



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Možnosti využití ošetřovatelského modelu Betty Neuman v prevenci nadváhy a obezity

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Lucie Třísková

Vedoucí práce: Mgr. Věra Hellerová Ph.D.

České Budějovice 2021

Prohlášení

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

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

V Českých Budějovicích dne 11. 8. 2021

.....

Bc. Lucie Třísková

Poděkování

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

Možnosti využití ošetřovatelského modelu dle Betty Neuman v prevenci nadváhy a obezity

ABSTRAKT

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRACT

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

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

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

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

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

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

Obsah

ÚVOD	7
1 SOUČASNÝ STAV	8
1.1 NADVÁHA A OBEZITA	8
1.1.1 Rizikové faktory vzniku nadváhy a obezity	9
1.1.2 Diagnostika nadváhy a obezity	11
1.1.3 Léčba nadváhy a obezity.....	12
1.1.4 Komplikace nadváhy a obezity	20
1.2 KONCEPČNÍ MODEL Y	22
1.2.1 Koncepční model dle Betty Neuman	24
1.2.2 Hlavní jednotky a využitelnost konceptního modelu dle Betty Neuman.....	25
1.2.3 Koncepční model dle Betty Neuman v souvislosti s nadváhou a obezitou..	26
1.2.4 Prevence jedinců s nadváhou a obezitou dle Betty Neuman	28
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	30
2.1 VÝZKUMNÝ CÍL	30
3 OPERACIONALIZACE POJMŮ	31
4 METODIKA	33
4.1 POUŽITÉ METODY	33
4.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	34
5 VÝSLEDKY VÝZKUMU	36
5.1 VÝSLEDKY KVANTITATIVNÍHO VÝZKUMU	36
5.2 VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ	64
5.3 VÝSLEDKY KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU	67
5.3.1 Výsledky vztahující se k nadváze a obezitě	67
5.3.2 Výsledky vztahující se k všeobecným sestřám.....	75
6 DISKUZE	81
7 ZÁVĚR	89
8 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	91
9 SEZNAM PŘÍLOH	102
10 SEZNAM GRAFŮ A TABULEK	103
11 SEZNAM ZKRATEK	121

ÚVOD

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

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

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

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 *Nadváha a obezita*

Obezita společně s nadváhou se staly nejčastější metabolickou chorobou v důsledku životního stylu a životních podmínek. V minulosti lidé trpěli obezitou vzácně. Důvodem byl nedostatek potravy, lidé byli tudíž vystaveni podvýživě a hladovění. Samozřejmě to neznamena, že se obezita či nadváha vůbec neobjevovaly. Máme různé důkazy o tom, že se obezita či nadváha u některých jedinců vyskytla. Doklady o výskytu z minulosti nám přináší obrazy, sochy a jiná umělecká díla (Hainer, 2011a). V současné době energetický příjem stoupá a energetický výdej klesá (Hainer, Bendlová, 2011). V dnešní době, hlavně u dospělých, osob lze vztah k obezitě charakterizovat zejména nedostatečnou fyzickou aktivitou. Přispívá k tomu zavádění nových technologií, industrializace a současně postupující globalizace. Tento proces vede k celkovému snížení požadavku na lidskou fyzickou aktivitu. Společně s tím se mění i nároky na výkon povolání, přičemž dochází ke snižování fyzické aktivity i v rámci pracovním procesu. Stále častěji se setkáváme se sedavým zaměstnáním (Müllerová, 2009a). Obecně nadváha a obezita zvyšují riziko vzniku řady onemocnění. Nejenže způsobují řadu onemocnění, ale také ztěžují život. Obezita a nadváha zhoršuje kvalitu života jak po fyzické, tak po psychické stránce (Hainer, Bendlová, 2011).

Nadváha a obezita spolu úzce souvisí. Lze je definovat jako nadměrné množství tělesného tuku v organismu, které může nepříznivě ovlivnit zdravotní stav jedince. Toto onemocnění řadíme mezi nejzávažnější civilizační onemocnění. Jedná se o multifaktoriální onemocnění. Můžeme říci, že obezita či nadváha nemůže vzniknout, pokud se u jedince neobjeví nerovnováha mezi energetickým příjmem a energetickým výdejem (Češka, 2013). Nadváha jako taková je předstupněm obezity. Nadváha dle škály body mass index (dále BMI) má hodnoty vyšší nebo rovné 25 kg/m^2 . Obezita je dána dle BMI vyšším nebo rovným 30 kg/m^2 . Obezita se dále dělí na obezitu I. stupně ($30\text{--}35 \text{ kg/m}^2$), II. stupně ($35\text{--}40 \text{ kg/m}^2$) a III. stupně (nad 40 kg/m^2) (Kastnerová, 2016). Obezita a nadváha jsou onemocnění spojená se zvýšenou hmotností. Podíl tuku v těle u žen je tvořen zhruba $25\text{--}30 \%$, u mužů $20\text{--}25 \%$ (Svačina, Bretšnajdrová, 2008). Zlatohlávek (2017) ve své publikaci uvádí, že procentuální zastoupení tukové tkáně je závislé na pohlaví a že u mužů je zastoupení tukové tkáně cca 20% a u žen zhruba 30% . Dále také uvádí, že je BMI celosvětově uznávané měřítko.

Stejně významná je kvalifikace kvalitativní, k určení obezity androidní a gynoidní. Androidní obezita je charakterizována jako obezita s kumulací tuku v oblasti břicha. Postava jedince připomíná jablko. Gynoidní obezita je považována za obezitu s hromaděním tuku především na končetinách a hýždích. Jedinec má podobu hrušky (Svačina, Bretšnajdrová, 2008). Vyšší hmotnost obecně vede ke zkrácení délky života jedince a je spojena se vznikem komplikací (Zlatohlávek, 2017).

1.1.1 Rizikové faktory vzniku nadváhy a obezity

V následující části se budeme věnovat ovlivnitelným a neovlivnitelným rizikovým faktorům.

Pro vznik nadváhy a obezity je podstatný energetický příjem, který je ovlivňován celkovým složením stravy jedince. Konkrétně při konzumaci tuků dochází ke zvýšení energetického příjmu. Tuky by se v celkovém energetickém příjmu měly podílet z 30 %. V realitě však představují 36–38 %. Mezi obecnou charakteristiku tuku řadíme vysokou energetickou denzitu a malou sytící schopnost (Hainer, Bendlová, 2011). Bailén et al., 2020 uvádějí, že vysoký příjem nasycených mastných kyselin zvyšuje riziko vzniku nadváhy, obezity, zánětů a nemocí souvisejících s rakovinou. V praktickém životě převažuje konzumace například sekundárně zpracovaných masových výrobků, jako jsou uzeniny. Dále mléčné výrobky, které disponují vysokým obsahem tuků, například smetanové výrobky, tučné sýry, neodtučněné mléko a některé jogurty. Dalšími problémovými potravinami jsou smažené pokrmy, hranolky, majonézy apod. (Müllerová, 2009b). Další složkou jsou sacharidy, které oproti tukům nehrají tak podstatnou úlohu při rozvoji obezity. I přesto by se jedinec s nadváhou či obezitou měl vyhnout jednoduchým sacharidům ve stravě. V praxi se jedná o zvýšenou konzumaci sladkostí, slazených mléčných výrobků, slazených nápojů a podobně (Svačina et al., 2018). Při dlouhodobém a nadměrném příjmu sacharidů začne organismus přeměňovat sacharidy na zásobní tuk. Na rozdíl od tuků mají sacharidy dobrou sytící schopnost a nízkou energetickou denzitu (Hainer, Bendlová, 2011). Je důležité si uvědomit, že při jejich úplném nedostatku či nadbytku může dojít ke vzniku metabolických abnormalit. Snížený příjem vede například k hypoglykémii, svalové atrofii a ketoacidóze. Nadbytek naopak přispívá ke vzniku obezity a inzulínové rezistence (Müllerová, 2018). Podstatnou složkou ve stravě jsou bílkoviny. Při nadměrné konzumaci bílkovin nemusíme mít obavu o vznik obezity či nadváhy (Hainer, Kunešová, 2011b).

Jedním z dalších rizikových faktorů je nedostatek spánku. Zkrácený spánek vede k únavě organismu. Únava následně negativně ovlivňuje jakoukoliv pohybovou aktivitu, kterou jedinec přes den má vykonat. Se zkráceným spánkem také souvisí četnější konzumace jídel, což může zapříčinit nadváhu nebo obezitu (Šonka, 2016).

Mezi rizikové faktory dále může patřit trvalá medikace pacienta léky. Nejčastěji bývá nadváha a obezita spojována s užíváním psychofarmak a kortikoidů. Obvykle nadváhu a obezitu způsobují antidepresiva a antipsychotika, např. olanzapin, mirtazapin a další. Pokud pacienti některé tyto léky užívají může docházet k výraznému příbytku váhy a je nutné proto upravit léčbu. Další lékovou skupinou jsou kortikoidy. U léčby kortikoidy je podstatné dodržet základní zásady např. upřednostnit lokální léčbu, používat nejnižší dávky, a to co nejkratší možnou dobu (Češka, 2013).

Genetická predispozice má své zastoupení vzniku nadváhy a obezity, míra podílu je přibližně 40–70 %. Krusová (2019) uvádí, že genetické faktory ovlivňují obezitu ze 40 %. Geny, které se podílejí na vzniku nadváhy a obezity, rozdělujeme na primární a sekundární. Primární skupina genů ovlivňuje přímý vznik, zatímco sekundární nemá tak podstatné zastoupení. Současná molekulární genetická vyšetření odhalují, že většina obezit má oligogenní a polygenní charakter (Hainer, Bendlová, 2011). Zlatohlávek (2017) ve své knize popisuje, že vyšší hmotnost má genetický základ. Dále podle něj existuje řada mutací genů, které jsou propojeny se vznikem obezity. Krusová (2019) také uvádí, že náchylnost ke vzniku vyšší váhy mají obezitogenní geny.

Věk je dalším neovlivnitelným rizikovým faktorem v rozvoji nadváhy a obezity, nejčastěji můžeme zaznamenat změnu hmotnosti v dospělém věku mezi 40–50 lety života, kdy více než polovina populace přibere cca 5 kilo (Zlatohlávek, 2017). Boženský a Procházka (2020) uvádějí, že se vysoká hmotnost objevuje v dětském věku a představuje závažný medicínský problém. Autoři dále uvádějí, že dochází ke snižování energetického výdeje a zvýšení energetického příjmu, což vede ke zvyšování tělesné hmotnosti. Poukazují na nadměrný příjem vysokoenergetických potravin, jako jsou polotovary, jídla z rychlého občerstvení, pití slazených nápojů a džusů.

Nadváha a obezita mohou být také ovlivněny výskytem onemocněním, nejčastěji se jedná o onemocnění žláz s vnitřní sekrecí. Endokrinně způsobená obezita je podmíněna například Cushingovým syndromem, hypothyreózou, hypogonadismem, hyperestrogenismem (Hainer, 2016).

1.1.2 Diagnostika nadváhy a obezity

Před samotnou léčbou nadváhy a obezity je zapotřebí pacienty podrobit diagnostice (Ciemins et al., 2020). Diagnostika nadváhy a obezity začíná podrobnou a komplexní anamnézou. Anamnéza je podstatná součást při nastavení následného léčebného postupu. V této části je nutné věnovat pozornost rodinné anamnéze, stoupání hmotnosti v průběhu života, výkyvům ve váze, také těžkým životním situacím, které by mohly vést ke změně váhy jedince. Důležité jsou také stravovací návyky, jaký vztah mají jedinci ke sportovním aktivitám a jaké vykonávají zaměstnání. Zaměřujeme se též na nezdravé návyky, jako je kouření, konzumace alkoholu (Hainer, Kunešová, 2011a). Pacient by měl být dotazován, zda se pokusil o nějakou léčbu své hmotnosti. V rámci léčby zjišťujeme, zda podstoupil redukční diety, farmakoterapii, která vede ke snížení hmotnosti, popřípadě chirurgický bariatrický výkon (Kunešová et al., 2020).

Po odebrání anamnézy můžeme přikročit k základnímu vyšetření. Součástí tohoto je odběr krve. V rámci biochemického vyšetření jsou sledovány jaterní enzymy, lipidový profil, glykémie a také hormony štítné žlázy. Pokud je jedinec diabetik, je třeba pamatovat na glykovaný hemoglobin (Češka, 2013). Díky biochemickému laboratornímu vyšetření můžeme odhalit přítomnosti komplikací a také komorbid (Svačina et al., 2018). Úlohou sestry v tomto procesu je poučení pacienta o nutnosti odběru krve za účelem zjištění příslušných hodnot, sestra následně připravuje pomůcky a odebírá krev do předem připravených nádobek (Vytejková et al., 2013). Dalším základním krokem je stanovení hmotnosti a výšky pacienta, vždy je nutné vždy pacienta zvážit a změřit, nelze se spoléhat na hodnoty, které nám sdělí sám pacient. Pacient je při vážení ve spodním prádle, bez obuvi. Vážení je doporučeno podstoupit ráno, nalačno. Výška se standardně měří za pomoci výškoměru, vždy bez bot. Stejně jako u váhy je doporučené měření výšky ráno. U jedince je dobré stanovit hodnoty krevního tlaku a tepové frekvence, elektrickou srdeční aktivitu snímáme za pomoci elektrokardiografu (Kunešová et al., 2020). Mezi další vyšetřovací metody ke zjištění hmotnosti ve vztahu ke zdravotním rizikům patří Queteletův index tělesné hmotnosti (Body Mass Index – BMI). BMI umožňuje posoudit přítomnost nadváhy či obezity. Bohužel tato metoda může vést ke špatné diagnóze u pacientů, kteří disponují vyvinutou svalovou hmotou. BMI se vypočítá dle jednoduchého vzorce: hmotnost (kg)/výška (m²) (Hainer, Kunešová, 2011). Zlatohlávek (2017) poukazuje na nepřesnost v určitých situacích, ale i přesto uvádí, že je toto měřítko přijímáno. Dalším základním vyšetřením je měření tělesných obvodů, konkrétně břicha

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

Diagnostika nadváhy a obezity zahrnuje také metody, které nám odhalí složení těla a rozložení tukové tkáně. K upřesnění obsahu tukové tkáně v těle je nutné využít složitější techniky. Do této skupiny řadíme bioelektrická impedance (Kunešová, 2009). Za pomoci bioelektrické impedance stanovujeme obsah tuku v těle. Jedná se o nepřímou metodu využívající střídavý elektrický proud o nízkých intenzitách. Tuková tkáň se chová jak izolát a klade proudu značný odpor. Do přístroje je nutné zadat váhu, výšku a pohlaví jedince. Nejčastěji se měření provádí elektrodami, které jsou umístěny v oblasti obou zápěstích a další dvě na dolních končetinách nad hlezenním kloubem. Přístroje dokáží zmapovat extracelulární tekutinu, celkovou tělesnou vodu a intracelulární tekutinu. Z tohoto hlediska je měření vhodné i ke sledování hydratace a nutričního stavu klienta. Nejjednodušším typem měření pro personál je umístění elektrod ve formě nášlapných plošek váhy anebo na dvou madlech. Nevýhodami při tomto měření mohou být otoky nebo retence tekutin u žen během menstruačního cyklu (Kunešová, 2016b).

Ke stanovení diagnózy nadváhy či obezity můžeme využít i další vyšetření. Velice oblíbené jsou zobrazovací metody. Nejčastěji se jedná o počítačovou tomografii a také o magnetickou rezonanci. Během vyšetření zjišťujeme obsah tuku v organismu. Bohužel tyto zobrazovací metody jsou pro jedince značně zatěžující z důvodu ionizujícího záření. Další nevýhodou je malá dostupnost obou zařízení (Svačina, Haluzík, 2010). Kunešová (2016b) uvádí, že takový typ diagnostiky se využívá při podrobnějším vyšetření, nejčastěji v rámci výzkumu. Dále uvádí vysokou cenu tohoto vyšetření a vysoké působení rentgenového záření na jedince.

1.1.3 Léčba nadváhy a obezity

V následující podkapitole popíšeme možnosti léčby u nadváhy a obezity. Obecně se léčba týká nefarmakologických postupů (např. dietních omezení, vhodných sportovních aktivit...) a farmakologických postupů, chirurgické léčby a také psychoterapie. Základním momentem v léčbě pacienta s nadváhou a obezitou je aplikace behaviorální

intervence, která v sobě zahrnuje změnu životosprávy (úpravy stravy, pohybové aktivity) a změnu chování (Kunešová et al., 2020).

1.1.3.1 Nefarmakologická léčba

Pohybová aktivita patří mezi nefarmakologické léčebné metody, které nejen pozitivně ovlivňují prognózu nadváhy či obezity, ale také má pozitivní vliv na fungování celého organismu (Matoulek, Koubková, Fried, 2018). Omezená pohybová aktivita představuje u osob, u kterých převažuje sedavý způsob života nejvýznamnější příčinou obezity. Pohybová aktivita, která disponuje vyšší intenzitou může u jedinců tlumit chuť k jídlu. Důležitou roli v tomto procesu má zvýšená hladina katecholaminů a vyšší teplota těla (Novák, 2009). Fyzická aktivita u pacientů s nadváhou a obezitou nese značná rizika, která se týkají pohybového aparátu. I přesto patří mezi účinné postupy v primární prevenci a léčbě (Štich, 2016).

Fyzický aktivní životní styl má řadu výhod. Fyzická aktivita patří mezi základní kameny při léčbě nadváhy a obezity. Je potvrzené, že vysoce intenzivní intervalový trénink zlepšuje kardiovaskulární činnost, citlivost na inzulín a celkové složení těla (Senefeld, Joyner, 2020). Adámková a Suchánek uvádí, že člověk je uzpůsoben pro pohyb a pokud pohybový aparát nebude využit, dochází následně ke ztrátě svalové hmoty. Po ztrátě svalové hmoty může docházet ke změně kloubních pohybů a ke snížení celkového výkonu organismu. Pacient s nadváhou a obezitou by měl navštívit před zahájením pohybové aktivity fyzioterapeuta, který vytvoří program vhodné pohybové aktivity a zohlednění stav pohybového aparátu jedince (Hromádková, 2016). Setchell et al., (2015) uvádějí, že role fyzioterapeuta je stále více vyžadována při regulaci hmotnosti za účelem předcházení obtíží jako je přetěžování kloubů nebo chronické bolesti. Je důležité správně zvolit pohybovou aktivitu. Každý klient by měl mít individuální doporučení, které musí vycházet z dosavadní kondice vyšetřovaného, zdravotního stavu, věku, zkušeností s fyzickou aktivitou, ale také s časem a dostupností vhodných fyzických aktivit (Novák, 2009). Jedinec trpící nadváhou či obezitou by měl začít pomalu a měl by vybírat aktivitu, která je mu přirozená a nepůsobí mu velké potíže (Matoulek, Koubková, Fried, 2018). Oblíbenou a nejčastěji doporučenou pohybovou aktivitou je chůze, kterou lze podpořit holemi. V prvních dnech je optimální zařazovat chůzi alespoň 150 minut týdně, rychlost by měla činit, pokud je to možné 5–6 km/hodinu. Postupně je vhodné trvání chůze navyšovat a kombinovat ji s posilovacím cvičením alespoň dvakrát týdně.

Za vhodné aktivity můžeme považovat také tanec, lyžování na běžkách, aquaerobic a jízdu na kole. (Kunešová et al., 2020). Haluzík et al., (2020) ve svém článku uvádí, že je podstatné při redukci hmotnosti zvýšit fyzickou aktivitu, kdy by doporučil chůzi, která je podle něj nejjednodušší a nejpřirozenější. Omar et al., (2021) popisují fyzickou aktivitu plavání jako jednu z nejdůležitějších činností. Příznivě ovlivňuje zdravotní stav a je řazeno mezi nefarmakologické přístupy v léčbě obezity. U jízdy na kole by měli jedinci preferovat spíše jízdu na rotopedu z důvodu případných zranění. Neměli bychom zapomenout na plavání, jedná se o komplexní sportovní aktivitu, která pozitivně ovlivňuje pohybový, kardiovaskulární a respirační systém. Po výběru aktivity je důležité zmínit v jaké frekvenci je nutné cvičit. Doporučována frekvence pohybové aktivity se uvádí 3–4krát týdně. Tato frekvence je minimální hodnota, při které můžeme vidět výsledky v oblasti fyzické zdatnosti. Podstatný je také stav jedincova pohybového aparátu. Každý jedinec je individuální a s tím souvisí také výdrž organismu. Tím myslíme, že každý jedinec si může nastavit interval cvičení podle sebe. Obvykle je, ale doporučeno 40–50 minut při aktivitě 3–4krát týdně. Druhou možností, kterou lze zvolit, je provozovat vybranou pohybovou aktivitu každý den po dobu 30 minut (Matoulek, Koubková, Fried, 2018).

Dietoterapie patří mezi stěžejní léčebné metody při léčbě nadváhy a obezity. Obecně se jedná o léčebný režim, který vede k váhové redukci. Primární cíl dietoterapie je dosáhnout vyššího energetického výdeje oproti energetickému příjmu. (Müllerová, 2009b). V léčbě obezity je důležité, aby pacient změnu v jídelníčku přijal pozitivně a nevedla jedince k návratu ke špatnému stravování. Diety musí být sestaveny nejen nutričně vyvážené, ale také chuťově přijatelně. V praxi je tento režim snadno dosažitelný a proveditelný (Müllerová, 2009b). Důležité je klást důraz na komplexní a individuální přístup k jedincům. Cílem je nastavit redukční dietu, která bude vycházet z dosavadních zkušeností a bude jedinci vyhovovat. Správně by měli jedinci navštívit nutričního terapeuta, který poučí daného jedince o principech racionálního redukčního stravování (Sadílková et al., 2020). Léčba nadváhy a obezity je individuální proces, kdy je nutná častá konzultace spojená s edukací (Svačina, 2010a). Sadílková et al., (2020) uvádějí, že neexistuje žádný standardizovaný nutriční plán, který by vyhovoval všem pacientům s obezitou. Slába et al., (2020) ve svém článku popisují teorii přijetí a závazku, jedná se o terapii, která přikládá důraz na vnitřní motivaci a realizaci chování. Hlavním cílem je naučit se lépe přijímat a prožívat i nepříjemné pocity z hubnutí.

Doporučení pro dnešní dobu je neustále zdůrazňovat význam zdravých stravovacích pravidel, konkrétně snížit energetický příjem ve stravě, který vede k redukci váhy a následnému udržení hmotnosti (Smethers, Rolls, 2018). Úspěšnost léčby můžeme vidět po dodržení základních pravidel, která jsou: doporučená dieta musí být vytvořena na základě zvyklostí pacienta a musí být doplněna o fyzickou aktivitu (Češka, 2013). Kunešová et al., (2020) ve svém článku shrnuli jednotlivé výživové zásady v šesti bodech, které směřují na jedince s vyšší hmotností. Uvádí například snížit energetickou vydatnost potravin a zařadit potraviny s vyšším obsahem vlákniny. Doporučení je konzumovat nejméně dvě porce ovoce a zeleniny denně. Jednoznačně snížit obsah tučných jídel, konkrétně vynechání nasycených tuků. Dále snížit obsah rafinovaných cukrů, cukrů a slazených nápojů. Ve druhém bodě zdůrazňuje omezení konzumace malých pokrmů mezi jídly, kdy by vyřadila sladkosti. Třetí bod v sobě zahrnuje pravidelnost stravy a vyhýbat se přejídání. Čtvrtý a pátý bod poučuje jedince s vyšší hmotností, aby jedl pomalu a udělal si na konzumaci jídla dostatek času. Základním opatřením je posadit se ke stolu a u jídla nestát. Nejhorší existující varieta je konzumovat jídlo za chůze. Je dobré si uvědomit sílu hladu před zahájením jení a také během něho. V poslední řadě je doporučeno vést si deník, ve kterém jedinec bude popisovat obsah svých jídel, dále veškeré okolnosti týkající se konzumace jídla.

Samotné stravování je založené na pravidelnosti. Vytvořený jídelníček musí být dělen do tří až šesti jídel během dne. Jedinci by se tudíž měli stravovat po 3–4 hodinách, aby přestávky nebyly dlouhé. V případě, pokud pacient není léčen inzulínem může vynechat malá jídla během dne a stravovat se třikrát denně hlavními chody (Svačina, 2010a). Také Sadílková et al., (2020) ve svém článku zdůrazňují rozložení jídel během dne. Zmiňuje pravidelnost, kdy doporučuje 3 hlavní jídla denně, která by měla být přibližně ve stejnou dobu každý den. Lecube, López-Cano, (2019) uvádějí, že pravidelnost ve stravování je doporučení, ale není povinností. Klient by se neměl do jídla nutit. Každý pokrm by měl být složený z kvalitních zdrojů bílkovin, komplexních sacharidů, vhodných tuků a vlákniny, kterou mohou zařadit v podobně zeleniny a ovoce. Konkrétně bílkoviny by měly být v jídelníčku zastoupeny v hodnotách cca 46–56 g (Müllerová et al., 2020). Celkový obsah tuku ve stravě by měl být v ideální případě ze 20–35 % (Müllerová, 2018). Důležitá je edukovat jedince s nadváhou a obezitou, neustále jim připomínat, aby ze stravy vyřadili potraviny s vysokým množstvím nasycených mastných kyselin (Lecube, López-Cano, 2019). Vysoký příjem nasycených mastných kyselin zvyšuje riziko vzniku

nadváhy, obezity, zánětů a nemocí související s rakovinou. (Bailén et al., 2020). V praktickém životě to znamená, že by měly osoby s nadváhou a obezitou vynechat potraviny jako například sekundárně zpracovaná masa, což jsou například uzeniny. Dále mléčné výrobky, které disponují vysokým obsahem tuků například smetanové výrobky, tučné sýry, neodtučněné mléko a některé jogurty. Samozřejmě dalšími problémovými potravinami jsou smažené pokrmy, hranolky, majonézy apod. (Müllerová, 2009b).

Klient by měl vědět, že je důležité zařadit do jídelníčku více zeleniny, ovoce, celozrnných obilovin, luštěnin, ořechů a semen. Jedná se o potraviny, které mají vysoký podíl rostlinného původu. Obsahují fytoprotektivní látky, které vykazují protinádorové a antiaterogenní účinky. Zelenina a ovoce ovlivňuje ředění energetické denzity stravy. Na jednotku objemu a hmotnosti má zelenina a ovoce nízký kalorický obsah, který je daný vysokým obsahem vody. Ovoce a zelenina obsahuje též vlákninu, která přispívá k pocitu sytosti (Müllerová, 2009b). Vláknina by měla být součástí každého jídelníčku, disponuje bobtnavostí, která navozuje sytost a snižuje energetickou denzitu (Hainer, Kunešová, 2011b). (Kunešová et al., (2020) doporučuje konzumovat minimálně dvě porce jak zeleniny, tak ovoce. Jsou velice přínosné při léčbě obezity, navíc mají vysoký obsah vitamínů C, A a minerálních látek. I když obsahují určitý počet sacharidů, jejich glykemický index nízký (Müllerová, 2009b). Casperson et al., (2021) ve své článku uvádí, že i když zařazování zeleniny do jídelníčku podporuje zdraví, tak spotřeba je malá. Hodnoty konzumované zeleniny se objevují nízko pod doporučené množství. Zmiňované ořechy a semena mají vysoký obsah energie ve formě tuků. Jedná se formu tuků, které nám při pravidelné konzumaci v nižší míře neuškodí. Na omezení příjmu jednoduchých sacharidů bychom neměli zapomínat (Müllerová, 2009b).

U jedinců trpící nadváhou a obezitou je podstatné kontrolovat konzumaci slazených nápojů. Vysoký objem slazených nápojů vede k navyšování celkového energetického příjmu klienta (Müllerová, 2009b). Každopádně pitný režim je nedílnou součástí denního režimu. Klient by měl být poučen o vhodných a nevhodných nápojích, které může popíjet během dne. Obecně by se pitný režim měl rozložit do jednotlivých dávek během dne (Adámková et al., 2009). Minimální množství objemu tekutin je 1,5 litru za den, nicméně množství tekutin stoupá s hmotností pacienta. Do příjmu nezapočítáváme kávu a ani alkohol (Pichlerová, 2016). Záleží také na složení stravy, pokud máme v jídelníčku velké zastoupení zeleniny a ovoce, může být příjem tekutin ve formě nápojů o něco nižší. Klient by měl vědět, že nedostatek tekutin je nebezpečný. Nedostatek tekutin se projeví žízní,

ztráty vody vedou k poklesu psychické a fyzické výkonnosti, pocitu slabosti, nevolnostem až křečím, což by mohlo omezit jedince při redukci hmotnosti (Kunová, 2009).

Největším zastoupením v pitném režimu by měla být voda. Pramenité vody jsou přírodní vody, které jsou brány z podzemních zdrojů. Obsahují málo minerálních látek, proto je možné takové vody zařazovat v každodenním pitném režimu. Minerální vody jsou dalšími zástupci balených vod. Obsahují více minerálních látek a je nutné číst jejich složení. Limonády zařazené v pitném režimu nejsou vhodnou volbou, kdy hlavním složením je voda a cukr (Kunová, 2009). Příjemnou volbou pro zpestření je čaj. Některé druhy čajů mají příznivý účinek na energetický výdej, ale abychom účinek zaznamenali museli bychom vypít velké množství (Kunešová, 2016a). Čaje jsou přírodní produkty, které by neměly obsahovat žádná barviva, konzervační látky a neměly by obsahovat žádnou energetickou hodnotu. Řada bylinných čajů má výhodu v podpoře zdravotního stavu jedince. Mohou zlepšit imunitu, žaludeční a vylučovací funkce apod. Velmi běžným nápojem během dne je káva, která obsahuje většinou kofein, který stimuluje organismus, zlepšuje soustředění a paměť. Druhá stránka kávy je lehký diuretický účinek, který odvodňuje organismus. Při pití kávy je doporučeno doplnit sklenici vody. Alkoholické nápoje při redukci hmotnosti nejsou vhodnou volbou. Nejenže jsou to prázdné kalorie, ale nic potřebného pro organismus nepřinášejí (Kunová, 2009). Pichlerová (2016) uvádí, že alkohol by zcela nezakazovala pouze by významně omezila jeho množství a také výběr.

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

Důležitou složkou ve stravě jsou vitamíny, minerály a stopové prvky. Obecně jejich konzumace nijak neovlivňuje vznik obezity, ale měly by být součástí každé pestré stravy (Češka, 2013). Konzumace vitamínu a minerálních látek je nezbytné pro metabolické procesy, do kterých řadíme např. lipidový metabolismus. Na doplňování bychom neměli zapomínat při restriktivních dietách (Müllerová et al., 2020).

