

Edukace pacienta s obezitou

Mariana Kokorudz

Bakalářská práce
2018



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd
akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Mariana Kokorudz**
Osobní číslo: **H15033**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Edukace pacienta s obezitou**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti obezity a edukace.
Příprava metodiky výzkumné části.
Stanovení kritérií pro výběr respondentů.
Realizace výzkumu technikou dotazníku.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

DOLEČEK, Rajko, Leoš STŘEDA a Kateřina CAJTHAMLOVÁ. Nebezpečný svět kalorií: z pohledu tří lékařů. Vyd. 1. Praha: Ikar, 2013. ISBN 978-80-249-2113-6.

JUŘENÍKOVÁ, Petra. Zásady edukace v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.

KUNEŠOVÁ, Marie. Základy obezitologie. První vydání. Praha: Galén, 2016. ISBN 978-80-7492-217-6.

LEWIS, David a Margaret LEITCH. Obézní planeta: past zvaná obezita a jak z ní uniknout. Přeložila Hana ŠULÁKOVÁ. Praha: Naše vojsko, 2017. ISBN 978-80-206-1648-7.

STEELMAN, Michael a Eric WESTMAN. Obesity: evaluation and treatment essentials. Second edition. Boca Raton: CRC Press, Taylor and Francis Group, 2016. ISBN 978-14-822-6207-0.


TÓTHOVÁ, Valérie. Prevence obezity a nadváhy u romské minority v komunitním ošetrovatelství. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, 2016. ISBN 978-80-742-2467-6.

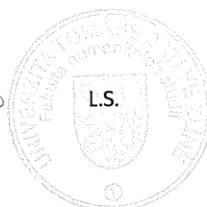
Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Anna Krátká, Ph.D.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **5. ledna 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce: **18. května 2018**

Ve Zlíně dne 5. ledna 2018


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

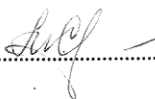
Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně dne 22. 02. 2018



¹⁾ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Oáprá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užití či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělků jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdělků dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Názvem bakalářské práce je Edukace pacienta s obezitou. Teoretická část je zaměřena na obezitu její příčiny, druhy, diagnostiku a komplikace, jež s ní souvisí, možnosti jejího ovlivnění a edukaci pacientů trpící touto chorobou.

Praktická část je zpracována pomocí kvantitativní studie za pomoci dotazníků, určených pro anonymní respondenty v ordinacích obezitologických pracovišť ve Zlíně a Brně. Dotazník je zaměřen na důvod příchodu pacientů do obezitologické ordinace, a jejich ohodnocení provedené edukace a informací, jež získali.

Klíčová slova: Obezita, edukace, všeobecná sestra, léčba, pacient

ABSTRACT

The subject of the bachelor thesis is the education of a patient with obesity. The theoretical part is focused on obesity, its causes, types, diagnostics and complications related to it, the possibilities of its influence and the education of patients suffering from this disease.

The practical part is elaborated using a quantitative study with the help of questionnaires designed for anonymous respondents in the obesity clinics in Zlín and Brno. The questionnaire is focused on patients' reasons visiting the obesity surgery, their rating of education and information they have received.

Keywords: Obesity, education, general nurse, therapy, patient

Ráda bych touto cestou vyjádřila své poděkování PhDr. Anně Krátké, Ph.D. za její cenné rady, postřehy a trpělivost při vedení mé bakalářské práce.

Obezita je nepříjemná adaptace organismu na prostředí s dostatkem potravy.

Rajko Doleček

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 OBEZITA	11
1.1 EPIDEMIOLOGIE (PREVALENCE) OBEZITY	11
1.2 ETIOLOGIE A PATOFYZIOLOGIE OBEZITY	12
1.2.1 Příčiny obezity	12
1.2.2 Druhy obezity.....	15
1.3 HODNOCENÍ OBEZITY	16
1.4 KOMPLIKACE.....	18
2 MOŽNOSTI OVLIVNĚNÍ OBEZITY	20
2.1 VÝŽIVA	20
2.2 POHYB.....	21
2.3 ŽIVOTNÍ STYL.....	22
2.4 FARMAKOLOGICKÉ OVLIVNĚNÍ	22
2.5 CHIRURGICKÁ LÉČBA	23
2.5.1 Restrikční operace.....	23
2.5.2 Malabsorpční operace	23
3 EDUKACE PACIENTŮ S OBEZITOU	25
3.1 DEFINICE A VYMEZENÍ POJMŮ V EDUKAČNÍM PROCESU	25
3.2 DĚLENÍ EDUKACE	26
3.3 FÁZE EDUKAČNÍHO PROCESU.....	27
3.4 CÍLE EDUKACE U OBÉZNÍHO PACIENTA	29
3.5 PRŮBĚH EDUKAČNÍHO PROCESU U OBÉZNÍHO PACIENTA	30
3.6 SPECIFIKA V EDUKACI OBÉZNÍHO PACIENTA.....	31
3.7 PREVENCE OBEZITY NA ÚZEMÍ ČESKÉ REPUBLIKY.....	32
II PRAKTICKÁ ČÁST	34
4 METODOLOGIE VÝZKUMU	35
4.1 CÍLE VÝZKUMU	35
4.2 METODA A TECHNIKA VÝZKUMU.....	35
4.2.1 Charakteristika dotazníkových položek	35
4.3 CHARAKTERISTIKA VZORKŮ RESPONDENTŮ	36
4.4 ORGANIZACE ŠETŘENÍ.....	36
4.5 ZPRACOVÁNÍ DAT.....	37
5 VÝSLEDKY VÝZKUMU	38
6 DISKUZE	71
ZÁVĚR	74
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	76
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	80
SEZNAM TABULEK	81
SEZNAM PŘÍLOH	84

ÚVOD

Obezita, je velkým zdravotním a společenským problémem, nejspíše každé hospodářsky vyspělé země. Mezi takové země, lze počítat i Českou republiku. Tento fakt má určité výhody, neznáme co je to hladomor, nebo nedostatek pitné vody, avšak stinnou stránkou je nadměrná konzumace tučných, sladkých či slaných pokrmů nebo nápojů. Dle posledních statistik vévodíme žebříčkům nejobéznějších národů Evropy. Obezita se jako nemoc označuje někdy od 60 let minulého století a zhruba od toho období, se vedou také první podrobnější statistiky a analýzy tohoto onemocnění. A právě k tomuto datu můžeme dát asi nejvýraznější srovnání, kdy u mužů v České republice (Československé republice) došlo k zúžení kategorie s normální vahou ze 49,7 % (r. 1976) na 29 % (r. 2016) (Česko v datech, 2018).

Jako viníka nadváhy či obezity v ČR bychom mohli označit tradiční českou kuchyni, která se vyznačuje těžkými jídly, bílým pečivem, knedlíky a koblihami, avšak to by bylo příliš snadné s ohledem na to, že tato kuchyně je pro nás typická dávno předtím, než takto značný nárůst obezity nastal. Problém bychom měli spíše hledat v nedostatku pohybu, který způsobuje, to že člověk má vyšší příjem energie než výdej a tím následně tloustne.

Problémem je často dostat samotné pacienty do specializovaných ordinací, v mnoha případech se stydí za svůj fyzický vzhled a snaží se zhubnout sami, což často praktikují nesprávnými postupy jako je hladovka, nesprávné cvičení. Tyto snahy mají často opačné výsledky oproti očekáváním. Je nutné, aby lidé pochopili, že obezita není jen problém estetický, ale zejména zdravotní a neměli by proto s návštěvou odborného pracoviště otálet. Při následné léčbě obezity je nutné s pacienty jednat velmi specificky, důkladně, avšak tak, aby se necítili nepříjemně, či zahanbeně a celá léčba neskončila první návštěvou ordinace.

Tato problematika mi přišla jako velmi zajímavá a proto jsem se jí rozhodla věnovat tuto bakalářskou práci. V teoretické části se zaměříme na obecné vysvětlení, co to je obezita, jaké jsou její příčiny, důsledky, následně se zastavujeme u možností jejího předcházení nebo ovlivnění a v poslední části se věnujeme způsobu léčby a edukaci pacienta ovlivněného obezitou.

Praktická část bude zaměřena na zjištění, jaké pohnutky přiměly respondenty k návštěvě specializovaného pracoviště, jakým způsobem s nimi bylo komunikováno, jaké informace se dozvěděli a zda tyto pokyny dodržují.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 OBEZITA

Obezita je choroba, při které dochází k zmnožení tělesné tukové tkáně v těle nad určitou přijatelnou úroveň. Takové to zmnožení je pro osobu nevhodné a zdraví neprospěšné. Jedním z problémů, je že mechanicky zatěžuje svým objemem celý statický a také dynamický aparát osoby, tento stav zabraňuje plnému nádechu. Dalším z problémů je celkové snížení fyziologických funkcí jedince. Organismus za této situace přestává plnit endokrinní a metabolické funkce a místo toho tvoří látky, jež ještě více destabilizují stav organismu jako systému (Müllerová, 2009, s. 17).

Toto onemocnění má velmi negativní účinek nejenom na délku života, ale zejména na jeho kvalitu. Obezita 1. stupně může vést ke zkrácení života cca o 3 roky. Taková těžká obezita může mít vliv na délku života i v řádu 10 let a v kombinaci s kouřením, zvýšeným krevním tlakem a jakoukoliv poruchou glukózové tolerance to může být i více. Prodloužit délku a kvalitu života a zabránit nebo oddálit vzniku komplikací, můžeme dosáhnout pomocí úspěšné léčby, a alespoň částečným hmotnostním úbytkem (Owen, 2012, s. 19).

1.1 Epidemiologie (prevalence) obezity

Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) bylo k roku 2016 vedeno přibližně 1,9 mld. lidí s nadváhou na celém světě a z této hodnoty přibližně 650 mil. populace s obezitou. V této době (2016) bylo na zemi kolem 7,47 mld. lidí, nadváhou trpěl tedy každý čtvrtý a obezitou každý jedenáctý člověk. Tato čísla jsou poměrně alarmující, jelikož se globální počet jedinců trpících nadváhou či obezitou zvýšil od roku 1975 trojnásobně. V reálných číslech tedy k roku 2016 trpí nadváhou téměř 40 % dospělých (40 % žen a 39 % mužů) a 13 % lidí je obézních (15 % žen a 11 % mužů) (Česko v datech, 2018).

Nadváha, či obezita nejsou problémem, který by se vytvořil během posledních 5 let. V kategorii BMI „nadváha“ se nachází většina mužské populace v ČR min. posledních 35 let. Počet mužů s „normální“ hmotností klesl od roku 1975 k současnosti o 21 % (viz příloha 1), obdobný průběh je viditelný i u ženské části populace (viz příloha 2). K roku 2016 bylo v ČR dle statistik vedeno 28,4 % populace s normální hmotností dle BMI, dále 44,1 % trpělo nadváhou a 27,3 % obezitou 1 – 3 stupně. To znamená, že se jedná o velkou část obyvatelstva, která trpí zvýšenou tělesnou hmotností (Česko v datech, 2018).

1.2 Etiologie a patofyziologie obezity

Ve snaze o správnou léčbu obezity je nutné určit příčinu vzniku této nemoci a je také nezbytné správné zařazení, dle jejího typu.

1.2.1 Příčiny obezity

Hlavními příčinami obezity jsou zejména dědičné předpoklady a vlivy prostředí, kterého jsme součástí. Kombinace těchto faktorů vede ke kladné energetické bilanci, která má nevyhnutelně za následek nahromadění tukové tkáně v těle. V praxi je možné oběma faktorům přiřadit 50 %. To značí, že v polovině případů jsme schopni obezitu ovlivnit. V případě, že rodiče a zejména prarodiče byli obézní, je poměrně velká pravděpodobnost, že v našich genech bude jistá predispozice k nadváze či obezitě. Často však za vznikem otylosti stojí jiné, nikoliv genetické onemocnění, častým příkladem je onemocnění štítné žlázy, avšak nemocí, způsobujících obezitu je velmi málo. Jen v 1 % všech případů obezity hraje roli onemocnění. Největší množství případů je zaviněno čistě nevyváženým příjmem a výdejem energie (Matoulek, 2017).

Nevyváženost příjmu a výdeje energie

Nadměrný příjem potravy – zejména zvýšený obsah tuků ve stravě. Tuky obsahují dvakrát větší energetickou hodnotu než bílkoviny nebo sacharidy. Ve velkém množství případů otlých pacientů je důsledkem obezity nepřiměřená konzumace potravin vzhledem k jejich energetickému výdeji. Obecně platí, že ne všichni potřebují k určitému výkonu stejné množství energie. Ten fakt se může projevovat i v závislosti na věku, kdy dochází k poruchám funkčnosti regulačních mechanismů. Zcela zvláštní skupinou jsou děti, u kterých je hlavním ovlivňujícím faktorem osobnost matky, jež rozhoduje o způsobu výživy a stravovacím režimu dítěte od samého počátku jeho života. Velmi zásadní prevencí proti obezitě je kojení, jelikož umělá výživa může vést k překrmování dítěte (Kunešová, s. 435, 2004).

Genetika

Naše geny může ovlivňovat množství tělesného tuku, jež ukládáme a také to, ve které části těla bude tento tuk ukládán. Genetická výbava může také sehrát velkou roli zejména v tom, do jaké míry je tělo schopno spalovat kalorie při fyzické námaze nebo cvičení. Je také prokázán gen tvořící látku leptin, která do značné míry ovlivňuje skrze mozkové centrum přijímání potravy a také výdej energie. Za situace že tvorba této látky je geneticky ovlivněna

může docházet u takového jedince ke vzniku obezity (Gregora a Zákostecká, 2014, s. 144; Mayo Clinic, 2015b).

Míra aktivity jedince

V případě, že jedinec nepatří mezi příliš pohybově aktivní, je jasné, že jeho tělo nebude spalovat tolik kalorií. Jasným příkladem může být sedavý životní styl či zaměstnání, u kterého může snadno dojít k příjmu většího množství kalorií než má možnost tělo spotřebovat. Výsledkem takového způsobu života může být vznik nadváhy či dokonce obezity. Sedavé zaměstnání ovšem neznamená, že je jen otázkou času než se u vás obezita projeví. Jednoduchou prevencí může být cesta do práce či školy za využití kola či chůze, omezení využívání výtahů (Hainer, 2016, s. 6; Mayo Clinic, 2015a).

Nezdravá strava

O nevhodném stravování či samotných potravinách by se toho mohlo napsat mnoho, zde budou zmíněny pouze nejzákladnější problémy spojené s nadváhou a otylostí.

Lidé mají zpravidla velmi kladný vztah k jídlu a v určitých fázích života jej někteří mohou považovat za jediný smysl života. Právě tento stav může vést k vědomému přejídání v závislosti na pocitu chuti k jídlu (Hainer, 2011, s. 182 – 183).

Zpravidla největší a nejčastější chybou, které se lidé dopouští, je přesvědčení, že vynechávání snídaně je v pořádku nebo, že se takovýmto postupem může dokonce hubnout, ale opak je pravdou. Jedinci přicházejí do školy, či práce hladoví a energii, jež je potřeba k práci a studiu, odebírají z tukových zásob. Následně je jejich prvním jídlem dne teprve oběd, z něhož si lidský organismus uloží mnohem více do zásoby, než kdyby stravovací návyk obsahoval snídani nebo i svačinu (Gregora a Zákostecká, 2014, s. 144 – 145).

Rychlá občerstvení nebo také Fast Foody jsou v posledních letech velmi diskutovaným tématem a to zejména jejich vliv na nárůstu obezity. Světová zdravotnická organizace zjistila, že ve vztahu stravování v rychlém občerstvení a BMI (Body Mass Index) je jasná spojitost. V praxi to značí, že čím větší množství rychlých občerstvení v daném místě, tím je zjištěna vyšší hodnota BMI obyvatelstva jako takové (Lewis a Leitch, 2017, s. 217).

Právě počet jídel v průběhu dne je zcela zásadní, proto bychom měli sobě a zejména našemu tělu dopřát luxus v podobě základní pětky. Základní pětkou je myšleno požití pěti nebo

i více jídel denně, vhodně doplněné o ovoce a zeleninu. Důležité je také omezovat slazené nápoje a nahrazovat je vodou, čajem anebo mlékem (Mayo Clinic, 2015a).

Vliv nemocí na obezitu

V některých případech může být obezita odůvodněna lékařsky, třeba v případě Prader-Williho syndromu. To je velmi vzácné genetické onemocnění, jehož znaky jsou nezvladatelná chuť k jídlu, hypogonadismus, mírná mentální retardace a obezita. Anebo za obezitou může být Cushingův syndrom – onemocnění štítné žlázy (hypofunkce) a další stavy.

V případě, že se nejedná o vrozenou či genetickou poruchu, může se jednat o omezení spojené se stárnutím. Jedním z nejčastějších je artritida, která může mít za následek snížení pohybové aktivity, s čímž je spojené následné zvýšení hmotnosti jedince (Mayo Clinic, 2015b; Prader-willi, [b.r.]).

Obezita za přispění medikamentů

V některých případech mohou za navýšení tělesné hmotnosti i léky, pokud takovéto medikamenty, u kterých je předpoklad nárůst hmotnosti, nevyvažujeme dostatečným cvičením nebo dietou. Léky mohou způsobit nárůst hmotnosti řadou mechanismů: stimulací chutě k jídlu (antipsychotika, antiepileptika, glukokortikoidy, steroidy), snížení energetického výdeje (beta blokátory, glukokortikoidy, některá antipsychotika) a aktivace lipogeneze (inzulín) (Mayo Clinic, 2015b; Hainer, 2016, s. 4).

Další faktory vzniku otylosti

Těhotenství – v průběhu těhotenství se nezbytně zvyšuje hmotnost ženy. V některých případech je ovšem složitý návrat k původní hmotnosti či sníženému příjmu potravy, což má za následek rozvoj obezity u žen.

Kouření – ukončení návyku kouření má také často za následek zvýšení hmotnosti. Z dlouhodobého hlediska však ukončení kouření má stále větší přínos pro zdraví, než pokračování v tabákovém zlovyku.

Spánek – nedostatek spánku nebo přílišné spaní mohou způsobit změny hormonů, které zvyšují chuť k jídlu (Mayo Clinic, 2015b).

1.2.2 Druhy obezity

V praxi se můžeme setkat s dvěma typy obezity a to: hypertrofickou a hyperplastickou. I přes obezitu, je u některých jedinců počet tukových buněk (adipocytů) normální, avšak tyto buňky se mohou začít zvětšovat za situace, kdy se jim dostává přebytečná energie. V takovém případě mluvíme o hypertrofické obezitě. Tento typ obezity je do jisté míry „lepší“ než hyperplastický. U něhož dochází ke zmnožení a zvětšení tukových buněk. U takové obezity se počet tukových buněk nesníží při hubnutí. Buňky jenom splasknou a budou čekat, až se jedinec přejí a tím dodá více tuku než obvykle. Častěji jsou ohroženi mladí jedinci, překrmované děti, kojenci a batolata, také těhotné ženy. Proto by si rodiče měli uvědomit rizika překrmování, aby nedošlo k celoživotnímu problému (Ježek a Revue, 2007).

Další dělení obezity je na androidní a gynooidní. Androidní typ (jablko) - postihuje zejména muže. Tato forma je charakteristická uložením tukové tkáně v oblastech horní poloviny těla a břicha. V zásadě je tato forma otylosti spojena s nárůstem rizika kardiovaskulárního onemocnění. Pro případ, že tímto typem je zasažena žena, tak se riziko zdravotní komplikace zvyšuje. Gynooidní typ (hruška) – je typický pro ženskou populaci. V tomto případě je tuková tkáň soustředěna v oblasti hýždí a boků. Tento druh obezity není v lékařství považován, za až tak rizikový v porovnání s androidním typem (Adámková et al., 2009, s. 18).

Dělení dle etiopatogeneze

Nelze však otylost dělit pouze na základě vizuálního hlediska. Je také nutné vzít v potaz skutečnost, že v etiopatogenezi obezity jsou uplatněny i další faktory, dle kterých je nutné otylost specificky zařazovat, namísto zahrnutí do pojmu běžné obezity.

Běžná obezita

Je podmíněna multifaktoriálně zvýšenou hereditární nákloností k otylosti. Jedná se o 90 % veškerého výskytu obezit.

Obezita navozená léky

Tento druh se vyskytuje v čím dál větší míře, a to s ohledem na zvýšené předepisování léků, jež ovlivňují schopnost regulace tělesné hmotnosti, anebo přímo adipogenezi v tukové tkáni.

Endokrinně podmíněná obezita

Tato forma je výsledkem charakteristického projevu endokrinního onemocnění (obezita u Cushingova syndromu) nebo může provázet onemocnění, ale nebýt jeho specifickým symptomem (obezita u hypotyreózy).

Monogenní obezity

Jde o velmi vzácné onemocnění, které se vyznačuje těžkou obezitou a to i v časném dětství, jejíž vznik je zapříčiněn mutací jednoho z genů.

Syndromy provázané s obezitou

Jedná se o poměrně vzácné mendelovsky dědičné onemocnění, jež jsou provázena celou řadou charakteristických vrozených defektů.

Otylost zapříčiněná jinými patogenetickými faktory

Nevhodná doba spánku, adenovirové infekce, cílený výběr partnerů atd. (Hainer, 2011, s. 59).

1.3 Hodnocení obezity

Jedna z metod, kterou se definuje stav výživy pacienta, je tzv. ABCD přístup, kde je:

- A) Antropometrické měření, jež poskytuje informaci o složení a hmotnosti těla.
1. Hmotnostní index (Body Mass Index – BMI).
 2. Měření kožní řasy – definuje množství tuku v těle, je měřeno speciálním kaliperem.
 3. Obvod svalů ramena (OSR) – je indikátorem tělových proteinových rezerv, měří se kožní řasa nad m. triceps. K vyhodnocení je využito rovnice: $OSR = OR$ (odvod ramene v mm – $3,14 \times$ kožní řasa nad m. triceps). Průměrná hodnota u dospělého jedince nad 25 let je 319 – 322 mm v případě muže a 277 – 299 u ženy.
- B) Biochemické údaje sledují laboratorní hladiny určitých látek a metabolitů, dle nichž je možné určit některé z poruch výživy. Jedná se především o hemoglobin a hematokrit, transferin, sérový albumin, kreatin či dusíkovou bilanci.
- C) Klinické příznaky se zabývají změnami kůže, vlasů, očí, sliznic, jazyka, ale také kardiovaskulárního systému, hmotnosti, vitality, či změn v nervovém systému.
- D) Anamnéza stavu výživy obsahuje údaje o stravovacích návycích pacienta, omezeních, preferenci jídel, konzumaci vitamínů a minerálů, fyzické aktivitě atd. (Staňková, 2009).

Hmotnostní index – BMI (Body mass index)

Tento index je využíván jako základní kritérium pro diagnostiku obezity. Tímto způsobem lze velmi často poukázat na problematiku nadváhy, či otylosti zejména při preventivních prohlídkách u lékaře. Touto metodou se index určí pomocí rovnice $\text{hmotnost (kg)}/\text{výška(m)}^2$. Hmotnosti, které definují hranice jednotlivých rizikových pásem, jsou uvedena v následující tabulce (Tab. 1) vydané WHO (Müllerová et al., 2009, s. 126).

