podkategorií. První podkategorie popisuje, jak obyvatelstvo Jihočeského kraje vnímá obezitu, rozdíl vnímání obezity dnes a když byli malé děti, kdo má nejčastěji obezitu, zda muži, ženy nebo děti. Druhá podkategorie popisuje důsledky pro život a zdraví.

Vnímání obezity

V první oblasti je popis obezity. Tři informanti odpověděli, že obezita se vyznačuje jako BMI nad 30. „*Obezita se označuje jako BMI, které je nad 30*“ (Alice) „*Obezita je BMI nad 30*“ (Gábina) „*Obezita se vyznačuje, jako BMI nad 30*“ (Petra). Petra dále souhlasí s Kateřinou a s Gabrielem, kteří tvrdí, že nevidí rozdíl mezi nadváhou a obezitou „*Nevnímám rozdíl mezi obezitou a nadváhou.*“ (Petra) „*Žádný rozdíl mezi tím*

nevidím.“ (Kateřina) „*Nevidím mezi obezitou a nadváhou rozdíl.*“ (Gabriel). Gabriel dále souhlasí s dalšími šesti informanty, kteří uvádí, že je to další stupeň nadváhy a více tuku v těle „... *větší nadváha*“ (Gabriel) „... *další stupeň nadváhy*“ (Amálie) „... *vyšší stupeň nadváhy*“ (Lucie) „... *hodně tlustí lidé*“ (Jiřina) „... *více tlustí než nadváha*“ (Marie) „... *více tuku v těle*“ (Roman) „... *tlustí*“ (Robert). Anna a Andrej nevěděli, co je to obezita. Jediná informantka Eva uvádí, že obezita je nepoměr mezi výškou a váhou, a čím je způsobena. „*Obezita je, když člověk váží o hodně víc, než měří mnohdy je vytvořena z velkého přejídání a hlavně špatného stravování, ale také může být způsobena nemocí například onemocněním štítné žlázy.*“

V druhé oblasti je, jak informanti vnímají obezitu. Třetina účastníků výzkumu nedovedla popsat, jak vnímají obezitu. Odpověděla třetina, že ji vnímají jako veliký problém. „*Obezita je už problém*“ (Roman) „*Zásadní problém, hazard se životem*“ (Andrej) „... *zadělává si na velké problémy*“ (Jiřina) „*Obezita způsobuje velké problémy v oblasti zdravotní a sociální, může vést až k ohrožení života, dále může mít problémy s psychikou*“. (Alice) Petra souhlasí s Alicí, která vidí obezitu z pohledu zdravotníka „... *ve zdravotnictví se s nimi setkávám často a mám strach o svá záda*“. Dvě informantky uvedly nelibost ve svém postoji, „*Nelíbí se mi, když je moc tlustý*“ (Marie) „... *je mi z nich fyzicky špatně*“ (Lucie). Dále se k nim přidává Eva, projevuje smutek zejména k dětem, že se nemohou hýbat, ale naopak dodává, že je problém v přejídání „... *je mi líto hlavně dětí. Nemohou se hýbat, tak jako ostatní, ale bohužel si zato v hodně případech mohou samy. Spousta obézních lidí nechtějí přestat jíst*“.

Třetí oblast se zaměřuje na vnímání obezity v dětství. Tři informanti uvedli spíše sociální problém, který vnímali jako děti. „*Děti si všímají jen větších extrémů, vysmívají se například silnějším spolužákům*“ (Alice) „*V mém dětství se spíše kamarádi posmívali tlustějším spolužákům*“ (Roman) „*Silnějším dětem se smály*“ (Marie). Amálie, Lucie, Andrej a Eva sdělují, že jako malí tak obezitu nevnímali. „... *nevnímala jsem to*“ (Amálie) „... *nevnímala jsem rozdíly mezi dětmi*“ (Lucie) „... *nevnímala jsem to, jako dnes*“ (Andrej) „... *nevnímala jsem obezitu vůbec*“ (Eva) Tři účastníci výzkumu si nevzpomínají, jak vnímali obezitu jako děti. Informantka Gábina sděluje, že v dětství vnímala obezitu, jako odstrašující věc a zároveň zmiňuje lítost „*Všimla jsem si odlišností mezi dětmi. Někteří měli nadváhu, někteří obezitu, když jsem se vžila do jejich role, že bych nemohla dělat věci a sport, který mi baví, tak jsem se do tance zapálila ještě více,*

abych nevypadala, jako oni. Již v dětství jsem si uvědomovala, že tito lidé mají problém s navazováním kontaktů, jelikož děti jsou někdy zlé, když vidí, že je někdo jiný.“

Ve čtvrté oblasti jsem se zaměřovala na to, jak populace vnímá, kdo jsou nejvíce obézní. Tři informanti (Alice, Marie, Andrej a Petra) si myslí, že nejvíce obézní jsou muži. Jeden účastník výzkumu (Robert) si myslí, že ženy. Jeden informant si myslí, že jsou nejvíce obézní muži a děti (Lucie). Jeden účastník výzkumu si myslí, že jsou nejvíce obézní ženy a děti (Eva). Jeden informant (Roman) si myslí, že muži a ženy jsou nejvíce obézní. Sedm informantů (Gábina, Anna, Amálie, Kateřina, Jiřina, Klára, Gabriel) uvádí, že je to velice individuální, takže nemohou zcela říci, kdo je nejvíce obézní.

Důsledky obezity

Druhá podkategorie jsou důsledky obezity na zdraví a pro život. Čtyři informanti nevědí, jaké jsou důsledky obezity. Účastnice výzkumu Lucie tvrdí, že důsledky obezity jsou tragické. Šest informantů uvádí, problém v sociálním prostředí. „*Sociální problémy s navazováním kontaktů, problémy při hledání zaměstnání ...*“ (Alice) „*... problémy s nalezením práce, navazování kontaktů*“ (Gábina) „*... sociální*“ (Anna) „*... problém se sociálním zařazením*“ (Robert) „*... sociální znevýhodnění*“ (Marie) „*... sehnání partnera, oblíbenost v kolektivu*“ (Andrej) „*... často terčem výsměchu*“ (Eva). Šest účastníků souboru uvádí, problémy s pohybovým aparátem. „*... problémy s pohybem*“ (Alice) „*... problémy s pohyblivostí*“ (Gábina) „*... zhoršená mobilita*“ (Robert) „*horší pohyblivost*“ (Amálie) „*menší pohyblivost, jsou líní, ...*“ (Jiřina) „*... snížený pohyb*“ (Petra). Jiřina dále dodává „*následkem menší pohyblivosti je začnou bolet kolena, záda a nemůžou ani trénovat svaly*“. Anna bere obezitu jako onemocnění. „*... je sama o sobě pro mě onemocnění*“. Alice, Gábina, Amálie a Eva uvádějí zdravotní problémy s dýcháním, s hypertenzí, s diabetem, se srdcem a s aterosklerózou. „*Zdravotní problémy vysoký krevní tlak a cukrovka.*“ (Alice) „*... hypertenze, diabetes nebo ateroskleróza*“ (Gábina) „*... zatížení dýchání a srdce*“ (Amálie) „*... infarkt myokardu, diabetes nebo hypertenze*“ (Eva). Alice a Gábina uvádějí problémy při soběstačnosti. „*... nižší soběstačnost mají například v domácím prostředí*“ (Alice) „*Při vyšším stupni obezity mají problém se soběstačností*“ (Gábina). Informantka Gábina tvrdí, že obézní ženy mohou mít problémy s otěhotněním a obě pohlaví mohou mít problém i se sexuálním životem. Alice a Marie sdělují, následkem

obezity mohou vznikat psychické problémy. „... *problémy psychického rázu*“ (Alice)
„... *můžou vznikat deprese, že dříve umře*“ (Marie).

5.3 *Vnímání tělesné konstituce*

Kategorie vnímání tělesné konstituce je rozdělena na dvě podkategorie. V první podkategorii se zaměřujeme na vnímání nadváhy a obezity v dřívějších dobách. V druhé podkategorii zjišťujeme, jak velkou roli vidí informanti z Jihočeského kraje ve výběru svého životního partnera

Vnímání dřívější doby

V této oblasti odpovědělo dvě třetiny informantů, obezitu v dřívějších dobách vnímali jako symbol blahobytu a bohatství. „... *bohatství*“ (Gábina) „... *člověk je majetný a daří se mu*“ (Anna) „... *znak blahobytu*“ (Amálie) „... *projev bohatství*“ (Kateřina) „... *bohatí a bylo to symbolem, že se mají dobře*“ (Marie) „... *blahobyt a bohatství, zejména v baroku*“ (Lucie) „... *blahobyt*“ (Andrej) „... *tlustí rovná se bohatí*“ (Gabriel) „... *znak hojnosti a blahobytu, převážně u šlechty*“ (Eva). Dva účastníci souboru si myslí, nadváha byla brána u žen jako dobrý základ rodiny. „... *jako „schopnost zachování rodu*“ (Alice) „... *dobrá základ rodiny*“ (Gábina). Roman a Robert tvrdí, v dřívějších dobách byl pohled na nadváhu a obezitu méně tolerantnější. „... *nehledělo se na nadváhu a obezitu jako dnes*“ (Roman) „... *méně tolerované než dnes*“ (Robert). Informantka Jiřina uvádí, dříve se děti více hýbaly než dnes. „*Dřív se říkalo, že se děti z toho vyběhají, tenkrát rodiče měli pravdu, že děti se víc pohybovaly a tak to vyběhaly. Dnes sedí u počítače, takže to vyběhání tady nehrozí.*“. Dva účastníci výzkumu uvádějí, že jí vnímali jako něco nevzhledného. „... *nevzhlednost, neochota k péči o své tělo, takto to vnímali převážně v Římě a v antice.*“ (Lucie) „... *potom, že se přejídají*“ (Petra). Gábina si myslí, že v minulém století byly kmeny, které měly mínění, že žena musí být obézní, jednalo se o kmeny vykrmováčů.

Role ve výběru partnera

Tato podkategorie se zaměřuje na vliv fyzické konstituce ve výběru svého vysněného protějšku. Tři informanti odpověděli, ideál krásy se mění dle věku. „... *ideál krásy souvisí s obdobím, kdy člověk žije*“ (Alice) „*Během věku se to mění*“ (Gábina) „*V každém věku je to jiný*“ (Jiřina). Alice dodává „...*, ale na druhou stranu člověk s ideální tělesnou konstitucí pro partnerský vztah může být zcela nevhodný*“. Pro Romana, Kláru a Gabriela fyzická konstituce není nejdůležitější. „*Není nejdůležitější. Je to jeden z méně důležitých faktorů*“ (Roman) „*Není to nejdůležitější měřítko, ale extra tlustého, také nechci.*“ (Klára) „*Není to nejdůležitější.*“ (Gabriel). Pro Annu, Roberta, Kateřinu, Marii, Andreje a Petru hraje významný faktor konstituce protějšku. „... *je to asi 50%, jelikož mě děsí důsledky spojené s nadváhou a obezitou*“ (Anna) „*je to asi 60% ve výběru partnera.*“ (Robert) „*Významnou, první pohled je důležitý*“ (Kateřina) „*Vadilo by mi, kdyby byl tlustý*“ (Marie) „*Je to asi 7 z 10 bodů.*“ (Andrej) „*Velkou, každý má své preference, který protějšek se mu líbí*“ (Petra). Lucie si myslí, že pokud jde o vysněný protějšek, výrazně se prolíná psychická i fyzická stránka. Pro Evu tělesná konstituce nehraje žádnou roli. Amálie uvádí, že když si ona vybírala svého životního partnera, tak se spíše koukala, jak se chová, ale nyní by si z mužů nevybrala. „*To nevím, protože bych teď žádného nechtěla, jelikož mám dědouška. Ale když jsme byli mladí, tak všichni převážně v naší skupině byli jsme normální, ale ne obézní. Spíše jsme koukali, jak se chová a co má v hlavě, dříve jak vypadá. Dříve nebyli, je to tak 60 let, co jsou. Jelikož se hodně chodilo sportovat, na tancovačky a třeba hrál se hodně volejbal, bylo to jinak.*“

5.4 Faktory ovlivňující nadváhu a obezitu

V této kategorii se zabýváme faktory nadváhy a obezity. První podkategorie se zabývá zdravým životním stylem. Druhá kategorie se zabývá nezdravým životním stylem. Třetí kategorie se věnuje nemoci COVID-19 a s ní spojené karanténě.

Zdravý životní styl

V této podkategorii informanti popisují, jak by popsali zdravý životní styl. Lze říci, že skoro všichni zúčastnění zařadili pohyb do zdravého životního stylu. „*Zdravý životní styl*

spočívá v dostatku pohybu.“ (Alice) *„Zdravý životní styl spočívá v dostatku pohybu.*“ (Gábina) *„... pravidelný pohyb“* (Anna) *„... více pohybové aktivity, lovecké aktivity, práce venku a né v posilovně“* (Robert) *„... pohyb“* (Kateřina) *„... pravidelně se hýbat“* (Jiřina) *„... chodit ven“* (Marie) *„... více pohybu, například sport nebo procházka“* (Klára) *„... dostatek pohybu“* (Lucie) *„... pohyb“* (Gabriel) *„mělo by se sportovat nebo alespoň chodit na dlouhé procházky“* (Eva) *„Měla by se vykonávat sportovní aktivita.“* (Petra). Dále většina účastníků výzkumu uvedla, že je důležitá strava, zejména vyvážená a pestrá. *„Hodně ovoce a zeleniny, ...“* (Roman) *„Konzumace hodně ovoce a zeleniny, méně bílého pečiva.“* (Kateřina) *„... pravidelně jíst“* (Jiřina) *„Jíst pravidelně zejména zelenina a ovoce, málo smaženého.“* (Marie) *„... omezovat se v jídle, nepřejídat se“* (Klára) *„... vyvážená strava“* (Lucie) *„Měli bychom méně soli, zelenina, nepřezírat se a nejíst po dvacáté hodině.“* (Andrej) *„... střídmost, pestrost“* (Gabriel) *„Myslím, že by se měla jíst vyvážená strava.“* (Eva). Roman, Jiřina, Gabriel a Eva uvádějí důležitost spánku a odpočinku. *„... dostatek spánku, pohodička“* (Roman) *„... pravidelně spát“* (Jiřina) *„... spánek“* (Gabriel) *„Mělo by být dostatek spánku a odpočinku.“* (Eva). Pět informantů uvádí, málo se stresovat a umět pracovat se stresem. *„... málo stresu“* (Gábina) *„... méně stresu“* (Robert) *„... nestresovat se“* (Jiřina) *„... umět pracovat se stresem“* (Lucie) *„... málo stresu“* (Gabriel). Jediná Lucie zmiňuje, že je důležitý optimistický přístup k životu a zdravý sexuální život. *„Důležité je ve zdravém životním stylu, optimistický přístup k životu, zdravý sexuální život, ...“*. Jediná informantka Amálie se zaměřila na pojetí zdravého životního stylu v nynější době. *„Co to je? Když nás k němu nic v poslední době nevede, děti sedí u počítače a dospělí si k němu také sednou a současná doba nenahrává tomu, abychom se sešli.“*

V této oblasti jsme se zaměřili na spánek. Informantů jsme se dotazovali, jak by podle nich měl vypadat spánek. Alice, Gábina, Amálie a Andrej udávají, že lidé mají spát sedm hodin denně. *„Dostatek odpočinku a spánku alespoň sedm hodin denně, snižuje stres.“* (Alice) *„Dostatečný spánek a odpočinek alespoň sedm hodin.“* (Gábina) *„Záleží na tom, jestli člověk je skřivánek nebo sova, okolo sedmi hodin.“* (Amálie) *„Sedm hodin spánku.“* (Andrej). Amálie dále dodává individualitu každé osoby. *„Je to individuální, tělo si řekne, co potřebuje.“* Andrej dále dodává, že děti by měly spát devět hodin. *„Pokud si správně pamatuju, děti by měly spát devět hodin“*. Jiřina, Klára, Petra uvádějí, že by člověk měl spát sedm až osm hodin. *„Běžně se říká sedm až osm hodin“* (Jiřina) *„Lehnout si, udává se, že máme spát sedm až osm hodin.“* (Klára) *„Pravidelný kvalitní spánek“*

sedm až osm hodin.“ (Petra). Jiřina dále uvádí individualitu. *„Pro každého je to individuální.“* Petra dále sděluje, kdy má ideálně člověk jít spát a jak zvýšit kvalitu spánku. *„Ideálně před půlnocí, z důvodu střídání fází, to znamená dvakrát prostřídání fází. Místnost by měla být, klidná bez rušivých vjemů, hlavně bez modrého světla, které vyzařuje mobilní telefon.“* Marie odpověděla, alespoň šest hodin spánku. *„Lehnout si a spát alespoň šest hodin.“* Čtyři informanti odpověděli, že je důležitý aktivní odpočinek. *„Je důležité snoubení aktivního i pasivního odpočinku například procházka a opalování.“* (Lucie) *„Je důležitý relax, koupel, knížka a moře.“* (Gabriel) *„Aktivní odpočinek je například procházka na čerstvém vzduchu.“* (Kateřina) *„Myslím si, že podle každého, třeba číst si knihu nebo odpočívat v nějakém tichém a klidném prostředí.“* (Eva).