Součástí nefarmakologických postupů v léčbě nadváhy a obezity jsou také dietní opatření například nízkenergetická dieta (low energy diet) spočívá v příjmu energie obvykle od 4000 kJ do 6000 kJ. Tento typ diety je tvořen ve spolupráci s pacientem na základě

sebraného seznamu příjmu potravin (Kunešová, 2016a). Nízkosacharidová dieta je charakterizována omezením příjmu sacharidů, kdy jedinec přijímá denně 50–130 g. Při konzumaci sacharidů je nutné dávat pozor na jejich množství, značné výkyvy mohou způsobit metabolické abnormality. Dlouhodobý nedostatek sacharidů vede k hypoglykémii, svalové atrofii a ketoacidóze. Při zařazení takových diet je důležitá konzultace s lékaři. V současné době se více do povědomí dostává pojem vegetariánská dieta. Primárně se jedná o vyřazení potravin živočišného původu z jídelníčku a navýšení celozrnných obilovin, luštěnin, zeleniny a ořechů. Tato dieta se osvědčila jako prevence kardiovaskulárních a nádorových onemocnění, nicméně je nutné doplňovat mikronutriety například vitamín D, B12, vápník a zinek (Müllerová, 2020). Müllerová (2020) dále ve svém článku uvádí, středomořskou dietu, která je považována ze nejbezpečnější dietu v rámci komplikací obezity. Charakterizuje se vysokým příjmem luštěnin, olivovým olejem, nerafinovanými cereáliemi, ovocem a zeleninou, ryb, umírněným příjmem mléčných výrobků například sýry a jogurty a nízký příjem masa a masných výrobků. Nejméně doporučenou dietou jsou hladovky. Spočívají v konzumaci vody, minerálek a vitamínů. Možnost, kterou lze akceptovat, je intermitentní ordinace, což je hladovka maximálně jednou týdně. Obecně jsou hladovky nevýhodné a mohou mít nebezpečné nežádoucí účinky (Novotný, 2011). Také Kunešová (2016a) uvádí, že hladovění jako způsob léčby obezity se již nevyužívá. Jednak ve své publikaci popisuje vznik poruch srdečního rytmu a krátkodobý účinek diety.

1.1.3.2 Chirurgická léčba

Dalším typem léčby u obézních pacientů jsou bariatrické výkony. Pacient, který přichází k takovému zákroku je ve většině případů doporučen praktickým lékařem, diabetologem či jiným specialistou. Pacienti trpí buď rozvinutým metabolickým syndromem nebo jde o jedince, kteří jsou polymorbidní (Svačina, 2010b). Bariatrický chirurgický zákrok je mnohdy nejúčinnějším způsobem léčby závažně obézních jedinců (Pichlerová, 2016). Pacienti po bariatrické operaci zaznamenávají úbytek hmotnosti a zlepšení mnoha komplikací, které souvisejí s obezitou (Derderian et al., 2020). Pro takové pacienty je bariatrická operace život zachraňující výkon. Tento výkon je pro jedince značně náročný a je důležitá příprava před samotnou operací (Svačina, 2010b). Pacient se musí připravit jak po stránce edukační, tak po stránce interní, kdy se snažíme, aby výkon v celkové anestezii nezpůsobil zbytečné potíže (Doležalová et al., 2018). Interní příprava spočívá v odběru anamnézy, v odběru krve, konkrétně biochemie, hematologie a krevní skupina,

zkontrolování činnosti srdce za pomoci EKG, rentgenové vyšetření hrudníku a další přídatná vyšetření dle daného výkonu. Zdravotní sestra disponuje technickou dovedností, která ji umožňuje provést základní fyziologické vyšetření u pacienta, který trpí obezitou (Lunney, 2013). Výkon je prováděn v celkové anestezii. V současné době se chirurgické výkony v léčbě obezity dělí na restriktivní – bandáž žaludku, zkratové – střevní bypassy a kombinované – gastrický bypass (Svačina, 2010b).

Bandáž žaludku spočívá v tom, že dochází k podvázání cévní protézou či speciální svorkou. Žaludek získá tvar přesýpacích hodin (Svačina, 2010b). Doležalová et al., (2018) uvádí, že se jedná o silikonový pásek, který je z vnitřní strany opatřen balonkem. Následně je balonek propojen s tenkou hadičkou a portem. Při bandáži žaludku je důležité dodržovat podporující dietu. Dietu dělíme na dvě období: období bezprostředně následující po výkonu a období zhruba jeden měsíc po výkonu. Úsek bezprostředně po výkonu spočívá v pozvolném zatěžování trávicího traktu. V podstatě se jedná o pomalou konzumaci jídla po malých lžičkách, jedinec musí pečlivě stravu rozžvýkat a nepít současně s jídlem. V druhém úseku dochází k usazování bandáže a klient přechází na normální stravu, která je omezena svým objemem a tím i energetickým obsahem. Při takové konzumaci je pravděpodobné, že dojde k váhové redukci. Klient, ale musí stále dodržovat určitá pravidla: jíst pomalu, řádně stravu rozžvýkat, nepít během jídla ani bezprostředně po něm. Vyhýbat se košťálové a listové zelenině, fazolím, peckovitému ovoci, ořechům a tuhému masu (Fried, 2009). Müllerová et al., (2020) ve svém článku uvádí, že pacientům, kteří podstoupí bariatrickou operaci je doporučeno suplementovat vitamíny a minerály. Suplementace je aplikována z důvodu sníženého příjmu potravy. Pacienti musí docházet na pravidelné nutriční kontroly, při kterých je nutné monitorovat váhové změny, přítomnost a popřípadě frekvenci zvracení. Zjišťovat, které potraviny klientovi nesedí a způsobují mu zažívací potíže. Nutriční terapeut vyhodnocuje nutriční obsah jídelníčku, který musí obsahovat dostatečné množství bílkovin a mikronutrientů (Fried, 2009). Po realizovaném operačním výkonu je třeba sledovat medikaci pacienta, pokud jsou užívány tablety větší je vhodné pacientovi doporučit před polknutím jejich půlení či čtvrcení. (Kasalický, 2011). Také pacient může léky rozmělnit ve třecí misce, kdy je důležité nejdříve zjistit, zda se mohou dané tablety drtit (Vytejková, 2015). Samotný výkon nezůstává bez komplikací. Nejčastějšími problémy, které mohou nastat jsou infekce v místě uložení komůrky, zánět sliznice jícnu nad bandáží, dilatace části

žaludku nad bandáží anebo podklouznutí přední stěny pod bandáž. Mezi nejzávažnější komplikace řadíme prořezání bandáže přes stěnu žaludku (Kasalický, 2011).

1.1.3.3 Farmakologická léčba

Farmakologická léčba nadváhy a obezity je využita, pokud nedojde k účinné režimové terapii pacienta. Další indikací jsou pacienti, kteří mají hodnotu indexu tělesné hmotnosti 30 a více, selhala u nich komplexní nefarmakologická léčba. Pacienti, kteří s hodnotou BMI 27–30 kg/m² s přítomností kardiovaskulárních a metabolických rizik, která souvisí s obezitou (Hainer, 2011b). V České republice je nabídka léků k léčbě nadváhy a obezity značně omezená např. oproti USA. V současné době máme k dispozici omezené spektrum léků (Haluzík et al., 2020).

Léčivé přípravky navozující snížení chuti k jídlu. Do této skupiny řadíme přípravek Fentermin. Fentermin je anorektikum, je považován za nepřímé sympatomimetikum v centrální nervové soustavě. Látka snižuje chuť k jídlu a zvyšuje lipolýzu (Sucharda, 2018). Jedná se o lék, který disponuje řadou významných nežádoucích účinků například nespavost, psychické změny, hypertenze, tachykardie apod. (Haluzík et al., 2020). Fentermin může zapříčinit vznik závislosti, a proto se předepisuje na opiatové recepty (Kunešová et al., 2020). Orlistat je dalším využívaným lékem v léčbě obezity. Orlistat působí na střevní lipázu, kdy dochází ke sníženému vstřebávání tuků. Léčbu je důležité podporovat nízkotučnou dietou (Svačina, 2010b). I Orlistat má řadu nežádoucích účinků např. bolesti břicha, nadýmání a průjmy, a to pokud jedinec zkonsumuje potraviny s vyšším obsahem tuků (Haluzík et al., 2020). K dispozici také můžeme nalézt kombinaci Naltrexonu a Bupropionu. Jedná se spojení antidepresiva Bupropionu a opioidního antagonisty Naltrexonu. Lék působí na jedince snižováním pocitu hladu a jeho využití směřuje k poklesu hmotnosti (Haluzík et al., 2020). Důležitou kvalitní léčbu přinesla antiobezitika. Antiobezitika lze konzumovat neomezeně dlouho. Základním zástupcem je Sibutramin. Jedná se o lék, který vede ke zlepšení všech složek metabolického syndromu a krevního tlaku (Svačina, 2010b).

1.1.4 Komplikace nadváhy a obezity

Úbytek hmotnosti by měl být doporučen všem klientům, u kterých se objevují jakékoliv komplikace na podkladě nadváhy a obezity (Gadde et al., 2018). Hmotnost sama osobě zapříčiňuje komplikace mechanické, tím rozumíme nemoci, které jsou spojené

s přetížením kloubů a páteře. Nadváha a obezita vede ke zhoršení nejen mobility, ale také se mohou objevit u jedinců deprese, úzkosti a celkově špatná kvalita života (Borda et al., 2021). Netrpí tím tedy pouze kosterní systém, ale také orgány. Poté mluvíme o komplikacích metabolických. Pokud se objeví některé tyto komplikace výrazně zkracují život u jedince s vyšší hmotností (Češka, 2013).

Metabolický syndrom je soubor několika onemocnění, kde první zastoupení má obezita a dalšími jsou dyslipidémie, zvýšený krevní tlak a porucha glukózové tolerance. Metabolický syndrom zhoršuje život jedinců a zvyšuje vznik kardiovaskulárních onemocnění (Češka, 2013). Zlatohlávek (2017) ve své knize uvádí, že metabolický syndrom představuje soubor onemocnění, který svým působením může způsobit kardiovaskulární riziko.

S obezitou a nadváhou často spojujeme onemocnění jako je hypertenze a diabetes mellitus 2. typu, kdy na tato onemocnění působí jako rizikový faktor (Zelenyté et al., 2021a). Během měření krevního tlaku u jedinců s nadváhou a obezitou je nutné správně zvolit širší manžetu o přiměřené délce (Svačina et al., 2018). Vrábelová (2018) uvádí, pokud chceme mít hodnoty krevního tlaku objektivní musíme použít správnou šířku a délku manžety. Jako nejvhodnější místo k měření popisuje na paži pacienta, pokud nelze využít k měření paže, tak volíme dolní končetiny. Pacient, u kterého naměříme opakovaně krevní tlak vyšší jak 180/110 mm Hg je léčba zahájena ihned. Při nižších hodnotách není zapotřebí léčbu zahájit okamžitě, ale krevní tlak pravidelně sledujeme a s léčbou můžeme počkat (Svačina, 2009). První postup léčby je snížení hmotnosti, které jednoznačně vede ke zlepšení systolického i diastolického fungování obou komor (Adámková, 2018). Sucharda (2016) popisuje, že vysoký krevní tlak pozitivně reaguje na snížení hmotnosti, tímto můžeme namotivovat pacienty s nadváhou nebo obezitou, aby se řídili redukčními opatřeními. Mezi redukční opatření můžeme zařadit například pohybovou aktivitu a pravidelnou stravu.

Známým onemocnění, které provází nadváhu a obezitu, je diabetes mellitus 2. typu. Jedná se o nejzávažnější složku metabolického syndromu a však nemusí postihovat všechny jedince s metabolickým syndromem (Haluzík, 2016). Křížová (2017) popisuje, že se nejvíce na vzniku diabetu mellitu 2. typu podílí nadváha s obezitou. Často se sdružuje s dalšími onemocněními například hypertenze, dyslipidémie a hyperurikémie. Vznik diabetu mellitu 2. typu je s nadváhou a obezitou spojen nadměrným množstvím tukové

tkáně a změnou metabolismu a endokrinních funkcí (Haluzík, 2016). Rozvoj diabetu mellitu 2. typu zapříčiňuje porucha sekrece inzulínu beta-buňkou. Zvýšení hmotnosti konkrétně ve středním věku je prediktorem vzniku diabetu mellitu 2. typu. U diabetu mellitu je důležitá prevence, která samotná provází léčbu nadváhy či obezity. Podstatné je dodržovat určitá opatření například zařadit do běžného života vyšší fyzickou aktivitu, redukci hmotnosti, upravení jídelníčku konkrétně omezit živočišné tuky, omezení druhotně zpracovaného masa, a naopak zařadit ryby, ořechy nebo potraviny s rostlinných tuků (Svačina, 2009). Křížová (2017) uvádí, že pacientům s nadváhou či obezitou je indikována redukční dieta společně s adekvátní fyzickou aktivitou.

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

V důsledku nadváhy a obezity může dojít ke vzniku některých nádorů. Dříve se tumory u obézních pacientů vyskytovaly zřídka, v současné době je naopak značný přírůstek. Výskyt se obecně objevuje u jedinců, kteří mají nadváhu či obezitu a současně se u nich projevil diabetes mellitus 2. typu a hypertenze. Nejčastějšími nádory u mužů jsou nádory trávicího traktu, ledvin a prostaty. U žen se nejčastěji objevují gynekologické nádory a též nádory trávicího traktu, ledvin (Svačina, 2009).

1.2 Koncepční modely

Obecně byl vývoj ošetrovatelství až do poloviny minulého století většinou intuitivní a byl více založený na tradičních a praktických zkušenostech než na teoretických základech. Největší rozvoj teoretické části ošetrovatelství nastal v polovině 20. století v USA a v Kanadě (Pavlíková, 2006). S označením teorie a koncepce jsme se setkávali i v dřívě, k objasnění nám slouží historické dokumenty, které směřují k ošetrovatelství a ošetrovatelskému výzkumu (Tóthová, Olišarová, 2018). V dnešní době má ošetrovatelství vědomostní bázi, která v sobě zahrnuje specifické ošetrovatelské koncepce, teorie a koncepční modely. Obsahové zaměření teorií a modelů je ovlivněno

vědomostmi, praktickými zkušenostmi a různými filozofickými názory jejich autorů (Pavlíková, 2006).

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

Modely jsou paradigmaty ošetrovatelské vědy, které tvoří metaparadigmata. Metaparadigmatem je člověk, prostředí, zdraví a ošetrovatelství. Každý model definuje metaparadigmata odlišně (Tóthová, Olišarová 2018). Modely v ošetrovatelství jsou abstraktními koncepty, které jsou v praxi uplatňovány díky ošetrovatelskému procesu. Obsahují filozofické hodnoty a přesvědčení pro ujasnění praxe a výzkumu. Zahrnují systematickou strukturu a logické zdůvodnění činnosti, určují směr hledání a umožňují řešení praktických problémů. Konceptní modely slouží jako obecné návody pro přesné formování poznatků ošetrovatelství, pro plánování a realizaci výzkumu, klinické praxe, výchovných programů a také řídicích systémů. Umožňují nám rámec pro činnost sestry a formují obsah studia ošetrovatelství (Vrublová, 2006). Dingová Šliková et al., 2018 ve své publikaci uvádí, že konceptní modely a teorie vznikaly pomalu s hlavním cílem, a to zkvalitnit ošetrovatelskou péči. Vývoj konceptních modelů je možné nalézt už v raných civilizačních obdobích, konkrétně v Egyptě a v Číně. Mnoho modelů bylo použito k popsání průběhu utváření světa. Novodobým příkladem využití modelu je Marxův model, který byl filozofický, sociální, politický a ekonomický a vytvořil obsah pro komunistickou ideologii. I Einstein měl svůj model relativity. Tento model utvářel základ atomové éry (Pavlíková, 2006).

Konceptní modely obsahují tři základní části. První částí je asumpce. Asumpcí rozumíme předpoklady a fakta, které jsou brány jako teoretický základ koncepce ošetrovatelství (Tóthová, Olišarová 2018). Předpoklady jsou odvozeny od vědecké teorie a praxe. Druhou částí konceptních modelů je hodnotový systém. Součástí konceptních modelů stejně jako v jiných oborech se odráží od filozofie a světového názoru. Každý takový model obsahuje filozofickou představu o podstatě vztahů mezi člověkem a prostředím

(Archalousová, 2003). Třetí a poslední částí jsou jednotky modelu. Hlavní jednotky byly zformulovány z hodnotového systému dohromady s asumpcí (Pavlíková, 2006).

V rámci popisu ošetrovatelského modelu rozlišujeme sedm hlavních jednotek. Cíl ošetrovatelství, který definuje, čeho se snaží ošetrovatelství dosáhnout. Jednotlivé cíle modelů se liší dle předpokladů. Další jednotkou je klient, který je charakterizovaný jako příjemce ošetrovatelské péče. Může se jednat o jedince nebo skupinu (Pavlíková, 2006). Mezi hlavní jednotky modelů řadíme také roli sestry. Tento bod popisuje činnosti a úkoly, které sestra má vykonávat. Vždy je nutné počítat se se zdrojem potíží. Zdroj potíží se týká klienta a popisuje příčiny problémů, které lze pozitivně ovlivnit. Konkrétně v této části může sestra svou ošetrovatelskou péčí zasáhnout a ovlivnit příčiny problémů (Tóthová, Olišarová 2018). Součástí modelů je též ohnisko zásahu, které určuje zaměření intervencí v ošetrovatelství. Předposlední jednotkou je způsob zásahu. Způsob zásahu určuje prostředky a zásahy, kterými sestra může poskytnout danou ošetrovatelskou péči. Posledním bodem mezi hlavními jednotkami jsou důsledky. Důsledky znázorňují očekávané výsledky intervencí a jsou směřovány ke zlepšení zdravotního stavu příjemce (Pavlíková, 2006).

1.2.1 Koncepční model dle Betty Neuman

Betty Neuman se narodila v roce 1924 v americkém státě Ohio. Bakalářské vzdělání v oboru ošetrovatelství získala v roce 1947. Po skončení základního studia odešla do Los Angeles, kde byla zaměstnána jako sestra, postupem času dosáhla pozice staniční a později na vrchní a školní sestru. V roce 1957 měla možnost dostudovat magisterské vzdělání v oboru mentálního a veřejného zdraví (Neuman, 2017). Po úspěšném vzdělání pracovala jako klinická chirurgická sestra, klinická učitelka a také působila jako sestra v komunitním krizovém centru. Během své kariéry vykonávala i privátní praxi terapeutky a byla klinickou spolupracovnicí v Americké asociaci pro manželskou a rodinnou terapii (Pavlíková, 2006). V roce 1972 Betty Neuman poprvé představila svůj systémový model. Po několika letech publikovala svou knihu *The Neuman's System Model: Application to Nursing Education and Practise*. Ve svém životě byla velmi aktivní a v roce 1985 ukončila doktorandské studium. Doktorandský titul získala z oboru klinické psychologie. O pár let později Betty Neuman udělila Grand Walley State University v Allendalu čestný doktorát (Pavlíková, 2006).

Neumanová (1997) uvádí, že tento systémový model byl vytvořen s prvotním plánem využívání k organizaci výuky pro studenty na univerzitě v Kalifornii. Také pro potřeby studentů rozvoje v oblasti duševní zdraví (Pavlíková, 2006). Pro model Betty Neuman je jedním ze základních předpokladů holismus. Na systém jedince nahlíží individuálně (Archalousová, 2003). Pacient v tomto modelu může být jednotlivec, skupina, komunita a společnost. Model je založen na otevřeném systému myšlení a cílem je dosáhnout klientovy optimální stability. Nejdůležitějším principem systémového modelu je interakce osoby s prostředím (Neuman, 1989).

1.2.2 Hlavní jednotky a využitelnost koncepčního modelu dle Betty Neuman

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

Pacienta Neumanová popisuje jako otevřený systém pěti složek, a to psychologické, fyziologické, sociokulturní, vývojové a spirituální. Sestra by během své práce měla rozpoznat intrapersonální, interpersonální a extrapersonální stresory (Archalousová, 2003). Neumanová popisuje ve svém modelu zdroje potíží, které pojmenovala stresory. Stresory mohou být zevní a vnitřní (Pavlíková, 2006). Intrapersonální stresory vychází z vnitřního prostředí a jsou v interakci s jednotlivými subsystemy jedince. Interpersonální stresory vychází z mezilidských vztahů a extrapersonální vztahy charakterizují situace, které nalezneme mimo jedince (Kaas, Olišarová, 2018). Za ohnisko zásahu považuje účinnou redukci stresorů a posílení linií obrany. Nejdůležitější složkou zásahu jsou intervence orientované na primární, sekundární a terciární prevenci. Důsledek je směr ke stabilitě systému pacienta či klienta a požadované úrovni zdraví (Pavlíková, 2006).

Metaparadigmatickou koncepci Neumanová definovala následovně. Člověk neboli osoba je definována jako klient nebo skupina klientů, kteří je složeninou psychologických, fyziologických, společensko-kulturních, vývojových a duchovních proměnlivostí (Archalousová, 2003). Prostor je důležitým faktorem, které ovlivňuje model. Vnitřní prostředí nalezneme uvnitř systému. Fungování je ovlivněno jednotlivými orgánovými soustavami, ale také interakcí mezi členy. Vnější prostředí nacházíme mimo systém, kdy se jedná o životní situace a okolnosti. V poslední řadě máme vytvořené prostředí, které charakterizuje prostředí, jež vytváří klient za účelem zajistit si bezpečí (Tóthová,

Olišarová, 2018). Zdraví Neumanová popisuje jako projev životní energie a pohody jedince. Zdraví je stav, který poukazuje na všechny faktory a prvky, které jsou v souladu s celostní osobností jedince. Zdraví a pohoda značí dynamickou rovnováhu jedince a jeho interakci s prostředím. Posledním pojmem, kterým se Neumanová zabývá, je ošetrovatelství. Ošetrovatelství je profese zabývající se všemi možnými příčinami, které ovlivňují reakce jedince na stres (Pavlíková, 2006). Zaměřuje na uspokojování potřeb jedinců. Přímé aktivity směřují k udržení a podpoře zdraví, zmírňují utrpení nevyléčitelně nemocných a zajišťují klidné umírání a smrt. Podstatně se podílí na prevenci, diagnostice, terapii a rehabilitaci (Tóthová, 2009).

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

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

Poslední linie obrany je flexibilní. Flexibilní linii můžeme vidět nad normální linií, jedná se o nárazník bránící vstupu stresorům. Síla a účinnost je kolísavá. Může se během krátké doby snížit při působení různých okolností. Do této kategorie můžeme řadit nedostatek spánku, jídla, nepravidelné střídání životních aktivit apod. Nejdůležitější je, aby jedinec posiloval flexibilní linii z důvodů kvalitní obrany před stresory (Archalousová, 2003). Míra reakce na stresory je u každého jedince individuální, podstatné zůstává udržení stability (Pavlíková, 2006).

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

Klient dle modelu Betty Neuman je popisován jako systém pěti složek, a to psychologických, fyziologických, sociokulturních, vývojových, a spirituálních (Neuman, 2017). Každý klient v sobě má centrální jádro přežití. Centrální jádro přežití je u jedinců

s nadváhou a obezitou charakteristické individuální výbavou, a to genetickými faktory, intelektuálními, tělesnými přednostmi a nedostatky (Kaas, Olišarová, 2018). Funkčnost a zachování je nepostradatelné pro život jedince. U jedinců s nadváhou a obezitou se nejčastěji objevují kardiovaskulární onemocnění (Zelenyté et al., 2021). Sucharda et al., (2016) ve své publikaci uvádí mnohem více onemocnění, které se mohou objevit u pacientů s nadváhou a obezitou. Z pohledu dalších dopadů nadváhy a obezity na centrální jádro můžeme zdůraznit respirační, gastrointestinální, kožní, urogynekologické a reprodukční onemocnění. Nadváhu a obezitu mohou doprovázet také psychologické a sociální problémy. Okolo centrálního jádra máme ochranné linie. Nejbližší linií je linie rezistence, která chrání jedince před úmrtím a brání průniku stresorů (Pavlíková, 2006).

Linie normální je dalším zástupce v obraně a pracuje se stavem klienta a zabezpečuje pohodu a adaptaci v čase. Normální linie pracuje s proměnnými faktory dle modelu Betty Neuman, a to psychologickými, fyziologickými, sociokulturními, vývojovými a spirituálními. Psychologické faktory u jedinců s nadváhou a obezitou mohou být problémy či diskriminace spojené s hmotností (Pavlíková, 2006). Diskriminace lidí s nadváhou a obezitou kvůli jejich vyšší váze je běžným problémem, který sám o sobě může vést k dalšímu přibývání hmotnosti (Tapking et al., 2020). Konkrétně u žen, které často řeší svůj estetický vzhled, tak mohou pociťovat diskriminaci v zaměstnání a v partnerských vztazích (Hainer, Bendlová, 2011). Dále se mohou objevit u jedinců deprese, úzkosti a celkově špatná kvalita života (Borda et al., 2021). Fyziologické faktory u klientů mohou být spojené s celkovým zdravotním stavem jedince, dále například omezení v pohybové aktivitě (Pavlíková, 2006). Hmotnost sama osobě způsobuje komplikace mechanické, což jsou problémy spojené s přetížením kloubů a páteře. Nadváha a obezita vede také ke zhoršení mobility. (Borda et al., 2021). Sociokulturní proměnné mohou například ovlivňovat strach účastnit se společenských akcí. Vývojové proměnné vyjadřují pochody a činnosti, které souvisejí s věkem jedince (Zakieh, Tabandeh, 2017). Zlatohlávek (2017) ve své publikaci uvádí, že nejrizikovější věk u dospělých osob je 40–50 let. V tomto věku více než polovina populace přibere o 5 kilo. Spirituální faktory jsou individuální záležitostí každého jedince s nadváhou či obezitou (Pavlíková, 2006).

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

spánku, nesprávným stravováním, nedostatečnou pohybovou aktivitou a podobně (Archalousová, 2003). Konkrétně nedostatek spánku může být způsoben jednou nejpodstatnější poruchou, a to obstrukční spánkovou apnoei (Šonka, 2016).

1.2.4 Prevence jedinců s nadváhou a obezitou dle Betty Neuman

Prevenčí rozumíme intervenci, která se chová jako záměrný zásah. Tento zásah pomáhá jedinci při dosahování a udržování systémové stability (Pavlíková, 2006). Zdravotní sestry považují intervence za soubor ošetrovatelských činností potřebných k řešení problému lidské potřeby (Zeleníková, 2018). Prevenci obecně dělíme na tři zásadní jednotky a to primární, sekundární a terciální. Primární prevence se objevuje u osob, které žádným onemocněním netrpí. Jedná se o neustálou kontrolu vnějších faktorů, které mohou navodit nestabilitu organismu a jeho homeostázu (Müllerová, Aujezdská, 2014).

Primární prevence modelu dle Betty Neuman se aplikuje tehdy, pokud je jedinec ohrožen aktuálními či potencionálními stresory (Pavlíková, 2006). Kaas, Olišarová, (2018) ve své publikaci uvádějí, že primárním účelem je identifikace stresorů. Cílem primární prevence je zastavit průnik těchto stresorů normální linií obrany (Archalousová, 2003). V rámci primární prevence musí dojít k zabránění průniku normální linií a současně posílení flexibilní linie (Kaas, Olišarová, 2018). Sestra na této úrovni prevence může zkvalitnit systém péče o pacienta a také neustále posilovat flexibilní linii obrany (Vanaki, Rafiei, 2020). Flexibilní linie je nejčastěji ohrožena, obecně slouží jako nárazník, který chrání zbylé linie. Linie je nestála a musíme její účinnost neustále kontrolovat a posilovat. Jedinci s nadváhou a obezitou mohou svůj takzvaný nárazník ohrozit špatně zvolenou stravou, sníženou pohybovou aktivitou během dne a také nedostatkem spánku (Neuman, 2011). Z ošetrovatelského hlediska do této kategorie můžeme zařadit ošetrovatelské diagnózy například nevyvážená výživa: více než je potřeba (00001), intolerance aktivity (00092), zhoršená schopnost přemísťovat se (00090) a nedostatek spánku (00096) (Herdman, 2013). Pravidelná pohybová aktivita ovlivňuje sedavý způsob života a zmírňuje psychologické dopady karantény z důvodu pandemie covid-19, nejenže se jedinec udržuje v kondici, ale také si snižuje riziko vzniku kardiovaskulárních onemocnění (Rodríguez et al., 2020). Abbas et al., (2020) uvádějí, že během pandemie covid-19 došlo k zákazu vycházení, což vedlo ke změně životního stylu, lidé přestali chodit do tělocvičen, parků a omezili práce doma. V rámci primární prevence je podstatné rizikového jedince edukovat. Málková (2016) uvádí, že edukace lidí s nadváhou

a obezitou je náročným úkolem. Je dobré uvést klienta do reality dnešní doby, popsat mu možnosti, a hlavně zdůraznit celkovou změnu životního stylu. V ošetřovatelství se můžeme setkat s častým problémem, a to nedostatečné znalosti (00126) (Herdman, 2013). Pokud se flexibilní linie setká se stresem, na který není připravena přechází do linie normální. V této linii se projevuje jako nestabilita a nemoc. Normální linie pracuje s pěti proměnnými, které charakterizují jedince, jakým se stal za působení jeho života (Neuman, 2011). Khan et al., (2020) ve svém článku uvádějí, že je důležité přijmout preventivní opatření a podporovat zdravý životní styl. Uvádí také aby se preventivní opatření dostala do všech domácností. Dále uvádí, aby se zvyšovalo povědomí o zdravějším životním stylu, což vede ke sníženému vzniku obezity. Omar et al., (2021) uvádějí, že jeden ze základních bodů, kterým můžeme zlepšit životní styl je neustále zapojování tělesných cvičení.

Sekundární prevence obecně zastává funkci, která včas odhaluje onemocnění a zabraňuje jejímu dalšímu rozvoji. Jedinec je ve fázi onemocnění, kdy jsou fyziologické funkce porušené a onemocnění se rozvíjí. Hlavním cílem u sekundární prevence je obrátit k fyziologickému stavu a zastavení progresu příslušného onemocnění (Müllerová, Aujezská, 2014). Sekundární prevence dle Betty Neuman nastupuje, kdy systém jedince reaguje na určitý stresor (Zakieh, Tabandeh, 2017). Hlavním cílem sekundární prevence je posílit linii rezistence pohybem vnitřních a vnějších zdrojů. U jedince se zaměřujeme na reakce, které jsou způsobené stresem (Pavlíková, 2006). Během sekundární prevence je podstatné posílit linii rezistence a podpořit adaptaci (Kaas, Olišarová, 2018). Nejběžnější obranou linie je mobilizace bílých krvinek nebo spuštění imunitního systému jedince, pokud odpor linie bude účinný, tak systém projde obnovou. Nedostatečně fungující linie může zapříčinit vyčerpání a smrt (Neuman, 2011). Caci et al., (2020) uvádí, že jedinci s nadváhou a obezitou trpí chronickým zánětlivým stavem a zhoršenou imunitou, což vede ke špatné prognóze akutního respiračního onemocnění covid-19. Rodríguez et al., (2020) ve svém článku popisují, že cvičení a posilování fyzické výkonnosti pozitivně působí na imunitní systém jedince.

Posledním typem prevence je terciární. Terciární prevenci zapojujeme při existenci onemocnění. Během terciární prevence předcházíme následkům u onemocnění (Pavlíková, 2006). Sestry v rámci terciární prevence jedince readaptují, reedukují a zachovávají existující zdroje. Cílem je navrátit jedincovi stabilitu systému (Kaas, Olišarová, 2018).

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

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

2.1 Výzkumný cíl

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

Stanovené hypotézy:

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

Výzkumné otázky:

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

3 OPERACIONALIZACE POJMŮ

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

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

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

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

Intrapersonální stresory vychází z vnitřní struktury jedince a zahrnují veškeré interakce jedince (Zakieh, Tabandeh, 2017). Neumanová (2011) uvádí ve své publikaci, že se jedná o síly, které se vyskytují na pomezí klientova systému. Pro účely výzkumného šetření považujeme za intrapersonální stresory například spokojenost s fyzickým stavem, psychickým stavem a vzhledem jedinců s nadváhou a obezitou. Jsou obsaženy v otázkách (6, 7, 8, 9, 17, 38, 39) dotazníku (viz Příloha 1) určeny pro respondenty s nadváhou a obezitou a hlouběji jsou popsány v kategorii č. 4 rozhovoru.