Vzorec pro výpočet BMI indexu:

$$BMI = \frac{\text{hmotnost (kg)}}{\text{výška}^2(\text{m})}$$

Tab. 1 Kategorie BMI a zdravotní rizika

BMI	Kategorie	Zdravotní riziko
< 18,5	Podváha	zvýšené
18,5 - 24,9	normální rozmezí	minimální
25,0 - 29,9	Nadváha	zvýšené
30,0 - 34,9	obezita 1. stupně	vysoké
35,0 - 39,9	obezita 2. stupně	vysoké
> 40	obezita 3. stupně	velmi vysoké

Rozložení tukové tkáně - Antropometrické parametry

Nejčastější využívanou metodou je měření **obvodu pasu**. Obvod pasu v ½ vzdálenosti mezi hřebenem kyčelní kosti a žeberním obloukem. Při tomto typu měření je zásadní správné umístění páskové míry, jež velmi ovlivňuje výsledek. Toto měření je za správného postupu velmi užitečné.

Další využívanou antropometrickou metodou je měření **obvodu boků** a **obvodu stehna** opět za použití páskové míry. Měření obvodu boků probíhá v prostoru gluteální krajiny, na stehně zase horizontálně na jeho nejvyšším místě.

Orientační určení uložení podkožní tukové tkáně umožňuje měření kožních řas na končetinách či trupu a zjištění poměru mezi rozdílnými typy řas (centrální, periferní). Tento druh měření je uskutečněn pomocí nástroje zvaného kaliper. Výpočet tukové složky je dán pomocí tabulek určených k danému typu kaliperu (Kunešová, 2016, s. 11).

Tab. 2 Vztah obvodu pasu a zdravotní rizika

Pohlaví	Obvod pasu	Zdravotní riziko
Muži	94-102	Zvýšené
	> 102	Vysoké
Ženy	80-88	Zvýšené
	> 88	Vysoké

Složení těla

Nejjednodušší metodou k stanovení složení těla je **bioelektrická impedance** (BIA). Tento postup definuje množství a lokaci tuku v těle, také určuje hmotnost kostí, vody, svalové tkáně anebo metabolický věk, či DCI (denní příjem kalorií). Technika spočívá v proudění slabého elektrického proudu tělem a následným vyhodnocením elektrického odporu těla (Kunešová, 2016. s. 10; *Bioimpedanční metoda měření složení těla na přístroji TANITA*, 2015).

Metoda **hydrodenzitometrie**, kterou se zjišťuje hustota těla a to pod vodou. Nejprve se osoba zváží za běžných atmosférických podmínek. Pak se zváží po ponoření do vany s vodou, u které je teplota srovnatelná s teplotou těla. Subjekt musí úplně vydechnout, což zapříčiní nadnesení těla tukovou hmotou, která je následně tabelárně odečtená (Fakulta tělesné výchovy, 2018).

Dalšími metodami mohou být **pletysmografická metoda**, která využívá vztahu mezi tlakem a objemem. Tento test probíhá ve speciálně uzpůsobeném kontejneru.

Duální rentgenová absorpciometrie takovýto způsob měření množství tukové tkáně probíhá za využití RTG záření (dvě odlišné energie) a schopnosti těla jej absorbovat. Výsledkem této metody je stanovené obsahu tukové, svalové tkáně a kostní denzity (Kunešová, 2016, s. 11).

Doplňující vyšetřovací metody: anamnéza (rodinná, obezitologická, další onemocnění), klinické vyšetření (celkové interní vyšetření), laboratorní vyšetření (odběr venózní krve, moči a jejich testování) (Müllerová et al., 2009, s. 131).

1.4 Komplikace

Komplikace v případě otylosti vznikají z několika důvodů. Samotná nadměrná hmotnost vyvolává tzv. mechanické komplikace, ke kterým patří zejména nemoci, které ovlivňují funkčnost kloubů a páteře, dušnost a také částečně hypertrofii srdce, anebo vzniká syndrom spánkové apnoe. Tyto komplikace jsou často velkou motivací ke snížení tělesné hmotnosti (Müllerová et al., 2009, s. 201).

Další stavy definujeme jako komplikace metabolické, které jsou přiřazovány zejména na tzv. metabolický syndrom, přesněji kardiometabolický syndrom (KMS). Jedná se o soubor nejrizikovějších faktorů a stavů, které se zpravidla vyskytují společně a vznikají často na podkladu inzulínové rezistence. Pro ústup většiny metabolických komplikací, zpravidla postačuje snížení hmotnosti o 5 – 10 % (Müllerová et al., 2009, s. 201; Český institut metabolického syndromu, 2013).

Metabolický syndrom a související stavy:

Diabetes mellitus 2. typu, arteriální hypertenze, diabetická dyslipidémie, nealkoholové onemocnění jater, hyperurikemie/dna, syndrom polycystických ovarií, endoteliální dysfunkce, protrombinový stav, zánětlivá odpověď mírného stupně, renální hyperfiltrace, albuminurie (Sucharda, 2016, s. 17).

Ostatní komplikace nadváhy a obezity:

Kardiovaskulární onemocnění: ICHS, srdeční selhání, cévní mozkové příhody, žilní trombóza a tromboembolická nemoc.

Respirační onemocnění: astma bronchiale, hypoxémie, syndrom spánkové apnoe, hyperventilační syndrom obézních.

Nádorová onemocnění, artróza.

Gastrointestinální onemocnění: nemoci žlučníku, gastroezofageální reflux, kýly.

Urogynekologické a reprodukční problémy: inkontinence moči, nepravidelnosti cyklu, neplodnost, potraty, dystokie a primární císařský řez.

Kožní problémy: vlhká zapáňka, ekzémy a mykózy, celulitida, strie, hypertrichóza, hirsutismus.

Psychologické a sociální problémy: snížené sebevědomí, úzkost a deprese, stigmatizace, diskriminace při hledání zaměstnání (Sucharda, 2016, s. 17).

2 MOŽNOSTI OVLIVNĚNÍ OBEZITY

U ovlivňování nadváhy či otylosti stále platí, že v naprosté většině případů je nutné snížit množství energie, která je dodávána tělu, tak aby bylo dosaženo rovnováhy mezi příjmem a výdejem energie. Z tohoto ohledu je nutné přejít na racionální stravu, snížit příjem energie, výrazně snížit příjem cukru, tučných potravin, příloh a naopak zvýšit příjem vlákniny, zeleniny a ovoce a zařadit do života tělesnou aktivitu (Adámková et al., 2009, s. 21).

2.1 Výživa

Výživa i způsob, kterým se stravujeme, se významně podepisuje na celkovém zdravotním stavu člověka, také může ovlivňovat naši duševní pohodu a to díky pocitu sytosti, případně může ovlivnit i průběh některých nemocí (Staňková, 2009).

Pět hlavních nutričních cílů:

- *dosáhnout energetické rovnováhy a zdravé hmotnosti*
- *omezit příjem energie z tuků a posunout spotřebu nasycených mastných kyselin směrem k nenasyceným, vyloučit trans formy mastných kyselin*
- *zvýšit spotřebu ovoce a zeleniny, luštěnin, celozrnných obilovin, a ořechů*
- *omezit příjem volných cukrů*
- *omezit spotřebu soli, jodidovat sůl (Müllerová, 2016. s. 73).*

Obecně by dietní doporučení měla být postavena na analýze současného jídelníčku a výpočtu příjmu energie a bílkovin. Oproti původnímu jídelníčku by měl být snížen příjem energie o 10 – 20 %. Avšak při dostatečném příjmu bílkovin, které spolu s vlákninou a komplexními sacharidy sehrávají důležitou roli ve vytvoření pocitu sytosti i při takto sníženém energetickém příjmu (Owen, 2012, s. 24).

V zásadě rozeznáváme:

Prostou úpravu ve složení stravy s respektováním zásad zdravé výživy, dle doporučení WHO.

Hypokalorické nutričně vyvážené diety, jenž je charakteristická mírným kalorickým omezením.

Nízkoenergetické diety založené na potravinách, při jejichž užívání dochází ke snížení mikronutrientu a proteinu.

Velmi přísné nízkoenergetické diety ve formě chemicky definovaných diet. Tyto diety, existují ve formě koktejlů, případně v podobě práškové směsi, které si pacient připravuje samostatně a nahradí jimi snídani, oběd nebo večeři.

Specifické diety při chirurgické léčbě obezity.

Diety se specifickou podporou funkce tukové tkáně (Müllerová et al., 2009, s. 141).

Z těchto zásad je tedy logickým závěrem, že ideální dieta je taková, která bere v úvahu chuťové záliby pacienta, jeho časový harmonogram dne, omezuje, ale nezakazuje nevhodné potraviny a vede ke zvýšení konzumace vhodných potravin a co víc, pacient se při jejím dodržování netrápí. Jedině tak je možno dosáhnout požadovaného cíle, kdy klient „nedrží dietu“, ale upravuje své návyky tak, aby se z nich stala každodenní rutina (Owen, 2012, s. 25).

2.2 Pohyb

Pohybová aktivita je nezbytná a to jak k udržení a zlepšování tělesné kondice, tak i k redukci tělesné hmotnosti. Sportovní aktivity u lidí s nadváhou je však nutné pečlivě vybírat, jelikož by si špatnou aktivitou mohli ještě více uškodit.

Sporty nevhodné pro lidi s nadváhou

Do této kategorie patří zejména sporty, u nichž se skáče, poskakuje a tělo je vystaveno prudším nárazům. Důvodem je to, že je nutné brát ohledy na již tak přetížené klouby a vazy.

Ideální sportovní aktivity

Naprosto vhodným sportem pro lidi s nadváhou či obezitou je svižná chůze na měkkém podkladu, jako je les nebo běžecký pás. Dalšími sporty jsou jízda na rotopedu, kole, plavání, pomalejší cviky bez poskakování, cvičení v posilovně s mírnou zátěží a větším opakováním v sériích (Adámková et al., 2009, s. 55).

Jak často cvičit?

Je nutné také pochopit fakt, že ani v případě pohybových aktivit neplatí čím více tím lépe. V případě každodenního cvičení, může dojít k tomu, že se po 10 dnech dostaví velká únava a odpor k cvičení a to bez vizuálního výsledku. Zpravidla se doporučuje cvičit ob den a to, alespoň 3x týdně. K dosažení vizuálních výsledků je nutné odcvičit minimálně 2 hodiny týdně (Adámková et al., 2009, s. 65).

Pohybová aktivita je nezbytnou součástí léčby a primární prevence obezity. Takto se snižuje riziko nárůstu tělesné hmotnosti a riziko metabolických komplikací (Štich, 2016, s. 117).

2.3 Životní styl

Z důvodu nevhodného životního stylu, může dojít ke vzniku pozitivní energetické bilance, jež má za následek obezitu. Vhodným příkladem nesprávného životního stylu, který může vést ke vzniku obezity je nadměrná konzumace sladkých, tučných potravin s velkou energetickou hodnotou, avšak malým podílem vlákniny. Obezitu může však zapříčinit i nedostatek pohybové aktivity. Zejména u žen často dochází k obezitě i v důsledku jejich depresivního ladění. Na otylosti samotné může mít také podíl i sociálně kulturní a ekonomická situace. Také je dokázáno, že v případě osob se základním vzděláním prevalence nadváhy či obezity je častější než u lidí s vyšším vzděláním (Hlúbik et al., 2014, s. 4).

Další, co do tohoto faktoru patří, je doba spánku, u které ovšem ještě souvislost s obezitou není zcela objasněna. Ovšem pravdou zůstává, že spánek je nepostradatelnou fyzickou potřebou. Spánek je důležitý ke správnému fungování všech procesů, které v těle probíhají, takže při nedostatku spánku je možné, že dojde k narušení vnitřních regulačních mechanismů, které mohou vést k metabolickým poruchám a ty k následnému zvýšení hmotnosti. Podle některých studií mají nejlepší hodnoty BMI lidé, kteří spí přibližně 7 hodin, a obecně je lepší spát spíše delší dobu než kratší (Piskáčková et al., 2010; Adámková et al., 2009, s. 39).

2.4 Farmakologické ovlivnění

Farmakoterapie obezity je velmi důležitou částí celkového přístupu k léčbě obézního pacienta. Farmakoterapii je možno s úspěchem využít u pacientů k prohloubení efektu redukční diety, k trvajícimu poklesu tělesné hmotnosti a k ustálení úbytku hmotnosti. V současnosti je možno v ambulantní praxi využít buďto přípravky, které snižují chuť k jídlu – anorektika nebo antiobezitika – přípravky, jež blokují absorpci tuku z trávicího traktu. Z anorektik dostupných na českém trhu je fentremín Adiplex, u kterého je však doba používání omezena na 3 měsíce, neboť vzniká na tento přípravek návyk a jeho efekt se snižuje. Jako dlouhodobě použitelné antiobezitikum je dostupná látka orlistat, jež blokuje střevní lipázy. Antiobezitika jsou dlouhodobě předepisována jen u osob, u kterých došlo v prvních třech měsících používání k min. 5 % hmotnostní redukci. Další alternativou jsou

přírodní bobtnavé vlákniny v podobě tablet, které mají vlastnost zvětšovat svůj objem v žaludku a tím navazují pocit sytosti (Hlúbik et al., 2014, s. 7; Hainer a Kunešová, 2016, s. 139).

2.5 Chirurgická léčba

V případě ovlivnění obezity chirurgickou cestou jsou dvě možnosti řešení: restriční – operací postavenou zpravidla na omezení objemu přijímané potravy a výkony malabsorpční – tento postup funguje na principu vyloučení části trávicího traktu z činnosti (Owen, 2012, s. 45).

2.5.1 Restriční operace

Adjustabilní bandáž žaludku – gastritická bandáž, kde je podstatou umístění silikonové manžety na žaludek, což vede k tvorbě pouche (mini žaludku) o objemu cca 20-30 ml. Výsledkem je tedy zmenšení celkové kapacity žaludku, což vyvolá po požití i menšího množství potravy pocit sytosti. Pacient po tomto zákroku netrpí takovým pocitem hladu, jako u jiných diet (Owen, 2012, s. 46, Müllerová et al., 2009, s. 231).

Sleeve gastrectomy – laparoskopická tubulizace žaludku, kde princip operace spočívá v resekci větší části žaludku podél jeho velkého zakřivení. Tímto krokem se vytvoří zmenšení žaludku, který je ve tvaru rukávu (sleeve). Výsledky by měli být stejné, jako v případě gastritické bandáže, avšak po tomto zákroku dojde i ke snížení hormonů, tvořících se v žaludku. Tato operace je nevratná (Müllerová et al., 2009, s. 236).

Laparoskopická gastroplikace – v tomto případě se jedná o jednodušší a levnější alternativu ke gastritické bandáži, kdy operace spočívá v invaginaci žaludku a výsledkem je objem žaludku o 80 až 100 ml (Owen, 2012, s. 48).

2.5.2 Malabsorpční operace

Hlavní cíl malabsorpčních zákroků spočívá v omezení vstřebávaných výživných látek (a energie) z potravin, zároveň se operací zredukuje celkový objem žaludku (Müllerová et al., 2009, s. 236).

Biliopankreatická diverze – je operace, při níž dojde k přemostění (vynechá se z procesu trávení) velké části délky tenkého střeva a tím dochází k trávení až ve střední nebo konečné části tenkého střeva (OB Klinika, [b.r.]).

Roux-en-Y gastrický bypass (RYGB) – zákrok spadá spíše do kategorie kombinace restriční a malabsorpční a spočívá v chirurgickém rozdělení žaludku na horní (menší) a dolní (větší) část, která zůstane vyřazena z oblasti i počáteční části tenkého střeva. Tato metoda patří mezi nejúčinnější metody v oblasti chirurgické léčby obezity (Müllerová et al., 2009, s. 238; Čierny, 2011).

Omega Gastritický Bypass (OGB) – jedná se o jednodušší konstrukci, u které se vykytuje jediná anastomóza, u níž je tenké střevo bokem napojeno na menší žaludek. Větší část žaludku je opět vyřazena z pasáže. Výhodou je, že tenké střevo není přerušeno, záporem tohoto zákroku je, že žluč a pankreatické šťávy tečou žaludkem (Čierny, 2011).

Obecné rady pacientům, před bariatrickým zákrokem

K chirurgickému způsobu léčby obezity by se nemělo přistupovat lehkovážně, až po důkladné konzultaci a informovanosti o všech možnostech léčby a to jak konvenčních tak chirurgických. Také je nutné brát v potaz, že sama operace je přímo závislá na změnách a přístupu pacientů směrem k jejich životnímu stylu a fyzické aktivitě. V případě negativního postoje pacienta může dojít k tomu, že tento krok bude neefektivní (Müllerová et al., 2009, s. 240; Owen, 2012, s. 53).

3 EDUKACE PACIENTŮ S OBEZITOU

Edukace je jednou ze základních kompetencí zdravotníka a patří do jeho každodenní činnosti. Edukace je zařazena i do činností sestry dle legislativy a to konkrétně vyhláškou MZ ČR č. 391/2017 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb. podle § 3 odstavce 1 písmena g) motivuje a edukuje jednotlivce, rodiny a skupiny osob k přijetí zdravého životního stylu a k péči o sebe (Česko, 2017, s. 4360). Jedná se o proces vzdělávání, či výchovy, který tvoří prostor pro nové poznatky, dovednosti, ale zároveň vytváří postoje struktury osobnosti. Výsledkem tohoto procesu je potřebná změna v myšlení, přístupu a přesvědčení dané osoby ke kladné změně v chování a to zejména k sobě samému (Krátká, 2016, s. 32). V případě obézního pacienta je nutné obézního pacienta naučit změně jídelního chování a upravit jeho životosprávu v souladu se zásadami zdravé výživy (Štochlová, 2013).

3.1 Definice a vymezení pojmů v edukačním procesu

Edukační proces – „odvozování“ konkrétních informací, jež se vyvozují v interakci sestra – klient. Klient může být sám pacient, ale také jeho rodina, širší veřejnost, všeobecná sestra nebo student, který se na odbornou činnost teprve připravuje. Tento proces je zpravidla součástí ošetrovatelského procesu, je to způsob předání konkrétních informací jedinci/skupině. Edukační proces si zjednodušeně můžeme představit jako systematickou, pravidelnou a plánovanou činnost, kterou známe i pod anglickým názvem jako teaching případně learning, což v překladu znamená učit, poučovat jiné nebo být učen (Krátká, 2016, s. 32).

V procesu edukace se vyskytují tyto čtyři determinanty: edukátor, edukant, edukační konstrukty a prostředí edukace.

Edukátor může být, jakýkoliv účastník edukačního procesu a to např. pedagog, sestra, lékař, školitel, instruktor. Edukátor je ten, který provádí a určuje edukační proces. Za situace, kdy probíhá edukace pacienta/klienta je ve velkém množství případů edukátorem všeobecná sestra (Juřeníková, 2010, s. 10; Krátká, 2016, s. 33).

Edukant je subjekt vzdělávání a to bez rozdílu genderového, věkového nebo prostředí, ve kterém sama edukace probíhá. V lékařské a obecně ve zdravotnické praxi je nejčastěji edukantem zdravý nebo nemocný člověk, může jím být i sám zdravotník a to zejména v rámci celoživotního vzdělávání.

Každý edukant má určitou jedinečnou charakteristiku, jež následně ovlivňuje edukační proces. Jedná se zejména o tyto faktory: pohlaví, věk, postoje, sociální statut, motivace k uzdravení, ale také schopnost učení, v případě edukanta – zdravotníka hraje významnou roli – vztah k lidem, empatie, komunikace, motivace (Krátká, 2016, s. 33).

Edukační konstrukty jsou buďto zákony, plány, předpisy, edukační standardy, materiály, jež mají vliv na kvalitu edukace samotné.

Edukační prostředí jedná se o prostor, místo, ve kterém dochází k edukaci. Edukační prostředí mohou určovat podmínky ergonomické např. barva, osvětlení, zvuk, prostor, nábytek, ale také sociální klima nebo atmosféra při edukaci.

Edukace ve zdravotnictví má také působit jako prevence proti nemocem. Prevenci rozlišujeme na primární, sekundární, terciální.

Primární prevence – edukace je cílena na zdravého jedince. Jejím cílem je předejít zdravotním obtížím a také má přispět k celkovému zlepšení kvality života.

Sekundární prevence – zpravidla u jedinců, kteří již trpí nějakou nemocí v určitém stádiu. Cílem je snaha o ovlivnění jejich dovedností, vědomostí a postoje, tak aby se tyto informace co nejvíce pomohly k zlepšení jeho stavu. Obnovení dobrého zdravotního stavu je zaměřené na změnu chování pacienta, zavádění péče o sebe sama a soběstačnosti, případně k dodržování léčebného režimu.

Terciální prevence – edukace je využívána zejména u jedinců, kteří již trpí trvalými a často nezvratnými změnami ve svém zdravotním stavu. Prevence je v tomto případě zaměřena na to, aby u pacienta došlo k stabilizování současného stavu bez dalších komplikací (Juřeniková, 2010, s. 11; Mastiliaková, 2015, s. 51-52).

3.2 Dělení edukace

Pojem edukace se dá také zjednodušeně chápat jako proces, který umožňuje klientovi, či členům jeho rodiny se aktivně účastnit rozhodnutí a péči o jeho zdraví (Krátká, 2016, s. 31).

Edukaci je možno ve zdravotnictví dělit:

- **základní** (jedinec nebo celá skupina doposud nebyli o problematice poučeni)
- **komplexní** (nejčastěji odborné kurzy či semináře)

- **reedukační** (pokračující, větší ponoření do problematiky – navazuje na dřívější informace) (Juřeníková, 2010, s. 11).

Edukaci můžeme také chápat jako určitou podobu, jíž se informace dostávají k edukantovi.

Edukaci rozdělujeme na 4 základní formy:

individuální – využívá velmi úzkého kontaktu a důvěry mezi edukantem a edukátorem (rozhovor, instruktáž, konzultace...);

skupinová – jedná se o postup, který vychází z uplatnění vlivu na širší skupinu lidí (přednáška, beseda, diskuze...) a to jako součást léčby nebo preventivní opatření;

hromadná – určená pro komplexní informování obyvatel (tisk, televize, rozhlas...);

specifické organizační formy – kluby, podpůrné skupiny, které mají snahu sdružovat osoby s podobnými životními či zdravotními problémy;

specifické organizační formy – kluby, spolky, které sdružují jedince s podobnými zájmy nebo stejnými zdravotními problémy (Magerčiaková, 2007, s.17-18 cit. podle Krátká, 2016, s. 32).