V této oblasti jsme se zaměřili na správné stravovací návyky. Dvanáct informantů odpovědělo, jaké zdravé potraviny máme jíst. *„Jíst čerstvé lokální potraviny.“* (Alice) *„Jíst čerstvé lokální potraviny.“* (Gábina) *„Začlenit do svého jídelníčku ovoce a zeleninu.“* (Anna) *„Jíst zdravě a kvalitně.“* (Roman) *„Jíst ovoce a zeleninu.“* (Amálie) *„Jíst hodně zeleniny a ovoce, hodně vlákniny a maso.“* (Jiřina) *„Jíst hodně zeleniny a ovoce.“* (Marie) *„Jíst zeleninu a ovoce.“* (Klára) *„Jíst dostatek zeleniny a ovoce a dodržovat pitný režim.“* (Lucie) *„Jíst zdravě.“* (Andrej) *„Jíst pestře hlavně ovoce, zeleninu, maso.“* (Gabriel) *„Jíst vyváženou stravu, hodně zeleniny a ovoce.“* (Eva) *„Strava by měla být pestrá a měl by se dodržovat pitný režim.“* (Petra). Gábina, Anna, Roman, Robert, Amálie, Kateřina, Marie, Klára, Gabriel a Petra udávají, jak bychom se měli stravovat. *„Stravovat se alespoň pětkrát denně.“* (Gábina) *„Stravovat se střídavě.“* (Anna) *„Jíst pravidelně.“* (Roman) *„Jíst s rozumem.“* (Robert) *„Jíst pětkrát denně.“* (Amálie) *„Jíst střídavě.“* (Kateřina) *„Nepřejídat se.“* (Marie) *„Jíst střídavě.“* (Klára) *„Jíst přiměřeně.“* (Gabriel) *„Jíst pravidelně“* (Petra) Anna dále dodává, že je důležitý příjem a výdej energie. *„Nepřejídám se, jím menší porce a hlavně vyvažuji příjem s výdejem energie.“* Robert dále uvádí, že jí, co tělo zrovna potřebuje. *„Když mám hlad, jím to, co si tělo řekne. Například, když vidím mrkev a tělo si řekne, dám si mrkev.“* Devět informantů sděluje, co bychom měli omezit nebo vynechat ze stravy. *„Omezit smažené jídlo“* (Alice) *„Omezit smažené jídlo, snížit konzumaci alkoholu.“* (Gábina) *„Nejíst večer hutné a mastné.“* (Amálie) *„Jíst málo tuků.“* (Jiřina) *„Nejíst žádné smažené.“* (Marie) *„Jíst méně tuku.“* (Klára) *„Omezit sladké a nepřehánět to s mastnými výrobky.“* (Lucie) *„Jíst co nejméně smaženého.“* (Eva) *„Nekonzumovat alkohol a nekouřit.“* (Petra).

V této oblasti se zaměřujeme na sportovní aktivitu během týdne. Marie uvedla, že bychom měli sportovat dvakrát týdně. „*Měli bychom sportovat, dvakrát týdně na tři hodiny, například projít se.*“ Sedm účastníků výzkumu odpovědělo, že bychom se měli sportovní aktivně věnovat třikrát týdně. „*Stačí například chůze, alespoň třikrát týdně cca jednu hodinu.*“ (Alice) „*Alespoň třikrát týdně.*“ (Gábina) „*Alespoň třikrát týdně po dobu 20 minut.*“ (Roman) „*... třikrát týdně.*“ (Lucie) „*... třikrát týdně.*“ (Andrej) „*... třikrát týdně.*“ (Gabriel) „*... třikrát týdně po dobu třiceti minut.*“ (Eva). Anna uvedla, že bychom měli sportovat čtyřikrát týdně, ale zároveň zmiňuje individualitu. „*Záleží na každém z nás, jak se cítí. Ale z vlastní zkušenosti si myslím, že čtyřikrát týdně.*“. Robert, Amálie, Kateřina, Jiřina, Klára a Petra uvádějí každý den. „*Měli bychom sportovat každý den.*“ (Robert) „*Každý den, ...*“ (Amálie) „*každý den*“ (Kateřina) „*Sportovat každý den po dobu třiceti minut.*“ (Jiřina) „*Měli bychom sportovat sedmkrát týdně třicet minut.*“ (Klára) „*Sportuji sedmkrát týdně po dobu třiceti minut.*“ (Petra). Amálie dále uvádí, že toto závisí na zálibách a práci, kterou vykonáváme. „*..., závisí na zálibách, každý by měl sportovat každý den, ti co pracují, by měli chodit každý den, sportovat vidím ty, co chodí někam do nějakého kroužku, ale jinak moc ne.*“.

V další oblasti se zaměřujeme na prvky životního stylu od nejdůležitějšího po méně důležité. Jídlo dalo na první pozici šest informantů (Alice, Gábina, Roman, Amálie, Gabriel, Petra), na druhou pozici čtyři informanti (Robert, Marie, Lucie, Eva), na třetí pozici čtyři informanti (Anna, Jiřina, Klára, Andrej) a na pátou jeden informant (Kateřina). Pohyb dalo na první pozici osm účastníků výzkumu (Robert, Kateřina, Jiřina, Marie, Klára, Lucie, Eva) a na druhou pozici sedm účastníků výzkumu (Alice, Gábina, Anna, Roman, Amálie, Andrej, Petra). Odpočinek uvedl na první pozici jeden informant (Anna), na třetí pozici dva informanti (Kateřina, Klára), na třetí pozici deset informantů (Alice, Gábina, Roman, Robert, Amálie, Marie, Lucie, Andrej, Eva, Petra) a na čtvrtou pozici jeden informant (Jiřina). Stres zařadil jeden účastník výzkumu (Jiřina) na druhé místo, osm účastníků výzkumu (Alice, Gábina, Roman, Robert, Kateřina, Marie, Lucie, Gabriel) na čtvrté místo a šest účastníků výzkumu (Anna, Amálie, Klára, Andrej, Eva, Petra) na páté místo. Kouření a alkohol uvedl jeden informant (Kateřina) na třetí pozici, šest informantů (Anna, Amálie, Klára, Andrej, Eva, Petra) na čtvrtou pozici a osm informantů (Alice, Gábina, Roman, Robert, Jiřina, Marie, Lucie, Andrej) na pátou pozici.

Nezdravý životní styl

Tato podkategorie se věnuje nezdravému životnímu stylu. Skoro všichni informanti odpověděli, že do nezdravého životního stylu patří snížená pohybová aktivita. „... *nedostatek pohybu*“ (Alice) „... *nechuť se hýbat*“ (Gábina) „*Snížená pohybová aktivita*“ (Roman) „... *nechuť se hýbat*“ (Amálie) „... *málo pohybu*“ (Kateřina) „... *snížená aktivita, nechuť se hýbat*“ (Jiřina) „... *málo pohybu*“ (Klára) „... *pohyb*“ (Gabriel) „... *málo pohybu*“ (Eva) „... *pohyb*“ (Petra). Všichni informanti uvedli, že do nezdravého životního stylu patří špatné stravování a přejídání se. „... *vysoký příjem energie*“ (Alice) „... *velký příjem stravy*“ (Gábina) „... *nezdravá strava*“ (Anna) „... *strava*“ (Roman) „... *strava*“ (Robert) „... *prejídání se*“ (Amálie) „... *moc jídla*“ (Kateřina) „... *jedení velkých porcí vzhledem ke své činnosti.*“ (Jiřina) „... *prejídání se*“ (Klára) „... *tučná strava*“ (Lucie) „... *chuť k jídlu*“ (Andrej) „... *nezdravé jídlo*“ (Gabriel) „... *špatné stravování*“ (Eva) „... *jak se člověk stravuje*“. Anna a Lucie dodávají, že nezdravý životní styl může pocházet již z rodiny a kolektivu přátel. „*Rodinné zázemí, výchova, ale také naše okolí.*“ (Anna) „*Závisí i na výchově.*“ (Lucie). Marie doplňuje Annu a Lucii, že závisí i na penězích. „*Jestliže dotyčný bude mít méně peněz, bude si kupovat levnější potraviny, častěji i nezdravé.*“ Anna souhlasí s Romanem, s Marií, s Klárou a s Gabrielem, kteří říkají, že závisí i na emocích, které právě dotyčný prožívá. „*Například studenti ve škole mají spolužáka, který má pár kilo navíc, dočká se posměchu, z toho je smutný a svůj smutek začne zajídat jídlem.*“ (Anna) „*Závisí i na emocích.*“ (Roman) „... *nálada*“ (Marie) „... *stres*“ (Klára) „... *stres*“ (Gabriel). Andrej udává, že k nezdravému životnímu stylu mohou přispět i problémy v životě.

V této oblasti jsme se ptali na vliv kouření a příjmu alkoholu. Lze říci, že většina informantů odpověděla, že kouření a příjem alkoholu má vliv na zdraví. „*Oba tyto zlovyky v žádném případě nepatří do zdravého životního stylu.*“ (Alice) „*Oba tyto zlovyky nepatří do zdravého životního stylu.*“ (Gábina) „*Vliv těchto dvou věcí je dle mého názoru zásadní. Kouření kazí fyzičku a alkohol tělesnou váhu a otupuje mysl. Tudíž se pod jeho vlivem hodně lidí nedokope k tomu, aby se sebou něco dělali.*“ (Anna) „*Asi nějaký vliv to bude mít, alkohol má vliv takový, že nemůžeme odbourávat tuky. Kouření zmenšuje kapacitu plic.*“ (Roman) „*Kouření je špatné.*“ (Robert) „*Určitě má, ...*“ (Amálie) „*Kouření neuznávám vůbec*“ (Jiřina) „*Má vliv, kouření poškozuje plíce, má vliv na obezitu.*“ (Marie) „*Není to zdravé.*“ (Klára) „*Kouření všeobecně neprospívá organismu. Přemíra alkoholu škodí, může vzniknout onemocnění, jako jsou*

například závislosti nebo cirhóza jater.“ (Lucie) *„Pivo má vliv, je-li ve vyšším množství.“* (Andrej) *„Škodí zdraví.“* (Gabriel) *„Myslím si, že díky alkoholu se lépe přibírá, když člověk pije, má víc chuť k jídlu nebo hlad.“* (Eva) *„Škodí zdraví.“* (Petra). Robert dále dodává, že pivo je dobré pro doplnění vitamínu B. *„Pivo po sportu je dobré, doplnění vitamínu B.“* Jiřina dále dodává, že alkohol je možné pít v omezeném množství. *„Alkohol, když má někdo chuť, když je příležitost, ale neztřískat se.“* Lucie dále dodává, že alkohol v omezené míře je prospěšný. *„Alkohol se doporučuje. Zejména 2dcl červeného vína nebo jedno pivo denně taky prospívá organismu.“* Informantka Kateřina si myslí, že alkohol ani kouření vliv na zdraví nemá vliv. Andrej udává, že kouření nemá vliv.

COVID-19 a karanténa

V podkategorii **COVID-19** a karanténa jsme se ptali, jaký vliv má na obezitu podle informantů z Jihočeského kraje COVID-19 a sní spojená karanténa. Lze říci, že všichni informanti až na dva, odpověděli, že COVID-19 a karanténa vliv má. *„Ano, má vliv a velký.“* (Alice) *„Má velký vliv.“* (Gábina) *„Řekla bych, že vliv rozhodně má.“* (Anna) *„Velký, ...“* (Roman) *„Ano, má.“* (Amálie) *„Velký, ...“* (Kateřina) *„Moc dobrý vliv nemá.“* (Jiřina) *„Velký vliv.“* (Marie) *„Ano, má“* (Klára) *„Rozhodně má vliv.“* (Andrej) *„ohromný“* (Gabriel) *„Velký, ...“* (Petra). Opačný názor na tuto otázku má Robert, který udává, že rozdíl se dozvíme nejspíše až po roce. *„Nehodnotitelné, dozvíme se později, po roce, jak se to bude vyvíjet.“* Většina informantů uvedla, že tento stav má velký vliv na nezdravý životní styl. *„Lidé jsou více doma, proto spoustu problémů řeší zvýšeným příjmem potravy a pitím alkoholu. Naproti tomu mají menší možnosti sportovního vyžití. Lidé mají sklon k depresím, které mohou být ovlivňovány i velkým množstvím nepříznivých zpráv.“* (Alice) *„Díky práci z domova se snižuje fyzická aktivita.“* (Gábina) *„..., lidé jsou doma, samý home office, to přímo vybízí k nadváze.“* (Roman) *„Má vliv na stres, na alkoholismus, kouření a ovlivňuje celý život.“* (Amálie) *„..., lidé mají málo pohybu.“* (Kateřina) *„..., nesmí se chodit ven a celý den jen jí.“* (Marie) *„..., není dovolen aktivní pohyb, musíme být doma.“* (Klára) *„Lidi jsou ve stresu, přejídají se a příliš se nehýbou.“* (Lucie) *„Jsme více doma, rychlé jídlo, dovoz až domů“* (Andrej) *„..., sedí doma, vaří a jí a jí, zákaz pohybu.“* (Gabriel) *„..., více stresu, hýbu se jen v práci, jelikož vše je zavřené.“* (Petra). Odlišný názor na pohybovou aktivitu během tohoto stavu má

Anna, která odpověděla: „*Pokud lidé nikdy necvičili, tak buď teď začali, anebo na to budou kašlat i nadále, Tudíž je to půl na půl. Snížený i vzrůst obezity je v tuto dobu na stejné pozici, jako vzrůst nadváhy.*“ Eva měla jiný názor než ostatní, při své odpovědi se zaměřila na lidi, kteří jsou v karanténě a ty, co jsou obézní. „*Myslím si, že obézní člověk hůř bojuje s nemocí covid a má horší komplikace. Lidé v karanténě mají omezený pohyb a více jí, takže si myslím, že v karanténě je jednodušší mít obezitu.*“

5.5 *Prevence*

V této kategorii se zaobíráme prevencí nadváhy a obezity. První podkategorie se zaobírá BMI, zda informanti Jihočeského kraje vědí, co to je, jak se vypočítá a co vyjadřuje. Druhá podkategorie se zaobírá preventivní péčí u praktického lékaře, zda si někdy všimli, že jejich praktický lékař věnuje svoji pozornost prevenci nadváhy a obezity. A jak by podle nich měla vypadat prevence nadváhy a obezity u praktického lékaře. Třetí podkategorie se zaobírá povědomím o organizacích v rámci nadváhy a obezity. Čtvrtá podkategorie se věnuje stavu v České republice, jak si informanti z Jihočeského kraje myslí, že si stojí Česká republika v porovnání s jinými státy, čím je to způsobené a čím podle nich by se to dalo zlepšit. Do této podkategorie jsme zahrnuli i Stunkardovu škálu siluet (viz příloha č. 6), na které informanti měli ukázat, kde vidí sebe, kde by se chtěli vidět, kde podle nich začíná obezita, kde nadváha a kde podvýživa.

BMI

V případě otázky, co to znamená index BMI, skoro polovina informantů odpověděla, BMI je Body mass index. Pět osob uvedlo, že ví co je to BMI. Dva informanti odpověděli, že neví a jeden účastník výzkumu odpověděl, že určuje stupeň obezity.

Další oblast se týkala, jak by vypočítali informanti BMI. Skoro tři čtvrtiny informantů odpověděly, že BMI se vypočítá vzorcem váha v kilogramech lomeno výška na druhou v metrech nebo poměr váhy a výšky. „... *váha v kg/druhá mocnina výšky v metrech*“ (Alice) „... *váha v kilogramech lomeno výška v metrech na druhou*“ (Gábina) „*je to poměr váhy a výšky*“ (Robert) „... *váha lomeno výškou a vyjde číslo*“ (Jiřina) „... *váha lomeno výška na druhou*“ (Lucie) „*váha lomeno výška*“ (Andrej) „*podle váhy a*

výšky“ (Eva) „*váha lomeno výška*“ (Petra). Jiřina dále dodává informace o kolečku k určení BMI. „*existují takový dva kotoučky, kterými se točí a nastaví se tam váha a výška a vyjde mi, zda je to nadváha, podváha nebo obezita.*“. Marie, Gabriel a Amálie si již nepamatují, jak se vypočítá BMI. Informantka Amálie dále doplňuje, vyhledá si to v počítači. „... *nepamatuji si to, ale podívám se do počítače a hned to vím*“. Klára, Kateřina a Anna nevědí, jak se vypočítá BMI.