Interpersonální stresory pramení z interakcí mezi dvěma a více jedinci (Zakieh, Tabandeh, 2017). Stresory charakterizují interakční síly, které probíhají mimo hranice klientova systému. V rámci výzkumného šetření byly interpersonální stresory například

spokojenost s postojem rodiny vůči své osobě, návštěvnost lékaře a komunikace ze strany lékaře a sestry. Interpersonální stresory jsou v otázkách (10, 11, 44, 45 a 46) dotazníku (viz Příloha 1) určeny pro jedince s nadváhou a obezitou. V kvalitativním šetření jsou popsány v kategoriích č. 4 a č. 5.

Extrapersonální stresory Neumanová (2011) popisuje jako veškeré vnější interakční síly. Stresory se vyskytují mimo systém jedince. Nejčastěji je jedná o finanční zájmy jedince. (Zakieh, Tabandeh, 2017). Pro účely výzkumného šetření považujeme za extrapersonální stresory problémy způsobené zaměstnáním a závažné situace. Jsou obsaženy v otázkách (18 a 42) dotazníku (viz Příloha 1) určeny pro respondenty s nadváhou a obezitou a hlouběji jsou popsány v kategoriích č. 3 a č. 4 rozhovoru.

Primární prevence se objevuje u osob, které žádným onemocněním netrpí. Jedná se o neustálou kontrolu vnějších faktorů, které mohou navodit nestabilitu organismu a jeho homeostázu (Müllerová, Aujezdská, 2014). Neumanová (2011) popisuje ve své publikaci primární prevenci jako činnost, při které hodnotíme pacienta a hledáme potencionální či skutečné stresory.

Sekundární prevence obecně zastává funkci, která včas odhaluje onemocnění a zabraňuje jejímu dalšímu rozvoji (Müllerová, Aujezdská, 2014). Zakieh, Tabandeh (2017) uvádějí nástup sekundární prevence, když systém jedince reaguje na stresor.

Terciární prevenci je důležité zapojit při existenci onemocnění, během této prevence předcházíme následkům u onemocnění. Spojujeme jí s adaptivními procesy a návratem ke stabilizaci systému (Kaas, Olišarová, 2018).

4 METODIKA

4.1 Použité metody

Pro naplnění stanoveného cíle byla zvolena smíšená strategie výzkumu. V rámci kvantitativního šetření byl využit nestandardizovaný dotazník, který byl zaměřen na respondenty ve věku 18 let a více, kteří mají nadváhu (tj. BMI 25–29,9 kg/m²) nebo obezitu (tj. BMI 30–34,9 kg/m²). Nestandardizovaný dotazník byl převážně sestaven z uzavřených a polouzavřených otázek. V rámci polouzavřených otázek byla respondentům ponechána možnost doplnit svou vlastní odpověď. V uzavřených otázkách bylo využíváno převážně škálových odpovědí. Dle Bártlová et al., (2009a) umožňuje respondentům využití škálových otázek zařadit problém do určitého kontinua. Dále upřesňují, že kontinuum jsou například postoje a názory. Počet otázek v prvotní fázi dotazníku činil 48, na základně pilotní studie realizované s deseti jedinci byl dotazník upraven na 46 otázek (viz Příloha 1). Dotazník byl vytvořen na základě vlastních zkušeností a na základě informací získaných studiem odborné literatury. Nestandardizovaný dotazník byl distribuovaný elektronickou cestou za pomoci Google Formulář. Součástí dotazníku byl informovaný souhlas. Respondenti vyplněním souhlasili s účastí na výzkumném šetření. Kvantitativní výzkumné šetření probíhalo od konce března 2021 do konce června 2021. Statistická data jsme zpracovávali v programu MS Excel. Prvním krokem jsme odpovědi od respondentů rozdělili do dvou skupin dle BMI, a to respondenty s nadváhou (tj. BMI 25–29,9 kg/m²) a respondenty s obezitou (tj. BMI 30–34,9 kg/m²). Následně jsme ve spolupráci se statistikem vytvořili kontingenční tabulky a využili jsme chí-kvadrát test. Hladinu významnosti pro chí-kvadrát test jsme zvolili $\alpha = 0,05$.

Dále byl využit kvalitativní výzkum, který jsme realizovali za pomoci polostrukturovaného rozhovoru. Pro polostrukturovaný rozhovor byly vytvořeny dvě osnovy otázek (viz Příloha 2) a (viz Příloha 3). První osnova sloužila pro jedince ve věku 18 let a více, kteří trpí nadváhou (tj. BMI 25–29,9 kg/m²) a obezitou (tj. BMI 30–34,9 kg/m²). Druhá osnova byla určena pro sestry pracující ve zdravotnickém zařízení. Osnova určená sestrám byla tvořena deseti otevřenými otázkami. Na základě pilotáže došlo k upravení počtu otázek na osm. Osnova určená jedincům ve věku 18 let a více kteří trpí nadváhou a obezitou, byla tvořena taktéž deseti otázkami. V tomto případě se však počet otázek po pilotní kontrole na výšil na dvacet. Součástí otázek určených sestrám

i informantům ve věku 18 let a více byly i otázky sloužící ke kategorizaci informantů (pohlaví, věk, výška, váha a BMI). Dále byly rozhovory zaměřeny na jednotlivé fáze prevence a vnímání sebe sama a svého okolí. Před zahájením rozhovoru s klientem došlo k seznámení a podepsání informovaného souhlasu (viz Příloha 3). Pokud s realizací rozhovoru souhlasili, byli požádáni o podepsání tohoto souhlasu, který je uschován bez možnosti přístupu další osoby. Sběr dat byl realizovaný během června a července 2021. Průměrná délka rozhovoru s jedincem trpící nadváhou a obezitou byla 30 minut a průměrná délka s všeobecnou sestrou byla 20 minut. S ohledem na to, že naši informanti nesouhlasili s nahráváním záznamu rozhovorů, byly odpovědi zaznamenávány do předem připraveného záznamového archu. Tento záznamový arch byl vytvořen rozšířením prostoru pod jednotlivými otázkami (viz Příloha 2 a Příloha 3). Následně byly rozhovory doslovně přepsány do MS Word. Pro analýzu dat jsme využili otevřené kódování s využitím metody tužka-papír a stanovili prvotní kategorie. Jak uvádějí Bartlová et al., (2009b) otevřené kódování spočívá v hledání významů a jejich pojmenování (pojmy) a následné kategorizaci. V rámci prvotní kategorizace kvalitativních dat získaných od jedinců s nadváhou a obezitou bylo identifikováno celkem 7 kategorií a 8 podkategorií. Následnou rekategorizací bylo stanoveno 7 konečných kategorií a 13 podkategorií. Při prvotní kategorizaci kvalitativních dat získaných od všeobecných sester bylo identifikováno celkem 4 kategorií a 3 podkategorií. Následnou rekategorizací bylo stanoveno 4 konečné kategorie a 8 podkategorií.

Účast na výzkumném šetření byla anonymní a dobrovolná. Oslovení informanti měli možnost kdykoli vyjádřit nesouhlas s výzkumnou činností. Jak uvádějí Bartlová et al., (2009a) anonymitou rozumíme respektování důvěrného charakteru individuálních informací, záruku využití jen pro hromadné zpracování, nebo přímo jako záruku neidentifikovatelnosti konkrétních osob, které jsou zdrojem informací.

4.2 Charakteristika výzkumného souboru

Kvantitativního šetření se účastnili osoby starší 18 let a více s nadváhou (tj. BMI 25–29,9 kg/m²) a obezitou (tj. BMI 30–34,9 kg/m²). Dotazníky byly rozesílány v elektronické podobě a výběr respondentů byl náhodný. Stanovené kritérium pro výběr respondentů pro kvantitativní šetření bylo dáno věkem, a to 18 let a více a hodnotou BMI. Výzkumné šetření bylo realizováno v kraji Vysočina a v Jihočeském kraji. Celkový počet respondentů, kteří se zapojili do kvantitativního výzkumu činil 258. Na základě optické

kontroly vyplněných dotazníků muselo být 55 vyřazeno. Dotazníky, které byly vyřazeny nesplňovaly požadavky hodnot nadváhy (tj. BMI 25–29,9 kg/m²) a obezity (tj. BMI 30–34,9 kg/m²). V dotazníkovém šetření bylo 64 mužů a 139 žen.

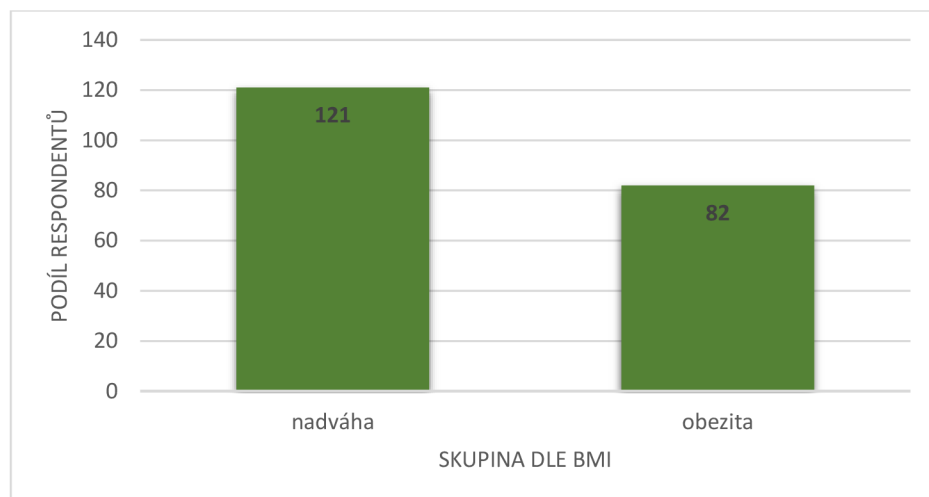
Kvalitativního šetření se zúčastnili jedinci 18 let a více s nadváhou (tj. BMI 25–29,9 kg/m²) a obezitou (tj. BMI 30–34,9 kg/m²) a také všeobecné sestry pracující ve zdravotnickém zařízení. Všeobecné sestry, které se zúčastnily byly pouze ženy. Informanti s nadváhou a obezitou byli před rozhovorem podrobeni měřením hmotnosti za pomoci osobní váhy a měřením výšky za pomoci standartního výškoměru. Celkový počet jedinců s nadváhou činil 2, jedinců obezitou 4 a všeobecných sester 4.

5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

5.1 Výsledky kvantitativního výzkumu

V následující části práce se zabýváme popisem kvantitativních dat. S ohledem na účel výzkumu byli respondenti rozřazeni do dvou skupin, a to na jedince s nadváhou a na jedince s obezitou.

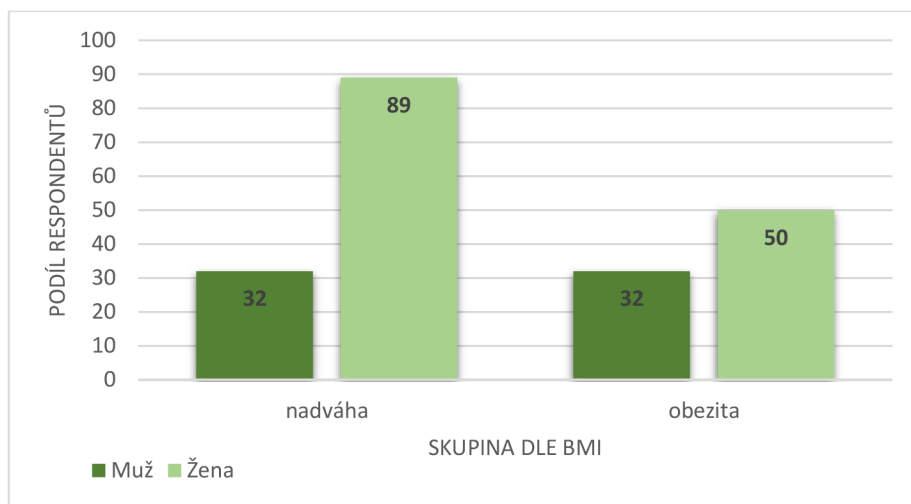
Graf 1 Rozdělení respondentů dle BMI na nadváhu a obezitu



Zdroj: vlastní

V grafu č. 1 můžeme vidět rozdělení respondentů dle hodnoty BMI. Z celkového počtu 203 (100 %) respondentů bylo 121 respondentů s nadváhou (59,6 %) a 82 respondentů (40,4 %) s obezitou.

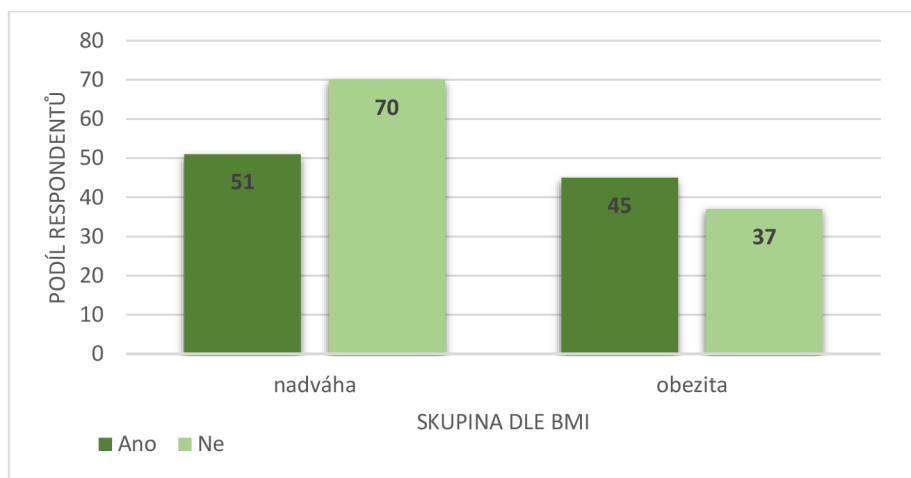
Graf 2 Pohlaví respondentů



Zdroj: vlastní

Graf č. 2 znázorňuje zastoupení mužů a žen v jednotlivých skupinách dle BMI. V souboru respondentů s nadváhou (121; 100 %) bylo 32 mužů (26,4 %) a 89 (73,6 %) žen. V souboru respondentů s obezitou (82; 100 %) bylo rovněž 32 mužů (39,0 %) a 50 žen (61,0 %).

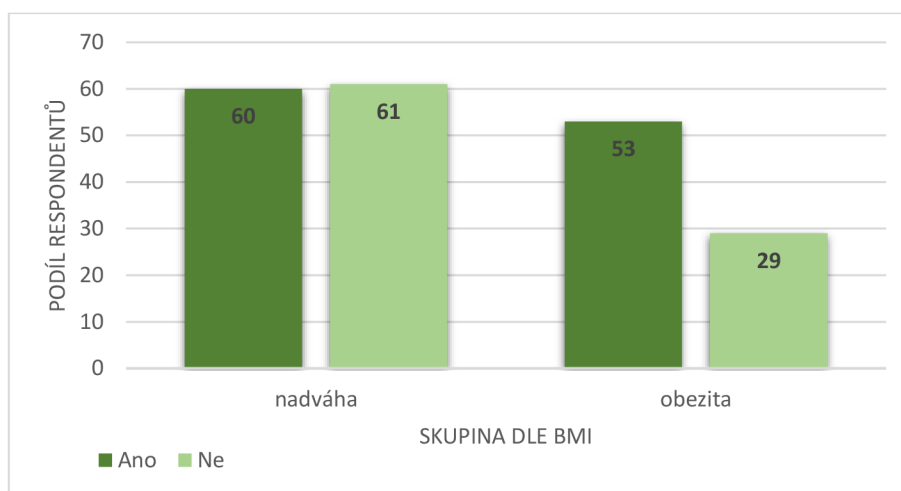
Graf 3 Rodinný stav



Zdroj: vlastní

Graf č. 3 vztahující se k otázce, která mapovala, zda jsou respondenti v manželském svazku. V souboru respondentů s nadváhou (121; 100 %) bylo 51 (42,1 %) respondentů sezdáných a 70 (57,9 %) respondentů nesezdáných. V souboru respondentů s obezitou (82; 100 %) bylo 45 (54,9 %) respondentů sezdáných a 37 (45,1 %) respondentů nesezdáných.

Graf 4 Děti



Zdroj: vlastní

Graf č. 4 prezentuje odpovědi respondentů na otázku, zda mají děti či jsou bezdětní. V souboru nadváhy (121; 100 %) je počet odpovědí vyrovnaný, jelikož 60 respondentů (49,6 %) odpovědělo, že děti má a 61 (50,4 %) je bezdětných. V souboru obezita (82; 100 %) můžeme mezi četností odpovědí vidět rozdíl větší. Z celkových 82 totiž 53 (64,6 %) potomky má a 29 (35,4 %) je nemá.

Tabulka 1 Spokojenost se svým psychickým stavem

	Skupina dle BMI		Celkem
	Nadváha	Obezita	
Zcela nespokojen/á	0	2	2
Spíše nespokojen/á	9	8	17
Ani spokojen/á, ani nespokojen/á	12	6	18
Spíše spokojen/á	64	51	115
Zcela spokojen/á	36	15	51
Celkem	121	82	203

Zdroj: vlastní

Otázka č. 6 je součástí hypotézy o **intrapersonálních stresorech**.

Tabulka č. 1 se vztahuje k otázce č. 6, která směřovala ke zjištění míry spokojenosti respondentů s jejich psychickým stavem. Pro hodnocení psychického stavu byla zvolena škála spokojenosti. Mezi respondenty s nadváhou bylo se svým psychickým stavem spokojeno celkem 100 (82,6 %) respondentů (volbou možností „spíše spokojen/á“ a „zcela spokojen/á“). Se svým psychickým stavem bylo spíše nespokojeno 9 (7,4 %) respondentů a 12 (9,9 %) respondentů zvolilo neutrální odpověď („ani spokojen/á, ani nespokojen/á“). Žádný z respondentů s nadváhou nezvolil možnost „zcela nespokojen“.

Mezi respondenty s obezitou bylo se svým psychickým stavem spokojeno celkem 66 (80,5 %) respondentů (volbou možností „spíše spokojen/á“ a „zcela spokojen/á“). Neutrální odpověď zvolilo 6 (7,3 %) respondentů („ani spokojen/á, ani nespokojen/á“). Nespokojeno se svým psychickým stavem bylo celkem 10 (12,2 %) respondentů s obezitou (volbou možností „spíše nespokojen/á“ a „zcela nespokojen/á“).

Tabulka 2 Spokojenost se svým fyzickým stavem

	Skupina BMI		Celkem
	Nadváha	Obezita	
Zcela nespokojen/á	7	5	12
Spíše nespokojen/á	39	33	72
Ani spokojen/á, ani nespokojen/á	26	23	49
Spíše spokojen/á	39	19	58
Zcela spokojen/á	10	2	12
Celkem	121	82	203

Zdroj: vlastní

Otázka č. 7 je součástí hypotézy o intrapersonálních stresorech.

Tabulka č. 2 se vztahuje k otázce č. 7, která znázorňuje spokojenost s fyzickým stavem. Pro tuto otázku byla zvolena škála spokojenosti. Mezi respondenty s nadváhou bylo se svým fyzickým stavem spokojeno celkem 49 (40,5 %) respondentů (volbou možností „spíše spokojen/á“ a „zcela spokojen/á“). Se svým fyzickým stavem bylo nespokojeno 46 (38,0 %) respondentů a 26 (21,5 %) respondentů zvolilo neutrální odpověď („ani spokojen/á, ani nespokojen/á“). Mezi respondenty s obezitou bylo se svým fyzickým stavem spokojeno celkem 21 (25,6 %) respondentů (volbou možností „spíše spokojen/á“ a „zcela spokojen/á“). Neutrální odpověď zvolilo 23 (28,0 %) respondentů („ani spokojen/á, ani nespokojen/á“). Nespokojeno se svým fyzickým stavem bylo celkem 38 (46,3 %) respondentů s obezitou (volbou možností „spíše nespokojen/á“ a „zcela nespokojen/á“).

Tabulka 3 Spokojenost se svým vzhledem

	Skupina BMI		Celkem
	Nadváha	Obezita	
Zcela nespokojen/á	9	6	15
Spíše nespokojen/á	34	28	62
Ani spokojen/á, ani nespokojen/á	32	23	55
Spíše spokojen/á	42	24	66
Zcela spokojen/á	4	1	5
Celkem	121	82	203

Zdroj: vlastní

Otázka č. 8 je součástí hypotézy o **intrapersonálních stresorech**.

Tabulka č. 3 se vztahuje k otázce č. 8, která zmapovala spokojenost respondentů se svým vzhledem. Pro tuto otázku byla zvolena škála spokojenosti. Mezi respondenty s nadváhou bylo se svým vzhledem spokojeno celkem 46 (38,0 %) respondentů (volbou možností „spíše spokojen/á“ a „zcela spokojen/á“). Se svým vzhledem bylo nespokojeno 43 (35,5 %) respondentů (volbou možností „spíše nespokojen/á“ a „zcela nespokojen/á“) a 32 (26,4 %) respondentů zvolilo neutrální odpověď („ani spokojen/á, ani nespokojen/á“). Mezi respondenty s obezitou bylo se svým vzhledem spokojeno celkem 25 (30,5 %) respondentů (volbou možností „spíše spokojen/á“ a „zcela spokojen/á“). Neutrální odpověď zvolilo 23 (28,0 %) respondentů („ani spokojen/á, ani nespokojen/á“). Nespokojeno se svým vzhledem bylo celkem 34 (41,4 %) respondentů s obezitou (volbou možností „spíše nespokojen/á“ a „zcela nespokojen/á“).

Tabulka 4 Spokojenost s celkovým zdravotním stavem

	Skupina dle BMI		Celkem
	Nadváha	Obezita	
Zcela nespokojen/á	0	2	2
Spíše nespokojen/á	12	21	33
Ani spokojen/á, ani nespokojen/á	25	17	42
Spíše spokojen/á	63	34	97
Zcela spokojen/á	21	8	29
Celkem	121	82	203

Zdroj: vlastní

Otázka č. 9 je součástí hypotézy o **intrapersonálních stresorech**.

Tabulka č. 4 se vztahuje k otázce č. 9, která zmapovala spokojenost se zdravotním stavem. Pro tuto otázku byla zvolena škála spokojenosti. Mezi respondenty s nadváhou bylo se svým zdravotním stavem spokojeno celkem 84 (69,5 %) respondentů (volbou

možností „spíše spokojen/á“ a „zcela spokojen/á“). Se svým zdravotním stavem bylo spíše nespokojeno 12 (9,9 %) respondentů a 25 (20,7 %) respondentů zvolilo neutrální odpověď („ani spokojen/á, ani nespokojen/á“). Mezi respondenty s obezitou bylo se svým zdravotním stavem spokojeno celkem 42 (51,3 %) respondentů (volbou možností „spíše spokojen/á“ a „zcela spokojen/á“). Neutrální odpověď zvolilo 17 (20,7 %) respondentů („ani spokojen/á, ani nespokojen/á“). Nespokojeno se svým zdravotním stavem bylo celkem 23 (28,0 %) respondentů s obezitou (volbou možností „spíše nespokojen/á“ a „zcela nespokojen/á“).

Tabulka 5 Spokojenost rodiny ke své osobě

	Skupina dle BMI		Celkem
	Nadváha	Obezita	
Zcela nespokojen/á	0	1	1
Spíše nespokojen/á	1	5	6
Ani spokojen/á, ani nespokojen/á	13	12	25
Spíše spokojen/á	47	31	78
Zcela spokojen/á	60	32	92
Celkem	121	82	203

Zdroj: vlastní

*Otázka č. 10 je součástí hypotézy o **interpersonálních stresorech**.*

Tabulka č. 5 se vztahuje k otázce č. 10, tato otázka zjišťovala spokojenost respondentů s postojem jejich rodiny k nim. Pro tuto otázku byla zvolena škála spokojenosti. Mezi respondenty s nadváhou bylo s postojem své rodiny k nim spokojeno celkem 107 (88,6 %) respondentů (volbou možností „spíše spokojen/á“ a „zcela spokojen/á“). S postojem své rodiny bylo spíše nespokojeno 1 (0,8 %) respondentů a 13 (10,7 %) respondentů zvolilo neutrální odpověď („ani spokojen/á, ani nespokojen/á“). Mezi respondenty s obezitou bylo s postojem vlastní rodiny vůči sobě spokojeno celkem 63 (76,8 %) respondentů (volbou možností „spíše spokojen/á“ a „zcela spokojen/á“). Neutrální odpověď zvolilo 17 (20,7 %) respondentů („ani spokojen/á, ani nespokojen/á“). Nespokojeno s postojem vlastní rodiny bylo celkem 6 (8,5 %) respondentů s obezitou (volbou možností „spíše nespokojen/á“ a „zcela nespokojen/á“).

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

	Skupina dle BMI		Celkem
	Nadváha	Obezita	
Zcela nespokojen/á	0	0	0
Spíše nespokojen/á	1	1	2
Ani spokojen/á, ani nespokojen/á	19	21	40
Spíše spokojen/á	50	31	81
Zcela spokojen/á	51	29	80
Celkem	121	82	203

Zdroj: vlastní

Otázka č. 11 je součástí hypotézy o **interpersonálních stresorech**.

Tabulka č. 6 se vztahuje k otázce č. 11, která mapovala spokojenost respondentů s postojem v zaměstnání a mezi v přáteli. Pro tuto otázku byla zvolena škála spokojenosti. Mezi respondenty s nadváhou bylo s postojem svých spolupracovníků a přátel k nim spokojeno celkem 101 (83,4 %) respondentů (volbou možností „spíše spokojen/á“ a „zcela spokojen/á“). S postojem spolupracovníků a přátel bylo spíše nespokojeno 1 (0,8 %) respondentů a 19 (15,7 %) respondentů zvolilo neutrální odpověď („ani spokojen/á, ani nespokojen/á“). Mezi respondenty s obezitou bylo s postojem svých kolegů a přátel spokojeno celkem 60 (73,2 %) respondentů (volbou možností „spíše spokojen/á“ a „zcela spokojen/á“). Neutrální odpověď zvolilo 21 (25,6 %) respondentů („ani spokojen/á, ani nespokojen/á“). Spíše nespokojeno s postojem kolegů a přátel byl 1 (0,8 %) respondent s obezitou.

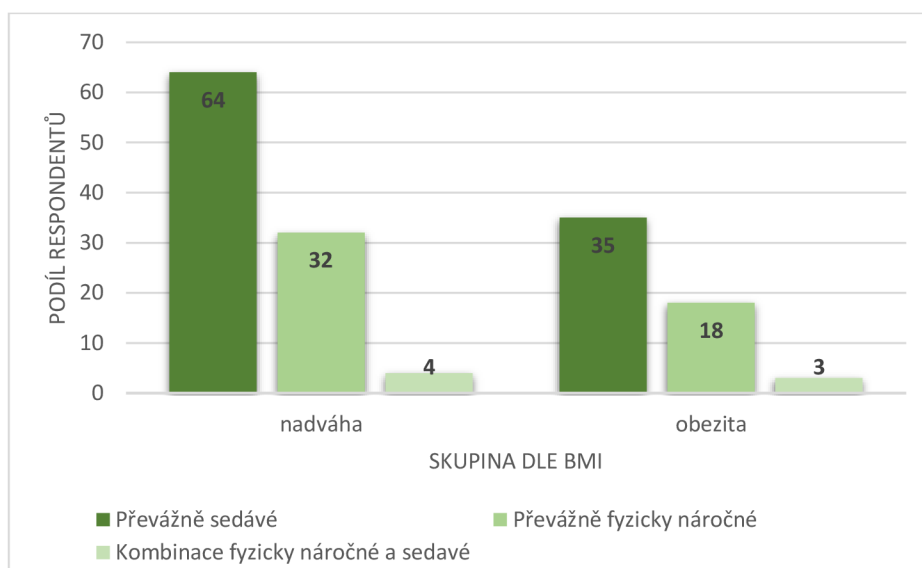
Tabulka 7 Povolání respondentů

	Skupina dle BMI		Celkem
	Nadváha	Obezita	
Důchodce invalidní	1	9	10
Důchodce starobní	8	5	13
Mateřská dovolená	0	5	5
Nezaměstnaný	2	1	3
OSVČ	11	9	20
Rodičovská dovolená	3	5	8
V zaměstnání na plný úvazek	65	33	98
V zaměstnání na zkrácený úvazek	11	7	18
Student	20	8	28
Celkem	121	82	203

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 7 se vztahuje k otázce č. 12. Otázka se dotazovala respondentů, jakému povolání se věnují. V souboru nadváha (121;100 %) odpověděl pouze 1 respondent (0,8 %) odpověď „invalidní důchodce“. Dále možnost „starobní důchodce“ zvolilo 8 (6,6 %). Variantu „mateřská dovolená“ nezvolil žádný z dotazovaných respondentů ze souboru nadváha. Dále 2 dotazovaní (1,7 %) odpověděli, že jsou nezaměstnaní. Možnost OSVČ vybralo 11 respondentů (9,1 %), na rodičovské dovolené byli 3 (2,5 %). Většina respondentů ze skupiny nadváha pracuje na plný úvazek, a to 65 (53,7 %). V zaměstnání na zkrácený úvazek bylo 11 odpovídajících (9,1 %). Poslední možností v seznamu odpovědi byla volba „jiné“. V oblasti jiné se objevila vždy odpověď „student“ v počtu 20 (16,5 %). V souboru obezita (82;100 %) odpovědělo 9 respondentů (11,0 %) „invalidní důchodce“, „starobní důchodce“ zvolilo 5 (6,1 %), na „mateřské dovolené“ bylo 5 tázaných (6,1 %), „nezaměstnaný“ označil 1 (1,2 %), „OSVČ“ odpovědělo 9 (11,0 %), na „rodičovské dovolené“ bylo 5 (6,1 %). V „zaměstnání na plný úvazek“ je většina respondentů, a to 33 (40,2 %) a v „zaměstnání na zkrácený úvazek“ bylo 7 (8,5 %). Poslední možností v seznamu odpovědi byla volba „jiné“. V oblasti jiná se objevila vždy odpověď „student“ v počtu 8 (9,8 %) z celkového počtu 82 dotazovaných.

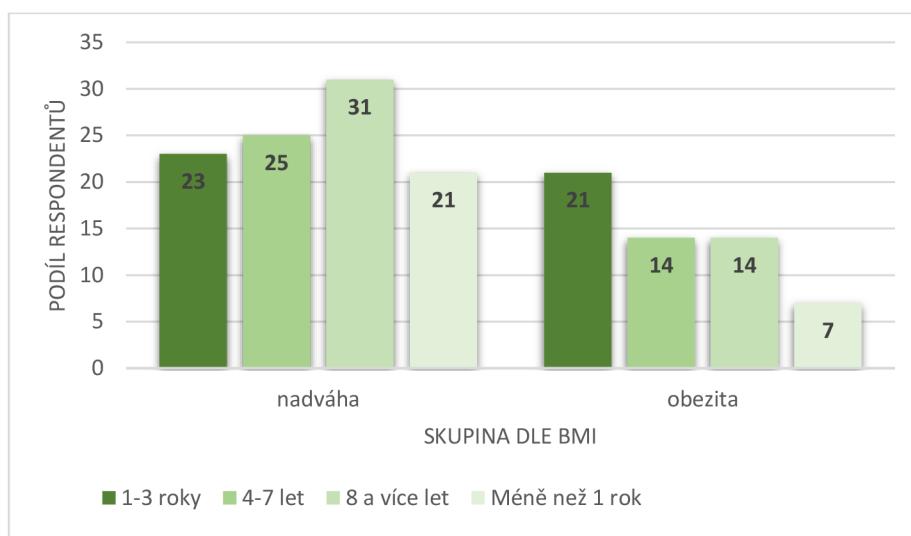
Graf 5 Charakteristika povolání z pohledu respondentů



Zdroj: vlastní

Graf č. 5 se vztahuje k otázce č. 13, která mapovala, jaký typ povolání u respondentů převažuje. V souboru nadváha (100; 100 %) má jednoznačně největší zastoupení odpověď „převážně sedavé“, kterou zvolilo 64 respondentů (64,0 %), „převážně fyzicky náročné“ odpovědělo 32 (32,0 %), třetí možnost odpovědi byla volba „jiné“. V oblasti „jiné“, 4 respondenti (4,0 %) odpovídali kombinaci „fyzicky náročného a sedavého“. Ve souboru obezita (56;100 %) má největší zastoupení odpověď „převážně sedavé“, kterou zvolilo 35 tázaných (62,5 %), „převážně fyzicky náročné“ odpovědělo 18 (32,1 %), třetí možnost odpovědi byla volba „jiné“. V oblasti „jiné“, 3 respondenti (5,4 %) odpověděli kombinaci „fyzicky náročného a sedavého“.