3.3 Fáze edukačního procesu

Proces edukace v systému zdravotnictví má určitá specifika a proto je nezbytné jej rozdělit do určitých fází v tomto případě konkrétně pěti dle Juřeníkové (2010, s. 21):

- fáze počáteční pedagogické diagnostiky (odhalení vědomostí a přístupu pacienta)
- fáze projektování (plánování cílů a postupu edukace)
- fáze realizace (motivace – expozice – fixace – předběžná diagnostika – aplikace)
- fáze upevnění a prohloubení učiva (nutnost opakování informací pacientovi)
- fáze zpětné vazby (hodnocení výsledků edukanta, ale také edukujícího)

Tab. 3 Schéma fází edukačního procesu dle Mastiliakové (2015. s. 54)

Edukační proces				
Sestra- klient/pacient/rodina/komunita				
1. EDUKAČNÍ POSPOUZENÍ	2. EDUKAČNÍ DIAGNOSTIKA	3. PLÁNOVÁNÍ EDUKACE	4. REALIZACE EDUKACE	5. VYHODNOCENÍ EDUKACE
<i>Edukační potřeby, připravenost k učení, bariéry učení, styl učení.</i>	<i>Znalosti, dovednosti, postoje.</i>	<i>Priority edukace, cíle a obsah, metody a edukační materiál.</i>	<i>Čas a prostředí, fáze edukační jednotky: motivační, expoziční, finanční, hodnotící.</i>	<i>Bezprostřední zpětná vazba.</i>

Každý edukátor by si před začátkem plánování edukace samotné měl odpovědět na tyto otázky:

Proč? (Důvod edukace samotné);

Koho? (Nutnost korekce edukace pro každého jedince);

Čemu? (Co je předmětem edukace);

Jak? (Metoda a pomůcky potřebné pro edukaci);

Za jakých podmínek? (Kde, kdy, kdo);

S jakým efektem? (Čeho chceme dosáhnout, případně čeho dosaženo bylo)
(Bastl, Švec, 1997, s. 3 cit. podle Krátká, 2016, s. 33).

Edukační záznam

Edukační záznam je nezbytnou součástí zdravotnické dokumentace. Tento dokument vychází z platných zákonů o právech pacienta na informace v České republice. Obsah takovéto zprávy by měl být definován pomocí pěti fází edukačního procesu. V ošetrovatelské praxi si zdravotnická zařízení nejčastěji sami vytvářejí interní edukační záznamy dle potřeby K/P a dle obsahového zaměření edukace. Edukační zpráva (viz příloha 3), napomáhá k zajištění efektivní, soustavné a plynulé léčebné, ošetrovatelské a rehabilitační péče. Současně tato zpráva také šetří čas samotnému zdravotnickému personálu, jelikož je v ní jasně zaznamenáno, co bylo vykonáno a co je nutné ještě vykonat, případně kdo tyto kroky provedl. Takovýto záznam musí být pravdivý, čitelný, přehledný a zejména dohledatelný, jelikož se z právního hlediska jedná o důkaz, který může v případě

soudního řízení dokázat vinnu či nevinu zdravotního orgánu (nemocnice, rehabilitační centrum) nebo zdravotního personálu (sestra, lékař, rehabilitační pracovník).

Daná dokumentace musí také obsahovat případné nedodržení předepsaného edukačního postupu, nebo jeho odmítnutí (Mastiliaková, 2015, s. 59-60).

3.4 Cíle edukace u obézního pacienta

Cílem tohoto procesu je dosáhnout zdravotního uvědomění člověka, k tomu je nezbytné samotné pokyny formulovat jasně, přesně, konkrétně a jednoznačně (s možností kontroly).

Cíle se dělí dle požadovaného výsledku:

Kognitivní (poznávací) – poskytnutí určitých odborných informací a vědomostí, kterým však bude edukant rozumět a může je využít pro zkvalitnění svého zdraví.

P/K ví, které potraviny jsou pro dietu vhodné/nevhodné;

P/K ví, které sporty jsou vhodné pro jeho druh zdravotních obtíží;

P/K ví, které léky užívá a s jakými účinky (sílu, dobu účinkování);

P/K ví, o komplikacích a rizicích způsobených nedodržením léčby.

Afektivní (citové) – jsou zaměřeny na postoj, přesvědčení, názor, hodnocení (na takovémto základu pacient utváří svůj žebříček hodnot).

P/K cítí odpovědnost za své zdraví;

P/K vnímá podstatu dodržování opatření;

P/K si je vědom toho, že nesprávným přístupem může ovlivnit svůj zdravotní stav;

P/K si uvědomuje riziko závislosti na nezdravém stravování.

Psychomotorické (behaviorální) – jsou zaměřeny na získání schopností, dovedností, které je možno realizovat v běžném životě.

P/K je schopen vyhodnotit, které potraviny jsou vhodné pro jeho jídelníček;

P/K je schopen dodržovat plán cvičení a také provádět cviky dle zadání;

P/K umí měřit krevní tlak, pulz (Magerčiaková, 2007, s. 11 cit. podle Krátká, 2016, s. 39).

Všeobecná sestra v procesu edukace

Zejména všeobecné sestry mají ve velkém množství případu roli edukujícího. Právě jejich schopnosti/dovednosti rozhodují o efektivnosti edukace klientů/pacientů což má za následek účinnost nebo naopak neúčinnost edukace samotné. Hlavními cíli sester s ohledem na klienta

je: zvýšení spokojenosti, kvality života, zajištění správné péče a také zajištění celkové psychické pohody (Mastiliaková, 2015, s. 42).

Charakteristické rysy všeobecné sestry

Důvěryhodnost – sestra vybírá, čemu se má pacient naučit; zmírňuje pacientovu úzkost; zajistí vhodné edukační prostředí; připraví vhodný učební plán a materiály.

Kompetentnost – sestra rozhoduje o tom, co je důležité učit; zajišťuje pocit bezpečí klientovi; poskytuje individuální písemné instrukce.

Komunikativnost – sestra poskytuje jasné informace; používá jednoduché učební obrazy a modely.

Starostlivost – sestra je empatická; respektuje obavy pacienta; povzbuzuje pacienta; prokazuje vnímavost k pacientově náladě (Mastiliaková, 2015. s. 44).

3.5 Průběh edukačního procesu u obézního pacienta

- Nejprve je nutné zvolit určitý edukační záměr, edukace pacienta s obezitou (např. edukace zaměřená na správnou výživu);
- zjištění anamnézy edukanta, určit jeho schopnost učení a dobu po kterou trpí zvýšenou hmotností (obezitou);
- zhodnocení současného stavu klienta (nálada, důvody změny hmotnosti);
- stanovení cílů edukace (tak, aby jich pacient byl schopen dosáhnout);
- zvolení vhodné metody edukace, dle schopností klienta (rozhovor, prezentace, tištěný materiál);
- sdělit pacientovi dobu na jakou, je edukační plán nastaven;
- vysvětlení všech použitých termínů (odborných, cizích) v průběhu edukace;
- kontrola zpětné vazby (porozumění edukace) u pacienta;
- zhodnocení dosažených výsledků edukace po určitém časovém období;
- dle potřeby a zájmu domluva případné reedukace;
- všechny kroky se zapisují do dokumentace.

3.6 Specifika v edukaci obézního pacienta

Edukátoři obézních pacientů

K odborníkům, kteří jsou zmocnění k edukaci obézních pacientů, je možno zařadit nutriční terapeuty, praktické lékaře, či sestry nebo lékaře a sestry pracujících na obezitologických ambulancích, odborné pracovníky lázeňských center, redukčních klubů. Počty těchto pracovníků se v posledních letech značně zvýšili, což souvisí zejména s nárůstem počtu otylých pacientů.

Faktory ovlivňující edukaci obézního pacienta

Edukaci v případě obézních pacientů je nutné provádět dlouhodoběji, a zpočátku je vhodný kratší interval kontrol, a to alespoň do doby než se začnou projevovat zlepšené výsledky. V průběhu prvního setkání se provádí měření celkové váhy, svalové a tukové hmoty, celkové množství vody v těle, poměr pásu a boků, BMI a základní metabolický poměr (Štochlová, 2013).

Tak, aby byla edukace pacientů s obezitou účinná, je nutné, aby se všeobecná sestra seznámila s faktory, které mohou ovlivnit určité stravovací návyky pacienta.

Kultura – etnická příslušnost pacienta může ovlivňovat jeho oblíbená jídla, např. Indové preferují kořeněná jídla, Italové těstoviny a Asiaté zase rýži.

Náboženství – židé a muslimové nejedí vepřové maso, Indové zase považují skot za posvátné zvíře. A zdravotní personál musí tyto náboženské zvyklosti respektovat.

Ekonomická situace – snaha o nahrazení drahých potravin za levnější alternativu.

Osobní postoj vůči potravinám – preferování vegetariánské stravy.

Životní styl – způsob stravování, domácí strava, restaurační zařízení, fast food.

Názory na zdravý životní styl – snaha jíst zdravě, vztah k cvičení a pohybu.

Psychologické faktory – nechut' k jídlu, anorexie, deprese, stres.

Zdravotní stav – ztráta chrupu, alergie, nemoci gastrointestinálního traktu, jiné nemoci, abusus alkoholu, léků, jež vedou k deficitu výživy (Staňková, 2009).

Nejčastější chyby ve stravování u obézních pacientů

- zvýšená konzumace tučných jídel, sladkostí;
- nepravidelné stravování, dlouhé intervaly mezi jednotlivými jídly;
- vynechání snídaně;
- nevhodný pitný režim;
- nadměrná konzumace slazených, energetických, alkoholických nápojů;
- nízký příjem zeleniny, ovoce a luštěnin (Štochllová, 2013).

3.7 Prevence obezity na území České republiky

Národní rada pro obezitu spojuje pod hlavičkou Ministerstva zdravotnictví vládní i soukromé instituce, které si dávají za cíl postupně zlepšovat životní prostředí a ovlivňovat životní (sedavý) styl lidí. V tomto směru se nejvíce angažují Ministerstva dopravy (snaha a vybudování co nejvíce km cyklostezek) a školství, mládeže a tělovýchovy (rozvoj sportu a tělovýchovy) (Müllerová et al., 2009, s. 36).

Obezitologická pracoviště

Tato pracoviště jsou zaměřena na spojování odborných pracovníků (lékařů, psychologů, zdravotních sester), kteří se zaměřují právě na léčbu obezity. Cílem je zveřejňování vědecky podložených názorů na prevenci a léčbu obezity. Tato společnost se také podílí na prevenci a léčbě obezity ve spolupráci s dalšími organizacemi a to jak s komerčními tak nekomerčními. Nejvíce těchto specializovaných pracovišť je možné nalézt v oblasti středních Čech (Praha), avšak nejvýznamnějším pracovištěm je považováno Obezitologické centrum v Brně U Svaté Anny. Avšak menší obezitologické ambulance je možno nalézt po celém našem území (Krupička, 2018).

Intervenční programy prováděné v Evropě a ČR

Problematika obezity je celosvětový problém, avšak dle posledních průzkumů je jednou z nejproblematictějších lokalit v Evropě právě Česká republika, proto je nutné prosazovat preventivní, či ozdravné projekty proti nadváze a obezitě. Prevence jako taková je zaměřena na širokou veřejnost tak na vládní činitele, tak aby tento problém mohl být řešen i v oblastech, kde nemohou být rodiče dětí a dohlížet na jejich pohyb, či stravování (vzdělávací instituce).

Projekt CEHAPE (Childrens Environment and Health Action Plan for Europe) je projekt, zaměřen na ochranu zdraví dětí v evropské oblasti. Jeho snahou je zlepšení prostředí pro vývoj dětí. Díky tomuto projektu je možné budovat nová sportoviště, hřiště, cyklostezky (WEFC, 2010).

Dalším projektem je IDEFICS, jež se snaží zastavit epidemii obezity u dětí. Jeho záměrem je zvýšit informovanost veřejnosti o zdravotních důsledcích změn ve stravování u dětí (IDEFICS Study: Learning healthy living , 2018).

Ryze českým projektem je Fotbalem proti obezitě (Fotbalové asociace České republiky). Snahou projektu je snaha přivést lidi všech věkových kategorií, ale zejména ty nejmenší k fotbalu. Tento projekt počítá, s tím, že náklady spojené s tímto programem budou v budoucnu ¼ s porovnáním s náklady vynaloženými na léčbu obézních (Fotbalová asociace České republiky, [b.r.]).

Další projekty jsou spojené velmi často se zdravotními pojišťovnami, proto je dobré se informovat, jaké programy, právě vaše pojišťovna nabízí, případně jestli je možné získat finanční příspěvek na určité fyzické aktivity, které přispívají k léčbě nebo prevenci obezity (příspěvky na lázně, nutriční poradenství, fitness).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

4.1 Cíle výzkumu

- 1) Zjistit, co vedlo obézní pacienty k návštěvě obezitologického pracoviště;
- 2) Zjistit jak, v jakém rozsahu a kým byli pacienti na obezitologických pracovištích edukováni;
- 3) Zjistit, zda pacienti porozuměli edukaci a zda ji dodržují.

Praktická část je zaměřena na analyzování dotazníků od anonymních respondentů z obezitologických ordinací, díky kterému jsme se snažili zjistit, jaké důvody vedly tyto pacienty k návštěvě obezitologického pracoviště. Součástí dotazníku byly také otázky na způsob a průběh edukačního procesu, a zjištění, zda jsou pacienti spokojeni s provedenou edukací. Poslední část otázek je zaměřena na zjištění, do jaké míry jsou pacienti seznámeni s riziky a komplikacemi v důsledku obezity, a zda mají zájem o další informace.

4.2 Metoda a technika výzkumu

Pro zpracování praktické části bakalářské práce, byla zvolena metoda kvantitativní. K získání potřebných informací, bylo zvoleno jako nejvhodnější využít standardizovaný soubor otázek neboli dotazník. V záhlaví dotazníku bylo vysvětleno, za jakým účelem respondent dotazník vyplňuje a současně byl respondent upozorněn na to, že odpovídá zcela anonymně.

4.2.1 Charakteristika dotazníkových položek

Dotazník se skládal z 26 otázek, které byly rozděleny na identifikační znaky respondentů (anonymně), jako pohlaví, věk, tělesnou hmotnost a výšku. Otázky 3, 4, 5, 9 jsou zaměřeny na to, jak pacienti vnímají svou hmotnost, případně kdy a proč se v jejich případě začala tělesná hmotnost navyšovat. Otázka 6 a 7 se zaměřují na zjištění jak dlouho, již tvá jejich boj s nadměrnou hmotností. U otázek 8 a 10 je respondent dotazován na to, co a kdo jej vede, či motivuje k redukci hmotnosti. Další sada otázek 11 až 15, 21, 22 jsou zaměřeny na průběh edukace a to, kým byl respondent edukován popřípadě jak často a co bylo náplní. V případě otázek 16, 17, 18, 19, 20 jsme se dotazovali na spokojenost pacientů s provedenou edukací a do jaké míry se předepsanou edukací řídí. Sada otázek 23 až 26 se zaměřuje na vědomosti pacientů ohledně rizik spojených s obezitou, případně zda nějakými obtížemi sami trpí, a zda se vzdělávají i samostatně mimo ordinace.

Otázky se dělí do tří skupin a to na uzavřené (jedna možná odpověď), polouzavřené (více možných odpovědí) a otevřené (libovolná odpověď), pro přehlednost jsou otázky rozděleny v následující tabulce.

Tab. 4 Rozdělení otázek dle způsobu vyplnění.

Druhy otázek	Čísla otázek
Otevřené otázky	2, 6, 7
Polouzavřené otázky	5, 8, 10, 14, 15, 18, 20, 22, 23, 24
Uzavřené otázky	1, 3, 4, 9, 11, 12, 13, 16, 17, 19, 21, 25, 26

4.3 Charakteristika vzorků respondentů

Dotazník byl určen pro pacienty obezitologických pracovišť. Pro splnění podmínek dotazníkového šetření, bylo nutné, aby respondenti uvedli svůj věk, kde podmínkou byl věk od 18 do 65 let bez rozdílu pohlaví. Současně bylo požadováno, aby respondent byl léčen na specializovaném pracovišti, alespoň 6 měsíců a spadal do kategorie „obézní“.

4.4 Organizace šetření

Před vytvořením dotazníku samotného byla nastudovaná odborná literatura, jež se vztahovala k danému tématu bakalářské práce. Po prokonzultování s vedoucí bakalářské práce byl dotazník po stránce jak obsahové tak formální upraven a schválen. K šetření bylo vytvořeno 100 ks tištěných dotazníků, které byly následně rozděleny do Obezitologické ambulance Zlín (50 ks) a Obezitologického centra Brno (50 ks). Toto šetření proběhlo v průběhu měsíců března a dubna. Na konci tohoto období bylo navraceno 81 ks dotazníků (81 %) a z těchto dotazníků bylo dalších 8 ks špatně vyplněno, nebo pacienti nesplňovali zadané podmínky, proto byly vyřazeny z vyhodnocování. Do vyhodnocování bylo tedy použito 74 ks dotazníků (74 % původního objemu), což bylo shledáno jako dostačující.

Shrnutí

Vytvořeno 100 dotazníků, které byly rozděleny po 50 ks na dvě obezitologická pracoviště.

Z daného počtu byla návratnost 81, z kterých po následném přezkoumání odpovědí bylo nutné dalších 8 ks vyřadit (nesplnění podmínek pro vyhodnocování).

Šetření z procenta původních dotazníků: 74 % – dostatečný počet pro hodnocení

Doby trvání šetření: 19. 02. 2018 – 16. 03. 2018

4.5 Zpracování dat

Získaná data byla uspořádána do statistických tabulek četnosti. Dle daných podskupin byla vypočítána absolutní (n) i relativní četnost (r). Data byla zpracována za pomoci Microsoft programu Excel. Pro přehlednost byly určité tabulky doplněny o graf, tak aby výsledky byly co nepřehlednější.

Absolutní četnost v tabulce (n) udává počet respondentů, kteří v otázce zodpověděli stejnou možnost z nabízených možností.

Chceme-li vyjádřit, jakou část souboru tvoří proměnné s danou variantou, použijeme pro popis proměnné relativní četnost. Dále v grafech a tabulkách označováno jako (%) (Matematika.cz, 2014).

5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

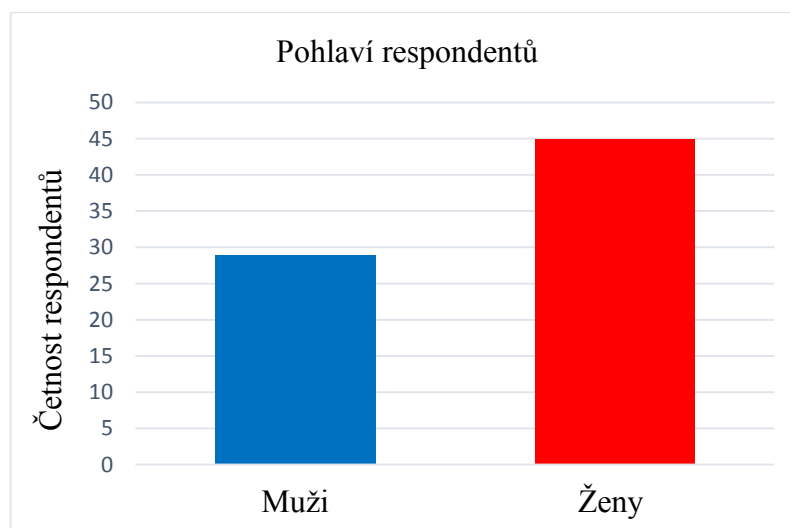
Pro vyhodnocování šetření bylo využito 74 dotazníků, z kterých jednotlivé informace budou uzpůsobené do skupinových tabulek. Data budou uváděna v absolutní a relativní četnosti. Pod každou tabulkou je definován graf, vyznačující v případě uzavřených odpovědí četnost respondentů, kteří zvolili jednotlivé odpovědi a v případě polouzavřených a otevřených odpovědí bude tabulka obsahovat informaci o relativním využití dané odpovědi k otázce. Celý dotazník je možné nalézt v příloze č. 7. U každé tabulky, je umístěn komentář, k získaným datům.

Vyhodnocování

Otázka č. 1 Jaké je vaše pohlaví?

Tab. 5 Pohlaví respondentů.

Pohlaví	n (osob)	r (%)
Muži	29	39,19
Ženy	45	60,81
Celkem	74	100,00



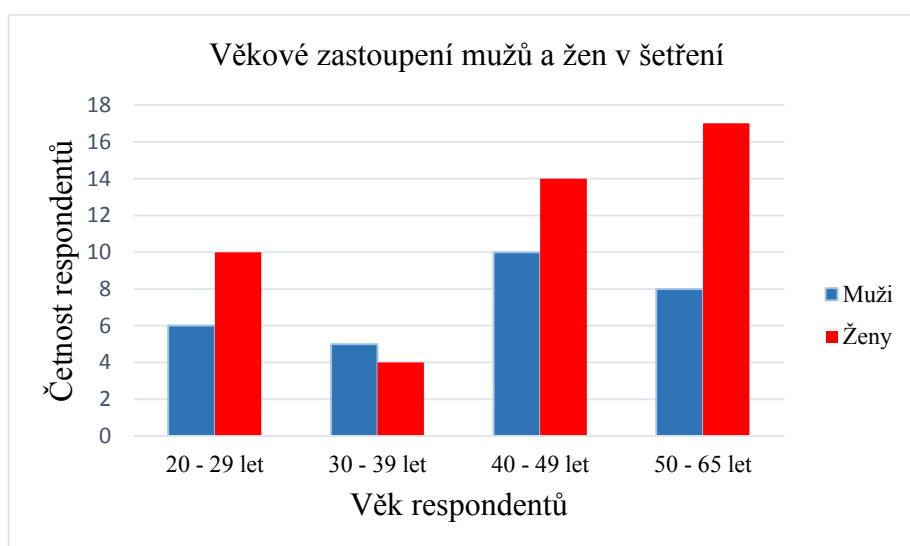
Graf 1. Pohlaví respondentů.

Z tabulky je patrné, že téměř v 61 % případech respondentů se jedná o ženy, což může být zapříčiněno mnoha faktory, mezi které patří to, že ženy mají větší potřebu řešit svou hmotnost než muži, kteří mnohdy nechtějí navštěvovat ani běžné obvodní lékaře.

Otázka č. 2 Kolik je Vám let, jakou máte výšku (cm) a hmotnost (kg)?

Tab. 6 Věkové zastoupení respondentů.

	Věk respondentů									
	20 - 29 let		30 - 39 let		40 - 49 let		50 - 65 let		Celkem	
Pohlaví	n (osob)	r (%)	n (osob)	r (%)	n (osob)	r (%)	n (osob)	r (%)	Součet n (osob)	Součet r (%)
Muži	6	8,11	5	6,76	10	13,51	8	10,81	29	39,19
Ženy	10	13,51	4	5,41	14	18,92	17	22,97	45	60,81
Celkem	16	21,62	9	12,16	24	32,43	25	33,78	74	100,00



Graf 2. Věkové zastoupení mužů a žen v šetření.

Z výsledků je patrné, že do obezitologických ordinací (center) nechodí pouze určitá věková skupina, ale problematiku obezity se snaží řešit všechny věkové kategorie což je pozitivní zjištění. Dle odpovědí je vyvozeno, že kategorie 20 – 29 let se nezabývá do takové míry svojí hmotností, jako spíše vzhledem a určitou snahou o zlepšení partnerského a společenského života. U skupin 30 – 39 a 40 – 49 let jsou důvody vztaženy spíše na vnímání jejich osoby společnostmi, zdravotním personálem nebo kolegy v práci respektive, že sama hmotnost limituje jejich pracovní možnosti natolik, že by mohlo dojít ke ztrátě zaměstnání. Poslední pozorovanou skupinou jsou lidé ve věku 50 – 65 let v tomto případě pramení jejich snaha o zlepšení kondice zejména ve zdravotních problémech, které jsou nadměrnou hmotností způsobeny nebo jim přispívají (bolesti kloubů, vysoký krevní tlak, cukrovka).