Další oblast této podkategorie se věnovala, jaké má využití BMI. Skoro všichni účastníci výzkumu věděli, k čemu se využívá BMI. Dva informanti nevěděli, k čemu slouží. „*Slouží k orientačnímu číslu, určení tělesné konstituce osob starších 18 let.*“ (Alice) „*K určení nadváhy, obezity a podvýživy.*“ (Gábina) „*Slouží k určení nadváhy a obezity a podvýživy.*“ (Anna) „*Výpočet tuku v těle a rozřazení do kategorií, od výživy po obezitu.*“ (Roman) „*Číslo, které nám ukazuje nadváhu a obezitu.*“ (Robert) „*Podváha, nadváha, obezita*“ (Amálie) „*Hodnotí se tím nadváha, obezita a podváha.*“ (Jiřina) „*ke zjištění, jakou má postavu*“ (Marie) „*Orientační výpočet našeho tělesného stavu, podváha, normální váha, nadváha, obezita.*“ (Lucie) „*Slouží k vytvoření si obrázku, zda jsem nebo nejsem v nadváze, obezitě.*“ (Andrej) „... *zda je nadváha*“ (Gabriel) „*Ukazuje nám, jestli je člověk podvyživená, obézní nebo jestli má normální váhu*“ (Eva) „... *podváha, nadváha, obezita*“ (Petra). Gábina, Amálie a Eva dodávají, je to znevýhodnění pro sportovce, kteří mají vyšší podíl svalové hmoty. „*Je však zavádějící a nepřesné u sportovců, kteří mají vysokou váhu, z důvodu vysokého podílu svalové hmoty*“ (Gábina) „*Je to zkreslující zejména pro sportovce*“ (Amálie) „... *problém, nepočítá se svalama*“ (Eva).

Preventivní péče u praktika

Další podkategorie se zabývá preventivní péčí u praktického lékaře. Čtyři informanti odpověděli, že jejich praktik se zabývá při pravidelné preventivní prohlídce prevencí nadváhy a obezity. Petra navíc dodává „... *u dětského lékaře ano, u praktického lékaře pro dospělé jsem se s tím setkala u svých příbuzných, kdy praktický lékař řekl, zhubněte a dále to neřešil.*“. Jedenáct informantů se s prevencí u praktického lékaře nesetkalo. Alice dodává „... *pouze sestřička mi po zvážení řekla, nějak vám ta váha ulítla, ale myslím si, že je to důležité*“. Jiřina doplňuje „... *protože nadváhu nemám a nic mi nikdy k tomu neřekl*“.

Další oblast se zabývá, jak by podle respondentů měla vypadat prevence nadváhy a obezity u praktického lékaře. Jeden z informantů nevěděl, jak by měla vypadat prevence obezity. Alice, Gábina, Marie a Klára si myslí, v rámci preventivní prohlídky by měl být rozhovor s lékařem o zlepšení zdravotního stavu a zdravém životním stylu. „*Součástí preventivní prohlídky by mohl být rozhovor s lékařem o zlepšení mého zdravotního stavu, pokud se sníží váha.*“ (Alice) „*Lékař, jestliže zjistí podle BMI nadváhu, měl by podat informace o zdravém životním stylu.*“ (Gábina) „... *zvážit, změřit, spočítat BMI, zjistit zda je v normě*“ (Marie) „*Popovídání o mém stavu, vyřešení nadváhy a dát cenné rady*“ (Klára). Robert, Kateřina a Jiřina si myslí, že by lékař měl upozornit a všimnout si, jak jedinec vypadá. „*Měl by upozornit.*“ (Robert) „*Lékař by si měl více všimnout, jak člověk vypadá*“ (Kateřina) „*Podívala bych se na člověka*“ (Jiřina). Gábina, Anna, Amálie, Jiřina a Eva uvádí, že by praktik měl podávat dietologické doporučení. „... *možná dietní doporučení*“ (Gábina) „... *konzultace o jídelníčku*“ (Anna) „*Měl by mi říci, co bych měla jíst.*“ (Amálie) „*Být doktorem, tak obéznímu člověku bych řekla, nejezte tuky a knedlíky, jezte více zeleniny a tak.*“ (Jiřina) „... *může doporučit dietu*“ (Eva). Eva dále dodává „... *je na daném člověku jestli poslechne*“. Jediná Lucie uvádí, že by se měla provádět Ruffierova zkouška. „*Měli by provádět např. Ruffierovu zkoušku – jedná se o jednoduchou a lehkou zkoušku tělesné zdatnosti.*“. Andrej odpověděl, lékaři by měli mít kampaň proti vzniku nadváhy a obezity. „*Dobře vymyšlenou osvětovou kampaň.*“. Informantka Petra odpověděla, že praktičtí lékaři by měli rozdávat letáčky a poskytovat kontakt na nutriční poradenství. „*Letáčky se cvikama na protažení, kde by byly i správné pohybové aktivity a kontakt na nutriční poradenství*“

Poslední oblast této podkategorie je, zda si informanti z Jihočeského kraje všimli, jaké intervence provádí lékař a sestra v rámci preventivní prohlídky. Šest informantů si není vědomo, co provádí lékař a sestra. Anna a Roman tvrdí, že si ničeho nevšimli a zatím to nezažili. „*To nevím, protože jsem to u praktika nikdy nezažila*“ (Anna) „*Nevím, nevšiml jsem si*“ (Roman). Alice, Gábina, Robert, Jiřina, Lucie a Eva si myslí, že sestra váží, měří, asistuje lékaři, podává léky, měří tlak a odebírá krev. „*Sestra měří váhu a výšku.*“ (Alice) „*Sestra váží a měří.*“ (Gábina) „... *váží a měří*“ (Robert) „*Sestřička mě vždy zváží a změří.*“ (Robert) „*Sestřička mě vždy zváží a změří.*“ (Jiřina) „*Sestra asistuje lékaři, podává léky, měří tlak a bere krev.*“ (Lucie) „*Sestra dělá BMI a bere krev.*“ (Eva). Robert, Lucie, Eva a Petra tvrdí, že lékař v rámci prevence nadváhy a obezity hodnotí BMI, poučuje nemocného a vyhodnocuje informace získané od sestry. V některých

ordinacích váží a měří. „*Lékař vyhodnocuje informace, které získal od sestry*“ (Robert) „*Lékař určuje diagnózu, ...*“ (Lucie) „*Lékař poučuje člověka a radí, jak předcházet nemocem, které jsou způsobené obezitou*“ (Eva) „*Lékař váží, měří a následně změří tlak*“ (Petra). Zbylí informanti nevědí, jaké intervence plní lékař v rámci prevence nadváhy a obezity.

Organizace a programy

Další podkategorie se zabývá znalostmi o organizacích nebo programech, které předcházejí prevenci obezity. Devět informantů odpovědělo, že žádné programy ani organizace nezná. Robert dodává „*Jsou programy, ale neznám, jelikož si nepřijdu obézní*“. Pět informantů odpovědělo, že zná tyto programy. Jedna z účastníků výzkumu odpověděla, že o nich slyšela, ale nezná je. „*Slyšela jsem o nich, ale organizace neznám a nechci si s nimi zatěžovat hlavu.*“ (Amálie). Petra a Robert udávají, že ví, že existují. „*Vím, že existují, ale nevím, jak se jmenují*“ (Petra) „*Vím, že byly programy, které se zaměřovaly na obezitu a nadváhu u dětí.*“ (Robert).

V povědomí o organizacích nebo programech, které informanti znají, odpověděli dva informanti program STOB a Zdravotní pojišťovny. „... STOB a Zdravotní pojišťovna“ (Alice) „*STOB, programy pojišťoven pro prevenci a léčbu obezity u dětí lázeňská péče pro obézní děti nebo děti s nadváhou*“. Lucie uvedla, program na týden zdraví. Andrej uvedl, aplikaci, která má za cíl dovést širokou veřejnost k pohybu. Jiřina uvádí zdravotní pojišťovny, dříve lázně a tábory pro obézní děti. „*Dříve lázně a tábory za totáče to za totáče bývalo, nyní v rámci zdravotní pojišťovny.*“. Zbylých jedenáct informantů nevědí, jaké jsou preventivní organizace a preventivní programy v rámci prevence nadváhy a obezity.

Alice a Gábina uvádějí, že STOB je zaměřen na změnu životního stylu, lekcích cvičení a rozborech jídelníčku. „*Sama jsem se zúčastnila kurzu snižování váhy s organizací STOB, kurz byl založen na změně životního stylu, zaznamenávání a rozborech jídelníčků, lekcích cvičení. Každá lekce se zaměřovala na různá témata o zdravém životním stylu, ale částečně i na péči o pleť a vizážistiku.*“ (Alice) „*Kurz je založen na změně životního stylu, rozborech jídelníčku a lekcích cvičení.*“ (Gábina). Dále Alice a Gábina uvádějí, že zdravotní programy v rámci pojišťoven se zaměřují na podporu cvičení, některé

pojišťovny přispívají na vyšetření Calliperem a lázeňské péče pro děti. „*V programech zdravotních pojišťoven jsem našla podporu cvičebních programů pro snižování nadváhy*“ (Alice) „*Programy jsou založeny na prevenci nadváhy a obezity, přičemž některé pojišťovny přispívají na vyšetření například Calliperem. U dětí je to lázeňská péče, kde jsou děti hospitalizované. Učí se zde stravovat zdravě a učí se správně pohybovat a mít rády pohyb.*“ (Gábina) Jiřina si vzpomíná, na táborech se dbalo na zvýšenou aktivitu a méně kalorickou stravu. „*Na táborech se dbalo na zvýšenou aktivitu během dne a vařily se jim méně kalorická jídla. A tím pádem si to děti srovnaly v hlavě.*“ Andrej uvádí, že aplikace vybízela lidi ke cvičení. „*Názornou formou lidi ke cvičení*“.

Stav v ČR

Další podkategorie se zabývá tím, jak si stojí Česká republika v povědomí informantů z Jihočeského kraje. Alice, Gábina, Lucie a Andrej si myslí, že ne moc dobře nebo špatně. „*Ne moc dobře.*“ (Alice) „*Stojí si ne moc dobře.*“ (Gábina) „*špatně*“ (Lucie) „*špatně*“ (Andrej). Sedm informantů odpovědělo, že Česká republika je v první desítce, anebo ve středu hodnotící tabulky. „*Jsem druhý hned po Američanech.*“ (Roman) „*Když vidím reportéry z cizích zemí, tak jsme na jedních ze středních míst.*“ (Amálie) „*... okolo desátého místa*“ (Kateřina) „*... okolo středu*“ (Klára) „*... ve středu tabulky*“ (Marie) „*... přední pozice světově*“ (Gabriel) „*... v první desítce*“ (Petra) Amálie dále uvádí „*Před námi jsou Rusové.*“ Robert, Jiřina a Eva hodnotí Čechy jako tlusté, obézní a lehce nadprůměrné. „*Jsou to cvalíci, lehce nad průměrem.*“ (Robert) „*Jsme tlustí*“ (Jiřina) „*... hodně obézních lidí*“ (Eva). Robert dodává, že závisí na skupině, kde se dotyčný vyskytuje. „*Je spousta sportovců s těmi, co se setkávám a ve svém okolí nemám obézní lidi. Závisí, v jaké sociální skupině se člověk vyskytuje*“. Dle četnosti nadváhy a obezity uvedl výskyt jeden informant. „*Nadváha a obezita se u nás vyskytuje v hojném množství.*“ (Anna)

V oblasti přibývání nadváhy a obezity se informanti zamýšleli, čím je to způsobené. Podle většiny informantů je tento stav způsobený náтурой Čechů a životním stylem obyvatel. „*Je to způsobené nynějším stylem života a vlivem sedavého způsobu života.*“ (Gábina) „*Nestrádáme a nic si nedopřejeme*“ (Anna) „*... náтурой, povahou, jídlem*“ (Roman) „*Životním stylem, který zavedli po roce 89*“ (Amálie) „*... stravou*“ (Kateřina) „*... mnoho jedí*“ (Robert) „*lidi se přejídají a máme všeho hodně nabídek jídla. Mají chuť na jídlo a*

potom jdou do cukrárny a vidí nějaký hezký zákusek a řeknou si, proč bych si to nedal.“ (Jiřina) „Češi hodně jí, pijí hodně piva“ (Marie) „Jí ne velké množství, pijí hodně piva“ (Klára) „Špatný životní styl, z toho vyplývá nedostatek peněz a volného času, stres, nekvalitní jídlo“ (Lucie) „vysoká kalorická česká kuchyně, rychlý styl života“ (Andrej) „Pivo, špatné stravovací návyky, kvalita potravin“ (Gabriel) „Špatné stravování a málo pohybu. U dětí je to způsobeno častým vysedáváním u počítače.“ (Eva) „... lenost, přejídání“ (Petra) Amálie dále dodává „Může za to vláda, jelikož zrušili vojenskou školu, kluci nic neumí, neumí se chovat, mno, kdybych se teď měla vdát, tak se asi nevdám.“ Alice a Lucie si myslí, že je to nedostatečnou osvětou. „... není dostatečný důraz na prevenci vzniku nadváhy a obezity“ (Alice) „... nedostatečná osvěta“ (Lucie). Alice si myslí, že hodně lidí hodnotí potraviny podle ceny a ne kvality. „Hodně lidí hodnotí potraviny podle jejich ceny a ne podle kvality“

Další oblast se zaobírá názorem populace, co by šlo udělat, aby došlo ke zlepšení nadváhy a obezity v ČR. Sedm účastníků výzkumu si myslí, že by bylo vhodné udělat osvětu v prevenci nadváhy a obezity. „Tento problém by měl být součástí výuky již na základních školách.“ (Alice) „Prevence nadváhy a obezity by již měla být podporována na základní škole.“ (Gábina) „Globální osvěta, méně reklam na mekáč, více reklam na obezitu a její zabránění.“ (Roman) „Větší osvěta v tom, aby se zamysleli nad svým životem a šli radši do přírody než do cukrárny.“ (Jiřina) „Světová osvěta zdravého životního stylu.“ (Marie) „Více se věnovat tomuto tématu.“ (Andrej) „... osvěta“ (Gabriel). Anna a Klára by se zaměřily na změnu životního stylu. „Hýbat se, jíst menší porce a pravidelně.“ (Anna) „Změnit životní styl“ (Klára). Anna, Robert, Kateřina, Marie a Petra by se zaměřili na zlepšení pohybové aktivity již v dětství. „... hlavně vést už od dětství lidi alespoň k nějaké fyzické aktivitě.“ (Anna) „Větší aktivita v mládí.“ (Robert) „Větší aktivita v dětství, aby si navykly pohybu.“ (Kateřina) „... lepší návyky“ (Marie) „Odpoutat děti od počítačů a zatraktivnit pohyb, vzpomínám si, že byla jedna aplikace, myslím, že se jmenovala Pokémon go a ta měla vést lidi ke větší pohybové aktivitě“ (Petra). Jediná informantka Amálie uvedla změnu vlády. „Všechny z vlády vyhodit, ale dát tam takové lidi, o kterých si hodně občanů myslí, aby to k něčemu bylo, když je tam od 89-tého asi tak polovina stejná a stále si dělají naschvály.“. Jediná účastnice výzkumu uvedla, že by byly dobré výhodnější nabídky pojišťoven, zvýšit životní úroveň obyvatel, zavedení preventivních programů do běžné zdravotní péče a aktivní účast na péči o své zdraví. „Výhodnější nabídky pojišťoven ohledně sportovních a volnočasových aktivit (například proplácení lístků do bazénu atd.), zvýšená životní úroveň obyvatel, zavedení preventivních programů

do běžné zdravotní péče, aktivní účast obyvatel na péči o vlastní zdraví, tím myslím pohyb, strava a duševní hygiena.“ (Lucie). Jediná Eva uvedla, že závisí na vůli lidí. „*Myslím si, že to záleží na lidech. Lidé musí chtít.*“.