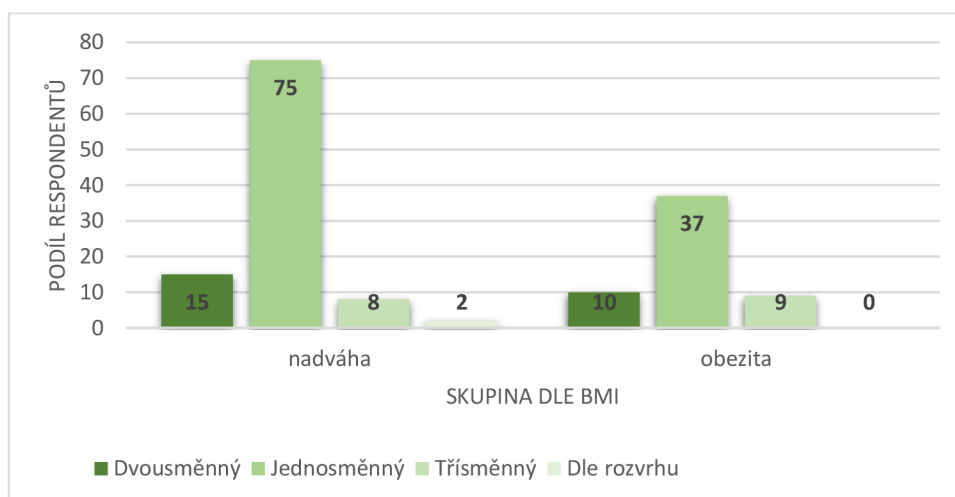
Graf 6 Doba stávající povolání



Zdroj: vlastní

Graf č. 6 se vztahuje k otázce č. 14. Během dotazníkového šetření jsme se dotazovali respondentů, jak dlouho pracují ve stávajícím zaměstnání. V souboru nadváha (100;100 %), zvolilo možnost „1–3 roky“ 23 dotazovaných (23,0 %), „4–7 let“ 25 (25,0 %), „8 a více let“ odpovědělo 31 (31,0 %) a poslední možnost „méně než 1 rok“ označilo 21 respondentů (21,0 %). Ve souboru obezita (56;100 %) zvolilo možnost „1–3 roky“ 21 odpovídajících (37,5 %), „4–7 let“ 14 (25,0 %), „8 a více let“ zvolilo také 14 (25,0 %) a poslední možnost „méně než 1 rok“ označilo 7 jedinců (12,5 %).

Graf 7 Rozvržení týdenní pracovní doby respondentů

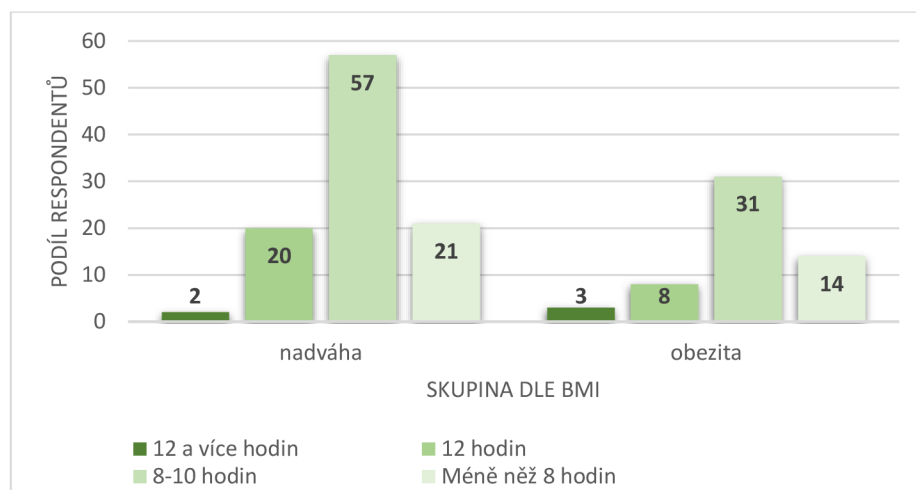


Zdroj: vlastní

Graf č. 7 se vztahuje k otázce č. 15. Respondentů, kteří se věnují nějakému zaměstnání jsme se dotazovali, jaké mají rozvržení týdenní pracovní doby. Ve souboru nadváha (100;100 %) zvolilo odpověď „dvousměnný“ 15 tázaných (15,0 %), „jednosměnný“ 75

(75,0 %) a „třisměnný“ 8 respondentů (8,0 %). Poslední možností bylo zvolit „jiné“. Odpověď pro „jiné“ bylo „dle rozvrhu“, což odpověděli pouze 2 respondenti (2,0 %). Ze souboru obezita (56;100 %), označilo odpověď „dvousměnný“ 10 odpovídajících (17,9 %), „jednosměnný“ 37 (66,1 %) a „třisměnný“ 9 respondentů (16,1 %). Obézní respondenti nevyužili možnost „jiné“.

Graf 8 Počet hodin odpracovaných denně



Zdroj: vlastní

Graf č. 8 se vztahuje k otázce č. 16. Otázka zmapovala, kolik hodin tráví tázání obvykle v práci. Ze souboru respondentů s nadváhou (100;100 %) tráví „12 a více hodin“ v práci 2 tázání (2,0 %), „12 hodin“ v práci tráví 20 jedinců (20,0 %), možnost „8–10“ má největší zastoupení, a to 57 (57,0 %) a „méně než 8 hodin“ zvolilo 21 (21,0 %) z celkového počtu dotazovaných. V souboru obezita (56;100 %) tráví „12 a více hodin“ v práci 3 jedinci (5,4 %), „12 hodin“ 8 (14,3 %) a stejně jako v souboru nadváha, jsou respondenti nejčastěji v práci „8–10 hodin“. Tuto možnost zvolilo 31 respondentů (55,4 %) z 56. Možnost „méně než 8 hodin“ zvolilo 14 tázaných (25 %).

Tabulka 8 Spokojenost se zaměstnáním

	Skupina dle BMI		Celkem
	Nadváha	Obezita	
Zcela nespokojen/á	1	0	1
Spíše nespokojen/á	1	1	2
Ani spokojen/á, ani nespokojen/á	14	7	21
Spíše spokojen/á	56	29	85
Zcela spokojen/á	28	19	47
Celkem	100	56	156

Zdroj: vlastní

Otázka č. 17 je součástí hypotézy o **intrapersonálních stresorech**.

Tabulka č. 8 se vztahuje k otázce č. 17, otázka zjišťovala, jak jsou respondenti spokojení se svým zaměstnáním. Pro tuto otázku byla zvolena škála spokojenosti. Mezi respondenty s nadváhou bylo se svým zaměstnáním spokojeno celkem 84 (84,0 %) respondentů (volbou možností „spíše spokojen/á“ a „zcela spokojen/á“). Nespokojeni se svým zaměstnáním byli 2 (1,6 %) respondenti (volbou možností „spíše nespokojen/á“ a „zcela nespokojen/á“) a 14 (14,0 %) respondentů zvolilo neutrální odpověď („ani spokojen/á, ani nespokojen/á“). Mezi respondenty s obezitou bylo ve svém zaměstnání spokojeno celkem 38 (85,8 %) respondentů (volbou možností „spíše spokojen/á“ a „zcela spokojen/á“). Neutrální odpověď zvolilo 7 (12,5 %) respondentů („ani spokojen/á, ani nespokojen/á“). Spíše nespokojeno s postojem kolegů a přátel byl 1 (1,8 %) respondent s obezitou.

Tabulka 9 Omezení, která ztěžují respondentům práci

	Skupina dle BMI		Celkem
	Nadváha	Obezita	
Ano, bolest kloubů	12	2	14
Ano, bolest zad	11	5	16
Ano, protože nemám čas na pitný režim	0	1	1
Ano, váha	2	3	5
Ne	75	45	120
Celkem	100	56	156

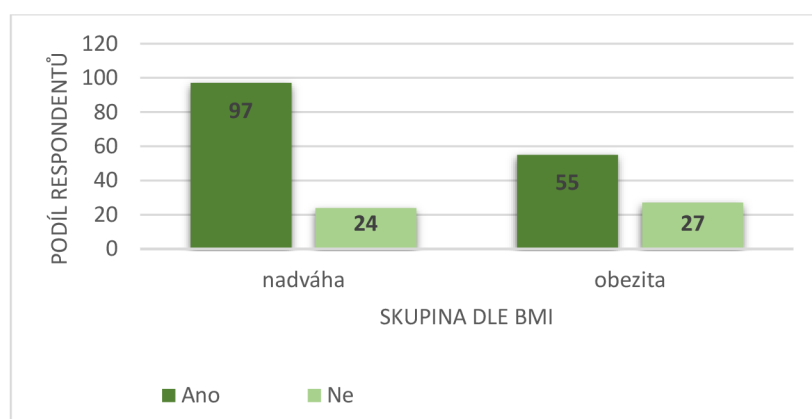
Zdroj: vlastní

Otázka č. 18 je součástí hypotézy o **extrapersonálních stresorech**.

Tabulka č. 9 se vztahuje k otázce č. 18. Otázka č. 18 zmapovala problémy, které se objevují u respondentů během pracovní činnosti. Nejčastěji respondenti v souboru nadváha (100;100 %) uvádí „bolest kloubů“, což uvedlo 12 jedinců (12,0 %).

Odpověď „bolest zad“ vybralo 11 dotazovaných (11,0 %) a možnost „váha“ 2 respondenti (2,0 %). Většina jedinců spadající do souboru nadváha zvolilo, že omezení v práci nepocítují, a to 75 odpovídajících (75,0 %) ze 100. Soubor obézních respondentů (56;100 %) uváděl omezení při práci, což uvedlo 11 jedinců (19,6 %). Jako konkrétní problémy uvádějí „bolest kloubů“ 2 (3,6 %) a 5 respondentů (8,9 %) zvolilo „bolest zad“. Dále se objevila odpověď, která poukazuje na „nedostatek času na pitný režim“ 1 (1,8 %) a v poslední řadě 3 odpovídající (5,4 %) cítí omezení zapříčiněné jejich vahou. Celkem 45 (80,4 %) respondentů s obezitou nepocítuje žádná omezení.

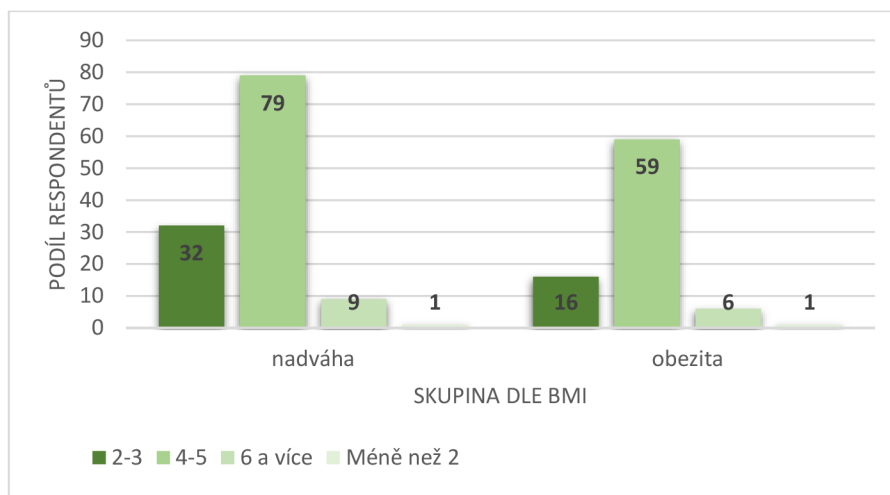
Graf 9 Zájem o fyzickou aktivitu



Zdroj: vlastní

Graf č. 9 se vztahuje k otázce č. 20. V otázce jsme se dotazovali respondentů, zda se věnují nějaké fyzické aktivitě. Z respondentů v souboru nadváha (121;100 %) 97 jedinců (80,2 %) praktikuje nějakou fyzickou aktivitu a 24 (19,8 %) uvedlo, že se žádné aktivitě nevěnuje. V souboru obézních respondentů (82;100 %) odpovědělo „ano“ 55 dotazovaných (67,1 %) a odpověď „ne“ zvolilo 27 respondentů (32,9 %).

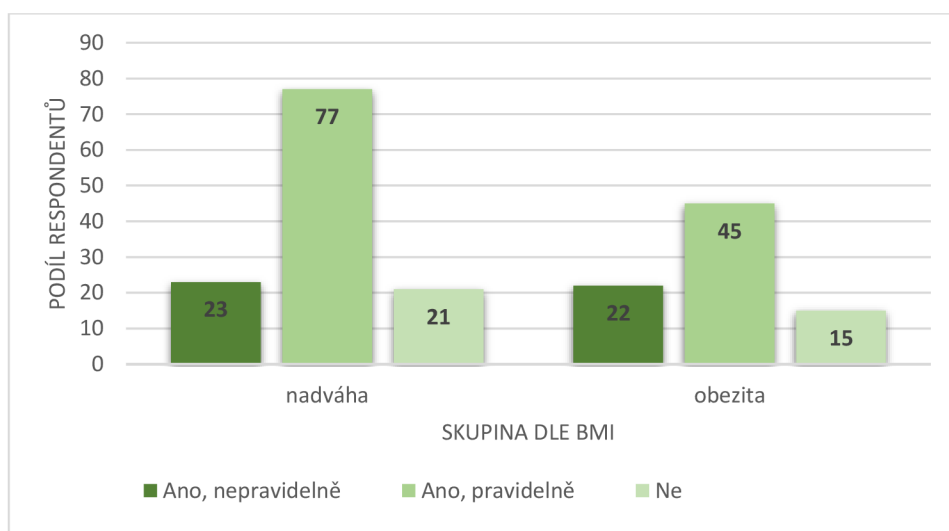
Graf 10 Počet pokrmů během dne



Zdroj: vlastní

Graf č. 10 se vztahuje k otázce č. 22. Pomocí otázky jsme zmapovali, kolik pokrmů během dne respondenti konzumují. V souboru nadváha (121;100 %), zvolilo 32 respondentů (26,4 %) odpověď „2–3 pokrmy“. Možnost „4–5 pokrmů“ vybralo 79 jedinců (65,3 %) a „6 a více“ 9 odpovídajících (7,4 %). Variantu „méně než 2 pokrmy“ zvolil pouze 1 (0,8 %). V souboru obezita volili jedinci odpovědi následovně: „2–3“ 16 tázaných (19,5 %), „4–5“ pokrmů 59 respondentů (72,0 %), „6 a více“ 6 (7,3 %) a „méně než 2“ pokrmy 1 (1,2 %) z 82 jedinců.

Graf 11 Snídaně

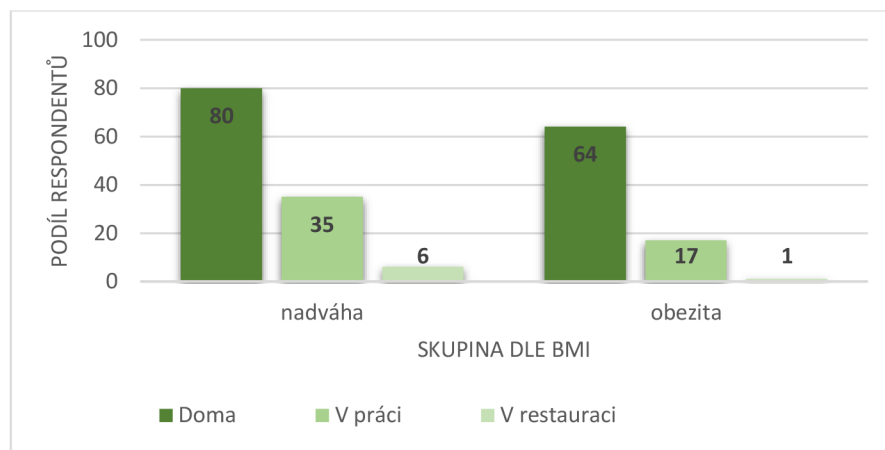


Zdroj: vlastní

Graf č. 11 se vztahuje k otázce č. 23, kterou jsme zjišťovali, zda respondenti pravidelně snídají. Z respondentů spadajících do souboru nadváha (121;100 %) označilo odpověď „ano, nepravidelně“ 23 dotazovaných (19,0 %). Nejvíce jedinců souboru nadváha zvolilo

„ano, pravidelně“, a to konkrétně 77 respondentů (63,6 %). 21 odpovídajících (17,4 %) nesnídá. 22 jedinců (26,8 %) v souboru obezita (82;100 %) zvolilo odpověď „ano, nepravidelně“ a možnost „ano, pravidelně“ vybralo 45 (54,9 %). Celkem 15 respondentů (18,3 %) s obezitou nesnídá.

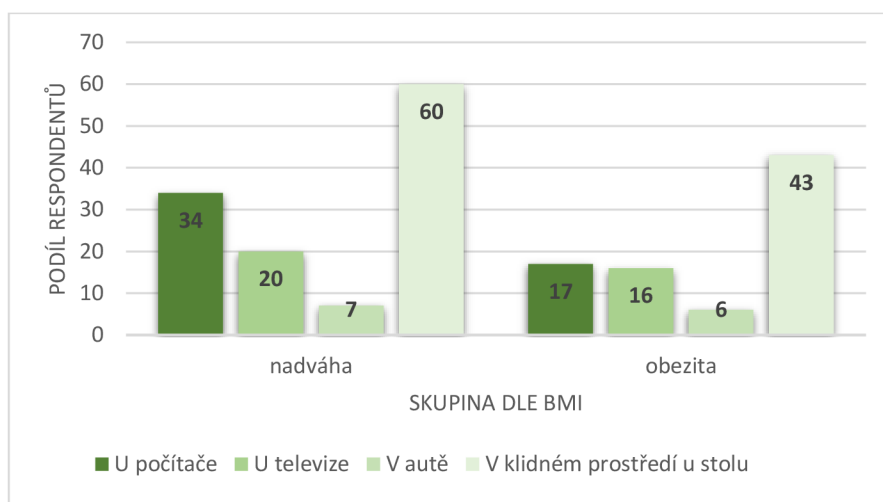
Graf 12 Místo stravování



Zdroj: vlastní

Graf č. 12 se vztahuje k otázce č. 24. V rámci této otázky jsme zjišťovali, kde se nejčastěji respondenti stravují. Většina respondentů ze souboru nadváha (121;100 %) se nejčastěji stravuje „doma“. Tuto odpověď zvolilo 80 dotazovaných (66,1 %). Možnost „v práci“ vybralo 35 (28,9 %) a „v restauraci“ 6 jedinců (5,0 %) z tohoto souboru. 64 jedinců (78,0 %) v souboru obezita (82;100 %) zvolilo odpověď „doma“, Variantu „v práci“ vybralo 17 respondentů (20,7 %) a „v restauraci“ 1 (1,2 %).

Graf 13 Způsob stravování



Zdroj: vlastní

Graf č. 13 se vztahuje k otázce č. 25. Otázka nám mapovala, jak se nejčastěji respondenti stravují, popřípadě při jaké aktivitě. Jedinci v souboru nadváha (121;100 %) zvolili možnost „u počítače“ 34 (28,1 %), variantu „u televize“ vybralo 20 (16,5 %), „v autě“ 7 (5,8 %) a „v klidném prostředí u stolu“ odpovědělo 60 tázaných (49,6 %). Respondenti v souboru obezita označili odpověď „u počítače“ 17 (20,7 %), „u televize“ 16 (19,5 %), „v autě“ 6 (7,3 %) a „v klidném prostředí u stolu“ 43 osob (52,4 %) z celkových 82.

Tabulka 10 Nejčastější hodina usínání

	Skupina dle BMI		Celkem
	Nadváha	Obezita	
do 22:00	69	61	130
22:01–23:00	29	15	44
23:01–24:00	20	4	24
24:00 a více	3	2	5
Celkem	121	82	203

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 10 se vztahuje k otázce č. 26. V této otázce jsme nechali respondenty, aby sami napsali v kolik chodí přibližně spát. Následně jsme odpovědi rozdělili do kategorií v tabulce. Nejvíce jedinců ze souboru nadváha (121;100 %) chodí spát „do 22:00“, a to konkrétně 69 (57,0 %). 29 respondentů (24,0 %) chodí spát „22:01–23:00“, odpověď „23:01–24:00“ označilo 20 jedinců (16,5 %) a poslední možnost „24:00 a více“ vybrali 3 respondenti (2,5 %) z tohoto souboru. Většina ze souboru obézních respondentů (82;100 %) chodí spát nejčastěji „do 22:00“, a to 61 (74,4 %). 15 respondentů (32,7 %) z tohoto souboru chodí spát mezi „22:01–23:00“ a odpověď „23:01–24:00“ označili 4 jedinci (4,9 %). 2 respondenti (2,4 %) vybrali možnost „24:00 a více“.

Tabulka 11 Počet hodin spánku

	Skupina dle BMI		Celkem
	nadváha	obezita	
méně než 5	6	5	11
5,1–6 hodin	29	27	56
6,1–7 hodin	43	24	67
7,1–8 hodin	24	24	48
více než 8 hodin	19	2	21
Celkem	121	82	203

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 11 se vztahuje k otázce č. 27, otázka mapovala, kolik hodin respondenti spí. V otázce č. 27 jsme nechali volnou možnost odpovědi, následně jsme odpovědi rozdělili do kategorií v tabulce. Jedinci v souboru nadváha (121;100 %) označili „méně než 5“, a to 6 (5,0 %). „5–6 hodin“ zvolilo 29 respondentů (24,0 %), „6,1– 7 hodin“ 43 respondentů (35,5 %) a „7,1–8 hodin“ označilo 24 respondentů (19,8 %). Odpověď „více než 8 hodin“ zvolilo 19 dotazovaných (15,7 %). V souboru obezita (82;100 %) označilo odpověď „méně než 5“ konkrétně 5 respondentů (6,1 %) a možnost „5–6 hodin“ vybralo 27 odpovídajících (32,9 %). Možnost „6,1–7 hodin“ a „7,1–8 hodin“ zvolil stejný počet respondentů, a to konkrétně 24 (29,3 %). Odpověď „více než 8 hodin“ nezvolil žádný z respondentů v souboru obezita.

Tabulka 12 Čas posledního jídla

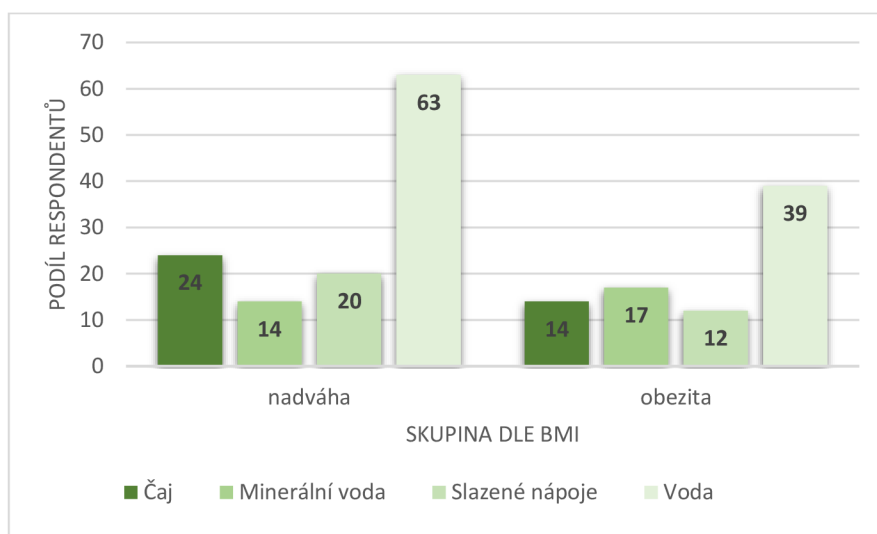
	Skupina dle BMI		Celkem
	Nadváha	Obezita	
Mezi osmou a desátou	8	2	10
Mezi sedmou a osmou hodinou večerní	79	55	134
Poslední jídlo konzumují po desáté hodině večerní	11	5	15
V šest hodin večer	23	20	43
Celkem	121	82	203

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 12 se vztahuje k otázce č. 28, otázka zjišťovala v kolik respondentů konzumují poslední jídlo. V této otázce jsme měli pro respondenty tři stanovené odpovědi a čtvrtou možností byla volba „jiné“. V souboru nadváha (121;100 %) 79 respondentů (65,3 %) uvedlo, že konzumují poslední jídlo „mezi sedmou a osmou hodinou večerní“. Variantu „Poslední jídlo konzumují po desáté hodině večerní“ zvolilo 11 odpovídajících (9,1 %), a „v šest hodin večer“ 23 odpovídajících (19,0 %). Jedinci spadající do souboru nadváha také volili možnost „jiné“, kam uvedli „mezi osmou a desátou hodinou“, což zapsalo 8

jedinců (6,6 %). U souboru obézních respondentů (82;100 %), stejně jako v předchozí skupině vyšlo, že nejčastěji konzumují poslední jídlo „mezi sedmou a osmou hodinou večerní“. Tuto možnost totiž zvolilo 55 (67,1 %) z 82 respondentů v tomto souboru. Poslední jídlo konzumují „po desáté hodině večerní“ uvedlo 5 (6,1 %) a „v šest hodin večer“ 24,4 (18 %) respondentů. Obézní respondenti možnost „jiné“ popsali stejně jako v souboru nadváha. Uvedli, že poslední jídlo konzumují také „mezi osmou a desátou“, a to konkrétně 2 jedinci (2,4 %).

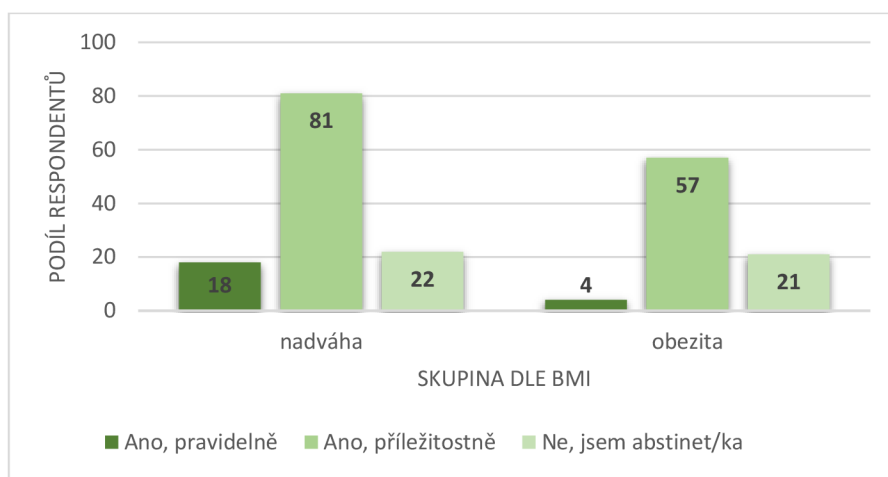
Graf 14 Preferované tekutiny



Zdroj: vlastní

Graf č. 14 se vztahuje k otázce č. 29. Otázkou jsme mapovali, jaké tekutiny respondenti preferují. Ze souboru nadváha (121;100 %) odpovědělo „čaj“ 24 respondentů (19,8 %), „minerální voda“ 14 (11,6 %), „slazené nápoje“ 20 (16,5 %) a poslední možnost „voda“ 63 jedinců (52,1 %). V souboru obezita (82;100 %), 14 respondentů (17,1 %) odpovědělo „čaj“, „minerální voda“ zvolilo 17 respondentů (20,7 %), „slazené nápoje“ 12 (14,6 %) a „vodu“ pije 39 respondentů (47,6 %) z celkového množství 82 jedinců v tomto souboru.

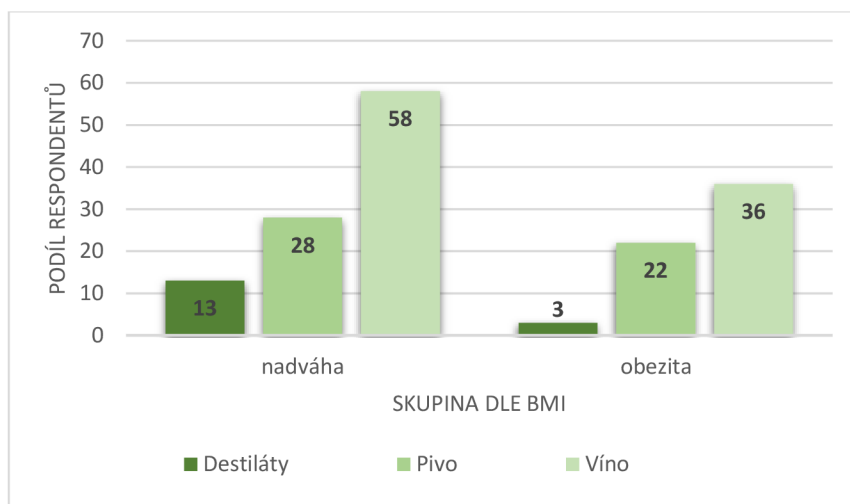
Graf 15 Pítí alkoholu



Zdroj: vlastní

Graf č. 15 se vztahuje k otázce č. 30. Za pomoci otázky jsme zjistili, kolik respondentů pije alkohol pravidelně, kolik příležitostně a kolik z nich abstinguje. Odpověď „ano, pravidelně“ vybralo 18 respondentů (14,9 %) ze souboru nadváha (121;100 %). 81 jedinců (66,9 %) ze souboru nadváha pije alkohol příležitostně, alkohol nepije 22 dotazovaných (18,2 %). V soubor obézních jedinců (82;100 %) zvolili odpověď „ano, pravidelně“ 4 respondenti (4,9 %), „ano, příležitostně“ 57 (69,5 %) a 21 jedinců (25,6 %) z tohoto souboru alkohol nepožívá.

Graf 16 Preferovaný alkohol



Zdroj: vlastní

Graf č. 16 se vztahuje k otázce č. 31. Ve grafu máme rozdělení na dva základní soubory, a to nadváha a obezita. Na tuto otázku odpovídají respondenti, kteří v předchozí odpověděli, že pijí alkohol pravidelně či příležitostně. V souboru nadváha (99;100 %) vybralo odpověď „destiláty“ 13 respondentů (13,1 %), „pivo“ zvolilo 28 (28,3 %)

a „víno“ 58 tázaných (58,6 %). V souboru obézních respondentů (61;100 %) označili „destiláty“ 3 jedinci (4,9 %), „pivo“ 22 (36,1 %) a „víno“ 36 (59,0 %) z celkem 61 tázaných v tomto souboru.