V druhé části této otázky je zaměřena na BMI index respondentů, získaný z jejich hmotnosti (kg) a výšky (cm).

BMI index (z anglického *body mass index*) – je číslo používané jako indikátor podváhy, normální tělesné hmotnosti, nadváhy a obezity, umožňující statistické porovnávání tělesné hmotnosti lidí s různou výškou. Tato metoda je, ale spíše orientační, protože nebere v potaz svalovou a tukovou hmotu.

Tab. 7 Kategorie BMI indexu.

BMI	Kategorie	Zdravotní riziko
< 18,5	podváha	zvýšené
18,5 - 24,9	normální rozmezí	minimální
25,0 - 29,9	nadváha	zvýšené
30,0 - 34,9	obezita 1. stupně	vysoké
35,0 - 39,9	obezita 2. stupně	vysoké
> 40	obezita 3. stupně	velmi vysoké

Získaná data a výpočet BMI u mužské a ženské části respondentů více příloha 4 a 5.

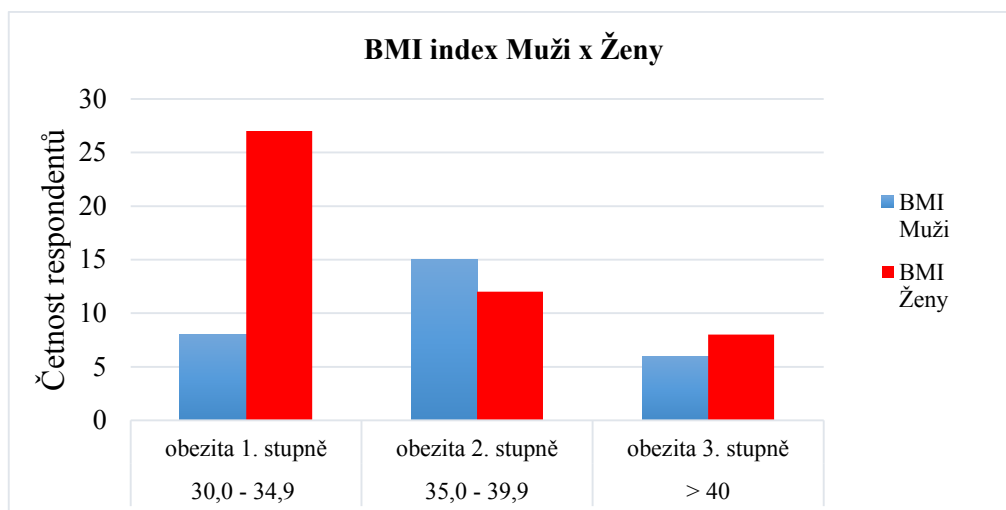
Tab. 8 Četnost respondentů ve skupinách BMI – muži.

BMI	Kategorie	Četnost (n) respondentů	Četnost (%) z 29 respondentů
30,0 - 34,9	obezita 1. stupně	8	27,59
35,0 - 39,9	obezita 2. stupně	15	51,72
> 40	obezita 3. stupně	6	20,69
Celkem	x	29	100,00

Z výsledků je zřejmé, že nejvíce problémovou skupinou je obezita 2. stupně, avšak i dle aritmetického průměru je viditelné, že pacienti v každé ze skupin se blíží spíše k vyšší hranici daného sektoru, což je poměrně alarmující vzhledem ke skupinám 2 a 3.

Tab. 9 Četnost respondentů ve skupinách BMI – ženy.

BMI - ženy	Kategorie	Četnost (n)	(%) ze 47 respondentů
30,0 - 34,9	obezita 1. stupně	24	53,33
35,0 - 39,9	obezita 2. stupně	12	26,67
> 40	obezita 3. stupně	9	20,00
Celkem	x	45	100,00



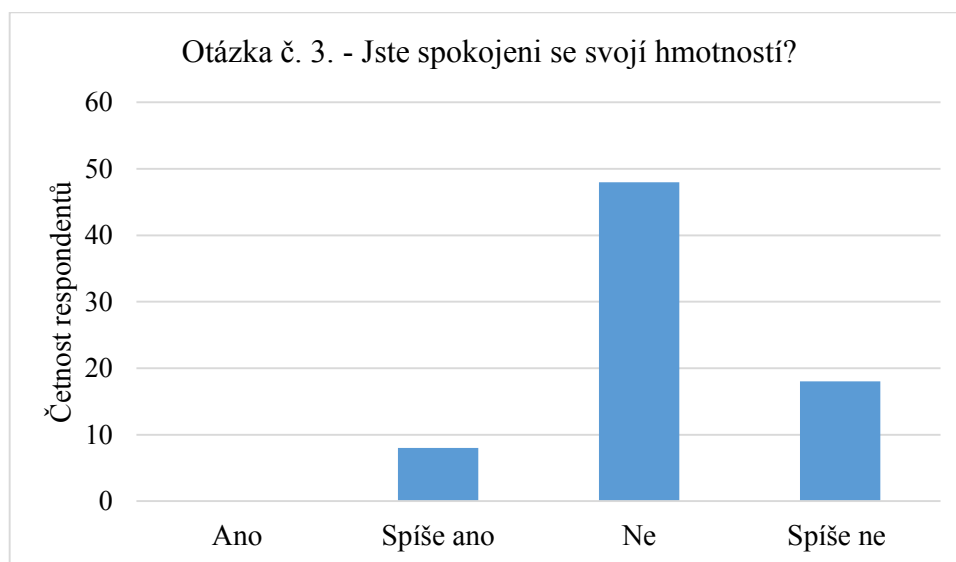
Graf 3. BMI index Muži x Ženy.

Příjemnou informací bylo, že u žen se obezita 3 stupně týkala „pouze“ 20 % dotázaných a je patrné, že ženy obezita trápí více už v raném stádiu a jsou ochotny relativně včas vyhledat odbornou pomoc. U mužů byla nejpočetnější skupina s hodnotou BMI 35 – 39,9.

Otázka č. 3 – Jste v současné době spokojen/a se svou váhou?

Tab. 10 Spokojenost respondentů s hmotností.

Otázka č. 3. - Jste spokojeni se svojí hmotností?		
Možnosti:	(n)	(%)
Ano	0	0
Spíše ano	8	10,81
Ne	48	64,86
Spíše ne	18	24,32
Celkem	74	100,00



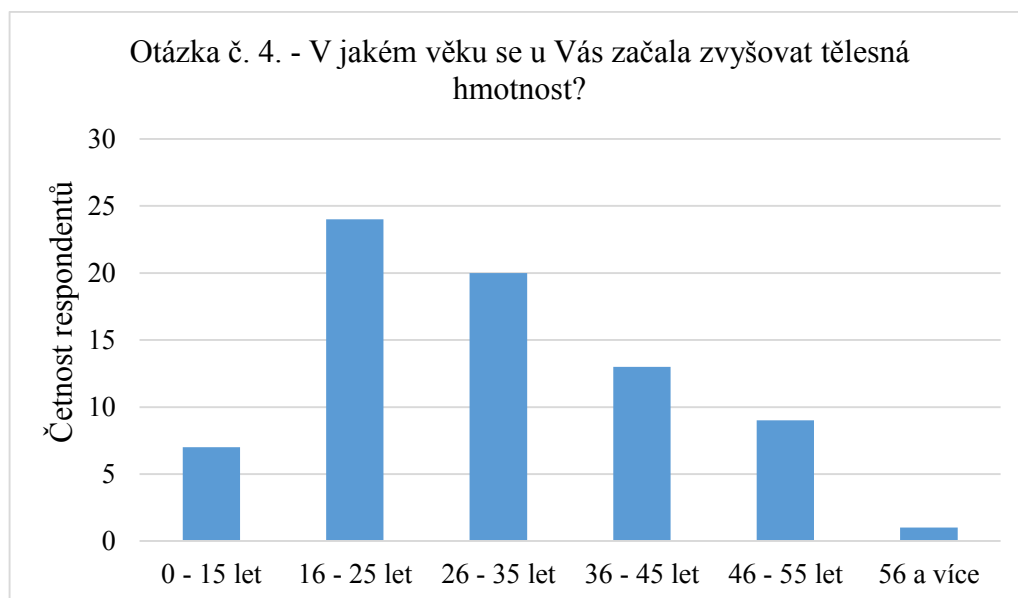
Graf 4. Spokojenost respondentů s hmotností.

Kladným zjištěním je, že si pacienti uvědomují problematiku obezity a, že fakticky ve všech případech nejsou spokojeni se svojí hmotností, výjimku tvoří 8 (10,81 %) případů. Tito respondenti však vyplývají z toho, že v průběhu své léčby dosáhli změny hmotnosti, do takové míry, že jim přestala překážet a v určitém ohledu došlo k zlepšení jejich každodenního života.

Otázka č. 4 – V jakém věku se u Vás začala zvyšovat tělesná hmotnost

Tab. 11 Období nárůstu tělesné hmotnosti.

Otázka č. 4. - V jakém věku se u Vás začala zvyšovat tělesná hmotnost?		
Možnosti:	(n)	(%)
0 - 15 let	7	9,46
16 - 25 let	24	32,43
26 - 35 let	20	27,03
36 - 45 let	13	17,57
46 - 55 let	9	12,16
56 a více	1	1,35
Celkem	74	100,00



Graf 5. Období nárůstu tělesné hmotnosti.

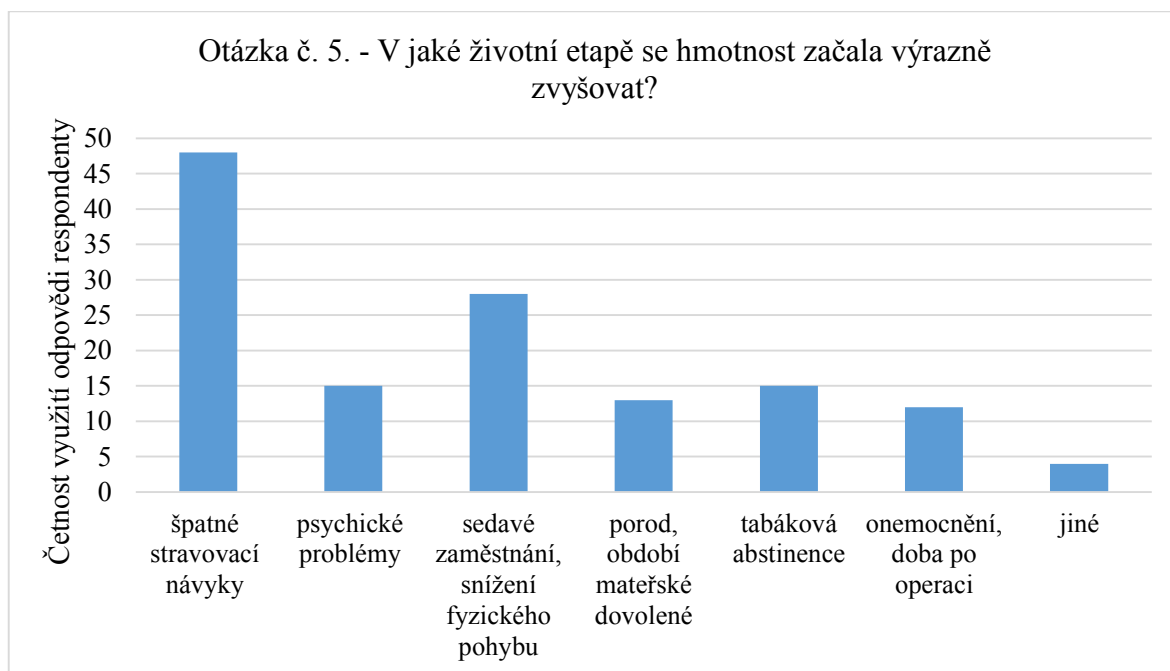
Překvapujícím faktorem této otázky byla skupina lidí od 16 – 25 let téměř 33 %, kdy velmi často respondenti udávali, to že nárůst tělesné hmotnosti způsobují psychické problémy a studium na VŠ, kdy jsou studenti pod velkou stresovou zátěží, nemají čas (chuť) na fyzickou aktivitu a osvojí si špatné stravovací a společenské návyky (konzumace alkoholu, energetických nápojů, kouření).

Otázka č. 5 – V jaké životní etapě se hmotnost začala výrazně zvyšovat.

U následující otázky mohli respondenti uvést více odpovědí.

Tab. 12 Důvody nárůstu tělesné hmotnosti.

Otázka 5. - V jaké životní etapě se hmotnost začala výrazně zvyšovat?		
Možnosti:	Použito (n)	(%) ze všech odpovědí
špatné stravovací návyky	48	35,56
psychické problémy	15	11,11
sedavé zaměstnání, snížení fyzického pohybu	28	20,74
porod, období mateřské dovolené	13	9,63
tabáková abstinence	15	11,11
onemocnění, doba po operaci	12	8,89
jiné	4	2,96
Celkem	135	100,00



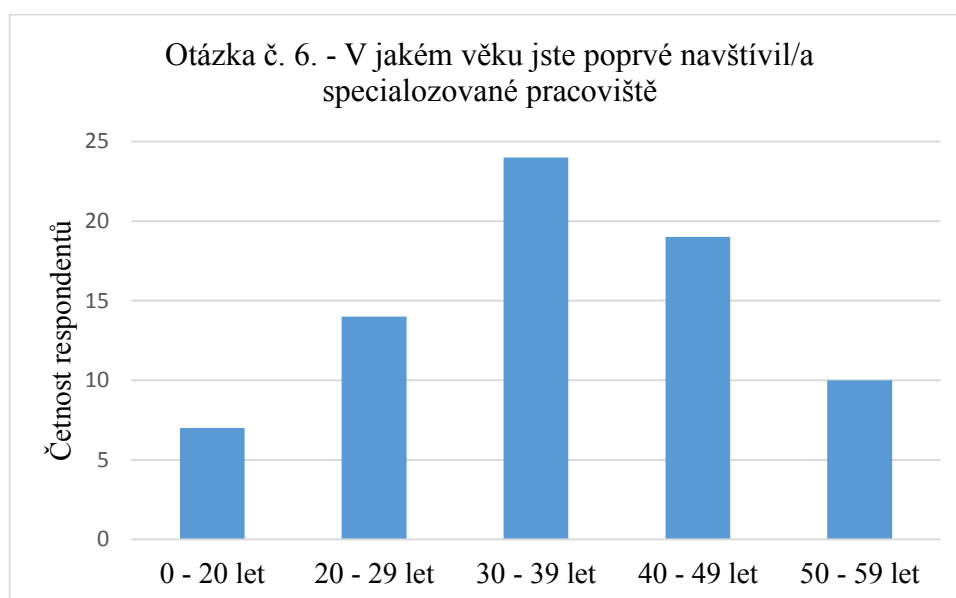
Graf 6. Důvody nárůstu tělesné hmotnosti.

Velké množství respondentů 48 (téměř 36 % ze všech odpovědí) využilo možnost špatné stravovací návyky. Další hojně využívanou odpovědí bylo sedavé zaměstnání (v 28 případech), se sníženou fyzickou aktivitou. K této možnosti, je možno připočíst také 4 respondenty, kteří u varianty „jiné“ uvedli studium na VŠ (obdoba sedavého zaměstnání).

Otázka č. 6 – V jakém věku jste poprvé navštívil/a specializované pracoviště?

Tab. 13 První návštěva specializovaného pracoviště.

Otázka č. 6. - V jakém věku jste poprvé navštívil/a specializované pracoviště		
Možnosti:	(n)	(%)
0 - 19 let	7	9,46
20 - 29 let	14	18,92
30 - 39 let	24	32,43
40 - 49 let	19	25,68
50 - 59 let	10	13,51
Celkem	74	100,00



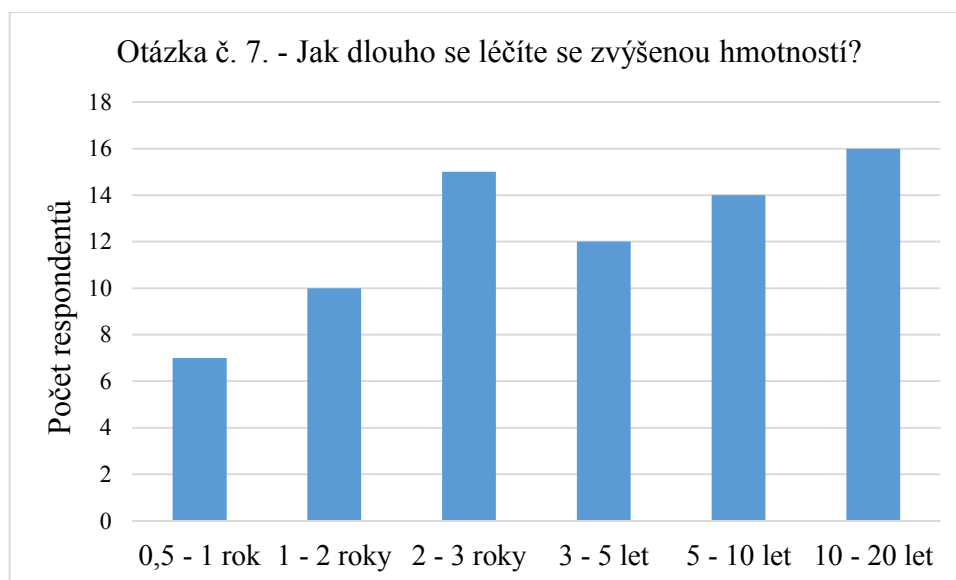
Graf 7. První návštěva specializovaného pracoviště.

V tomto bodě označilo nejvíce respondentů odpověď 30 – 39 let, což je dobrá zpráva s ohledem na to, že v tomto věku nemusí být ještě pozdě na sjednání nápravy, jelikož se jedná o mladší jedince, takže je možné pomocí správné léčby a cviků snížit tělesnou hmotnost nemocného bez trvalých zdravotních následků (degradace kloubů). Druhou nejpočetnější skupinou byli lidé s věkem od 40 do 49, kde již úplné vyléčení nejspíše nebude bez trvalejších následků, protože lze předpokládat, že se zvýšenou hmotností žijí i několik desítek let.

Otázka č. 7 – Jak dlouho se léčíte se zvýšenou hmotností?

Tab. 14 Doba léčby obezity.

Otázka č. 7. - Jak dlouho se léčíte se zvýšenou hmotností?		
Možnosti:	(n)	(%)
0,5 - 1 rok	7	9,46
1 - 2 roky	10	13,51
2 - 3 roky	15	20,27
3 - 5 let	12	16,22
5 - 10 let	14	18,92
10 - 20 let	16	21,62
Celkem	74	100,00



Graf 8. Doba léčby obezity.

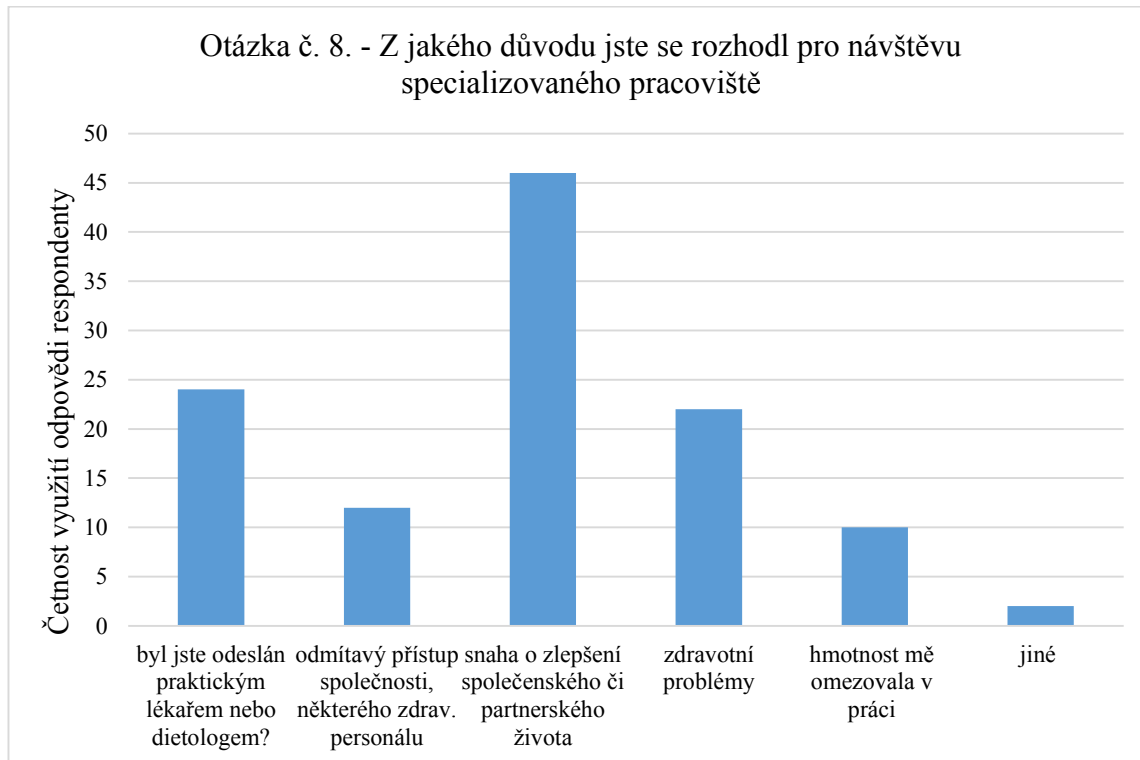
Z odpovědí je patrné, že skupiny, které se léčí 0 – 3 roky tvoří cca 44 % respondentů. Překvapivým zjištěním je fakt, že jsou ve velké míře zastoupeny i skupiny respondentů, ve kterých se lidé léčí 10 nebo 20 let, tyto dlouhodobé léčby bývají dány chronickým onemocněním pacientů.

Otázka č. 8 – Z jakého důvodu jste se rozhodl/a pro návštěvu specializovaného pracoviště?

U následující otázky mohli respondenti uvést více odpovědí.

Tab. 15 Důvod návštěvy specializovaného pracoviště.

Otázka 8. - Z jakého důvodu jste se rozhodl pro návštěvu spec. pracoviště		
Možnosti:	Použito (n)	(%) ze všech odpovědí
byl jste odeslán praktickým lékařem nebo dietologem?	24	20,69
odmítavý přístup společnosti, některého zdravotnického personálu	12	10,34
snaha o zlepšení společenského či partnerského života	46	39,66
zdravotní problémy	22	18,97
hmotnost mě omezovala v práci	10	8,62
jiné	2	1,72
Celkem	116	100,00



Graf 9. Důvod návštěvy specializovaného pracoviště.