Další oblast se věnuje Stunkardově škále siluet (viz přílohu č. 6), jak vidí informanti nadváhu, obezitu, podvýživu, sami sebe a jak by chtěli vypadat. Dle Stunkardovy škály siluet informanti znázorňovali, co si myslí, že je nadváha. Gábina, Kateřina, Klára a Gabriel ukázali, že nadváhu vidí na čísle pět. Jediná informantka Anna vidí nadváhu mezi pětkou a šestkou. Amálie, Jiřina, Andrej a Eva ukázali na obrázek pod číslem šest. Alice, Robert a Lucie mezi číslem šest a sedm. Roman a Klára pod číslem sedm a Marie vidí nadváhu pod obrázkem osm.

Dle Stunkardovy škály siluet informanti znázorňovali, co si myslí, že je obezita. Amálie, Jiřina a Gabriel ukázali, že obezitu vidí na čísle sedm. Gábina, Anna a Petra vidí obezitu mezi číslem sedm a osm. Alice a Roman vidí obezitu pod číslem osm. Lucie mezi číslem osm a devět. Robert, Kateřina a Marie ukázali na obrázek pod číslem devět. Jediný Andrej uvedl, že vidí obezitu u mužů pod číslem 8 a u žen pod číslem 7.

Dle Stunkardovy škály siluet informanti znázorňovali, co si myslí, že je podvýživa. Anna, Kateřina, Klára, Gabriel a Marie ukázali na obrázek pod číslem jedna. Alice, Amálie, Jiřina, Lucie a Petra ukázaly, že podváhu vidí mezi čísly jedna a dva. Gábina, Roman, Robert a Eva znázornili podvýživu pod číslem dva a jediný Andrej pod číslem tři.

Dle Stunkardovy škály siluet informanti znázorňovali, kde vidí sami sebe nyní. Anna vidí samu sebe mezi čísly dva a tři. Gábina, Robert, Kateřina a Jiřina se znázornili pod číslem číslo čtyři. Jediná informantka Petra se vidí mezi čísly čtyři a pět. Lucie, Andrej a Gabriel odpověděli, že se vidí pod číslem pět. Alice, Marie, Klára a Eva uvádí své hodnocení pod číslem šest. Jediný informant Roman se vidí pod číslem sedm a Amálie mezi čísly sedm a osm.

Dle Stunkardovy škály siluet informanti znázorňovali, jak by chtěli vypadat. Jediná infromantka Anna by chtěla mezi čísly dva a tři. Gábiny, Kateřiny a Gabriel vysněná silueta se skrývá pod číslem tři. Aličina, Robertova, Jiřiny, Mariina, Kláry, Evy a Petry chtěná silueta je znázorněna obrázkem pod číslem čtyři. Amálie, Lucie a Andrej udávají pod číslem pět a Roman mezi čísly pět a šest.

6 Diskuze

V následující části práce se budeme věnovat komparaci zjištěných výsledků s dostupnými zdroji. Pro empirickou část byly sestaveny tři cíle. Prvním cílem bylo popsat povědomí o nadváze a obezitě u veřejnosti v Jihočeském kraji. Druhým cílem bylo popsat změny ve vnímání nadváhy a obezity u veřejnosti v Jihočeském kraji. Třetím cílem bylo zjistit, jak veřejnost vnímá rizikové faktory vzniku nadváhy a obezity v Jihočeském kraji. Po stanovení cílů byly vytvořeny výzkumné otázky. K prvnímu cíli se vztahovala výzkumná otázka: Jaké povědomí má veřejnost o nadváze a obezitě u veřejnosti v Jihočeském kraji? K druhému cíli byly přiřazeny výzkumné otázky: Jak vnímá veřejnost nadváhu a obezitu v Jihočeském kraji? Ke třetímu cíli byly přiřazeny výzkumné otázky: Jak veřejnost vnímá rizikové faktory spojené se vznikem nadváhy a obezity v Jihočeském kraji? Jak vnímá veřejnost důsledky nadváhy a obezity v Jihočeském kraji? Jak vnímá veřejnost činnosti spojené s prevencí nadváhy a obezity v Jihočeském kraji?

WHO (2021) definuje nadváhu, jako BMI 25 - 29,9 (kg/m²). Zkratka BMI znamená body mass index. Tato problematika se zmiňuje v první kategorii. Ve výzkumné části jsme se informantů dotazovali: „*Popište mi, co je to nadváha?*“. Tuto definici uvádí, například Anna: „*Nadváha je vyšší BMI než 25*“. Dále obezitu takto definuje Gábina a Alice. Bencko et al. (2002) obezitu charakterizuje, také jako zmnožení tělesného tuku v organismu. Takto je možné chápat i nadváhu, která předchází obezitě, jak uvádí například Lucie „*Nadváha je tělesná hmotnost s vyšším podílem tukové tkáně*“. Dále stejnou informaci zmiňují Gábina, Andrej, Gabriel, Robert a Eva. Dalším indexem, který lze užít k určení nadváhy a obezity, je ideální tělesná hmotnost vycházející z Brocova indexu. Pro muže se stanovuje v tělesné výšce v metrech to celé na druhou mocninu krát 23 nebo v tělesné výšce v centimetrech mínus 100. Pro ženy se stanovuje v tělesné výšce v metrech to celé na druhou mocninu krát 21,5 nebo tělesná výška v centimetrech mínus 100 mínus 10 % (Nováková, Roman, 2007). Brocův index v neúplném znění uvedla Klára „*Když člověk váží více než by měl. Vypočítám to tak, že od své délky odečtu metr a to je výsledek kolik bych zhruba měla vážit a to co je přes je nadváha.*“ S tím souhlasí i Jiřina.

Na základě uvedeného můžeme konstatovat, že informanti z Jihočeského kraje mají povědomí o nadváze. Informanti si nejčastěji uvědomují, že nadváha je BMI nad 25 (kg/m²), vyšší hromadění tukové tkáně v podkoží a mají povědomí o výpočtu Brocova indexu.

Hlúbik (2002) uvádí, že nadváhu a obezitu je nutno chápat jako závažné onemocnění, podílející se na zhoršení kvality života a zkracování jeho délky. Představuje proto závažný rizikový faktor, který přispívá ke vzniku a rozvoji onemocnění, která jsou nazývána jako „civilizační onemocnění“. Odpověď na otázku „*Jak vnímáte nadváhu?*“ Tento názor ve výzkumu uvedl Andrej „*Nadváhu vnímám, jako nebezpečí pro zdraví, zejména s ukládáním cholesterolu.*“. Dále souhlasí Alice a Gabriel. Mnoho informantů si ani neuvědomuje, že nadváha je predispozice ke vzniku onemocnění, jako je například hypertenze nebo diabetes a je vnímána jako normální stav. Tento fakt uvedla například Anna „*Nadváha je normální.*“. Dále to uvedli i Gábina, Marie, Amálie, Roman, Kateřina, Jiřina, Klára, Eva a Petra. Z praxe jsem vyzorovala, že mnoho lékařů nadváhu neřeší. Na tento fakt mi tuto informaci potvrdil i můj praktický lékař, který tvrdí „*Lidi s nadváhou přibývá a bude přibývat. K tomu vede i nynější situace a životní styl.*“. Ke stanovení druhého cíle. K tomuto cíli se vztahuje celý tento odstavec. Ptali jsme se na otázku „*Jak jste vnímal/a nadváhu, když jste byl/a malý/a?*“ Všichni informanti odpověděli, že nadváhu nevnímali, nebo si jí nevšímali. Fraňková, Novotná et al (2010) uvádí, že riziko obezity v souvislosti s výskytem v pozdním věku se zvyšuje, pokud má dítě již nadváhu od narození. Tato problematika se vztahuje k druhému cíli.

Na základě uvedeného můžeme říci, většina z informantů z Jihočeského kraje v dospělosti nevnímá nadváhu, jako problém. Někteří z informantů si, ale uvědomují, jaké důsledky může mít nadváha. V dětství všichni informanti nadváhu nevnímali.

O důsledcích nadváhy jsme s informanty hovořili v první podkategorii a v druhé subkategorii. Ve výzkumné části jsme se dotazovali informantů „*Jaké podle Vás má nadváha důsledky pro život a pro zdraví?*“. Martiník (2007), uvádí komplikace spojené s nižší pohyblivostí, menší fyzický výkon a sníženou tělesnou zdatnost. Dále uvádí, že mezi metabolické komplikace zařazuje například diabetes II. typu, hyperlipidemii, hypertenzi, hyperurikémii a jaterní steatózu a cholelithiázu. V psychických vlivech uvádí deprese, poruchy vnímání skutečného stavu těla, poruchy osobních a sociálních vztahů. Informanti uvedli, že vidí problém v estetickém dojmu, v navazování sociálních kontaktů, ve zdravotních problémech a v pohyblivosti.

O obezitě jsme s informanty diskutovali ve druhé kategorii. Problematika se vztahuje k prvnímu cíli. Pro tuto problematiku jsme stanovili otázku „*Co je podle Vás obezita*“. Dle WHO (2021) je obezita definována pomocí BMI (body mass index), které se pohybuje v hodnotách rovných nebo vyšších než 30 kg/m². Tuto definici udává i Alice „*Obezita se vyznačuje, jako BMI, které je nad 30.*“ S ní souhlasí Petra a Gábina. Garrow (1988) definuje obezitu, jako stav abnormálního nebo nadměrného hromadění tuku v tukové tkáni do úrovně, kdy může být narušeno zdraví. S touto definicí souhlasí Lucie „*Obezita je více tuku v těle.*“ Gabriel, Amálie, Jiřina, Marie, Roberta a Roman jsou stejného názoru. Další odpověď vztahující se k této otázce uvedla Petra „*Nevidím rozdíl mezi nadváhou a obezitou.*“ S informací souhlasí Kateřina a Gabriel. Mnoho obyvatel nevnímá rozdíl mezi nadváhou a obezitou. Možná je to nedostatečnou prevencí, kterou jak již uvedl lékař v předchozím odstavci. Z výzkumu vyplynulo, že informanti Anna a Andrej nedovedli odpovědět na otázku.

Na základě uvedených rozhovorů s informanty můžeme konstatovat, že mají povědomí o obezitě. Informanti nejčastěji uváděli odpověď, že obezita je více tuku v těle. Méně častá odpověď na tuto otázku byla odpověď, kterou definuje WHO.

V otázce vnímání obezity se třetina respondentů shodla, že nedovedou popsat, jak vnímají obezitu. Naopak třetina informantů odpověděla, vnímání obezity jako velký problém, který má i rizika, která mohou vést až k ohrožení života, jak uvedla Alice „*Obezita způsobuje velké problémy v oblasti zdravotní a sociální, může vést až k ohrožení života, dále může mít problémy s psychikou*“. Souhlasí Roman, Andrej a Jiřina. Beníčková (2021) dodává, že lidé s nadváhou a ještě více lidé s obezitou zažívají kvůli své hmotnosti ústrky či šikanu nejen z nejbližšího okolí či ze strany zdravotnických pracovníků, ale jejich nadměrné proporce mohou negativně ovlivňovat i jejich kariéru, nezávisle na tom, jaké jsou jejich skutečné pracovní kompetence, jedná se o takzvané „weight stigma“. Zbylí informanti projevíli smutek a nelibost k obezitě. V následující otázce jsme se informantů ptali „*Jak vnímali nadváhu, když byli děti.*“ Hainerová (2010) uvádí, že u dětí a dospívajících je obezita rodičů největším rizikovým faktorem pro vznik obezity v tomto období. Riziko otylosti se zvyšuje tehdy, pokud jsou oba rodiče obézní. Dále uvádí, že některé studie prokázaly, že obezita matky má větší vliv na obezitu dítěte než obezita otce. Vnímání dětí, je velmi důležité hodnocení vlastního vzhledu, dítě, tak nachází odchylky a drobné vady, pro které se později trápí. S poruchou vnímání vlastního já jsou v extrémních případech spojovány patologické stavy, jako jsou odmítání potravy,

přejídání se nebo záměrné hubnutí, hlavně v období pubescence (Kozáková, 2014). K tomu Roman dodává „*V mém dětství se spíše kamarádi posmívali tlustějším spolužákům*“. Souhlasí Alice a Marie. Jediná informantka sděluje, že obezitu vnímala, jako odstrašující případ. „*Všimla jsem si odlišností mezi dětmi. Někteří měli nadváhu, někteří obezitu, když jsem se vžila do jejich role, že bych nemohla dělat věci a sport, který mi baví, tak jsem se do tance zapálila ještě více, abych nevypadala, jako oni. Již v dětství jsem si uvědomovala, že tito lidé mají problém s navazováním kontaktů, jelikož děti jsou někdy zlé, když vidí, že je někdo jiný.*“ Dle informací WHO (2021) v Evropě děti a dospívající ve věku 5-17 let tráví téměř dvě třetiny času, který stráví ve škole, sedavými aktivitami a pouze 5 % času, který stráví fyzickou aktivitou. Zbylí účastníci výzkumu odpověděli, že jako děti obezitu nevnímali. Zbylí informanti odpověděli, že obezitu nevnímali, jak Eva „*V dětství jsem nevnímala obezitu vůbec*“, stejně jako Amálie, Lucie, a Andrej. V současnosti mnoho dětí tráví čas u počítače, než aby šly ven a hrály si s vrstevníky.

Z výzkumu vyplývá, že část informantů vnímá obezitu, jako problém, v oblasti sociální, zdravotní, ale obézní lidé mohou vzbuzovat i lítost. Někteří informanti nedovedli popsat, jak na ně obezita působí. V dětství obezitu informanti vnímali, jako odlišnost. Obézní spolužáci byli šikanováni. Část informantů nevnímala obezitu.

Svačina a Bretšnajdrová (2003) rozdělují obezitu na androidní a gynoidní, tedy obezitu mužského a ženského typu. Formy nejsou vázány na pohlaví, obezitu mužského typu může mít i žena a naopak. Ženská obezita gynoidní, periferní neboli neodborně nazývaná jako tvar těla hruška je charakterizovaná ukládáním tuku na oblast sedacích partií a stehen. Extrémní forma tohoto typu obezity se vyskytuje u afroameričanek jako takzvaná steatopygie (Janata, 1997). U mužského typu, abdominálního neboli neodborně nazývaného jako typ jablko, se tuk ukládá do oblasti břicha. Nejčastěji se jedná o tuk viscerální (Vokurka, 2018). Bylo prokázáno, že riziko komplikací obezity je vyšší právě u abdominální formy než u formy gynoidní (Janíková, 2013). Nejvíce účastníků uvádí, že obezita je individuální a nelze přesně určit, kdo je nejvíce obézní, zda muži, ženy nebo děti. U mužského typu obezity je vyšší riziko vzniku kardiovaskulárních onemocnění.

V následující části jsme se věnovali důsledkům obezity. Pro tuto část jsme použili otázku „*Jaké důsledky podle Vás má pro zdraví a pro život obezita?*“ Martiník (2007) uvádí, psychické komplikace spojené s obezitou, které mohou být například deprese, poruchy

vnímání skutečného stavu těla, poruchy osobních a sociálních vztahů. Ve výzkumu informanti uvedli sociální problémy s hledáním zaměstnání, jak uvádí Alice „*Sociální problémy s navazováním kontaktů a problémy při hledání zaměstnání.*“ Dále uvedli sociální znevýhodnění, problém v sehnání partnera, a že jsou terčem posměchu. Další skupinou, kterou uvádí Martiník (2007) je skupina obecných komplikací, jako nižší pohyblivost vyšší nároky a zhoršená funkce dýchání, menší fyzický výkon a snížená fyzická zdatnost a zhoršení obranyschopnosti organismu. Účastníci výzkumu uvedli, problémy s pohybem, jak uvádí Robert „*Důsledek obezity může být například zhoršená mobilita.*“ Obezita způsobuje přetížení pohybového aparátu a tím dochází k snížení mobility. Nemocní mají méně pohybu, jejich obezita zatěžuje pohybový systém a mají menší pohyblivost. „*Je to začarovaný kruh.*“ Mezi další komplikace respondenti zařazují problémy s dýcháním, s hypertenzí, s diabetem, se srdcem a s aterosklerózou. Martiník (2007) dále doplňuje metabolické komplikace, jako diabetes, hyperlipidemie, hypertenzi, jaterní steatózu a cholelithiázu.