Tabulka 13 Konzumace zeleniny

	Skupina dle BMI		Celkem
	Nadváha	Obezita	
2–3 týdně	32	29	61
4–5 týdně	13	8	21
6–7 týdně	17	5	22
Jednou denně	38	24	62
Při každém jídle	20	11	31
Zeleninu nekonzumují	1	5	5
Celkem	121	82	203

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 13 se vztahuje k otázce č. 32. Otázka nám zmapovala jak respondenti souboru nadváha a obezita konzumují zeleninu. Jedinci souboru nadváha (121;100 %) odpověděli, že konzumují zeleninu „2–3 týdně“, a to 32 respondentů (26,4 %). Odpověď „4–5 týdně“ zvolilo 13 jedinců (10,7 %), „6–7 týdně“ zvolilo 17 jedinců (14,0 %) a „jednou denně“ 38 (31,4 %). Variantu „při každém jídle“ vybralo 20 respondentů (16,5 %) a „zeleninu nekonzumují“ 1 (0,8 %). Respondenti souboru obezita (82;100 %) odpověděli, že jí zeleninu „2–3 týdně“ 29 (35,4 %), „4–5 týdně“ 8 (9,8 %), „6–7 týdně“ 5 (6,1 %). Celkem 24 respondentů (29,3 %) odpovědělo „jednou denně“ a 11 respondentů (13,6 %) „při každém jídle“. „Zeleninu nekonzumují“ uvedlo 5 (6,1 %) z 82 respondentů.

Tabulka 14 Preferovaná úprava zeleniny

	Skupina dle BMI		Celkem
	Nadváha	Obezita	
Dušená	14	10	24
Grilovaná	18	12	30
Smažená	1	4	5
Syrová	83	51	134
Libovolný z výše uvedeného, nemám preferenci.	4	0	4
Celkem	120	77	197

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 14 se vztahuje k otázce č. 33, otázka nám mapovala, jakou úpravu zeleniny nejvíce respondenti preferují. Respondenti souboru nadváha (120;100 %) označili „dušená“ 14 (11,7 %), „grilovaná“ 18 (15,0 %), „smažená“ 1 (0,8 %). Nejvíce preferují

zeleninu syrovou, a to 83 respondentů (69,2 %). Poslední možnost byla volba „jiné“, 4 (3,3 %) z celkového počtu 120 uvedlo, že nemají preferenci a volí všechny možnosti. Ze souboru respondentů s obezitou (77;100 %) vybrali „dušená“ 10 (13,0 %), „grilovaná“ 12 (15,6 %), „smažená“ 4 (5,2 %). Nejvíce volili možnost syrová. Tu zvolilo 51 respondentů (66,2 %). Obézní jedinci možnost „jiné“ nevyužili.

Tabulka 15 Konzumace ovoce

	Skupina dle BMI		Celkem
	Nadváha	Obezita	
2–3 týdně	32	22	54
4–5 týdně	16	17	33
6–7 týdně	5	3	8
Jednou denně	56	33	89
Při každém jídle	0	2	2
Ovoce nekonzumují	12	5	17
Celkem	121	82	203

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 15 se vztahuje k otázce č. 34. Otázka nám zjišťovala, jak často respondenti s nadváhou a obezitou konzumují ovoce. Jedinci ze souboru nadváha (121;100 %) konzumují ovoce „2–3 týdně“ 32 (26,4 %), „4–5 týdně“ 16 (13,2 %), „6–7 týdně“ zvolilo 5 jedinců (4,1 %). 56 respondentů (46,3 %) zvolilo možnost „jednou denně“, „při každém jídle“ nezvolil žádný respondent z tohoto souboru a odpověď „ovoce nekonzumují“ vybralo 12 jedinců (9,9 %). Respondenti souboru obezita (82;100 %) vybrali „2–3 týdně“ 22 (26,8 %), „4–5 týdně“ 17 (20,7 %), „6–7 týdně“ zvolili 3 (3,7 %). Odpověď „jednou denně“ volilo 33 respondentů (40,2 %), „při každém jídle“ 2 (2,4 %) a „ovoce nekonzumují“ 5 (6,1 %).

Tabulka 16 Preferovaná úprava ovoce

	Skupina dle BMI		Celkem
	nadváha	obezita	
Syrové	109	77	186
Celkem	109	77	186

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 16 se vztahuje k otázce č. 35. V otázce měli respondenti možnost zvolit volbu „syrové“ anebo „jiné“. Oba soubory zvolili pouze možnost „syrové“. Jedinců v souboru nadváha (109;100 %), kteří odpověděli „syrové“ je 109 (100 %). Taktéž

všichni respondenti ze souboru obezita (77;100 %) označili odpověď „syrové“ 77 (100 %). Nikdo z respondentů nevyužil možnost „jiné“.

Tabulka 17 Kouření

	Skupina dle BMI		Celkem
	Nadváha	Obezita	
Ano, 1–5	6	3	9
Ano, 6–10	4	6	10
Ano, 11–20	7	3	10
Ano, 21 a více	3	1	4
Ano, pouze příležitostně	1	2	3
Ne	100	67	167
Celkem	121	82	203

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 17 se vztahuje k otázce č. 36. Otázka č. 36 nám zmapovala, zda jedinci s nadváhou a obezitou kouří. Ve souboru nadváha (121;100 %) můžeme vidět, že 6 respondentů (5,0 %) kouří dvě 1–5 cigaret denně, 4 (3,3 %) kouří 6–10 cigaret denně, 7 (5,8 %) kouří 11–20 cigaret denně. Denně vykouří 21 a více cigaret 3 respondenti (2,5 %) a „ano, pouze příležitostně“ uvedl 1 respondent (0,8 %). Jedinci s nadváhou dále uvedli, že 100 (82,6 %) nekouří. Soubor obézních pacientů (82;100 %) uvedl, že 3 (3,7 %) kouří 1–5 cigaret denně, 6 (7,3 %) kouří 6–10 cigaret, dále 3 (3,7 %) kouří 11–20 cigaret, 1 (1,2 %) kouří 21 a více cigaret. „Ano, pouze příležitostně“ uvedli 2 (2,4 %) respondenti. Většina obézních jedinců označila, že nekouří, a to 67 (81,7 %).

Tabulka 18 Vážení

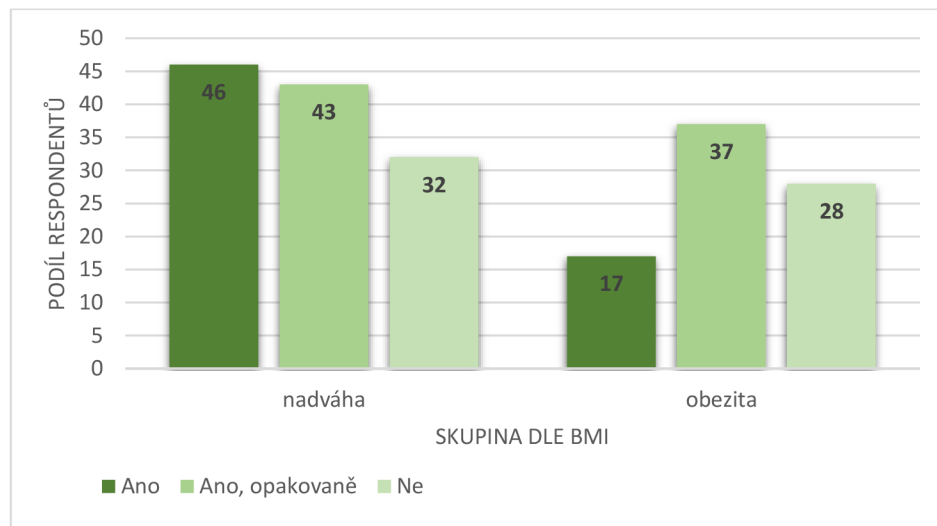
	Skupina dle BMI		Celkem
	Nadváha	Obezita	
Ano, nepravidelně	55	33	88
Ano, pravidelně	45	26	71
Ne	15	14	29
Ne, Myslím, že to není potřeba	2	2	4
Ne, nemám váhu	1	5	6
Ne, mám strach se na váhu podívat	3	2	5
Celkem	121	82	203

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 18 se vztahuje k otázce č. 37, otázkou jsme mapovali, zda se respondenti váží a když ne, proč. Ve souboru nadváha (121;100 %), nejčastěji respondenti volili odpověď „ano, nepravidelně“ 55 (45,5 %). Možnost „ano, pravidelně“ vybralo 45 (37,2 %), odpověď „ne“ zvolilo 15 (12,4 %). Dále respondenti s nadváhou uvedli odpověď „ne,

myslím si, že to není potřeba“ 2 (1,7 %) a „ne, nemám váhu“ 1 (0,8 %). 3 respondenti (2,5 %) také uvedli „Ne, mám strach se na váhu podívat“. Jedinci ze souboru obezita (82;100 %) odpověděli „ano, nepravidelně“ 33 (40,2 %), „ano, pravidelně“ 26 (31,7 %), „ne“ 14 (17,1 %). Respondenti, kteří zvolili „ne, myslím si, že to není potřeba“ jsou 2 (2,4 %), dále „ne, nemám váhu“ 5 (6,1 %) a v poslední řadě uvedli stejně jako respondenti s nadváhou, že mají strach z pravidelných kontrol své váhy, a to 2 (2,4 %).

Graf 17 Snaha o redukci (snížení) hmotnosti



Zdroj: vlastní

Otázka č. 38 je součástí hypotézy o **intrapersonálních stresorech**.

Graf č. 17 se vztahuje k otázce č. 38. V otázce jsme se dotazovali respondentů s nadváhou či obezitou snaží-li se snížit svou hmotnost. V souboru nadváha (121;100 %) zvolilo odpověď „ano“ v počtu 46 tázaných (38,0 %), „ano, opakovaně“ se snaží 43 (35,5 %), odpověď „ne“ uvedlo 32 respondentů (26,4 %). 17 respondentů (20,7 %) ze souboru obezita (82;100 %) uvedlo „ano“, odpověď „ano, opakovaně“ uvedlo 37 dotazovaných (45,1 %). Svou váhu nechce snížit 28 respondentů (34,1 %) z celkových 82.

Tabulka 19 Hodnocení redukce hmotnosti

	Skupina dle BMI		Celkem
	Nadváha	Obezita	
Zcela neúspěšnou	0	7	7
Spíše neúspěšnou	28	24	52
Nemůžu hodnotit	12	2	14
Spíše úspěšnou	33	19	52
Zcela úspěšnou	16	2	18
Celkem	89	54	143

Zdroj: vlastní

Otázka č. 39 je součástí hypotézy o **intrapersonálních stresorech**.

Tabulka č. 19 se vztahuje k otázce č. 39. K této otázce jsme použili odpovědi ve formě škály úspěšnosti. Mezi respondenty s nadváhou byla jejich redukce hmotnosti úspěšná celkem ze 49 (55,0 %) respondentů (volbou možností „spíše úspěšná“ a „zcela úspěšná“). Spíše neúspěšná redukce hmotnosti byla u 28 (31,5 %) respondentů s nadváhou a 12 (13,5 %) respondentů zvolilo neutrální odpověď („nemůžu hodnotit“). Mezi respondenty s obezitou vnímá svou redukci hmotnosti za úspěšnou 21 (38,9 %) respondentů (volbou možností „spíše úspěšná“ a „zcela úspěšná“). Neutrální odpověď zvolili 2 (3,7 %) respondenti („nemůžu hodnotit“). Neúspěšnou redukci hmotnosti vnímá 31 (57,4 %) respondentů (volbou možností „spíše neúspěšná“ a „zcela neúspěšná“).

Tabulka 20 Důsledky úspěšné redukce hmotnosti

	Skupina dle BMI		Celkem
	Nadváha	Obezita	
Požadovaného snížení hmotnosti	16	9	25
Zlepšení fyzické kondice	14	8	22
Zlepšení psychického stavu	15	3	18
Zmírnění bolesti	0	0	0
Zlepšení zdravotního stavu	4	1	5
Celkem	49	21	70

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 20 se vztahuje k otázce č. 40. Otázka směřovala na respondenty, kteří v předchozí otázce odpověděli „zcela úspěšnou“ a „spíše úspěšnou“. Z jedinců v souboru nadváha (49;100 %) označilo odpověď „požadované snížení hmotnosti“ 16 (32,7 %), „zlepšení fyzické kondice“ 14 (28,6 %), „zlepšení psychického stavu“ 15 respondentů (30,6 %). Odpověď „zmírnění bolesti“ nezvolil žádný respondent a „zlepšení zdravotního stavu“ pocítili 4 (8,2 %). V souboru obézních jedinců (21;100 %), označilo „požadované snížení hmotnosti“ 9 respondentů (42,9 %), „zlepšení fyzické kondice“ 8

(38,1 %), „zlepšení psychického stavu“ 3 (14,3 %), v poslední řadě „zlepšení zdravotního stavu“ označil pouze 1 (4,8 %) respondent. Obě skupiny nevyužily možnost otevřené odpovědi „jiné“.

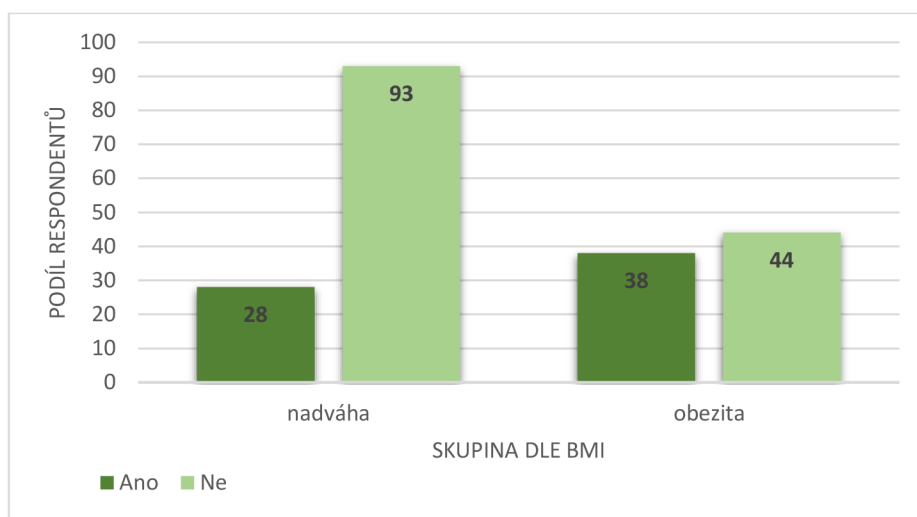
Tabulka 21 Důsledky neúspěšné redukce hmotnosti

	Skupina dle BMI		Celkem
	Nadváha	Obezita	
Lenost	0	1	1
Objevení/zhoršení bolestí	6	9	15
Příliš se nedaří	4	3	7
Zhoršení fyzické kondice	9	8	17
Zhoršení psychického stavu	4	5	9
Zhoršení zdravotního stavu	5	5	10
Celkem	28	31	59

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 21 se vztahuje k otázce č. 41. Otázka č. 41 patřila respondentům, kteří zvolili v otázce č. 39 odpověď „zcela neúspěšnou“ a „spíše neúspěšnou“ redukci hmotnosti. Odpověď „objevení/zhoršení bolestí“ zvolilo souboru nadváha (28;100 %) celkem 6 respondentů (21,4 %), „zhoršení fyzické kondice“ 9 (32,1 %), „zhoršení psychického stavu“ 4 (14,3 %), „zhoršení zdravotního stavu“ 5 (17,9 %), součástí této otázky byla možnost „jiné“. Jedinci s nadváhou uvedli do kolonky „jiné“ „příliš se nedaří“ 4 (14,3 %). V souboru obezita (31;100 %) odpověď „objevení/ zhoršení bolestí“ zvolilo 9 jedinců (29,0 %), „zhoršení fyzické kondice“ 8 (25,8 %), „zhoršení psychického stavu“ 5 (16,1 %), „zhoršení zdravotního stavu“ 5 (16,1 %), součástí této otázky byla možnost „jiné“. Respondenti s obezitou uvedli do možnosti „jiné“ odpověď „lenost“ 1 (3,2 %) a také uvedli, že se jim nedaří podle plánu hubnout, a to 3 (9,7 %).

Graf 18 Závažná situace v posledních měsících



Zdroj: vlastní

Otázka č. 42 je součástí hypotézy o **extrapersonálních stresorech**.

Graf č. 18 se vztahuje k otázce č. 42. Otázkou jsme se dotazovali respondentů, zda prožili nějakou závažnou situaci v poslední době. Respondenti v souboru nadváha (121;100 %) uvedli, že 28 z nich (23,1 %) prožilo nějakou závažnou situaci v blízké minulosti, 93 (76,9 %) označilo odpověď „ne“. U souboru obézních respondentů (82;100 %) byly odpovědi téměř vyrovnané. „Ano“ označilo 38 respondentů (46,3 %) a „ne“ uvedlo 44 (53,7 %) z 82 respondentů spadajících do tohoto souboru.

Tabulka 22 Konkrétní závažná situace

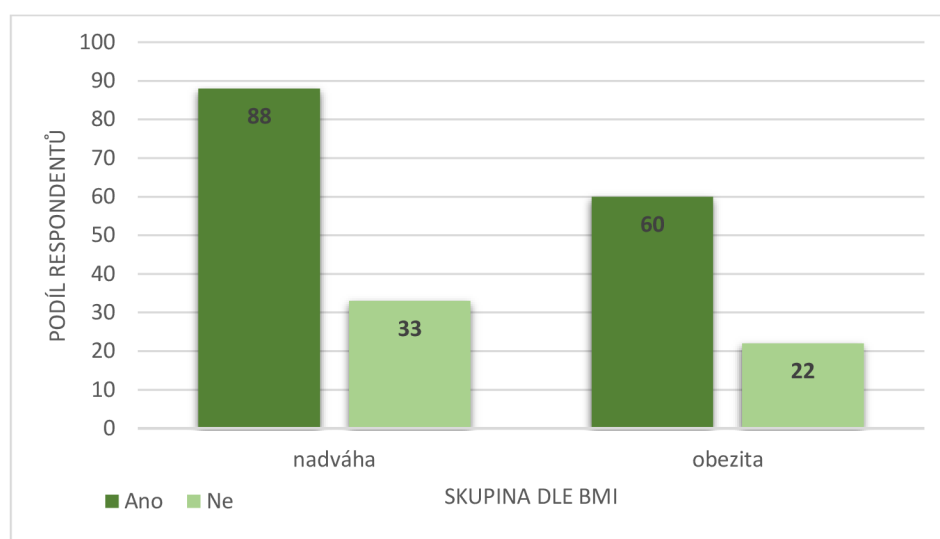
	Skupina dle BMI		Celkem
	Nadváha	Obezita	
Covid situace	5	1	6
Ztráta zaměstnání	4	2	6
Neshody s rodinou	1	9	10
Onemocnění rodičů	2	2	4
Potrat	0	1	1
Rozvod	4	2	6
Úmrtí v rodině	12	21	33
Celkem	28	38	66

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 22 se vztahuje k otázce č. 43. Otázka je podotázkou č. 42, kdy respondenti, kteří odpověděli, že je zasáhla nějaká situace, uvádí jaká. U jedinců ze souboru nadváha (28;100 %) převažuje odpověď „úmrtí v rodině“, kterou zvolilo 12 (42,6 %) z tázaných, „rozvod“ uvedli 4 (14,3 %), „ztráta zaměstnání“ 4 (14,3 %), „potrat“ nevolil žádný respondent s nadváhou a „neshody s rodinou“ označil 1 (3,6 %). Dále respondenti využili

možnost „jiné“ a uvedli „současná covid situace“ 5 (17,9 %). V poslední řadě uvedli „onemocnění rodičů“, a to 2 odpovídající (7,1 %). Celkem 21 (75,0 %) respondentů ze souboru obezita (38;100 %) uvádí „úmrť v rodině“. Respondenti s obezitou uvádí převážně „úmrť v rodině“ 21 (75,0 %), dále „neshody s rodinou“ 9 (32,1 %), „potrat“ 1 (3,6 %). Odpovědi „rozvod“ a „ztrátu zaměstnání“ označil stejný počet respondentů, a to 2 (7,1 %). Možnost „jiné“ vyplnili 2 respondenti (8 %), kteří odpověděli „onemocnění rodičů“.

Graf 19 Návštěvnost obvodního lékaře



Zdroj: vlastní

Otázka č. 44 je součástí hypotézy o **interpersonálních stresorech**.

Graf č. 19 se vztahuje k otázce č. 44. Otázka nám zmapovala, zda respondenti chodí pravidelně k obvodnímu lékaři. Jedinci spadající do souboru nadváha (121;100 %) ve většině případů zvolili odpověď „ano“, a to konkrétně 88 respondentů (72,7 %). Odpověď „ne“ vybralo 33 tázaných (27,3 %). Z celkového počtu 82 respondentů v souboru obezita (82;100 %), odpovědělo „ano“ 60 dotazovaných (73,2 %) a odpověď „ne“ označilo 22 (26,2 %).

Tabulka 23 Hovoření o hmotnosti respondentů ze strany lékařů

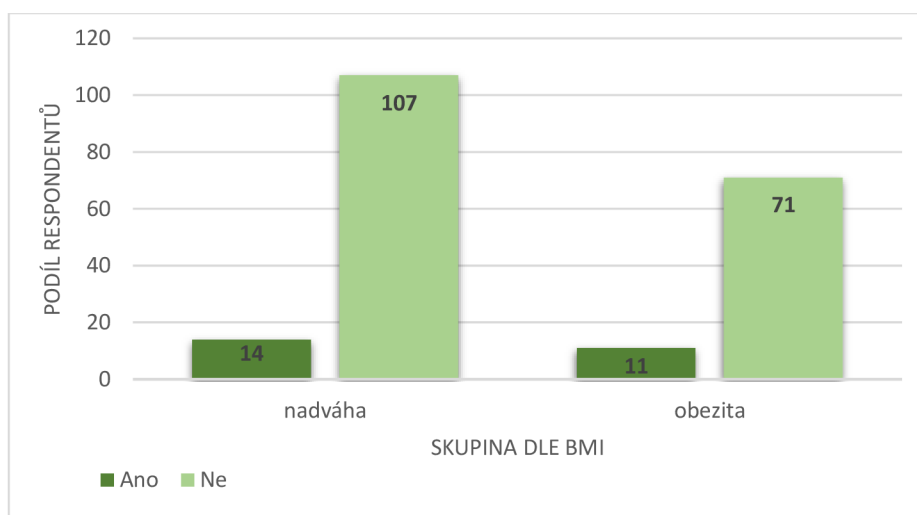
	Skupina dle BMI		Celkem
	Nadváha	Obezita	
Ano, Gastroenterolog	4	0	4
Ano, Gynekolog	9	7	16
Ano, Kardiolog	3	6	9
Ano, Obvodní lékař	22	19	41
Ne	83	50	133
Celkem	121	82	203

Zdroj: vlastní

Otázka č. 45 je součástí hypotézy o **interpersonálních stresorech**.

Tabulka č. 23 se vztahuje k otázce č. 45, otázka nastiňuje, zda lékaři mluví s respondenty o jejich hmotnosti. Jedinci souboru nadváha (121;100 %) nejčastěji odpověděli „ne“, a to 83 (68,6 %). Celkem 22 respondentů (18,2 %) tohoto souboru označilo „ano, obvodní lékař“ a odpověď „ano, gynekolog“ vybralo 9 (7,4 %). Variantu „ano, gastroenterolog“ zvolili 4 (3,3 %) a v poslední řadě uvedli „ano, kardiolog“ 3 (2,5 %). 50 respondentů (61,0 %) respondentů ze souboru obezita (82;100 %) uvedlo „ne“. Pokud s nimi mluví, tak jedinci značili „ano, obvodní lékař“ 19 (23,2 %), dále „ano, kardiolog“ 5 (7,3 %) a v poslední řadě „ano, gynekolog“ 7 (8,5 %).

Graf 20 Hovoření o hmotnosti respondentů ze strany sestry



Zdroj: vlastní

Otázka č. 46 je součástí hypotézy o **interpersonálních stresorech**.

Graf č. 20 se vztahuje k otázce č. 46. Za pomoci této otázky jsme zjistili, jak často mluví zdravotní sestra s jedinci, kteří spadají do souboru nadváha a obezita. V souboru nadváha (121;100 %) označilo odpověď „ano“ 14 respondentů (11,6 %). Možnost „ne“ vybralo

107 odpovídajících (88,4 %). Pouze 11 respondentů (13,4 %) ze souboru obezita (82;100 %) uvedlo, že s nimi zdravotní sestra mluví o jejich váze a označili „ano“. Drtivá většina respondentů z tohoto souboru uvedla, že s nimi sestra o hmotnosti nemluví. Konkrétně 71 jedinců (86,6 %) označilo a vybralo odpověď „ne“.

5.2 *Vyhodnocení hypotéz*

Hypotéza 1: U jedinců s nadváhou a obezitou existují rozdíly v interpersonálních stresorech.

K hypotéze č. 1 jsme si zvolili určité otázky, a to konkrétně 10, 11, 44, 45 a 46. Jedná se o otázky, které mapovaly interpersonální stresory.

Otázka č. 10 zjišťovala nakolik jsou respondenti spokojeni s postojem rodiny vůči své osobě (viz Tabulka č. 5, str. 41). Na základě statistického vyhodnocení můžeme potvrdit rozdíl mezi respondenty s nadváhou a obezitou ($p = 0,013$). Ukazuje se, že obézní respondenti jsou méně spokojeni s postojem rodiny ke své osobě než jedinci s nadváhou. Hodnota činila $G=8,759$.

Otázka č. 11 mapovala spokojenost respondentů s postojem vůči jejich osobě v zaměstnání nebo mezi přáteli (viz Tabulka č. 6, str. 42). S ohledem na výsledky statistického vyhodnocení nemůžeme potvrdit rozdíl mezi jedinci s nadváhou a obezitou. Na základě dosažené hladiny významnosti v chí kvadrát testu ($p= 0,357$) nelze říci, že by respondenti s nadváhou a obezitou vnímali rozdíl ve spokojenosti postojem v zaměstnání či mezi přáteli vůči své osobě. Hodnota $G=3,234$.

Otázka č. 44 směřovala ke zjištění, zda respondenti s nadváhou a obezitou chodí pravidelně k obvodnímu lékaři (viz Graf č. 19, str. 62). Ani v tomto případě nelze potvrdit statisticky významný rozdíl. Dosažená hladina významnosti v chí kvadrát testu činila $p= 0,944$. Hodnota byla $G=0,005$.

Otázka č. 45 zjišťovala, zda lékaři mluví s respondenty o jejich hmotnosti (viz Tabulka č. 23, str. 63). Na základě statistického vyhodnocení nemůžeme potvrdit rozdíl mezi respondenty s nadváhou a obezitou. Zjištěná hladina významnosti chí kvadrát testu je $p= 0,262$. Hodnota $G=1,256$.

Za pomoci otázky č. 46 jsme zmapovali, zda všeobecná sestry mluví s respondenty o jejich váze. Ani v tomto případě nemůžeme na základě statistického vyhodnocení

potvrdit rozdíl mezi jedinci s nadváhou a obezitou. Dosažená hladina významnosti v chí kvadrát testu činila $p=0,688$ a hodnota $G=0,161$.

Na základě analyzovaných vztahů nelze hypotézu 1 potvrdit.

Hypotéza 2: U jedinců s nadváhou a obezitou existují rozdíly v intrapersonálních stresorech.

K hypotéze 2 jsme si zvolili otázky (6, 7, 8, 9, 17, 38, 39) díky, kterým jsme mohli zjistit interpersonální stresory u respondentů s nadváhou a obezitou.

Otázka č. 6 směřovala ke zjištění, zda jsou respondenti spokojeni se svým psychickým stavem (viz Tabulka č. 1, str. 36). S ohledem na výsledky statistického vyhodnocení nemůžeme potvrdit rozdíl mezi jedinci s nadváhou a obezitou. Na základě dosažené hladiny významnosti ($p=0,453$) nemůžeme říci, zda jedinci s nadváhou či obezitou prokazují rozdíl v oblasti spokojenosti s psychickým stavem. Hodnota činila $G=1,582$.

Za pomoci otázky č. 7 jsme mapovali spokojenost respondentů s jejich fyzickým stavem (viz Tabulka č. 2, str. 39). V tomto případě nemůžeme na základě statistického vyhodnocení potvrdit rozdíl mezi jedinci s nadváhou a obezitou. Dosažená hladina významnosti v chí kvadrát testu činila ($p=0,089$) a hodnota $G=4,831$.

Otázka č. 8 pozorovala spokojenost respondentů s jejich vzhledem (viz Tabulka č. 3). Na základě statistického vyhodnocení nemůžeme potvrdit rozdíl mezi respondenty s nadváhou a obezitou. Zjištěná hladina významnosti chí kvadrát testu je ($p=0,524$) a hodnota $G=1,291$.

Otázka č. 9 zjišťovala, zda jsou respondenti s nadváhou a obezitou spokojeni ve svém zdravotním stavem (viz Tabulka č. 4, str. 40). Statistické vyhodnocení ukázalo rozdíl mezi respondenty s nadváhou a obezitou v tomto intrapersonálním stresoru. Na základě dosažené hladiny významnosti v chí kvadrát testu ($p=0,003$) můžeme říci, že dotazování jedinci s nadváhou jsou spokojenější se svým celkovým zdravotním stavem více než osoby s obezitou. Hodnota byla $G=11,929$.

Otázka č. 17 mapovala spokojenost respondentů se zaměstnáním (viz Tabulka č. 8, str. 47). Ani v tomto případě nelze potvrdit statisticky významný rozdíl. Dosažená hladina významnosti v chí kvadrát testu činila $p=0,974$. Hodnota byla $G=0,053$.

Za pomoci otázky č. 38 jsme se dotazovali respondentů s nadváhou a obezitou snaží-li se snížit svou hmotnost (viz Graf č. 17, str. 58). Na základě statistického vyhodnocení můžeme prokázat rozdíl mezi snahou o snížení hmotnosti a skupinou dle BMI ($p=0,033$). Ukazuje se, že respondenti s nadváhou se o redukci hmotnosti snaží častěji. Hodnota $G=6,825$.

Otázka č. 39 mapovala úspěšnost respondentů při redukci hmotnosti (viz Tabulka č. 19, str. 59). Na základě statistického vyhodnocení je patrný rozdíl ($p=0,016$). Lze říci, že redukci hmotnosti vnímají jako úspěšnější jedince s nadváhou. Hodnota $G=5,774$.

Přestože se mezi skupinou nadváha a skupinou obezita ukázaly rozdíly, při komplexním vyhodnocení *nelze tuto hypotézu potvrdit*.

Hypotéza 3: U jedinců s nadváhou a obezitou existují rozdíly extrapersonálních stresorech.

K hypotéze č. 3 jsme si stanovili dvě otázky, a to 18 a 42. V rámci těchto otázek jsme zjišťovali extrapersonální stresory u respondentů s nadváhou a obezitou.

Otázka č. 18 zjišťovala, zda mají dotazovaní respondenti omezení, které by jim ztěžovalo práci (viz Tabulka č. 9, str. 47). Na základě statistického vyhodnocení nemůžeme potvrdit rozdíl mezi respondenty s nadváhou a obezitou. Zjištěná hladina významnosti chí kvadrát testu je $p=0,614$ Hodnota $G=0,255$.

Otázka č. 42 zmapovala výskyt závažných situací v posledních měsících (viz Graf č. 18, str. 61). Na základě statistického vyhodnocení můžeme prokázat rozdíl mezi výskytem závažných situací v posledních měsících a skupinou dle BMI. Dosažená hladina významnosti v chí kvadrát testu je $p=0,001$, můžeme říci, že obéznější respondenty zasáhla závažná situace častěji než jedince s nadváhou. Hodnota $G=11,991$.

Na základě analyzovaných vztahů lze i nelze hypotézu 3 potvrdit.

5.3 Výsledky kvalitativního výzkumu

V následující části práce se budeme věnovat popisu kvalitativních dat.

5.3.1 Výsledky vztahující se k nadváze a obezitě

Pro zpřehlednění byla vytvořena tabulka sloužící k charakteristice souboru informantů s nadváhou a obezitou (viz Tabulka č. 24). Informantům byla přiřazena fiktivní křestní jména. Dle hodnot BMI je nejvyšší hodnota $38,06 \text{ kg/m}^2$ a nejnižší $28,41 \text{ kg/m}^2$. Nejvyšší dosažený věk je 59 a nejnižší 24. Výskyt pohlaví je stejnoměrný. Další tabulka (viz Tabulka č. 25) znázorňuje seznam identifikovaných kategorií a podkategorií.

Tabulka 24 Seznam informantů s nadváhou a obezitou

Fiktivní jméno informantů	Váha	Výška	BMI	Pohlaví	Věk
Jaroslav	98 kg	170 cm	33,91 kg/m ²	Muž	59 let
Petr	110 kg	170 cm	38,06 kg/m ²	Muž	46 let
Monika	86 kg	174 cm	28,41 kg/m ²	Žena	35 let
Jana	93 kg	169 cm	32,56 kg/m ²	Žena	55 let
Ondřej	120 kg	189 cm	33,59 kg/m ²	Muž	24 let
Radka	81 kg	165 cm	29,75 kg/m ²	Žena	41 let

Zdroj: vlastní

Tabulka 25 Nadváha a obezita

Kategorie	Podkategorie
Základní charakteristika	Nadváha
	Obezita
Příčiny	
Dopad nadváhy a obezity	
Vnímání	Své konstituce
	Sebe sama
	Situace v práci
	Chování rodiny
	Vyrovňávání se s předsudky
Očekávání	lékař
	sestra
Motivace	V primární prevenci
	V sekundární prevenci
	V terciální prevenci
	Při změně životního stylu
Dodržování režimových opatření	

Zdroj: vlastní

1. Kategorie: Základní charakteristika nadváhy a obezity

Tato kategorie zachycuje odpovědi charakterizující pojmy nadváha a obezita. Obsahuje dvě podkategorie, a to nadváhu a obezitu.

Nadváhu informanti charakterizují zejména jako stav, kdy má člověk vyšší hmotnost. Někteří z nich se shodují, že je mnohdy těžké rozeznat člověka s nadváhou od člověka s normální hmotností. Např. Petr k tomu uvádí, že má problém rozeznat normálního člověka od jedince s nadváhou. „*Ani nevím, nerozeznám normálního člověka od člověka s nadváhou, má asi víc hmoty okolo břicha.*“ Jaroslav naopak nadváhu charakterizuje následovně: „*Člověk, který má 100 kilo a má problém se pohybovat.*“ Monika dále dodává: „*Tak jak vypadám já, nedávno mi gynekolog řekl, že mám lehkou nadváhu. Moc se na to teda necítím, ale asi má pravdu.*“ Podle Jany je nadváha trochu horší než

normální váha a myslí si, že netrpí žádným omezením. „*Člověk má vyšší váhu, než je normálně, ale furt to není tak hrozný. Není nějak omezený.*“ „*Tuk v těle, já nevím, asi ty lidi mají váhu okolo sto kilo.*“ (Ondřej). Radka charakterizuje nadváhu jako velké tělo také zmínila, že podle ní má nadváhu skoro každý. „*Člověk má velké tělo, ale já se dívala na hodnoty podle té škály a nadváhu si myslím podle toho má skoro každý.*“

Obezitu informanti charakterizují jako horší nadváhu. kdy mají jedinci nad 100 kilo. Např. Jaroslav uvedl, že dotyčný jedinec může mít i 150 kilo. „*To je horší, klidně může mít i 150 kilo. Jednou jsem viděl u nás paní, která měla 170 kilo. Takový lidi vypadají hrozně.*“ Petr a Ondřej se ve svých odpovědích téměř shodli a přirovnali pojem obezita ke svému vzhledu. Petr ve své odpovědi dodává: „*Lidi mají nad 100 kilo a mají větší rozměry.*“ Informantka Monika zmínila váhu 150 kilo, kterou ve své odpovědi uvedl i Jaroslav. „*Já si obezitu představuju, že lidi mají přes 150 kilo a mají problém se vůbec zvednout.*“ Jana zdůraznila ve své odpovědi komplikace spojené s obezitou. „*Člověk má tak vysokou váhu, že má problémy někam dojít, problém v osobním životě a tak.*“ Jana ve svých odpovědích často zmiňuje škálu, díky které se orientuje v rozmezí vyšší váhy, a stejně jako Petr a Ondřej přirovnává obezitu k své osobě. „*Obezita už je horší, to mám nejspíš já a ty hodnoty škály jsou opravdu vysoké. Myslím přes 30.*“

2. Kategorie: Příčiny

Tato kategorie prezentuje odpovědi získané od informantů, kdy jsme se jich ptali, jaké jsou podle nich příčiny vzniku nadváhy a obezity a zda by dokázali říct, jak dané příčiny fungují.

Všichni informanti se shodli na většině podstatných příčin, které ovlivňují vznik nadváhy a obezity. Nejčastější příčinou, kterou informanti uváděli, bylo špatně nastavené stravování. Uváděli přejídání a nevhodně zvolené potraviny. Jaroslav na víc odpověděl, že jednou z příčin je psychická nepohoda. „*Další příčina je psychika. Všude samé starosti, stres. Lidi nejsou v pohodě.*“ Petr připomněl věk, který má v přibírání taky své zastoupení. „*Asi ještě věk, čím je člověk starší, tak je tlustější.*“ Monika podobně jako Jaroslav uvedla stres, který na víc spojila s konzumací nevhodných potravin. „*No, stres, když se mi něco nedaří nebo mám špatný den tak si koupím něco sladkého.*“ Jana například dodala nedostatek času na fyzickou aktivitu. „*Anebo není čas na to se jít v klidu projít nebo projet na kole a když není pohyb, tak člověk taky přibírá.*“ Ondřej ve své odpovědi nezapomněl na genetickou predispozici, které má také své zastoupení. „*A ještě*

genetický přenos, u nás jsou všichni tlustí.“ V poslední řadě Radka zmínila pohlaví, kdy podle ní mají ženy vyšší hmotnost než muži. „*A asi pohlaví, přijde mi, že ženy trpí vyšší hmotností častěji.*“

3. Kategorie: Dopad nadváhy a obezity

Třetí kategorie popisuje odpovědi jedinců, kdy nám uváděli, které mají důsledky spojené s vlastní váhou.

Někteří informanti se shodují, že jim nejčastěji dělал problém s dýcháním. Jaroslav pociťuje bolesti a dělá mu problém i dušnost. „*Hlavně bolesti nohou, zad, dušnost, ale cukrovku nebo vysoký tlak nemám a jsem rád.*“ Petr také popisuje problém s dýcháním stejně jako Jaroslav, na víc nám uvádí stud. „*No, rozhodně musím všude jezdit, protože než bych někam došel, tak sem hrozně zpocenej a zadýchanej. Nic jinýho nepociťuju, možná bych se nešel vykoupat na veřejné koupaliště ani kdyby bylo 40 stupňů. Nerad se před lidma ukazuju.*“ Jana omezuje pohyb mezi lidmi a raději tráví čas doma. „*Nechodím moc mezi lidmi, raději jsem doma, protože se hned zadýchám a pak jsem nervózní, že na mě musí třeba čekat.*“ Ondřej podobně jako Jana a Petr uvádí problém s veřejností. Ondřej ke své odpovědi dodává: „*Teď v létě mě kamarádi zvou ať se jdu koupat a když jdu, tak se koupu raději v tričku.*“ „*Často mě bolí nohy a záda, snažím se chodit na masáže a na nohy si dávám obklady. Chtěla bych začít cvičit, ale mám strach jít do fitness centra a oslovit nějakého trenéra.*“ (Radka). V poslední řadě informantka Monika, která se cítí dobře, přesto by ráda zhubla, aby mohla nosit šaty a tílka.

4. Kategorie: Vnímání

V této kategorii budeme prezentovat odpovědi informantů, které se týkají vnímání sebe sami a vnímání situace kolem nich. Kategorie je tvořena pěti podkategoriemi, a to vnímání své konstituce, sebe sama, situace v práci, chování rodiny a jak se vyrovnávají s předsudky.

Vlastní konstituci informanti ve většině případu popisují jako velkou postavu. Pan Jaroslav se popisuje jako starého člověka, kterému chybí energie. „*Starej, nehybněj člověk. Moc, mi už nezbývá energie po práci abych si třeba zasportoval. Vzhledově jsem spokojenej.*“ Petr svou odpověď směřoval jinak a popsal nám konstituční prvky svého těla. „*Mám hodně hmoty v břiše, jinak nohy a ruce mám celkem dobrý. Mám dvě brady. Nejvíc mi vadí, že mám prsa jako ženská.*“ Monika uvedla, že kvůli vysoké váze nemůže

nosit všechny typy oblečení. Jana pospala podobně jako Petr, jak její postava vypadá. „*Mám silné nohy a ruce. Břícho zas tak nemám.*“ „*Nic moc, je to hrůza. Už mám i zvětšená prsa, velký břícho, objevují se i strie. Mamka mi na to dává nějakou mastičku, ale asi to nezmizí.*“ (Ondřej). „*Dyt' vidíte, menší postava, velký břícho, oteklý nohy. Jediný obličej snad nemám thustý.*“ (Radka).

Sebe sama většina informantů se shodla, že jsou spokojeni sami se sebou. Jaroslav na víc udává: „*Chtěl bych zhubnout.*“ Dále uvádí, že by rád sportoval, ale nemá dostatek sil a času. „*Moc, mi už nezbyvá energie po práci abych si třeba zasportoval.*“ Petr ve své odpovědi konstatuje, že vysoká váha mu způsobuje problémy v osobním životě. „*Nic moc, uvědomuju si, že můj vzhled ovlivňuje i to, že nemám ženu a děti.*“ Zatímco Monika zdůraznila, že se má ráda a myslí si, že by se měl mít rád každý. Ondřej ve své odpovědi uvedl svou charakteristiku. „*Pozitivně naladěný člověk, někdy mi bývá smutno a mám splíny, ale snažím se na to nemyslet.*“ Radka podobně jako většina je spokojena sama se sebou i přes vysokou váhou, kterou má. Odpověď doplnila o: „*Já chci být hlavně zdravá a aby byla zdravá moje rodina.*“

Situaci v práci Jaroslav společně s Monikou, Janou a Radkou vnímají pozitivně. Radka uvedla, že se pokusila v práci zavést společné vaření, aby nemuseli chodit do restaurací. „*V práci mám dobrou partu, často si pomáháme a jeden čas jsme zavedli vzájemné vaření. Jakože jedna osoba uvařila pro všechny a zkoušeli jsme trošku lepší jídla. No, jenže pak jsme to přerušili, protože ne vždycky má člověk čas po práci vařit.*“ Monika ke své odpovědi dodala, že pracuje na pozici sekretářky a většinu pracovní doby tráví u počítače. Petr uvedl, že musí do práce dojíždět autem a během většiny pracovní doby pracuje v sedě. „*Do práce musím jezdit autem, protože místní fabriku mám dva kilometry daleko od domova, a to bych nezvládl. Jinak v práci sedím u pasu, takže je to v pohodě.*“ Ondřej jako jediný student z informantů uvedl, že měl online výuku. „*Ted' byla online výuka, takže jsem zase jen seděl u počítače, takže dobrý. Kamarád z vejšky, ale říkal, že přibral. Shodli jsem se na tom, že už se chceme vrátit.*“

Vnímání rodiny vůči své osobě informanti Jaroslav, Petr a Monika charakterizují spokojeně a nepociťují nějaké omezení. Monika ke své odpovědi na víc dodala: „*A to že má babička někdy poznámky typu: ty jsi se zpravila, tak to беру s rezervou.*“ „*Manžel mě bere takovou, jaké jsem, ale samozřejmě cítím, že chtěl abych vypadala líp. Doufám, že se mi podaří zhubnout.*“ (Jana). Radka uvedla podobný problém jako Jana, a to: „*Manžel*

mi neustále tvrdí, že nechce abych zhubla, ale vím, že by byl radši kdybych měla o pár kilo méně.“ „Mamka mi říká, že váhu mám dobrou, že bych se tím neměl stresovat. A že jsou důležitější věci v životě, to má asi pravdu.“ (Ondřej).

Ve vyrovnávání se s předsudky informanti uvedli, že ve většině případů nevnímají výskyt předsudků. Jaroslav ve své odpovědi uvedl, že věří jen své rodině a ostatním ne. Monika podobně jako pan Jaroslav odpověděla, že ignoruje veškeré předsudky. „*Já to ignoruju, nikdo není perfektní víte a at' si říkají, co chtějí.*“ Petr zmínil, že nepociťuje nějakou diskriminaci, ale měl by problém být na veřejnosti bez oblečení. *Jako nijak nepozoruju, že by se třeba na mě nějak divně někdo díval, ale na veřejná místa bych určitě bez trika nešel. Ty pohledy bych nezvládl.*“ Jana kvůli předsudkům v oblasti vyšší váhy musela opustit v minulosti zaměstnání, ke své odpovědi dodala: „*Pracovní výstupy jsem měla v pořádku, ale vzhled mi snižoval body.*“ Ondřej uvedl, že mu období karantény vyhovovalo a podobně jako Petr by se na veřejných místech bez oblečení neukázal. Radka by ráda navštívila fitness centrum, ale má strach z odmítnutí. „*Právě se bojím jít do toho fitka mezi lidi a vůbec někoho oslovil o pomoc. Aby mi neřekli, že na to nemám, z toho mám strach.*“

5. Kategorie: Očekávání

Tato kategorie bude prezentovat výsledky vztahující k očekávání jedinců od všeobecných sester a lékařů. Kategorie je dělena na dvě podkategorie, a to všeobecné sestry a lékaři.

V očekávání od všeobecných sester se většinou informanti shodli, že nevědí, zda by jim sester mohla při redukci váhy pomoci. Pan Jaroslav by chtěl radu, byl by ochotný zavolat manželku, která by se sestrou promluvila. „*Poradit co zlepšit, možná bych zavolal manželku abyste ji jako sestra řekla, co má dělat.*“ Zatímco Petr odpověděl opak, kdy si nedokáže představit, jak by mu sestra pomohla. „*Od sestry asi nic, nic mě nenapadá.*“ Monika uvedla, že od sestry očekává základní diagnostiku, a to měření a vážení. „*Tak to vůbec netuším, asi by mě zvažila a změřila.*“ Jana a Ondřej by byli rádi za profesionální přístup ze strany všeobecné sestry. Ondřej dodal: „*Když jsem byl malej, tak sestra u praktika byla fakt nepříjemná. Báł jsem se tam chodit.*“ Radka uvedla, že nemá zkušenost a neví, zda by jí sestra mohla pomoci. „*Nevím, jestli by mi pomohla, nemám s tím žádnou zkušenost.*“

Ve většině případů se informanti shodli, že by rádi dostali doporučení ze strany **lékaře**. Jaroslav by stál o upřímný přístup. *„Očekávání od lékařů bych měl vždycky takovou upřímnost a co se ví tak by se mělo prostě říct pacientovi.“* Petr doplnil: *„Aby mi řekl, jak na tom jsem a jaké mám možnosti.“* Jana by se ráda dozvěděla o komplikacích. *„Aby mi řekl, jak na to jsem, jestli už jsou nějaký komplikace a co moje tělo dokáže.“* Radka zmínila, že její lékař s ní o váze nemluví. *„Já nevím, jestli by mi lékař dokázal vůbec pomoci, protože se mnou o váze vůbec nemluví.“*

6. Kategorie: Motivace

Tato kategorie charakterizuje motivaci v jednotlivých úrovních prevence. Kategorie je rozdělena na čtyři podkategorie, a to primární, sekundární, terciární prevence a motivace při změně životního stylu.

Motivaci v primární prevenci informanti zaměřují zejména na pohybovou aktivitu. Pan Jaroslav svou odpověď směřoval k psychické pohodě. *„Podle mě je to všechno od stresu, doporučil bych jim, aby si našli nějaký klid, něco relaxačního.“* Petr zmínil nedostatek času a zápalu něco dělat. *„Určitě mít čas a chuť jít něco dělat, zaspportovat si.“* *„Vzhled a životní úroveň. Člověk, když je zdravý tak líp funguje v životě.“* (Monika). Jana uvádí, že motivaci musí mít každý jedinec v sobě. *„Ježiši, nejspíš udržet se pohyblivým.“* (Ondřej). Radka zdůraznila jedincův vzhled a zdůraznila, že vzhled ovlivňuje mnoho věcí. *„Rozhodně vzhled a fyzická výkonnost. V dnešní době se bohužel na vzhled hrozně přihlíží.“*

Motivaci v sekundární prevenci ve většině případů informanti směřují ke zlepšení zdravotního stavu. Jaroslav uvedl, že si každý musí uvědomovat svůj zdravotní stav. *„Sami si musí lidi uvědomit, že můžou přijít komplikace.“* *„Motivační by mohlo být nejspíš to, že chce být zdravější a fungovat.“* (Petr). Monika odpověděla podobně jako Petr. *„Aktuální jeho zdravotní stav a celkové zlepšení. Vize, že to bude lepší.“* Jana uvádí, že motivací může být zdraví. Ondřej uvedl snížení váhy. *„Snížení váhy na uspokojivou hodnotu, hlavně aby se to nezhorsilo.“* Radka zdůraznila jednoznačně současný stav jedince. *„Zdravotní stav toho člověka, protože asi nikdo nechce být nemocný a mít problémy. Nebo si to myslím.“*

Motivaci v terciární prevenci jedinci podobně jako v předchozí podkategorii zaměřují na zlepšení zdravotního stavu. Jaroslav, Monika a Jana uvedli jednoznačně zdravotní stav. Jaroslav: *„Určitě ten jeho zdravotní stav.“* Jana dodala: *„Protože jestli se objevují*

nějaký komplikace, tak je to špatně a tomu člověku nemůže být vůbec dobře.“ Petr zdůraznil základní soběstačnost. „Nejvíc motivační podle mě je, že si třeba bude moct sám obsloužit, sám si zajít na nákup a neobtěžovat ostatní.“ „To jsou těžké otázky, ale řekl bych, že by to mohly být ty komplikace, nebo i vzhled.“ (Ondřej). „Osobně bych sem zařadila zhoršení toho stavu.“ (Radka).

Motivací při změně životního stylu informanti popisují jejich ve většině případů svůj vzhled. Pro Jaroslava by bylo motivační jeho aktuální zdravotní stav. *„Jednoznačně můj zdravotní stav, omezuju mě.“* Petr nám uvedl komplikace spojené s vyšší váhou. *„Rozhodně komplikace s tou váhou, protože to ztěžuje fakt život, když musíte chodit neustále k doktorovi na kontroly, co budu dělat až mi bude 70?“* Monika uvedla partnerské vztahy. *„Když se zamyslím, tak bych sem i zařadila partnerské vztahy, dneska spousta lidí má problém si někoho najít kvůli váze.“* Ondřej kvůli své váze řeší budoucí vztah. *„Tak to je jasný, chci se někomu líbit, někoho si najít, ale samozřejmě se chci cítit sám spokojeně.“* „Hezky se obléknout, zajít si na večeři, na procházku a nevypadat jak nenažraná koule.“ (Jana). *„Chci se líbit manželovi, to bych si moc přála, a hlavně abych já byla spokojená.“* (Radka).

7. Kategorie: Dodržování režimových opatření

Poslední kategorie se zabývá režimovými opatřeními a přístupem k nim. Ptali jsme se informantů, co je podle nich nejnáročnější.

Pan Jaroslav ve své odpovědi uvedl hodně jídla v domácnosti. *„Podle mě je nejhorší plná lednička, prostě přijdu z práce domů, mám hlad a snědl bych všechno.“* Petr nám uvedl, že pracuje na směnný provoz a dělá mu to potíže. *„Osobně vím, že mi dělají problém směny, ale jinou práci nemám. Už jsem se díval po nové práci, ale vždycky je to na směny.“* „Sklobit práci, osobní život a třeba hubnutí.“ (Monika). Jana ve své odpovědi popsala nedostatek času na přípravu pokrmů. *„Čas, ten čas je fakt důležitější, protože moc chci si připravovat krabičky a jíst podle plánu.“* „Přestat pít sladký nápoje, mám rád energy drinky a klidně vypiju dva až tři denně. Já vím, že to je špatný, ale nemůžu si pomoci.“ (Ondřej). Radka se obává, že nebude mít dostatek času na rodinu. *„Spíš mám strach, že nebudu vůbec doma anebo, že nebudu mít čas na rodinu, když bych se do toho zabrala.“*

5.3.2 Výsledky vztahující se k všeobecným sestřám

Následně se budeme věnovat výsledkům analýzy kvalitativních dat získaných od všeobecných sester. Pro zpřehlednění byla vytvořena tabulka, ve které jsou sestřám přiřazeny fiktivní křestní jména (viz Tabulka č. 26). Z pohledu délky praxe byla nejkratší délka zaznamenána u sester dva roky a nejdelší osmnáct let. Všechny všeobecné sestry pracují na interním oddělení a nejnižší dosažený věk je 26 a nejvyšší je 40. V další tabulce jsou znázorněné identifikované kategorie s podkategoriemi, které vznikly z analýzy kvalitativních dat (viz Tabulka č. 27).

Tabulka 26 Seznam všeobecných sester

Fiktivní jméno všeobecných sester	Délka praxe	Oddělení	Věk
Denisa	16 let	Interna	36 let
Martina	2 roky	Interna	26 let
Aneta	13 let	Interna	33 let
Tereza	18 let	Interna	40 let

Zdroj: vlastní

Tabulka 27 Všeobecné sestry

Kategorie	Podkategorie
Základní charakteristika	Nadváha
	Obezita
Faktory a jejich působení	Ovlivnitelné faktory
	Neovlivnitelné faktory
	Stresory součástí ošetřovatelské anamnézy
Přístup	
Prevence	Primární
	Sekundární
	Terciální

Zdroj: vlastní

1. Kategorie: Základní charakteristika nadváhy a obezity

Tato kategorie nám zobrazuje, co pro všeobecné sestry znamená pojem nadváha a obezita. Kategorie je rozdělena na dvě podkategorie, a to charakteristika nadváhy a obezity.

Nadváhu všeobecné sestry většinou charakterizují zvýšenou hmotností a větším obsahem tuku v těle. Denisa při rozhovoru uvedla „*Jedná se o vyšší hmotnost, kdy pacient má BMI 25 a více. Při příjmu vždy pacienta vážíme, ptáme se na výšku a vyhodnocujeme BMI.*“. Sestra Martina se při charakteristice zaměřila na zdravotní stav jedinců. „*Pacient, který*

má nadbyteční tuk v těle, má zvýšený cholesterol a většinou mají zvýšený krevní tlak.“ Aneta popsala jedince s nadváhou jako normálního člověka, který disponuje větším množstvím podkožního tuku. *„Člověka s nadváhou vnímám jako normálního člověka, který má teda navíc trošku víc podkožního tuku jinak nevnímám nějaký výrazný rozdíl.“* Tereza zvolila cestu za pomoci hodnot BMI. *„Pacient s nadváhou má pro mě BMI 25 až 30, ale dneska mi přijde, že skoro každý má podle toho rozmezí nadváhu.“*

Obezitu sestry charakterizují jako vysokou hmotnost. Denisa zdůraznila, že při příchodu takového pacienta vždy na oddělení měří váhu a výšku. *„Obezita je nad stupněm nadváhy. Hodnota BMI u obézních pacientů je 30 a více. Jak jsem odpovídala v předchozí otázce, i takové pacienty vážíme a měříme.“* *„Obecně člověk má hodnotu BMI nad 30 je to horší nadváha.“* (Martina). *„Člověk už vypadá jinak, na první pohled je vidět že má vyšší váhu, váhu má většinou přes 100 kg.“* (Aneta). Tereza odpovídala podobně jako v předchozí otázce a pojem charakterizovala hodnotami BMI. *„Pacient s BMI 30 a víc, nevím prostě má vysokou váhu. Klidně přes 120 kilo.“*

2. Kategorie: Faktory a jejich působení

V této kategorii nám všeobecné sestry vyjmenovaly jednotlivé faktory, které ovlivňují vznik nadváhy a obezity. Následně se snažily popsat, jak faktory fungují a popřípadě jak se navzájem ovlivňují. Kategorii jsme si rozdělili na tři podkategorie, a to ovlivnitelné, neovlivnitelné faktory a podkategorii s postojem všeobecných sester ohledně přidání otázek na stresory v ošetřovatelské anamnéze.

Do **ovlivnitelných rizikových faktorů** nejčastěji všeobecné sestry zařazují špatně nastavené stravování a sníženou fyzickou aktivitu. Denisa se ve své odpovědi snažila popsat jednotlivé faktory a jejich působení. *„Vyšší hmotnost nejčastěji způsobují špatné stravovací návyky, kdy pacienti jí množství tučných a sladkých potravin. Následkem konzumace těchto potravin dochází k ukládání více tuků v těle. Dále se pacienti málo pohybují, a to v kombinaci s vyšším příjmem už zmíněných tučných a sladkých potravin způsobuje zvyšování hmotnosti.“* Dále uvedla medikaci pacienta, se kterou měla možnost se setkat v praxi. *„V praxi jsem se taky setkala s tím, že některé léky zvyšují hmotnost jedince. Často šlo o léky jako jsou kortikoidy nebo antidepressiva.“* Martina z volitelných faktorů zmínila pouze přejídání. *„Přejídání nejčastější problém, když člověk celej den nejí s pak se přejídá večer nebo v noci a už mě nic nenapadá.“* *„Mezi nejdůležitější faktor radím určitě stravu jako konzumaci smažených jídel, tučných jídel a pak hodně využívání*

fastfoodu, pití sladkých nápojů. Další faktor je určitě málo pohybu což je problém dnešní doby spousta lidí si sedí u počítače, telky, nakupují si elektrokola a moc se nehýbu.“ (Aneta). Sestra Tereza do své odpovědi zahrнула jako ostatní její kolegyně špatné stravování. *„No, faktory. Já bych tam zařadila určitě stravu prostě jídlo, kdy oni jedí teda větší porce, než je normálně zvykem a asi hlavně jedí večer a v noci. Pohyb, kdy lidi se obecně málo hýbou a možná je to nedostatkem času, všichni tráví hodně času v práci jako my. Člověk dělá na směny a je to náročný, ale není to problém jenom dospělých ale i děti se moc nespportují.“*

Do **neovlivnitelných faktorů** informantky sestry přiřadily nejčastěji genetickou predispozici a věk. Sestra Denisa si vzpomněla genetiku, bohužel nám nedokázala vysvětlit samotný proces. *„Ve škole jsme se učili, že i genetika může mít na přibírání vliv, ale nevím, jak to konkrétně funguje v těle.“* Zatímco Martina dokázala popsat genetiku, ale také na víc zmínila věk. *„Genetika určitě, když má pacient rodiče s vyšší váhu tak má dispozici, proto mít taky vyšší váhu dál pohlaví podle mě většinou muži jsou silnější než ženský. Věk, starší lidi většinou mají málo pohybu a zpomalený metabolismu proto přibírají.“* *„Dal asi genetika i když nevím teda jestli je to stoprocentně ověřené tak když mají rodiče vyšší váhu tak je pro dispozice, že to budou mít i děti. Asi pohlaví, kdy muži více trpí nadváhou nebo obezitou.“* (Aneta). V poslední řadě sestra Tereza si během rozhovoru nevzpomněla na žádný neovlivnitelný faktor.

Kdyby byly **stresory** v rámci ošetřovatelské anamnézy si všeobecné sestry ve většině případů nedokážou představit. Sestra Denisa ve své odpovědi zdůraznila mnohdy nedostatek času, se kterým se při práci setkává. *„Nedokážu si představit, že bych měla dostatek času abych se doptávala pacientů na stresory nebo na faktory, které jim způsobují nadváhu a obezitu.“* Zatímco Martina by byla ráda o doplnění v ošetřovatelské anamnéze a podotkla, že by se ale doptávala i pacientů bez nadváhy či obezity. *„Dokážu si představit, že během ošetřovatelské anamnézy se budeme ptát pacientů s vyšší váhou, ale i bez vyšší váhy na různé faktory, které třeba právě zapříčiňují vznik nadváhy a obezity, protože při příjmu pacienta měříme výšku a váhu, změříme BMI, a to je všechno.“* Aneta nám odpověděla, že by raději toto zjišťování přenechala lékařům. *„A není zjišťování příčin věc lékařů? I kdybysme něco zjistili, tak si myslím, že by na to nebylo přihlíženo.“* I sestra Tereza nepřistupuje k případnému zavedení nových otázek do anamnézy pozitivně. Popsala obavu, že by pacienti nespolupracovali a nemuseli by odpovídat. *„Kdybysme se během anamnézy ptali stresory nebo na ty faktory, tak nevím*

někdy je to v práci náročně. Možná by ani nerozuměli na co se ptáme nebo možná by nám ani neřekli, co je vlastně primární problémem, těžko říct.“

3. Kategorie: Přístup

V této kategorii všeobecné sestry charakterizovaly svými odpověďmi, jak přistupují k pacientům s nadváhou a obezitou. Všechny dotazované sestry se ve svých odpovědích téměř shodly. Tato kategorie není rozdělená na podkategorie.

Denisa popsala, že přistupuje ke všem pacientům stejně a následně individuálně volí dle jedincova stavu edukaci. *„Mezi pacienty nedělám žádný rozdíl, ale záleží na soběstačnosti pacienta. Jediný, co vnímám je, že obézní pacienti potřebuju více pomoci hlavně při hygieně. Ke všem pacientům přistupuji stejně a je jedno, jestli má vyšší váhu nebo normální. Během hospitalizace se snažím pacienty s vyšší váhou nabádat, aby se více hýbali, aspoň v rámci pokoje a všem pacientům, kteří mají vyšší hmotnost nastavujeme redukční dietu.*“ Sestra Martina se ve své odpovědi téměř ztotožnila se sestrou Denisou. *„Pacientům s vyšší váhu přistupuju vždycky stejně, když u nás leží a jsou v rámci oddělení jim nastavuju redukční dietu a vysvětlím mu, proč má tu redukční dietu a snažím se mu říct, aby omezil sladký nápoje, aby se víc hýbal, třeba aby se šel projít po oddělení několikrát za den.*“ Aneta na víc ve své odpovědi podotkla, že se snaží zjistit více informací ohledně soběstačnosti doma a zda si zvládne zajistit sám základní potřeby. *„K pacientům přistupuju úplně stejně jako k normálním pacientům. Samozřejmě při příjmu, když zjistíme že pacient má nadváhu nebo spíš obezitu tak zařizujeme redukční dietu, vysvětlím mu to anebo se ho taky někdy zeptám, jak to má doma, jak to všechno zvládá, když má problém se třeba zvednout a tak.*“ Tereza odpověděla podobně jako sestra Aneta. *„Já k nim přistupuju stejně, protože každé je nějaké. Hlavně nemůžu vědět, jestli to nemají způsobené nemocí. Snažím se zjistit, jak fungují doma, co všechno svedou sami a pak jim třeba řeknu, aby se zkusili projít, aby furt neleželi.*“

4. Kategorie: Prevence

Tuto kategorii jsme rozdělili na tři podkategorie, a to prevence primární, sekundární a terciární. V jednotlivých úrovních prevence jsme se všeobecných sester dotazovali, jak by postupovaly u pacientů s nadváhou a obezitou.

V **primární prevenci** se sestry shodly, že by doporučily pohybovou aktivitu a lepší stravování. Všeobecná sestra Denisa v rámci odpovědi charakterizovala jedince, který

spadá do primární prevence. „*Takže si představuju pacienta, kterému váha roste, takže bych mu doporučila, aby se během týdne věnoval třeba třikrát nějaké fyzické aktivitě a aby jedl pravidelně po menších porcích.*“ Sestra Martina ve své odpovědi rozvedla příklady aktivit, které by mohly pomoci jedinci zlepšit svůj životní styl. Zdůraznila, aby jedince začal s pohybovou aktivitou pozvolně „*No tak určitě v první řadě strava, musí omezit tučný jídla, smažený. Doporučila bych mu spíš úpravu na páře, aby omezil sladký nápoje. Pokud je to v jeho možnostech měl by se začít pohybovat třeba chůze, ježdění na kole i nějaký cvičení, určitě ne zátěžový, ale začít něčím lehčím.*“ „*No tak určitě aby více zapojili ten pohyb, protože je důležitý. Nevím, dobrá je chůze nebo třeba místo MHD jezdit na kole dál třeba plavání.*“ (Aneta). Tereza ve své odpovědi shrnula základní opatření vedoucí ke změně životního stylu a také připomenula, že dané aktivity musí pacienta bavit. „*Doporučila bych jim základní opatření. Menší porce jídla, nepřejídat se večer a v noci a párkrát za týden si ji zasportovat. Kolo, chůze, plavání hlavně aby je to bavilo*“

V **sekundární prevenci** by sestry ve většině případu doporučily dodržovat základní režimová opatření a popřípadě navštívit odbornou pomoc. Sestra Denisa a Aneta by v sekundární prevenci zapojily do pomoci odborníky, jako například nutričního terapeuta a fyzioterapeuta. Denisa uvedla: „*Pacientům bych zase doporučila pravidelný pohyb a pravidelnost jídelníčku. Odkázala bych je na výživového poradce nebo obvodního lékaře a taky bych jim zdůraznila možný rizika, který můžou vzniknout vyšší hmotností.*“ Aneta odpověděla: „*V sekundární prevenci bych doporučila, aby navštívili nějakého odborníka třeba výživového poradce nebo třeba fyzioterapeuta, který by jim pomohl s nastavením nějakých aktivit a pokud nevědí tak bych se obrátila na praktického lékaře.*“ Martina zdůraznila opakovanou edukaci. „*Postupovala bych asi stejně jako v primární prevenci, určitě by měl tu redukční dietu a znovu bych ho edukovala o stravě a pohybu jako v primární prevenci.*“ Tereza by jedince jednoznačně poslala také k odborníkovi. „*Očividně se objevuje nějaký problém, tak ať zajdou k někomu, kdo jim pomůže. Možná nutriční terapeut. Opravdu nevím.*“

V **terciální prevenci** se jednoznačně sestry shodly, že by jedince s vysokou hmotností poslaly k lékaři. Denisa ve své odpovědi doporučila zapojit do procesu redukce váhy nějakého odborníka, který jedincům pomůže. „*Pacientům bych řekla, aby určitě navštívili nějakého odborníka, který jim s úbytkem váhy pomůže. Určitě jako sestra bych jim zdůraznila, že jejich stav se může zhoršit a rizika je mohou ohrozit na životě.*“

Všeobecná sestra Martina by se v rámci terciární prevence zaměřila na komplikace způsobené nadváhou a obezitou. Součástí její odpovědi jsou vyjmenované komplikace a také zmíněný její pohled na jedincův přístup k dodržování doporučení. *„V rámci terciální prevence bych dávala zřetel na ty komplikace, který vznikají. Hlavně vysoký krevní tlak, otoky a dušnost. Přijde mi, že pacienti v nemocnici se snaží, když vědí že byl nějaký problém, ale pak doma nedodržují, co jim lékaři doporučejí. Působí to na mě jako že jsi doma dopřávají, a když mají pak jít na vyšetření krve tak týden drží dietu, aby ty hodnoty měli dobrý.“* Aneta zdůraznila přínos lékaře, který by měl pacienta diagnostikovat a nastavit léčbu. *„V terciální prevence se obrátit určitě na lékaře, který by měl správně vyhodnotí pacientův stav a vést ho k jeho zlepšení, lékař by měl nastavit léčbu a taky řešit komplikace, který pacient má.“* *„Poslala bych je k lékaři, nejspíš k obvodákovi, aby jim navrhnul další postup.“* (Tereza).

6 DISKUZE

Tato diplomová práce byla zaměřená na popsání možnosti využití koncepčního modelu Betty Neuman v prevenci nadváhy a obezity. V této části práce se budeme věnovat porovnání našich výsledků s dostupnými zdroji. Výzkumné šetření bylo realizováno s využitím kvalitativního a kvantitativního výzkumu. Pro kvantitativní výzkum bylo využito nestandardizovaného dotazníku. V rámci kvalitativního výzkumu bylo využito polostrukturovaných rozhovorů.

Prvotním krokem v kvantitativním vyhodnocení bylo rozdělit si respondenty do dvou skupin, a to na jedince s nadváhou a obezitou. Při tom byly respektovány hodnoty pro stanovení diagnózy dle WHO. WHO (2020) definuje nadváhu hodnotami dle BMI roven nebo větší 25 kg/m^2 a obezitu roven nebo větší 30 kg/m^2 . Kastnerová (2016) hodnoty dále specifikuje, pro nadváhu (tj. BMI $25\text{--}29,9 \text{ kg/m}^2$), obezitu I. stupně (tj. BMI $30\text{--}34,9 \text{ kg/m}^2$), obezitu II. (tj. BMI $35\text{--}39,9 \text{ kg/m}^2$) a obezitu III. (tj. BMI nad 40 kg/m^2). Výzkumným šetřením jsme chtěli zmapovat stresory, které mohou ovlivňovat rozvoj nadváhy a obezity. Za pomoci výzkumného šetření jsme chtěli zjistit jednotlivé stresory, které by mohly ovlivňovat hmotnost jedinců a zároveň pronikat do jednotlivých linií obrany. Pavlíková (2006) uvádí, že model Betty Neuman charakterizuje intrapersonální, interpersonální a extrapersonální stresory. Součástí polostrukturovaného rozhovoru jsme se dotazovali všeobecných sester, zda by si dokázaly představit, že by ošetřovatelská anamnéze byla obohacena o otázky vztahující se ke stresorům z modelu Betty Neuman. Bohužel, jediná sestra, informantka Martina, by byla pro zavedení. Uvedla, že při příjmu pouze pacienta zváží a přeměří. *Dokážu si představit, že během ošetřovatelské anamnézy se budeme ptát pacientů s vyšší váhou, ale i bez vyšší váhy na různé faktory, které třeba právě zapříčiňují vznik nadváhy a obezity, protože při příjmu pacienta měříme výšku a váhu, změříme BMI, a to je všechno.* Sestra Tereza nám ve své odpovědi zdůraznila, že se obává, aby ji pacienti rozuměli, popřípadě zda by jí řekli primární příčinu. *„Možná by ani nerozuměli, na co se ptáme nebo možná by nám ani neřekli, co je vlastně primární problémem, těžko říct.“* Můžeme konstatovat, že pouze jedna sestra by byla nakloněna změně ošetřovatelské anamnézy. Kaas, Olišarová (2018) uvádějí, že člověk je vnímán jako otevřený systém, který má centrální jádro a linie obrany. Centrální jádro je charakteristické individuální výbavou jedince. Zmiňované stresory se hromadí a prochází přes jednotlivé linie obrany. Dále Pavlíková (2006) ve své publikaci uvádí, že linie rezistence je nejbližší k jádru a chrání jedince před úmrtím. Například informant Jaroslav

uvedl, že jeho zvýšení váhy bylo způsobené při nemoci. „*To vám řeknu úplně přesně, když mi bylo třicet dostal jsem zápal plic a musel jsem na měsíc do nemocnice a přibral jsem deset kilo.*“ Pavlíková (2016) popisuje normální linii, která zajišťuje vyrovnaný stav jedince. Flexibilní linii popisuje jako nárazník, který brání jedince před vstupem stresorů. Z pohledu základní struktury můžeme říci, že jeden z informantů má vysoký krevní tlak. Průnik stresorů zaznamenala většina informantů. Někteří informanti uváděli například bolesti zad, nohou a výskyt závažné situace v posledních měsících. Pro kvantitativní výzkum jsme si zvolili tři hypotézy a pro kvalitativní šetření dvě výzkumné otázky.

První hypotéza zní **H1: U jedinců s nadváhou a obezitou existují rozdíly v interpersonálních stresorech.** Pavlíková (2006) uvádí, že interpersonální stresory mohou souviset s psychickou vyrovnaností a celkovým přístupem k životu. Kaas, Olišarová (2018) uvádějí, že interpersonální stresory vycházejí z mezilidských vztahů. Křivohlavý (2008) charakterizuje interpersonální vztahy jako vztah mezi dvěma osobami. Na základě této charakteristiky jsme k vyhodnocení hypotézy zvolili určité otázky. Otázka č. 10 nám zjišťovala, jak jsou jedinci s nadváhou či obezitou spokojeni s postojem rodiny ke své osobě (viz Tabulka č. 5). Po statistickém vyhodnocení můžeme říci, že obézní respondenti jsou méně spokojeni s postojem rodiny ke své osobě, tudíž rozdíl existuje. V rámci kvalitativního šetření informanti uvedli, že je ve většině případů rodina bere takové, jaké jsou a snaží se jim, popřípadě pomoci při redukci hmotnosti. Informant Petr uvádí: „*S rodinou jsem v pohodě, nemám pocit, že by jim něco vadilo.*“ Otázka č. 11 nám zmapovala, jak jsou jedinci s nadváhou a obezitou spokojeni s postojem v zaměstnání, mezi přáteli ke své osobě (viz Tabulka č. 6). U této otázky nelze říci, že by mezi skupinami nadváha či obezita existoval statisticky významný rozdíl. Informantka Radka zmínila výborné vztahy na pracovišti. „*V práci mám dobrou partu, často si pomáháme a jeden čas jsme zavedli vzájemné vaření.*“ Otázka č. 44 se dotazovala respondentů, zda chodí pravidelně k obvodnímu lékaři (viz Graf č. 19). Jedinci s nadváhou konkrétně 88 (72,7 %) z celkového počtu 121 chodí pravidelně k obvodnímu lékaři, zatímco u jedinců s obezitou je to 60 (73,2 %) z celkového počtu 82. Závislost mezi skupinami nelze prokázat. Nemůžeme říci, že by respondenti s nadváhou nebo obezitou chodili k obvodnímu lékaři méně. Dle vyhlášky č. 70/2012 Sb. všeobecnou preventivní prohlídku u dospělých jedinců poskytuje všeobecný praktický lékař. Preventivní prohlídka probíhá jednou za 2 roky. Na základě zjištěných výsledků můžeme posoudit, že dotazovaní respondenti na preventivní prohlídky pravidelně chodí. Dolák et

al., (2017) uvádějí, že preventivní prohlídky by neměly být podceňovány, protože díky nim může dojít k včasné diagnostice. Otázka č. 45 zjišťovala, zda s respondenty trpící nadváhou a obezitou mluví lékař o jejich váze a popřípadě jaký (viz Tabulka č. 23). Respondenti s nadváhou během odpovídání uvedli, že s nimi o jejich váze nejčastěji mluví obvodní lékař, a to pouze 22 (18,2 %) z celkového počtu 121 respondentů. U obézních jedinců je to opět obvodní lékař, tuto odpověď zvolilo 19 (23,2 %) z celkového počtu 82 respondentů. Podobnost si můžeme vysvětlit tím, že obvodní lékař je nejvíce navštěvovaným lékařem. Svačina et al., (2018) uvádějí, že prvním lékařem, který se setká s pacientem trpící nadváhou a obezitou je praktický lékař. S tím to tvrzením se ztotožňujeme. Bohužel, během výzkumu převažovaly odpovědi, kdy s respondenty žádný lékař o jejich váze nemluví. U jedinců s nadváhou to bylo 83 (68,6 %) z 121 jedinců a u obézních jedinců 50 (61,0 %) z 82 jedinců. Opakovaně se setkáváme s faktem, že je tato činnost značně zanedbávaná. Jedna z informantek Radka uvedla: „*Já nevím, jestli by mi lékař dokázal vůbec pomoci, protože se mnou o váze vůbec nemluví.*“ Přičemž pacienti by stali o pomoc ze strany lékaře, informant Petr by se rád dozvěděl, jaké má možnosti při hubnutí. Zelenyté et al. (2021b) uvádí, že by se měli praktičtí lékaři zabývat obezitou pacienta jako významným zdravotním problémem. Dále Zelenyté et. al. (2021b) popisují, že je zásadní komunikace mezi pacientem a lékařem, kdy jakýkoliv zdravotnický pracovník může poskytnout pacientovi adekvátní informace o změně postoje. Rozdílnost mezi skupinami dle BMI nemůžeme potvrdit. Otázka č. 46 mapovala, jak často hovoří zdravotní sestra s respondenty, kteří trpí nadváhou nebo obezitou (viz Graf č. 20). Ve většině případů obě skupiny uvedli, že s nimi zdravotní sestra nemluví. Respondentů s nadváhou bylo 107 (88,4 %) z celkového počtu 121 a s obezitou 71 (86,6 %) z celkového počtu 82. Bohužel, jako v předchozí otázce jsme se dozvěděli, že je tato část edukace z obou stran zanedbána. Je podstatné s pacientem mluvit, konkrétně zdravotní sestra tráví s pacientem, který trpí nadváhou a obezitou spoustu času, a během této doby by mohla zakročit a poučit ho o základních režimových opatřeních. Müllerová, Hazulík et al., (2021) uvádějí ve svém článku, že je nutné vždy zařadit základní režimová opatření, která se týkají fyzické aktivity a úpravy stravy. Oproti tomu v rámci kvalitativního výzkumu všeobecné sestry zdůrazňovaly pomoc pacientům s nadváhou či obezitou. Během hospitalizace se snaží vést pacienta k větší pohyblivosti a ke zdravějšímu stravování. Jedna z informantek sestra Denisa uvedla: „*Během hospitalizace se snažím pacienty s vyšší vahou nabádat, aby se více hýbali, aspoň v rámci pokoje a všem pacientům, kteří mají vyšší hmotnost nastavujeme redukční dietu.*“ Málková (2016)

uvádí, že je důležitá motivace, která podpoří jedince jak ke změně, tak při snižování jeho hmotnosti. Z vlastní zkušenosti vím, že se v rámci pracovní činnosti na interním oddělení snažíme o edukaci, která se zaměřuje na snížení hmotnosti u pacientů s nadváhou či obezitou. Většinou takovým pacientům nastavujeme po dobu hospitalizace redukční dietu. Kelnarová et al. (2009) uvádějí, že redukční dieta je indikována u pacientů s obezitou. V rámci kvalitativního šetření všeobecné sestry uvedly, že by pacientům s nadváhou či obezitou doporučili pravidelnou stravu a nezapomněly ani na pohybovou aktivitu. Matoulek et al., (2020) charakterizují frekvenci pohybové aktivity pro prevenci obezity. Uvádějí 30 minut fyzické aktivity denně, tudíž 150 minut aktivity během jednoho týdne. Na druhé straně informanti uvedli, že si nejsou jistí, zda by jim všeobecná sestra mohla pomoci při redukci váhy. Nejčastějším očekáváním od sestry z pohledu informantů je profesionální přístup a upřímnost. Informanti dále uvedli, že by uvítali pomoc při snižování hmotnosti od lékařů a odborníků, například nutričního terapeuta. Müllerová, Haluzík et al., (2021) uvádějí, že při redukci vysoké hmotnosti je zapotřebí multidisciplinárního přístupu s pacientovou aktivní účastí. Ve svých odpovědích nezapomněli zmínit rodinu, která je mnohdy jejich největší podporou. Během statistického vyhodnocení H1 **nepotvrzujeme**.

Druhá hypotéza zní **H2: U jedinců s nadváhou a obezitou existují rozdíly v intrapersonálních stresorech**. Kaas, Olišarová (2018) intrapersonální stresory popisují jako vnější prvky, které působí na jedince, zařazujeme sem různé životní události a okolnosti, které lze těžko ovlivňovat. Hamplová (2018) ve své publikaci charakterizuje tabulku životních událostí. V tabulce jsou vybrány stresové životní události, kterou mají přiřazeny bodové ohodnocení. Křívohlavý (2008) popisuje intrapersonální vztahy jako vnitřní a individuální, které se týkají osoby jako jedince. Na základě této charakteristiky jsme k vyhodnocení hypotézy zvolili určité otázky. Otázka č. 6 se dotazovala našich respondentů, jak jsou spokojeni se svým psychickým stavem (viz Tabulka č. 1). Jedinci s nadváhou se cítí spokojeně z 100 (82,6 %) a spíše nespokojeně se cítí 9 (7,4 %). Obdobně jsou na tom i respondenti s obezitou. U obézních jedinců uvedli, že jsou spokojeni 66 (80,5 %) a nespokojenost vnímá 10 (12,2 %) respondentů s obezitou. Tato zpráva je pozitivní, kdy můžeme vidět určitou spokojenost s psychickým stavem na obou stranách. Nemůžeme říci, že by existoval rozdíl mezi respondenty dle BMI v tomto intrapersonálním stresoru. V rámci kvalitativního šetření informanti odpovídali nestejně. Například Petr uvedl, že spokojen není a ke své

odpovědi dodal: „*Uvědomuju si, že můj vzhled ovlivňuje i to, že nemám ženu a děti.*“ Na druhé straně je Monika a Jaroslav, kteří se mají rádi. Další otázka, kterou jsme zařadili k této hypotéze, je otázka č. 7. Zmapovali jsme, jak jsou respondenti s nadváhou či obezitou spokojeni se svým fyzickým stavem (viz Tabulka č. 2). Respondenti s nadváhou nám uvedli, že 49 (40,5 %) jsou spokojeni se svým fyzickým stavem a nespokojeně se cítí 46 (38,0 %) ze 121 dotazovaných s nadváhou. Oproti tomu obézní jedinci pouze uvedli, že 21 (25,6 %) jich je spokojeno, nespokojeno se svým fyzickým stavem je 38 (46,3 %) z 82 obézních respondentů. Informantka Jana nám sdělila, že raději tráví čas doma, protože nechce, aby svou pomalou chůzí někoho omezovala. „*Nechodím moc mezi lidi, raději jsem doma, protože se hned zadýchám a pak jsem nervózní, že na mě musí třeba čekat.*“ V rámci statistického vyhodnocení jsme nezjistili rozdíl mezi souborem nadváha a souborem obezita. Otázka č. 8 zjišťovala, jak jsou jedinci spokojeni se svým vzhledem (viz Tabulka č. 3). 46 (38,0 %) dotazovaných jedinců s nadváhou se cítí spokojeně se svým vlastním vzhledem a 43 (35,5 %) vnímá svůj vzhled nespokojeně. Respondenti s obezitou nám odpověděli, že 25 (30,5 %) je spokojeno a 34 (41,4 %) je nespokojeno se svým vzhledem. Podle mého názoru nespokojenost se vzhledem u obézních jedinců může souviset s velkou konstitucí. Nelze říci, že by jedna ze skupin respondentů byla spokojenější se svým vzhledem. Na základě kvalitativního šetření jsme se ptali informantů, jak vnímají svou vlastní konstituci. Informantka Monika nám uvedla, že jí hmotnost limituje ve výběru oblečení. „*Jak jsem říkala, nemůžu úplně nosit všechno oblečení. Nevypadám v tom prostě dobře.*“ Se vzhledem může nastat problém, a to diskriminace. Tapking et al., (2020) uvádějí ve svém článku, že diskriminace spojená s váhou může vést k dalšímu přibírání. Informantka Jana popsala, že kvůli své vysoké váze musela odejít ze zaměstnání. „*V předchozím zaměstnání jsem opravdu usilovala o povýšení, bohužel jsem dopadla, jak jsem dopadla, a ještě jsem nebyla prý dostatečně reprezentativní. Pracovní výstupy jsem měla v pořádku, ale vzhled mi snižoval body.*“ Kromě dopadu na fyzický vzhled sebou nadváha a obezita přináší určitá zdravotní rizika (viz Tabulka č. 4). Müllerová, Haluzík et al., (2021) uvádějí ve svém článku, že při výskytu obezity se nejčastěji objevuje kardiovaskulární, renální a muskuloskeletární poškození. Také uvedli, že není výjimkou syndrom spánkové apnoe. Podle odpovědí, které nám respondenti uvedli můžeme říci, že jedinci s nadváhou jsou spokojenější se svým zdravotním stavem více než respondenti s obezitou. Během kvalitativního šetření nejvíce informanti uváděli, že jim jejich vysoká váha způsobuje potíže s dýcháním a bolesti pohybového aparátu. „*Bolesti kloubů a ta dušnost.*“ (Jaroslav). Borda et al.,

(2021) uvádějí, že vyšší váha může způsobovat onemocnění, které je charakteristické s přetížením kloubů. S tvrzením se ztotožňujeme. Jana dále uvedla: „*A když je teplo tak mám hrozně oteklé nohy.*“ „*Zadýchávám se, ale ptala jsem na to a je to při vyšší váze normální.*“ (Jana) Informant Petr uvedl, že má diagnostikovaný vysokým krevním tlakem. Zelenyté et al., (2021a) ve svém článku uvádějí, že obezita je často spojována s onemocněním hypertenze. S tím to tvrzením se ztotožňujeme.

V rámci dotazníkového šetření jsme se dotazovali respondentů na zaměstnání, které vykonávají. Otázka č. 17, která mapovala spokojenost respondentů se zaměstnáním (viz Tabulka č. 8). Jedinci s nadváhou nejčastěji odpověděli, že jsou spokojeni ve svém stávajícím zaměstnání, a to 84 (84,0 %) a nespokojení vnímá pouze 2 (1,6 %) ze 100 dotazovaných. Obézní jedinci byli s výběrem odpovědi podobní, také uvedli, že pocítují spokojení, a to 38 (85,8 %) a nespokojení cítí pouze jeden (1,8 %) obézní respondent z 56. Nelze v tomto typu stresoru potvrdit rozdíl mezi souborem nadváha a obezita. Informanti, kteří se zúčastnili kvalitativního výzkumu měli obdobnou otázku. „*Dělám sekretářku, takže jsem celou pracovní dobu u počítače.*“ (Monika). Petr podobně jako Monika uvádí, že má sedavé zaměstnání. „*Jinak v práci sedím u pásu, takže je to v pohodě.*“ Výzkum byl směřovaný na respondenty s nadváhou a obezitou, proto další otázka č. 38 zjišťovala, zda se jedinci snaží o redukci hmotnosti (viz Graf č. 17). Jedinci s nadváhou odpovídali v poměrně podobných číslech. Snížit váhu se snaží 46 (38,0 %) jedinců s nadváhou a 43 (35,5 %) dokonce opakovaně. O snížení váhy nemá zájem ze strany respondentů s nadváhou 32 (26,4 %). Jak můžeme vidět většina respondentů má zájem bojovat se svojí hmotností. Obézní jedinci ve většině případů snaží změnit svou váhu opakovaně, a to 37 (45,1 %) z celkového počtu 82, což shledáváme jako pozitivní zjištění. Také v rámci kvalitativního výzkumu jsme zjistili, že mají informanti zájem o redukci váhy. „*Jen bych chtěla zhubnout abych mohla nosit šaty, tilka a tak.*“ (Monika). Otázka č. 39 navazuje na předchozí otázku a mapovala, jaká byla úspěšnost jejich dosavadní redukce váhy (viz Tabulka č. 19). U jedinců s nadváhou odpovědi značí, že vnímají jejich redukci hmotnosti pozitivně, ale i negativně. Pozitivní zjištění je, že většina respondentů vnímá svou redukci hmotnosti za úspěšnou, a to 49 (55,0 %) z celkového počtu 82. Neúspěšnou redukci jedinci s nadváhou pocítuje 28 (31,5 %). Mezi obézní respondenty, kteří vnímají úspěšnou redukci své hmotnosti řadíme 21 (38,9 %) a neúspěšnou 31 (57,4 %). Můžeme vidět, že většina obézních respondentů uvedla neúspěšnou redukci hmotnosti. Z pohledu prevence je důležité, že si respondenti

uvědomují, že dosavadní snaha o redukci hmotnosti není úspěšná. Svačina et al., (2018) popisují, že je podstatné si uvědomit, že prevence obezity je mnohem jednodušší než samotná léčba. Dále Svačina et al., (2018) uvádějí, že v rámci preventivních prohlídek u praktického lékaře by měl být každý jedinec minimálně zvážen a změřen. Při výskytu neúspěšné redukci hmotnosti by bylo vhodné vyhledat odbornou pomoc, která by byla schopná pohlídat snižování hmotnosti za pomoci měřících metod. Kunešová (2009) uvádí, že k upřesnění obsahu tuku v těle je důležité využití složitějších technik. Přičemž Cachero et al., (2021) popisují, že snížení hmotnosti příznivě ovlivňuje kardiovaskulární systém, konkrétně krevní tlak a zvýšený cholesterol. U obézních jedinců by mělo snížení hmotnosti probíhat pod odborným dohledem. Cachero et al., (2021) dále uvádějí, že redukce hmotnosti s lékařským dohledem má větší úspěšnost. Málková (2016) uvádí, že je podstatné změnit komplexně životní styl. Během statistického vyhodnocení můžeme potvrdit rozdíl mezi skupinami. Respondenti s nadváhou vnímají redukci své hmotnosti úspěšněji než obézní respondenti. Na základě celkového hodnocení výsledků vztahujících se k H2, **nelze hypotézu potvrdit.**

Třetí stanovená hypotéza zní **H3: U jedinců s nadváhou a obezitou existují rozdíly v extrapersonálních stresorech.** Kaas, Olišarová (2018) charakterizují extrapersonální stresory podobně jako intrapersonální, a to jako prvky, které působí zvenčí. V rámci této charakteristiky jsme k vyhodnocení hypotézy zvolili určité otázky. Otázka č. 18 zjišťovala, zda mají respondenti nějaké problémy při pracovní činnosti, konkrétně při zaměstnání, které vykonávají (viz Tabulka č. 9). Ve většině případů obě skupiny zvolily, že omezení v práci nepocítují. Všichni dotazovaní respondenti bez ohledu na skupinu dle BMI nejvíce pocítují bolesti kloubů. Nelze říci, že by existoval rozdíl mezi skupinami dle BMI v určeném stresoru. Nemůžeme potvrdit, že jedna ze skupin by měla častější překážky v zaměstnání. Poslední otázkou, kterou jsme zvolili, je otázka č. 42. Zmapovali jsme, zda respondenti prožili v poslední době nějakou závažnou situaci (viz Graf č. 18). Jedinci trpící nadváhou odpověděli, že 93 (76,9 %) z celkové počtu 121 neprožilo v poslední době žádnou závažnou situaci. Obézní respondenti ve svých odpovědích byli vyrovnání. Závažnou situaci prožilo 38 (46,3 %) a „ne“ uvedlo 44 (53,7 %) z 82 respondentů s obezitou. Xiao et al., (2020) uvádí, že vznik obezity může také ovlivnit přítomný stres. Můžeme zde potvrdit rozdíl mezi nadváhou a obezitou. V rámci kvalitativního šetření jsme zaznamenali, že někteří informanti uvedli stresovou situaci, při které došlo ke změně jejich hmotnosti. Monika, nám uvedla, že během studia na

vysoké škole přibrala. V průběhu statistického vyhodnocení bylo zjištěno, že na základě otázek nemůžeme jednoznačně H3 **potvrdit či vyvrátit**.

Na základě realizovaného šetření můžeme konstatovat, že zúčastnění jedinci vnímají dopady nadváhy a obezity negativně. Respondenti nejčastěji uváděli bolesti zad a nohou, dále problémy s dýcháním.

7 ZÁVĚR

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

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

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

V rámci analýzy kvalitativních dat z rozhovoru s jedinci trpícími nadváhou a obezitou bylo identifikováno 7 kategorií a 13 podkategorií a v případě všeobecných sester 4 kategorie a 8 podkategorií. Na základě kvalitativního výzkumu jsme mohli zjistit, že informanti uvedli problémy s vyšší váhou, a to potíže s dýcháním a bolesti nohou. Dále jsme měli možnost zjistit, že se u dotazovaných jedinců objevuje snížená spokojenost se sebou samým. U jedinců s nadváhou a obezitou jsme mohli zaznamenat, že se orientují v rizicích, které ovlivňují vznik nadváhy a obezity. Nejčastěji zmiňovaným problémem bylo špatně nastavené stravování.

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

8 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ABBAS, A. M. et al., 2020. *The mutual effects of COVID-19 and obesity*. [online]. PMC. [cit. 2021-07-05] Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7202807/?fbclid=IwAR2T-39UPGtjmOqcSmwoXLArQZjDtNrqzPHR2QwHlIDYRtjEnXpad8d_IHg#bib8

ADÁMKOVÁ, V. et al., 2009. Výživa a obezita. In: ADÁMKOVÁ, V. et al., *Obezita příčiny, typy, rizika, prevence a léčba*. Brno: Facta Medica. s. 23-35. ISBN 978-80-904260-5-4.

ADÁMKOVÁ, V. 2018. Obezita a kardiovaskulární komplikace. In: TEPLAN, V. et al., *Obezita a ledviny*. Praha: Mladá fronta. s. 118- 129. ISBN 978-80-204-4745-6.

ADÁMKOVÁ, V. SUCHÁNEK, P., 2009. Obezita a pohyb. In: ADÁMKOVÁ, V. et al., *Obezita příčiny, typy, rizika, prevence a léčba*. Brno: Facta Medica. s. 41–65. ISBN 978-80-904260-5-4.

ARCHALOUSOVÁ, A., 2003. Přehled vybraných ošetrovatelských modelů. Hradec Králové: Nucleus HK. 99 s. ISBN 80-86225-33-x .

BÁRTLOVÁ, S., (2009a). Techniky sběru dat v kvantitativních a kvalitativních výzkumech. In: BÁRTLOVÁ, S. et al., 2009, *Výzkum a ošetrovatelství*. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. s. 82-123. ISBN 978-80-7013-467-2.

BÁRTLOVÁ, S., (2009b). Zpracování kvalitativních dat. In: BÁRTLOVÁ, S. et al., 2009, *Výzkum a ošetrovatelství*. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. s. 125- 128. ISBN 978-80-7013-467-2.

BAILÉN, M. et al., 2020. *Microbiota features associated with a high-fat/ low-fiber diet in healthy adults*. [online]. *Frontiers in nutrition*. [cit. 2020-12-12] Dostupné z: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnut.2020.583608/full>

BORDA, G. M. et al., 2021. *Body mass index, performance on activities of daily living and cognition: analysis in two different populations*. [online]. *BMC Geriatrics*. [cit. 2021-03-25] Dostupné z: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-021-02127-8>

BOŽENSKÝ, J. PROCHÁZKA, B., 2020. Obezita dětí a dospívajících aneb co dělat s obézním dítětem. Časopis lékařů českých. [cit. 2020-02-07]. 159. č. 3-4. s. 111- 118. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2020-3-4-1/download?hl=cs#page=37>

CACI, G. et al., 2020. COVID-19 and Obesity: Dangerous Liaisons. [online]. BMC Geriatrics. [cit. 2021-07-05] Dostupné z: https://www.mdpi.com/2077-0383/9/8/2511?fbclid=IwAR0dzGtGRIkp3E-oqrVoreHOeeElpyUi-Z9_ljjogALi_XTExQL1E1Ofu7Y

CACHERO, K. et al., 2021. Efficacy and safety of clinically managed weight loss programs: a systematic review and meta-analysis protocol. [online]. BMC. [cit. 2021-08-05] Dostupné z: <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-021-01750-1>

CASPERSON, S, L. et al., 2021. Consumption of a Variety of Vegetables to Meet Dietary Guidelines for Americans Recommendations Does Not Induce Sensitization of Vegetable Reinforcement. [online]. The Journal of Nutrition. [cit. 2021-07-05] Dostupné z: <https://academic.oup.com/jn/article/151/6/1665/6184171>

CIEMINS, E, L. et al., 2020. *Diagnosing obesity as a first step to weight loss: an observational study*. [online]. The obesity society. [cit. 2020-12-12] Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/oby.22954>

ČEŠKA, R. et al., 2015. *Interna*. 2. Vydání. Praha: Triton. 909 s. ISBN 978-80-7387-885-6.