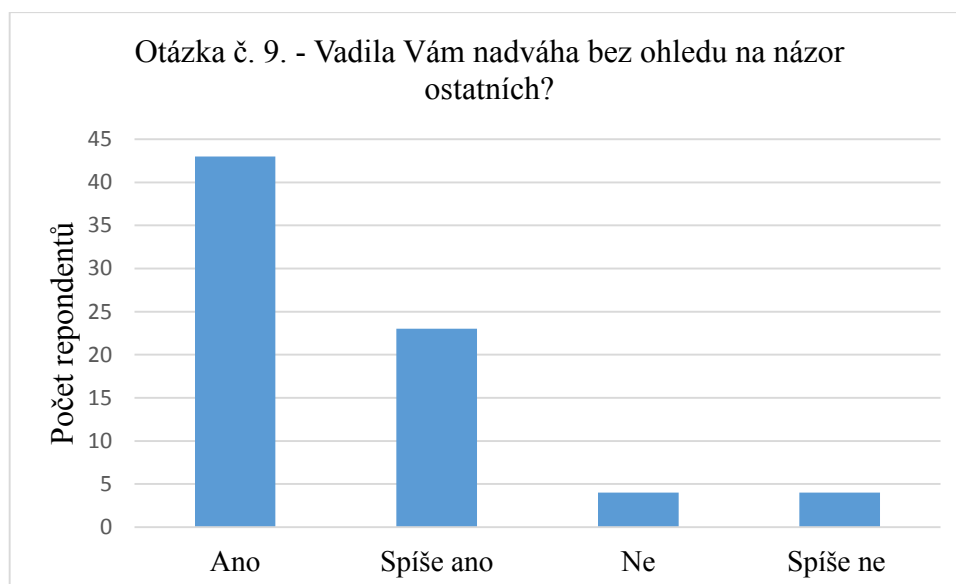
Dle výsledků u 46 respondentů (téměř 40 % ze všech odpovědí) hraje hlavní roli snaha o zlepšení společenského, či partnerského života. Je prokázáno, že lidé s vyšší hmotností

mají sexuální život velmi omezený nebo žádný, což může skončit i ukončením vztahu. Druhou nejčastější možností bylo odeslání obvodním lékařem, což je pozitivní z hlediska toho, že je i v obvodních ordinacích snaha o změnu života svých pacientů k lepšímu. Naopak je problémem že téměř 1/3 ze všech dotázaných začala hledat odbornou pomoc až ve chvíli, kdy je k tomu donutily zdravotní problémy.

Otázka č. 9 – Vadila Vám nadváha bez ohledu na názor ostatních?

Tab. 16 Vnímání hmotnosti respondenty.

Otázka č. 9. - Vadila Vám nadváha bez ohledu na názor ostatních?		
Možnosti:	(n)	(%)
Ano	43	58,11
Spíše ano	23	31,08
Ne	4	5,41
Spíše ne	4	5,41
Celkem	74	100,00



Graf 10. Vnímání hmotnosti respondenty.

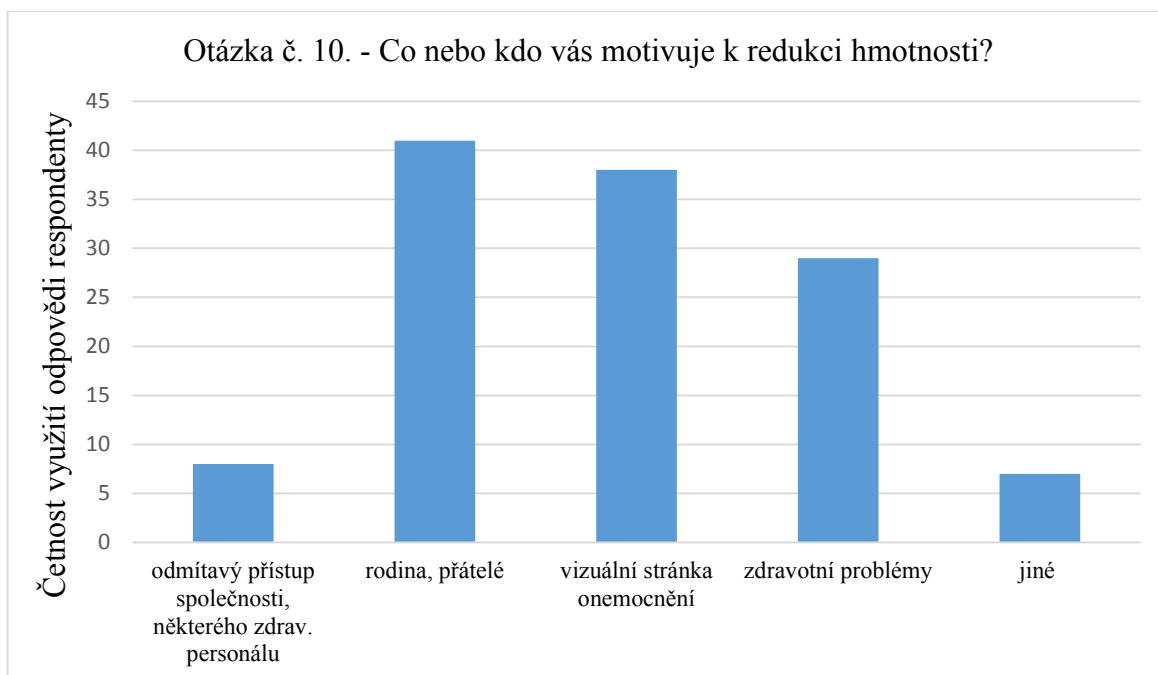
Z výsledků vyplývá, že respondenti téměř v 90 % případů (Ano + Spíše ano) tvrdí, že jim hmotnost určitým způsobem vadila i bez názorů okolí, toto zjištění je pozitivní ve smyslu, že každý by změny ve svém životě měl dělat kvůli sobě s podporou okolí a nikoliv kvůli svému okolí.

Otázka č. 10 – Co nebo kdo vás motivuje k redukci hmotnosti?

U následující otázky mohli respondenti uvést více odpovědí.

Tab. 17 Motivace k redukci hmotnosti.

Otázka 10. - Co nebo kdo vás motivuje k redukci hmotnosti?		
Možnosti:	Použito (n)	Relativní četnost ze všech odpovědí (%)
odmítavý přístup společnosti, některého zdravotnického personálu	8	6,50
rodina, přátelé	41	33,33
vizuální stránka onemocnění	38	30,89
zdravotní problémy	29	23,58
jiné	7	5,69
Celkem	123	100,00



Graf 11. Motivace k redukci hmotnosti.

V boji s nadváhou, či obezitou je velmi důležitá pomoc blízké rodiny, či partnera a to zejména pro psychickou pohodu pacienta. Samotné hubnutí je dlouhá a náročná cesta po delší etapu života, proto je důležité, že více než polovina respondentů (kolem 33 % ze všech odpovědí) bere rodinu jako motivaci. Dalšími velmi častými důvody je právě vizuální stránka onemocnění (38 respondentů). Dobrou zprávou je, že pouze 8 dotázaných se setkalo s odmítavým přístupem společnosti, či zdravotního personálu.

Otázka č. 11 – Zúčastnil/a jste se někdy skupinové přednášky, besedy o obezitě?

Tab. 18 Účast na přednáškách o obezitě.

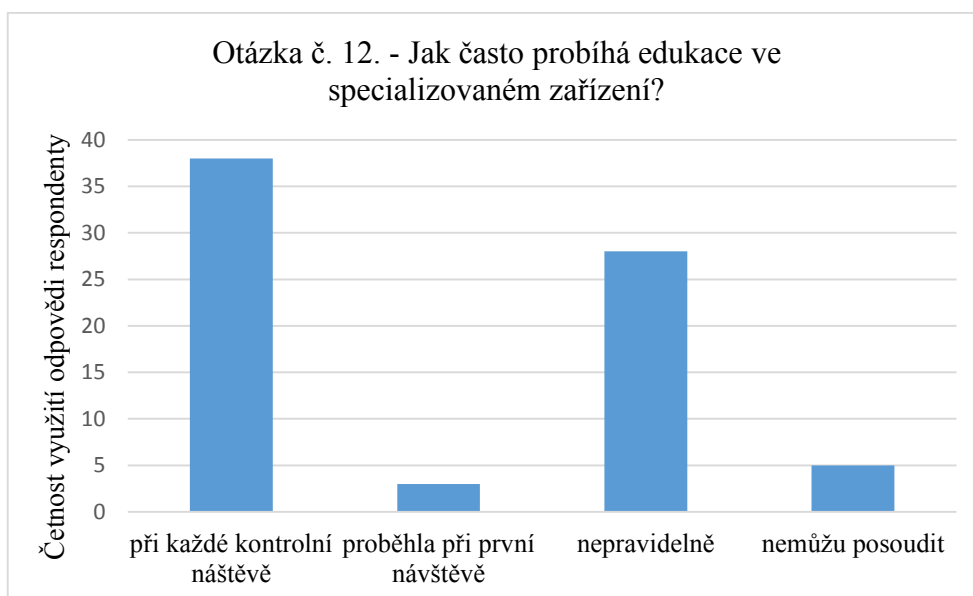
Otázka č. 11. - Zúčastnil/a jste se někdy skupinového přednášky/besedy?		
Možnosti:	(n)	(%)
Ano	23	31,08
Ne	51	68,92
Celkem	74	100,00

Téměř 69 % dotázaných se nikdy nezúčastnilo žádné přednášky o obezitě, zpravidla to je zapříčiněno strachem z podobných akcí, nebo že je lidem nepříjemné o dané problematice diskutovat na veřejnosti.

Otázka č. 12 – Jak často probíhá edukace ve specializovaném zařízení?

Tab. 19 Míra edukace na specializovaném pracovišti.

Otázka 12. - Jak často probíhá edukace ve specializovaném zařízení?		
Možnosti:	Použito (n)	(%)
při každé kontrolní návštěvě	38	51,35
proběhla při první návštěvě	3	4,05
Nepravidelně	28	37,84
nemůžu posoudit	5	6,76
Celkem	74	100,00



Graf 12. Míra edukace na specializovaném pracovišti.

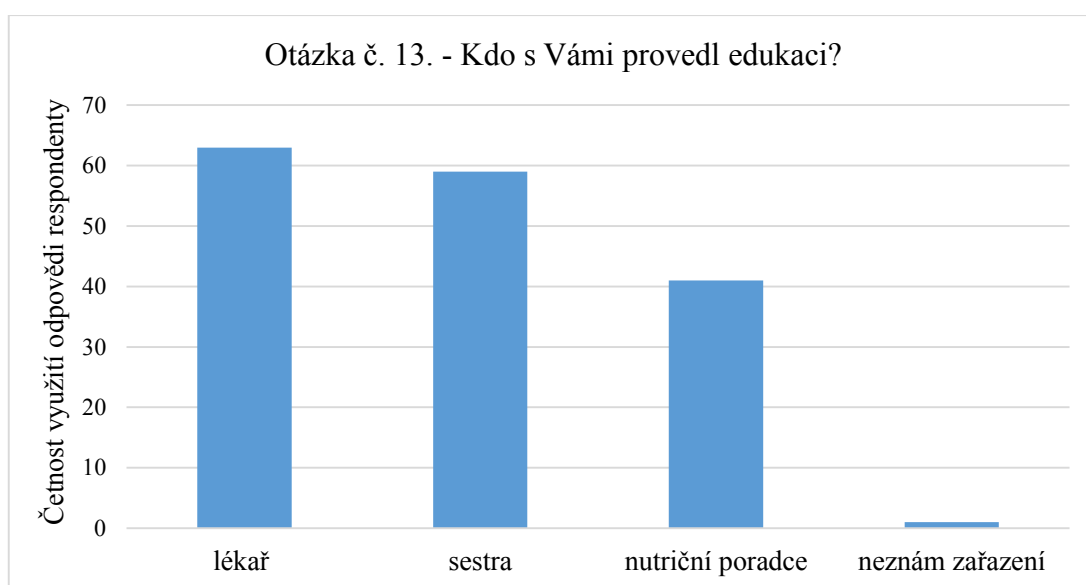
Edukace probíhá v případě necelých 52 % respondentů při každé návštěvě odborného pracoviště a v dalších téměř 38 % probíhá sice nepravidelně, avšak více nežli jednou, z tohoto výsledku vyplývá, že i obezitologické centra pracují dobře a snaží se své klienty co nejvíce a nejlépe instruovat v boji s obezitou.

Otázka č. 13 – Kdo s Vámi provedl edukaci?

U následující otázky mohli respondenti uvést více odpovědí.

Tab. 20 Edukátor

Otázka 13. - Kdo s Vámi provedl edukaci?		
Možnosti:	Použito (n)	Relativní četnost ze všech odpovědí (%)
lékař	63	38,41
sestra	59	35,98
nutriční poradce	41	25,00
neznám zařazení	1	0,61
Celkem	164	100,00



Graf 13. Edukátor

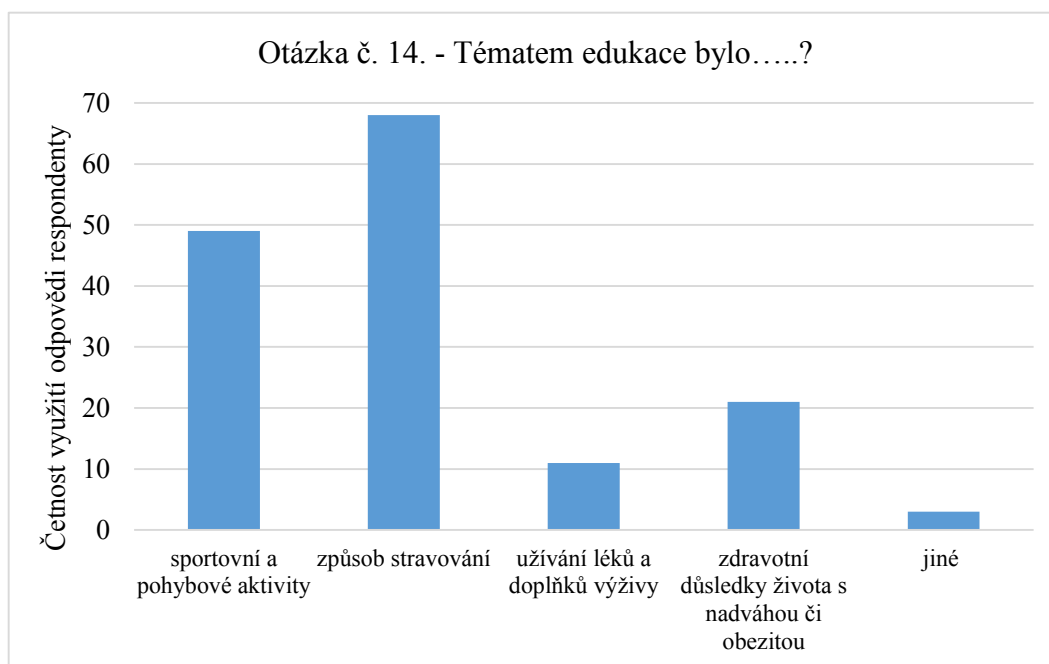
V případě 63 dotázaných respondentů (38,41 % za všech odpovědí) uvedlo jako jednu z možností lékaře, v některých případech byla však uvedena poznámka, že právě lékař prováděl edukaci poprvé a následně, přešla do kompetence sestry. Sestra byla uvedena jako edukátor u 59 respondentů.

Otázka č. 14 – Tématem edukace bylo....?

U následující otázky mohli respondenti uvést více odpovědí.

Tab. 21 Téma edukace na specializovaném pracovišti.

Otázka 14. - Tématem edukace bylo.....?		
Možnosti:	Použito (n)	Relativní četnost ze všech odpovědí (%)
sportovní a pohybové aktivity	49	32,24
způsob stravování	68	44,74
užívání léků a doplňků výživy	11	7,24
zdravotní důsledky života s nadváhou či obezitou	21	13,82
jiné	3	1,97
Celkem	152	100,00



Graf 14. Téma edukace na specializovaném pracovišti.

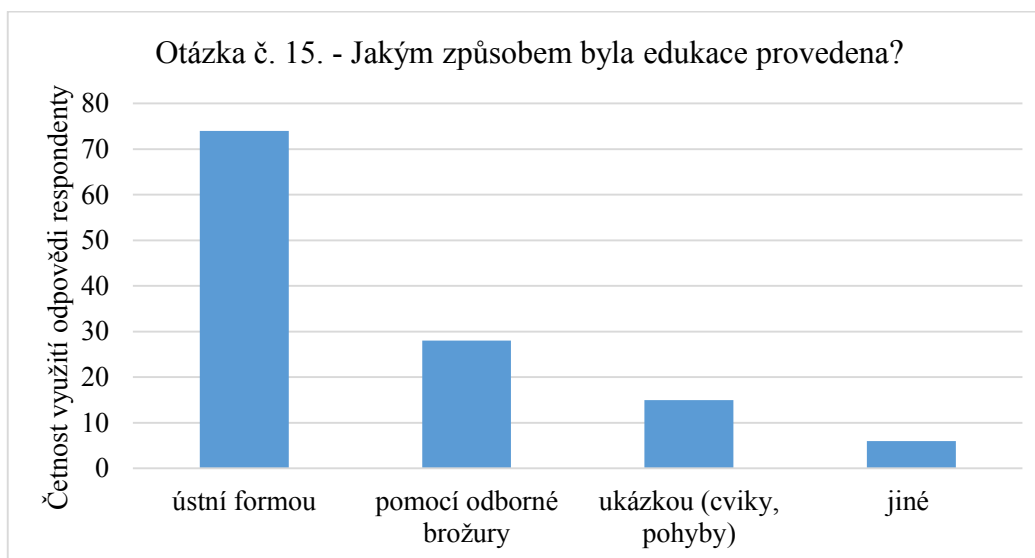
V 68 (44,74 % ze všech odpovědí) případech respondenti uznali, že se jejich edukace týkala zejména jídla. Zajímavým zjištěním je, že jen u 21 (13,82 % ze všech odpovědí) respondentů se edukace zabývala důsledky života s obezitou. Je to dáno tím, že u nových pacientů je větší šance na úspěšnou léčbu. Edukace zaměřená na seznámení pacienta s důsledky života s obezitou se využívají zejména tam, kde dlouhodobější léčba nemá viditelný efekt.

Otázka č. 15 – Jakým způsobem byla edukace provedena?

U následující otázky mohli respondenti uvést více odpovědí.

Tab. 22 Způsob provedené edukace u respondentů.

Otázka 15. - Jakým způsobem byla edukace provedena?		
Možnosti:	Použito (n)	Relativní četnost ze všech odpovědí (%)
ústní formou	74	60,16
pomocí odborné brožury	28	22,76
ukázkou (cviky, pohyby)	15	12,20
jiné	6	4,88
Celkem	123	100,00



Graf 15. Způsob provedené edukace u respondentů.

Z výsledků, je patrné, že ústní forma edukace proběhla u všech respondentů. Pouze malé procento ze všech respondentů (22,76 %) bylo edukováno pomocí tištěné brožury. Ukázkou cviků zmínilo 15 dotázaných. V ostatních případech byla zmíněna písemná tvorba jídelníčku.

Otázka č. 16 – Byly pro Vás poskytnuté informace snadno pochopitelné?

Tab. 23 Pochopitelnost získaných informací.

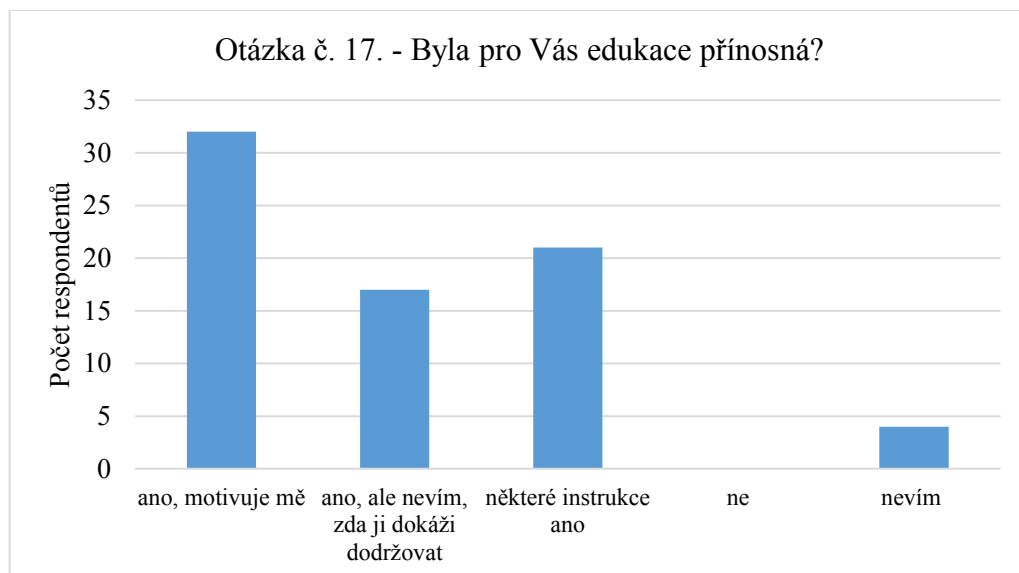
Otázka č. 16. - Byly pro Vás informace snadno pochopitelné?		
Možnosti:	(n)	(%)
Ano	52	70,27
Spíše ano	22	29,73
Ne	0	0,00
Spíše ne	0	0,00
Celkem	74	100,00

Celých 70,27 % respondentů tvrdí, že zcela porozuměli získaným informacím, které jim byly poskytnuty. Zbýlých 29,73 % respondentů se domnívá, že informace pochopili, do takové míry, aby mohli opustit obezitologické pracoviště bez dalších otázek. Tento výsledek dokazuje správnost provedené edukace a správnou činnost obezitologických pracovišť.

Otázka č. 17 – Byla pro Vás edukace přínosná?

Tab. 24 Přínos provedené edukace na respondentů.

Otázka č. 17. - Byla pro Vás edukace přínosná?		
Možnosti:	(n)	(%)
ano, motivuje mě	32	43,24
ano, ale nevím, zda ji dokáži dodržovat	17	22,97
některé instrukce ano	21	28,38
ne	0	0,00
nevím	4	5,41
Celkem	74	100,00



Graf 16. Přínos provedené edukace na respondentů.

Je pozitivní, že téměř polovina dotázaných je přesvědčená o přínosu provedené edukace a co víc, že je tato edukace současně motivuje, v boji s jejich onemocněním. V dalších případech se do jisté míry projevilo, že ne každý má natolik silnou vůli a odhodlání, aby byl schopen změnit stravu, cvičit, nebo se vzdát některého svého zlozvyku. Samozřejmě se našlo dost pacientů, kteří si ze získaných informací odnesou jen ty body, které se jim líbí, ale do jisté míry je to lepší než nic.