V kategorii číslo tři s názvem „Vnímání tělesné konstituce“ jsme si stanovili otázku „*Jak si myslíte, že lidé vnímali obezitu v dřívějších dobách?*“ V dobách pravěku byla ideálem krásy obézní žena, obdobné konstituce, jako Věstonická Venuše. Pravěcí lidé se domnívali, že větší tukové zásoby poskytují větší pravděpodobnost přežití v dobách hladomoru a nouze. Tukové zásoby byly pro ně symbolem majetku, prosperity a bohatství (Pastucha, 2011). Dle informantů v dřívějších dobách lidé vnímali obezitu jako symbol bohatství a prosperity. „*Obezita byla vnímána, jako projev bohatství*“ (Kateřina). Souhlasí Gábina, Anna, Amálie, Marie, Lucie, Andrej, Gabriel a Eva. Další názor uvádí informantky Alice a Gábina, že obezita zaručovala schopnost zachování rodu v dobách nouze. Naproti tomu byl v dobách starého Řecka a Říma podporován zdravý životní styl, kde byl idolem krásy atletický typ. Lékař Hippokrates poukazoval na častější výskyt chorob u obézních osob a doporučoval režimová opatření pro snížení obezity (Hainer, 2011). Stejný názor vyjádřila i informantka Lucie „*Obezitu vnímali, jako nevhlednost, neochotu k péči o své tělo, takto to vnímali převážně v Římě a v antice.*“

Z výzkumu vyplývá, že informanti si uvědomují, že se ideál krásy a tím i pohled na obezitu v průběhu času měnil.

Další otázkou výzkumu bylo „*Jak velkou roli ve výběru svého vysněného protějšku hraje pro Vás tělesná konstituce?*“ Zajímalo nás, zda jsou pro informanty důležitější povahové

vlastnosti nebo vzhled. Někteří účastníci se vyjádřili, že jejich preference se v průběhu života mění (Alice, Gábina a Jiřina). Pro další informanty není vzhled tolik důležitý (Klára a Roman). Pro některé informanty hraje ve výběru partnera vzhled partnera významnou roli (Anna, Robert, Kateřina, Marie, Andrej a Petra). Je zajímavé, že i když v současnosti přibývá lidí s nadváhou a obezitou, je pro mnohé důležitý vzhled partnera.

Čtvrtá kategorie má název „*Faktory ovlivňující nadváhu a obezitu*“ Informantům jsme položili otázku „*Popište mi, jak by měl vypadat zdravý životní styl?*“ Müllerová (2009), uvádí ochranné faktory v prevenci vzniku nadváhy a obezity. Jedná se o pravidelnou fyzickou aktivitu a stravu s dostatkem vlákniny. Většina informantů se shoduje, že pro zdravý životní styl je důležitá pohybová aktivita. Dále se většina informantů shoduje v tom, že velmi důležitá je i strava, jak uvádí Jiřina „*Konzumace hodně ovoce a zeleniny, méně bílého pečiva.*“ Janíková (2013) uvádí, že podstatné jsou i vlivy vnějšího prostředí a psychogenní faktory, kam patří například stres. S tímto názorem souhlasí i Gábina, Robert, Jiřina, Lucie a Gabriel. Dále uvádějí důležitost odpočinku. Dále jsme se snažili zjistit, jak by měl vypadat spánek. Kozáková (2014) uvádí, že spánek jako přirozený psychosomatický stav slouží k obnově tělesných a duševních sil. Nedostatek spánku narušuje průběh psychického dění a vede k tělesnému vyčerpání. V průběhu spánku probíhají různé mentální aktivity (snění), dochází ke snížení motorických a senzorických funkcí, nikoliv k jejich pasivitě, to znamená činnost motorická a senzorická. Fárková (2021) dále dodává, že výzkumy spánku poukazují na fakt, že spolu se změnami ve spánkových návycích v kombinaci se zdravím škodlivým chování evidujeme zvýšenou nemocnost a úmrtnost, a to jak u výrazně zkráceného (méně než 6 hodin), tak u delšího (více než 9 hodin) spánku. Většina informantů se shoduje, že spánek by měl být minimálně sedm hodin a nejvíce devět. Dále jsme se snažili zjistit správné stravovací návyky. Z výzkumu vyplynulo, že bychom měli jíst více ovoce a zeleniny, stravovat se alespoň pětkrát denně, jíst pravidelně, nepřejídat se, omezit smažené pokrmy a nekonzumovat alkohol. Tyto názory uvedla většina informantů. Dále jsme se snažili zjistit, jak by měly vypadat sportovní aktivity během týdne. Stock (2010) uvádí, že prevencí stresu je pohybová aktivita. Člověk by měl sportovat alespoň dva až třikrát za týden. Většina respondentů se shodla, že bychom měli sportovat dva až třikrát týdně.

U druhé podkategorie s názvem „*nezdravý životní styl*“ jsme si stanovili otázku „*Jaké jsou faktory ovlivňující nadváhu a obezitu?*“ Müllerová (2009), označuje za rizikové faktory stravu energeticky bohatou, ale nutričně chudou a sedavý styl života. Informanti

souhlasí s Müllerovou, že je snížena pohybová aktivita a vysoký příjem energie. V rozvoji obezity má nejdůležitější roli nadměrný příjem tuků, který se projevuje u jedinců s rodinnou predispozicí k otýlosti a s nedostatkem pohybové aktivity (Žák, Zeman, Pavelka, 2011). Nezdravý životní styl může pocházet z rodiny, jak dodává Anna „*Rodinné zázemí, výchova, ale také naše okolí.*“ Souhlasí Lucie. Dále informanti uvádějí, že závisí na emocích, zejména na stresu. V současné době se stresem setkáváme často, významně přispívá ke zhoršení životního stylu, proto je důležité se naučit jej zvládat. Dále jsme se dotazovali na vliv kouření a alkoholu. Z výzkumného šetření vyplývá, že většina informantů odpověděla, že kouření a příjem alkoholu má vliv na zdraví, jak říká Alice „*Oba tyto zlozvyky v žádném případě nepatří do zdravého životního stylu.*“

Z výzkumného šetření lze říci, že informanti mají velmi dobré povědomí o zdravém životním stylu. Vědí dobře, jaké jsou faktory nezdravého životního stylu.

V této oblasti jsme se dotazovali, jaký vliv má COVID-19 a s ním spojená karanténa na obezitu. Obézní pacienti, kteří onemocní COVID-19 mají horší výsledky, které například zahrnují respirační selhání a potřebu mechanické ventilace (Sanchis-Gomar, Lavie et al., 2020). Souhlasí Eva „*Myslím si, že obézní člověk hůř bojuje s nemocí covid a má horší komplikace. Lidé v karanténě mají omezený pohyb a více jí, takže si myslím, že v karanténě je jednodušší mít obezitu.*“ Většina informantů se shodla, že COVID-19 a s ním spojená karanténa mají negativní vliv na vznik nadváhy a obezity. Vede to k nezdravému životnímu stylu, jak uvádí Alice „*Lidé jsou více doma, proto spoustu problémů řeší zvýšeným příjmem potravy a pitím alkoholu. Naproti tomu mají menší možnosti sportovního vyžití. Lidé mají sklon k depresím, které mohou být ovlivňovány i velkým množstvím nepříznivých zpráv.*“ Souhlasí Gábina, Roman, Amálie, Kateřina Marie, Klára, Lucie, Andrej a Gabriel. Odlišný názor uvedl informant Robert „*Nehodnotitelné, dozvíme se později, po roce, jak se to bude vyvíjet.*“ Dopad situace kolem COVID-19 bude i dle mého názoru záviset na době trvání této krizové situace. Chování lidí se odráží na průběhu krize.

Pátá kategorie se nazývá „*Prevence*“. Pro tuto kategorii jsme vytvořili otázku „*Víte, co znamená index BMI?*“ Anglická zkratka pro BMI je body mass index. Jedná se o index tělesné hmotnosti. Používá se ke stanovení stupně nadváhy a obezity v závislosti na výšce. Vypočítáme jej dle vzorce: BMI rovná se tělesná hmotnost v kilogramech děleno tělesná výška v metrech na druhou mocninu (Keller et al., 1993). U dospělých WHO

(2020) definuje nadváhu jako BMI větší nebo rovno dvaceti pěti a jako obezitu BMI větší nebo rovno třiceti (viz příloha č. 1). Skoro všichni informanti jsou si vědomi, co znamená body mass index. Znalost výpočtu BMI prokázala Gábina „ *BMI se vypočítá váha v kilogramech lomeno výška v metrech na druhou.* “ Souhlasí Alice, Robert, Jiřina, Lucie, Andrej, Eva a Petra. V další podotázce jsme se ptali, k čemu slouží BMI. Skoro všichni účastníci výzkumu věděli, k čemu se využívá BMI. Příkladem je Lucie „ *Orientační výpočet našeho tělesného stavu, podváha, normální váha, nadváha, obezita.* “

Z výzkumu vyplývá, že informanti vědí, co je to zkratka BMI, k čemu slouží a jak se vypočítá.

V další podkategorii jsme se dotazovali na preventivní péči u praktického lékaře. Svačina, Fried, et al. (2018) uvádějí, že prvním lékařem, který by měl zhodnotit tělesnou konstituci pacienta, je praktický lékař. Na základě tohoto zhodnocení by měl být doporučen další postup léčby. Většina informantů udává, že se s podobným zhodnocením tělesné konstituce nesešla, pouze čtyři uvádějí, že tento postup je součástí pravidelné prohlídky u praktického lékaře. Dále jsme se ptali na otázku „ *Jak by podle Vás měla vypadat preventivní prohlídka, aby byla součástí?* “ Většina informantů udává, že po změření a zvážení, by měl následovat rozhovor o prevenci nadváhy a obezity, jak uvádí Klára „ *Popovídání o mém stavu, vyřešení nadváhy a dát cenné rady.* “. V poslední podkategorii jsme se dotazovali na intervence sestry a lékaře, které provádí při preventivní prohlídce. Sestra je nejdůležitějším prostředníkem mezi pacientem a primární prevencí (Martínek, Kovářová, 2016). Podle požadavků lékaře může sestra instruovat pacienta o vhodných dietních opatřeních, pitném režimu a dalších léčebných postupech (Fait, Vrablík, et al., 2008). Šest informantů si není vědomo, co provádí lékař a sestra v rámci prevence. Někteří informanti udávají, že měří tlak, váží, měří, asistuje lékaři, podává léky a odebírá krev. Příkladem je Lucie „ *Sestra asistuje lékaři, podává léky, měří tlak a bere krev.* “ Dále uvádějí, že lékař v rámci prevence nadváhy a obezity hodnotí BMI a vyhodnocuje informace získané od sestry, jak uvádí Robert „ *Lékař vyhodnocuje informace, které získal od sestry.* “

V podkategorii s názvem „Organizace a programy“ jsme se dotazovali, jestli informanti znají programy s ohledem na prevenci nadváhy a obezity. Většina informantů odpověděla, že žádné programy ani organizace nezná. Pět informantů odpovědělo, že organizace a programy zná. Následně jsme se ptali na otázku „ *Jaké to jsou?* “. Z pěti

informantů Alice a Gábina uvedla, že je to STOB a Zdravotní pojišťovna. Dále uváděli mobilní aplikace, léčebné lázně a týden zdraví. Dále jsme sestavili podotázku „*Jaký mají program a čím se zabývají?*“. Do prevence proti obezitě a nadváze se zapojují pojišťovny v rámci svých programů, dále přispívají na vyšetření spojená s tímto onemocněním (ZPMVCR, 2020). Gábina dodává „*Programy jsou založeny na prevenci nadváhy a obezity přičemž některé pojišťovny přispívají na vyšetření například Calliperem. U dětí je to lázeňská péče, kde jsou děti hospitalizované. Učí se zde stravovat zdravě a učí se správně pohybovat a mít rád pohyb.*“ Calliperem měříme míru podkožního tuku na kožní řase. Další organizací, která se zapojuje do prevence, je například STOB. Tato organizace se zaměřuje na hubnutí bez diet a striktních omezení. Vychází z trvalých změn v životních návycích (STOB, 2021). Alice dodává „*Sama jsem se zúčastnila kurzu snižování váhy s organizací STOB, kurz byl založen na změně životního stylu zaznamenávání a rozborech jídelníčků, lekcích cvičení. Každá lekce se zaměřovala na různá témata o zdravém životním stylu, ale částečně i na péči o pleť a vizážistiku.*“ Souhlasí Gábina. Dále uvádějí program na snížení váhy, který umožňoval názornou ukázkou cvičení, a tábory pro obézní.

Z výzkumného šetření můžeme konstatovat, že většina informantů nezná organizace nebo programy, které mohou pomoci s nastavením zdravějšího životního stylu, ale tyto organizace mají smysl, protože málo kdo si dokáže tyto změny nastavit sám.

V další podkategorii jsme nazvali „*Stav v ČR*“. Pro tuto kategorii jsme stanovili otázku „*Jak si podle Vás stojí Česká republika z pohledu nadváhy a obezity?*“. Dle údajů publikovaných Organizací pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) bylo k roku 2016 v České republice 18,7 % obézního dospělého obyvatelstva (OECD, 2017). Od roku 1993 do roku 2002 se zvýšil počet obézních osob (tj. BMI nad 30 kg/m²) z 11 % na 15 % (Vítek, 2008). Z výzkumu vyplývá, že informanti z Jihočeského kraje si myslí, že situace s obezitou v ČR není příznivá a ČR je přibližně v prostředku tabulky v rámci Evropy. Na otázku „*Čím je tato situace způsobená?*“, se většina informantů shodla, že lidé mají málo pohybu, sedavý způsob života a přijímají tomu neúměrné množství potravy. Svoji roli hraje také přemíra alkoholu (Klára). Dále svoji roli hrají méně kvalitní potraviny za nižší cenu. Tato situace se snad již zlepšuje, může pomoci propagace regionálních potravin například na farmářských trzích. Pro doplnění jsme položili otázku „*Co je možné podle Vás udělat, aby došlo ke zlepšení?*“. Většina účastníků výzkumu uvádí, že pro zlepšení prevence nadváhy a obezity by byla třeba lepší osvěta, která by měla začínat už na

základních školách. Dále by v televizi mělo být méně reklam na nezdravé potraviny a řetězce rychlého občerstvení. Reklama v televizi by se měla věnovat spíše zdravé stravě než rodince snídající Nutelu. Dále informanti odpověděli, že již v dětství se měl více propagovat zdravý pohyb oproti sezení u počítače. Pomohlo by to předcházení problémů s pohybovým aparátem, ale i se zrakem.

Nyní jsme zjišťovali, jak si představují člověka s nadváhou, obezitou, podváhou, jak vnímají sami sebe a jak by chtěli vypadat. K tomu jsme využili Stunkardovu škálu siluet (viz příloha č. 6). Podváhu si většina informantů představuje jako postavy pod čísly jedna a dva. Nadváhu informanti uvedli mezi postavami čísly pět až osm. Zde můžeme vidět, jak je vnímání tohoto problému individuální. Obezitu uvedli jako postavy číslo sedm, osm a devět. Zde je vidět, že představy informantů jsou velmi individuální a rozsahy jednotlivých kategorií se tak mohou překrývat. Ptali jsme se na otázku: „Kde vidíte sami sebe na Stunkardově škále siluet?“. Většina informantů se vidí v porovnání hodnoty BMI a Stunkardovy škály reálně pouze dva (Robert a Andrej) informanti se vidí štíhlejší a dva informanti (Marie a Lucie) hodnotí svoji postavu hůře, než odpovídá skutečnosti. Zajímavé je, že štíhlejší než ve skutečnosti se cítí muži, ale ženy cítí pravý opak. Dále nás zajímalo, kde by se informanti chtěli vidět. Nejvíce informantů by chtělo být štíhlejší o dvě postavy. Většina z této kategorie by si přála změnu z postavy šest na postavu číslo čtyři. Jedná se o reálnou a zdravou změnu. Pět informantů (Anna, Jiřina, Lucie, Andrej a Petra) by chtělo zůstat takoví, jací jsou. Jediná informantka Amálie si přeje změnu z postavy osm na postavu číslo pět. Tři informanti (Gábina, Robert a Kateřina) si přejí změnu o jednu siluetu.

7 Závěr

V bakalářské práci jsme se věnovali problematice nadváhy a obezity v proměnách času. V teoretické části jsme zmínili historii nadváhy a obezity, definici nadváhy a obezity, rizikové faktory vzniku nadváhy a obezity, komplikace nadváhy a obezity a léčbu nadváhy a obezity.

Pro bakalářskou práci jsme si stanovili tři cíle. Prvním cílem je popsat povědomí o nadváze a obezitě u veřejnosti v Jihočeském kraji. Druhým cílem je popsat změny ve vnímání nadváhy a obezity u veřejnosti v Jihočeském kraji. Třetím cílem je zjistit, jak veřejnost vnímá rizikové faktory vzniku nadváhy a obezity v Jihočeském kraji. K cílům bylo přiřazeno pět výzkumných otázek. Jaké povědomí má veřejnost o nadváze a obezitě u veřejnosti v Jihočeském kraji? Jak veřejnost vnímá rizikové faktory spojené se vznikem nadváhy a obezity v Jihočeském kraji? Jak vnímá veřejnost nadváhu a obezitu v Jihočeském kraji? Jak vnímá veřejnost důsledky nadváhy a obezity v Jihočeském kraji? Jak vnímá veřejnost činnosti spojené s prevencí nadváhy a obezity v Jihočeském kraji?