DERDERIAN, CH, S. et al., 2020. *Influence of weight loss on obesity-associated complications after metabolic and bariatric surgery in adolescents*. [online]. The obesity society. [cit. 2020-12-12] Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/oby.23038>

DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M. et al., 2018. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada. 314 s. ISBN 978-80-271.2324-7.

DOLÁK, F. et al., 2017. Přístup pacientů k prevenci z pohledu všeobecných praktických lékařů. [online]. Praktický lékař. [cit. 2021-06-06]. 97(1). s. 31-35. Dostupné

z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=940d0464-e94b-4dc8-af5f-2780c5b25fa4%40sessionmgr103>

DOLEŽALOVÁ, K. et al., 2018. Moderní bariatrická a metabolická léčba. In: FRIED, M. et al. *Moderní trendy v léčbě obezity a diabetu*. Axonite. s. 87-112. ISBN 978-80-88046-15-8

FRIED, M., 2009. Léčba obezity a jejich komorbidit chirurgickými přístupy. In: MÜLLEROVÁ, D. et al. *Obezita - prevence a léčba*. Praha: Mladá fronta. s. 220- 239. ISBN 978-80-204-2146-3.

GADDE, K. et al., 2018. *Obesity: Pathophysiology and Management*. [online]. Journal of the American College of Cardiology. [cit. 2020-12-12] Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109717415841?via%3Dihub>

HAINER, V., (2011a). Obezita v historii lidstva. In: HAINER, V. et al. *Základy klinické obezitologie*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. s. 1-14. ISBN 978-80-247-3252-7.

HAINER, V., (2011b). Farmakoterapie obezity. In: HAINER, V. et al. *Základy klinické obezitologie*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. s. 277-300. ISBN 978-80-247-3252-7.

HAINER, V., BENDLOVÁ, B., 2011. Etiopatogeneze obezity. In: HAINER, V. et al. *Základy klinické obezitologie*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. s. 59-90. ISBN 978-80-247-3252-7.

HAINER, V., 2016. Klinické projevy a komplikace obezity. In: KUNEŠOVÁ, M. et al. *Základy obezitologie*. Praha: Galén. s. 3-6. ISBN 978-80-7492-217-6.

HALUZÍK, M., 2010. Tuk v organismu. In: SVAČINA, Š. et al. *Poruchy metabolismu a výživy*. Praha: Galén. ISBN 987-80-7262-676-2.

HALUZÍK, M., 2016. Obezita a diabetes mellitus 2. typu. In: KUNEŠOVÁ, M. et al. *Základy obezitologie*. Praha: Galén. s. 25- 28. ISBN 978-80-7492-217-6.

HALUZÍK, M. et al., 2020. Léčba obezity u pacientů s diabetem a bez diabetu: současné možnosti a perspektivy. *Časopis lékařů českých*. [cit. 2020-02-06]. 159. č. 3-4. s. 136-

140. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2020-3-4-1/download?hl=cs#page=37>

HERDMAN, H. 2013. *Ošetrovatelské diagnózy, definice a klasifikace 2012-2014*. Nanda International. s. 584. ISBN 978-80-247-4328-8.

HROMÁDKOVÁ, J., 2016. Léčebná tělesná výchova u těžkých stupňů obezity. In:

KUNEŠOVÁ, M. et al. *Základy obezitologie*. Praha: Galén. s. 119- 123. ISBN 978-80-7492-217-6.

KAAS, J. OLÍŠAROVÁ, V., 2018. Možnosti využití modelů Royové a Neumanové u generace 50+. In: TÓTHOVÁ, V. OLÍŠAROVÁ, V. *Využití koncepčních modelů v práci sestry v klinickém a komunitním ošetrovatelství*. Praha: NLN. s. 46-82. ISBN 978-80-7422-630-4.

KASALICKÝ, M., 2011. Bandáž žaludku. In: KASALICKÝ, M. et al. *Chirurgická léčba obezity*. Praha. s. 72-75. ISBN 978-80-254-9356-4.

KASTNEROVÁ, M., 2016. Etiopatogeneze civilizačních onemocnění. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. 162 s. ISBN 978-80-7394-621-0.

KELNAROVÁ, J. et al., 2009. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty - 1. ročník*. Praha: Grada. s. 244. ISBN 978-80-247-2830-8.

KHAN, E. et al., 2020. *Current practices of primary care doctors in managing adults with obesity: A narrative review*. [online]. Pakistan Journal of Medical and Health Sciences. [cit. 2021-06-06] Dostupné z: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85100038925&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&nlo=&nlr=&nls=&sid=362745d4c04fb62a69235793c856fe13&sot=b&sdt=b&sl=31&s=TITLE-ABS-KEY%28obesity+and+food%29&relpos=100&citeCnt=0&searchTerm=>

KOLEKTIV AUTORŮ, 2007. Výkladový ošetrovatelský slovník. Praha: Grada. Sestra (Grada). 568 s. ISBN 978-80-247-2240-5.

KUNEŠOVÁ, M., (2011a). Vyšetření v obezitologii. In: HAINER, V. et al. *Základy klinické obezitologie*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. s. 163-179. ISBN 978-80-247-3252-7.

KUNEŠOVÁ, M., (2011b). Léčba obezity dietou. In: HAINER, V. et al. *Základy klinické obezitologie*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. s. 181-199. ISBN 978-80-247-3252-7.

KUNEŠOVÁ, M., 2009. Diagnostika obezity v dospělosti. In: MÜLLEROVÁ, D. et al. *Obezita - prevence a léčba*. Praha: Mladá fronta. s. 126- 129. ISBN 978-80-204-2146-3.

KUNEŠOVÁ, M., (2016a). Diety, hodnocení jídelníčku. In: KUNEŠOVÁ, M. et al. *Základy obezitologie*. Praha: Galén. s. 97-105. ISBN 978-80-7492-217-6.

KUNEŠOVÁ, M., (2016b). Klasifikace a diagnostika obezity. In: KUNEŠOVÁ, M. et al. *Základy obezitologie*. Praha: Galén. s. 9-15. ISBN 978-80-7492-217-6.

KUNEŠOVÁ, M. et al., 2020. Obézní pacient v ordinaci praktického lékaře. Časopis lékařů českých. [cit. 2021-06-06]. 159. č. 3-4. s. 104- 110. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2020-3-4-1/download?hl=cs#page=37>

KUNOVÁ, V., 2009. *Obezita-dieta pro zdravé hubnutí*. Praha: Forsapi. s. 100. ISBN 978-80-87250-04-4.

KRUSOVÁ, D., 2019. Obezitologie. In: SOUČEK, M. et al., 2019. *Vnitřní lékařství v kostce*. Praha: Grana. s. 328-331. ISBN 978-80-271-1095-7.

KŘÍŽOVÁ, J., 2017. Diabetes mellitus. In: ZLATOHLÁVEK, L. et al., 2017. *Interna pro bakalářské a magisterské obory*. Praha: Current Media. s. 79-92 ISBN 978-80-88129-23-3.

LECUBE, A., LÓPEZ-CANO, C., 2019. *Obezity, a Diet-Indiced Inflammatory Disease*. [online]. Nutrients. [cit. 2020-12-12] Dostupné z: <https://www.mdpi.com/2072-6643/11/10/2284/htm>

LUCK-SIKORSKI, C., BERNARD, M., 2020. *Stigmatisierung und Diskriminierung von Patient innen mit Adiposita*. [online]. Springer Link [cit. 2021-06-06] Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00278-020-00475-1>

LUNNEY, M., 2013. Ošetrovatelské hodnocení, klinické posouzení a ošetrovatelské diagnózy: jak stanovit přesné diagnózy. In: HERDMAN, H. Ošetrovatelské diagnózy,

definice a klasifikace 2012-2014. Nanda International. s. 75-95. ISBN 978-80-247-4328-8.

MÁLKOVÁ, I., 2016. Aplikace kognitivně- behaviorálního přístupu v terapii obezity. In: KUNEŠOVÁ, M. et al. *Základy obezitologie*. Praha: Galén. s. 131- 136. ISBN 978-80-7492-217-6.

MATOULEK, M. KOUBKOVÁ, N., 2018. Fyzická aktivita v léčbě obezity. In: FRIED, M. et al. *Moderní trendy v léčbě obezity a diabetu*. Axonite. s. 33-40. ISBN 978-80-88046-15-8.

MÜLLEROVÁ, D., (2009a). Etiologické determinanty obezity v dospělosti: životní styl, životní prostředí, biologické a farmakologické činitele. In: MÜLLEROVÁ, D. et al. *Obezita - prevence a léčba*. Praha: Mladá fronta. s. 121- 125. ISBN 978-80-204-2146-3.

MÜLLEROVÁ, D., (2009b). Léčba a prevence obezity dietoterapie v dospělosti. In: MÜLLEROVÁ, D. et al. *Obezita - prevence a léčba*. Praha: Mladá fronta. s. 141- 167. ISBN 978-80-204-2146-3.

MÜLLEROVÁ, D., 2020. Nutriční aspekty léčby obezity a jejích metabolických komplikací. [online]. Časopis lékařů českých. [cit. 2020-06-06]. 159. č. 3-4. s. 125- 130. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2020-3-4-1/download?hl=cs#page=37>

MÜLLEROVÁ, D., 2018. Nutrice obézních. In: FRIED, M. et al. *Moderní trendy v léčbě obezity a diabetu*. Axonite. s. 13-18. ISBN 978-80-88046-15-8.

MÜLLEROVÁ, D., AUJEZDSKÁ, A., 2014. *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. Praha: Karolinum. 256s. ISBN 978-80-246-2510-2.

MÜLLEROVÁ, D., HALUZÍK, M. et al., 2021. Společné stanovisko odborných společností k farmakologické léčbě obezity. [online]. Praktický lékař. [cit. 2021-06-06]. 101(1). s. 32-47. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=b6ac7c72-42b4-405a-91b1-16dcb93e807d%40pdc-v-sessmgr02>

NEUMAN, B., 1989. The Neuman nursing process format Adapted to a family case study. In: Riehl, J. P. et al. *Conceptual models for nursing practice*. Norwalk: Appleton & Lange, pp. 49-62.

NEUMAN, B., 1997. The Neuman System Model: Reflections and Projections. *Nursing Science Quarterly*. (10) 1. 18-21 s. ISSN 08943184.

NEUMAN, B., 2011. The Neuman Systems Model. In: NEUMAN, B., FAWCETT, J. *The Neuman Systems Model*. Fifth edition. Pearson. s. 3-33. ISBN 973-0-13-514277-6.

NEUMAN, B., 2017. Brief Chronology of the Development of the Neuman Systems Model. *Neuman Systems Model*. [online] [cit. 2021-07-03]. Dostupné z: <http://www.neumansystemsmodel.org/history.htm>

NOVÁK, J., 2009. Prevence a léčba obezity fyzickou aktivitou. In: MÜLLEROVÁ, D. et al. *Obezita - prevence a léčba*. Praha: Mladá fronta. s. 169-181. ISBN 978-80-204-2146-3.

NOVOTNÝ, J. et al., 2011. Jiná metabolická onemocnění. In: SOUČEK, M. et al. *Vnitřní lékařství*. Brno: Grana. s. 986-1010. ISBN 978-80-210-5418-9.

OMAR, S. J. et al., 2021. *Regular swimming exercise improves metabolic syndrome risk factors: a quasi-experimental study*. [online]. *BMC Sport Science, Medicine and Rehabilitation*. [cit. 2021-07-05] Dostupné z: <https://bmcsportsscimedrehabil.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13102-021-00254>

PAVLÍKOVÁ, S., 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 107 s. ISBN 80-247-1211-3

PICHLEROVÁ, D., 2016. Obezita-diagnostika a léčba v ordinaci praktického lékaře. [online]. *Medicína pro praxi*. [cit. 2020-12-12] Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2016/04/11.pdf>

RODRÍGUEZ, M. Á. et al., 2020. Exercising in times of COVID-19: what do experts recommend doing within four walls? [online]. *PMC*. [cit. 2021-07-05] Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7142674/>

SADÍLKOVÁ, A. et al., 2020. Úloha nutričního terapeuta v péči o obezitu. [online]. *Časopis lékařů českých*. [cit. 2020-06-06]. 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>

SENEFELD, J., JOYNER, M., 2020. *Strength-Endurance Training Classes, Health Benefits and Injury Rates of an Emerging Cornerstone of Physical Activity*. [online]. Mayo clinic. [cit. 2020-12-12] Dostupné z: [https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196\(20\)30070-7/fulltext](https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(20)30070-7/fulltext)

SETCHEL, J. et al., 2015. Weight stigma in physiotherapy practice: Patient perceptions of interactions with physiotherapists. [online]. Scopus. [cit. 2021-07-03] Dostupné z: [https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025712517301335?via%3Dihub](https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84951573524&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&nlo=&nlr=&nls=&sid=3f9cb111a604315eda40b0eb5163eb5a&sot=b&sdt=b&sl=42&s=TITLE-ABS-KEY%28obesity+and+physiotherapist%29&relpos=136&citeCnt=24&searchTerm=SMETHERS, A., ROLLS, B., 2018. Dietary Management of Obesity: Cornerstones of Healthy Eating Patterns. [online]. Medical Clinics of North America. [cit. 2020-12-25] Dostupné z: <a href=)

84951573524&origin=resultslist&sort=plf-

f&src=s&nlo=&nlr=&nls=&sid=3f9cb111a604315eda40b0eb5163eb5a&sot=b&sdt=b&sl=42&s=TITLE-ABS-

KEY%28obesity+and+physiotherapist%29&relpos=136&citeCnt=24&searchTerm=

SMETHERS, A., ROLLS, B., 2018. *Dietary Management of Obesity: Cornerstones of Healthy Eating Patterns*. [online]. Medical Clinics of North America. [cit. 2020-12-25] Dostupné z:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025712517301335?via%3Dihub>

SLABÁ, Š. et al., 2020. Psychologické aspekty obezity. [online]. Časopis lékařů českých. [cit. 2020-07-03]. 159. č. 3-4. s. 118- 124. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2020-3-4-1/download?hl=cs#page=37>

SUCHARDA. P., 2018. Farmakoterapie obezity. In: FRIED, M. et al. *Moderní trendy v léčbě obezity a diabetu*. Axonite. s. 41-49. ISBN 978-80-88046-15-8.

SUCHARDA. P., 2016. Zdravotní rizika obezity a nemoci komplikující obezitu. In: KUNEŠOVÁ, M. et al. *Základy obezitologie*. Praha: Galén. s. 17-22. ISBN 978-80-7492-217-6.

SVAČINA, Š., (2010a). Prevence obezity a její vztah k dalším onemocněním. In: SVAČINA, Š. et al. *Poruchy metabolismu a výživy*. Praha: Galén. ISBN 987-80-7262-676-2.

SVAČINA, Š., (2010b). Terapie. In: SVAČINA, Š. et al. *Poruchy metabolismu a výživy*. Praha: Galén. ISBN 987-80-7262-676-2.

SVAČINA, Š., (2009). Komorbidity obezity u dospělých a jejich léčba konzervativními postupy. In: MULLEROVÁ, D. et al. *Obezita - prevence a léčba*. Praha: Mladá fronta. s. 201- 218. ISBN 978-80-204-2146-3.

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>

ŠONKA, K., 2016. Spánek a obezita. In: KUNEŠOVÁ, M. et al. *Základy obezitologie*. Praha: Galén. s. 49- 51. ISBN 978-80-7492-217-6.

ŠTICH, V., 2016. Pohybová aktivita v prevenci a léčbě obezity. In: KUNEŠOVÁ, M. et al. *Základy obezitologie*. Praha: Galén. s. 113- 116. ISBN 978-80-7492-217-6.

TAPKING, CH. et al., 2020. *Influence of Body mass index and gender on stigmatization of obesity*. [online]. *Obesity Surgery*. [cit. 2020-12-25] Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11695-020-04895-5>

TÓTHOVÁ, V. et al., 2009. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton. s. 159. ISBN 978-80-7387-286-1.

TÓTHOVÁ, V. OLIŠAROVÁ, V., 2018. Využití koncepčních modelů v práci sester v klinickém a komunitním ošetrovatelství. Praha: NLN. s. 196. ISBN 978-80-7422-630-4.

VANAKI, Z., RAFIEFI, H., 2020. *Application of Betty Neuman System Theory in Management of Pressure Injury in Patients Following Stroke*. [online]. *MEDSURG Nursing*. [cit. 2021-06-09] Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=16&sid=bfdd606e-9282-4d23-b57f-36a5bb2541c6%40sessionmgr102>

VRÁBELOVÁ, L., 2018. Monitorování fyziologických funkcí. In: DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M. et al., 2018. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada. s. 152-163. ISBN 978-80-271.2324-7

VRUBLOVÁ, Y., 2006. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelství*. Ostrava: VŠB - Technická univerzita Ostrava. s. 60. ISBN 80-248-1133-2.

Vyhláška č. 70/2012 Sb. o preventivních prohlídkách, 2021[online]. [cit. 2021-04-25]
Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-70>

VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-3420-0.

VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III*. Praha: Grada. 308 s. ISBN 978-80-247-9742-7.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2020. *Obesity and overweight*. [online]. World Health Organization. [cit. 2021-04-25] Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Zákon č. 201/ 2017 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), 2017. In: Sbirka zákonů České republiky, částka 72, s. 2065-2084. ISSN 1211-1244.

ZAKIEH, A., TABANDEH, S. 2017. *Application of the Betty Neuman systems model in the nursing care of patients/clients with multiple sclerosis*. [online]. Sage journals. [cit. 2021-06-09] Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2055217317726798>

ZELENÍKOVÁ, R., 2018. Klasifikační systémy v ošetrovatelství. In: PLEVOVÁ, I. et al., 2018. *Ošetrovatelství I. 2. přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. s. 192-214. ISBN 978-80-271-2326-1.

ZELENYTÉ, V. et al., (2021a). Body size perceptoin, knowledge about obesity and factors associated with lifestyle change among patients, health care professionals and public health experts. [online]. BMC Family practice. [cit. 2021-03-25] Dostupné z: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-021-01383-2>

ZELENYTÉ, V. et al., (2021b). Body size perception, knowledge about obesity and factors associated with lifestyle change among patients, health care professionals and public health experts. [online]. BMC Family practice. [cit. 2021-05-06] Dostupné z: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-021-01383-2>

ZLATOHLÁVEK, L. et al., 2017. *Interna pro bakalářské a magisterské obory*. Praha: Current Media. 487 s. ISBN 978-80-88129-23-3.

XIAO, Y. et al., 2020. *Chronic stress, epigenetics, and adipose tissue metabolism in the obese state*. [online]. BMC Nutrition and Metabolism. [cit. 2021-05-06] Dostupné z: <https://nutritionandmetabolism.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12986-020-00513-4>.

9 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Dotazník	105
Příloha 2 Záznamový arch rozhovoru pro nadváhu a obezitu	117
Příloha 3 Záznamový arch rozhovoru pro všeobecné sestry	119
Příloha 4 Informovaný souhlas	120

10 SEZNAM GRAFŮ A TABULEK

Graf 1 Rozdělení respondentů dle BMI na nadváhu a obezitu	36
Graf 2 Pohlaví respondentů	37
Graf 3 Rodinný stav	37
Graf 4 Děti	38
Graf 5 Charakteristika povolání z pohledu respondentů	44
Graf 6 Doba stávající povolání	45
Graf 7 Rozvržení týdenní pracovní doby respondentů	45
Graf 8 Počet hodin odpracovaných denně	46
Graf 9 Zájem o fyzickou aktivitu	48
Graf 10 Počet pokrmů během dne	49
Graf 11 Snídaně	49
Graf 12 Místo stravování	50
Graf 13 Způsob stravování	51
Graf 14 Preferované tekutiny	53
Graf 15 Pití alkoholu	54
Graf 16 Preferovaný alkohol	54
Graf 17 Snaha o redukci (snížení) hmotnosti	58
Graf 18 Závažná situace v posledních měsících	61
Graf 19 Návštěvnost obvodního lékaře	62
Graf 20 Hovoření o hmotnosti respondentů ze strany sestry	63
Tabulka 1 Spokojenost se svým psychickým stavem	38
Tabulka 2 Spokojenost se svým fyzickým stavem	39
Tabulka 3 Spokojenost se svým vzhledem	40
Tabulka 4 Spokojenost s celkovým zdravotním stavem	40
Tabulka 5 Spokojenost rodiny ke své osobě	41
Tabulka 6 Spokojenost s postojem (v zaměstnání, mezi přáteli) ke své osobě	42
Tabulka 7 Povolání respondentů	43
Tabulka 8 Spokojenost se zaměstnáním	47
Tabulka 9 Omezení, která ztěžují respondentům práci	47
Tabulka 10 Nejčastější hodina usínání	51
Tabulka 11 Počet hodin spánku	52

Tabulka 12 Čas posledního jídla.....	52
Tabulka 13 Konzumace zeleniny.....	55
Tabulka 14 Preferovaná úprava zeleniny.....	55
Tabulka 15 Konzumace ovoce.....	56
Tabulka 16 Preferovaná úprava ovoce.....	56
Tabulka 17 Kouření	57
Tabulka 18 Vážení	57
Tabulka 19 Hodnocení redukce hmotnosti	59
Tabulka 20 Důsledky úspěšné redukce hmotnosti.....	59
Tabulka 21 Důsledky neúspěšné redukce hmotnosti	60
Tabulka 22 Konkrétní závažná situace	61
Tabulka 23 Hovoření o hmotnosti respondentů ze strany lékařů	63
Tabulka 24 Seznam informantů s nadváhou a obezitou	68
Tabulka 25 Nadváha a obezita.....	68
Tabulka 26 Seznam všeobecných sester	75
Tabulka 27 Všeobecné sestry	75

Příloha I Dotazník

Vážená paní, vážený pane,

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

Prohlášení

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

Měl/a jsem možnost si vše řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase 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.

Vyplněním tohoto dotazníku souhlasím s účastí ve výše uvedeném výzkumu.

1. Jste?

a) Muž

b) Žena

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

.....

3. Kolik měříte?

Kolik vážíte?

..... cm

..... kg

4. Jste ženatý/vdaná?

a) Ano

b) Ne

5. Máte děti?

a) Ano

b) Ne

6. Se Svým psychickým stavem jsem?

a) Zcela spokojen/á

b) Spíše spokojen/á

c) Ani spokojen/á, ani nespokojen/á

d) Spíše nespokojen/á

e) Zcela nespokojen/á

7. Se Svým fyzickým stavem jsem?

a) Zcela spokojen/á

b) Spíše spokojen/á

c) Ani spokojen/á, ani nespokojen/á

d) Spíše nespokojen/á

e) Zcela nespokojen/á

8. Se Svým vzhledem jsem?

a) Zcela spokojen/á

b) Spíše spokojen/á

c) Ani spokojen/á, ani nespokojen/á

d) Spíše nespokojen/á

e) Zcela nespokojen/á

9. Se Svým celkový zdravotním stavem jsem?

a) Zcela spokojen/á

b) Spíše spokojen/á

c) Ani spokojen/á, ani nespokojen/á

d) Spíše nespokojen/á

e) Zcela nespokojen/á

10. S postojem rodiny ke Své osobě jsem?

a) Zcela spokojen/á

b) Spíše spokojen/á

c) Ani spokojen/á, ani nespokojen/á

d) Spíše nespokojen/á

e) Zcela nespokojen/á

11. S postojem (v zaměstnání, mezi přáteli) ke Své osobě jsem?

a) Zcela spokojen/á

b) Spíše spokojen/á

c) Ani spokojen/á, ani nespokojen/á

d) Spíše nespokojen/á

e) Zcela nespokojen/á

12. Jaké je Vaše hlavní povolání? (pokud Jste zvolili možnost starobní/invalidní důchodce, mateřská/rodičovská dovolená přejděte na otázku č. 19)

a) OSVČ

- b) V zaměstnání na zkrácený úvazek
- c) V zaměstnání na plný úvazek
- d) Mateřská dovolená
- e) Rodičovská dovolená
- f) Důchodce invalidní
- g) Důchodce starobní
- h) Jiné

13. Jak byste charakterizovali Svě povolání?

- a) Převážně sedavé
- b) Převážně fyzicky náročné
- c) Jiné.....

14. Jak dlouho pracujete ve stávajícím povolání?

- a) Méně než 1 rok
- b) 1-3 roky
- c) 4-7 let
- d) 8 a více let

15. Jaké je rozvržení Vaší týdenní pracovní doby?

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

d) Jiné

16. Kolik hodin denně v práci obvykle trávíte?

a) Méně než 8 hodin

b) 8-10 hodin

c) 12 hodin

d) 12 a více hodin

17. Se Svým zaměstnáním jsem?

a) Zcela spokojen/á

b) Spíše spokojen/á

c) Ani spokojen/á, ani nespokojen/á

d) Spíše nespokojen/á

e) Zcela nespokojen/á

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

a) Ano, prosím uveďte

b) Ne

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

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

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

- a) Ano
- b) Ne

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

	Procházky	Nordic walking	Plavání	Jízda na kole	Posilovna	Míčové hry	Jiné
Méně než 1 krát týdně							
1-2 krát týdně							

3-4 krát týdně							
5-6 krát týdně							
Každý den							
Aktivitě se nevěnuji							

22. Kolik pokrmů obvykle zařazujete během dne?

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

23. Snídáte?

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

24. Kde se nejčastěji stravujete?

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

25. Jak se nejčastěji stravujete?

- a) U televize
- b) V klidném prostředí u stolu

c) U počítače

d) V autě

e) Na ulici

26. V kolik hodin chodíte přibližně spát?

.....

27. Kolik hodin přibližně spíte?

.....

28. V kolik hodin konzumujete poslední jídlo?

a) V šest hodin večer

b) Mezi sedmou a osmou hodinou večerní

c) Poslední jídlo konzumuji po desáté hodině večerní

d) Jiné

29. Jaký druh tekutin preferujete?

a) Voda

b) Minerální voda

c) Slazené nápoje

d) Čaj

30. Pijete alkohol? Pokud alkohol nepijete překročte na otázku č. 32.

a) Ano, pravidelně

b) Ano, příležitostně

c) Ne, jsem abstinent/ka

31. Jaký druh alkoholu nejvíce pijete?

- a) Pivo
- b) Víno
- c) Destiláty
- d) Jiné

32. Jak často konzumujete zeleninu? Pokud zeleninu nekonzumujete překročte na otázku č. 34.

- a) Při každém jídle
- b) Jednou denně
- c) 2-3 týdně
- d) 4-5 týdně
- e) 6-7 týdně
- f) Zeleninu nekonzumuji

33. Jakou úpravu zeleninu preferujete?

- a) Syrová
- b) Dušená
- c) Grilovaná
- d) Smažená
- e) Jiné.....

34. Jak často konzumujete ovoce? Pokud ovoce nekonzumujete překročte na otázku č. 36.

- a) Při každém jídle
- b) Jednou denně
- c) 2-3 týdně
- d) 4-5 týdně
- e) 6-7 týdně
- f) Ovoce nekonzumuji

35. Jakou úpravu ovoce preferujete?

- a) Syrové
- b) Tepelně upravené
- c) Jiné

36. Kouříte?

- a) Ano, kolik cigaret denně
- b) Ne

37. Vážíte se pravidelně?

- a) Ano, pravidelně
- b) Ano, nepravidelně
- c) Ne, prosím uveďte důvod

38. Snažíte se o redukci (snížení) hmotnosti? Pokud ne, pokračujte na otázku č. 42.

- a) Ano, opakovaně
- b) Ano
- c) Ne

39. Svoji redukci hmotnosti hodnotím jako: (Pokud jste zvolili odpověď a, b - pokračujte prosím na otázku č. 40, následně na otázku č. 42. Pokud jste zvolili odpověď d, e - pokračujte prosím otázkou 41.)

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

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

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

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

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

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

a) Ano

b) Ne

43. Jaká?

a) Ztráta zaměstnání

b) Rozvod

c) Úmrtí v rodině

d) Potrat

e) Neshody s rodinou

f) Jiná

44. Chodíte pravidelně k obvodnímu lékaři?

a) Ano

b) Ne

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

a) Ano, jaký

b) Ne

46. Mluví s Vámi zdravotní sestra o Vaší hmotnosti?

a) Ano

b) Ne

Příloha 2 Záznamový arch rozhovoru pro nadváhu a obezitu

Jak byste charakterizovali nadváhu?

Jak byste charakterizovali obezitu?

Jaké jsou podle Vás příčiny vzniku nadváhy a obezity?

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

Popište mi, jak vnímáte svou konstituci (např. Váš tělesný vzhled, typ postavy):

Mohl/a byste popsat, co Vám vaše hmotnost přináší?

Jaký byl vývoj Vaší váhy? Kdy se začala Vaše hmotnost zvyšovat?

Jak vnímáte sebe sami?

Jak vnímáte chování Vaší rodiny k Vám?

Jak vnímáte situaci v práci/ve škole?

Od koho byste uvítali pomoc ohledně Vaší hmotnosti?

Jaké máte očekávání od lékaře při snižování hmotnosti?

Jaké máte očekávání od všeobecné (zdravotní) sestry při snižování hmotnosti?

Popište svůj zdravotní stav:

Co si myslíte, že z pohledu udržování přirozené tělesné hmotnosti by bylo motivační v primární prevenci?

Co si myslíte, že z pohledu udržování přirozené tělesné hmotnosti by bylo motivační v sekundární prevenci?

Co si myslíte, že z pohledu udržování přirozené tělesné hmotnosti by bylo motivační v terciální prevenci?

Co by podle Vás mohlo být motivační při snižování hmotnosti nebo u celkové změny životního stylu?

Co je podle Vás při dodržování režimových opatření nejnáročnější?
Jak se vyrovnáváte, když se setkáte s určitými předsudky v oblasti nadváhy a obezity?

Příloha 3 Záznamový arch rozhovoru pro všeobecné sestry

Jak byste charakterizovali nadváhu?

Jak byste charakterizovali obezitu?

Dokážete mi charakterizovat faktory, které způsobují nadváhu a obezitu?

Jak byste mi charakterizoval/a jedince trpícího nadváhou či obezitou?

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

Popište, jak byste postupovala u pacienta v primární prevenci nadváhy a obezity.

Popište, jak byste postupovala u pacienta, který trpí nadváhou či obezitou v sekundární prevenci.

Popište, jak byste postupovala u pacienta, který trpí nadváhou či obezitou v terciální prevenci

Informovaný souhlas

Vážená paní, vážený pane,

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

Prohlášení

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

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

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

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

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

V _____ dne: _____

Jméno, příjmení a podpis
studenta/studentky: _____

11 SEZNAM ZKRATEK

BMI – Body mass index

WHO – Světová zdravotnická organizace