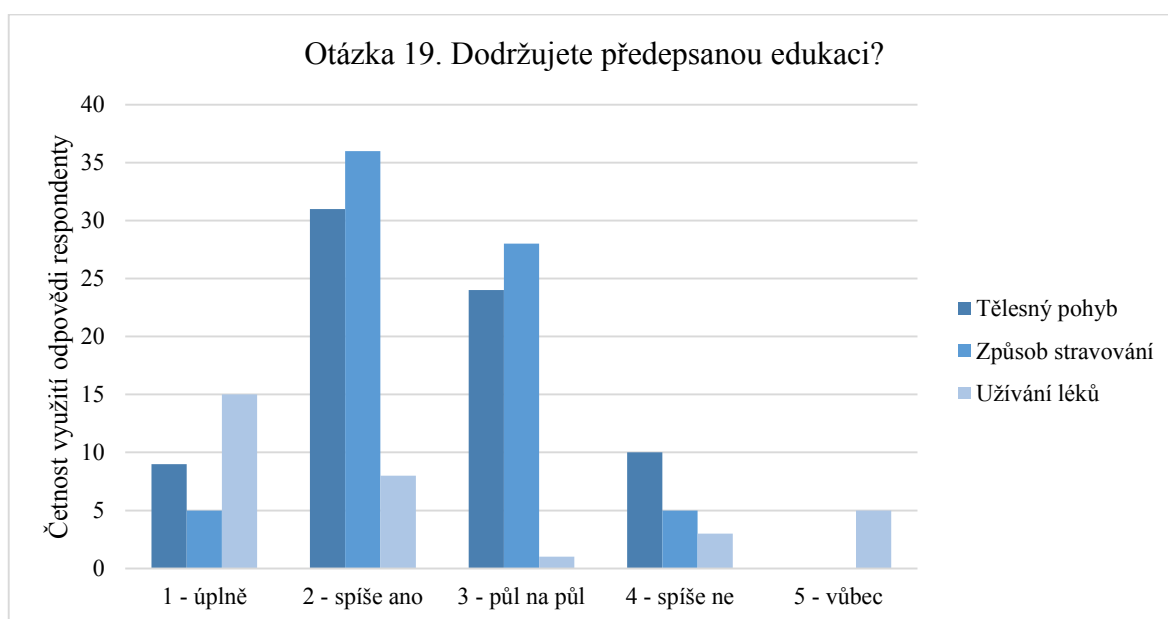
Otázka č. 18 – Pokud NE, proč?

Z důvodu, že v předchozí otázce se nikdo nerozhodl pro odpověď Ne, nebyla tato otázka podrobena statistické kontrole.

Otázka č. 19 – Dodržujete předepsanou edukaci?

Tab. 25 Dodržování předepsané edukace.

Otázka 19. - Dodržujete předepsanou edukaci?												
Možnosti:	1 - úplně		2 - spíše ano		3 - půl na půl		4 - spíše ne		5 - vůbec		Celkem	
	n	r (%)	n	r (%)	n	r (%)	n	r (%)	n	r (%)	Počet respondentů, kteří odpověděli na otázku (n)	Součet r (%), kteří odpověděli na otázku (n)
Tělesný pohyb	9	12,16	31	41,89	24	32,43	10	13,51	0	0,00	74	100,00
Způsob stravování	5	6,76	36	48,65	28	37,84	5	6,76	0	0,00	74	100,00
Užívání léků	15	46,88	8	25,00	1	3,13	3	9,38	5	15,63	32	100,00



Graf 17. Dodržování předepsané edukace.

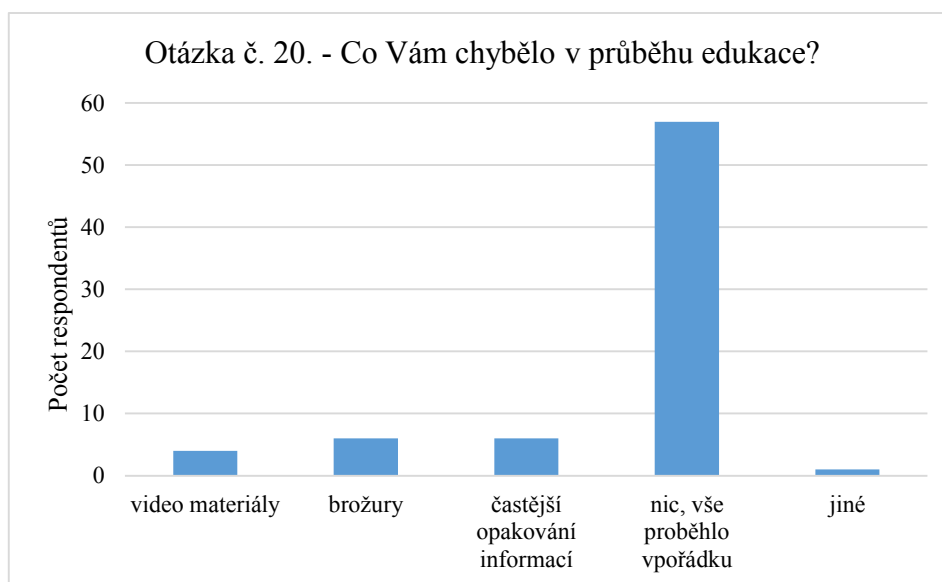
Z výsledků je patrné, že 40 respondentů (ti co odpověděli úplně a spíše ano) se snaží dodržovat množství předepsané tělesné aktivity, a současně přibližně stejný počet (41 respondentů, kteří označili úplně a spíše ano) dodržuje naordinovaný způsob stravování. Do jisté míry se také projevilo to, že změny zejména v životním stylu nejsou jednoduché, z čehož vyplývá, že více než třetina respondentů je schopna změny dodržovat, jen do jisté míry. V případě užívání léků dodržuje 15 z 32 respondentů (pouze ti, kteří užívají

medikamenty), edukaci zcela. V 5 případech, kdy respondenti, uvedli odpověď vůbec, mohlo jít o špatné pochopení otázky, kdy odpovědí vůbec mysleli, že žádné medikamenty neužívají.

Otázka č. 20 – Co Vám chybělo v průběhu edukace?

Tab. 26 Co chybělo v průběhu edukace?

Otázka č. 20. - Co Vám chybělo v průběhu edukace?		
Možnosti:	(n)	(%)
video materiály	4	5,41
brožury	6	8,11
častější opakování informací	6	8,11
nic, vše proběhlo v pořádku	57	77,03
jiné	1	1,35
Celkem	74	100,00



Graf 18. Co chybělo v průběhu edukace?

Dobrym výsledkem pro obezitologická pracoviště, kde bylo šetření prováděno, je, že 77,03 % pacientů bylo s provedenou edukací spokojeno bez výhrad, avšak v určitých případech by pacienti uvítali zejména zopakování získaných informací (8,11 % respondentů), či více materiálů, které by si mohli odnést domů (8,11 % respondentů). Pouze v jednom případě byla uvedena poznámka, týkající se zvýšení motivace v průběhu edukace.

Otázka č. 21 – Byl/a jste seznámen/a s vhodnými a nevhodnými potravinami?

Tab. 27 Seznámení s potravinami.

Otázka č. 21. - Byl/a jste seznámen/a s vhodnými a nevhodnými potravinami?		
Možnosti:	(n)	(%)
Ano	74	100,00
Ne	0	0,00
Celkem	74	100,00

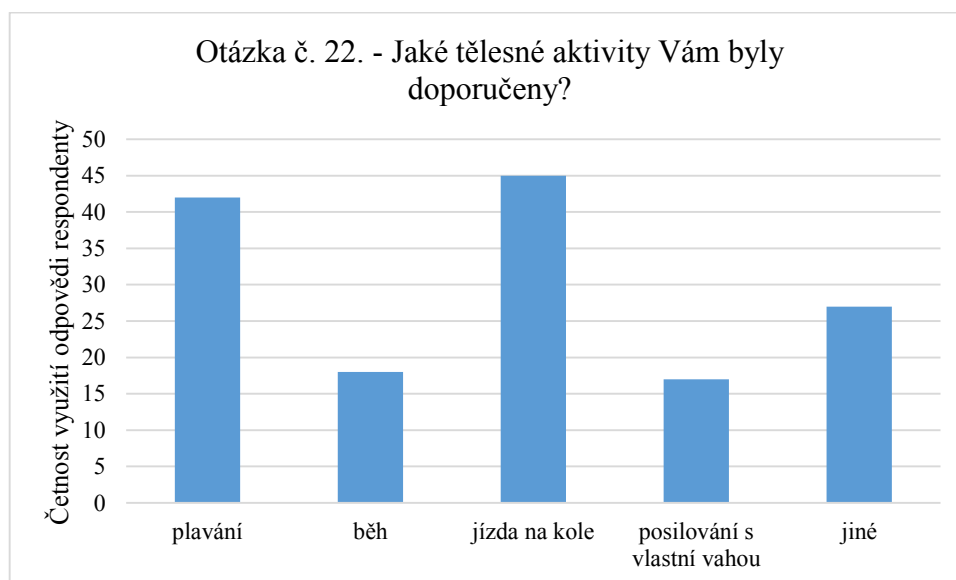
Z výsledků je zřejmé, že obezitologická pracoviště věnují tématu správné výživy dostatek času. Všichni klienti byli seznámeni s potravinami, které jsou vhodné pro jejich dietu.

Otázka č. 22 – Jaké tělesné aktivity Vám byly doporučeny?

U následující otázky mohli respondenti uvést více odpovědí.

Tab. 28 Doporučené tělesné aktivity.

Otázka 22. - Jaké tělesné aktivity Vám byly doporučeny?		
Možnosti:	(n)	Relativní četnost ze všech odpovědí (%)
Plavání	42	28,19
Běh	18	12,08
jízda na kole	45	30,20
posilování s vlastní vahou	17	11,41
jiné	27	18,12
Celkem	149	100,00



Graf 19. Doporučené tělesné aktivity.

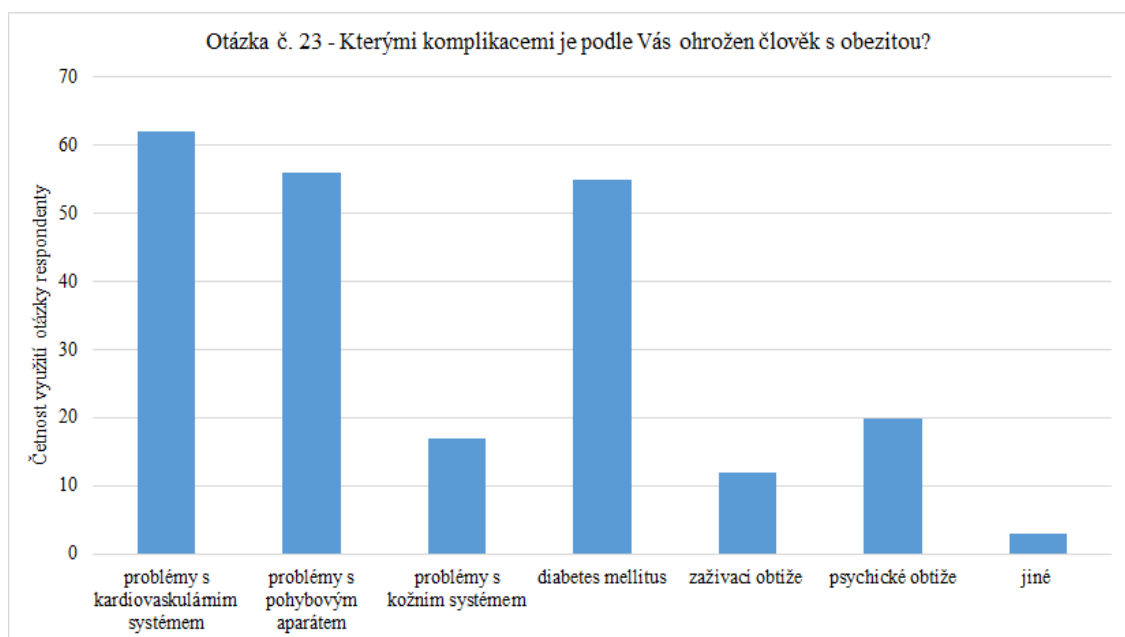
Z výsledků, je patrné, že ve velké míře je pacientům doporučeno plavání (42 respondentů), což je logické jelikož se jedná o aktivitu, která nezatěžuje kloubní aparát a jízda na kole (45 respondentů), kde dochází k velkému spalování tuků. Hodně respondentů, se vyjádřilo pomocí odpovědi jiné, kde se ve většině případů vyjádřili k chůzi, případně vycházkám ve vhodném prostředí.

Otázka č. 23 – Kterými komplikacemi je podle Vás ohrožen člověk s obezitou?

U následující otázky mohli respondenti uvést více odpovědí.

Tab. 29 Míra vědomostí respondentů o následcích obezity.

Otázka č. 23- Kterými komplikacemi je podle Vás ohrožen člověk s obezitou?		
Možnosti:	(n)	Relativní četnost ze všech odpovědí (%)
problémy s kardiovaskulárním systémem	62	27,56
problémy s pohybovým aparátem	56	24,89
problémy s kožním systémem	17	7,56
diabetes mellitus	55	24,44
zažívací obtíže	12	5,33
psychické obtíže	20	8,89
jiné	3	1,33
Celkem	225	100,00



Graf 20. Míra vědomostí respondentů o následcích obezity.

Ze statistiky vyplývá, že pacienti, si jsou vědomi spíše obecně známých rizik, jakými jsou problémy kardiovaskulárního systému (62 respondentů), problémy s pohybovým aparátem a s diabetem (55 respondentů). Pouhá třetina dotázaných si byla vědoma, že zvýšená hmotnost, může způsobovat psychické potíže, a v ještě menší míře to bylo u problémů se zažíváním a kožním systémem. Do dotazníku měla být zahrnuta také možnost intimního styku, protože i tento aspekt je prokazatelně ovlivněn u lidí se zvýšenou hmotností. Tento

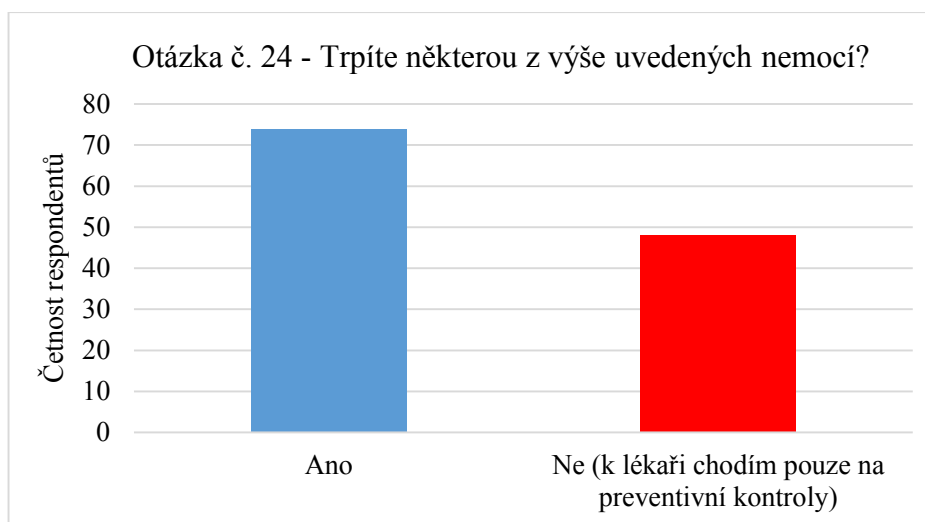
fakt byl zmíněn u 2 respondentů pod bodem jiné. Pozitivem zůstává, že respondenti jsou si ve většině případů vědomi, alespoň závažnějších rizik, spojených s obezitou.

Otázka č. 24 – Trpíte některou z výše uvedených nemocí? Pokud ANO, kterou?

Pro lepší vyhodnocení získaných informací jsem nejprve respondenty rozdělila do dvou skupin, těch co trpí nemocemi v důsledku obezity a těch co se snaží bojovat se svou hmotností, ale zatím se u nich žádná komplikace neprojevila.

Tab. 30 Trpíte v důsledku obezity nějakým onemocněním?

Otázka č. 24 - Trpíte některou z výše uvedených nemocí?		
Možnosti:	(n)	(%)
Ano	48	64,86
Ne (k lékaři chodím pouze na preventivní kontroly)	26	35,14
Celkem	74	100,00



Graf 21. Trpíte v důsledku obezity nějakým onemocněním?

Výsledky průzkumu ukázali, že nadpoloviční část respondentů (64,86 %) trpí určitým onemocněním v přímém důsledku života s obezitou. Při procházení dotazníků je zřetelné, že zdravotními komplikacemi trpí zejména jedinci s vyšším věkem a ti, kteří žijí se zvýšenou hmotností po delší dobu.

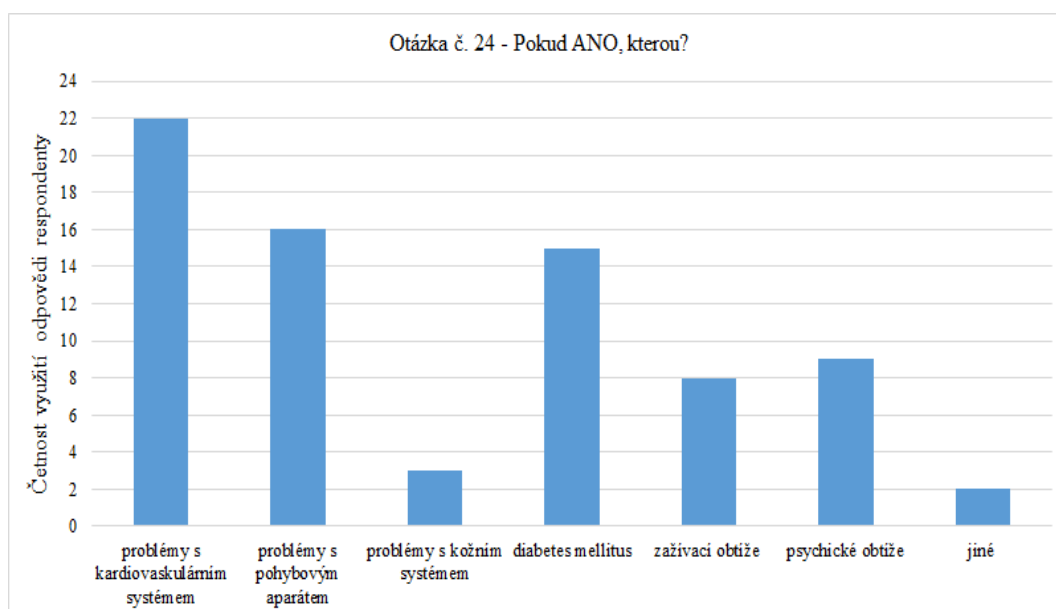
Druhá část otázky byla věnována vyhodnocení pacientů, kteří trpí určitým druhem onemocnění v důsledku obezity. Mezi nejčastějšími odpověďmi očekávám, problémy s kloubním aparátem a diabetes.

V následující tabulce je posuzováno pouze 48 respondentů, kteří v předchozí odpovědi uvedli, že trpí některou z nemocí v důsledku obezity.

U následující otázky mohli respondenti uvést více odpovědí.

Tab. 31 Typy onemocnění u respondentů.

Otázka č. 24 - Pokud ANO, kterou?		
Možnosti:	(n)	(%)
problémy s kardiovaskulárním systémem	22	29,33
problémy s pohybovým aparátem	16	21,33
problémy s kožním systémem	3	4,00
diabetes mellitus	15	20,00
zažívací obtíže	8	10,67
psychické obtíže	9	12,00
jiné	2	2,67
Celkem	75	100,00



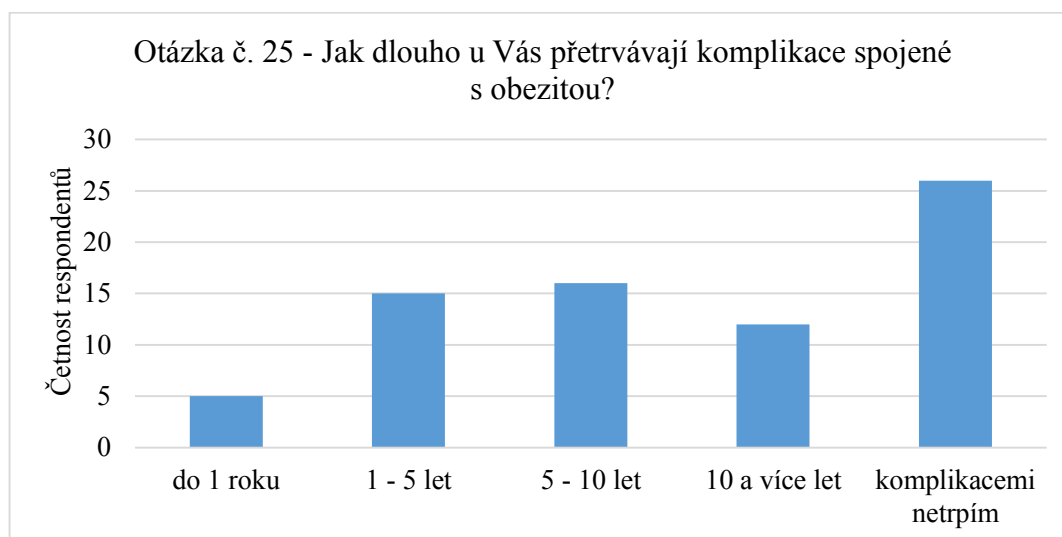
Graf 22. Typy onemocnění u respondentů.

Po zpracování výsledků, je zřejmé, že 22 respondentů (29,33 % ze všech odpovědí), kteří trpí onemocněním v důsledku obezity, má problémy s kardiovaskulárním systémem. O moc lépe si nevedou ani onemocnění pohybového aparátu 16 respondentů, které je zmiňován zejména u starších respondentů. Diabetes byl uveden v 15 případech. Nepříjemným zjištěním je fakt, že téměř pětina respondentů trpí v důsledku onemocnění psychickými problémy.

Otázka č. 25 – Jak dlouho u Vás přetrvávají komplikace spojené s obezitou?

Tab. 32 Délka ovlivnění respondenta zdravotními komplikacemi.

Otázka č. 25 - Jak dlouho u Vás přetrvávají komplikace spojené s obezitou?		
Možnosti:	(n)	(%)
do 1 roku	5	6,76
1 - 5 let	15	20,27
5 - 10 let	16	21,62
10 a více let	12	16,22
komplikacemi netrpím	26	35,14
Celkem	74	100,00



Graf 23. Délka ovlivnění respondenta zdravotními komplikacemi.

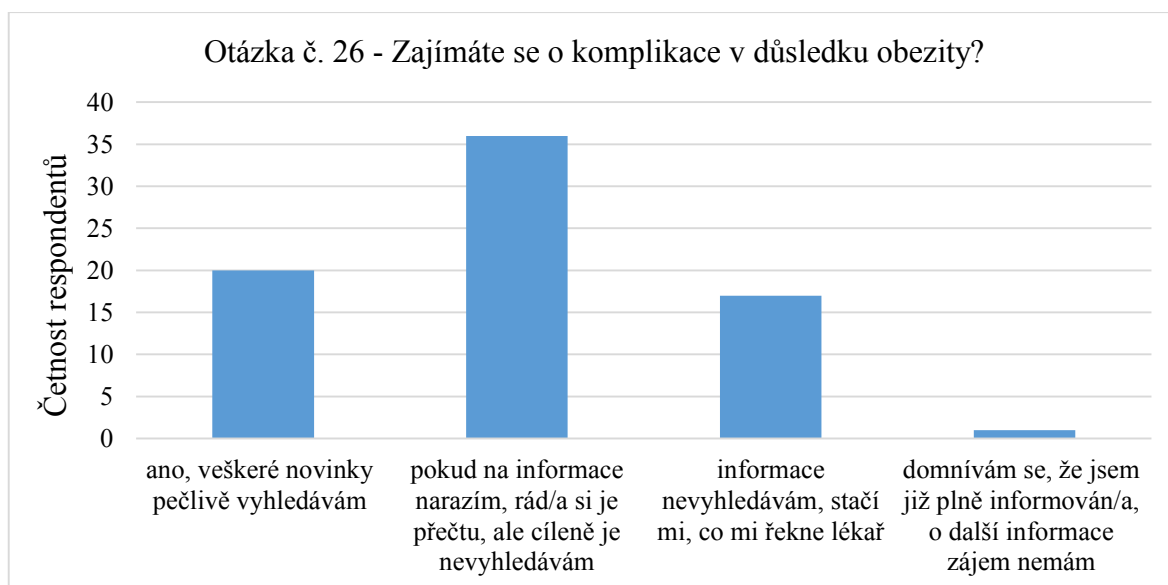
Z šetření vyplývá, že nejčastější skupinou jsou lidé, kteří trpí určitými komplikacemi 5 – 10 let (21,62 %), jedná se zejména o jedince, na kterých se obezita začala projevovat v pozdějším věku zejména kloubním poškozením. V těsném závěsu se však drží skupiny od 1 – 5 let (20,27 %) a lidé, kteří trpí onemocněním i více než 10 let (16,22 %) výsledky naznačují, že lidé jen ve velmi malé míře vyhledají odbornou pomoc hned v počátku zdravotních obtíží (6,76 %), avšak pozitivním fakt je, že více než třetina respondentů (35,14 %) navštěvuje odborná pracoviště, dříve než se u nich „následek“ obezity projeví.