Výzkumnou část jsme realizovali pomocí kvalitativního výzkumu. Využili jsme polostrukturovaný rozhovor, který se skládal z 21 otázek a z 21 podotázek. Na zařazení informantů do výzkumného souboru jsme měli dvě kritéria. První kritérium stanovovalo věk nad 18 let a druhé kritérium stanovovalo, aby informanti bydleli v Jihočeském kraji. Získané informace od účastníků výzkumu jsme rozdělili do pěti kategorií a do dvanácti podkategorií.

Výzkumem jsme zjistili, že informanti mají docela dobré a reálné povědomí o nadváze a obezitě. Uvědomují si rizikové faktory vzniku nadváhy a obezity. Nadváhu a obezitu vnímají jako zdravotní i sociální problém. Práce poukazuje na nedostatečnou prevenci v oblasti nadváhy a obezity, zejména u praktických lékařů. Proto by bylo vhodné se více věnovat prevenci nadváhy a obezity. V rámci prevence nadváhy a obezity by se informanti více zaměřili na větší osvětu již na školách a na propagaci zdravějšího životního stylu.

Tato bakalářská práce může být určena pro inspiraci studentům, kteří se připravují na povolání ve zdravotnictví.

8 Seznam informačních zdrojů

1. BENCKO, V., FRINTOVÁ K. et al. 2002. *Epidemiologie: výukové texty pro studenty 1. LF UK*. Praha: Karolinum, s. 132. ISBN 80-246-0383-7.
2. Body mass index – BMI. 2021. [online]. WHO. [cit. 2021-01-01]. Dostupné z: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>
3. BRAUNEROVÁ, R., HAINER, V., 2010. *Obezita – diagnostika a léčba v praxi*. [online]. *Medicína pro praxi*. [cit. 2020-12-29]. 7(1). s. 19-22. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2010/01/05.pdf>
4. BRYCHTA, T., BRYCHTOVÁ, S. 2011. Obézní pacient v lékařské ordinaci. [online]. *Interní medicína pro praxi*. [cit. 2020-12-30]. 13(1). s. 28-30. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/int/2011/01/07.pdf>
5. ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R. 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. s. 35. ISBN 978-80-247-3213-8.
6. ČEŠKA, R., ŠTULC, T., et. al. 2018. *Interna*. In: Češka, R., Štulc, T, et. al. *Metabolismus*. 2., aktualizované vydání. Praha: Triton. s. 238-332. ISBN 978-80-7387-885-6.
7. DLUHÁ, D., HUBÁČEK, A. 2012. Gen pro FTO a jeho role v genetické determinaci obezity. [online]. *Vnitřní lékařství*. [cit. 2021-02-06]. 58(3). s. 208-215. Dostupné z: <https://casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2012/03/07.pdf>
8. DOLEŽALOVÁ, K. 2012. *Bariatrická chirurgie a primární péče*. In: Sucharda, P. *Metabolický syndrom a další důsledky obezity*. Praha: Axonite CZ. Asclepius. s. 21-29. ISBN 978-80-904899-2-9.
9. DOLEŽALOVÁ, K., BÝMA, S. et al. 2012. *Bariatrická chirurgie a primární péče*. In: Doležalová, K. *Indikace a kontraindikace k chirurgické léčbě obezity a metabolických onemocnění*. Praha: Axonite CZ. Asclepius. s. 51-60. ISBN 978-80-904899-2-9.

10. FAIT, T., VRABLÍK, M., et al. 2008. *Preventivní medicína*. Praha: Maxdorf. Jessenius. s. 20. ISBN 978-80-7345-160-8.
11. FÁRKOVÁ, E. 2021. Spánkem ku zdraví ... a štíhlejší postavě? [online]. STOB. [cit. 2020-04-30]. Dostupné z: <https://www.stobklub.cz/clanek/spankem-ku-zdravi-a-stihlejsi-postave-/?returnUrl=/vyzva-52-tyden/vyzva-33>
12. FINKELSTEIN, E. A., KHAVJOU O., et. al. 2012. Obesity and severe obesity forecasts through 2030. [online]. PubMed. *American Journal of Preventive Medicine*. [cit. 2020-11-10]. 42(6), s. 563-570. doi: 10.1016/j.amepre.2011.10.026. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22608371/>
13. FRAŇKOVÁ, S., NOVOTNÁ, P., et al. 2010. K některým problémům osobnosti dítěte s nadváhou. [online]. *Psychologie pro praxi*. [cit. 2021-04-26]. 3-4. s. 21-38. Dostupné z: https://karolinum.cz/data/clanek/1022/PPP_3-4_2010_03_F.pdf
14. FRIED, M., SVAČINA, Š., et al. 2018. *Moderní trendy v léčbě obezity a diabetu*. In: Müllerová, D. *Nutrice obézních*. Mlečice: Axonite CZ. Asclepius. s. 13-19. ISBN 978-80-88046-15-8.
15. GARROW JS., 1988. Health implication of obesity. In *Obesity and Related diseases*. London, Churchill Livingstone. s. 1-16. ISBN 10: 0443037981
16. GIDDENS, A. 2013. *Sociologie*. Praha: Argo, s. 357. ISBN 978-80-257-0807-1.
17. HAINER, V., 2011. *Základy klinické obezitologie*. In: Hainer, V. *Obezita v historii lidstva*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, s. 1-14. ISBN 978-80-247-3252-7.
18. HAINER, V., 2011. *Základy klinické obezitologie*. In: Kunešová, Müllerová, Hainer. *Epidemiologie a zdravotní rizika obezity*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, s. 35-58. ISBN 978-80-247-3252-7.
19. HAINER, V., 2011. *Základy klinické obezitologie*. In: Svačina, Š. *Obezita, metabolický syndrom a diabetes 2. typu*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, s. 15-34. ISBN 978-80-247-3252-7.

20. HAINEROVÁ, I. 2010. Genetika obezity. [online]. Vnitřní lékařství. [cit. 2020-12-18]. 56(10). s. 1035-1042. Dostupné z: <https://casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2010/10/04.pdf>
21. HAINEROVÁ, I. 2010. Genetika obezity. [online]. Vnitřní lékařství. [cit. 2020-12-18]. 56(10). s. 1035-1042. Dostupné z: <https://casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2010/10/04.pdf>
22. HAINEROVÁ, I., ZAMRAZILOVÁ, H. 2015. Zdravotní a psychosociální komplikace obezity u dětí a dospívajících. [online]. *Pediatric pro praxi*. [cit. 2020-12-30]. 16(3). s. 150-153. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/ped/2015/03/03.pdf>
23. HALUZÍK, M., SVAČINA, Š. 2010. *Inkretinová léčba diabetu*. In: Haluzík, M. *Etiopatogeneze DM 2. typu*. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. s. 9-24. ISBN 978-80-204-2247-7.
24. HASLAM, D., 2016. Weight management in obesity - past and present. [online]. PubMed. *Int J Clin Pract*. [cit. 2020-10-30]. 70(3), s. 206-217. doi: 10.1111/ijcp.12771. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4832440/#ijcp12771-bib-0009>
25. HAYES, N. 2011. *Základy sociální psychologie*. Vyd. 6. Přeložil Irena ŠTĚPANÍKOVÁ. Praha: Portál. s. 95. ISBN 978-80-7367-909-5.
26. HLAVATÝ, P. 2009. *Farmakoterapie obezity*. [online]. *Interní medicína pro praxi*. [cit. 2020-12-30]. 11(4). s. 171-174. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/04/06.pdf>
27. HLÚBIK, P. 2002. Obezita - závažný problém současnosti. [online]. *Interní medicína pro praxi*. [cit. 2020-12-12]. 2002(7), s. 314-317. Dostupné z: doi:<https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2002/07/02.pdf>
28. HOBZOVÁ, M., 2010. *Syndrom obstrukční spánkové apnoe*. [online]. *Interní medicína pro praxi*. [cit. 2020-12-27]. 12(3). s. 148-151. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/int/2010/03/08.pdf>
29. JANATA, J. 1997. *Dvojí svět*. Praha: Maxdorf. s. 57. ISBN 80-85800-65-9.

30. JANDOVÁ, K. a P. NÔTOVÁ et. al. Obezita a menopauza. [online]. [cit. 2020-12-12]. *Psychosomatika a teorii a praxi*. 2003, s. 209. Dostupné z: doi:<https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2002/07/02.pdf>
31. JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R. 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. In: Janíková, E. *Ošetrovatelská péče u pacienta podstupujícího chirurgickou léčbu žaludku*. Praha: Grada. Sestra (Grada). s.148-163. ISBN 978-80-247-4412-4.
32. KATHERINE L., S. BRYN AUSTIN. 2016. „Paris Thin“: A Call to regulate Life – Threatening Starvation of Runway Models in the US fashion Industry. [online]. PubMed. *American Journal of Public Health*. [cit. 2021-02-03]. 106(2). s. 205-206. doi: 10.2105/AJPH.2015.302950. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4815821/>
33. KELLER, U., BERTOLI, S., et al. 1993. *Klinická výživa*. Praha: Scientia Medica. s. 147. ISBN 80-85526-08-5.
34. KELNAROVÁ, J. 2009. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada. Sestra (Grada). s. 105-108. ISBN 978-80-247-3105-6.
35. KELNAROVÁ, J., CAHOVÁ M., et al. 2015. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 1. ročník. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. s. 233. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5332-4.
36. KLENER, P. 2011. *Vnitřní lékařství*. In: Svačina, Š., Novák, F., Sucharda, P. *Poruchy výživy*. 4. přepracované a doplněné vydání. Praha: Galén. s. 813-840. ISBN 978-80-246-1986-6.
37. KLIMEŠOVÁ, I. 2015. *Základy sportovní výživy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. s. 12, 13. ISBN 978-80-244-4833-6.
38. KOZÁKOVÁ, R. 2014. *Základy obecné a vývojové psychologie pro studenty nelékařských zdravotnických oborů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. s. 17, 88. ISBN 978-80-244-4259-4.
39. KUTNOHORSKÁ, Jana. 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra (Grada). s. 13, 15, 94, 101, 141. ISBN 978-80-247-3224-4.

40. LECHOTOVÁ, K. 2013. Hlad ve světě médií. [online]. e-bezpečí. [cit. 2021-02-05]. Dostupné z: <https://www.e-bezpecni.cz/index.php/temata/dali-rizika/623-hlad-ve-svete-medii>
41. LÜLLMANN-RAUCH, R. 2012 *Histologie*. 3. vydání. Praha: Grada. s. 150. ISBN 978-80-247-3729-4.
42. MAREK, J. 2010. *Farmakoterapie vnitřních nemocí*. In: Svačina, Š. *Farmakoterapie obezity*. 4., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. s. 409-416. ISBN 978-80-247-2639-7.
43. MARTÍNEK, L., KOVÁŘOVÁ, M. et al. 2016. *podpora pohybové aktivity – role sestry*. [online]. *Kontakt*. [cit. 2021-04-17]. 3. s. 174-179. Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2016/03/05.pdf>
44. MARTINÍK, K. 2007. *Výchova ke zdraví a zdravému životnímu stylu. IV. díl: Ovlivnění civilizačních nemocí výživou*. Hradec Králové: Gaudeamus. s. 79, 243, 186, 187. ISBN 978-80-7041-177-3
45. MARTINÍK, K. 2008. *Víte, co máte jíst?*. Hradec Králové: Garamon,. s. 23. ISBN 978-80-86472-35-5.
46. MARTINÍK, K. 2008. *Výchova ke zdraví a zdravému životnímu stylu. VIII. díl: Základní aspekty zdraví a pohybové aktivity člověka*. Hradec Králové: Gaudeamus. s. 56. ISBN 978-80-7041-538-2.
47. MEYER, A., KUNDT, G., et al. 2006. Impaired flow – mediated vasodilation, carotid artery intima – media thickening, and elevated endothelial plasma markers in obese children: the impact of cardiovascular risk factors. [online]. PubMed. *Official Journal of the American Academy of Pediatrics*. [cit. 2021-01-05]. 117(5). s. 1560-1567. doi: 10,1542 / peds.2005-2140. Dostupné z: <https://pediatrics.aappublications.org/content/117/5/1560.long>
48. MÜLLEROVÁ, D. 2009. *Obezita – prevence a léčba*. In: Müllerová, D. *Doplňující vyšetřovací postupy obézního pacienta*. Praha: Mladá fronta. s. 131-138. ISBN 978-80-204-2146-3

49. MÜLLEROVÁ, D. 2009. *Obezita – prevence a léčba*. In: Svačina, Š. *Komorbidity obezity u dospělých a jejich léčba konzervativními postupy*. Praha: Mladá fronta. s. 201-2019. ISBN 978-80-204-2146-3
50. MÜLLEROVÁ, D. 2009. *Obezita - prevence a léčba*. In: Müllerová, D. *Celospolečenská zodpovědnost za prevenci obezity*. Praha: Mladá fronta. s. 24-40. ISBN 978-80-204-2146-3
51. MÜLLEROVÁ, D. 2009. *Obezita - prevence a léčba*. In: Müllerová, D. *Těhotenství a obezita*. Praha: Mladá fronta. s. 66-75. ISBN 978-80-204-2146-3
52. MÜLLEROVÁ, D. 2009. *Obezita - prevence a léčba*. In: Novák, J. *Prevence a léčba obezity fyzickou aktivitou*. Praha: Mladá fronta. s. 169-182. ISBN 978-80-204-2146-3
53. MUNTAU, A. 2014. *Pediatric. 2. české vyd.* Praha: Grada. s. 560. ISBN 978-80-247-4588-6.
54. NEČAS, E. 2009 *Obecná patologická fyziologie*. In: Maruna, P. *Obezita*. 3. vyd. Praha: Karolinum. s. 309-313. ISBN 978-80-246-1688-9.
55. NOVÁKOVÁ, Z., ROMAN, R. 2007. *Praktická cvičení z fyziologie*. Brno: Masarykova univerzita. s. 74. ISBN 978-80-210-4391-6.
56. O nás. 2021. [online]. STOB. [cit. 2021-01-01]. Dostupné z: <https://www.stob.cz/cs/o-nas>
57. BENÍČKOVÁ, T. 2021. Diskriminace na základě váhy může mít vážný dopad na zdraví. [online]. STOB. [cit. 2021-04-30]. Dostupné z: <https://www.stobklub.cz/clanek/diskriminace-na-zaklade-vahy-muze-mit-vazny-dopad-na-zdravi/>
58. OECD. 2017. Obesity update. [online]. OECD [cit. 2020-11-11] Dostupné z: <https://www.oecd.org/health/obesity-update.htm>
59. PAPEŽOVÁ, H., PAVLOVÁ, B. et al. 2010. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. In: PAVLOV, B. *Psychosociální rizikové faktory u poruch příjmu potravy*. Praha: Grada. Psyché (Grada). s. 36-55. ISBN 978-80-247-2425-6.

60. PASTUCHA, D., 2011. *Pohyb v terapii a prevenci dětské obezity*. Praha: Grada, s. 10. ISBN 978-80-247-4065-2.
61. PELIKÁNOVÁ, T., BARTOŠ, V, et al. 2010. *Praktická diabetologie*. In: Tkáčová, R., Dorková, Z., Sopková, Z. *Spánková apnoe a metabolický syndrom (diabetes mellitus 2. typu)*. 4. rozšířené vydání, Praha: Maxdorf Jessenius. s. 543-553. ISBN 978-80-7345-216-2.
62. PELIKÁNOVÁ, T., BARTOŠ, V, et al. 2010. *Praktická diabetologie*. In: Pelikánová, T., Ezechiášová, E. *Obezita a diabetes*. 4. rozšířené vydání, Praha: Maxdorf Jessenius. s. 306-331. ISBN 978-80-7345-216-2.
63. PÍTHA, J., POLEDNE, R. et al. 2009. *Zdravá výživa pro každý den*. Praha: Grada. Zdraví & životní styl. s. 9,10,11. ISBN 978-80-247-2488-1.
64. ROBERTS, R. E., 2013. Perceived weight, not obesity, increases risk for major depression among adolescents. [online]. PubMed. *Journal of Psychiatric Research*. [cit. 2020-11-09]. 47(8) 1110-1117 doi:10.1016/j.jpsychires. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23643102/>
65. ROKYTA, R. 2015. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. In: Štofková, A., *Fyziologie a patofyziologie metabolismu a výživy*. Praha: Grada Publishing. s. 255-296. ISBN 978-80-247-4867-2.
66. ROZSYPALOVÁ, M., ŠAFRÁNKOVÁ, A., et al. 2009. *Ošetřovatelství I: pro I. ročník středních zdravotnických škol. 2., aktualiz. vyd.* Praha: Informatorium. s. 77. ISBN 978-80-7333-074-3.
67. ŘÍHOVÁ, M. 2010. *Lékaři na dvoře Karla IV. a Jana Lucemburského*. Praha; Litomyšl: Paseka. ISBN 978-80-7432-047-7.
68. SADÍKOVÁ, A., ČMERDOVÁ, A., et al. 2020. Úloha nutričního terapeuta v péči o obezitu. [online]. *Časopis lékařů českých*. [cit. 2020-02-04]. 159. č. 3-4. s. 131-135. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2020-3-4-1/download?hl=cs#page=37>
69. SANCHIS-GOMAR, F., LAVIE, C. F. et al. 2020. Obesity and Outcome in COVID-19: When an Epidemic and Pandemic Collide. [online]. Pubmed. *Mayo*

- Clinic Proceedings*. [cit. 2021-22-01]. 95(7), s. 1445-1453. doi: 10.1016/j.mayocp.2020.05.006. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7236707/>
70. SEDLÁŘOVÁ, P., BENEŠOVÁ, V. et al. 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. Sestra (Grada). s. 215, 2017. ISBN 978-80-247-1613-8.
71. SEIFERT, B., BENEŠ, V. et al. 2013. *Všeobecné praktické lékařství*. In: Býma, S., Hlúbik, P. *Metabolická onemocnění – Obezita. 2.*, doplněné a přepracované vydání Praha: Galén. s. 327-336. ISBN 978-80-7262-934-3.
72. SKUTIL, M., BARTOŠOVÁ, I., et al. 2011. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. In: Skutil, M., Bartošová, I., et al. *Vybrané metody a designy sběru dat*. Praha: Portál. s. 79-126. ISBN 978-80-7367-778-7.
73. SOUKUP, V., 2015. *Prehistorie rodu Homo*. V Praze: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, s. 935. ISBN 978-80-246-2966-7.
74. SOULKA, D., KUČERA, R. et al. 2019. Biomarkers – a possibility for monitoring of obstructive sleep apnoea syndrome. [online]. *Neuroendocrinol Lett*. [cit. 2021-02-06]. 40(2). s. 85-92. Dostupné z: https://www.nel.edu/userfiles/articlesnew/1579284565_40_2_slouka_85-pdf.pdf
75. STÁRKOVÁ, L. 2010. *Psychiatricko-psychologické aspekty bariatrické chirurgie*. [online]. *Psychiatrie pro praxi*. [cit. 2020-12-30]. 11(4). s. 156-159. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2010/04/06.pdf>
76. STEFFEN, Hans-Michael. 2010. *Diferenciální diagnostika ve vnitřním lékařství*. In: Mertens, J., Scheller, I. *Úbytek hmotnosti a malnutrice*. Praha: Grada. s. 127-146. ISBN 978-80-247-2780-6.
77. STOCK, Ch. 2010. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada. Poradce pro praxi. s. 74. ISBN 978-80-247-3553-5.
78. STRAŇÁK, Z., JANOTA, J. et al. 2015. *Neonatologie*. In: Pokorná, V. *Chromozomální aberace. 2.*, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. s. 253-661. ISBN 978-80-204-3861-4.

79. STŘEDA, L. FORMÁČKOVÁ, M. 2009. *Univerzita hubnutí*. 2. vyd. (1. ve www.euroinstitutu.eu). Praha: www.euroinstitut.eu. s. 68. ISBN 978-80-97372-00-5.
80. STŘEDA, L., MARÁDOVÁ, E., et al. 2010. *Vybrané kapitoly o zdraví*. In: Středa, L. *Zdraví a obezita*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta. s. 38-49. ISBN 978-80-7290-480-8.
81. Stunkard, A. J., Sorensen, T., et al.. (1983). Use of the Danish adoption register for the study of obesity and thinness. In S. Kety, L. Rowland, R. Sidman, et al. (Eds.), [online] *The genetics of neurological and psychiatric disorders*. [cit. 2021-03-29] (pp. 115–120). New York: Raven Press
82. SVAČINA, Š. et al. 2018. *Obezita. Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře 2018*. [online]. [cit. 2021-03-28]. s.8. Dostupné z: <https://www.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy/2017/DP-Obezita-2018.pdf>
83. SVAČINA, Š., BRETŠNAJDROVÁ, A. 2008. *Jak na obezitu a její komplikace*. Praha: Grada. s. 111. ISBN 978-80-247-2395-2.
84. SVAČINA, Š., BRETŠNAJDROVÁ, A. 2003. *Cukrovka a obezita: proč dostávají obézní lidé cukrovku? : jak bojím s obezitou předcházet cukrovce? : jak cukrovku léčit?*. Praha: Maxdorf. Medica. s.18. ISBN 80-85912-58-9
85. SVAČINA, Š., FRIED, M., et al. 2018. *Obezita. Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře 2018*. [online]. [cit. 2021-03-28]. s. 8. Dostupné z: <https://www.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy/2017/DP-Obezita-2018.pdf>
86. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. et al. 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál. s. 73, 119. ISBN 978-80-262-0644-6.
87. TAYEFI, A., PAZOUKI, A., et al. 2020. *Relationship of personality characteristics and eating attitude with the success of bariatric surgery*. [online]. PubMed. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*. [cit. 2020-12-30]. 34, 89. doi: 10,34171 / mjiri.34,89 Dostupné z: <https://doi.org/10.34171/mjiri.34.89>

88. VÍTEK, L. 2008. *Jak ovlivnit nadváhu a obezitu*. Praha: Grada. Zdraví & životní styl, s. 17. ISBN 978-80-247-2247-4.
89. VLČEK, J., FIALOVÁ, D., et al. 2010. *Klinická farmacie*. In: Kulič, F. *Obezita*. Praha: Grada. s. 220-228. ISBN 978-80-247-4532-9.
90. VOKURKA, M. 2018. *Patofyziologie pro nelékařské směry*. In: Vokurka, M. *Patofyziologicky významné poruchy metabolismu*. 4., upravené vydání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. s. 111-140. ISBN 978-80-246-3563-7.
91. VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., et al. 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. In: Dušek, L., Mužík, J. *Epidemiologie nádorů*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). s. 25-32. ISBN 978-80-247-3742-3.
92. VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I., et al. 2008. *Sociální psychologie*. In: Výrost, J. *Postoje, jejich utváření a změna*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). s. 127-146. ISBN 978-80-247-1428-8.
93. WHO. 2020. Obesity and Overweight, 2020. [online] . WHO. [cit. 2020-11-9]. Dostupné z: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
94. WHO. 2021. WHO reviews effect of psychical activity on enhancing avademic aschievement at school . [online]. WHO. [cit. 2021-04-15]. Dostupné z: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/physical-activity/news/news/2021/2/who-reviews-effect-of-physical-activity-on-enhancing-academic-achievement-at-school>
95. WIDIMSKÝ, J., BOLEVIČOVÁ, M. et al. 2012. *Arteriální hypertenze - současné klinické trendy X: symposium: sborník přednášek*. In: Sucharda, P. *Bariatrická/metabolická chirurgie a ovlivnění kardiovaskulárních příhod*. Praha: Triton. s. 27- 34. ISBN 978-80-7387-569-5.
96. ZOUBEK, V. 2010. *Právověda a státověda: úvod do právního a státovědního myšlení*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2010. s. 67. ISBN 978-80-7380-239-4.

97. ZPMVCR. 2020. Prevence nadváhy a obezity. [online] ZPMVCR. . [cit.2021-03-28]. Doi: <https://www.zpmvcr.cz/pojistenci/bonusy-na-prevenci/prevence-nadvahy-a-obezity>
98. ŽÁK, A., PETRÁŠEK, J., et al. 2011. *Základy vnitřního lékařství*. In: Žák, A., Zeman, M., Pavelka, K. *Metabolická onemocnění a poruchy výživy*. Praha: Galén. *Zubní lékařství*. s. 381-414. ISBN 978-80-7262-697-7.

9 Seznam příloh

Příloha č. 1: BMI dle kategorizace podle WHO

Příloha č. 2: Percentilové grafy tělesné hmotnosti

Příloha č. 3: Základní nutriční screening

Příloha č. 4: Informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru

Příloha č. 5: Otázky k rozhovoru

Příloha č. 6: Stunkardova škála siluet

Příloha č. 7 : Seznam jednotlivých kódů

Příloha č. 8: Metoda tužka a papír

Příloha č. 1: BMI dle kategorizace podle WHO

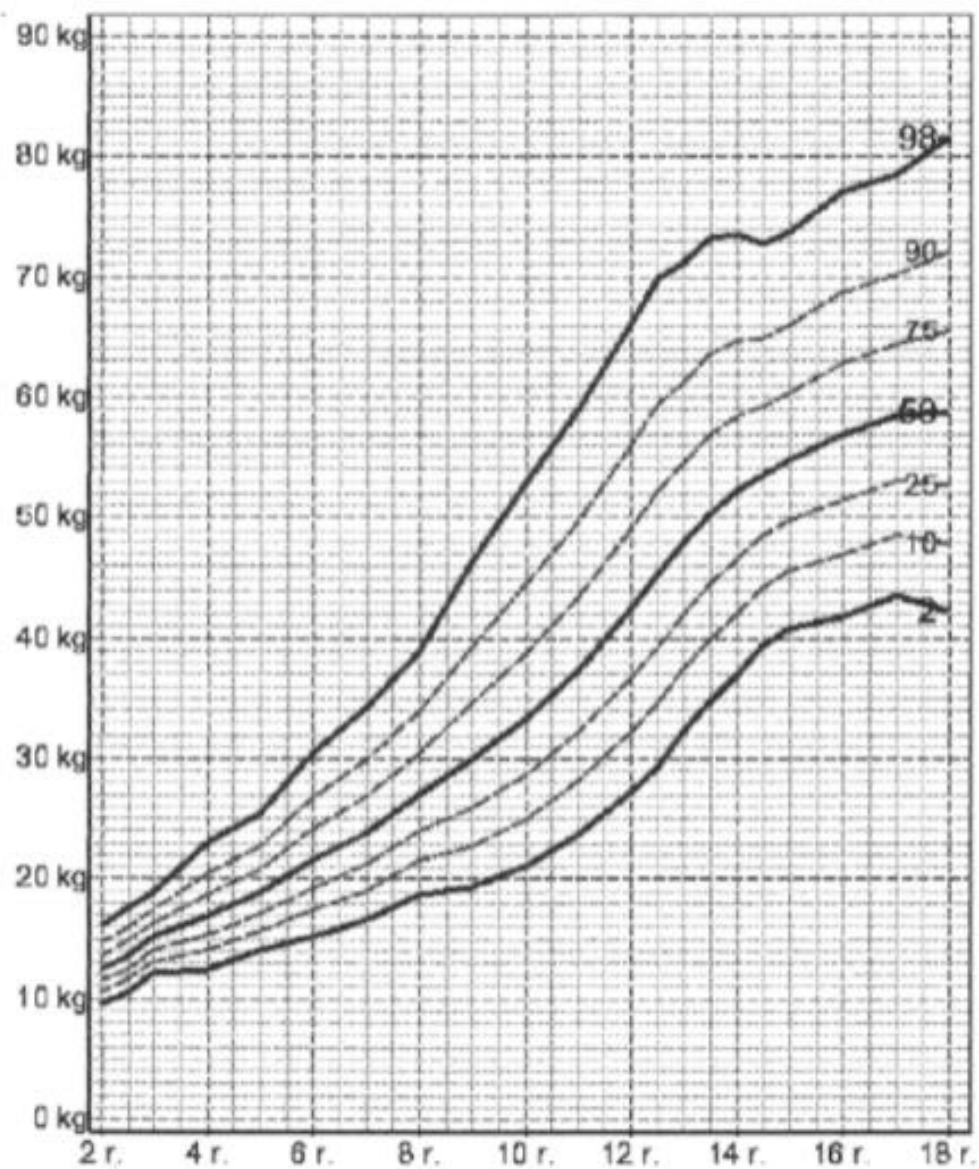
Tabulka č. 3: BMI dle kategorizace podle WHO

BMI	nutriční stav
Pod 18,5	Podváha
18,5-24,9	Normální váha
25,0-29,9	Pre-obezita
30,0-34,9	Třída obezity I.
35,0-39,9	Třída obezity II.
nad 40	Třída obezity III.

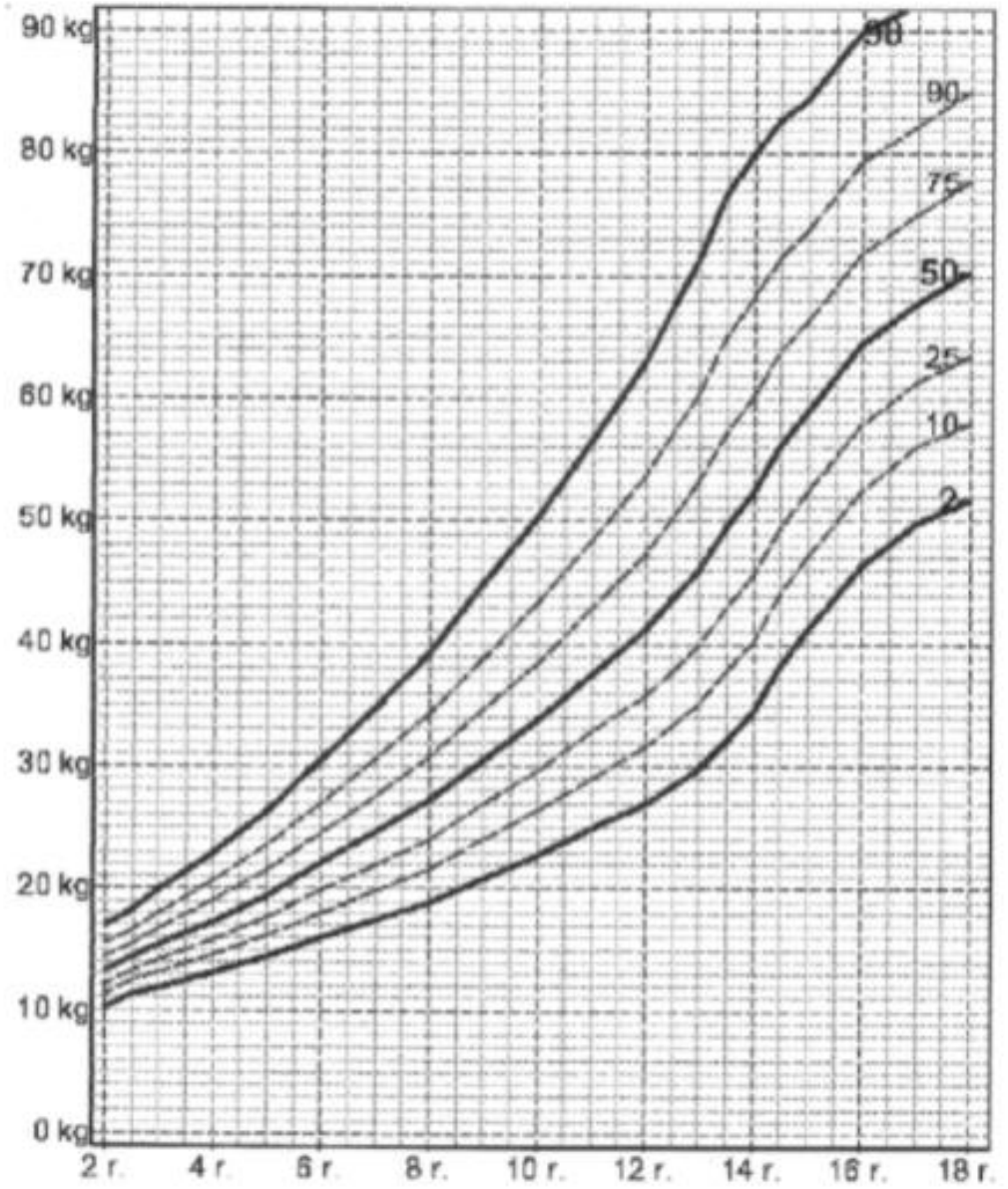
(WHO, 2020)

Příloha č. 2: Percentilové grafy tělesné hmotnosti

Tělesná hmotnost, dívky, 2-18 r.
CAV 1991



Tělesná hmotnost, chlapci, 2-18 r.
CAV 1991



(Sedlářová, P., Benešová, V. et al. 2008)

Příloha č. 3: Základní nutriční screening

Základní nutriční screening			
Bod 1	Věk	do 65 let	0
		nad 65 let	1
Bod 2	BMI/poměrná	20–35	0
		18–20, nad 35	1
		pod 18	2
Bod 3	Ztráta hmotnosti v důsledku výživy	žádná	0
		více než 3 kg/3 měsíce, více než 0,5 kg/týden	1
		více než 6 kg/3 měsíce, více než 2 kg/týden	2
Nelze-li pacienta zvážit nebo změřit			2
Nelze-li od pacienta získat informace			3
Bod 4	Jídlo za poslední měsíc	beze změn v množství	0
		poloviční porce	1
		jí občas nebo nejl	2
Bod 5	Projevy nemoci ovlivněné stravováním	žádné	0
		bolesti břicha, nechutenství	1
		zvracení, průjem nad 6/den	2
Bod 6	Faktor stresu	žádný	0
		střední	1
		vysoký	2
<i>a) mírná deprese</i> <i>b) chronické onemocnění např. DM, IM, HT</i> <i>c) menší nekomplikovaný chirurgický výkon</i>			
<i>a) akutní onemocnění (IM, úrazy, ileus, renální a jiná kolika, UPV, ...)</i> <i>b) rozsáhlý chirurgický výkon (tot. endop. kloubů, oper. hlavy, plic)</i> <i>c) pooperační komplikace (embolie, trombóza, zánět, septický stav)</i>			
Výsledný počet bodů:			
0–3 bez zvláštní nutriční intervence			
4–7 nutné vyšetření nutričním terapeutem			
8–11 bezpodmínečně nutná speciální nutriční terapie, těžká malnutrice			

(Kelnarová, J., Cahová M., et al. 2015)

Příloha č. 4: Informovaný souhlas s poskytováním rozhovoru

Informovaný souhlas

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s prosbou o spolupráci. V současné době vypracovávám závěrečnou práci, v rámci které provádím výzkum, jehož prvním cílem je popsat povědomí o nadváze a obezité u veřejnosti v Jihočeském kraji, druhým cílem je popsat změny ve vnímání nadváhy a obezity u veřejnosti v Jihočeském kraji a třetím cílem je zjistit, jak veřejnost vnímá rizikové faktory vzniku nadváhy a obezity v Jihočeském kraji. Výzkum bude probíhat formou polostrukturovaného rozhovoru, to znamená, že během rozhovoru mohu pokládat doplňující otázky, které předem nebyly připraveny. Rozhovory budou nahrávány na nahrávací zařízení nebo v případě nesouhlasu s nahráváním doslovně zapisovány na papír. Získané informace budou dále analyzovány. Zvuková nahrávka bude sloužit pouze pro potřebu doslovného přepisu a nikdo jiný k ní nebude mít přístup. Rozhovory jsou zcela anonymní. Z účasti na výzkumu pro Vás vyplývají tyto výhody či rizika. Výhody jsou dozvědění nových poznatků o dané problematice a přispění k výzkumu. Rizika nejsou, jelikož výpovědi respondentů jsou zcela anonymní.

Prohlášení

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

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

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

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

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

V _____ dne: _____

Jméno, příjmení a podpis studenta/studentky: Lenka Stříbrská



Příloha č. 5: Otázky k rozhovorům

0. Jste muž/žena?

1. Kolik je Vám let?

2. Jaké je Vaše nejvýše dosažené vzdělání?

3. Jaké je Vaše zaměstnání?

4. Kolik přibližně vážíte a měříte?

5. Na Stunkardově škále siluet mi ukažte, co si myslíte, že je nadváha?

6. Na Stunkardově škále siluet mi ukažte, co si myslíte, že je obezita?

7. Na Stunkardově škále siluet mi ukažte, co si myslíte, že je podvýživa?

8. Kde vidíte na Stunkardově škále sebe?

9. Na Stunkardově škále mi ukažte, jak byste chtěli vypadat?

10. Popište mi, co je to nadváha?

- Jak ji vnímáte?
- Jak vnímáte nadváhu dnes a jak jste ji vnímal/a když jste byl/a dítě?
- Jaké důsledky podle vás má pro zdraví a pro život (například sociální)?
- Kdo podle Vás má nejčastěji nadváhu muži, ženy nebo děti?

11. Popište mi, co je to obezita?

- Jak ji vnímáte?
- Jak vnímáte obezitu dnes a jak jste ji vnímal/a když jste byl/a dítě?
- Jaké důsledky podle vás má pro zdraví a pro život (například sociální)?
- Kdo je podle Vás více obézní muži, ženy nebo děti?

12. Jak si myslíte, že lidé vnímali obezitu v dřívějších dobách?

13. Jak velkou roli ve výběru svého vysněného protějšku hraje pro Vás tělesná konstituce?

14. Jaké jsou faktory ovlivňující nadváhu a obezitu?

15. Popište mi, jak by měl vypadat zdravý životní styl?

- Jak si myslíte, že by měl vypadat odpočinek?
- Jak byste se měl/a stravovat?
- Kolikrát týdně byste měli sportovat?
- Co si myslíte o vlivu alkoholu a kouření?

16. Který z prvků zdravého životního stylu považujete za nejdůležitější?

- Obodujte prosím od 1 do 5, jako ve škole, kdy pět je nejhorší a jedna nejlepší. Následně řekněte, proč jste zařadil/a

- pohyb, strava, alkohol/kouření, odpočinek, stres

17. Jaký vliv na obezitu má podle Vás covid a karanténa s ní spojená?

18. Víte, co znamená index BMI?

- Uměli byste jej vypočítat?
- K čemu slouží BMI?

19. Myslíte si, že je prevence nadváhy a obezity součástí pravidelné preventivní péče u praktického lékaře?

- Jak by měla prevence vypadat, aby byla součástí?
- Podle čeho si to myslíte?
- Jaké intervence provádí sestra a jaké lékař?
 - Sestra:
 - Lékař:

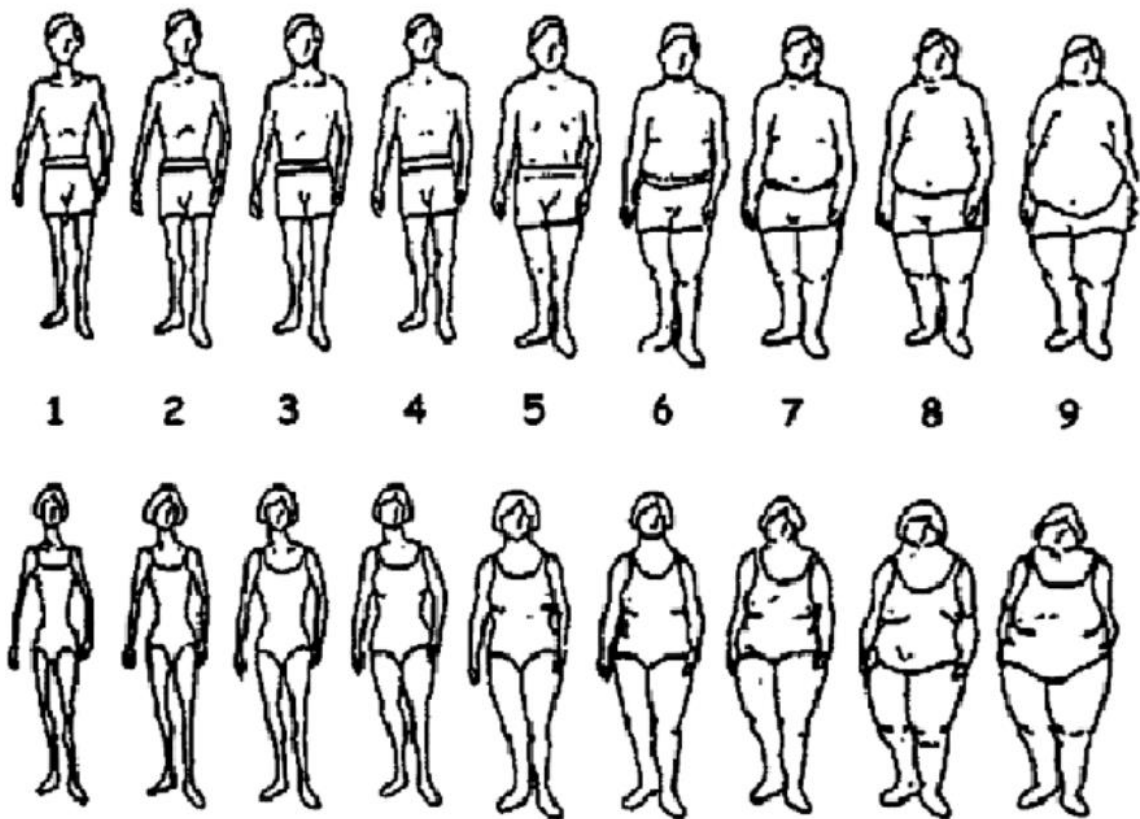
20. Znáte nějaké organizace nebo programy, které předcházejí prevenci obezity?

- Jaké to jsou?
- Jaký mají program nebo čím se zabývají?

21. Jak si stojí podle Vás Česká republika z pohledu nadváhy a obezity?

- Čím je to podle Vás způsobené?
- Co je možné podle Vás udělat, aby došlo ke zlepšení?

Příloha č. 6: Stunkardova škála siluet



(Stunkard, A. J., Sorensen, T., et al., 1983)

Příloha č. 7: Souhrn jednotlivých kódů

Tabulka č. 4: Souhrn kódů z kategorie jedna

Kategorie	Subkategorie	Kódy
Nadváha	Vnímání nadváhy	BMI vyšší než 25, estetické důsledky, hromadění tuku, tuk v těle, nadměrná tělesná hmotnost, málo pohybu, neutažené svaly, normální stav, přítěž, problém, nebezpečí, cholesterol, nevnímala jsem ji, kila navíc, neřeší nadváhu,
	Důsledky nadváhy	estetický problém, sociální problém, navazování kontaktů, problém se šikanou, komplikovanější život, složitější hledání, deprese, zdravotní problémy, problémy s pohybovou aktivitou, žádný důsledek, predispozice k obezitě

Zdroj: Vlastní.

Tabulka č. 5: Souhrn kódů z kategorie dva

Kategorie	Subkategorie	Kódy
Obezita	Vnímání obezity	BMI nad 30, rozdíl není, vyšší stupeň nadváhy, více tuku v těle, problém, hazard, zdravotní problémy, sociální problémy, psychické problémy, strach, posmívali se, nevnímali
	Důsledky obezity	sociální problémy, problémy s hledáním zaměstnání, navazování kontaktů, selhání partnera, výsměch, problémy s pohybem, problémy s dýcháním, s hypertenzí, s diabetem, se srdcem, s aterosklerózou, problém se soběstačností, problém s otěhotněním, problém se sexuálním životem, deprese

Zdroj: Vlastní.

Tabulka č. 6: Souhrn kódů z kategorie tři

Kategorie	Subkategorie	Kódy
Vnímání tělesné konstituce	Vnímání dřívější doby	bohatství, znak blahobytu, projev bohatství, zachování rodu, dobrý základ rodiny, méně tolerované
	Role ve výběru partnera	mění se to, ideál krásy, zcela nevhodný, 50%, 60%, tlustý, protějšek se mu líbí, normální, obézní, chování

Zdroj: Vlastní.

Tabulka č. 7: Souhrn kódů z kategorie čtyři

Kategorie	Subkategorie	Kódy
Faktory ovlivňující nadváhu a obezitu	Zdravý životní styl	pohyb, sport, ovoce a zelenina, stravovací návyky, spánek, stres, optimistický přístup, zdravý sexuální život, pracovní vytížení, pracovní zařazení, způsoby odreagování, prostředí, nekonzumovat alkohol, nekouřit
	Nezdravý životní styl	nedostatek pohybu, vysoký příjem energie, nezdravá strava, chuť k jídlu, špatné stravování, rodinné zázemí, výchova, naše okolí, levnější potraviny, kouření a alkohol, závislosti, cirhóza jater
	Covid-19 a karanténa	má vliv, nehodnotitelné, lidé jsou více doma, deprese, pití alkoholu, příjem potravy, fyzická aktivita, stres

Zdroj: Vlastní.

Tabulka č. 8: Souhrn kódů z kategorie pět

Kategorie	Subkategorie	Kódy
Prevence	BMI	váha lomeno výškou, kolečko, nepamatuji si to, k určení nadváhy, obezity, podváhy, zkreslující pro sportovce, svalová hmota
	Preventivní organizace	význam, praktický lékař, doporučení, neřešil, zvážit, změřit, antropometrické měření, edukace, edukační materiály, témata edukace, edukátor
	Organizace a programy	programy, nadváha a obezita, program STOB, Zdravotní pojišťovna, prevence a léčba, lázeňská péče, rozbor jídelníčku, lekce cvičení, hospitalizované děti, zvýšená aktivita, méně kalorická jídla
	Stav v ČR	Špatně, nadprůměr, přední pozice, uprostřed, tlustí, obézní, hojné množství, povaha, jídlo, nátura, životní styl, pivo, lenost, potraviny, cena, kvalita, součástí výuky, globální osvěta, reklamy, nabídky pojišťoven, zvýšená životní úroveň obyvatelstva, musí chtít, duševní hygiena, Stunkardova škála siluet, nadváha, podvýživa, obezita

Zdroj: Vlastní

Příloha č. 8: Metoda tužka a papír

R14 - Eva

0. Jste muž/žena?
 - Žena
1. Kolik je Vám let?
 - 25
2. Jaké je Vaše nevyšší dosažené vzdělání?
 - Střední škola bez maturity
3. Jaké je Vaše zaměstnání?
 - Ošetřovatelka Nemocnice Písek
4. Kolik přibližně vážíte a měříte?
 - 163cm a 70kg.
5. Na Stunkardově škále siluet mi ukažte, co si myslíte, že je nadváha?
 - 6
6. Na Stunkardově škále siluet mi ukažte, co si myslíte, že je obezita?
 - 7
7. Na Stunkardově škále siluet mi ukažte, co si myslíte, že je podvýživa?
 - 2
8. Kde vidíte na Stunkardově škále sebe?
 - 6
9. Na Stunkardově škále mi ukažte, jak byste chtěli vypadat?
 - 4
10. Popište mi, co je to nadváha?
 - Nadváha je když má člověk pár kilo na víc.
 - Jak ji vnímáte?
 - o Nadváha podle mě problém není člověk má jen pár kilo na víc.
 - Jak vnímáte nadváhu dnes a jak jste ji vnímal/a když jste byl/a dítě?
 - o Nadváhu u nikoho neřeším mám ji sama a myslím si že nadváha takový problém není.
 - Jaké důsledky podle vás má pro zdraví a pro život (například sociální)?
 - o Pro zdraví si myslím že to žádný důsledek nemá ale je to predispozice k obezitě pro život si také myslím že to velký dopad nemá u některých lidí ani není poznat že trpí nadváhou.
 - Kdo podle Vás má nejčastěji nadváhu muži, ženy nebo děti?
 - o Muži i ženy
11. Popište mi, co je to obezita?
 - Obezita je když člověk váží o hodně víc než měří mnohdy je vytvořena z velkého přejídání a hlavně špatného stravování ale také může být způsobena nemocí například onemocněním štítné žlázy.
 - Jak ji vnímáte?
 - o Lidi, kteří jsou hodně obézní je mi líto hlavně děti nemohou se hýbat tak jako ostatní ale bohužel si za to v hodně případech mohou sami spousta obézních lidí nemohou a ani nechtějí přestat jíst.
 - Jak vnímáte obezitu dnes a jak jste ji vnímal/a když jste byl/a dítě?
 - o Jako dítě sem obezitu vůbec nevnímala, ale s obézními dětmi bylo víc srandy to samé s dospělými spousta obézních lidí si ze sebe umí udělat srandu.
 - Jaké důsledky podle vás má pro zdraví a pro život (například sociální)?

10 Seznam použitých zkratk

BMI	Body mass index, index tělesné hmotnosti
BPD	bilopankreatická diverze
DXA	Duální rentgenová absorpciometrie
LABG	Laparoskopická adjistabilní bandáž žaludku
OECD	Organisation for Economic CO-operation and Development, Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
OSA	Obstructive sleep apnoea
RYGB	Roux-en-Y gastrický bypass
SAS	Sleep apnoea syndorme
SG	Sleeve gastronomy, tubulizace žaludku
SŠ	Středoškolské vzdělání
TEN	Tromboembolická nemoc
VŠ	Vysoké vzdělání
WHO	World Health Organization, Světová zdravotnická organizace