Poznámka: Je potřeba brát v potaz, že i když pacient netrpí, žádným zdravotním následkem v důsledku obezity, tak i sama obezita je závažná zdravotní komplikace (onemocnění)!

Otázka č. 26 – Zajímáte se o komplikace v důsledku obezity?

Tab. 33 Zájem respondentů o danou problematiku.

Otázka č. 26 - Zajímáte se o komplikace v důsledku obezity?		
Možnosti:	(n)	(%)
ano, veškeré novinky pečlivě vyhledávám	20	27,03
pokud na informace narazím, rád/a si je přečtu, ale cíleně je nevyhledávám	36	48,65
informace nevyhledávám, stačí mi, co mi řekne lékař	17	22,97
domnívám se, že jsem již plně informován/a, o další informace zájem nemám	1	1,35
Celkem	74	100,00



Graf 24. Zájem respondentů o danou problematiku.

Po vyhodnocení je patrné, že většina respondentů (75,68 %, ti kteří označili ano a pokud na informace...), má spíše kladný přístup k získávání informací. Právě tato statistika do jisté míry definuje to, kolik pacientů je doopravdy odhodláno nejenom, navštěvovat obezitologická pracoviště, ale zejména docílit určitého výsledku a tím je snížení hmotnosti, do takové míry, kdy začnou být opět spokojeni se svým životem.

Ze samotného šetření je možné do jisté míry odpovědět na cíle, které byly uvedeny na počátku praktické části této práce.

- 1) Zjistit, co vedlo obézní pacienty k návštěvě obezitologického pracoviště;

Samotné statistické vyhodnocení šetření odhalilo, že respondenti ve velké míře (89,19 %) nejsou spokojeni se svojí hmotností. Často bylo zmíněno, že nárůst jejich hmotnosti nastal, díky sedavému zaměstnání a špatnému stravování. Respondenty, často (62,16 %) přinutila k návštěvě snaha o zlepšení partnerského a společenského života, avšak právě rodinu a přátele vnímají jako největší oporu a motivaci.

- 2) Zjistit jak, v jakém rozsahu a kým byli pacienti na obezitologických pracovištích edukováni;

Pacienti v 68,94 % případů nikdy nenavštívili skupinové sezení/přednášku, která by se zabývala tématem obezity. U otázek kolem edukace, reagovali spíše pozitivně, kdy v 89,19 % proběhla edukace více než jednou. Obecně se edukace vztahovala, zejména na způsob stravování (vhodnost/nevhodnost jednotlivých potravin), a doporučení určitého druhu cvičení (dle možností pacienta). V otázce dalšího vzdělávání v oblasti obezity, bylo příjemným zjištěním, že více než 75 % respondentů se rádo vzdělává informacemi v souvislosti s obezitou i mimo prostory ordinace.

- 3) Zjistit, zda pacienti porozuměli edukaci a zda ji dodržují.

Pacienti v necelých 95 % uznávají, že pro ně edukace byla přínosná a snadno pochopitelná. Co se týká nedostatků určité procento dotázaných (21,64 %) by uvítalo, kdyby jim bylo v průběhu edukace poskytnuto více vizuálního materiálu (brožury), který by si případně mohli odnést i domů. Co se týká dodržování předepsané edukace, výsledky byli velmi individuální, problém nastával zejména u dodržování předepsaného (doporučeného) stravování a pohybu, kdy pacienti uváděli, že jsou schopni dodržovat jídelníček a pohyb jen do jisté míry. Co se týkalo informovanosti o hrozbách, spojených s obezitou respondentům jsou známy zejména ty, o kterých se mluví i při návštěvách obvodních lékařů (vysoký krevní tlak, diabetes, kloubní problémy). Příjemným zjištěním bylo, že více než 1/3 respondentů navštěvuje obezitologická pracoviště, bez zjevných zdravotních komplikací spojených s obezitou.

Je nutné zmínit, že dle výsledků šetření si sami pacienti uvědomují, že informace, jež jim poskytuje zdravotnický, personál jsou dostatečné a srozumitelné. Často však nastává problém u odhodlání samotných pacientů, kteří zkrátka nemají tak silnou vůli, aby dokončili cestu, na kterou se dali.

6 DISKUZE

U každé otázky bylo vypracováno statistické vyhodnocení, které mělo za úkol vyjádřit informace získané od respondentů. V odpovědích se objevili se i určité nečekané, či výstražné výsledky. První případ se vyskytl u **otázky č. 5**, kdy ve 4 případech respondenti uvedli, že k výraznému nárůstu hmotnosti došlo při jejich studiu na vysoké škole, tento fakt je způsoben více negativními faktory, kdy studenti, tráví velkou část dne v sedavé poloze, v případě života na koleji ztratí zažité stravovací návyky, kdy místo plnohodnotné stravy konzumují více jídel z rychlého občerstvení. A také zažívají více stresových situací, které jsou také spojovány s nárůstem hmotnosti.

V případě **otázky č. 7** byl předpoklad takový, že nejširší skupinou respondentů, budou pacienti, kteří se léčí do 3 let se zvýšenou hmotností. Toto tvrzení, by bylo možné opřít o logický fakt, že se klienti buďto vyléčí nebo v případě nedostačujících výsledků ztratí zájem. Překvapujícím zjištěním bylo, že je velké množství pacientů, kteří se léčí 10, či 20 let je otázkou, zda je jedná o pacienty, kteří trpí určitou chronickou chorobou a dlouhodobá léčba je nutná pro udržení stavu klienta v přijatelném stavu, nebo se jedná o pacienty, kteří chtějí se svojí hmotností stále bojovat, avšak nemají dostatečnou vůli k dodržení předepsané edukace.

Prostudování dotazníků, přineslo v určitých případech i nový úhel pohledu na danou problematiku, tak jako u **otázky č. 8**. Kdy v pár případech byla zmíněna snaha o snížení hmotnosti zejména kvůli zkvalitnění sexuálního života. Tato varianta mohla být také součástí této otázky, protože intimita je velmi důležitou součástí života, každého člověka. U tohoto bodu se také projevilo, že nejčastějším důvodem a zároveň motivací pro respondenty je rodina, což jen podtrhuje to, že je potřebné zapojovat blízké při edukaci pacienta.

Slabá lidská vůle je častým důvodem, proč se edukace stane neúčinnou. U **otázky č 17.**, ze 17 (22,97 %) respondentů obávalo, že předepsanou edukaci nedokáží dodržovat. Je nezbytné, aby edukace byla vždy nastavena tak, aby pacient byl schopen dodržovat bez ohledu na to, že se léčba o určitý čas prodlouží. U obézních pacientů je nutná pozitivní podpora jak ze strany lékařských pracovníků tak blízkých.

V případě informovanosti o rizicích spojených s obezitou (**otázka č. 23**) respondenti projeví znalost spíše obecně známých ohrožení. Negativním zjištěním bylo, že žádný

z respondentů si u této otázky, neuvědomil, že sama obezita je poměrně značná zdravotní komplikace.

Tato práce byla porovnána v určitých bodech s šetřením Jany Řezníčkové z roku 2008 na téma Vliv obezity na zdraví a efektivita edukace obézních klientů (Řezníčková, 2008).

Vždy bude nejprve uveden srovnávaný bod šetření v pořadí srovnávané šetření / naše šetření.

V obou případech byly v dotazníkových šetřeních řešeny tyto ekvivalentní body:

Kdo Vám nejčastěji poskytuje informace o důsledcích obezity? / Kdo s Vámi provedl edukaci?

V porovnávaném šetření byl zmíněn pouze *praktický* (38 respondentů z 93) nebo *odborný lékař* (55 respondentů z 93). Ani v jednom případě nebyla uvedena *všeobecná sestra* nebo *nutriční poradce*. V této práci byla označena *všeobecná sestra* jako edukátor u 59 ze 74 respondentů. A *nutriční poradce* u 41 ze 74 případů.

Z těchto dvou srovnávaných šetření je patrný nárůst pacientů, kteří byli během své léčby (zvýšené hmotnosti) edukováni nejenom lékaři (odborný, praktický), ale také *všeobecnou sestrou* nebo *nutričním poradcem*.

Jsou poskytnuté informace pochopitelné? / Byly pro Vás poskytnuté informace snadno pochopitelné?

U prvního šetření uvedlo 92 respondentů, *ano* pouze v jednom případě bylo označeno *jen někdy*. U našeho šetření byla získána obdobná data, kdy v 52 případech respondenti zvolili *ano* a v 22 případech *spíše ano*.

Z obou výzkumů vyplývá, že pacienti správně a dostatečně vnímají poskytnuté informace a současně to značí skvělou úroveň komunikace na specializovaných pracovištích.

Zajímají Vás informace o důsledcích obezity? / Zajímáte se o komplikace v důsledcích obezity?

V porovnávaném výzkumu byl v 57 variantách z 93 (60,21 %) značen pozitivní zájem o informace, pouze u 6 (6,43 %) případů pacienti neměli zájem o další informace. V našem dotazníku byl kladný zájem o další informace u 56 respondentů ze 74 (75,68 %) a naopak zájem o další informace neprojevil pouze 1 pacient.

U obou šetření byla formulována otázka, *co nebo kdo respondenty motivuje k redukci hmotnosti*. V předešlé práci byly nejčastějším motivátorem *zdravotní problémy* a to u 60

respondentů (64,52 % dotázaných), druhou nejčastější možností byla *estetická stránka* (25,80 % respondentů) a pouze u 4 pacientů byla motivujícím prvkem *rodina nebo přátelé*. U tohoto bodu nastal, asi nejvýraznější rozdíl ve výsledcích obou dotazníků. V našem případě považovali pacienti, jako nejčastější motivující prvek *rodinu a přátele* v 41 případech (55,40 % všech dotázaných), avšak *zdravotní problémy* a *vizuální stránka onemocnění* získali obdobné výsledky jako v případě porovnávané práce.

Z obou prací je zřejmé, že pacienti mají kladné zkušenosti se získáváním informací na specializovaných pracovištích, a také to, že mají respondenti stále ve velké míře zájem o nové informace, které by jim pomohli v úspěšné léčbě jejich onemocnění. Nejvýraznějším rozdílem u obou prací byl v osobě, která jim informace a edukaci předává, kdy u předešlého šetření respondenti zmínili pouze lékaře (odborné, praktické). V našem výzkumu byla v 59 případech (79,72 % všech respondentů) zmíněna jako edukátor, také všeobecná sestra. Hlavní rozdíl v obou výzkumech nastal u otázky motivace pacientů k redukci hmotnosti, kdy u dřívějšího šetření byla rodina, přátelé důvodem pouze ve 4 případech (4,3 % respondentů), v našem šetření tuto možnost uvedlo 41 respondentů (55,40 % respondentů).

ZÁVĚR

Při tvorbě této práce jsme byli obohaceni mnohými informacemi a to již v průběhu psaní teoretické části. Je nutné brát v potaz, jakým problémem se zvýšená hmotnost (nadváha, obezita) za poslední století stala. Nejedná se pouze o problém zdravotní, ale také problém sociální, psychický a technický (nadměrné sanitní vozy).

Velmi alarmujícím faktem je, že dle posledních průzkumů se Česká republika opakovaně objevuje v čele žebříčků nejotylejších evropských národů. Určitou cestou je to, že se v posledních letech problematice nadměrné hmotnosti občanů, věnují i ministerské resorty vlády České republiky a uvolňují finanční prostředky na výstavby nových sportovišť, cyklostezek a snaží se zabezpečit lepší stravování ve vzdělávacích institucích.

Teoretická část je zaměřena na obecné seznámení s tím, co to obezita je, jakým způsobem se jí dá předcházet, a případně jak zacházet s pacienty, kteří již nadměrnou hmotností trpí.

Náplní praktické části byla tvorba dotazníků, které byly určeny pro klienty obezitologických center. Po statistickém vyhodnocení, lze konstatovat, že pacienti, jež mají problém s hmotností, jsou ze všech věkových kategorií, obecně nejsou se svojí hmotností spokojeni a největšími motivacemi je pro ně rodina nebo obava z možných zdravotních komplikací. Se zdravotními obtížemi spojenými s dlouhodobě zvýšenou hmotností jsou respondenti obeznámeni a s informovaností ze strany zdravotního personálu spokojeni. Dalším zjištěním bylo, že ve většině případů hraje významnou roli v selhání léčby nedostatečná vůle a odhodlání respondentů samotných, což sami přiznávají v otázkách kolem dodržování pohybu, či stravování.

Do určité míry je také nutné zohlednit i denní režim v životě každého z nás. Pracovní nároky na zaměstnance jsou často natolik časově náročné, že jsou lidé nuceni konzumovat to, co mají rychle po ruce (fastfoody). Dalším faktem, který se zejména v posledních letech na veřejnosti propírá, je kvalita prodávaných potravin a nápojů na českém trhu. Supermarkety a jejich subdodavatelé jsou usvědčováni z toho, že obecně na východní trhy dodávají výrobky 2 jakosti oproti zemím, jako je Německo, Rakousko, Francie. Tento problém se však nevyřeší během pár týdnů. Je nutné, aby si lidé začali při nákupu důkladněji číst složení potravin, které kupují a ne vždy volit na základě ceny.

Závěrem nezbývá než doporučit, aby se každý člověk snažil o dodržování všeobecně známých postupů, tak aby nebyl v budoucnu nucen řešit problém se svou hmotností.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ADÁMKOVÁ, Věra et al., 2009. *Obezita: příčiny, typy, rizika, prevence a léčba*. Brno: Facta Medica. ISBN 978-80-904260-5-4.
- [2] BIOIMPEDANČNÍ METODA MĚŘENÍ SLOŽENÍ TĚLA (BIA) NA PŘÍSTROJI TANITA, 2015. In: *Doteky s výživou* [online]. [cit. 2018-03-08]. Dostupné z: <http://dote-kysvyzivou.cz/bioimpedancni-metoda-mereni-slozeni-tela-bia-na-pristroji-tanita/>
- [3] ČESKO. Vyhláška č. 391/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. [cit. 2018-05-13]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/vyhlaska-c391/2017-sb-ktou-se-meni-vy-hlaska-c55/2011-sb-o-cinnostech-z_14541_2439_11.html
- [4] ČESKO V DATECH, [b.r.]. Povolujeme opasky: Čechů s nadváhou výrazně přibývá. In: *Česko v dátech* [online]. [cit. 2018-03-01]. Dostupné z: <http://www.ceskovdatech.cz/clanek/85-povolujeme-opasky-cechu-s-nbsp-nadvahou-vyrazne-pribyva/>
- [5] ČESKÝ INSTITUT METABOLICKÉHO SYNDROMU, 2013. Co je to (kardio)meta-bolický syndrom?. In: *Český institut metabolického syndromu* [online]. [cit. 2018-03-01]. Dostupné z: <http://www.cims-ops.cz/cz/uvod>
- [6] ČIERNY, Michal, 2011. Gastrický bypas. In: *Banding klub* [online]. [cit. 2018-03-14]. Dostupné z: <http://www.bandingklub.cz/gastricky-zaludecni-bypas.phtml>
- [7] DOLEČEK, Rajko, Leoš STŘEDA a Kateřina CAJTHAMLOVÁ, 2013. *Nebezpečný svět kalorií: z pohledu tří lékařů*. Praha: Ikar, 414 s. ISBN 978-80-249-2113-6.
- [8] DUBSKÁ, Kateřina, 2018. V boji s obezitou je důležité nebýt lhostejný a vytrvat. In: *Lékařnické kapky* [online]. [cit. 2018-03-04]. Dostupné z: <http://www.lekarnicke-kapky.cz/leky/doplanky-stravy/obezita.html>
- [9] IDEFICS - Identification and prevention of Dietary- and lifestyle-induced health Effects In Children and infantS, 2018. In: *IDEFICS Study: Learning healthy living* [online]. [cit. 2018-05-06]. Dostupné z: <http://www.ideficsstudy.eu/home.html>
- [10] FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY, 2018. Tělesné složení. In: *Fakulta tělesné výchovy a sportu* [online]. [cit. 2018-03-08]. Dostupné z: <https://www.ftvs.cuni.cz/FTVS-994.html>

- [11] FOTBALOVÁ ASOCIACE ČESKÉ REPUBLIKY, [b.r.]. Fotbalem proti obezitě, In: *Fotbalová asociace České republiky* [online]. [cit. 2018-05-06]. Dostupné z: <http://nv.fotbal.cz/scripts/detail.php?id=100058&tmplid=1294>
- [12] GREGORA, Martin a Dana ZÁKOSTELECKÁ, 2014. *Jídelníček kojenců a malých dětí*. 3., dopl. a aktualiz. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4773-6.
- [13] HAINER, Vojtěch, 2011. *Základy klinické obezitologie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3252-7.
- [14] HAINER, Vojtěch, 2016. Etiopatogeneze obezity. In: KUNEŠOVÁ, Marie et al. *Základy obezitologie*. Praha: Galén, s. 3-6. ISBN 978-80-7492-217-6.
- [15] HAINER, Vojtěch a Marie KUNEŠOVÁ, 2016. Farmakoterapie obezity. In: KUNEŠOVÁ, Marie et al. *Základy obezitologie*. Praha: Galén, s. 139-144. ISBN 978-80-7492-217-6.
- [16] HLÚBIK, Pavel et al., 2014. *Obezita: doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství. ISBN 978-80-86998-72-5. Dostupné z: <https://www.svl.cz/files/files/Doporuocene-postupy-od-2013/DP-Obezita-2014.pdf>
- [17] JEŽEK, Martin a Angis REVUE, 2007. Obezita - rozhovor s profesorem rajko dolečkem [online]. [cit. 2018-03-13]. Dostupné z: <http://www.nadvaha.cz/rozhovor-rajko-dolecek-obezita-dieta.pdf>
- [18] JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.
- [19] KRÁTKÁ, Anna a Gabriela ŠILHÁKOVÁ, 2008. *Ošetrovatelství v komunitní péči*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. ISBN 978-80-7318-726-2.
- [20] KRÁTKÁ, Anna, 2016. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Skripta. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. ISBN 978-80-7454-635-8.
- [21] KRUPIČKA, Aleš, 2018. Česká obezitologická společnost. In: *Česká obezitologická společnost*[online]. [cit. 2018-03-08]. Dostupné z: www.obesitas.cz
- [22] KUNEŠOVÁ, Marie, 2004. Obezita – etiopatogeneze, diagnostika a léčba. In: *Interní medicína pro praxi* [online]. (9), 435-440 [cit. 2018-03-01]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/int/2004/09/04.pdf>

- [23] KUNEŠOVÁ, Marie et al., 2016. *Základy obezitologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-217-6.
- [24] LEWIS, David a Margaret LEITCH, 2017. *Obézní planeta: past zvaná obezita a jak z ní uniknout*. Praha: Naše vojsko. ISBN 978-80-206-1648-7.
- [25] MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2015. *Edukace v ošetrovatelství: respekt a úcta k lidské důstojnosti*. V Trenčine: Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka, Fakulta zdravotníctva. ISBN 978-80-7454-513-9.
- [26] MATEMATIKA.CZ, 2014. Základy statistiky. In: *Matematika.cz* [online]. [cit. 2018-05-16]. Dostupné z: <https://matematika.cz/zaklady-statistiky>
- [27] MATOULEK, Martin, 2017. Příčiny vzniku obezity. In: *Obezita.cz* [online]. [cit. 2018-03-01]. Dostupné z: <http://www.obezita.cz/obezita/priciny/priciny-vzniku-obezity-2/>
- [28] MAYO CLINIC STAFF, 2015a. Nutrition and healthy eating. In: *Mayo Clinic* [online]. [cit. 2017-12-11]. Dostupné z: <https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/nutrition-and-healthy-eating/expert-blog/decline-in-preschooler-obesity/bgp-20092175>
- [29] MAYO CLINIC STAFF, 2015b. Obesity. In: *Mayo Clinic* [online]. [cit. 2018-03-02]. Dostupné z: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/obesity/symptoms-causes/syc-20375742>
- [30] MÜLLEROVÁ, Dana et al., 2009. *Obezita - prevence a léčba*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2146-3.
- [31] MÜLLEROVÁ, Dana, 2016. Doporučené denní dávky, potravinové tabulky. In: KUNEŠOVÁ, Marie. *Základy obezitologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-217-6.
- [32] OB KLINIKA, [b.r.]. Biliopankreatická diverze. In: *OB Klinika* [online]. [cit. 2018-03-14]. Dostupné z: <http://www.obklinika.cz/biliopankreaticka-diverze>
- [33] OWEN, Klára, 2012. *Moderní terapie obezity: [přívodce pro každodenní praxi]*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-301-5.
- [34] PAŘÍZKOVÁ, Jana a Lidka LISÁ, 2007. *Obezita v dětství a dospívání: terapie a prevence*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-466-9.
- [35] PISKÁČKOVÁ, Zlata et al., 2010. Spánek a jeho vliv na rozvoj obezity. In: *DMEV: Časopis pro postgraduální vzdělávání* [online]. Praha: TIGIS, [cit. 2018-03-14]. Dostupné z: http://www.tigis.cz/images/stories/DMEV/2010/02/06_piskackova_dmev_2_10.pdf

- [36] PRADER-WILLI, [b.r.]. Co je pws?. In: *Prader-Willi. z.s.* [online]. [cit. 2018-03-04]. Dostupné z: <https://www.prader-willi.cz/co-je-pws>
- [37] ROKYTA, Richard, 2015. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4867-2.
- [38] ŘEZNÍČKOVÁ, Jana, 2008. *Vliv obezity na zdraví a efektivita edukace obézních klientů*. Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 3. 6. 2008.
- [39] STAŇKOVÁ, Gabriela, 2009. Ošetrovatelská diagnostika v péči o výživu – nedostatečná výživa. In: *Sestra* [online]. [cit. 2018-03-10]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/osevrotatelska-diagnostika-v-peci-o-vyzivu-nedostatecna-vyziva-447340>
- [40] STEELMAN, G. Michael a Eric C. WESTMAN, 2016. *Obesity: evaluation and treatment essentials*. Second edition. Boca Raton: CRC Press, Taylor & Francis Group. ISBN 978-1-4822-6207-0.
- [41] SUCHARDA, Petr, 2016. Zdravotní rizika obezity a nemoci komplikující obezitu. In: KUNEŠOVÁ, Marie et al. *Základy obezitologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-217-6.
- [42] ŠTICH, Vladimír, 2016. Pohybová aktivita v prevenci a léčbě obezity. In: KUNEŠOVÁ, Marie. *Základy obezitologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-217-6.
- [43] ŠTOCHLOVÁ, Jaroslava, 2013. Poradna zdravé výživy a obezity – edukace obézního pacienta v denní praxi. In: *Institutu Klinické a Experimentální Medicíny* [online]. [cit. 2018-03-14]. Dostupné z: <http://www.dlouhovestkostbezleku.cz/mod/forum/discuss.php?d=68>
- [44] WECF, 2010. Parma 2010: Competition rewards environmental projects that save children's lives. In: WECF [online]. [cit. 2018-05-06]. Dostupné z: <http://www.wecf.eu/english/articles/2010/03/awardwinners-parma.php>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

BIA	Bioelektrická impedance
BMI	Body mass index
CEHAPE	Childrens Environment and Health Action Plan for Europe
DCI	Denní příjem kalorií
ICHS	Ischemická choroba srdeční
IDEFICS	Identification and prevention of Dietary- and lifestyle-induced health Effects In Children and infants
KMS	Kardiometabolický syndrom
OGB	Omega gastrický bypass
OR	Objem ramene
OSR	Objem svalů ramena
P/K	Pacient/klient
RTG	Rentgen
RYGB	Roux-en-Y gastrický bypass
WHO	World Health Organization

SEZNAM TABULEK

<i>Tab. 1 Kategorie BMI a zdravotní rizika</i>	17
<i>Tab. 2 Vztah obvodu pasu a zdravotní rizika</i>	18
<i>Tab. 3 Schéma fází edukačního procesu dle Mastiliakové (2015. s. 54)</i>	28
<i>Tab. 4 Rozdělení otázek dle způsobu vyplnění</i>	36
<i>Tab. 5 Pohlaví respondentů</i>	38
<i>Tab. 6 Věkové zastoupení respondentů</i>	39
<i>Tab. 7 Kategorie BMI indexu</i>	40
<i>Tab. 8 Četnost respondentů ve skupinách BMI – muži</i>	40
<i>Tab. 9 Četnost respondentů ve skupinách BMI – ženy</i>	40
<i>Tab. 10 Spokojenost respondentů s hmotností</i>	42
<i>Tab. 11 Období nárůstu tělesné hmotnosti</i>	43
<i>Tab. 12 Důvody nárůstu tělesné hmotnosti</i>	44
<i>Tab. 13 První návštěva specializovaného pracoviště</i>	45
<i>Tab. 14 Doba léčby obezity</i>	46
<i>Tab. 15 Důvod návštěvy specializovaného pracoviště</i>	47
<i>Tab. 16 Vnímání hmotnosti respondenty</i>	49
<i>Tab. 17 Motivace k redukci hmotnosti</i>	50
<i>Tab. 18 Účast na přednáškách o obezitě</i>	51
<i>Tab. 19 Míra edukace na specializovaném pracovišti</i>	52
<i>Tab. 20 Edukátor</i>	53
<i>Tab. 21 Téma edukace na specializovaném pracovišti</i>	54
<i>Tab. 22 Způsob provedené edukace u respondenta</i>	55
<i>Tab. 23 Pochopitelnost získaných informací</i>	56
<i>Tab. 24 Přínos provedené edukace na respondenta</i>	57
<i>Tab. 25 Dodržování předepsané edukace</i>	58
<i>Tab. 26 Co chybělo v průběhu edukace?</i>	60
<i>Tab. 27 Seznámení s potravinami</i>	61
<i>Tab. 28 Doporučené tělesné aktivity</i>	62
<i>Tab. 29 Míra vědomostí respondentů o následcích obezity</i>	63
<i>Tab. 30 Trpíte v důsledku obezity nějakým onemocněním?</i>	65
<i>Tab. 31 Typy onemocnění u respondentů</i>	66
<i>Tab. 32 Délka ovlivnění respondenta zdravotními komplikacemi</i>	67

Tab. 33 Zájem respondentů o danou problematiku.68

SEZNAM GRAFŮ

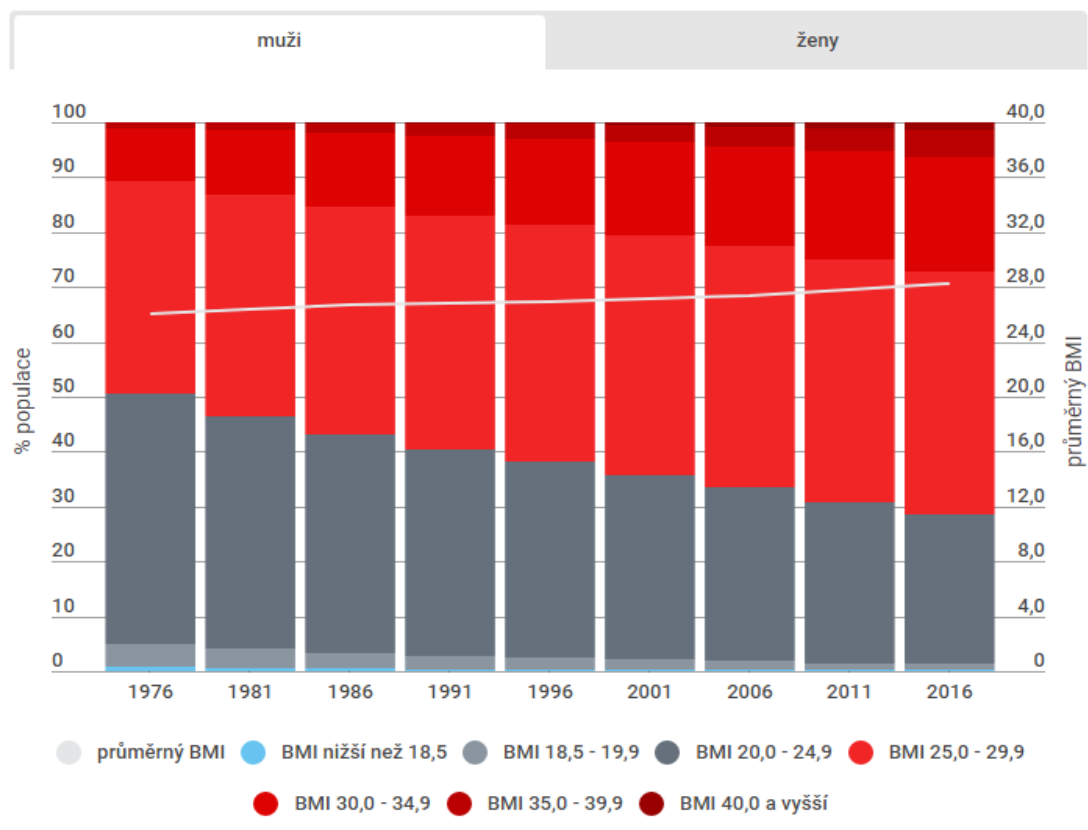
<i>Graf 1. Pohlaví respondentů.</i>	38
<i>Graf 2. Věkové zastoupení mužů a žen v šetření.</i>	39
<i>Graf 3. BMI index Muži x Ženy.</i>	41
<i>Graf 4. Spokojenost respondentů s hmotností.</i>	42
<i>Graf 5. Období nárůstu tělesné hmotnosti.</i>	43
<i>Graf 6. Důvody nárůstu tělesné hmotnosti.</i>	44
<i>Graf 7. První návštěva specializovaného pracoviště.</i>	45
<i>Graf 8. Doba léčby obezity.</i>	46
<i>Graf 9. Důvod návštěvy specializovaného pracoviště.</i>	47
<i>Graf 10. Vnímání hmotnosti respondenty.</i>	49
<i>Graf 11. Motivace k redukci hmotnosti.</i>	50
<i>Graf 12. Míra edukace na specializovaném pracovišti.</i>	52
<i>Graf 13. Edukátor</i>	53
<i>Graf 14. Téma edukace na specializovaném pracovišti.</i>	54
<i>Graf 15. Způsob provedené edukace u respondenta.</i>	55
<i>Graf 16. Přínos provedené edukace na respondenta.</i>	57
<i>Graf 17. Dodržování předepsané edukace.</i>	58
<i>Graf 18. Co chybělo v průběhu edukace?</i>	60
<i>Graf 19. Doporučené tělesné aktivity.</i>	62
<i>Graf 20. Míra vědomostí respondentů o následcích obezity.</i>	63
<i>Graf 21. Trpíte v důsledku obezity nějakým onemocněním?</i>	65
<i>Graf 22. Typy onemocnění u respondentů.</i>	66
<i>Graf 23. Délka ovlivnění respondenta zdravotními komplikacemi.</i>	67
<i>Graf 24. Zájem respondentů o danou problematiku.</i>	68

SEZNAM PŘÍLOH

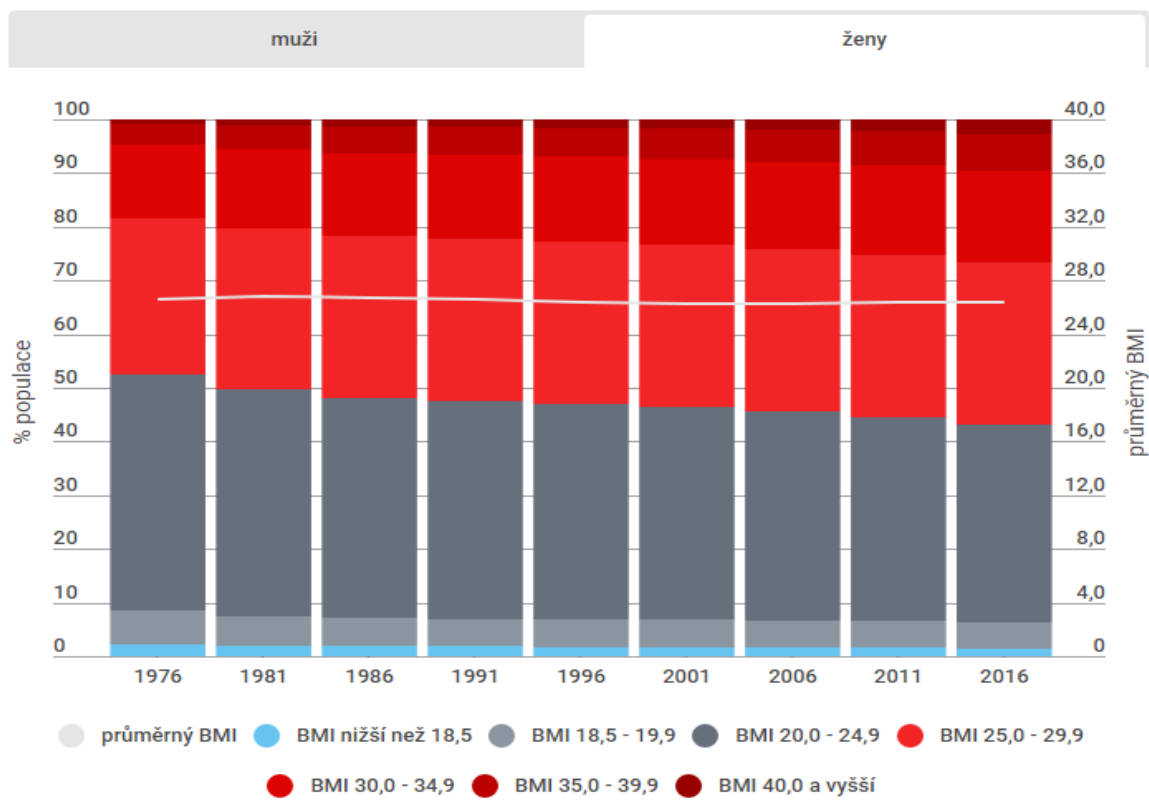
<i>Příloha 1 Průměrný BMI (muži) a procento obyvatel podle BMI v české populaci</i>	<i>85</i>
<i>Příloha 2 Průměrný BMI (ženy) a procento obyvatel podle BMI v české populaci.....</i>	<i>86</i>
<i>Příloha 3 Orientační struktura edukačního záznamu</i>	<i>87</i>
<i>Příloha 4 Získaná data a výpočet BMI u mužské části respondentů</i>	<i>89</i>
<i>Příloha 5 Získaná data a výpočet BMI u ženské části respondentů</i>	<i>90</i>
<i>Příloha 6 Barevné dělení kategorií.....</i>	<i>91</i>
<i>Příloha 7 Dotazník.....</i>	<i>92</i>

PŘÍLOHY

Příloha 1 Průměrný BMI (muži) a procento obyvatel podle BMI v české populaci



Příloha 2 Průměrný BMI (ženy) a procento obyvatel podle BMI v české populaci



Příloha 3 Orientační struktura edukačního záznamu

EDUKAČNÍ ZÁZNAM	
List č.	
Identifikace pacienta:	Vztah pacienta ke zdravotnickému zařízení: Hospitalizovaný pacient Ambulantní pacient Účastník vzdělávací akce Jiné
1. Edukační posouzení	Anamnéza
2. Edukační diagnóza	Nedostatek znalosti v souvislosti Snaha zlepšit znalosti.... Nonkomplikace.... Riziko.... v souvislosti s neznalostí.....
3. Plán edukace	Edukační cíle: Kognitivní Postojové Psychomotorické/dovednosti Výukové metody: Edukační materiál:
Komunikační bariéra	Použité metody
Smyslová Fyzická Etnická Jazyková Psychická Duchovní Neschopnost řeči Jiná	Ústně Ukázka Audio, video, TV, PC Písemně Nácvik Jiné
Témata Edukace	
Výživa Sebepéče Dialýza Užívání pomůcek Další postup léčby Péče o stomii Invazivní vstupy	Pohybový režim Péče o chronickou ránu Aplikace inzulínu Respirační terapie Možnosti péče v terénu Medikace Jiné

4. Realizace edukace:
<p>Čas</p> <p>Prostředí</p> <p>Edukační jednotky:</p> <ul style="list-style-type: none"> Motivační Expoziční Fixační
Reakce pacienta
<ul style="list-style-type: none"> Slovně vyjadřující pochopení Odmítá výuku Klade otázky/ptá se Není schopen pochopit Prokazuje dovednosti Nutno opakovat Jiné
Průběh edukace
<ul style="list-style-type: none"> Jednorázová edukace Průběžná edukace Vstupní informace Informace při propuštění
5. Evaluace edukace
<p>(zpětná vazba - ověření dosažených edukačních cílů a kognitivní, afektivní a psychomechanické doméně)</p>

Příloha 4 Získaná data a výpočet BMI u mužské části respondentů

Muži	Věk	Váha (kg)	Výška (cm)	BMI
1	57	182,5	184	53,90
2	28	127	187	36,32
3	37	105	172	35,49
4	63	121	181	36,93
5	23	112	185	32,72
6	60	112	170	38,75
7	42	117	187	33,46
8	46	108	172	36,51
9	48	140	180	43,21
10	45	143	185	41,78
11	24	130	186	37,58
12	47	147	176	47,46
13	56	136	180	41,98
14	43	137	176	44,23
15	43	112	176	36,16
16	38	112	175	36,57
17	34	108	178	34,09
18	51	125	178	39,45
19	47	122	186	35,26
20	49	115	175	37,55
21	32	116	182	35,02
22	35	129	188	36,50
23	29	126	188	35,65
24	55	114	172	38,53
25	27	107	182	32,30
26	58	103	185	30,09
27	26	105	185	30,68
28	55	97	176	31,31
29	41	112	184	33,08
Průměr	42,72	121,40	180,38	37,33
Směr. Odch	x	17,40	5,51	x

Příloha 5 Získaná data a výpočet BMI u ženské části respondentů

Ženy	Věk	Váha (kg)	Výška (cm)	BMI
1	46	116	179	36,20
2	29	107	170	37,02
3	60	101	168	35,79
4	45	102	172	34,48
5	66	170	178	53,65
6	56	98	170	33,91
7	54	92	173	30,74
8	41	94	166	34,11
9	27	85	165	31,22
10	25	87	168	30,82
11	54	104	165	38,20
12	29	100	172	33,80
13	28	87	167	31,20
14	24	109	166	39,56
15	37	99	170	34,26
16	50	85	168	30,12
17	40	98	178	30,93
18	29	130	163	48,93
19	49	140	172	47,32
20	63	102	165	37,47
21	22	110	165	40,40
22	49	90	172	30,42
23	50	122	173	40,76
24	44	88	166	31,93
25	26	121	186	34,98
26	59	100	182	30,19
27	48	85	165	31,22
28	50	99	179	30,90
29	41	107	170	37,02
30	42	140	182	42,27
31	37	97	170	33,56
32	58	95	156	39,04
33	55	135	186	39,02
34	41	95	165	34,89
35	50	120	160	46,88
36	39	108	165	39,67
37	50	125	165	45,91
38	32	89	166	32,30

39	49	97	157	39,35
40	58	105	175	34,29
41	45	128	166	46,45
42	32	94	169	32,91
43	42	97	166	35,20
44	51	95	165	34,89
45	62	86	168	30,47
Průměr	44,09	105,20	169,64	36,55
Směr. Odch.	x	17,77	6,67	x

Příloha 6 Barevné dělení kategorií

BMI	Kategorie
30,0 - 34,9	obezita 1. stupně
35,0 - 39,9	obezita 2. stupně
> 40	obezita 3. stupně

Příloha 7 Dotazník

Dobrý den,

Jmenuji se Mariana Kokorudz a jsem studentkou 3. ročníku oboru všeobecná sestra na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění příslušného dotazníku. Dotazník bude součástí praktické části mé bakalářské práce na téma Edukace pacienta s obezitou. Dotazníkové šetření je zcela dobrovolné a anonymní. Vyberte vždy jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak.

Děkuji za ochotu a spolupráci.

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- Muž Žena

2.

Váš věk	Vaše váha	Vaše výška
	kg	cm

3. Jste v současné době spokojen/a se svou váhou?

- Ano Spíše ano
 Ne Spíše ne

4. V jakém věku se u Vás začala zvyšovat tělesná hmotnost?

- 0 – 15 let 26 – 35 let 46 – 55 let
 16 – 25 let 36 – 45 let 56 a více

5. V jaké životní etapě se hmotnost začala výrazně zvyšovat.

(Možnost označit více odpovědí)

- špatné stravovací návyky
 psychické problémy (pracovní nebo rodinné problémy, ztráta práce, partnera)
 sedavé zaměstnání, snížení fyzického pohybu
 porod, období mateřské dovolené
 tabáková abstinence
 onemocnění, doba po operaci
 jiné

(uved'te).....

6. V jakém věku jste poprvé navštívil/a specializované pracoviště?

.....

7. Jak dlouho se léčíte se zvýšenou hmotností?

.....

8. Z jakého důvodu jste se rozhodl/a pro návštěvu specializovaného pracoviště?
(Možnost označit více odpovědí)

- byl jsem odeslán praktickým lékařem nebo diabetologem
- odmítavý přístup společnosti, některého zdravotního personálu
- snaha o zlepšení společenského či partnerského života
- zdravotní problémy
- hmotnost mě omezovala v práci
- jiné (uveďte důvod)

.....

9. Vadila Vám nadváha bez ohledu na názor ostatních?

- Ano Ne
- Spíše ano Spíše ne

10. Co nebo kdo vás motivuje k redukci hmotnosti?

- odmítavý přístup společnosti, některého zdravotního personálu
- rodina, přátelé
- vizuální stránka onemocnění
- zdravotní problémy
- jiné

(uveďte).....

.

11. Zúčastnil/a jste se někdy skupinové přednášky, besedy?

- Ano Ne

12. Jak často probíhá edukace ve specializovaném zařízení?

- při každé kontrolní návštěvě nepravidelně
- proběhla při první návštěvě nemůžu posoudit

13. Kdo s Vámi provedl edukaci?

(Možnost označit více odpovědí)

- lékař nutriční poradce
 sestra neznám zařazení

14. Tématem edukace bylo....?

(Možnost označit více odpovědí)

- sportovní a pohybové aktivity užívání léků a doplňků výživy
 způsob stravování zdravotní důsledky života s nadváhou či obezitou
 jiné (uveďte jaké)

.....

15. Jakým způsobem byla edukace provedena?

(Možnost označit více odpovědí)

- ústní formou pomocí odborné brožury ukázkou
(cviky, pohyby)
 jiné (uveďte jaké)

.....

16. Byly pro Vás poskytnuté informace snadno pochopitelné?

- Ano Ne
 Spíše ano Spíše ne

17. Byla pro Vás edukace přínosná?

- ano, motivuje mě
 ano, ale nevím, zda ji dokáži dodržovat
 některé instrukce ano
 ne
 nevím

18. Pokud NE, proč?

- velká odbornost informací
 informace byly podány příliš rychle
 informace nebyly podány přehledně
 jiné (uveďte důvod)

.....

19. Dodržujete předepsanou edukaci?

	1 – úplně	2 – spíše ano	3 - tak na půl	4 – spíše ne	5 - vůbec
Tělesný pohyb					
Způsob stravování					
Užívání léků					

20. Co Vám scházelo v průběhu edukace?

(Možnost označit více odpovědí)

- video materiály
- brožury
- častější opakování probraných informací
- nic edukace proběhla naprosto dostatečně
- jiné (uveďte jaké).....

21. Byl(a) jste seznámen(a) s vhodnými a nevhodnými potravinami?

- Ano
- Ne

22. Jaké tělesné aktivity Vám byly doporučeny?

- plavání
- jízda na kole
- běh
- posilování s vlastní vahou
- jiné (uveďte jaké).....

23. Kterými komplikacemi je podle Vás ohrožen člověk s obezitou?

(Možnost označit více odpovědí)

- problémy kardiovaskulárního systému (vysoký krevní tlak, křečové žíly)
- problémy s pohybovým aparátem (poškození kloubů)
- problémy s kožním systémem (oprúzeniny, ekzémy a plísňová onemocnění)
- diabetes mellitus (cukrovka)
- zažívací obtíže (pálení žáhy, kýly, žlučové kameny)
- psychické obtíže (deprese, úzkost)
- jiné (uveďte jaké).....

24. Trpíte některou z výše uvedených nemocí? Pokud ANO, kterou?

(Možnost označit více odpovědí)

Ano

- problémy kardiovaskulárního systému (vysoký krevní tlak, křečové žíly)
- problémy s pohybovým aparátem (poškození kloubů)
- problémy s kožním systémem (oprúzeniny, ekzémy a plísňová onemocnění)
- diabetes mellitus (cukrovka)
- zažívací obtíže (pálení žáhy, kýly, žlučové kameny)
- psychické obtíže (deprese, úzkost)
- jiné (uveďte důvod)

.....

Ne (k lékaři chodím pouze na preventivní kontroly)

25. Jak dlouho u Vás přetrvávají komplikace spojené s obezitou?

do 1 roku

5 – 10 let

komplikace nemám

1 – 5 let

10 a více

26. Zajímáte se o komplikace v důsledku obezity?

ano, veškeré novinky pečlivě vyhledávám

pokud na informace narazím, rad/a si je přečtu, ale cíleně je nevyhledávám

informace nevyhledávám, stačí mi, co mi řekne lékař

domnívám se, že jsem již plně informován/a, o další informace zájem nemám

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku