FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B 5341

**Petra Poupětová, DiS**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

# POSTOJ LAICKÉ VEŘEJNOSTI A ZDRAVOTNÍKŮ K PROBLEMATICE OBEZITY

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: MUDr. Lenka Luhanová

PLZEŇ 2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně za asistence vedoucí bakalářské práce MUDr. Lenky Luhanové. Veškeré použité prameny, ze kterých jsem čerpala, jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 30. 3. 2014.

……

vlastnoruční podpis

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat všem, kteří mi umožnili podmínky a dostupné informace ke zpracování mé bakalářské práce. Poděkování patří MUDr. Lence Luhanové, za trpělivost, cenné rady, odborné vedení, konzultace a za pomoc při výběru literatury.

## Anotace

**Příjmení a jméno:** Poupětová Petra, DiS

**Katedra:** Ošetřovatelství a porodní asistence

**Název práce:** Postoj laické veřejnosti a zdravotníků k problematice obezity

**Vedoucí práce:** MUDr. Lenka Luhanová

**Počet stran:** Číslované 80 Nečíslované 38

**Počet příloh:** 13

**Počet titulů vložené literatury:** 49

**Klíčová slova:** obezita-historie-příčina-diagnostika-léčba-komplikace-prevalence-novinky v léčbě-obezita ve společnosti

**Souhrn:**

V bakalářské práci se zabývám, jaký postoj zaujímá laická veřejnost a zdravotníci k problematice obezity. Teoretická část poskytuje ucelený obraz týkající se daného tématu. Zmiňuje se krátce o historii, charakteristice onemocnění, o rizikových faktorech, příčinách vzniku onemocnění, vyšetřovacích metodách, prevenci a léčbě obezity. Informuje i o novinkách v oblasti obezitologie a jak se staví veřejnost k této problematice.

Praktická část se zaobírá zpracováním dat získaných dotazníkovým šetřením. Zaměřuje se na názor společnosti na problematiku obezity. Zjišťuje, zda oslovené ženy nemají problémy s hmotností a zda preferují zásady zdravého životního stylu.

## Annotation

**Surname and name:** Poupětová Petra, DiS

**Department:** Nursing and Midwifery

**Title of thesis:** Position of the general public and health professionals on the issue of obesity

**Consultant:** MUDr. Lenka Luhanová

**Number of pages:** Numbered 80 Nnonnumbered 38

**Number of appendices:** 13

**Number ofliterature items used:** 49

**Key words:** obesity-history-cause-diagnostics-therapy-complications-prevalence-Advances in the Treatment -obesity in society

**Summary:**

In the thesis deals with the attitude of the general public and health professionals on the issue of obesity. The theoretical part gives a complete picture related to the topic. It talks briefly about the history, characteristics of the disease, risk factors, causes of disease, diagnostic methods, prevention and treatment of obesity. Informs about news in obesitology and how to build the public on this issue.

The practical part deals with the processing of data obtained by questionnaire survey. It focuses on the company's opinion on the issue of obesity. Figuring that addressed women have problems with weight and whether they prefer the principles of a healthy lifestyle.

**OBSAH**

ÚVOD ..... 10

**TEORETICKÁ ČÁST** ..... 12

1 HISTORIE OBEZITY ..... 13

2 KLASIFIKACE OBEZITY A VYŠETŘENÍ NUTRIČNÍHO STAVU PACIENTA 15

2.1 Charakteristika problému ..... 15

2.2 Stanovení složení těla ..... 15

2.3 Anamnéza ..... 16

2.4 Stanovení rozložení tělesného tuku ..... 17

3 ETIOPATOGENEZE OBEZITY ..... 18

3.1 Energetický příjem ..... 19

3.2 Energetický výdej ..... 20

3.3 Genetika ..... 22

3.4 Užívání některých léků ..... 23

3.5 Psychické faktory ..... 23

3.6 Hormonální vlivy ..... 24

3.7 Rizikové období ..... 24

4 KOMPLIKACE OBEZITY ..... 25

5 PREVENCE OBEZITY ..... 26

6 LÉČBA OBEZITY ..... 28

6.1 Léčba obezity dietou ..... 28

6.2 Fyzická aktivita ..... 29

6.3 Kognitivně – behaviorální léčba (KBT) ..... 30
6.4 Farmakologická léčba ..... 32
6.5 Chirurgická léčba ..... 32
7 NOVINKY PRO OBÉZNÍ PACIENTY ..... 35
8 POSTOJ SPOLEČNOSTI K OBEZITĚ ..... 36
**PRAKTICKÁ ČÁST** ..... 37
9 FORMULACE PROBLÉMU ..... 38
10 CÍL PRŮZKUMU ..... 39
10.1 Dílčí cíl ..... 39
11 CHARAKTERISTIKA SOUBORU ..... 41
12 METODA SBĚRU DAT ..... 41
13 ORGANIZACE VÝZKUMU ..... 42
14 ANALÝZA ÚDAJŮ ..... 43
15 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ ..... 75
16 DISKUZE ..... 78
**ZÁVĚR** ..... 88
SEZNAM ZDROJŮ
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK
SEZNAM TABULEK
SEZNAM GRAFŮ
SEZNAM PŘÍLOH

# ÚVOD

Obezita je chronické onemocnění, které je způsobené nadměrnou tělesnou hmotností ve formě tuku. Tato tuková tkáň může vést k těžkým zdravotním potížím, které se mohou projevit například komplikacemi metabolickými, kardiovaskulárními, respiračními, gynekologickými, ortopedickými, endokrinními, psychosociálními a mnoha dalšími poruchami (www.iaso.org).

Z historického hlediska byla obezita známkou hojnosti, kterou si mohli dovolit pouze bohatí. Příkladem jsou nalezené sošky Venuše z dob před 25 000 lety. Z umění se dochovaly obrazy obtloustlých žen, sochy baculatých andělíčků. Dnešní vyspělá doba využívá modernizace ve všech směrech. Tím se šetří energetický výdej, který není úměrný energetickému příjmu. Alarmující začíná být výskyt nadváhy a obezity nejen u dospělých, ale i u dětí a dospívajících. Česká republika se řadí na přední místa v Evropě ve výskytu obezity.

Dnešní doba, co se týče nabídky potravin, uspokojí každého zákazníka. Složení jídelníčku bývá častěji ovlivněno finančními možnostmi, než nedostatkem zdravých surovin na našem trhu. Hektická doba nás nutí ke konzumaci potravy s vysokou energetickou hodnotou a k poklesu energetického výdeje. Příčinou bývá sedavý způsob života. Převážná část pracovních činností, díky mechanizaci, je vykonáváno v sedě. Doma, místo procházky, věnujeme svůj volný čas televizi či počítači. Tento způsob trávení volného času je bohužel doménou dnešní doby u dětí a mládeže. Ta tráví minimum času sportem. I když jsem toho názoru, že obezita je velkou měrou způsobena špatnou životosprávou společně s nedostatečným pohybem a lidé si za ní mohou převážně sami, je nutné se zmínit, že určité procento lidí za svoji obezitu nemůže. Tito lidé jsou obézní z důvodu nemoci, kterou prodělávají, anebo je to následek medikace, kterou musí užívat. A proto je vhodné brát v potaz tyto možnosti, než obézního člověka předem odsoudíme.

Chování dětí je ovlivněno chováním rodičů. Na výchově dětí se podílí i škola. Ta by se měla zajímat o potraviny, jež ve svých prostorách nabízí ke koupi. Automaty s bagetami, sladkostmi a přeslazenými nápoji nezapadají do koncepce,

zdravého životního stylu. Proto rodiče a škola by měli jít příkladem v oblasti stravovacích zvyklostí a pohybové aktivity. Hlavním bodem úspěchu je účinná prevence, která je nejlepší metodou v boji proti obezitě, než samotná léčba. Což se promítne i z hlediska ekonomického.

Vzhled je pro ženu v dnešní kultuře velmi podstatným bodem a obezita jako taková, působí frustrujícím stavem v životě jedince. Společnost, díky médiím, stanovila přesné hranice ideální krásy. Kritérium pro splnění ideálu krásy je hubenost. Lidé tento názor přijali a jakékoliv odchylky nejsou přípustné. Proto vznikají vzhledem k této odchylce od ideálu předsudky, které obézní jedince značně stigmatizují. K typickým vlastnostem jsou přiřazovány lenost, hloupost, slabá vůle a jiných negativních vlastností, které v ostatních lidech, při pohledu na obézního člověka, vyvolávají nepříjemné pocity.

Díky modernizaci prostředí nárůst obézních lidí přibývá. Tato skupina má větší problém nalézt partnera, uplatnit se v pracovních pozicích. Neusnadňují jim to ani spolupracovníci nebo zaměstnavatelé. Jedinci bývají pod stálým tlakem, trpí depresemi, mají nízkou sebedůvěru, vyhledávají osoby se stejným problémem a snaží se vyhýbat společnosti. Myslím si, že výjimkou diskriminace není ani zdravotnictví. Negativní postoj přichází i ze strany zdravotnického personálu, jelikož převažuje u většiny lidí domněnka, že člověk si za obezitu může sám díky přísunu nadbytečné energeticky bohaté stravy.

Ukázalo se, že 40 – 80 % dospělé populace se snaží hubnout a alespoň jednou za život drželo dietu 95 % žen. Lidé bojují s obezitou převážně z estetického důvodu, protože je dobře viditelná, stigmatizuje, způsobuje deprese, obtíže v zaměstnání i osobním životě. Nemělo by se podceňovat nebezpečí komplikací. Těžká obezita, kde se BMI pohybuje více než 40/kg $m^2$ snižuje délku života cca o 10 let (Owen, 2012, s. 17-19). Někteří lidé se mylně domnívají, že se dá pouhým cvičením zhubnout. Úspěchem léčby je trvalá změna dosavadního života v podobě změny myšlení, špatných stravovacích návyků a trávení volného času dostatečnou fyzickou aktivitou (Svačina et al., 2010, s. 312-327).

Mým hlavním cílem bude zjistit, jaký postoj zaujímá laická veřejnost a zdravotníci k problematice obezity.

# TEORETICKÁ ČÁST

# 1 HISTORIE OBEZITY

Obezita se stala na přelomu tisíciletí nejčastěji se vyskytující metabolickou chorobou. Člověk v dřívějších dobách převážně hladověl a byl podvyživený. To bylo způsobeno špatnými životními podmínkami a životním stylem. Ne všichni strádali. I tato doba sebou nesla problémy s obezitou. Mezi dochované důkazy obezity patří sochy, obrazy a literární díla. Příkladem je nalezená soška Venuše z doby před 25 000 lety. Ta ztvárňuje ženu kypřejších tvarů jako kult plodnosti a hojnosti. V dnešní době by taková žena byla označena za obézní (Hainer a kol., 2011, s. 1).

S obezitou byly problémy převážně u bohatších vrstev ve starověkém Egyptě. Potvrdily to rozbory kožních řas mumií Amenophise III. a Ramesse III., které ukázaly, že egyptští faraóni byli obézní. Hippokrates poukazoval, že u obézních osob se vyskytuje častěji náhlá smrt, než u těch s přiměřenou hmotností. Galén patřil k významným osobnostem v oblasti medicíny ve starém Římě. Rozdělil obezitu na přiměřenou a morbidní. Jeho léčba spočívala v přísunu většího množství nízkoenergetické potravy, v rychlejším běhu a masážích s koupelemi. Zaoblené tvary lidského těla byly v době baroka typickým ideálem krásy. Dochovaly se sochy a obrazy baculatých andělíčků v barokních kostelech. Otylý muž představoval symbol úspěchu a blahobytu. Ale i v této době se kladl důraz na to, že díky obezitě se lidem zkracuje jejich život. Znázorňují to obrazy, na kterých hodování obtloustlých labužníků končí smrtí (Hainer a kol., 2011, s. 1, 2).

Rakouská císařovna Elisabeth, známá jako Sisi, byla pro svoji štíhlost koncem 19. století považována za ideál krásy. I když byla posedlá svým vzhledem a trpěla anorexií. Poddaným utkvěla v paměti nejen šarmem, ale především láskou k pohybu. Zakladatelem indexu tělesné hmotnosti (Body mass index – BMI) byl roku 1836 A. Ouetelet. Ale na dlouhé roky se tento index přestal používat. Až koncem 20. století se opět stal jedním z hlavních kritérií při klasifikaci obezity. Začátkem minulého století je preferována štíhlá linie, podpořena pařížskými módními návrháři. Módní ikonou se roku 1967 stává modelka Twiggy z Anglie. Jejím typickým znakem byla ženská postava „bez ňader“. S hmotností 41 kg při

výšce 170 cm, odpovídala indexu tělesné hmotnosti 14,19. Tudíž prokazatelně trpěla poruchou příjmu potravy. Podváhou trpí většina modelek a královen krásy, jelikož si to módní trh žádá. Naštěstí se společnost 21. století začíná od vyzáblých modelek odvracet a do popředí se pozvolna prosazuje přirozená ženská krása (Hainer a kol., 2011, s. 3 - 5).

V minulosti se k léčbě obezity užívaly různě druhy medikamentů, které bohužel neovlivňovali množství tukové tkáně ani obezitu. Převážně se ordinovaly látky s projímavým a diuretickým účinkem. Od 50 let se objevují v léčbě obezity deriváty amfetaminu. Od 70. let byla léčba fenfluraminem a dexfenfluraminem. Léky ale způsobovaly srdeční vady, proto byly z trhu staženy. Novou éru v léčbě obezity zahájily orlistat a sibutramin. Kromě užívání léků se do popředí dostávala chirurgická léčba obezity. Výsledným řešením bylo odstranění tukové tkáně. Prováděl se jejunoileální bypass, od kterého se rychle upustilo z důvodu malabsorpčních příznaků. Náhradním řešením byly operace redukující objem žaludku. Bariatrické operace výrazně přispěli ke snížení kardiometabolických rizik a k poklesu mortality u vysoce obézních pacientů (Hainer a kol., 2011, s. 8, 9). Docent MUDr. Svoboda se zmiňuje ve svém článku o tom, že*: „poprvé na světě byla neadjustabilní bandáž žaludku provedena laparoskopicky v ČR na I. chirurgické klinice VFN a LF UK v Praze profesorkou Peškovou a docentem Friedem roku 1993“* (Svoboda, 2008).

# 2 KLASIFIKACE OBEZITY A VYŠETŘENÍ NUTRIČNÍHO STAVU PACIENTA

## 2.1 Charakteristika problému

Obezita v 21. století je společností i medicínou řazena mezi závažné onemocnění. Výskyt odpovídá pandemických rozměrům. Snižuje kvalitu života i jeho délku. Hned po kouření patří mezi nejčastější příčinu úmrtí, kterému lze předejít. Množství tuku v organismu by se mělo pohybovat u žen v rozmezí 20 – 30 %, u mužů kolem 10 – 20 %. Česká republika se řadí na přední místa v Evropě ve výskytu obezity. Problém s obezitou začínají mít i v rozvojových zemích, např. Brazílie a Indie. Alarmující začíná být výskyt nadváhy a obezity u dětí a dospívajících. Jestliže nebude zajištěna účinná prevence a léčba v oblasti obezity, dojde postupem času k velkému nárůstu přidružených onemocnění, které obezita způsobuje (Kasalický, 2011, s. 14; Owen, 2012, s. 9-13).

## 2.2 Stanovení složení těla

Nejjednodušším způsobem ke zjištění hmotnosti patří **osobní váhy**. Lze si je pořídit do každé domácnosti. Používají se mechanické a dnes již častěji využívané váhy elektronické. Elektronické váhy váží s přesností na 500, 200, 100 nebo 50 g. Bezpochyby další výhodou je, že lze obézního zvážit až do 150 kg nebo i 200 kg. K jednoduchému způsobu zjištění nadváhy nebo obezity se využívají tzv. hmotnostní indexi, které vyjadřují poměr tělesné váhy a výšky v různých rovnicích. Známým indexem je **Brockův index**, který vyjadřuje podíl tělesné váhy (v kg) a výšky (v cm), od níž se odečte 100. Tento index se již nepoužívá, jelikož nebere v úvahu věk, pohlaví a stavbu těla (Hainer a kol., 2011, s. 167).

Nejčastěji užívaným indexem tělesné hmotnosti na celém světě se stal **Body Mass Index (BMI)**, který se vypočítá tak, že hmotnost v kg se vydělí druhou mocninou tělesné výšky v metrech. Podváha odpovídá hodnotě pod 18,5. Normální váha se pohybuje v rozmezí 18,5 – 24,9. Nadváha začíná nad 25 – 29,9. O obezitě mluvíme při hodnotách vyšších než 30. Obezita se ještě dělí na tři stupně. I. stupeň odpovídá BMI 30,0 – 34,9. II. stupeň je v rozmezí 35,0 – 39,9.

Obezita III. stupně, jinak zvaná morbidní obezita, má hodnotu BMI více než 40,0 (viz. Příloha č. 1). Výsledná hodnota BMI je sporná, jelikož neodlišuje podíl svalů a tuků. Proto například atleti mají vyšší BMI, i když v těle nemají přebytečný tuk. U dětí lze BMI používat s využitím percentilového grafu, který se liší u chlapců a dívek. Je doporučeno hodnotit u dětí BMI od 5 let (Percentilové grafy viz. Příloha č. 6) (Strunz, 2009, s. 9). Tuková tkáň se v některých tělesných partiích hromadí více. Proto je i neméně významná klasifikace obezity podle kvalitativních měřítek. Obezita pro níž je typické uložení tuku převážně na hrudníku a břiše, se označuje jako **androidní typ** neboli mužský, abdominální, viscerální. Jelikož je pozadí ploché a stehna hubenější, vytváří postava tvar jablka. Lidé s tímto typem postavy jsou ohroženi kardiovaskulárními a metabolickými komplikacemi. Druhým typem obezity je **gynoidní** neboli ženský typ, taktéž gluteofemorální. Tento typ se častěji vyskytuje u žen. Tuk se hromadí zejména na hýždích a stehnech. Postava vytváří tvar hrušky. U tohoto typu postavy se setkáváme s žilní nedostatečností, sterilitou, karcinomy prs, dělohy a vaječníků, osteoporózou nebo artrózou kolen a kyčlí (Málková, Hanyšová, 2009).

## 2.3 Anamnéza

Nedílnou součástí vyšetřovacích metod je anamnéza. Jedná se o prvotní kontakt mezi klientem a lékařem. Správným sledem otázek pátráme po výskytu obezity v rodině. Jaký byl vývoj hmotnosti v průběhu života, zda došlo k hmotnostním výkyvům v podobě jo-jo efektu a důležité je i období, ve kterém poprvé došlo ke změně hmotnosti. Podstatné je vědět, v jakém věku obezita vznikla a zda měla nějaké komplikace. Zjišťujeme i případná další onemocnění, které s obezitou souvisí. Zaznamenáváme, jaké jsou stravovací zvyklosti, zda je dostatečný pitný režim, jaké potraviny jsou při výběru upřednostňovány. Pátráme i po informacích o fyzické aktivitě v mládí, v průběhu života a v současnosti. Dotazujeme se na kouření cigaret, pití kávy a alkoholu. Posuzujeme psychický stav. Do jaké míry je klient vystaven stresu buď v zaměstnání, nebo rodině. Zda nemá problémy se spánkem nebo zdali neužívá léky, které podporují nárůst hmotnosti (Lukáš, Žák a kol., 2010, s. 230).

## 2.4 Stanovení rozložení tělesného tuku

Toto měření je řazeno k nejjednodušším metodám při stanovení obsahu tukové tkáně. Patří sem měření tloušťky kožních řas, na přesně stanovených místech, přístrojem zvaným kaliper. Nejčastěji se používá herpendentský kaliper, Holtainův kaliper nebo Langeho kaliper. K měření se používá různý počet kožních řas, které se uchopí mezi palec a ukazováček a asi 1 cm od prstů se přiloží kaliper. Durnin stanovuje obsah tukové tkáně pomocí čtyř řas, dle Bláhy je to šest a dle Pařízkové 10 kožních řas. Pro orientační vyšetření stačí 2 kožní řasy. Jedna řasa subskapulární a druhá nad tricepsem, kterými je hodnocen poměr tukové tkáně na trupu a na končetinách. Mezi další antropometrické metody patří měření pasu, boků, výpočet poměru pas/boky a pas/výška (Svačina et al., 2010, s. 310).

Jednoduchou měřící metodou je stanovení **obvodu pasu**, kterým lze zjistit viscerální tukovou tkáň. Obvod pasu se měří v oblasti žeberního oblouku a hřebenem pánevní kosti. U mužů je normální hodnota obvodu pasu méně než 94 cm, rizikem se stává hodnota větší než 102 cm. U žen je normální hodnota menší než 80 cm, rizikem bývá obvod pasu větší než 88 cm (viz Příloha č. 2). **Obvod boků** se měří v oblasti nejširšího místa boků. Indexem centrální obezity se zjišťuje poměr **pas/boky**. Tento index bývá označován pod zkratkou WHR (Waist to Hip Ratio) Průměrnou hodnotou je 0,8 u mužů a 0,85 u žen. Rizikem vzniku komplikací se stává vzrůstající hodnota. Toto měření se v dnešní době téměř nepoužívá. Poměr pas/výška odpovídá obvodu pasu. Normální hodnota by měla být v rozmezí 0,4 – 0,5. Rizikem pro vznik komplikací bývají hodnoty od 0,6 a více (Lukáš, Žák a kol., 2010, s. 230 - 231).

Poslední dobou se čím dál tím více preferuje **Bioelektrická impedance (BIA)**, která vede ke zjištění tělesného tuku. Metoda je založená na vodivosti těla. Principem je průchod proudu nízké intenzity a vysoké frekvence. Přístroje, které jsou dostupné na našem trhu, se od sebe liší lokalizací umístěných elektrod na těle. Elektrody se lepí na zápěstí a nad hlezenním kloubem. Tento přístroj se nazývá Bodystat a jeho měřením lze získat přesné údaje. U přístroje Tanita je lokalizace elektrod na ploskách nohou nebo na madlech pro uchopení rukama u přístroje Omron. Výhodou tohoto měření je, že nezatěžuje pacienta a časově

není náročné. Měření může být nepřesné v důsledku menstruace, nadměrného pocení, příjmu tekutin apod. (Hainer a kol., 2011, s. 172).

Množství tukové tkáně lze stanovit i metodami, které jsou technicky a ekonomicky náročnější a používají se převážně na specializovaných pracovištích. K Takovýmto metodám patří **Hydrodenzitometrie** neboli vážení pod vodou. Řadí se k nejstarším metodám. Vychází z Archimédova zákona. Hustota lidského těla se vypočítá z hmotnosti těla pod vodou a na vzduchu. Výsledkem se získá obsah tuku. Další speciální metodou je **Pletyzmografie**, která zjišťuje objem těla v hermeticky uzavřeném prostoru vyplněném vzduchem. Vypočítá se objem těla, který se následně odečte od objemu vzduchu v prázdné místnosti. Měření se provádí častěji u dětí. Mezi zobrazovací metody bývá řazena **Duální rentgenová absorpciometrie (DEXA)**, jejímž principem je vstřebávání záření, které je v různých tkáních odlišné. Tato metoda je velmi náročná na čas a vybavení. Používají jí pouze specializovaná pracoviště, k výzkumným účelům. **Počítačová tomografie (CT) a nukleární magnetická rezonance (NMR)**, je vzhledem k vysoké ceně a malé dostupnosti, při vyšetření, používána minimálně. **Celotělová uhlíková metoda** využívá poznatku, že v celém těle se nachází uhlík. Pomocí rovnice je stanoveno množství tuku. Jedná se o velmi přesné měření, ale je zde určitá radiační zátěž (Hainer a kol., 2011, s. 168, 169).

# 3 ETIOPATOGENEZE OBEZITY

Nejčastěji je nadváha a obezita způsobena nepoměrem mezi příjmem a výdejem energie. K dalším faktorům patří špatná výchova ke správné životosprávě, špatné stravovací zvyklosti, jako je nepravidelnost ve stravování, přejídání, hltání. Svou roli může sehrát i genetika, psychické faktory, zanechání kouření a některá farmaka (www.nhlbi.nih.gov).

Kasalický ve své publikaci uvádí, že: „vzdělání a výše příjmu ovlivňují rozdílně výskyt obezity v rozvinutých oproti rozvojovým zemím. V rozvinutých zemích včetně České republiky je obezita častější u obyvatel s nižším vzděláním a nižšími příjmy a také u venkovské *populace. „V rozvojových zemích se obezita vyskytuje převážně u populace s vyšším vzděláním a vyššími příjmy a u městské populace“* (Kasalický, 2011, s. 21).

## 3.1 Energetický příjem

Zvýšenou energetickou bilancí, převážně u lidí s genetickou predispozicí, dochází ke vzniku obezity. Nárůst obezity v celém světě nevznikl změnou genotypu, ale došlo ke změně našeho životního stylu. Zvýšil se energetický příjem a zároveň se snížil energetický výdej. Na růstu hmotnosti se podílí nadměrná konzumace tučných jídel, sladkých nápojů, džusů a alkoholu, nedostatečná konzumace zeleniny, ovoce a nízkotučných mléčných výrobků (Perušičová, 2007, s. 24).

Strava obsahuje tři základní živiny – bílkoviny, tuky a sacharidy, které se v organismu štěpí na jednodušší složky. Za pomoci enzymů, hormonů a dalších látek se dostávají do krevního oběhu. **Tuky** lze rozdělit na rostlinné a živočišné. Jsou složeny z glycerolu a mastných kyselin. Mastné kyseliny známe nasycené (v rostlinných tucích) a nenasycené (v živočišných tucích). Jsou z energetického hlediska nejvydatnější. V organismu slouží jako zásobárna energie, jsou rozpustné pro některé vitaminy. Proto je nelze ze stravy vytěsnit. 1 g tuku odpovídá 38,7 kJ (9,3 kcal) (Málková, 2007, s. 10). Fried ve své publikaci uvádí, že „*tuky rybího původu obsahující n-3 mastné kyseliny mohou bránit rozvoji obezity a metabolického syndromu*“ (Fried a kol., 2011, s. 22). Pro organismus je životně důležitý příjem sacharidů. **Sacharidy** jsou obsaženy téměř ve všech potravinách. Dodávají organismu okamžitou energii, která je nezbytná pro správné fungování organismu. Příkladem je mozek, který pro svoji činnost potřebuje glukózu. Jelikož si nedělá zásoby, je bezpodmínečně nutný pravidelný přísun sacharidů. Ve stravě se sacharidy nacházejí v podobě monosacharidů, disacharidů a polysacharidů. V 1 g sacharidů je 17 kJ (4,1 kcal). **Glykemickým indexem (GI)** se v 80 letech začal zabývat David Jenkins. Zjistil, že některé sacharidy zvyšují hladinu krevního cukru více a některé méně. Toto zjištění je důležité nejen pro obézní jedince, ale i pro diabetiky a rodiny se srdečně cévními chorobami. Rizikovou skupinou jsou potraviny s GI 50 až 100. Stres též ovlivňuje hladinu cukru v krvi. Množství cukru v krvi lze změřit pomocí glykémie, jejíž normální hodnota je 5,6 mmol/l (Málková, 2007, s. 10 - 24).

Poslední základní živinou jsou bílkoviny. **Bílkovina** patří k základní stavební složce lidského těla. Štěpí se na aminokyseliny, které organismus musí přijímat pravidelně, jelikož si je neumí sám vyrobit. Pravidelný příjem bílkoviny je důležitý. Má sytící schopnost a přispívá ke snížení hmotnosti. Přebytečná bílkovina se mění na amoniak a močovinu, jenž je z těla vyloučena močí. Bílkovina má ze všech základních živin nejnižší energetickou hladinu a nejvyšší sytící schopnost. 1 g bílkovin odpovídá hodnotě 17 kJ (4,1 kcal) (Středa, 2009, s. 35).

Součástí nestravitelné rostlinné potravy je **vláknina**. Zpomaluje trávení a vstřebávání v trávicím ústrojí. Nemá žádnou energetickou hodnotu a pro dietu je ideální. Vlákninu máme rozpustnou a nerozpustnou. Rozpustná vláknina vstřebává vodu a bobtná. Následkem toho je pocit sytosti v žaludku. Nalezneme jí v ovoci. Nerozpustná vláknina slouží proti zácpě. Z potravin sem patří obiloviny, luštěniny, zelenina, ořechy, semínka apod. Je vhodné denně přijmout 30 g vlákniny. Důležitým prvkem pro život bezesporu patří příjem **vitamínů**. Lze je dělit na vitamíny rozpustné ve vodě (vitamíny skupiny B, C) a vitamíny rozpustné v tucích (A, D, E, K) (Vavrošová, 2006, s. 12 - 13).

K udržení organismu a regulačních mechanismů slouží **minerální látky**. K tomu je potřeba přibližně osmnáct prvků. Jenom pro šest z nich se v řadě zemí udává doporučený denní příjem. *„Jsou to vápník, jód, železo, hořčík, fosfor, a zinek. Důležitými aktivními prvky organismu jsou však také vápník, chlór, chrom, kobalt, měď, fluor, mangan, molybden, draslík, selen, sodík, síra a vanad“* (Středa, 2009, s. 38).

Velké množství skryté energie se nachází ve slazených nápojích a alkoholu. **Alkohol** má vysokou energetickou hodnotu (29 kJ/g). Proto pravidelný příjem většího množství může vést ke vzniku obezity. Tuk se hromadí převážně v oblasti břicha (Fried a kol., 2011, s. 23 - 24).

## 3.2 Energetický výdej

Člověk je tvor, který je přizpůsoben k pohybu. Pokud je ho málo, svalová hmota ochabuje a přibývá tuková tkáň. Výdej energie se snižuje v prostředí, které je mechanizované a dobře technicky vybavené. To způsobuje pokles fyzické

aktivity a vede k sedavému způsobu života (Machová, Kubátová a kol., 2009, s. 222).

I v klidovém stavu dochází k energetické spotřebě. Výdej energie je označován jako *bazální metabolismus*. Tato minimální energie slouží k funkci srdce, ledvin, mozku, kůže, dýchání. Bazální metabolismus je u každého člověka jiný. S věkem klesá. U mužů je vyšší než u žen. Je ovlivněn hormonálními chorobami. Lidé s nižším bazálním metabolismem hubnou pomaleji. V dnešní době se nechá bazální metabolismus měřit moderními přístroji (Středa, 2009, s. 9 - 10).

K zajištění pohybové aktivity je nutné přiměřené množství energie. Běžný člověk spotřebuje pohybem přibližně 20 – 25 % celkového denního energetického výdeje. Vrcholoví sportovci mají spotřebu energie i přes 50 %. Energie se spotřebovává i při trávení. Jde o tzv. postprandiální termogenezi, kdy výdej se pohybuje zhruba kolem 10 % (Matoulek, 2013). Kilogram tukové tkáně obsahuje asi 30 000 kJ. Aby došlo k úbytku 1 kg tuku, je zapotřebí přibližně 3 – 4 dny hladovět, což pochopitelně není reálné. Při hladovění začne organismus spalovat bílkoviny, jelikož je to snadněji získaná energie než z tuků. Pokud se k tomu ještě nesportuje, organismus předpokládá, že svalová tkáň není potřeba a snaží se jí odstranit jako přebytečnou. Výsledkem je pokles bazálního výdeje. Ten se projeví zpomaleným hubnutím. Po skončení redukčních diet, energie, která je navíc, se ukládá v podobě tuku. Tento stav je všem známý jako Jo-Jo efekt. Je nutné si uvědomit, že redukční dietou se hubne v pořadí voda $\rightarrow$ svaly $\rightarrow$ tuk. Jakmile je nastaven správný dietní režim v kombinaci s pohybovou aktivitou, hubnutí probíhá v pořadí voda $\rightarrow$ tuk a svalová hmota se nesnižuje. Ideálním stavem je pokles energie o 1000 – 1500 kJ a zároveň nárůst energetického výdeje o 500 – 1000 kJ (Matoulek, 2008).

Fyzickou aktivitu lze pomyslně rozdělit na dvě skupiny. Do první skupiny patří nenáročná běžná fyzická aktivita. Příkladem je chůze, kterou lze provozovat každý den. Místo dopravních prostředků, se dá jít pěšky. Nebo dát přednost chůzi do schodů před použitím výtahu. Moderní vymoženosti dnešní doby sice usnadňují život, ale pro nedostatečný výdej energie vedou k nárůstu hmotnosti.

Tato pohybová aktivita by měla být provozována alespoň 30 minut denně a měla by se stát každodenní rutinní záležitostí. Do druhé skupiny spadají sportovní aktivity. Při této intenzivní aktivitě se rychleji dýchá a mluvení je obtížnější. Aby docházelo k spalování tukové hmoty, má se srdeční frekvence pohybovat kolem 65 – 85 % maximální tepové frekvence (SF max). Srdeční frekvenci si je schopen podle vzorce vypočítat každý sám. SF max = 220 – věk. Příkladem může být padesátiletý člověk, u něhož je maximální tepová frekvence 220 – 50 = 170 pulzů/min. Při sportu se má frekvence pohybovat v rozmezí 65 – 85 %, což odpovídá 110 – 144 pulzům. V příloze č. 8 uvádím tabulku, která znázorňuje vhodnou tepovou frekvenci při pohybu v závislosti na věku. Do intenzivních sportů se řadí například běh, rychlá jízda na kole, plavání aerobik, kruhový trénink, tenis, fotbal a mnoho dalších sportů. Pro dosažení požadovaných výsledků je nezbytné cvičit alespoň 3x týdně minimálně 30 minut, lépe však obden. Začít se hýbat je pouze otázka vůle a stanovených priorit. Pokud se sportem začínáme, doporučuje se začít pozvolna a postupně navyšovat množství a intenzitu a kombinovat aerobní i anaerobní trénink. Hlavní zásadou je vytrvat a výsledky se záhy dostaví (www.med.muni.cz).

## 3.3 Genetika

Udává se, že minimálně z 50 % je obezita ovlivněna genetikou. Převážně se jedná se o polygenní dědičnost, na které se podílí desítky až stovky různých genů. Mutace genu může způsobit nedostatečnou tvorbu leptinu. Tento hormon snižuje příjem potravy a zvyšuje energetický výdej. Lidé s nedostatečnou hladinou hormonu mají neustálý pocit hladu. Projevem bývá nadměrná konzumace potravy, která vede ke vzniku morbidní obezity. V případě obou obézních rodičů je pravděpodobnost výskytu obezity u jejich dětí až 80 %. Tuto nevýhodu lze změnit správným dodržováním stravovacích návyků a dostatkem pohybu. Geny ovlivňují pocit hladu a sytosti, upřednostnění potravin, trávení potravy v GIT, spalování a ukládání živin nebo energetický výdej. Lidé své hmotnostní problémy často omlouvají genetickou predispozicí. Je to pro ně pohodlnější, než kdyby se snažili zhubnout. Byl proveden výzkum u jednovaječných dvojčat, která jsou z hlediska genetiky stejná. Z výzkumu vyšlo, že se „dědí“ zejména rodinné zvyklosti, které

ovlivní vznik obezity u potomků. Dítě vychované rodiči, se stravovalo stejným způsobem jako oni. I pohybová aktivita byla stejná jako u rodičů. Dvojče, které bylo vychováváno v odlišném prostředí, mělo jiné životní návyky. Problémem jsou zděděné stravovací návyky a provozování nedostatečné sportovní aktivity. Pokud rodiče své potomky nevedou k aktivnímu sportu, dítě žádnou pohybovou činnost nevyhledává a přebírá stejné sedavé záliby, jako mají rodiče. Tyto návyky se mohou časem měnit, ale většinou už je pozdě. Dotyční bývají zpohodlnělí a svého partnera/ku hledají v prostředí osob, které mají stejné záliby (Mrkáčková, 2013; Michal, 2007, s. 27 - 28).

## 3.4 Užívání některých léků

Ke vzniku nadváhy mohou vést některé léky, které zvyšují chuť k jídlu, ovlivňují energetický výdej a uložení tukových zásob. Za nárůst tělesné hmotnosti prokazatelně mohou antidepresiva. Z psychofarmak jsou to neuroleptika. Tranquilizéry mají uklidňující účinky. Glukokortikoidy jsou hormony kůry nadledvin a jejich užíváním je ovlivněn metabolismus. K nárůstu hmotnosti přispívají i gestageny, které užívají ženy při hormonální léčbě (Michal, 2007, s. 29).

## 3.5 Psychické faktory

Ještě donedávna patřila nadváha ke známce duševního zdraví. Silní lidé působili zdravým dojmem. Dnes už tomu tak není. Převažuje skupina lidí, kteří nejsou spokojeni sami se sebou. Zvýšený příjem potravy může být ovlivněn v závislosti na zevních signálech a emoční situaci (reakce na osamělost, stres, frustrace, deprese, napětí dlouhá chvíle). V médiích jsou silní lidé vykreslováni jako líní, hloupí, zlí a ošklivi lidé. Postižený jedinec se sám hodnotí negativně a prožívá pocity méněcennosti, viny, studu a ztráty kontroly. Následně dochází k sebetrestání, zlobě, pohrdání sebou, uzavírání se, k pasivitě aj. (Michal, 2007, s. 29; Sanecka, 2012, s. 58).

Na obézního jedince je vyvíjen permanentní společenský tlak směřovaný proti obezitě. Ta sebou přináší značné množství negativních faktorů, které takto postižení lidé prožívají negativně. *Z fyzických faktorů* je to hlavně diskomfort. Lidé jsou do značné míry omezováni v pohybu, může se jim hůře dýchat, objevují se

problémy se spánkem a dostavuje se únava. Z *emocionálních faktorů* lidé pociťují stigmatizaci, mohou být diskriminováni. To vede k velkému stresu, depresím a poklesu sebeúcty. Nedostatečná podpora rodiny, vede k neúspěšným pokusům o zhubnutí. Problémy se dostavují i v oblasti sexuálního života, což se projevuje v neúspěchu nalézt partnera nebo ztrátou partnera z důvodu vysoké hmotnosti. V oblasti *sociálních faktorů* je projevem sociální izolace, kdy jedinec se straní společnosti, nenavazuje nové kontakty na pracovišti ani v soukromí. Není schopen vykonávat svojí práci. To má samozřejmě sociálně-ekonomický dopad (Krahulec, 2013, s. 125).

## 3.6 Hormonální vlivy

Vznik otylosti z důvodu hormonální poruchy se vyskytuje asi zhruba u 1 % obyvatel. Nadbytek tělesné hmotnosti bývá především sníženou funkcí štítné žlázy a zvýšenou hladinou hormonů kůry nadledvin (Středa, 2009, s. 65).

Hormony štítné žlázy mají důležitý význam pro správné fungování metabolismu. Nedostatek tohoto hormonu vede k onemocnění zvané hypothyreoza. Snížená funkce metabolismu vede k nabírání hmotnosti. Rodina postižena autoimunitní poruchou štítné žlázy, bude mít velkou pravděpodobnost, že tato choroba bude přenesena na potomky (Mrkáčková, 2013).

## 3.7 Rizikové období

V průběhu života nastávají období, která způsobují nárůst hmotnosti. Jedním z prvních období je prenatální. Podvyživený plod během těhotenství, se stává rizikem pro rozvoj viscerální obezity, diabetu II. typu nebo hypertenze ve starším věku. Ženy mají problémy s hmotností většinou v době dospívání, v těhotenství a po porodu nebo v menopauze. U dospělých jedinců může za zvyšující se hmotnost změna stravovacích a pohybových zvyklostí. Toto období je náročné z hlediska velkých životních změn a to v podobě nástupu do zaměstnání či jeho změna, založení rodiny, problémy v práci nebo v osobním životě, skončení se sportovní aktivitou, onemocnění, úrazy, ale i odchod do důchodu. Dalším kritickým obdobím je při užívání léků, jenž ovlivní hmotnost nebo zanechání kouření (Michal, 2007, s. 31).

# 4 KOMPLIKACE OBEZITY

Stránský se ve své knize zmiňuje o závažných chorobách, na jejichž vznik nese obezita svůj díl. *„Patří sem například: Srdeční infarkt, srdeční nedostatečnost, hypertenze, žilní nedostatečnost, inzulínová rezistence, diabetes II. typu, dyslipidemie, hyperfibinogemie, ztučnění jater, žlučníkové kameny, degenerativní onemocnění kloubů, intertrigo, hirsutismus, strie, rakovina dělohy, prsu, prostaty, žlučníku, snížená fertilita, porodní komplikace, komplikace při operacích; spánková apnoe“* (Stránský, Ryšavá, 2010, s. 150 - 151).

K závažným zdravotním důsledkům spojených s obezitou, patří diabetes II. typu. Se stoupajícím BMI roste riziko tohoto onemocnění. Nezbytným krokem je omezit příjem sacharidů i celkové energie a dostatečně se věnovat pohybové aktivitě. Nejčastější příčinou smrti v průmyslově rozvinutých zemích se staly kardiovaskulární choroby. Prokazatelnou diagnostikou jsou zvýšené triglyceridy, hladina LDL cholesterolu a snížena hladina HDL cholesterolu. Poklesem hmotnosti se hladiny opět upraví do normálních hodnot. U obézních lidí je prokázán vyšší výskyt rakoviny tlustého střeva. U žen pak rakovina prsu, dělohy, vaječníků a děložního hrdla. U mužů hrozí rakovina prostaty a konečníku. Nadměrnou hmotností trpí do značné míry i pohybový aparát. Přetěžování kloubního systému způsobuje nadměrné opotřebování, což se projevuje nejčastěji bolestí zad (www.eufic.org).

# 5 PREVENCE OBEZITY

Účinná prevence se stává úspěšnější než samotná léčba. K dosažení cíleného úspěchu v léčbě a prevenci obezity je zapotřebí zapojení vlády, jejíž ministerstva ovlivňují politiku potravin, zemědělství, školství, odpočinek, sport, sdělovací prostředky, obchod, průmysl, dopravu a finance. Potravinářský průmysl si je po právu vědom, že volba potravin a stravovacích zvyklostí je převážnou měrou ovlivněn reklamou. Většina konzumentů vybírá potraviny podle ceny. Proto vláda by měla upřednostnit konzumaci zdravých potravin (Hainer, 2010).

Obezita se stává pro společnost poměrně drahou záležitostí. Lze říci, že každý den vyjde alespoň jeden článek či publikace, o prevenci a léčbě obezity. Píše se o tom, jaké diety používat, jakou zvolit pohybovou aktivitu, možnost vyzkoušet nepřeberné množství léků, jak se chovat a co si o obezitě vůbec myslet. Ohledně tohoto problému vznikli různé organizace, které bojují proti obezitě. Výsledkem ale je, že výskyt obezity v celém světě stále přibývá. Mělo by se začít mluvit o problémech s obezitou od samého začátku školní docházky. Děti by nebyly ve školách sváděny automaty, které ze sebe vydávají vysoce energetické potraviny a nápoje. Výskyt obezity se sníží, když lidé změní svůj životní styl, nevhodné stravovací návyky, budou si hlídat svojí hmotnost a začnou se více pohybovat. Trnem v patě je konzumace sladkých nápojů, rychlého občerstvení a dlouhé vysedávání u televize a počítače. V ČR má 55 % dospělých nadváhu až obezitu. Mnoho lidí se mylně domnívá, že pouhým cvičením se dá shodit. Rozhodující je jednoduchá redukční dieta v kombinaci se správnou fyzikou aktivitou. Nárůst provedených bariatrických výkonů v chirurgii je známkou toho, že prevence a šetrnější postupy léčby obezity do značné míry selhávají. Zdárným příkladem tohoto neúspěchu jsou Spojené státy, kdy během roku se provede několik set tisíc chirurgických zákroků (Doleček, Středa, Cajthamlová, 2013, s. 7, 9, 32, 33, 164).

Většina obézních pacientů přichází k léčbě obezity pozdě. Jít k lékaři je přinutí až komplikace způsobené obezitou. U dospělého štíhlého jedince obvykle nenajdeme v anamnéze žádnou intervenci v prevenci obezity. Prevence se

provádí u lidí, kteří mají zvýšené BMI nebo obvod pasu a bývá shodná s léčbou obezity. Pro úspěšnou léčbu je nutné dodržovat základní opatření, která zahrnují pravidelný pohyb, zbavení se nezdravých návyků, omezení příjmu tuku a tím snížení příjmu energie (Svačina et al., 2010, s. 312 - 327).

# 6 LÉČBA OBEZITY

*„Zvyšující se tělesná hmotnost snižuje kvalitu a zkracuje délku života. V České republice se průměrné náklady na léčbu obézního pacienta pohybují cca 115 000 Kč/rok“* (Fried a kol., 2011, s. 17).

Ukázalo se, že 40 – 80 % dospělé populace se snaží hubnout a alespoň jednou za život drželo dietu 95 % žen. Lidé, kteří mají problém s obezitou, investují přespříliš energie k redukci hmotnosti a nezbývá jim dostatek času na život. Je důležité zabývat se obezitou komplexně, jak z hlediska estetického, tak i rodinného. Samozřejmě je nutné nepodceňovat nebezpečí komplikací. Lidé bojují s obezitou převážně z estetického důvodu, protože je dobře viditelná, stigmatizuje, způsobuje deprese, obtíže v zaměstnání i osobním životě. Obezita 1. stupně zkracuje život cca o 3 roky. Těžká obezita, kde se BMI pohybuje více než 40 kg/m$^2$ snižuje délku života cca o 10 let. Léčba obezity by měla být komplexní a je nezbytné provést změny v úpravě životosprávy, behaviorální terapii a v pohybové aktivitě (Owen, 2012, s. 17 – 19; Kernová, 2010, s. 19).

## 6.1 Léčba obezity dietou

Dietní opatření je prvním bodem při zahájení léčby obezity. Energetický výdej by měl být větší než jeho příjem. Podstatou úspěšného hubnutí, je pravidelnost v jídle. Rovnoměrným rozložením energie se předejde hladovění a velkým glykemickým výkyvům. Podstatné je nevynechávat snídani. Ta dodává tělu energii, která se vyčerpala během noční pauzy a zajistí dostatečnou hladinu cukru v krvi. Denní příjem energie je třeba rozdělit na 5 až 6 menších porcí. Mezi jednotlivými jídly by neměl být interval delší než 3 – 4 hodiny. Poslední jídlo by mělo být konzumováno alespoň 2 hodiny před spaním. Ideální a trvalý váhový úbytek by se měl pohybovat 1 – 2 kg za měsíc, čímž se vyvarujeme JO-JO efektu. Racionální strava má obsahovat 12 – 20% bílkovin, 50 – 60% sacharidů a lipidů maximálně do 30 %, s dostatečným příjmem vlákniny, vitamínů, minerálních látek. Jídelníček sestavovat tak, aby byl pestrý. Zařadit dostatek ovoce, zeleniny, celozrnných výrobků, brambor, luštěnin. Snažit se snížit příjem tuků. Toho

dosáhneme omezeným příjmem volných tuků, tučných potravin. Omezit konzumaci masa na doporučené hodnoty. Volit při výběru potravin nízkotučné mléčné výrobky, rostlinné tuky bez cholesterolu a sacharidů. Zvýšit příjem vlákniny na 30 g/den. Zredukovat na minimum používání kuchyňské soli, jelikož povzbuzuje chuť k jídlu. Je zapotřebí se zaměřit i na dostatečný příjem nízkoenergetických nebo raději neenergetických tekutin, v rozsahu alespoň 1,5 – 2 l denně. Redukce alkoholických nápojů je nezbytná, pro svoji vysokou energetickou hodnotu. Samotná změna stravy nebývá až tak úspěšná. Důležitá je komplexnost, ve spojení se změnou života, trávení volného času a dostatečná fyzická aktivita. V případě porušení nových stravovacích návyků, je třeba vytrvat a nevzdávat se. Běžně se stává, že dotyčný při selhání v dietě si myslí, že je všechno ztraceno a dietu přeruší. Tato domněnka je mylná a jedinec by měl vytrvat (Svačina, Bretšnajdrová, 2008, s. 49 - 50).

## 6.2 Fyzická aktivita

Pohyb spojený s dietním stravováním vede k redukci tuku a brání ztrátě svalové hmoty. Pohyb má smysl, pokud je prováděn správně, systematicky a pravidelně. Při snižování hmotnosti je žádoucí úbytek tukové tkáně. Aby docházelo ke spalování tuku, je potřeba cvičit při nižší intenzitě. Ke spálení jednoho kilogramu tukové tkáně, je zapotřebí vydat 30 000 kJ energie. Z toho vyplývá, že pouhým pohybem bez redukční diety se zhubne jen minimálně (Kasalický, 2011, s. 29; Matoulek, 2013).

Každý jedinec je větší měrou zodpovědný za svůj zdravotní stav. Úroveň fyzické aktivity klesá na celém světě. WHO vydala prohlášení, ve kterém informuje, že ročně zemře více než 3 milióny lidí, z důvodu nedostatečné pohybové aktivity. Pozitivní účinek má pohyb aerobního typu prováděný v cyklech. (www.who.int) Při tomto cvičení se upravuje metabolizmus, snižují se srdečně-cévní rizika obezity a vyplavování endorfinů. Pravidelnou pohybovou aktivitou se zamezí úbytku svalové hmoty. Volit si takové sportovní aktivity, které nepřetěžují klouby. Proto pohybová aktivita, kde se provádějí skoky je nevhodná. Za optimální dobu se považuje aktivita trvající 40 - 60 minut alespoň 3x, lépe však 5x týdně. K ideálním pohybovým aktivitám, u lidí trpících obezitou, patří chůze na měkkém

povrchu, jogging, plavání, jízda na kole nebo rotopedu, aerobní cvičení bez poskoků, běžkování, tanec a spousta dalších aktivit, které můžeme provozovat sami nebo za pomoci školených odborníků. Velkou oblibou se stala chůze s holemi zvaná Nordic Walking. Chůze tohoto typu snižuje zátěž kloubů a posiluje svaly horních končetin. Pokud je použita správná technika, zapojí se až 90 % všech svalů v těle. K základním rysům joggingu patří rovnoměrný běh o nízké intenzitě. Cílem je upevnit zdraví, získat či udržet kondici a především snižovat tělesnou hmotnost. Znakem správně provedeného joggingu je schopnost komunikace během pohybu. Plavání se řadí do sportovních aktivit, které nezatěžují klouby. Z hlediska spalování tuků, se doporučuje plavat raději v teplejší vodě, v rychlejším tempu. I jízdou na kole se zatěžují klouby minimálně. Kolo je dobré k získání vytrvalosti, lepší kondice a vysokému energetickému výdeji. Aby se pohyb stal nedílnou součástí našeho života, je nutné volit vhodnou formu pohybu, která nás bude bavit (Beránková, Grmela, Kopřivová, et al., 2012).

## 6.3 Kognitivně – behaviorální léčba (KBT)

Účelem této léčby je změnit myšlení, špatné stravovací návyky a pohybovou aktivitu, jenž přinese obézním lidem radost a prospěch z dosažení lepší kvality života. Behaviorální program se zaměřuje na odstranění nebo snížení nevhodných stravovacích a pohybových návyků. V potaz se bere i struktura osobnosti, myšlení, které je ovlivněno vnějšími či vnitřními faktory. Důležitým bodem v procesu hubnutí je motivace. Mohou být různé druhy motivace. Někdo je motivován zdravotními důvody. Jiný například hubne z estetického důvodu, jelikož se chce líbit sobě i okolí, či se dobře oblékat. Pro někoho jsou motivem sociální faktory, jakým bývají například získání partnera, navázání přátelství nebo zvýšení si sebevědomí. Z vnějších faktorů to může být negativní postoj ze strany zaměstnavatele, rodiny, přátel. Změny je nutné zavádět pomalu, pozvolna, postupně a hlavně celoživotně. Cílem psychologa, v rámci KBT, je naučit obézní klienty přijmout a osvojit si správné stravovací návyky, které vedou ke změně životního stylu (Krahulec et al., 2013, s. 125 - 126).

Nejčastěji používanou technikou je Stunkardova metoda, do které spadá sebepozorování, aktivní kontrola vnějších podmětů, techniky sebeposilování

a kognitivní techniky. Při *sebepozorování,* je nutné zjišťovat skladbu jídla, častost jeho konzumace, okolnosti vedoucí ke konzumaci potravy, jaké jsou podněty při jídle, okolnosti cvičení. *Aktivní kontrolou* vnějších podnětů se snažíme vyloučit rizikové situace, které nás nutí ke konzumaci nevhodného jídla. Vyvarovat se nevhodným aktivitám. Nekupovat potraviny, když je člověk hladový, jelikož koupí, co vidí a ne to co potřebuje. Snažit se řešit stresové situace jinak než jídlem. Zafixovat si správné chování na oslavách a jak odolat uždibování v průběhu celého dne. *Technika sebeposilování* slouží ke stanovení si odměn v případě úspěchu v naplánovaném poklesu hmotnosti a to v podobě nového oblečení či jiné věcné maličkosti. Důležitá je samozřejmě podpora rodiny, motivace a chválení ze strany druhých nebo sebou samým. *Kognitivní techniky* vedou k odstranění sebeobviňování, navození pozitivního myšlení a osvojení dlouhodobé změny životního stylu. Kognitivně-behaviorální vyšetření zjišťuje stravovací zvyklosti. Jaká je skladba jídelníčku, režim jídla, co a jaké množství obézní člověk zkonzumuje. U pohybové aktivity se zjišťuje druh, frekvence a intenzita. Sledují se i vnitřní podněty, kam spadá hlad, napětí změna nálady, negativní myšlenky. Toto vyšetření vede k získání žádoucích změn v oblasti fyzických, emočních, modifikujících faktorech, i mezilidských změn, jako je rodina, přátelé, pracovní prostředí, těhotenství, mateřská dovolená, klimakterium, operace nebo zanechání kouření (Krahulec et al., 2013, s. 128 - 129).

Cílem KBT je nalézt optimální způsob, jak změnit patologické zvyky, vedoucí k rozvoji obezity. Zajištěním psychologické podpory se zabrání opakovaným nárůstům tělesné hmotnosti, které bývají u pacientů bohužel velmi časté. Léčba je buď individuální, nebo ve skupině. Prvním krokem v úspěšné léčbě, je stanovení si reálných cílů. Kurzem si lze osvojit a získat informace, jak zvládnout specifické problémové situace. Pomoc při dosažení trvalých změn v oblasti životního stylu, vede ke zvýšení kvality života jedince (Krahulec et al., 2013, s. 128).

## 6.4 Farmakologická léčba

Léky jsou ordinovány u lidí s BMI vyšším než 30. Jestliže pacient má již komplikace v důsledku obezity, léky se podávají při hodnotě BMI 25. Na lékařský předpis lze vydat Adipex, který snižuje chuť k jídlu. Užívá se pravidelně a doba by neměla přesáhnout tři měsíce. Po přerušení medikace dochází k nežádoucímu Jo-Jo efektu. Blokování vstřebávání tuků z trávicího traktu až o 30 %, využívá Orlistat (Xenical $^{R}$), který můžeme získat na recept. Volně prodejným lékem tohoto složení je Alli. Lze jej užívat bez přerušení i několik let. Jeho nevýhodou jsou průjmy a bolesti břicha, jenž se dostavuje u pacientů, kteří nedokážou omezit konzumaci tuku ve stravě. Lék omezuje množství přijaté energie a zároveň má funkci výchovnou. Užívat jej mohou i lidé s diabetem, u nichž snižuje hladinu glykémie v krvi. Orlistat se podává třikrát denně jedna tableta k jídlu. Antidiabetika a inzulin se podílejí na vzrůstající hmotnosti. Nové antidiabetikum napodobuje účinek hormonů trávicího traktu – inkretinů a působí na hmotnost neutrálně. Přípravky s bobtnavou vlákninou jsou používány řadu let. Podstatou je vyvolání sytosti a tím se sníží příjem energie. Zatím ve vývoji jsou přípravky s extrémní bobtnavostí, po nichž ztuhne i voda ve sklenici a v kyselém prostředí se pozvolna rozpouští. Obezita, správnou indikací léčby, se stává dlouhodobě léčitelným onemocněním (Kasalický, 2011, s. 30; Svačina, 2013).

## 6.5 Chirurgická léčba

Tuto metodu léčby lze zařadit k nejúčinnějším výkonům, která vede k poklesu hmotnosti a snížení výskytu komplikací spojených s obezitou. Pacient, který má podstoupit chirurgickou léčbu, by měl být nějakou dobu (bývá to většinou ½ roku až 1 rok) sledován obezitologem. Ten by měl rozhodnout, zda je pacient schopen spolupracovat v oblasti dodržování diety a režimových opatření. Účelem chirurgických operací je zmenšení objemu žaludku. Tím poklesne přísun energie pro organismus a zvýší se pocit sytosti. Dotyčná osoba tak při hubnutí netrpí velkým pocitem hladu jako při běžné dietě. Chirurgický výkon se provádí u lidí s BMI vyšším než 40. Pokud má jedinec závažné zdravotní komplikace, lze výkon provést u hodnoty BMI 35. Kontraindikací k provedení bariatrických výkonů je mentální retardace nebo narušené psychické chování, jako jsou psychózy,

afektivní poruchy, závislosti na alkoholu či drogách. Dalším negativem k provedení operace je nemožnost pacienta uvést do celkové anestezie ze zdravotních důvodů a nemoci, které ho ohrožují na životě (Kasalický, 2011, s. 31, 64; Fried a kol., 2011, s. 69 - 70).

Ke snížení extrémní obezity se v dnešní době používá **bandáž žaludku**. Dříve se prováděla bandáž neadjustabilní, nyní je možnost i adjustabilní bandáže. Patří k jedné z nejčastěji prováděných laparoskopických výkonů. Žaludek se zaškrtí, pomocí manžety, do tvaru přesýpacích hodin. Zaškrcenou manžetou vznikne horní část žaludku o objemu 25 ml. Principem této operace je nasycení malým množstvím jídla, což vede k redukci hmotnosti. Po výkonu se jí tekutá, či kašovitá strava a později mixovaná strava. Pozvolna se přechází na běžnou stravu, ale o menším objemu. Je důležitá dobrá spolupráce pacienta, sebekontrola a dostatečná kázeň. Díky tomu se předejde přejídání, které vede k opětovnému roztažení žaludku. Průměrné hmotnostní úbytky se pohybují kolem 30 – 40 kg/za 5 a více let. Po úspěšném zhubnutí, je zapotřebí odstranit nevzhledné kožní laloky, které se na těle vytvoří. Tato plastická operace se provádí v době, kdy je pacient schopen udržet minimálně 6 měsíců stabilní váhu (Fried a kol., 2011, s. 69 - 70). Méně známým výkonem je **tubulizace žaludku**-Sleeve gastrectomy. Tímto chirurgickým výkonem se odstraní velké zakřivení žaludku. Zbytek žaludku získává tvar trubice o objemu 80 – 180 ml. Po výkonu je nutné dodržovat přísnou redukční dietu (Kasalický, 2011, s. 78).

Jedním z dalších chirurgických výkonů je **žaludeční bypass.** Kasalický popisuje, jakým způsobem se operace provádí. *„Žaludek se v horní části zcela přeruší a vytvoří se malá kapsa. Zbylý žaludek je sice ponechán na svém místě, ale je vyřazen z trávicího procesu. Horní část žaludku je spojena s tenkým střevem, kudy přijatá strava pokračuje do zažívacího traktu. Zbylý žaludek, duodenum a část horního tenkého střeva jsou vyloučeny z pasáže a trávení stravy zažívacím traktem. Po přijetí potravy se malá horní část žaludku rychle naplní a dojde k pocitu nasycení“* (Kasalický, 2011, s. 87).

K poměrně složité bariatrické metodě se řadí **biliopankreatická diverze**. Chirurgický výkon se provádí u morbidní obezity, kdy BMI je vyšší než 40

a selhala zde konzervativní léčba. Provádí se i u nemocných, kteří mají BMI vyšším než 35, s přidruženými závažnými zdravotními problémy. Touto formou operačního výkonu jsou léčeni nemocní s diabetem 2. typu, i když netrpí těžkou formou obezity. Výkonem se odejmou 2/3 žaludku. Zbylý žaludek má obsah 250 – 500 ml. Gastroeneroanastomózou se provede rekonstrukce trávicího traktu. Tenké střevo je dlouhé asi 250 cm. K němu se připojuje biliopankreatická klička ve vzdálenosti asi 50 cm od céka (Kasalický, 2011, s. 94 - 95).

K šetrnějšímu výkonu než je tubulizace žaludku patří **Laparoskopická plikace žaludku (LGCP)**. Principem tohoto operačního výkonu je zavinutí žaludku, čímž dojde k omezení jeho kapacity. Přibližně 80 % žaludku se zahrne. Výsledkem je operace podobná tubulizaci žaludku. Tím, že se žaludek neresekuje, lze v případě nutnosti pacientovi navrátit plnou funkci trávicího traktu (Fried a kol., 2011, s. 249 - 250). Poslední dobou se velkou oblibou stává zavádění **intragastrického balónu**. Jedná se o endoskopické zavedení silikonového balónu do žaludku o objemu cca 500 ml. Po zavedení se balón naplní vzduchem nebo fyziologickým roztokem obarveným metylenovou modří, která má funkci signalizace. V případě samovolného prasknutí balónku se moč zabarví do modra. Užití je doporučeno na 6 měsíců. Poté by se měl balón vyndat, jelikož hrozí riziko spontánního prasknutí. Jedná se o přechodné řešení před vlastním operačním výkonem u hodně obézních jedinců. Zákrok bohužel není hrazen pojišťovnou a cena se pohybuje v rozmezí 25 – 35 tisíc Kč (Hrubý, Berndt, Hain, et al., 2009, s. 77).

# 7 NOVINKY PRO OBÉZNÍ PACIENTY

Moderním parametrem pro hodnocení tělesné hmotnosti je **Body shape index (ABSI) – Index tvaru těla**. Nejznámějším a nejpoužívanějším měřítkem pro zjištění obezity je body mass index- BMI. Výhodou je snadný výpočet. Bohužel, ale nedokáže rozlišit, jak velké množství tuku a svalů se podílí na celkové hmotnosti. Příkladem je 180 cm vysoký stokilový kulturista dosahuje stejných hodnot v BMI jako stejně vysoký 100 kg obézní jedinec. ABSI patří ke složitějším výpočtovým metodám. Čitatelem je obvod pasu a ve jmenovateli se udává BMI a výška v odmocninách různého stupně (www.lekarske.slovniky.cz; Doleček, Středa, Cajthamlová, 2013, s. 146).

Konceptem podporovaným Českou obezitologickou společností se stala **XXL centra**. K prvním průkopníkům patří OB klinika. V XXL centrech by se ošetřovali pacienti s BMI nad 35, jelikož běžná zdravotnická zařízení nejsou uzpůsobena k poskytování zdravotní péče nadměrně obézním lidem. Kromě redukce váhy, by se léčily i přidružené choroby. Zajištěna by byla ortopedická či urologická péče a další (Nový, 2013).

Bezpochyby k novince, která se zavádí do praxe v léčbě obezity, patří **endobarrier.** Lékaři v Institutu klinické experimentální medicíny (IKEM) provádějí novou léčbu obezity u pacientů s cukrovkou II. typu. Tato metoda se začala provádět od srpna 2013. Jedná se o šetrnou metodu, kdy pod rentgenovou kontrolou se endoskopickou metodou zavede do horní části tenkého střeva 60 cm dlouhý plastikový rukáv. Ten kryje část střeva a brání tak vstřebávání živin. Zákrok trvá cca 20 minut. Endobarrier se z těla odstraní obvykle za půl roku, ale lze jej ponechat až 1 rok. Výsledkem je pokles váhy až o 30 % a zlepšení hladiny cukru v krvi (www.zdravi.e15.cz).

# 8 POSTOJ SPOLEČNOSTI K OBEZITĚ

Je známé, že ve zdravotnickém rezortu chybí značné množství financí. Agentura STEM/MARK oslovila prostřednictvím internetového průzkumu populaci ve věku 18 – 60 let. Na výzkumu, jenž byl proveden v červnu 2012, se podílelo 536 respondentů z České Republiky. Dotazovaní respondenti měli vyjádřit svůj názor na to, zda obézní lidé mají odvádět vyšší zdravotní daň. Svůj výzkum odůvodnili tím, že obezita způsobuje řadu chorob a takto postižení jedinci častěji vyhledávají zdravotní péči, která se stává nákladnější. Bylo zjištěno, že šest z deseti Čechů s touto myšlenkou nesouhlasí, přičemž každý třetí ji zásadně odmítá. Podpořilo by jí pouze 7 % internetové populace a 24 % by se nejspíš přiklonilo také. Tento návrh by podpořili ti jedinci, kteří nemají problém s hmotností a jsou se svojí váhou zcela spokojeni. Proto by se jich vyšší odvod za zdravotní péči netýkal (www.stemmark.eu).

Agentura STEM/MARK v rámci projektu „Žij zdravě“, zjišťovala v roce 2011 výskyt obezity v ČR. Na projektu se podílelo 2065 osob, u nichž se osobně měřila hmotnost a obvod pasu. Bylo zjištěno 23 % obézních a 35 % s nadváhou u dospělé populace. Pokud by byla zrealizována myšlenka vyššího zdravotnického odvodu u obézních lidí, zdravotnictví by si přišlo na značné množství peněz. Také je možné, že by to byla motivace k snížení obezity v naší populaci. Je ovšem otázkou, zda společnost je na tak razantní krok připravena (Matoulek, 2011).

# PRAKTICKÁ ČÁST

# 9 FORMULACE PROBLÉMU

Obezita se v dnešní době řadí k jednomu z nejzávažnějších celosvětových civilizačních onemocnění. Je alarmující, že výskyt obezity u dospělých je častější než podvýživa. Tento problém se netýká pouze dospělých jedinců, ale setkáváme se s ním u stále mladší populace (www.iaso.org). Prognóza říká, že do roku 2015 by mělo být na světě 2,3 miliardy dospělých s nadváhou a více než 700 milionů lidí trpících obezitou. OSN hovoří o celosvětové epidemii. Státní zdravotní ústav v Praze uvádí, že v ČR je asi 25 % žen, 22 % mužů postižených obezitou a 50 % lidí s nadváhou. Výskyt obezity je poměrně výrazný převážně ve většině ekonomicky vyspělých zemí (Kernová, 2010, s. 9).

Obezita není problémem pouze jedince, ale týká se celých rodin. Určitou roli hraje genetika, poruchy metabolismu či léky. Hlavním důvodem vzniku obezity bývá nezdravý životní styl, kam spadají špatné stravovací návyky s nedostatkem pohybu. Důvodem je nevhodné stravování spojené s využíváním moderní techniky, jenž nám na jednu stranu usnadňuje život, ale na druhou stranu snižuje naší fyzickou aktivitu. Nepoměr mezi příjmem a výdejem energie se projeví přírůstkem tukové hmoty na našem těle. V dnešní uspěchané době je na místě dbát na správnou životosprávu a zdravý životní styl, spojený s dostatečnou pohybovou aktivitou (Doleček, Středa, Cajthamlová, 2013, s. 12 - 32).

Obézní lidé strádají nejen po stránce tělesné, ale i po stránce psychické. Společnost má vůči obezitě jisté předsudky a obézní lidé jsou často stigmatizováni. Jedinec může trpět depresí a nízkým sebevědomím, což ovlivňuje jeho kvalitu života, duševní zdraví, úroveň vzdělání a budoucí zaměstnání (www.iaso.org). Jaký je postoj zdravotníků a laické veřejnosti k problematice obezity?

# 10 CÍL PRŮZKUMU

ČR se řadí mezi vyspělé země, u které bohužel není výjimkou narůstající procento obézních občanů.

Hlavním cílem této práce je zjistit postoj laické veřejnosti a zdravotníků k problematice obezity. Domnívám se, že dnešní společnost je značně ovlivněna masmediálním světem, kde štíhlost a krása je důležitým předpokladem pro úspěšné zařazení do společnosti, která netoleruje přítomnosti obézních jedinců ve své blízkosti.

## 10.1 Dílčí cíl

**Cíl 1:** Zjistit, jaký názor má společnost na obézní obyvatelstvo.

**Předpoklad 1:** Předpokládám, že negativní stanovisko vůči obézním lidem ve společnosti, budou zaujímat častěji zdravotníci než laická veřejnost.

**Otázky č.:** 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11

**Cíl 2:** Zjistit výskyt nadváhy a obezity u oslovených zdravotníků a laické veřejnosti.

**Předpoklad 2:** Předpokládám, že problémy s nadváhou bude mít více než polovina oslovených respondentů.

**Otázky č.:** 1, 4

**Předpoklad 3:** Domnívám se, že problémy s obezitou budou častěji u laické veřejnosti než u oslovených zdravotníků.

**Otázky č.:** 1, 4

**Předpoklad 4:** Předpokládám, že více než polovina respondentů s BMI > 25 kg/m$^2$ bude jíst převážně ve večerních hodinách.

**Otázky č.:** 4, 17

**Cíl 3:** Zjistit, zda se ženy pokoušely redukovat svojí hmotnost.

**Předpoklad 5:** Domnívám se, že větší polovina dotázaných respondentů se během svého života, ve snaze zhubnout, snažila držet dietu.

**Otázky č.:** 12, 13, 14

**Cíl 4:** Zjistit, jaké jsou zvyklosti v oblasti zdravého životního stylu u oslovených respondentů.

**Předpoklad 6:** Domnívám se, že více než polovina respondentů zásady zdravého životního stylu nedodržuje.

**Kritérium:** Respondenti odpovědí správně na 9 z 12 otázek v oblasti stravovacích zvyklostí a tělesné aktivity.

**Operacionalizace pojmu:** Zdravý životní styl – do tohoto pojmu spadá pravidelná konzumace menších porcí jídla 3 - 5 x denně, lépe však 5 – 6x denně v intervalu 2 – 3 hodin. Tím by se mělo předejít pocitům hladu a večernímu přejídání. Důležité je nezapomenout pravidelně snídat. Více jídla zařazovat v dopoledních hodinách. Jíst naposledy maximálně 3 hodiny před spaním. Vyvarovat se konzumaci sladkostí a návštěv v podnicích s rychlým občerstvením. V jídelníčku dávat přednost ovoci, zelenině, libovému masu, nízkotučným mléčným výrobkům a celozrnnému pečivu. Neřešit stresové situace zvýšeným přísunem jídla. Denně vypít nejméně 1,5 l tekutin, zejména čisté vody a neslazených nealkoholických nápojů. Nezapomenout na dostatečnou pohybovou aktivitu alespoň 150 minut týdně. A omezit sledování televize/počítače na 2 hodiny denně.

**Otázky č.:** 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26

# 11 CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Ke zjištění svých cílů jsem provedla kvantitativní šetření formou dotazníkové metody. Celkem jsem oslovila 120 respondentů. Bohužel jsem byla nucena, pro neúplnost, 20 dotazníků vyřadit. Návratnost byla 83 %.

Pro moji práci jsem použila dotazníky od 100 respondentů různých věkových kategorií a vzdělání. Hlavním kritériem byl výběr ženské populace z řad laické veřejnosti a zdravotníků. Domnívám se, že ženy jsou zodpovědnější, více se zajímají o zdravý životní styl než muži, kteří většinou neřeší stravu, pohyb ani nějaké to kilo navíc.

# 12 METODA SBĚRU DAT

K dokončení praktické části, jsem potřebné informace a podklady k vypracování bakalářské práce, získala prostřednictvím kvantitativního šetření, formou dotazníkové metody. Vytvořila jsem strukturovaný dotazník, který byl zcela dobrovolný a anonymní. Obsahoval celkem 26 otázek. První tři otázky jsou filtrující. První otázka rozděluje oslovené respondenty na skupinu zdravotníků a laickou veřejnost. Otázkami č. 2 a 3 zjišťuji věk a vzdělání. V dotazníku jsem použila 19 otázek zavřených a 7 polootevřených.

Sled otázek se váže k mému tématu a zjišťuje například, jaký má názor mnou oslovená skupina na obézní lidi v naší společnosti. Zda je patrná stigmatizace vůči těmto lidem, a jakým způsobem je s nimi ve společnosti nakládáno. Jaký je současný trend v oblasti ideální ženské krásy a jaký na to mají názor dotázaní respondenti. Zda mají problém s hmotností, drží-li nějaké diety a proč chtějí hubnout. Zjišťuji stravovací návyky v oblasti pravidelnosti, množství a kvalitě konzumovaných potravin. Slouží-li jídlo k řešení stresových situací, anebo zda není opomenuta sportovní aktivita v běžném denním životě.

# 13 ORGANIZACE VÝZKUMU

Šetření proběhlo v časovém období od měsíce prosince 2013 do února 2014. Celkem bylo rozdáno 120 dotazníků. Pro neúplnost jsem musela 20 dotazníků vyřadit. Tudíž považuji 100 dotazníků jako 100 %. Dotazníkovým šetřením byla zachovaná anonymita. Tištěné dotazníky byly distribuovány zaměstnancům ve městě Havlíčkův Brod, Ledeč nad Sázavou, Světlá nad Sázavou a Vilémovice. Z řad zdravotnických respondentů jsem oslovila studentky kombinovaného studia ZČU v Plzni. Z celkového počtu 100 (100 %) respondentů bylo 50 (50 %) zdravotníků a 50 (50 %) osob z oblasti laické veřejnosti.

# 14 ANALÝZA ÚDAJŮ

K **filtrujícím otázkám** patří otázky č. 1, 2 a 3, které zjišťovaly, jaké je celkové zastoupení oslovených respondentů z řad zdravotníků a laické veřejnosti, věkovou kategorii a nejvyšší dokončené vzdělání oslovených respondentů.

Otázka č. 1: **Jste:**

**Tabulka 1 Celkové zastoupení respondentů v souboru populace**

| Kategorie | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---|---|---|
| Zdravotníci | 50 | 50,0 % |
| Laická veřejnost | 50 | 50,0 % |
| **Celkem** | **100** | **100,0 %** |

Zdroj: vlastní

Celkové zastoupení respondentů v souboru dotazovaných žen je 100. Bylo osloveno 50 zdravotníků (50,0 %) a 50 (50,0 %) respondentů z laické veřejnosti.

Otázka č. 2: **Jaká je Vaše věková kategorie:**

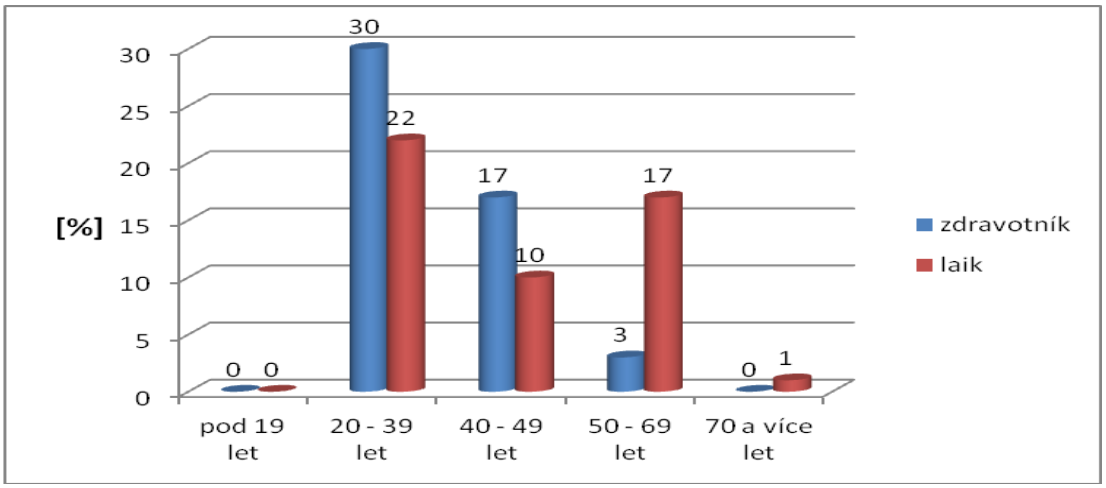
**Tabulka 2 Věk oslovených žen**

| Věk | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---|---|---|
| ≤ 19 let | 0 | 0,0 % |
| 20 – 39 let | 52 | 52,0 % |
| 40 – 49 let | 27 | 27,0 % |
| 50 – 69 let | 20 | 20,0 % |
| 70 a více let | 1 | 1,0 % |
| **Celkem** | **100** | **100,0 %** |

Zdroj: vlastní

Z celkového počtu oslovených respondentů tvořila věková skupina v rozmezí 20 – 39 let, což činí 52 (52,0 %). Do kategorie 40 – 49 let spadá 27 (27,0 %) žen a 20 (20,0 %) respondentů je zastoupeno ve věkové kategorii 50 – 60 let. do zbývající kategorie ve věku 70 a více let patří 1 (1,0 %) respondent.

**Graf 1 Věk oslovených žen**




Zdroj: vlastní

V přehledném grafu je věk respondentů rozdělen do dvou skupin, na zdravotník a laickou veřejnost. Dotazníkového šetření se zúčasnilo nejvíce respondentek ve věkové kategorii 20 – 39 let v počtu 30 (30,0 %) zdravotníků a 22 (22,0 %) z řad laické veřejnosti.

Otázka č. 3: **Jaké je Vaše ukončené vzdělání:**

**Tabulka 3 Nejvyšší dosažené vzdělání**

| Vzdělání | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---|---|---|
| Základní | 0 | 0,0 % |
| Vyučen | 21 | 21,0 % |
| Středoškolské s maturitou | 64 | 64,0 % |
| Vysokoškolské | 8 | 8,0 % |
| Jiné | 7 | 7,0 % |
| **Celkem** | **100** | **100,0 %** |

Zdroj: vlastní

Ze 100 dotazovaných respondentů 64 (64,0 %) žen dosáhlo středoškolského vzdělání zakončené maturitní zkouškou. 21 (21,0 %) hodnotících žen bylo vyučeno. S vysokoškolským vzděláním odpovídalo 8 (8,0 %) respondentů a 7 (7,0 %) dotázaných využilo možnost vzdělání jiné. Zde bylo uvedeno ukončení vyšší odborné školy. Z oslovených respondentů neměla žádná žena, jako nejvyšší dosažené vzdělání, základní vzdělání.

**Cíl 1: Zjistit, jaký názor má společnost na obézní obyvatelstvo.**

Předpoklad 1: **Předpokládám, že negativní stanovisko vůči obézním lidem ve společnosti budou zaujímat častěji zdravotníci než laická veřejnost.** (otázky: č. 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11)

Otázka č. 5: **Myslíte si, že lidé za vznik obezity mohou sami:**

+ Otázka č. 1: **Jste:**

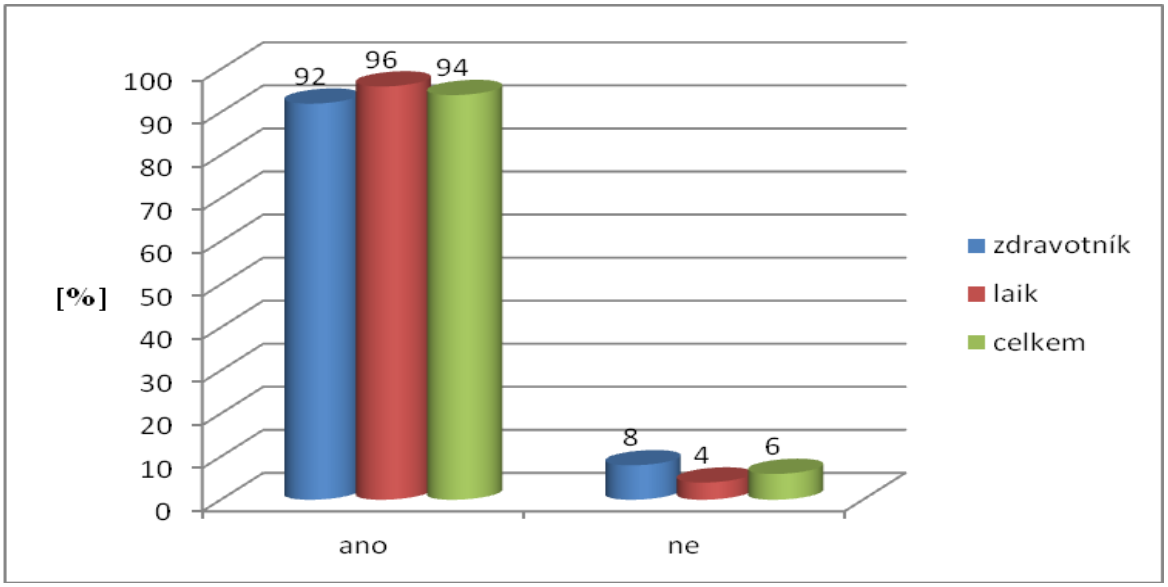
**Tabulka 4 Vznik obezity vlastním přičiněním**

| | Zdravotníci | | Laická veřejnost | | Celkem | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Odpověď** | **Absolutní četnost (n)** | **Relativní četnost (%)** | **Absolutní četnost (n)** | **Relativní četnost (%)** | **Absolutní četnost (n)** | **Relativní četnost (%)** |
| Ano | 13 | 26,0 % | 14 | 28,0 % | 27 | 27,0 % |
| Spíše ano | 33 | 66,0 % | 34 | 68,0 % | 67 | 67,0 % |
| Spíše ne | 3 | 6,0 % | 1 | 2,0 % | 4 | 4,0 % |
| Ne | 1 | 2,0 % | 1 | 2,0 % | 2 | 2,0 % |
| **Celkem** | **50** | **100,0 %** | **50** | **100,0 %** | **100** | **100,0 %** |

Zdroj: vlastní

Otázku č. 5 jsem srovnávala společně s otázkou č. 1. Zjišťovala jsem názor zdravotníků a laické veřejnosti. Z každé skupiny odpovídalo 50 žen. Zjišťovala jsem zda se respondenti domnívají, že lidé si mohou za svou obezitu sami. Celkový počet oslovených zdravotníků byl 50 (100,0 %). Z tohoto celku zdravotníků se domnívá 33 respondentů (66,0 %), že, za vznik obezity si nejspíš mohou lidé sami a 13 respondentů (26,0 %) si myslí, že ano. Pouze 3 respondenti (6,0 %) si myslí, že za obezitu si nejspíše lidé nemohou sami a 1 respondent (2,0 %) uvedl, že lidé za obezitu nemohou. Celkový počet oslovených žen z řad laické veřejnosti odpovídalo 50 (100,0 %). Z tohoto celku odpovědělo 34 žen (68,0 %), že za obezitu si mohou lidé nejspíš sami. Určitě, že ano, si je jisto 14 žen (28,0 %). Jenom 1 žena (2,0 %) uvedla, že za obezitu lidé nejspíš nemohou a 1 respondent (2,0 %) udal, že lidé za obezitu nemohou. Při celkovém počtu 100 (100,0 %) uvedlo 67 (67,0 %) žen, že lidé si za svoji obezitu mohou nejspíš sami. Určitě ano si je jisto 27 (27,0 %) žen. Z celkového počtu pouze 4 (4,0 %) žen označila možnost, že za vznik obezity lidé nejspíš nemohou sami a 2 (2,0 %) ženy udaly, že lidé za obezitu nemohou.

**Graf 2 Vznik obezity vlastním přičiněním**




Zdroj: vlastní

Pro znázornění vyhodnocených výsledků jsem použila graf. Zvlášť jsem sečetla kladné odpovědi a záporné odpovědi na otázku: „Myslíte si, že lidé za vznik obezity mohou sami?“ Z celkového počtu 100 respondentů (100,0 %) se více než polovina žen z obou oslovených skupin domnívá, že za svojí obezitu si lidé mohou sami.

Otázka č. 6: **Domníváte se, že lidé s normální hmotností mají negativní předsudky vůči obézním lidem:**

+ Otázka č. 1: **Jste:**

**Tabulka 5 Negativní předsudky k obézním lidem**

| | Zdravotníci | | Laická veřejnost | | Celkem | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Odpověď** | **Absolutní četnost (n)** | **Relativní četnost (%)** | **Absolutní četnost (n)** | **Relativní četnost (%)** | **Absolutní četnost (n)** | **Relativní četnost (%)** |
| Ano | 9 | 18,0 % | 16 | 32,0 % | 25 | 25,0 % |
| Spíše ano | 30 | 60,0 % | 23 | 46,0 % | 53 | 53,0 % |
| Spíše ne | 6 | 12,0 % | 5 | 10,0 % | 11 | 11,0 % |
| Nevím | 5 | 10,0 % | 6 | 12,0 % | 11 | 11,0 % |
| **Celkem** | **50** | **100,0 %** | **50** | **100,0 %** | **100** | **100,0 %** |

Zdroj: vlastní

Otázku č. 6 jsem hodnotila společně s otázkou č. 1. Zjišťovala jsem názor 50-ti zdravotníků a 50-ti laiků, zda si myslí, že lidé s normální hmotností mají negativní předsudky vůči obézním lidem. Celkový počet oslovených zdravotníků byl 50 (100,0 %). Z tohoto celku zdravotníků se domnívá 30 respondentů (60,0 %), že, lidé s normální hmotností mají nejspíš negativní názor na obézní lidi a 9 respondentů (18,0 %) si myslí, že ano. Pouze 6 respondentů (12,0 %) si myslí, že lidé s normální hmotností nejspíše nezaujímají negativní názor na obézní lidi a 5 respondentů (10,0 %) uvedlo, že nevědí. Z celkového počtu oslovených žen odpovídalo 50 (100,0 %) laiků. Z tohoto celku se shodlo 23 žen (46,0 %), že lidé s normální hmotností mají nejspíš negativní názor na obézní lidi. Určitě, že ano, si je jisto 16 žen (32,0 %). Jenom 5 žen (10,0 %) uvedlo, že lidé s normální hmotností nejspíše nezaujímají negativní názor na obézní lidi a 6 respondentů (12,0 %) uvedlo, že nevědí. Při celkovém počtu 100 (100,0 %) uvedlo 53 (53,0 %) žen, že lidé nejspíše mají negativní předsudky vůči lidem s obezitou. Určitě ano si je jisto 25 (25,0 %) žen. Z celkového počtu pouze 11 (11,0 %) žen označilo možnost, že lidé s normálním BMI nejspíš nemají negativní názor na obézní lidi a 11 (11,0 %) žen ovedlo , že nevědí.

Otázka č. 7: **Jaké vlastnosti byste přiřadila obézním lidem (možnost označení více odpovědí):**

+ Otázka č. 1: **Jste:**

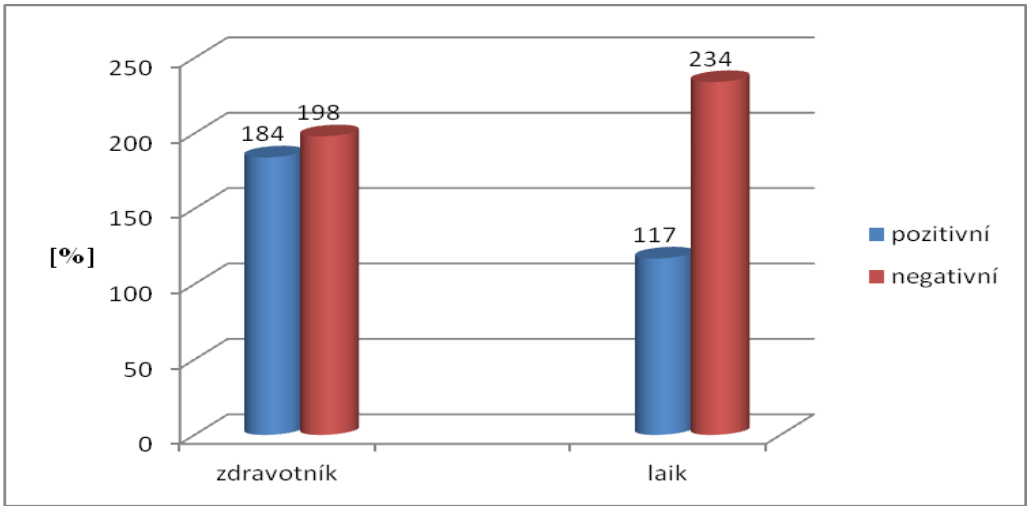
**Tabulka 6 Vlastnosti obézních lidí**

| | Zdravotníci | | Laická veřejnost | |
|---|---|---|---|---|
| **Odpověď** | **Absolutní četnost (n)** | **Relativní četnost (%)** | **Absolutní četnost (n)** | **Relativní četnost (%)** |
| Aktivní | 4 | 8,0 % | 0 | 0,0 % |
| Optimistický | 27 | 54,0 % | 8 | 16,0 % |
| Sympatický | 11 | 22,0 % | 8 | 16,0 % |
| Chytrý | 3 | 6,0 % | 0 | 0,0 % |
| Dobrosrdečný | 28 | 56,0 % | 23 | 46,0 % |
| Silná vůle | 2 | 4,0 % | 0 | 0,0 % |
| Zdravý | 0 | 0,0 % | 0 | 0,0 % |
| Psychicky stabilní | 9 | 18,0 % | 4 | 8,0 % |
| Úspěšný | 3 | 6,0 % | 3 | 6,0 % |
| Sexuálně žádoucí | 3 | 6,0 % | 0 | 0,0 % |
| Spokojenost se svým vzhledem | 2 | 4,0 % | 4 | 8,0 % |
| Pasivní | 10 | 20,0 % | 13 | 26,0 % |
| Pesimistický | 6 | 12,0 % | 5 | 10,0 % |
| Nesympatický | 2 | 4,0 % | 4 | 8,0 % |
| Hloupý | 2 | 4,0 % | 1 | 2,0 % |
| Nerudný | 1 | 2,0 % | 4 | 8,0 % |
| Slabá vůle | 24 | 48,0 % | 28 | 56,0 % |
| Nemocný | 10 | 20,0 % | 19 | 38,0 % |
| Psychicky labilní | 5 | 10,0 % | 4 | 30,0 % |
| Neúspěšný | 6 | 12,0 % | 2 | 4,0 % |
| Sexuálně nežádoucí | 11 | 22,0 % | 15 | 22,0 % |
| Mindráky ze svého vzhledu | 22 | 44,0 % | 22 | 44,0 % |

Zdroj: vlastní

Otázku č. 7 jaké vlastnosti byste přiřadila obézním lidem, jsem srovnávala s otázkou č. 1, v níž rozděluji zdravotníky a laickou veřejnost. Na otázku odpovídalo celkem 100 žen. Zde byla možnost volit více odpovědí, proto soubor odpovědí netvoří 100 %. Ze skupiny zdravotníků hodnotilo celkem 50 (100,0 %) žen a ze skupiny laické veřejnosti 50 (100,0 %) žen. Zdravotníci považují za nejčastější vlastnost u obézních lidi dobrosrdečnost a to v počtu 28 (56,0 %) zdravotníků. Oproti tomu laická veřejnost označila jako nejčastější vlastnot obézních lidí slabou vůli a to v počtu 28 (56,0 %). K dalším vlastnostem u obézních lidí udávali zdravotníci v počtu 27 (54,0 %) optimismus, 24 (48,0 %) slabou vůli. Laická veřejnost označila, že k dalším vlastnostem obézních lidí patří dobrosrdečnost v počtu 23 (46,0%). Obě dotazované skupiny označili v počtu 22 (44,0 %), jako další vlastnost, mindráky ze svého vzhledu.

**Graf 3 Vlastnosti obézních lidí**




zdroj: vlastní

V přehledném grafu 3 jsem rozdělila domnělé vlastnosti obézních lidí na pozitivní a negativní, které označovali dotazovaní zdravotníci a laická veřejnost. Jelikož oslovení respondenti mohli volit více možností, souhrn odpovědí nedává celek (100 %). Zdravotníci a laická veřejnost se jednoznačně shodli v tom, že u obézních lidí převažují záporné vlastnosti.

Otázka č. 8: **Myslíte si, že obézní lidé jsou diskriminováni kvůli své hmotnosti (Pokud je označená kladná odpověď, je možnost zaznamenat více odpovědí):**

+ Otázka č. 1: **Jste:**

**Tabulka 7 Diskriminace obézních ve společnosti**

| | Zdravotníci | | Laická veřejnost | | Celkem | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Odpověď** | **Absolutní četnost (n)** | **Relativní četnost (%)** | **Absolutní četnost (n)** | **Relativní četnost (%)** | **Absolutní četnost (n)** | **Relativní četnost (%)** |
| Ano | 30 | 60,0 % | 36 | 72,0 % | 66 | 66,0 % |
| Ne | 12 | 24,0 % | 9 | 18,0 % | 21 | 21,0 % |
| Nevím | 8 | 16,0 % | 5 | 10,0 % | 13 | 13,0 % |
| **Celkem** | **50** | **100,0 %** | **50** | **100,0 %** | **100** | **100,0 %** |

Zdroj: vlastní

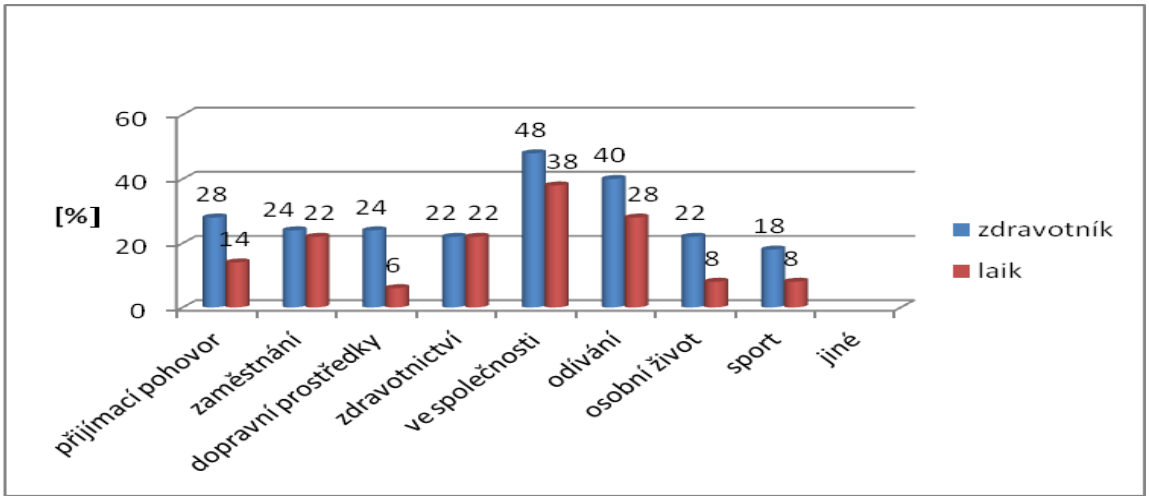
Otázku č. 8 jsem srovnávala společně s otázkou č. 1. V tabulce 7 jsou zaznamenány zjištěné výsledky k otázce č. 8, myslíte si, že obézní lidé jsou diskriminováni kvůli své hmotnosti. Tato otázka byla rozdělena ve vztahu se zdravotníky a laickou veřejností. S domněnkou, že obézní lidé jsou diskriminováni souhlasí 30 (60,0 %) zdravotníků a 36 (72,0 %) laiků. Tento názor nesdílí 12 (24,0 %) zdravotníků a 9 (18,0 %) laiků. 8 zdravotníků (16,0 %) a 5 laiků (10,0 %) nevědí, zda jsou obézní lidé diskriminováni. Z celkového počtu 100 (100,0 %) respondentů 66 (66,0 %) dotázaných souhlasí s názorem, že obézní lidé jsou diskriminováni. U 21 (21,0 %) respondentů byla odpověď nesouhlasu a 13 (13,0 %) dotázaných neví, zda je obézní část obyvatelstva nějakým způsobem diskriminována.

**Tabulka 8 Oblasti diskriminace**

| | Zdravotníci | | Laická veřejnost | |
|---|---|---|---|---|
| **Odpověď** | **Absolutní četnost (n)** | **Relativní četnost (%)** | **Absolutní četnost (n)** | **Relativní četnost (%)** |
| Přijímací pohovor | 14 | 28,0 % | 7 | 14,0 % |
| Zaměstnání | 12 | 24,0 % | 11 | 22,0 % |
| Dopravní prostředky | 12 | 24,0 % | 3 | 6,0 % |
| Zdravotnictví | 11 | 22,0 % | 11 | 22,0 % |
| Ve společnosti | 24 | 48,0 % | 19 | 38,0 % |
| Odívání | 20 | 40,0 % | 14 | 28,0 % |
| Osobní život | 11 | 22,0 % | 4 | 8,0 % |
| Sport | 9 | 18,0 % | 4 | 8,0 % |
| Jiné | 0 | 0,0 % | 0 | 0,0 % |

Zdroj vlastní

**Graf 4 Oblasti diskriminace**




Zdroj: vlastní

V hodnocení otázky č. 8, myslíte si, že obézní lidé jsou diskriminováni kvůli své hmotnosti, pokračovali pouze ti respondenti, kteří zaznamenali kladnou odpověď. Do této položky je zahrnuto z celkového počtu 100 oslovených respondentů, jen 66 (66,0 %) respondentů. Zde mohli dotázaní respondenti zvolit z možností více odpovědí, proto celkový soubor odpovědí nečiní 100 %. Z celkového počtu 66 (100,0 %) respondentů, jenž odpověděli na první část otázky č. 8 souhlasně, považuje 24 (48,0 %) zdravotníků diskriminaci ve společnosti. Druhá nejčastější oblast diskriminace je odívání, udává 20 (40,0 %) zdravotníků. Na další příčce je diskriminace při přijímacím pohovoru, domnívá se 14 (28,0 %) respondentů. Z této skupiny shodný počet respondentů udává diskriminaci v zaměstnání 12 (24,0 %) a dopravních prostředcích 12 (24,0 %). Shodný počet respondentů označil za oblast diskriminace zdravotnictví 11 (22,0 %) a osobní život 11 (22,0 %). Jen 9 (18,0 %) zdravotníků se domnívá, že diskriminace obézních je ve sportu. Skupina laické veřejnosti vidí největší diskriminaci ve společnosti 19 (38,0 %). Druhou oblast diskriminace považuje 14 (28,0 %) laiků odívání. Jako třetí v pořadí se shoduje oblast zaměstnání 11 (22,0 %) a zdravotnictví 11 (22,0 %). V 7 (14,0 %) případech se předpokládá problém při přijímacím pohovoru. S diskriminací v osobním životě a v oblasti sportovních činností se shodují 4 (8,0 %). Pouze 3 (6,0 %) laici vidí diskriminaci v dopravních prostředcích. Možnost jiné domněnky nebyla využita.

Otázka č. 9: **Jaký považujete hlavní důvod vzniku obezity (možnost zaznamenat více odpovědí):**

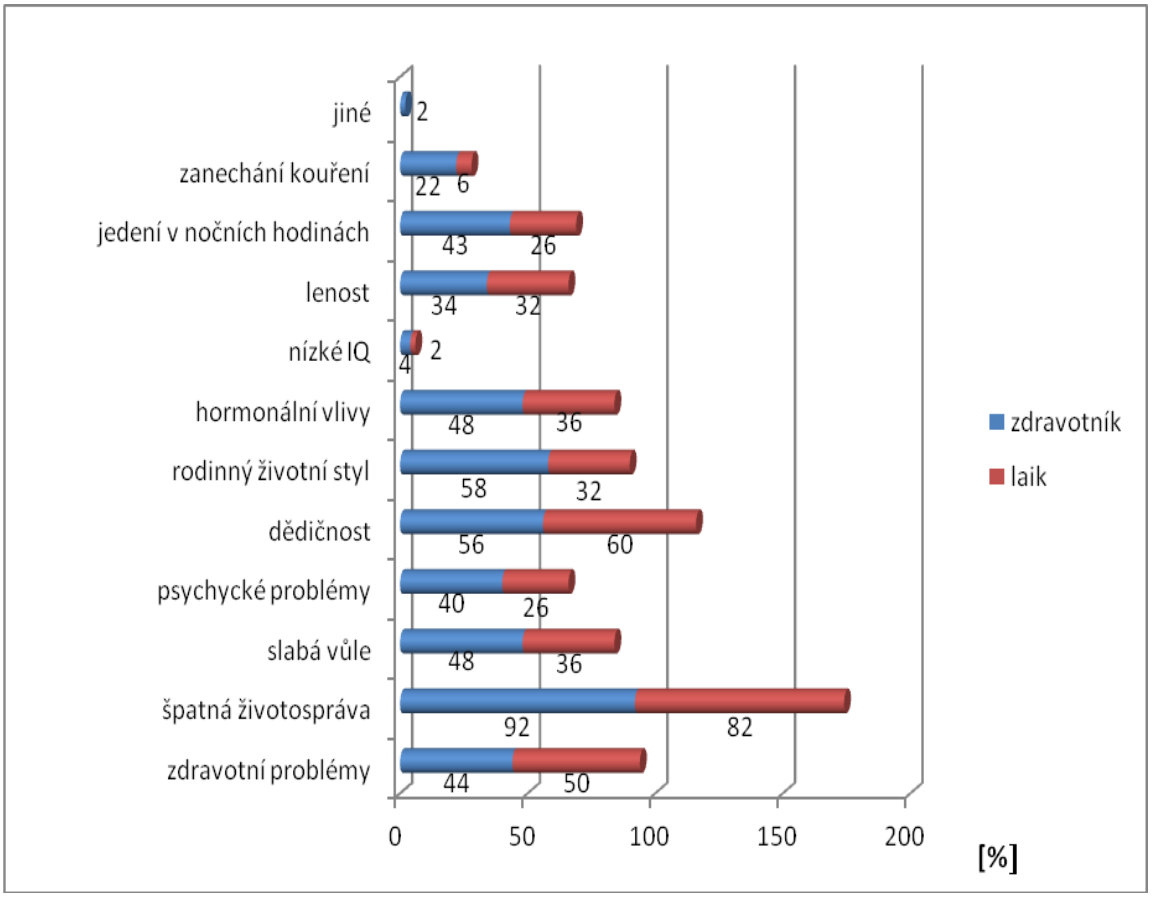
+ Otázka č. 1: **Jste:**

**Tabulka 9 Příčina vzniku obezity**

| | Zdravotníci | | Laická veřejnost | |
|---|---|---|---|---|
| **Příčina obezity** | **Absolutní četnost (n)** | **Relativní četnost (%)** | **Absolutní četnost (n)** | **Relativní četnost (%)** |
| Zdravotní problémy | 22 | 44,0 % | 25 | 50,0 % |
| Špatná životospráva | 46 | 92,0 % | 41 | 82,0 % |
| Slabá vůle | 24 | 48,0 % | 18 | 36,0 % |
| Psychické problémy | 20 | 40,0 % | 13 | 26,0 % |
| Dědičnost | 28 | 56,0 % | 30 | 60,0 % |
| Rodinný životní styl | 29 | 58,0 % | 16 | 32,0 % |
| Hormonální vlivy | 24 | 48,0 % | 18 | 36,0 % |
| Nízké IQ | 2 | 4,0 % | 1 | 2,0 % |
| Lenost | 17 | 34,0 % | 16 | 32,0 % |
| Jedení v nočních hodinách | 23 | 43,0 % | 13 | 26,0 % |
| Zanechání kouření | 11 | 22,0 % | 3 | 6,0 % |
| Jiné | 1 | 2,0 % | 0 | 0,0 % |

Zdroj vlastní

**Graf 5 Příčina vzniku obezity**




Zdroj: vlastní

Otázku č. 9, jaký považujete hlavní důvod vzniku obezity, jsem srovnávala s otázkou č. 1, v níž rozděluji zdravotníky a laickou veřejnost. Na otázku odpovídalo celkem 100 žen. U této otázky byla volba více odpovědí, proto soubor odpovědí netvoří 100 %. Ze skupiny zdravotníků hodnotilo celkem 50 (100,0 %) zdravotníků a ze skupiny laické veřejnosti 50 (100,0 %) laiků. Za nejčastější příčinu vzniku obezity je považována špatná životospráva. Tuto možnost označilo 46 (92,0 %) zdravotníků a 41 (82,0 %) laiků. Jako další nejčastější příčinu obezity udávali zdravotníci v počtu 29 (58,0 %) rodinný životní styl, 28 (54,0 %) dědičnost a 24 (48,0 %) zdravotníků se shodlo, že příčinou jsou hormonální vlivy a slabá vůle. Laická veřejnost označila, že k dalším příčinám vzniku obezity patří dědičnost v počtu 30 (60,0%) a zdravotní problémy 25 (50,0%). 18 (50,0%) laiků udalo jako daší příčinu vzniku obezity hormonální vlivy a slabou vůli.

Otázka č. 10: **Jaký je současný ideál ženské krásy (zde byla možnost zaznamenat více odpovědí):**

+ Otázka č. 1: **Jste:**

**Tabulka 10 Ideál krásy obecně**

| | Zdravotníci | | Laická veřejnost | |
|---|---|---|---|---|
| **Ideál krásy** | **Absolutní četnost (n)** | **Relativní četnost (%)** | **Absolutní četnost (n)** | **Relativní četnost (%)** |
| Žena kost a kůže | 17 | 34,0 % | 8 | 16,0 % |
| Malá prsa | 1 | 2,0 % | 0 | 0,0 % |
| Velká prsa | 19 | 38,0 % | 14 | 28,0 % |
| Malý zadek | 13 | 26,0 % | 6 | 12,0 % |
| Velký zadek | 1 | 2,0 % | 0 | 0,0 % |
| Štíhlý pas | 15 | 30,0 % | 13 | 26,0 % |
| Štíhlá sportovní postava | 16 | 32,0 % | 32 | 64,0 % |
| „Krev a mléko“ | 10 | 20,0 % | 6 | 12,0 % |
| Boubelka | 0 | 0,0 % | 0 | 0,0 % |
| Jiné | 2 | 4,0 % | 2 | 4,0 % |

Zdroj: vlastní

Otázku č. 10, jaký je současný ideál ženské krásy, jsem srovnávala s otázkou č. 1, v níž rozděluji zdravotníky a laickou veřejnost. Celkem hodnotilo 100 respondentů. U této otázky byla volba více odpovědí, proto soubor odpovědí netvoří celkový součet 100 %. Ze skupiny zdravotníků hodnotilo celkem 50 (100,0 %) žen a ze skupiny laické veřejnosti 50 (100,0 %) žen. Zdravotníci se domnívají, že obecným ideálem ženské krásy jsou považována velká prsa. Tuto možnost označilo 19 (38,0 %) zdravotníků. Ženu kost a kůže považuje za obecný ideál krásy 17 (34,0 %)zdravotníků a 16 (32,0 %) zdravotníků uvádí štíhlou sportovní postavu. Naproti tomu považuje 32 (64,0 %) laiků za obecný ideál ženské krásy, štíhlou sportovní postavu. Velká prsa udalo 14 (28,0 %) laiků a 13 (26,0 %) štíhlí pas. Žádný z dotazovaných respondentů neuvedl jako současný ideál ženské krásy boubelku.

Otázka č. 11: **Co považujete Vy za ideál ženské krásy (zde byla možnost zaznamenat více odpovědí):**

+ Otázka č. 1: **Jste:**

**Tabulka 11 Ideál krásy z pohledu respondentů**

| | Zdravotníci | | Laická veřejnost | |
|---|---|---|---|---|
| **Ideál krásy** | **Absolutní četnost (n)** | **Relativní četnost (%)** | **Absolutní četnost (n)** | **Relativní četnost (%)** |
| Žena kost a kůže | 1 | 2,0 % | 0 | 0,0 % |
| Malá prsa | 0 | 0,0 % | 0 | 0,0 % |
| Velká prsa | 4 | 8,0 % | 9 | 18,0 % |
| Malý zadek | 3 | 6,0 % | 5 | 10,0 % |
| Velký zadek | 0 | 0,0 % | 0 | 0,0 % |
| Štíhlý pas | 1 | 2,0 % | 7 | 14,0 % |
| Štíhlá sportovní postava | 34 | 68,0 % | 35 | 70,0 % |
| „Krev a mléko“ | 12 | 24,0 % | 11 | 22,0 % |
| Boubelka | 0 | 0,0 % | 0 | 0,0 % |
| Jiné | 2 | 4,0 % | 2 | 4,0 % |

Zdroj: vlastní

Otázku č. 11, co považujete Vy za ideál ženské krásy, jsem srovnávala s otázkou č. 1, v níž rozděluji zdravotníky a laickou veřejnost. Celkem hodnotilo 100 respondentů. V této otázce byla možnost zaznamenat více odpovědí, proto soubor odpovědí netvoří celkem 100 %. Ze skupiny zdravotníků hodnotilo celkem 50 (100,0 %) žen a ze skupiny laické veřejnosti 50 (100,0 %) žen. Oslovení respondenti považují za ideál ženské krásy štíhlou sportovní postavu. Tato možnost byla zaznamenána 34 (68,0 %) zdravotníky a 35 (70,0 %) laiky. Jako další nejvíce označenou možností, je považována za ideální postavu „krev a mléko“. Tuto možnost hodnotilo 12 (24,0 %) zdravotníků a 11 (22,0 %) laiků. 2 (4,0 %) respondenti z řad laiků a zdravotníků zvolili možnost jiné, ti považují za ideální postavu „tak akorát“. Žádný z dotazovaných respondentů neuvedl variantu ideální postavy boubelku, malá prsa ani velký zadek.

**Cíl 2: Zjistit, výskyt nadváhy a obezity u oslovených zdravotníků a laické veřejnosti.**

Předpoklad 2: **Předpokládám, že problémy s nadváhou bude mít více než polovina oslovených respondentů.**

(otázky: č. 1, 4)

Předpoklad 3: **Domnívám se, že problémy s obezitou budou častěji u laické veřejnosti než u oslovených zdravotníků.**

(otázky: č. 1, 4)

Předpoklad 4: **Předpokládám, že více než polovina respondentů s BMI > 25 kg/m$^2$, bude jíst častěji ve večerních hodinách.**

(otázky: č. 4, 17)

Otázka č. 4: **Jaká je Vaše výška a váha:**

+ Otázka č. 1: **Jste:**

**Tabulka 12 Stanovení BMI**

| | Zdravotníci | | Laická veřejnost | | Celkem | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **BMI** | **Absolutní četnost (n)** | **Relativní četnost (%)** | **Absolutní četnost (n)** | **Relativní četnost (%)** | **Absolutní četnost (n)** | **Relativní četnost (%)** |
| Podváha < 18,5 | 0 | 0,0 % | 1 | 2,0 % | 1 | 1,0 % |
| Normální váha 18,5 – 24,9 | 28 | 56,0 % | 27 | 54,0 % | 55 | 55,0 % |
| Nadváha 25 – 29,9 | 17 | 34,0 % | 15 | 30,0 % | 32 | 32,0 % |
| Obezita I. stupně 30 – 34,9 | 3 | 6,0 % | 7 | 14,0 % | 10 | 10,0 % |
| Obezita II. stupně 35 – 39,9 | 1 | 2,0 % | 0 | 0,0 % | 1 | 1,0 % |
| Obezita III. stupně >40 | 1 | 2,0 % | 0 | 0,0 % | 1 | 1,0 % |
| **Celkem** | **50** | **100,0 %** | **50** | **100,0 %** | **100** | **100,0 %** |

Zdroj: vlastní

Otázku č. 4 jsem srovnávala společně s otázkou č. 1. Zjišťovala jsem jaká je výška a váha oslovených zdravotníků a laiků. Celkový počet oslovených respondentů činil 100 (100,0 %). Z každé skupiny odpovídalo 50 (100,0 %) zdravotníků a laiků. Z tého otázky jsem si vypočítala u každého resondenta jeho BMI. Největší zastoupení v počtu 28 (56,0 %) zdravotníků má normální váhu. S nadváhou se potýká 17 (34,0 %), s obezitou I. stupně má problém a 3 (6,0 %) zdravotníků. Obezita II. III stupně je u 1 (2,0 %) zdravotníků. Podváhou netrpí žádný oslovený zdravotník. U laické veřejnosti se normální hmotnost vyskytuje u 27 (54,0 %), nadváha u 15 (30,0 %) a obezita I. stupně u 7 (14,0 %) laiků. Pouze 1 (2,0 %) laiků trpí podváhou. Obezita II. a III. stupně se nevyskytuje u oslovených laiků.

**Tabulka 13 Výskyt obezity u oslovených respondentů**

| | Zdravotníci | | Laická veřejnost | | Celkem | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **BMI** | **Absolutní četnost (n)** | **Relativní četnost (%)** | **Absolutní četnost (n)** | **Relativní četnost (%)** | **Absolutní četnost (n)** | **Relativní četnost (%)** |
| Obezita I. stupně 30 – 34,9 | 3 | 60,0 % | 7 | 100,0 % | 10 | 83,4 % |
| Obezita II. stupně 35 – 39,9 | 1 | 20,0 % | 0 | 0,0 % | 1 | 8,3 % |
| Obezita III. stupně >40 | 1 | 20,0 % | 0 | 0,0 % | 1 | 8,3 % |
| **Celkem** | **5** | **5,0 %** | **7** | **7,0 %** | **12** | **12,0 %** |

Zdroj: vlastní

V otázce č. 4 jsem zjišťovala, jaká je výška a váha oslovených respondentů, ze které jsem si vypočítala BMI. V této položce je zahrnuto z celkového počtu 100 respondentů 12 (12,0 %) žen trpících obezitou. Z toho 5 (5,0 %) zdravotníků, 7 (7,0 %) laiků. Jako celek s počtem 12 (100,0 %) trpí obezitou I. stupně 3 (60,0 %) zdravotníci a 7 (100,0 %) laiků. Obezita II. a III. stupně je shodně u 1 (20,0 %) zdravotníka. Obezita II. a III. stupně u laické veřejnosti nebyla zjištěna.

Otázka č. 4: **Jaká je Vaše výška a váha:**

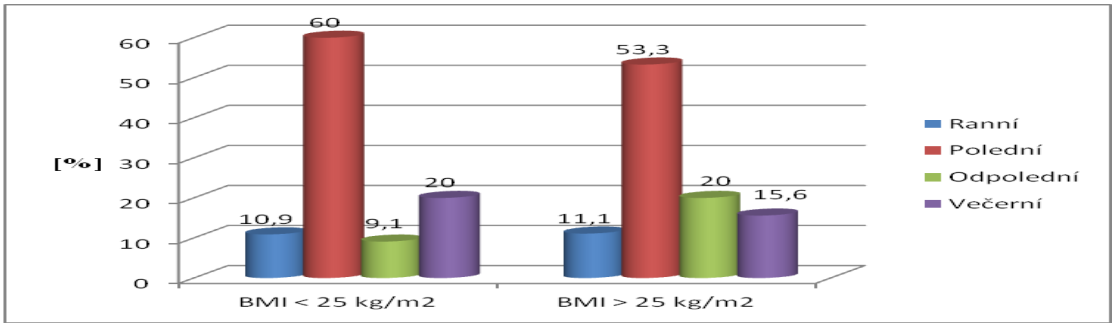
+ Otázka č. 17: **Jaká denní porce jídla je největší:**

**Tabulka 14 Souvislost BMI s denním příjmem jídla**

| | BMI < 25 kg/m$^2$ | | BMI > 25 kg/m$^2$ | |
|---|---|---|---|---|
| **Odpověď** | **Absolutní četnost (n)** | **Relativní četnost (%)** | **Absolutní četnost (n)** | **Relativní četnost (%)** |
| Ranní | 6 | 10,9 % | 5 | 11,1 % |
| Polední | 33 | 60,0 % | 24 | 53,3 % |
| Odpolední | 5 | 9,1 % | 9 | 20,0 % |
| Večerní | 11 | 20,0 % | 7 | 15,6 % |
| **Celkem** | **55** | **55,0 %** | **45** | **45,0 %** |

Zdroj: vlastní

**Graf 6 Souvislost BMI s denním příjmem jídla**




Zdroj: vlastní

S otázkou č. 4 jsem srovnávala otázku č. 17, v níž zjišťuji, jaká je denní porce jídla největší. Zjišťovala jsem jaká je výška a váha oslovených respondentů. Z této otázky je vyhodnocen BMI. Snažím se porovnat, zda BMI koreluje s velikostí denní porce jídla. Respondentů s BMI > 25 kg/m$^2$ bylo celkem 45 (45,0 %), ti tvořili u této položky celek (100 %). Nejvíce respondentů s počtem 24 (53,3 %) uvádí polední porci jako největší, kterou konzumují během dne. 9 respondentů (20,0 %) označilo, že největší porci jídla konzumují odpoledne. Jen 7 (15,6 %) respondentů s BMI > 25 kg/m$^2$ jedí největší porci jídla ve večerních hodinách a 5 respondentů (11,1 %) označilo, že nejvíce jedí ráno.

Pro přehlednost jsem zjišťovala, jaká je největší porce jídla u respondentů s BMI < 25 kg/m$^2$. Celkový počet respondentů s BMI < 25 kg/m$^{2.}$ byl 55 (55,0 %), což bylo bráno jako celek (100 %). Nejvíce respondentů s počtem 33 (60,0 %) uvádí, jako největší konzumovanou porci jídla, polední. 11 respondentů (20,0 %) označilo, že největší porci jídla konzumují večer. Jen 6 (10,9 %) respondentů jedí největší porci jídla ráno a 5 respondentů (9,1 %) označilo, že nejvíce jedí odpoledne.

**Cíl 3: Zjistit, zda se ženy pokoušely redukovat svojí hmotnost.**

Předpoklad 5: **Domnívám se, že větší polovina dotázaných respondentů se během svého života, ve snaze zhubnout, snažila držet dietu.** (otázky: č. 12, 13, 14)

Otázka č. 12: **Snažila jste se někdy hubnout:**

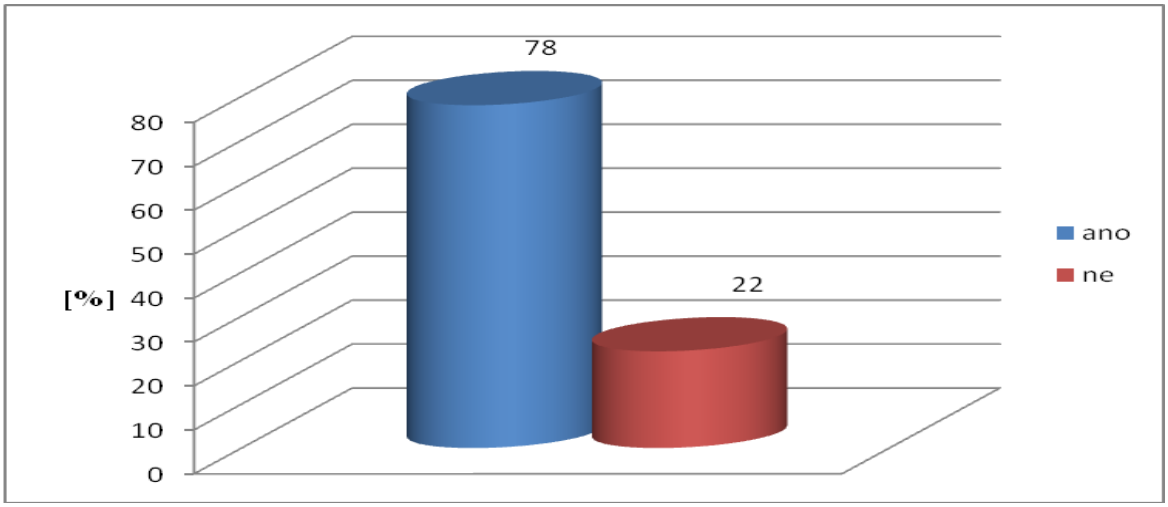
+ Otázka č. 4: **Jaká je Vaše výška a váha:**

**Tabulka 15 Redukce hmotnosti**

| Odpověď | **Podváha <18,5** | **Normální váha 18,5–24,9** | **Nadváha 25-29,9** | **Obezita I.stupně 30–34,9** | **Obezita II.stupně 35–39,9** | **Obezita III.stupně >40** | **Celkem** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ano | 0<br>0,0 % | 42<br>42,0 % | 26<br>26,0 % | 8<br>8,0 % | 1<br>1,0 % | 1<br>1,0 % | 78<br>78,0 % |
| Ne | 1<br>1,0 % | 13<br>13,0 % | 6<br>6,0 % | 2<br>2,0 % | 0<br>0,0 % | 0<br>0,0 % | 22<br>22,0 % |
| Celkem | 1<br>1,0 % | 55<br>55,0% | 32<br>32,0 % | 10<br>10,0 % | 1<br>1,0 % | 1<br>1,0% | 100<br>100,0 % |

Zdroj: vlastní

**Graf 7 Redukce hmotnosti**




Zdroj: vlastní

V tabulce 15 byla otázka č. 12, snažila jste se někdy hubnout, rozdělena ve vztahu s hodnotou BMI, jenž se stanovil z otázky č. 4, jaká je Vaše výška a váha. V tabulce byl uveden počet respondentů průzkumu v jednotlivých stupních BMI, ke kterým byl přiřazen počet respondentů, kteří se buď během svého života pokoušeli o redukci své hmotnosti anebo ne. O redukci své hmotnosti se pokoušelo celých 78 (78,0 %) respondentů, pouze 22 (22,0 %) respondentů svoji hmotnost nikdy neredukovalo. Z respondentů, jejichž BMI odpovídal podváze, zaujímal 1 respondent (1,0 %) a nikdy se nepokoušel hubnout. U respondentů s normální váhou, kterých bylo 55 (55,0 %), se v počtu 42 (42,0 %) snažilo redukovat hmotnost a 13 (13,0 %) redukci hmotnosti nikdy neabsolvovalo. U respondentů s nadváhou, kterých bylo 32 (32,0 %), se pokusilo hubnout 26 (26,0 %) respondentů a 6 (6,0 %) respondentů nikdy nehublo. U respondentů s obezitou I. stupně, kterých bylo 10 (10,0 %), hublo 8 (8,0 %) respondentů a 2 (2,0 %) respondenti neměli potřebu svoji hmotnost snižovat. Respondenti s obezitou II. a III. stupně v počtu 1 (1,0 %)respondenta se pokoušeli během svého života o redukci hmotnosti.

Otázka č. 13: **Jaký důvod Vás vedl k hubnutí (zde byla možnost zaznamenat více odpovědí):**

**Tabulka 16 Důvod redukce hmotnosti**

| | Respondenti | |
|---|---|---|
| **Odpověď** | **Absolutní četnost (n)** | **Relativní četnost (%)** |
| Estetický | 48 | 48,0 % |
| Zdravotní | 22 | 22,0 % |
| Psychický | 15 | 15,0 % |
| Společenský | 11 | 11,0 % |
| Zlepšení kondice | 40 | 40,0 % |
| Vyšší sebevědomí | 32 | 32,0 % |
| Z donucení | 0 | 0,0 % |
| Nezájem opačného pohlaví | 3 | 3,0 % |
| Omezení při běžných denních činnostech | 5 | 5,0 % |
| Nehubnu, jsem spokojená | 22 | 22,0 % |
| Jiné | 1 | 1,0 % |

Zdroj: vlastní

V otázce č. 13, jaký důvod Vás vedl k hubnutí, bylo zahrnuto z celkového počtu 100 dotázaných, 78 respondentů (78,0 %), kteří se během svého života pokoušeli o redukci hmotnosti. Zbylých 22 (22,0 %) respondentů nehubne, protože jsou se svojí hmotností spokojení. U této otázky mohli respondenti volit více odpovědí, proto soubor odpovědí netvoří 100 %. Z celkového počtu 78 respondentů (100,0 %), kteří odpověděli na otázku č. 12 kladně, byl nejčastěji udáván estetický důvod hubnutí. Tento důvod udalo 48 respondentů (48,0 %). Dále zlepšení kondice (40,0 %) respondentů. Třetím nejčastějším důvodem hubnutí bylo vyšší sebevědomí 32 (32,0 %), za ním následovaly zdravotní důvody 22 (22,0 %) a 15 (15,0 %) respondentů uvedlo, že velkou roli hrála psychika. V 11 (11,0 %) případech byl uveden společenský důvod, 5 (5,0 %) respondentů označilo jako důvod hubnutí, omezení při běžných denních činnostech. Nejméně využitou možností byla odpověď, že důvodem hubnutí je nezájem opačného pohlaví, 3 (3,0 %) respondenti. Možnost jiné využil 1 (1,0 %) respondent, který uvádí důvod hubnutí prevenci dědičného onemocnění Diabetu mellitu. Žádný z oslovených respondentů nehubl z donucení.

Otázka č. 14: **Má někdo z Vaší rodiny problémy s hmotností (obezita/nadváha):**

+ Otázka č. 1: **Jste:**

**Tabulka 17 Výskyt nadváhy/obezity v rodině**

| **Odpověď** | **Zdravotník** | **Laická veřejnost** | **Celkem** |
|---|---|---|---|
| Ano | 36<br>36,0 % | 30<br>30,0 % | 66<br>66,0 % |
| Ne | 14<br>14,0 % | 20<br>20,0 % | 34<br>34,0 % |
| **Celkem** | **50**<br>**50,0 %** | **50**<br>**50,0%** | **100**<br>**100,0 %** |

Zdroj: vlastní

V otázce č. 14 jsem zjišťovala u oslovených respondentů, zda má někdo v jejich rodině problémy s obezitou/nadváhou. Tuto otázku jsem hodnotila společně s otázkou č. 1, jste: zdravotník nebo laická veřenost. Z celkového počtu 100 (100,0 %) respondentů odpověděla více než polovina 66 (66,0 %) dotázaných, že problém s nadváhou/obezitou se v rodině vyskytuje. Méně než polovina 34 (34,0 %) respondentů problém s nadbytečnou hmotností v rodině nemá. Při rozdělení oslovených žen na dvě skupiny, je výskyt obezity/nadváhy u 36 (36,0 %) zdravotníků a 30 (30,0 %) laiků. Naopak 14 (14,0 %) zdravotníků a 20 (20,0 %) laiků problémy s nadváhou/obezitou v rodině nemají.

**Cíl 4: Zjistit, jaké jsou zvyklosti v oblasti zdravého životního stylu u oslovených respondentů.**

Předpoklad 6: **Domnívám se, že více než polovina respondentů zásady zdravého životního stylu nedodržuje.**

Kritérium: **Respondenti odpovědí správně na 9 z 12 otázek v oblasti stravovacích zvyklostí a tělesné aktivity.**

**Operacionalizace pojmu:** Zdravý životní styl – do tohoto pojmu spadá pravidelná konzumace menších porcí jídla 3 – 5x denně, lépe však 5 – 6x denně v intervalu 2 – 3 hodin. Tím by se mělo předejít pocitům hladu a večernímu přejídání. Důležité je nezapomenout pravidelně snídat. Více jídla zařazovat v dopoledních hodinách. Jíst naposledy maximálně 3 hodiny před spaním. Vyvarovat se konzumaci sladkostí a návštěvám v podnicích s rychlým občerstvením. V jídelníčku dávat přednost ovoci, zelenině, libovému masu, nízkotučným mléčným výrobkům a celozrnnému pečivu. Neřešit stresové situace zvýšeným přísunem jídla. Denně vypít nejméně 1,5 l tekutin, zejména čisté vody a neslazených nealkoholických nápojů. Nezapomenout na dostatečnou pohybovou aktivitu alespoň 150 minut týdně. A omezit sledování televize/počítače na 2 hodiny denně.
(K cíli 4 se vztahují otázky: č. 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26)

Otázka č. 15: **Kolikrát denně jíte:**

**Tabulka 18 Množství konzumované stravy za den**

| Odpověď | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---|---|---|
| 1 – 2x denně | 2 | 2,0 % |
| 3 – 4x denně | 50 | 50,0 % |
| 5 – 6x denně | 29 | 29,0 % |
| 7 a více x denně | 2 | 2,0 % |
| Stravuji se nepravidelně | 17 | 17,0 % |
| **Celkem** | **100** | **100,0 %** |

Zdroj: vlastní

Ze 100 dotazovaných respondentů, jí 50 (50,0 %) žen 3 – 4x denně. Dalších 29 (29,0 %) žen se stravuje 5 – 6x denně. 1 – 2x denně a 7 a více x denně jí 2 (2,0 %) žen. Možnost „stravuji se nepravidelně“ označilo 17 (17,0 %) dotázaných.

Otázka č. 16: **Snídáte pravidelně:**

**Tabulka 19 Pravidelná konzumace snídaně**

| Snídaně | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---|---|---|
| Ano | 59 | 59,0 % |
| Ne | 33 | 33,0 % |
| Občas | 8 | 8,0 % |
| **Celkem** | **100** | **100,0 %** |

Zdroj: vlastní

Ze 100 dotazovaných respondentů, na otázku, zda snídají pravidelně, označilo 59 (59,0 %) respondentů že „ano“ a 33 (33,0 %) respondentů že „ne“. Zbylých 8 (8,0 %) dotázaných uvedlo, že snídají „občas“.

Otázka č. 17: **Jaká denní porce jídla je u Vás největší:**

**Tabulka 20 Největší denní porce jídla**

| Odpověď | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---|---|---|
| Ranní | 11 | 11,0 % |
| Polední | 57 | 57,0 % |
| Odpolední | 14 | 14,0 % |
| Večerní | 18 | 18,0 % |
| **Celkem** | **100** | **100,0 %** |

Zdroj: vlastní

Tabulka č 20 zobrazuje, jaká je největší denní porce jídla u oslovených respondentů. Jako největší porci jídla konzumuje 57 (57,0 %) respondentů v poledne, 18 (18,0 %) respondentů večer, 14 (14,0 %) respondentů odpoledne a 11 (11,0 %) respondentů ráno.

Otázka č. 18: **Máte po jídle pocit hladu:**

**Tabulka 21 Pocit hladu po jídle**

| Odpověď | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---|---|---|
| Vůbec ne | 29 | 29,0 % |
| Občas | 29 | 29,0 % |
| Stále | 1 | 1,0 % |
| Nemám hlad, ale chuť | 41 | 41,0 % |
| **Celkem** | **100** | **100,0 %** |

Zdroj: vlastní

V otázce č. 18 zjišťuji, zda respondenti mají po jídle pocit hladu. Jako nejčastější odpověď uvedlo 41 (41,0 %) dotazovaných, že mají po jídle převážně chuť než hlad. Jako odpověď „vůbec ne“ uvedlo 29 (29,0 %) dotázaných a „občas“ 29 (29,0 %) respondentů. Stálý pocit hladu po jídle má 1 (1,0 %) respondent.

Otázka č. 19: **Jíte v podnicích s rychlým občerstvením:**

**Tabulka 22 Stravování se v podnicích s rychlým občerstvením**

| Odpověď | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---|---|---|
| Ano | 37 | 37,0 % |
| Ne | 63 | 63,0 % |
| **Celkem** | **100** | **100,0 %** |

Zdroj: vlastní

Otázka č. 19 zjišťuje, zda se respondenti stravují v podnicích s rychlým občerstvením. Z celkového počtu 100 (100,0 %) respondentů navštěvuje podniky s rychlým občerstvením 37 (37,0 %) respondentů. Převážná část respondentů v počtu 63 (63,0 %) tyto podniky nenavštěvuje.

**Tabulka 23 Frekvence stravování se v podnicích s rychlým občerstvením**

| Odpověď | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---|---|---|
| Denně | 2 | 5,4 % |
| 1 – 2x týdně | 1 | 2,7 % |
| Občas | 34 | 91,9 % |
| **Celkem** | **37** | **100,0 %** |

Zdroj: vlastní

Tabulka 25 informuje, jak často se respondenti stravují v podnicích s rychlým občerstvením. Z celkového počtu 37 (100,0 %) respondentů navštěvuje pouze „občas“ podniky s rychlým občerstvením 34 (91,9 %) respondentů. Denně se stravuje v těchto zařízeních 2 (5,4 %) respondenti a 1 – 2x týdně 1 (2,7 %) respondent.

Otázka č. 20: **Jak často si dopřáváte sladkosti:**

**Tabulka 24 Frekvence konzumovaných sladkostí**

| Odpověď | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---|---|---|
| Denně | 35 | 35,0 % |
| Občas | 63 | 63,0 % |
| Vůbec ne | 2 | 2,0 % |
| **Celkem** | **100** | **100,0 %** |

Zdroj: vlastní

Tabulka 24 hodnotí frekvenci konzumovaných sladkostí u osovených respondentů. Většina respondentů v počtu 63 (63,0 %) uvedla, že konzumuje sladkosti občas. Denně si dopřává sladkosti 35 (35,0 %) dotazovaných a vůbec nejí sladkosti 1 (1,0 %) z dotazovaných respondentů.

Otázka č. 21: **Jaké potraviny převažují ve Vašem jídelníčku (možnost označení více odpovědí):**

**Tabulka 25 Nejčastěji konzumované potraviny**

| | Respondenti | |
|---|---|---|
| **Odpověď** | **Absolutní četnost (n)** | **Relativní četnost (%)** |
| Maso a masné výrobky | 52 | 52,0 % |
| Tučná jídla | 4 | 4,0 % |
| Pekárenské výrobky | 54 | 54,0 % |
| Sladkosti | 29 | 29,0 % |
| Mléko, mléčné výrobky | 57 | 57,0 % |
| Ovoce, zelenina | 68 | 68,0 % |
| Ryby a mořské produkty | 10 | 10,0 % |
| Jiné | 3 | 3,0 % |

Zdroj: vlastní

Otázka č. 21, informuje, jaké potraviny převažují v jídelníčku oslovených respondentů. Na otázku odpovídalo celkem 100 žen. U této otázky byla možnost volit z více odpovědí, proto soubor odpovědí netvoří 100 %. Za nejčastěji konzumovanou potravinu uvedlo 68 (68,0 %) respondentů ovoce a zeleninu. Druhou potravinou, kterou označilo 57 (57,0 %) respondentů, bylo mléko a mléčné výrobky. 54 (54,0 %) respondentů označilo pekárenské výrobky. 52 (52,0 %) respondentů zařazuje do jídelníčku maso a masné výrobky, 29 (29,0 %) respondentů sladkosti, 10 (10,0 %) respondentů ryby a mořské plody a 4 (4,0 %) respondenti tučná jídla. Možnost jiné využili 3 (3,0 %) respondenti, kde uvádí konzumaci vloček, jáhel, semínek.

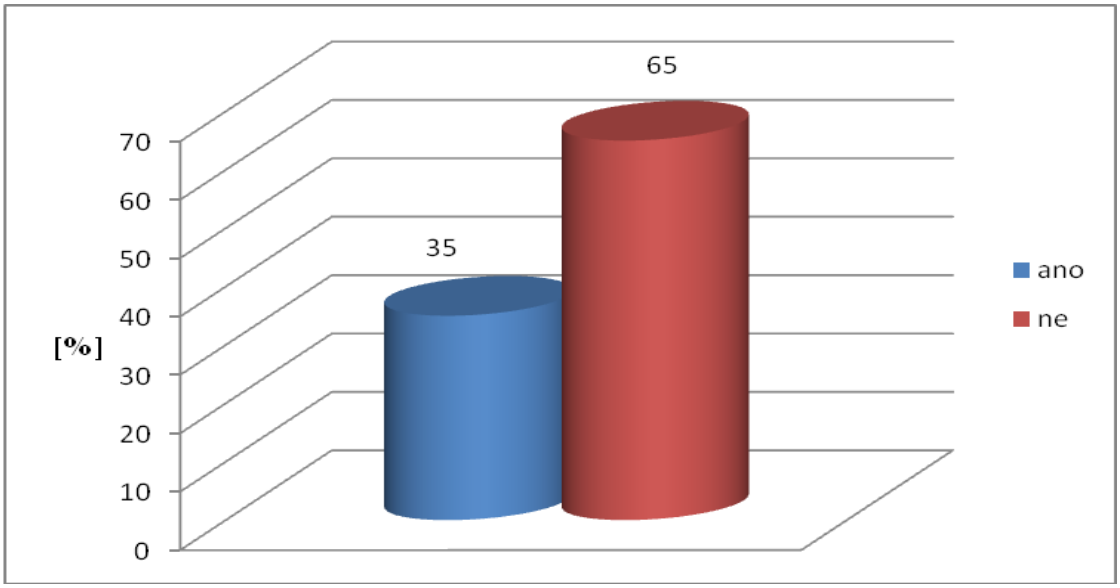
Otázka č. 22: **Řešíte zvýšeným přísunem jídla stresovou situaci:**

**Tabulka 26 Řešení stresové situace zvýšeným příjmem potravy**

| Odpověď | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---|---|---|
| Ano | 35 | 35,0 % |
| Ne | 65 | 65,0 % |
| **Celkem** | **100** | **100,0 %** |

Zdroj: vlastní

**Graf 8 Řešení stresu jídlem**




Zdroj: vlastní

Velká část respondentů 65 (65,0 %) z celkového počtu 100 (100,0 %) dotázaných neřeší stresové situace zvýšenou konzumací potravy. Stresové situace řeší 35 (35,0 %) respondentů zvýšeným příjmem potravy.

Otázka č. 23: **Jíte naposledy maximálně 3 hodiny před spaním:**

**Tabulka 27 Stravování v noci**

| Odpověď | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---|---|---|
| Ano | 50 | 50,0 % |
| Ne | 50 | 50,0 % |
| **Celkem** | **100** | **100,0 %** |

Zdroj: vlastní

Vyrovnané hodnoty uvádí tabulka 27, ve které jsou zaznamenány odpovědi na otázku č. 23, zda dotazovaní respondenti jedí naposledy maximálně 3 hodiny před spaním. Ze 100 (100,0 %) dotázaných odpovědělo 50 (50,0 %), že „ano“ a 50 (50,0 %) respondentů, že „ne“.

Otázka č. 24: **Jaký je Váš denní příjem tekutin:**

**Tabulka 28 Denní příjem tekutin**

| Odpověď | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---|---|---|
| < než 1 litr | 17 | 17,0 % |
| 1,5 – 2 litry | 68 | 68,0 % |
| 2,5 – 3 litry | 12 | 12,0 % |
| > než 3 litry | 3 | 3,0 % |
| **Celkem** | **100** | **100,0 %** |

Zdroj: vlastní

V tabulce 28 jsou zaznamenané vyhodnocené výsledky na otázku č. 24, jaký je Váš denní příjem tekutin. Z celkového počtu 100 (100,0 %) dotázaných udává 68 (68,0 %) respondentů denní příjem tekutin 1,5 – 2 litry, 12 (12,0 %) respondentů vypije za den 2,5 – 3 litry tekutin, 17 (17,0 %) respondentů udalo denní příjem tekutin pod 1 litr a 3 (3,0 %) respondenti vypijí více než 3 litry tekutin denně.

Otázka č. 25: **Jak často aktivně sportujete:**

**Tabulka 29 Pohybová aktivita**

| Odpověď | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---|---|---|
| Nesportuji | 24 | 24,0 % |
| Rekreačně | 49 | 49,0 % |
| 1 – 2x týdně | 17 | 17,0 % |
| 3x týdně | 9 | 9,0 % |
| 4 a více x týdně | 1 | 1,0 % |
| **Celkem** | **100** | **100,0 %** |

Zdroj: vlastní

Otázka č. 25 zobrazuje informace o frekvenci pohybové aktivity oslovených respondentů. Z celkového počtu 100 (100,0 %) respondentů, sportuje 49 (49,0 %) dotázaných rekreačně, 24 (24,0 %) respondentů nesportuje vůbec a 17 (17,0 %) respondentů sportuje 1 – 2x týdně. Pouze 9 (9,0 %) respondentů se věnuje pohybové aktivitě 3x týdně a 1 (1,0 %) respondent aktivně sportuje 4 a více x za týden.

Otázka č. 26: **Kolik hodin denně sedíte u televize/počítače:**

**Tabulka 30 Čas strávený u televize/počítače**

| Odpověď | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---|---|---|
| Méně než 1 hodinu denně | 15 | 15,0 % |
| 2 – 3 hodiny denně | 51 | 51,0 % |
| 3 – 4 hodiny denně | 12 | 12,0 % |
| Více než 4 hodiny denně | 22 | 22,0 % |
| **Celkem** | **100** | **100,0 %** |

Zdroj: vlastní

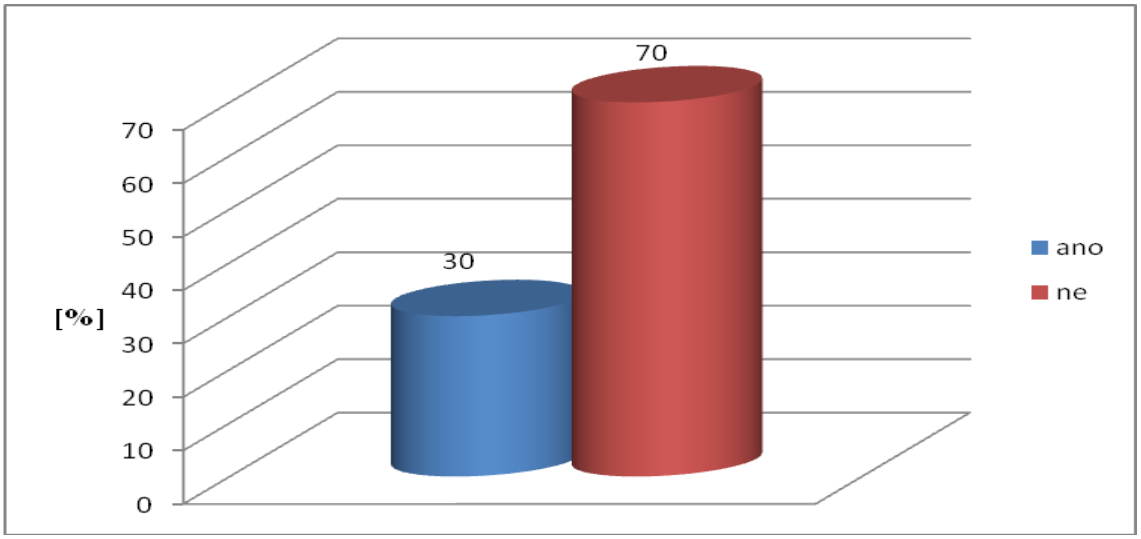
V tabulce 30 je vyhodnocen čas respondentů trávený u televize/počítače. Z celkového počtu 100 (100,0 %) respondentů, tráví svůj čas u televize/počítače 51 (51,0 %) respondentů 2 – 3 hodiny denně, 22 (22,0 %) respondentů více než 4 hodiny denně, 15 (15,0 %) respondentů méně než 1 hodinu denně a 12 (12,0 %) respondentů 3 – 4 hodiny denně.

**Tabulka 31 Zdravý životní styl**

| Odpověď | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---|---|---|
| Ano | 30 | 30,0 % |
| Ne | 70 | 70,0 % |
| **Celkem** | **100** | **100,0 %** |

Zdroj: vlastní

**Graf 9 Zdravý životní styl**




Zdroj: vlastní

V tabulce 31 je zaznamenáno, zda oslovení respondenti dodržují zásady zdravého životního stylu. Pro vyhodnocení otázek jsem si stanovila kritérium, že respondenti správně odpoví na 9 z 12 otázek týkajících se zdravého životního stylu. Z celkového počtu 100 (100,0 %) respondentů, zásady zdravého životního stylu dodržuje 30 (30,0 %) respondentů a celých 70 (70,0 %) respondentů nesplnilo kritérium, které určovalo zdravý životní styl.

# 15 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

**Cíl 1: Zjistit, jaký názor má společnost na obézní obyvatelstvo.**

S tímto cílem souvisejí otázky č. 5, 6, 7, 8, 9, 10 a 11. Tyto otázky by měly prezentovat názor společnosti na obézní obyvatele. Otázkami zjišťuji, zda si lidé mohou za svojí obezitu sami. Zda lidé s normální hodnotou BMI mají negativní předsudky vůči obezitě ve společnosti. Jaké jsou typické vlastnosti obézních, zda jsou diskriminováni vůči své hmotnosti. Co je hlavní příčinou vzniku obezity. Jaký považují respondenti současný ideál ženské krásy (obecně) a jaká je jejich skutečná představa ideální ženské krásy.

V tomto cíli byl stanoven **předpoklad č. 1:** Předpokládám, že negativní stanovisko vůči obézním lidem ve společnosti budou zaujímat častěji zdravotníci než laická veřejnost.

Pro ověření předpokladu jsem vyhodnotila otázky č. 5, 6, 7, 8. Zbývající otázky č. 9, 10 a 11 jsou doplňkové. Otázka č. 5 zda si respondenti myslí, že si lidé za vznik obezity mohou sami. Kladnou odpověď uvedlo 46 (92,0 %) zdravotníků a 48 (96,0 %) laiků. Na otázku č. 6, zda se domníváte, že lidé s normální hmotností mají negativní předsudky vůči obézním lidem, odpovědělo 39 (78,0 %) zdravotníků, že „ano“ či „spíše ano. Laická veřejnost hodnotí odpověď v počtu 39 (78,0 %) kladnou domněnkou. V otázce č. 7 byla možnost volby více odpovědí. Po sečtení všech možností by zdravotníci přiřadily negativní vlastnosti obézním lidem v počtu 99 (198,0 %) odpovědí a laická veřejnost dokonce v počtu 117 (234,0 %) odpovědí. Otázka č. 8, zda si respondenti myslí, že jsou obézní lidé diskriminováni. Tuto domněnku potvrdilo 30 (60,0 %) zdravotníků a 36 (72,0 %) laiků.

**Předpoklad č. 1 se mi nepotvrdil.**

**Cíl 2: Zjistit, výskyt nadváhy a obezity u oslovených zdravotníků a laické veřejnosti.**

K cíli se vztahovaly otázky č. 1, 4 a 17. V těchto otázkách jsem rozdělila respondenty na dvě skupiny a to zdravotníky a laickou veřejnost. Zjišťovala jsem výšku a váhu, pro výpočet BMI. Porovnávala jsem korelaci mezi BMI a velikostí největší snězené porce jídla během dne.

K tomuto cíly byl vázán **předpoklad č. 2:** Předpokládám, že problémy s nadváhou bude mít více než polovina oslovených respondentů.

Předpoklad č. 2 jsem si ověřila otázkou č. 4, kde se dotazuji na výšku a váhu. Z těchto hodnot jsem stanovila BMI. Výsledkem bylo zjištění, že problémy s nadváhou jsou u 32 (32,0 %) žen.

**Předpoklad č. 2 se mi nepotvrdil.**

Dalším byl **předpoklad č. 3:** Domnívám se, že problémy s obezitou budou častěji u laické veřejnosti než u oslovených zdravotníků.

Pro ověření předpokladu č. 3 jsem vyhodnotila otázku č. 4, kde jsem vypočítala BMI zdravotníků a laické veřejnosti. Z celkového počtu všech oslovených respondentů má problém s obezitou 12 (100,0 %) respondentů. Z toho 5 (41,7 %) zdravotníků a 7 (58,3 %) laiků.

**Předpoklad č. 3 se mi potvrdil.**

V **předpokladu č. 4:** Předpokládám, že více než polovina respondentů s BMI > 25 kg/m$^2$ bude jíst častěji ve večerních hodinách.

K ověření předpokladu č. 4 jsem vyhodnotila otázku č. 4 v kombinaci s otázkou č. 17. Snažím se porovnat, zda BMI koreluje s velikostí snězené porce jídla za den. BMI větší než 25 kg/m$^2$, mělo z celkového počtu 100 respondentů 45 žen. Ženy s BMI > 25 kg/m$^2$ konzumují největší porci jídla v poledne a to v počtu 24 (53,3 %) respondentů. Pouze 7 (15,6 %) žen konzumuje největší denní porci jídla ve večerních hodinách.

**Předpoklad č. 4 se mi nepotvrdil.**

**Cíl 3: Zjistit, zda se ženy pokoušely redukovat svojí hmotnost.**

K ověření stanoveného cíle jsem vyhodnotila otázku č. 12. Jako doplňující jsem použila otázky č. 13 a 14. V otázkách jsem zjišťovala, zda se respondenti někdy pokoušeli hubnout. Pokud ano, tak jaký důvod je k tomu vedl. Zda je přítomna v rodině nadváha či dokonce obezita.

K tomuto cíli se vztahoval **předpoklad č. 5**: Domnívám se, že větší polovina dotázaných respondentů se během svého života, ve snaze zhubnout, snažila držet dietu.

Předpoklad jsem si ověřila pomocí otázky č. 12, v níž jsem zjistila, že se 78 (78,0 %) žen pokoušelo o redukci své hmotnosti.

**Předpoklad č. 5 se mi potvrdil.**

**Cíl 4: Zjistit, jaké jsou zvyklosti v oblasti zdravého životního stylu u oslovených respondentů.**

K cíli 4 se vztahují otázky č. 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25 a 26. Tyto otázky zjišťovaly, zda respondenti jedí pravidelně, zda snídají, velikost denních porcí jídla, zda mají hlad po jídle, zda se stravují v podnicích s rychlým občerstvením. Jak často konzumují sladkosti, skladbu jídelníčku, v kolik hodin jedí naposledy před tím, než jdou spát, denní příjem tekutin, pohybovou aktivitu, čas strávený před televizí/počítačem a zda řeší stresové situace zvýšenou konzumací potravy.

Tento cíl se pojí s **předpokladem č. 6:** Domnívám se, že více než polovina respondentů zásady zdravého životního stylu nedodržuje.

Předpoklad jsem si ověřila vyhodnocením otázek č. 15 – 26. Jako kritérium dodržování zdravého životního stylu jsem si stanovila, že respondenti odpovědí správně na 9 z 12 položených otázek. Výsledkem bylo zjištění, že 70 (70,0 %) žen zásady zdravého životního stylu nedodržují a 30 (30,0 %) oslovených žen splnily kritérium zdravého životního stylu.

**Předpoklad č. 6 se mi potvrdil.**

# 16 DISKUZE

Hlavním tématem bakalářské práce je zjistit postoj laické veřejnosti a zdravotníků k problematice obezity. V průzkumu jsem využila dotazníkovou metodu, která splňovala všechny předpoklady pro zachování anonymity. Dotazníky byly distribuovány ve městě Plzeň a v kraji Vysočina, v časovém horizontu měsíce prosince 2013 až února 2014. Celkem bylo rozdáno 120 dotazníků. Pro neúplnost bylo 20 dotazníků vyřazeno. Tudíž považuji 100 dotazníků jako 100 %. Kvantitativního šetření se zúčastnilo 50 zdravotníků a 50 laiků.

MUDr. Matoulek se zmiňuje, že výzkumem byla zjištěna více než jedna čtvrtina obézních mužů (25 %), kteří tento hendikep nepovažují za problém. Pouze 10 % žen nevnímá obezitu jako problém. Bohužel pro 77 % mužů není nadváha nijak důležitá (Matoulek, 2011). Při svém šetření jsem se proto zaměřila výhradně na ženy. Důvodem je, že na ženské pohlaví jsou kladeny větší požadavky, co se týče vzhledu. Ženy bývají více vůči své hmotnosti stigmatizovány. Proto jsem vybrala k šetření pouze ženy a ne muže.

K **filtrujícím otázkám** patří otázky č. 1, 2 a 3, které zjišťovaly jaké je celkové zastoupení oslovených respondentů z řad zdravotníků a laické veřejnosti, věkovou kategorii a nejvyšší dokončené vzdělání oslovených respondentů.

Věkové období jsem rozdělila záměrně do pěti skupin. Michal ve své publikaci uvádí, že v průběhu života nastávají období, která způsobují nárůst hmotnosti. Ženy ve svém životě prodělávají hned několik krizových období. Problémy s hmotností začínají v době dospívání, následuje těhotenství s poporodním obdobím a posledním krizovým obdobím je menopauza. Je prokázáno, že hmotnost s přibývajícím věkem vzrůstá. Dospělý Čech přibere v průměru 0,25 kg/rok. (Michal, 2007, s. 31) Proto jsem v otázce č. 2 záměrně rozdělila věk respondentů do kritických období. Nejvíce oslovených respondentů se pohybovalo

ve věkové kategorii 20 – 39 let. Převážná část respondentů, co se týče nejvyššího dosaženého vzdělání, mělo středoškolské vzdělání ukončené maturitní zkouškou.

**Prvním dílčím cílem** bylo zjistit, jaký názor má společnost na obézní obyvatelstvo. Abych mohla tento cíl ověřit, použila jsem otázky č. 5, 6, 7, 8. K doplňujícím otázkám patřily otázky č. 9, 10 a 11.

Otázkou č. 5 jsem zjišťovala, zda si respondenti myslí, že si lidé za vznik obezity mohou sami. S tím, že si lidé za vznik obezity mohou sami, souhlasí 94 (94,0 %) respondentů, jenž tvořil celek 100 %. Převažovala laická veřejnost v počtu 48 (51,1 %) respondentů. Zdravotníci tuto domněnku potvrzují v počtu 46 (48,9 %)

Na otázku č. 6, zda se domníváte, že lidé s normální hmotností mají negativní předsudky vůči obézním lidem, odpovědělo 78 (78,0 %) respondentů, že „ano“ či „spíše ano“. Laici a zdravotníci se na této domněnce shodli ve stejném počtu 39 (50,0 %) respondentů.

Otázkou č. 7 jsem zjišťovala, jaké vlastnosti se obézním lidem nejčastěji přisuzují. V obou skupinách převažovali negativní vlastnosti. Více negativních vlastností označila laická veřejnost a to v počtu 117 záporných vlastností. K nejčastěji voleným vlastnostem patřila dobrosrdečnost a slabá vůle. Všeobecná zdravotní pojišťovna si nechala agenturou STEM/MARK v roce 2011 vypracovat studii, jejímž výsledkem bylo zjištění, že 42 % lidí s obezitou jsou úzkostnější a trpí častěji depresemi. Vysoký BMI má negativní vliv na vnímání sebe sama, na soukromý život, sexuální oblast, kvalitní spánek, pracovní výkonnost i dostupnost v oblasti zdravotní péče (www.vzp.cz).

Otázka č. 8 směřovala ke zjištění, zda si respondenti myslí, že lidé jsou vůči své obezitě diskriminování. Celých 66 (66,0 %) respondentů se domnívá, že ano. V obou sledovaných skupinách se na tom shodlo 30 (45,5 %) zdravotníků a 36 (54,5 %) laiků. Ženy si myslí, že nejvíce se obézní lidé setkávají s diskriminací ve společnosti. Toto zjištění mě nepřekvapilo, jelikož dnešní doba si zakládá zejména na vzhledu a ostatní kvality člověka nejsou prioritní. Přispívá k tomu i bulvární tisk, který hledá každou sebemenší chybičku na těle „celebrit“. Tlak z této strany je tak značný, že BMI občas hraničí s anorexií. Následnou oblastí domnělé diskriminace

je považován oděvní průmysl. Samozřejmě mě jako zdravotníka potěšilo zjištění, že zdravotnictví nebylo označeno za nejčastěji domnělou diskriminační oblast.

V otázce č. 9 jsem zjišťovala nejčastější příčiny vzniku obezity v povědomí respondentů. Špatná životospráva byla u obou sledovaných skupin na prvním místě. Zdravotníci dále uvedli, že k dalším příčinám patří rodinný životní styl a dědičnost. Z toho usuzuji, že zdravotníci si myslí, že obézní lidé si obezitu způsobili nevhodnou životosprávou v kombinaci se špatnými rodinnými zvyklostmi. Laická veřejnost připouští, že kromě špatné životosprávy, je příčinou obezity dědičnost a zdravotní problémy. Agentura STEM/MARK provedla v roce 2012 výzkum, kde dotazovaní respondenti měli vyjádřit svůj názor na to zda, obézní lidé mají odvádět vyšší zdravotní daň. Svůj výzkum odůvodnili tím, že obezita způsobuje řadu chorob a takto postižení jedinci častěji vyhledávají zdravotní péči, která se stává nákladnější. Výsledkem šetření bylo, že šest z deseti Čechů s touto myšlenkou nesouhlasí, přičemž každý třetí ji zásadně odmítá. Podpořilo by jí pouze 7 % internetové populace a 24 % by se nejspíš přiklonilo také. Tento návrh by podpořili ti jedinci, kteří nemají problém s hmotností a jsou se svojí váhou zcela spokojeni. Tím pádem by se jich vyšší odvod za zdravotní péči netýkal (www.stemmark.eu).

V otázce č. 10 a 11 jsem zjišťovala, jaký je současný ideál ženské krásy a co respondenti sami považují za ideál ženské krásy. Zdravotníci si myslí, že jsou žádoucí velká prsa, žena kost a kůže nebo štíhlá sportovní postava. Laická veřejnost se domnívá, že nejvíce žádoucí je štíhlá sportovní postava, následují velká prsa a štíhlý pas. Obě skupiny respondentů by samy osobně upřednostňovaly štíhlou sportovní postavu s postavou „krev a mléko“. Výzkumné šetření v rámci požadavku Všeobecné zdravotní pojišťovny (rok 2011) ukazuje, že 99 % žen považuje obezitu za problém. Proto nejsem překvapena z poznatku, že žádná z oslovených žen nepovažuje boubelku za ideál ženské krásy (www.vzp.cz).

**Předpoklad č. 1:** Předpokládám, že negativní stanovisko vůči obézním lidem ve společnosti budou zaujímat častěji zdravotníci než laická veřejnost. Předpoklad č. 1 se mi nepotvrdil.

**Druhý dílčí** cíl měl zjistit, výskyt nadváhy a obezity u oslovených zdravotníků a laické veřejnosti. K cíli se vztahovaly otázky č. 1, 4 a 17. V těchto otázkách jsem rozdělila respondenty na dvě skupiny a to na zdravotníky a laickou veřejnost. Zjišťovala jsem výšku a váhu, pro výpočet BMI. Porovnávala jsem korelaci mezi BMI a velikostí největší snězené porce jídla během dne.

Agentura STEM/MARK v rámci projektu „Žij zdravě“, zjišťovala v roce 2011 výskyt obezity v ČR. Na projektu se podílelo 2065 osob, u nichž se osobně měřila hmotnost a obvod pasu. Bylo zjištěno 21 % obézních a 34 % s nadváhou u dospělé populace (www.vzp.cz).

Otázkou č. 4, se dotazuji na výšku a váhu. Z těchto hodnot jsem stanovila BMI. Výsledkem bylo zjištění, že problémy s nadváhou jsou u 32 (32,0 %) žen. A to v počtu 17 (53,1 %) zdravotníků a 15 (46,9 %) laiků. V **předpokladu č. 2** jsem uvedla, že předpokládám problémy s nadváhou u více než poloviny oslovených respondentů. Tento předpoklad se mi nepotvrdil.

Owen se zmiňuje, že obezita 1. stupně zkracuje život cca o 3 roky. Těžká obezita s BMI větším než 40 kg/m2 dokonce až cca o 10 let. (Owen, 2012, s. 19) Součtem obezity I., II. a III. stupně se zjistilo, že s obezitou má problém z celkového počtu oslovených respondentů 12 (100 %) a to v počtu 5 (41,7 %) zdravotníků a 7 (58,3 %) laiků. **Předpokladem č. 3**: se domnívám, že problémy s obezitou budou častěji u laické veřejnosti než u oslovených zdravotníků. Laická veřejnost má větší zastoupení v oblasti problému s obezitou. Tento předpoklad se mi potvrdil, ale myslím si, že zjištěný výsledek, co se týká problému s obezitou u obou skupin, není tak markantní.

V **předpokladu č. 4:** Předpokládám, že více než polovina respondentů s BMI větším než 25 kg/m$^2$ bude jíst častěji ve večerních hodinách. K ověření stanoveného předpokladu jsem vyhodnotila otázku č. 4 v kombinaci s otázkou č. 17. Snažím se porovnat, zda BMI koreluje s velikostí snězené porce jídla za den. BMI větší než 25 kg/m$^2$, mělo z celkového počtu 100 respondentů 45 žen.

Ženy s BMI větším než 25 kg/m$^2$ konzumují největší porci jídla v poledne a to v počtu 24 (53,3 %) respondentů. Pouze 7 (15,6 %) žen konzumuje největší porci jídla za den ve večerních hodinách. Předpoklad č. 4 se mi nepotvrdil. Zajímavým zjištěním bylo, že večer jí více lidí s BMI < než 25 kg/m$^2$.

**Třetí dílčí cíl** zjišťoval, zda se ženy pokoušely redukovat svojí hmotnost. K ověření cíle jsem vyhodnotila otázku č. 12. Otázky č. 13 a 14 jsou doplňkové. V otázkách jsem zjišťovala, zda se respondenti někdy pokoušeli hubnout. Pokud ano, tak jaký důvod je k tomu vedl a zda je přítomna v rodině nadváha či dokonce obezita.

Ukázalo se, že 40 – 80 % dospělé populace se snaží hubnout a alespoň jednou za život drželo dietu 95 % žen (www.vzp.cz). Abych mohla posoudit stanovený cíl, vyhodnotila jsem otázku č. 12, kdy se 78 (78,0 %) žen pokoušelo o redukci své hmotnosti. Překvapilo mě, že nejvíce hubnulo 42 (53,8 %) žen s normální hodnotou BMI (18,5 – 24,9). Nejčastějším důvodem pro zahájení redukce hmotnosti, byl estetický důvod 48 (48 %). V 40 (40,0 %) případech byl hlavním impulsem, k zahájení hubnutí, zlepšení kondice a 22 (22,0 %) žen si chtěla zvýšit sebevědomí. U otázky č. 14 uvedlo 66 (66,0 %) žen, že se v rodině vyskytuje nadváha či obezita. Častější výskyt obezity v rodině je u zdravotníků, i když rozdíl není tak výrazný.

**Předpokladem č. 5**: se domnívám se, že větší polovina dotázaných respondentů se během svého života, ve snaze zhubnout, snažila držet dietu. Předpoklad č. 5 se mi potvrdil.

Ve **čtvrtém dílčím cíli** zjišťuji, jaké jsou zvyklosti v oblasti zdravého životního stylu u oslovených respondentů. Vyhodnocení cíle zajistily otázky č. 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25 a 26. Otázkami jsem zjišťovala stravovací návyky oslovených respondentů. Jako kritérium dodržování zdravého životního stylu jsem si stanovila, že respondenti odpovědí správně na 9 z 12 položených otázek.

Zjišťovala jsem, jestli se respondenti stravují pravidelně během dne. 50 (50 %) z nich jí 3 – 4x denně. Na webových stránkách zveřejnil Matoulek článek: Jezte 5 – 6x denně, minimálně po dvou až třech hodinách. Působí to jako prevence přejídání a stravování se ve večerních hodinách (www.obesity-news.cz).

Svačina, Bretšnajdrová udávají, že podstatou zdravého životního stylu je nevynechávat snídani (Svačina, Bretšnajdrová, 2008, s. 49 – 50). V mém šetření snídá pravidelně 59 (59,0 %) žen. Rovnoměrnou konzumací stravy během dne předejdeme večerním „nájezdům“ na lednici. Málková doporučuje konzumovat hlavní chody (snídani, oběd a večeři) o energetické hodnotě cca 1500 kJ a svačiny v rozmezí energetické hodnoty 500 kJ. Denní příjem potravy by neměl být nižší než 5000 kJ, protože v takovém případě se nejedná o příjem plnohodnotné stravy (Málková, Štochlová, 2010, s. 12).

Mnou oslovení respondenti uvedli jako největší denní porci jídla polední v počtu 57 (57,0 %) žen. Jen 18 (18,0 %) žen jí nejvíce ve večerních hodinách. Celkem 41 (41,0 %) žen nemá po jídle pocit hladu, ale mají zejména na něco chuť.

Zjišťovala jsem, zda se respondenti stravují v podnicích s rychlým občerstvením. Je známo, že tyto podniky nabízejí nezdravé pokrmy o vysoké energetické hodnotě. V těchto zařízeních se stravuje 63 (63,0 %) žen, ale nenavštěvují je pravidelně.

V literatuře od Svačiny a Bretšnajdrové je uvedeno, že správný jídelníček by měl být pestrý s dostatkem ovoce, zeleniny, nízkotučných mléčných výrobků, libového masa, celozrnných výrobků, brambor, luštěnin. Je nezbytné se vyvarovat nadměrné konzumaci tuků a sacharidů. Mým šetřením se ukázalo, že největší skupinou potravin obsažených v jídelníčku respondentů je ovoce a zelenina (Svačina, Bretšnajdrová, 2008, s. 49 – 50). Tento výsledek potvrzuje jen mou domněnku, že ženy se snaží více než muži dodržovat zdravý životní styl. Proto upřednostňují ovoce a zeleninu, před konzumací masa a masných výrobků.

Stresové situace zvýšenou konzumací jídla řeší 35 (35,0 %) žen a celých 65 (65,0 %) žen, odbourává stres jinou formou než je jídlo.

Aby se získaná energie neukládala ve formě tuku a nevytvářely se „tukové polštáře“, je důležité konzumovat poslední jídlo alespoň 2 hodiny před spaním. Tento poznatek je uveden v knize: Jak na obezitu a její komplikace od autorů Svačiny a Bretšjnajdrové (Svačina, Bretšnajdrová, 2008, s. 49 – 50). Doporučení alespoň 3 hodinového půstu před spaním nedodržuje 50 (50,0 %) žen. Což mi přijde v rámci zdravého životního stylu a prevence ukládání energie ve formě tukových zásob, jako poměrně vysoké procento.

Potravinářská komora České republiky zveřejnila výživová doporučení. Doporučuje vypít minimálně 1,5 litru tekutin. Upřednostňuje čistou vodu a neslazené alkoholické nápoje. Redukce alkoholických nápojů je nezbytná, pro svoji vysokou energetickou hodnotu. (www.zdravi.foodnet.cz) Šetřením jsem zjistila, že je dostatečný příjem tekutin u 83 (83,0 %) žen.

Beránková a kolektiv doporučují pravidelnou pohybovou aktivitu, k zamezení úbytku svalové hmoty. Správnou volbou jsou sportovní aktivity, které nepřetěžují klouby. Proto pohybová aktivita, kde se provádějí skoky je nevhodná. Za optimální dobu se považuje aktivita trvající 40 - 60 minut alespoň 3x, lépe však 5x týdně. K ideálním pohybovým aktivitám u lidí trpících obezitou patří chůze na měkkém povrchu, jogging, plavání, jízda na kole nebo rotopedu, aerobní cvičení bez poskoků, běžkování, tanec a spousta dalších aktivit, které můžeme provozovat samy nebo za pomoci školených odborníků (Beránková, Grmela, Kopřivová, et. al., 2012). Světová zdravotnická organizace WHO vydala pokyny pro pohybovou aktivitu. Dospělý ve věku 18 – 65 let by měl vykonávat pohybovou aktivitu 30 minut střední intenzitou po dobu 5 dnů v týdnu a 20 minut vysokou intenzitou po dobu 3 dnů v týdnu. Nad 65 let je vhodný silový trénink, za účelem udržení rovnováhy, tím se sníží riziko vzniku pádu ve vyšším věku. Děti ve školním věku se mají věnovat pohybové aktivitě 60 minut denně ve střední až vysoké intenzitě (www.mojemedicina.cz). Z mého šetření vyplynulo, že celých 90 % oslovených respondentů provozuje nedostatečnou pohybovou aktivitu. Sport je provozován nejčastěji rekreačně. Toto zjištění považuji za velmi alarmující, jelikož pohybová aktivita je jedním z hlavních pilířů zdravého životního stylu a prevence obezity.

Škurcová uvedla na webových stránkách článek s názvem: „Lékař stanovil doporučené dávky televize“. Na popud laiků i odborníků, kteří chtějí vědět jaká je délka „bezpečného“ sledování televize. Jelikož problém nadměrného sledování televize se řeší spoustu let. Lékař Aric Sigman z British Psychological Society díky svým výzkumům doporučuje limit sledování televize u dospělých na dvě hodiny denně, u mládeže na jeden a půl hodiny denně. Starší děti by měly omezit sledování televize na hodinu denně a dětem do tří let sledování televize nedoporučuje vůbec. Jiné studie prokazují pozitivní přínos televize, v oblasti rozvoje mluvení, získání velkého množství zajímavých informací. Doktor Haslam z britské National Obesity Forum tvrdí, že za obezitu může sedavý způsob života ne televize jako taková. A stanovení doporučených denních dávek, pro sledování televize, za nereálné a zbytečné (www.ordinace.cz). V poslední otázce dotazníkového šetření zjišťuji, kolik času tráví respondent u televize/počítače. 2 – 3 hodiny svého času věnuje televizi/počítači 51 (51,0 %) žen. 3 a více hodin udává 34 (34,0 %) žen.

Zdravý životní styl představuje rovnováhu mezi pohybem a výživou. Výsledkem mého šetření, bylo zjištění, že 70 (70,0 %) žen zásady zdravého životního stylu nedodržují a 30 (30,0 %) oslovených žen splnilo kritérium zdravého životního stylu. Proto stanovený **předpoklad č. 6:** Domnívám se, že více než polovina respondentů zásady zdravého životního stylu nedodržuje, se mi potvrdil.

**Doporučení pro praxi**

Obezita patří do mezinárodní klasifikace nemocí více než padesát let. Přesto je jako nemoc stále podceňována jak veřejností, tak i ze strany zdravotních odborníků.

Hlavním doporučením pro praxi by byla vhodná osvěta ohledně příčin, které vznik obezity způsobují. Tyto informace lze distribuovat jak laikům, tak i odborné veřejnosti. Jedním z hlavních příčin obezity je nezdravá životospráva vyplývající ze špatných rodinných zvyklostí. Při pohledu na obézního člověka, jak bylo v šetření prokázáno, většině lidem proběhne myšlenka, že si za svoji obezitu mohou sami. Proto je nutné uvést tuto domněnku na správnou míru. Do podvědomí společnosti by se měla dostat informace, že obezita není jen následkem nezdravého životního stylu, ale může být následkem zdravotních či psychických problémů. Léčba bývá zdlouhavá, náročná a obě strany si často kladou nerealistické cíle. Propagaci poznatků lze využít různými prostředky a to formou knih brožur, internetu, televize. Účelná je i osvěta poskytovatelům zdravotnické péče prostřednictvím školení, seminářů, výukových materiálů.

Zdravý životní styl je jedním z hlavních pilířů pro prevenci obezity. Doporučila bych začít s osvětou od útlého dětského věku. Rodina je stěžejním bodem, jelikož potomek přebírá většinu zvyklostí z prostředí, ve kterém žije. Rodiče by měli být uvědomělí a neměli by děti odměňovat sladkostmi. Rozumnější je zvolit jinou alternativu odměn. Škola by měla vést žáky k zdravému způsobu života. Problémem mohou být instalované automaty se sladkostmi a nápoji s vysokou energetickou hodnotou. Doporučovala bych místo těchto automatů umožnit prodej zdravějších potravin. Výběr potravin je ovlivněn množstvím financí. Převážná část lidí nakupuje potraviny podle ceny a ne podle kvality. Většinou to, co je nezdravé (tučné, sladké), bývá v obchodech levnější, než plnohodnotné produkty. Předpokladem úspěchu je rozhodnutí vlády ustanovit model, ve kterém by plnohodnotné, nízkoenergetické potraviny byly cenově dostupnější. Nezdravé potraviny prodávat v takové cenové relaci, která by nakupujícího od nákupu odradila.

Úroveň fyzické aktivity, na celém světě, má klesající tendenci. Doporučením k tomuto zjištění, je vyhranit si čas na pohyb. Přiměřený pohyb je udáván v rozmezí 150 hodin týdně. Sportovní aktivita by měla kompenzovat modernizované prostředí, ve kterém žijeme a které nás svádí k nečinnosti a tím pádem k nízkému energetickému výdeji. U dětí by měl být pohyb nedílnou součástí jejich života, protože podporuje vzorec chování a vede k následné fyzické aktivitě po celou dobu jejich života. Dnešní doba umožňuje využití nepřeberného množství nabídek sportovního vyžití, jenž umožňují zvolit si pohyb, který nás bude bavit a rádi se k němu budeme vracet.

Výsledkem mého šetření, jsem zjistila, že převážná část oslovených respondentů nesportuje vůbec nebo pouze rekreačně. Výstupem z mé práce je edukační materiál k danému tématu pro laickou veřejnost. Informační letáček je zaměřen na propagaci pohybové aktivity. Zde je uveden přínos pro organismus, doporučení a několik typů sportovních činností. V druhém informačním materiálu se zmiňuji, že obezita není jen z nadbytku stravy a nedostatku pohybu. A že obézní lidé by neměli být společností izolováni.

# ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem se věnovala tématu: Postoj laické veřejnosti a zdravotníků k problematice obezity. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Obezita je nedílnou součástí, která se v dnešní době stala závažným a ne zrovna snadno řešitelným problémem.

Teoretickou část jsem pojala informační formou. Zde uvádím informace o historii obezity, co to vlastně obezita je a jakými vyšetřovacími metodami ji lze diagnostikovat. Zmiňuji se o příčinách, které se podílejí na vzniku obezity. Zde uvádím, že nejčastější příčinou bývá nepoměr mezi energetickým příjmem a výdejem. Zmiňuji se o dalších příčinách, mezi které patří genetika, onemocnění, užívání léků i psychické problémy. Další kapitoly pojednávají o komplikacích, prevenci a léčbě obezity. Uvádím zjištěné novinky v péči o obézní jedince, a jakým způsobem pohlíží společnost na obezitu.

V praktické části jsem stanovila cíle a předpoklady. Hlavním cílem této práce bylo zjistit, jaký postoj zaujímá laická veřejnost a zdravotníci k problematice obezity. Šetřením vyplynulo, že oslovení respondenti si myslí, že lidé si za vznik obezity mohou sami. Převažuje u nich názor, že lidé s normální hodnotou BMI (18,5 – 24,9), mají negativní předsudky vůči obézním lidem a přisuzují jim záporné vlastnosti. Respondenti se též častěji přiklánějí k názoru, že obézní lidé bývají stigmatizováni. Diskriminace se projevuje zejména ve společnosti a odívání. Za hlavní příčinu vzniku obezity je považována špatná životospráva. Představa ideální ženské krásy splňuje parametry štíhlé sportovní postavy.

Z mého šetření dále vyplývá, že většina oslovených žen, se během svého života, pokusila redukovat svojí hmotnost. Paradoxně nejvíce žen drželo dietu, i když jejich hmotnost byla v normě. Impulsem k zahájení redukce byl estetický důvod, zlepšení kondice a vyšší sebevědomí.

V šetření jsem se též zajímala, jaké jsou zvyklosti v oblasti zdravého životního stylu. Otázkami v dotazníkovém šetření jsem zjišťovala, zda respondenti jedí pravidelně, zda snídají, velikost denních porcí jídla, zda mají hlad po jídle, zda se

stravují v podnicích s rychlým občerstvením. Jak často konzumují sladkosti, skladbu jídelníčku, v kolik hodin jedí naposledy před tím, než jdou spát, denní příjem tekutin, pohybovou aktivitu, čas strávený před televizí/počítačem a zda řeší stresové situace zvýšenou konzumací potravy. Nemilým zjištěním byl fakt, že ženy se nedostatečně věnují pohybové aktivitě.

Psaním bakalářské práce jsem získala cenné poznatky v této problematice a zjistila, jaký je názor oslovených žen. Přála bych si, aby v podvědomí žen utkvěl poznatek, že obezitu může způsobit nejen vlastní zavinění, ale i onemocnění.

Mnou získané výsledky, by mohly jiné osoby využít k inspiraci. A navázat na mé poznatky v rámci vlastního šetření.

# SEZNAM ZDROJŮ


DOLEČEK, Rajko, STŘEDA, Leoš a CAJTHAMLOVÁ, Kateřina. *Nebezpečný svět kalorií: z pohledu tří lékařů*. Vyd. 1. Praha: Ikar. 2013. 416 s. ISBN 978-80-249-2113-6.

FRIED, Martin a kol. *Bariatrická a metabolická chirurgie: nové postupy v léčbě obezity a metabolických poruch*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011. 266 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2424-2.

HAINER, Vojtěch a kol. *Základy klinické obezitologie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011. xxvi, 422 s., 16 s. barev. obr. příl. ISBN 978-80-247-3252-7.

KASALICKÝ, Mojmír. *Chirurgická léčba obezity*. Vyd. 1. Prague: Ottova tiskárna, 2011. 118 s. ISBN 978-80-254-9356-4.

KRAHULEC, Boris et al. *Klinická obezitológia*. Vyd. 1. Brno: Facta Medica, © 2013. 336 s. ISBN 978-80-904731-7-1.

LUKÁŠ, Karel, ŽÁK, Aleš a kol. *Chorobné znaky a příznaky: 76 vybraných znaků, příznaků a některých důležitých laboratorních ukazatelů v 62 kapitolách s prologem a epilogem*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 519 s. ISBN 978-80-247-2764-6.

MACHOVÁ, Jitka, KUBÁTOVÁ, Dagmar a kol. *Výchova ke zdraví*. Vyd. 1. Praha: Grada. 2009. 296 s. ISBN 978-80-247-2715-8.

MÁLKOVÁ, Iva et al. *Hubneme s rozumem tvořivě: variabilní jídelníček pro hubnutí a udržení váhy*. Vyd. 1. Praha: Smart Press, 2010. 193 s. ISBN 978-80-87049-31-0.

MÁLKOVÁ, Iva, ŠTOCHLOVÁ, Jaroslava. *Hubneme s rozumem v praxi: glykemická kuchařka: jídelníček a tipy na celý den*. 2. vyd. Praha: Smart Press, 2007. 158 s. ISBN 978-80-87049-08-2.

OWEN, Klára. *Moderní terapie obezity: průvodce pro každodenní praxi*. Praha: Maxdorf, © 2012. 64 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-301-5.

PERUŠIČOVÁ, Jindra. *Co je nového na cestě od obezity po diabezitu, aneb, Co by měl o diabezitě vědět pacient*. Praha: Medica Healthworld, 2007. 223 s. ISBN 978-80-904002-0-7.

SANECKA, Dorota. *Vím, proč jím!: průlom v hubnutí*. 1. vyd. Brno: CPress, 2012. 91 s. ISBN 978-80-264-0096-7.

STRÁNSKÝ, Miroslav, RYŠAVÁ, Lydie. *Fyziologie a patofyziologie výživy*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2010. 182 s. ISBN 978-80-7394-241-0.

STŘEDA, Leoš. *Univerzita hubnutí*. 2. vyd. (1. ve www.euroinstitutu.eu). Praha: www.euroinstitut.eu, 2009. 251 s., [8] s. příl. ISBN 978-80-87372-00-5.

STRUNZ, Ulrich. *Spalte tuky správným jídlem!*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2009. 184 s. ISBN 978-80-251-2311-9.

SVAČINA, Štěpán et al. *Poruchy metabolismu a výživy*. 1. vyd. Praha: Galén, © 2010. 505 s. ISBN 978-80-7262-676-2.

SVAČINA, Štěpán, BRETŠNAJDROVÁ, Alena. *Jak na obezitu a její komplikace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 139 s. Doktor radí. ISBN 978-80-247-2395-2.

VAVROŠOVÁ, Jaroslava. *Praktické rady a návody o potravinách a zdravé výživě.* Ostrava: Knižní expres. 2005. 128 s. ISBN 80-7347-015-2.

**Internetový zdroj**

*ABSI – nový marker obezity*. [online]. Maxdorf, 2012, [cit. 2013-10-13]. Dostupné z http://lekarske.slovniky.cz/magazin/absi-novy-marker-obezity

BANDING KLUB. *Plikace žaludku.* [online]. prosinec 2010. © Banding klub ČR, 2005 – 2006. [cit. 2014-03-08]. Dostupné z: http://www.bandingklub.cz/plikace-zaludku.phtml

BARIATRIC EDGE – Ethicon Endo-Surgery. *Nejčastější onemocnění způsobená obezitou*. [online]. © 2009 – 2014 Bariatric EDGE [cit. 2014-01-30]. Dostupné z http://www.chcizhubnout.cz/cs/co-je-to-obezita/onemocneni-zpusobena-obezitou/

BERÁNKOVÁ, Lenka, GRMELA, Roman, KOPŘIVOVÁ, Jitka, Martin, SEBERA. *Metabolické poruchy - obezita* [online]. 1. vyd. Masarykova univerzita, Brno, © 2012 [cit. 2014-01-30]. Dostupné z: http://is.muni.cz/do/fsps/e-learning/ztv/pages/09-obezita-text.htm

Centrum preventivní medicíny při Ústavu preventivního lékařství LF MU. *Pohybová aktivita* [online]. Brno. Copyright © 2014 [cit. 2013-02-17]. Dostupné z http://www.med.muni.cz/centrumprevence/informace-pro-vas/zdravy-zpusob-zivota/14-pohybova-aktivita.html

EUFIC. *Obezita a nadváha* [online]. 2004, 06. [cit. 2014-01-31]. Dostupné z: http://www.eufic.org/article/cs/page/RARCHIVE/expid/review-obesity-overweight/

FODENT – Zdravý životní styl. *Nové znění obecných výživových doporučení pro ČR* [online]. MZČR: Potravinářská komora, 2009, [cit. 2014-03-06]. Dostupné z: http://zdravi.foodnet.cz/cze/pages/vyzivova-doporuceni.html

HAINER, Vojtěch. Terapie obezity. *Zdravotnictví a medicína* [online]. 2010, č. 38, 20. 9. 2010 [cit. 2014-02-05]. Dostupné z: http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/terapie-obezity-454409

HRUBÝ, Martin, BERND, Dobroslav, HAIN, Jan a POSPÍŠIL, Daniel. Komplexní léčba moderní obezity. *Endoskopie* [online]. 2009, 18(2), s. 77-80 [cit. 2014-01-30]. Dostupné z: http://www.solen.cz/pdfs/end/2009/02/10.pd

IASO - The International Association for the Study of Obesity. *About. Obesity* [online]. London, 3.9.2012 [cit. 2013-10-13]. Dostupné z: http://www.iaso.org/resources/aboutobesity/

IKEM zavádí novou metodu léčbu obezity u diabetiků. *Zdravotnictví a medicína* [online]. 26.9.2013 [cit. 2013-10-13]. Dostupné z: http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/profesni-aktuality/ikem-zavadi-novou-metodu-lecbu-obezity-u-diabetiku-471822

KASALICKÝ, Mojmír, HOUSOVÁ, Jitka. Od prvních pokusů až po sleeve gastrektomii. *Obesity NEWS* [online]. 18.3. 2008, č. 3 [cit. 2014-01-30]. Dostupné z: http://www.obesity-news.cz/?id=77

KERNOVÁ, Věra. Nadváha a obezita u populace v ČR. *In: Szu.cz* [online]. Praha, 22.9.2010 [cit. 2013-10-13]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/zivotni_styl/kampane/seminar_8sept10/Nadvada_a_obezita_populace_CR.pdf

MÁLKOVÁ, Iva a HANYŠOVÁ, Nikola. Měření obezity. In: *Stob.cz* [online]. 23.2.2009 [cit. 2013-08-10]. Dostupné z: http://www.stob.cz/zaciname-hubnout-mereni-nadvahy-a-obezity/mereni-obezity

MATOULEK, Martin. Obezita a energie. *Obesity NEWS* [online]. 2.10. 2013, č. 7 [cit. 2014-01-30]. Dostupné z: http://www.obesity-news.cz/?id=543

MATOULEK, Martin. Jezte 5-6x denně, minimálně po dvou až třech hodinách. *Obesity NEWS* [online]. 25.1. 2013, č. 1 [cit. 2014-01-30]. Dostupné z: http://www.obesity-news.cz/index.php?id=475

MATOULEK, Martin. Výskyt obezity v České republice v roce 2011. *Obesity NEWS* [online]. 14.4.2011, č. 4 [cit. 2014-01-30]. Dostupné z: http://www.obesity-news.cz/?id=291

MATOULEK, Martin. Plán hubnutí aneb jak správně hubnout. *Obesity NEWS* [online]. 21.2.2008, č. 2 [cit. 2014-02-17]. Dostupné z: http://www.obesity-news.cz/index.php?id=67

MICHAL, David. *Příčiny obezity* [online]. Brno, 2007 [cit. 2014-02-01]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/142705/fsps_b/MASARYKOVA_UNIVERZITA.pdf. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita, Fakulta sportovních studií, Katedra sportovní medicíny a zdravotní tělesné výchovy. Vedoucí práce Ing. Iva Hrnčiřiková

MRKÁČKOVÁ, Kateřina. *Genetické faktory obezity s ohledem na její prevenci* [online]. Praha, 2013, 3.12. [cit. 2014-02-01]. Dostupné z: http://www.doktorweb.cz/geneticke-faktory-obezity-s-ohledem-na-jeji-prevenci/. Seminární práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta.

NOVÝ, Tomáš. Koncept XXL center – cesta k lepší péči i úsporám. *Medical Tribune* [online]. 20.5.2013, č. 4 [cit. 2013-10-13]. Dostupné z: http://www.tribune.cz/clanek/30045-koncept-xxl-center-cesta-k-lepsi-peci-i-usporam

REDAKCE. Potravinová pyramida nebo talíř?. *In: Forum zdravé výživy* [online]. Brno, 13.6.2013 [cit. 2014-03-08]. Dostupné z: http://www.tlukotsrdce.cz/vyziva-a-recepty/potravinova-pyramida-nebo-talir-

SKUROVCOVÁ, Pavla. Lékař stanovil doporučené dávky televize. *In: Hospodářské noviny* [online]. 13.10.2008 [cit. 2013-03-06]. Dostupné z: http://www.ordinace.cz/clanek/lekar-stanovil-doporucene-8220-davky-televize/

STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. Seznam růstových grafů ke stažení. *In: szu.cz* [online]. Praha, [cit. 2014-02-17]. Dostupné z http://www.szu.cz/publikace/data/seznam-rustovych-grafu-ke-stazeni

STEM/MARK. *Mají obézní lidé platit vyšší zdravotní odvody?* [online]. Praha, 12.7.2012 [cit. 2014-01-02]. Dostupné z: http://www.stemmark.eu/download/press_release_obezita_odvody_2012.pdf

SVAČINA, Štěpán. Novinky v léčbě obezity. *In: Medical Tribune CZ.* [online]. 12.6. 2013, č. 2 [cit. 2013-01-31]. Dostupné z http://www.tribune.cz/clanek/30250-novinky-v-lecbe-obezity

SVOBODA, Bohuslav. Rizika neadjustabilní bandáže žaludku. *Medical Tribune* [online]. 12.5.2008, č. 14 [cit. 2013-08-10]. Dostupné z: http://www.tribune.cz/clanek/11998

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *NIH – National Heart, Lung, and Blood Institue*. What Is Overweight and Obesity. [online]. USA, June 2006 [cit. 2014-02-24]. NIH Publication No. 06-5830 Dostupné z: http://www.nhlbi.nih.gov/health/public/heart/obesity/lose_wt/index.htm

VYHLÍDAL, Tomáš. Pohybová aktivita jako součást zdravého životního stylu. *In: mojemedicina.cz* [online]. Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury, Katedra aplikovaných pohybových aktivit, Olomouc, 9.5.2013 [cit. 2014-03-06]. Dostupné z: http://www.mojemedicina.cz/prevence-v-primarni-peci/pohybova-aktivita-jako-soucast-zdraveho-zivotniho-stylu/

VZP – VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. *V České republice je 55 % lidí s* nadváhou a *obezitou* [online]. 25.1.2011 [cit. 2014-03-02]. Dostupné z: https://www.vzp.cz/klienti/aktuality/v-ceske-republice-je-55-lidi-s-nadvahou-a-obezitou

WHO – Whorld Health Organization. *Physical aktivity*. [online]. © WHO 2014 [cit. 2014-02-24]. Dostupné z: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/

# SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

| | |
|---|---|
| ABSI | A Body Shape Index – Index tvaru těla |
| BIA | Bioelektrická impedance |
| BMI | Body mass index |
| CT | Počítačová tomografie |
| DEXA | Duální rentgenová absorpciometrie |
| GI | Glikemický index |
| GIT | Gastrointestinální trakt |
| IKEM | Institut Klinické Experimentální Medicíny |
| KBT | kognitivně behaviorální terapie |
| LF UK | Lékařská fakulta Univerzity Karlovy |
| LGCP | Laparoscopic greater curvature plication |
| mmol/l | milimol na litr |
| NMR | Nukleární magnetická rezonance |
| OSN | Organizace spojených národů |
| SF max | maximální srdeční frekvence |
| VFN | Všeobecná fakultní nemocnice |
| WHO | World Health Organization – světová zdravotnická organizace |
| WHR | Waist to Hip Ratio |

# SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Celkové zastoupení respondentů v souboru populace ..... 43
Tabulka 2 Věk oslovených žen ..... 44
Tabulka 3 Nejvyšší dosažené vzdělání ..... 45
Tabulka 4 Vznik obezity vlastním přičiněním ..... 46
Tabulka 5 Negativní předsudky k obézním lidem ..... 48
Tabulka 6 Vlastnosti obézních lidí ..... 49
Tabulka 7 Diskriminace obézních ve společnosti ..... 51
Tabulka 8 Oblasti diskriminace ..... 52
Tabulka 9 Příčina vzniku obezity ..... 54
Tabulka 10 Ideál krásy obecně ..... 56
Tabulka 11 Ideál krásy z pohledu respondentů ..... 57
Tabulka 12 Stanovení BMI ..... 59
Tabulka 13 Výskyt obezity u oslovených respondentů ..... 60
Tabulka 14 Souvislost BMI s denním příjmem jídla ..... 61
Tabulka 15 Redukce hmotnosti ..... 62
Tabulka 16 Důvod redukce hmotnosti ..... 64
Tabulka 17 Výskyt nadváhy/obezity v rodině ..... 65
Tabulka 18 Množství konzumované stravy za den ..... 66
Tabulka 19 Pravidelná konzumace snídaně ..... 67
Tabulka 20 Největší denní porce jídla ..... 67
Tabulka 21 Pocit hladu po jídle ..... 68
Tabulka 22 Stravování se v podnicích s rychlým občerstvením ..... 68
Tabulka 23 Frekvence stravování se v podnicích s rychlým občerstvením ..... 69
Tabulka 24 Frekvence konzumovaných sladkostí ..... 69
Tabulka 25 Nejčastěji konzumované potraviny ..... 70

Tabulka 26 Řešení stresové situace zvýšeným příjmem potravy ..... 71
Tabulka 27 Stravování v noci ..... 72
Tabulka 28 Denní příjem tekutin ..... 72
Tabulka 29 Pohybová aktivita ..... 73
Tabulka 30 Čas strávený u televize/počítače ..... 73
Tabulka 31 Zdravý životní styl ..... 74

# SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Věk oslovených žen ..... 44
Graf 2 Vznik obezity vlastním přičiněním ..... 47
Graf 3 Vlastnosti obézních lidí ..... 50
Graf 4 Oblasti diskriminace ..... 53
Graf 5 Příčina vzniku obezity ..... 55
Graf 6 Souvislost BMI s denním příjmem jídla ..... 61
Graf 7 Redukce hmotnosti ..... 63
Graf 8 Řešení stresu jídlem ..... 71
Graf 9 Zdravý životní styl ..... 74

# SEZNAM PŘÍLOH


Příloha 1 Zdravotní rizika podle kategorií BMI

Příloha 2 Rizikové hodnoty obvodu pasu

Příloha 3 Mapa světa znázorňující výskyt obezity podle pohlaví

Příloha 4 Výskyt nadváhy a obezity v Evropě podle pohlaví

Příloha 5 Potravinová pyramida

Příloha 6 Percentilové grafy

Příloha 7 Nejčastější onemocnění způsobená obezitou

Příloha 8 Závislost vhodné tepové frekvence při pohybové aktivitě dle věku

Příloha 9 Chirurgická léčba obezity

Příloha 10 Endobarier – novinka v léčbě obezity

Příloha 11 Dotazník

Příloha 12 Informační leták o pohybu

Příloha 13 Informační leták: Neizolujme obézní

**Příloha 1 Zdravotní rizika podle kategorií BMI**

| BMI | Kategorie podle WHO IO TF | Zdravotní rizika |
|---|---|---|
| < 18,5 | Podváha | Nízké riziko |
| 18,5 – 24,9 | Normální rozmezí | Minimální |
| 25 – 29,9 | Nadváha | Nízká až lehce zvýšená |
| 30 – 34,9 | Obezita I. stupně | Středně vysoká |
| 35 – 39,9 | Obezita II. stupně | Vysoká |
| >40 | Obezita III. stupně | Velmi vysoká |

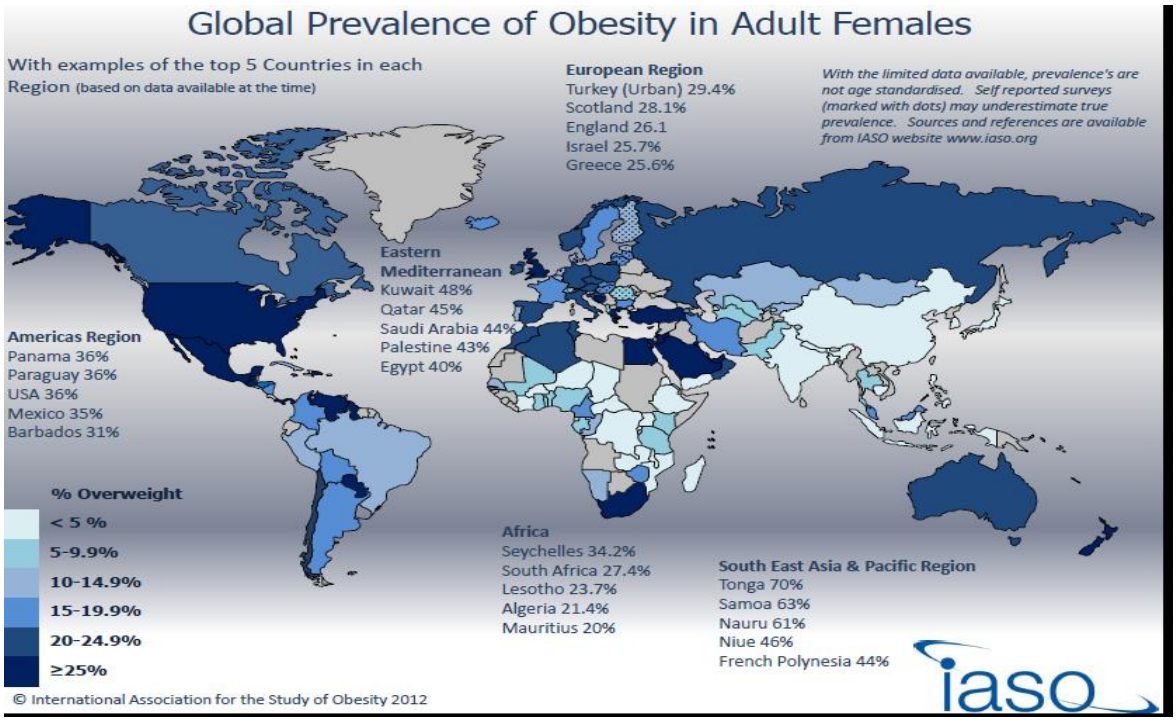
Zdroj: http://www.stob.cz/zaciname-hubnout-mereni-nadvahy-a-obezity/mereni-obezity

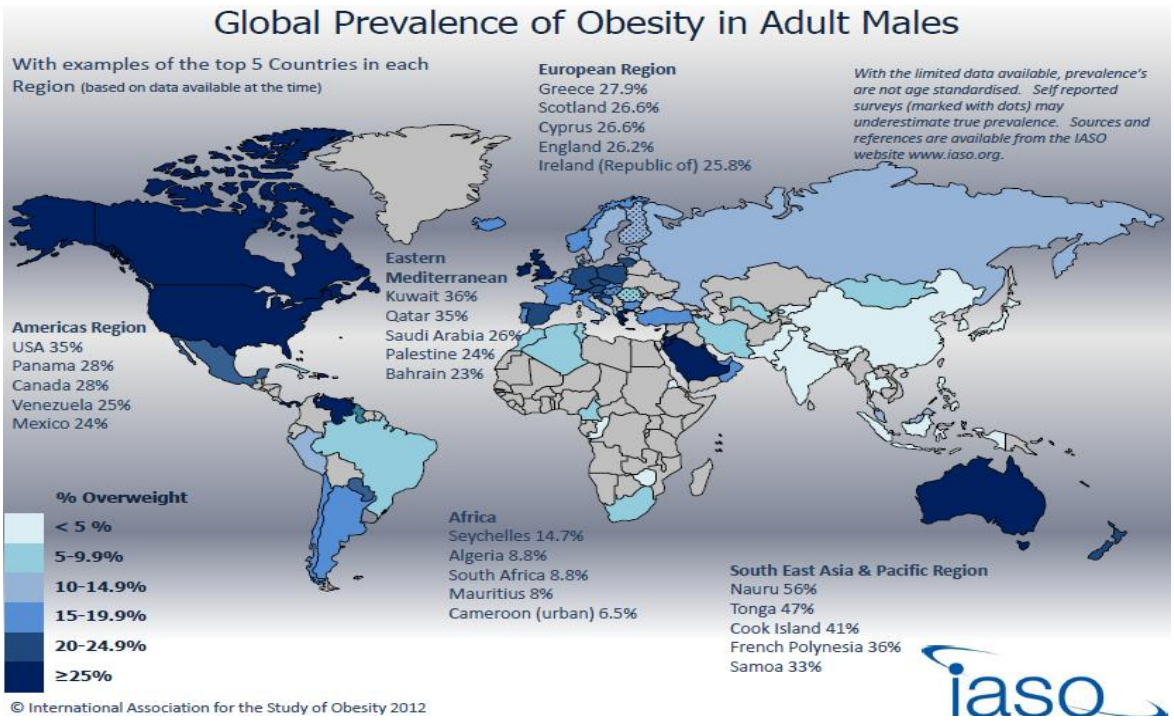
**Příloha 2 Rizikové hodnoty obvodu pasu**

| Riziko vzniku onemocnění | Obvod pasu | |
|---|---|---|
| | muži | ženy |
| mírné | > 94 cm | > 80 cm |
| výrazné | ≥ 102 cm | ≥ 88 cm |

Zdroj: Hainer, 2011, str.171

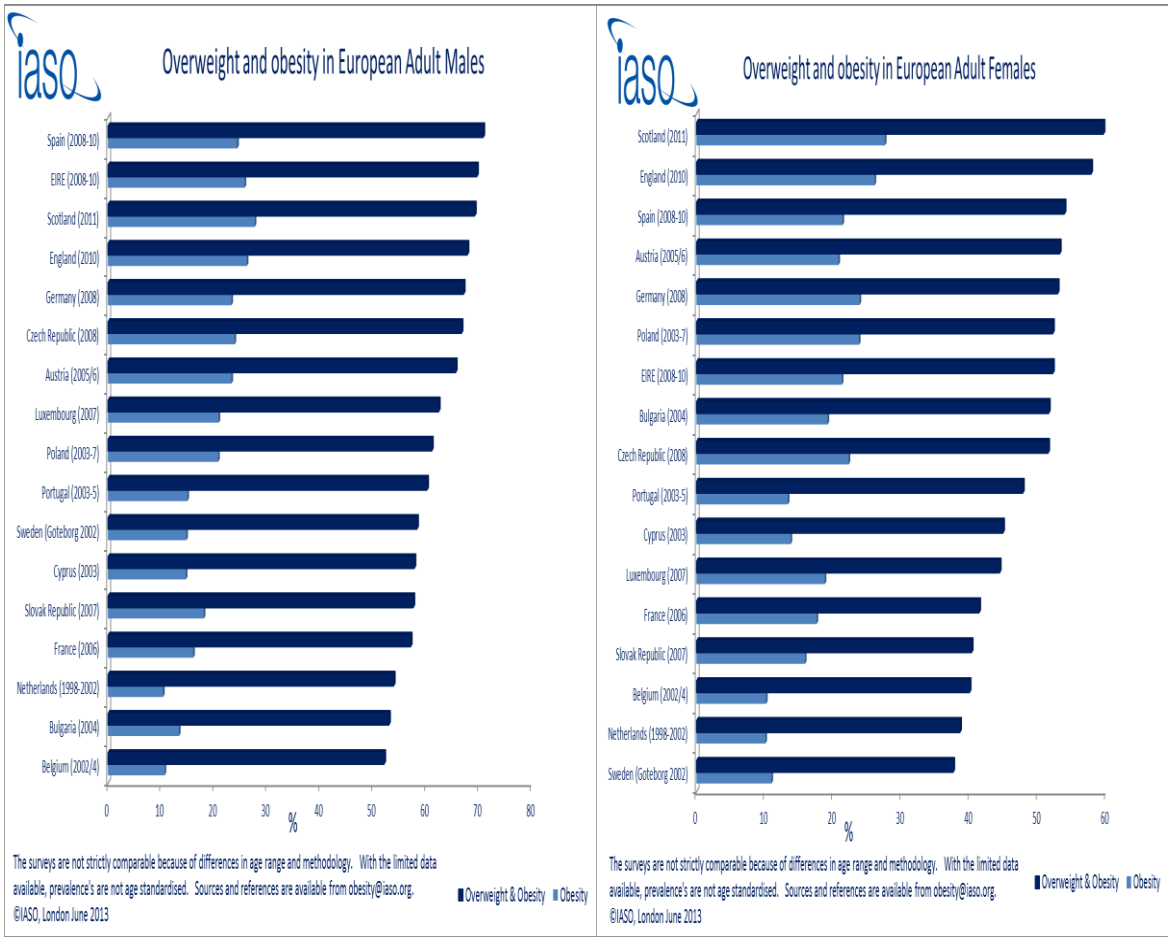
## Příloha 3 Mapa světa znázorňující výskyt obezity podle pohlaví




Zdroj: http://www.iaso.org/resources/obesity-data-portal/resources/maps/

## Příloha 4 Výskyt nadváhy a obezity v Evropě podle pohlaví

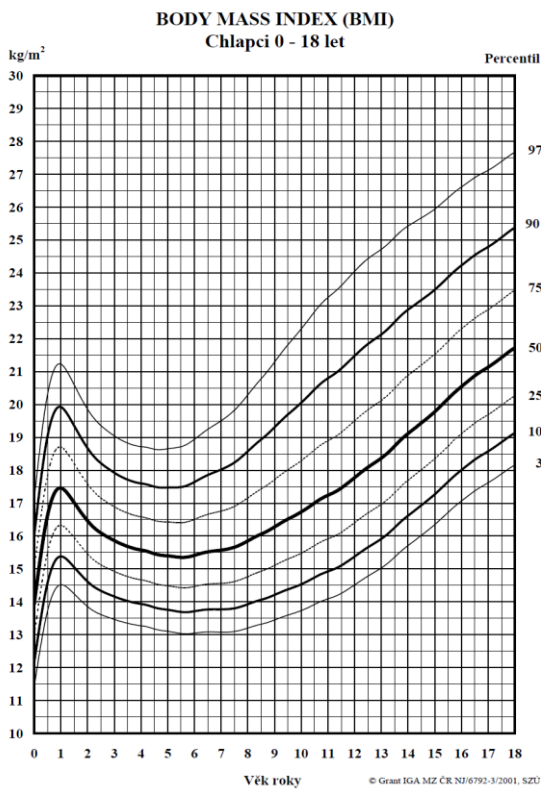


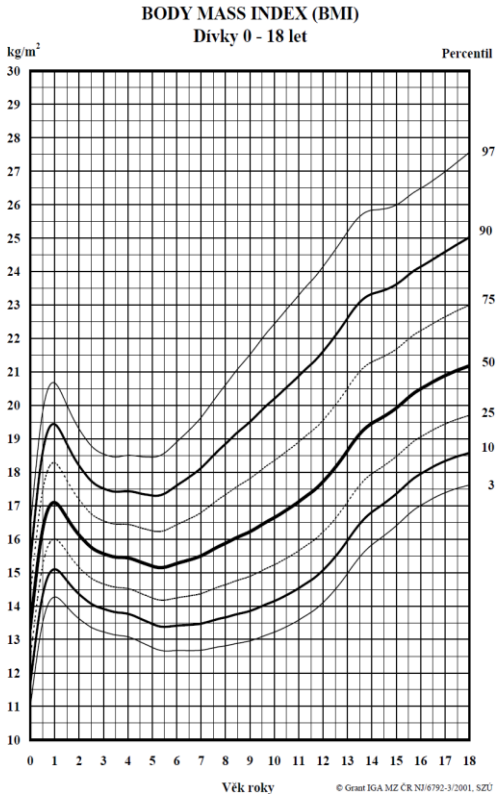

Zdroj: http://www.iaso.org/resources/obesity-data-portal/resources/charts/

**Příloha 5 Potravinová pyramida**

Zdroj: http://www.tlukotsrdce.cz/vyziva-a-recepty/potravinova-pyramida-nebo-talir-

## Příloha 6 Percentilové grafy

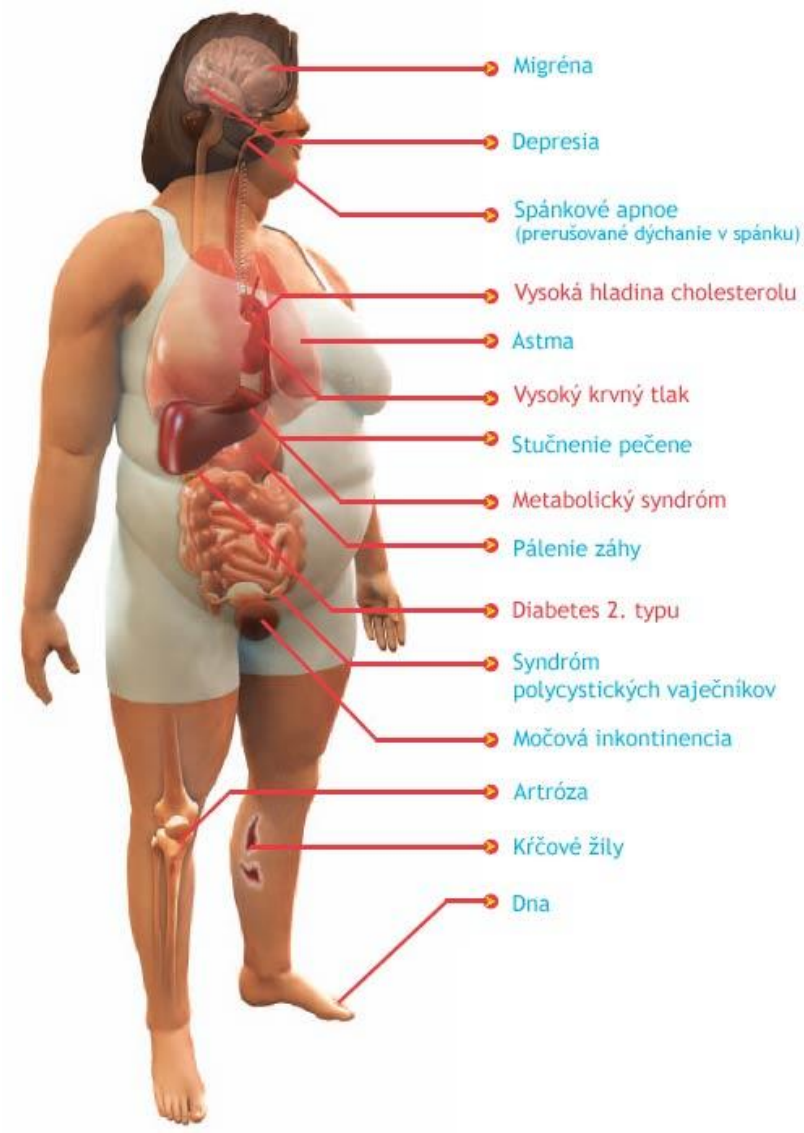



| Percentilové pásmo | Hodnocení tělesné výšky | Hodnocení BMI |
|---|---|---|
| 97< | velmi vysoké | obézní |
| 90 - 97 | vysoké | nadměrná hmotnost |
| 75 - 90 | vyšší | robustní |
| 25 - 75 | střední | proporční |
| 10 - 25 | menší | štíhlé |
| 3 - 10 | malé | nízká hmotnost |
| < 3 | velmi malé | hubené |

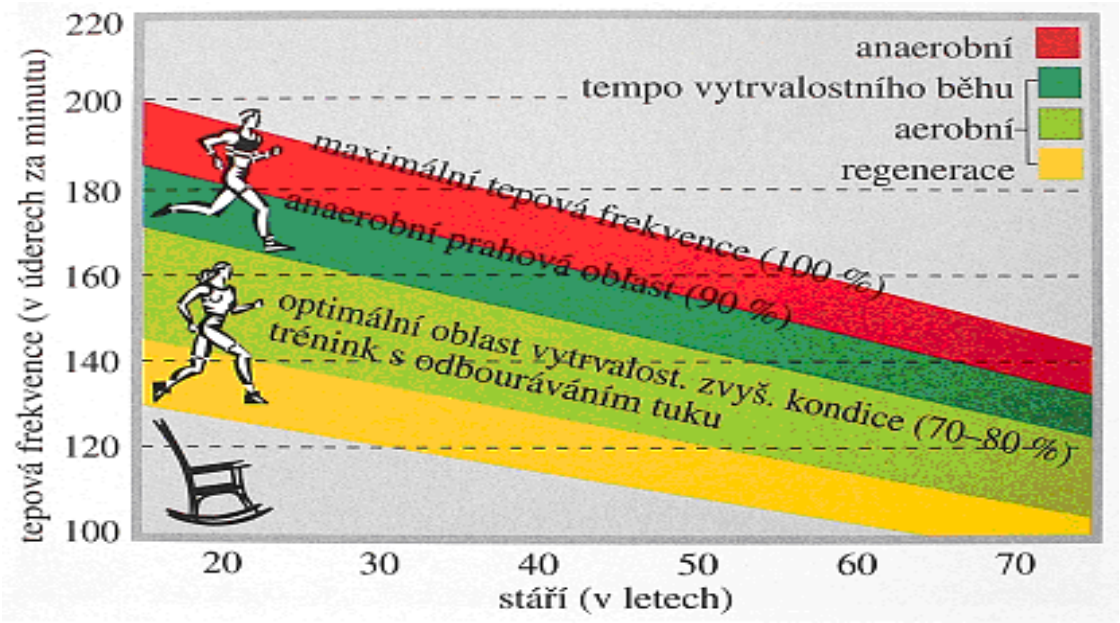
Zdroj: http://www.szu.cz/publikace/data/seznam-rustovych-grafu-ke-stazeni

## Příloha 7 Nejčastější onemocnění způsobená obezitou




Zdroj: http://www.chcizhubnout.cz/cs/co-je-to-obezita/onemocneni-zpusobena-obezitou/

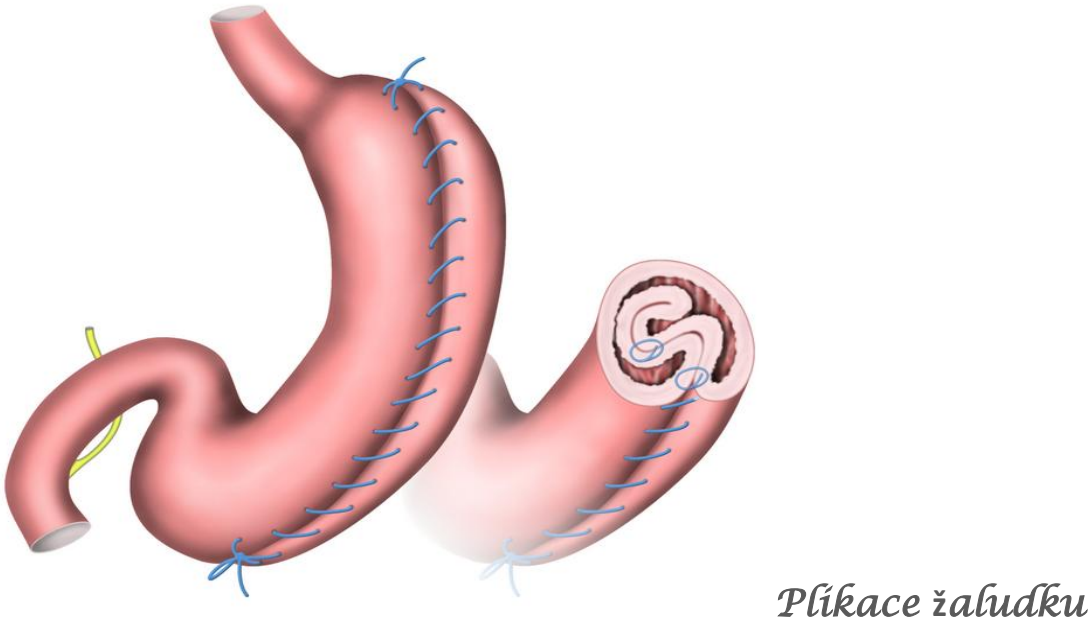
**Příloha 8 Závislost vhodné tepové frekvence při pohybové aktivitě dle věku**




Zdroj: http://www.med.muni.cz/centrumprevence/informace-pro-vas/zdravy-zpusob-zivota/14-pohybova-aktivita.html

**Příloha 9 Chirurgická léčba obezity**

Zdroj: http://www.obesity-news.cz/?id=77




Zdroj: http://www.bandingklub.cz/plikace-zaludku.phtml

**Příloha 10 Endobarier – novinka v léčbě obezity**

Zdroj: http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/profesni-aktuality/ikem-zavadi-novou-metodu-lecbu-obezity-u-diabetiku-471822

## Příloha 11 DOTAZNÍK

Vážení respondenti,

jmenuji se Petra Poupětová a jsem studentkou Ošetřovatelství na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který je anonymní a je součástí mé bakalářské práce na téma: Postoj laické veřejnosti a zdravotníků k problematice obezity. Dotazníky vyhodnotím v praktické části bakalářské práce. Předem za vyplnění děkuji.

Pokud není u otázky uvedeno jinak, zakroužkujte prosím pouze jednu odpověď.

**1) Jste:**
- ☐ zdravotník
- ☐ laická veřejnost

**2) Jaká je Vaše věková kategorie?**

- ☐ ≤ 19 let
- ☐ 20 – 39 let
- ☐ 40 – 49 let
- ☐ 50 – 69 let
- ☐ 70 a více let

**3) Jaké je Vaše ukončené vzdělání?**

- ☐ základní
- ☐ vyučen
- ☐ středoškolské s maturitou
- ☐ vysokoškolské
- ☐ jiné

**4) Jaká je Vaše výška a váha?**

výška.....cm

váha.....kg

**5) Myslíte si, že lidé za vznik obezity mohou sami?**

- ☐ ano
- ☐ spíše ano
- ☐ spíše ne
- ☐ ne

6) **Domníváte se, že lidé s normální hmotností mají negativní předsudky vůči obézním lidem?**

- ☐ ano
- ☐ spíše ano
- ☐ ne
- ☐ nevím

7) **Jaké vlastnosti byste přiřadila obézním lidem?** (možné zaškrtnout více odpovědí)

- ☐ aktivní
- ☐ optimistický
- ☐ sympatický
- ☐ chytrý
- ☐ dobrosrdečný
- ☐ silná vůle
- ☐ zdravý
- ☐ psychicky stabilní
- ☐ úspěšný
- ☐ sexuálně žádoucí
- ☐ spokojenost se svým vzhledem
- ☐ pasivní
- ☐ pesimistický
- ☐ nesympatický
- ☐ hloupý
- ☐ nerudný
- ☐ slabá vůle
- ☐ nemocný
- ☐ psychicky labilní
- ☐ neúspěšný
- ☐ sexuálně nežádoucí
- ☐ mindráky ze svého vzhledu

8) **Myslíte si, že obézní lidé jsou diskriminování kvůli své hmotnosti? Pokud ano tak v jaké oblasti?** (možnost zaškrtnout více odpovědí)

- ☐ ne
- ☐ nevím
- ☐ ano

    a) přijímací pohovor
    b) v zaměstnání
    c) dopravní prostředky
    d) zdravotnictví
    e) ve společnosti
    f) odívání
    g) osobní život
    h) sport
    i) jiné ……

**9) Jaký považujete hlavní důvod vzniku obezity?** (možnost zaškrtnout více odpovědí)

- ☐ zdravotní problémy
- ☐ špatná životospráva
- ☐ slabá vůle
- ☐ psychické problémy (stres)
- ☐ dědičnost
- ☐ rodinný životní styl
- ☐ hormonální vlivy (onemocnění štítné žlázy, těhotenství, atd.)
- ☐ nízké IQ
- ☐ lenost
- ☐ jedení v nočních hodinách
- ☐ zanechání kouření
- ☐ jiné ……..

**10) Jaký je současný ideál ženské krásy?** (možnost zaškrtnout více odpovědí)

- ☐ žena kost a kůže
- ☐ malá prsa
- ☐ velká prsa
- ☐ malý zadek
- ☐ velký zadek
- ☐ štíhlý pas
- ☐ štíhlá sportovní postava
- ☐ „krev a mléko“
- ☐ boubelka
- ☐ jiné ……...

**11) Co považujete Vy za ideál ženské krásy?** (možnost zaškrtnout více odpovědí)

- ☐ žena kost a kůže
- ☐ malá prsa
- ☐ velká prsa
- ☐ malý zadek
- ☐ velký zadek
- ☐ štíhlý pas
- ☐ štíhlá sportovní postava
- ☐ „krev a mlíko“
- ☐ boubelka
- ☐ jiné ……

**12) Snažila jste se někdy hubnout?**

- ☐ ano
- ☐ ne

**13) Jaký důvod Vás vedl k hubnutí?** (možnost zaškrtnout více odpovědí)

- ☐ estetický
- ☐ zdravotní
- ☐ psychický
- ☐ společenský
- ☐ zlepšení kondice
- ☐ vyšší sebevědomí
- ☐ z donucení
- ☐ nezájem opačného pohlaví
- ☐ omezení při běžných denních činnostech
- ☐ nehubnu, jsem spokojená
- ☐ jiný

**14) Má někdo z Vaší rodiny problémy s hmotností (obezita/nadváha)?**

- ano
- ne

**15) Kolikrát denně jíte?**

- 1-2x denně
- 3-4x denně
- 5-6x denně
- 7 a více x denně
- stravuji se nepravidelně

**16) Snídáte pravidelně?**

- ano
- ne
- občas

**17) Jaká denní porce jídla je u Vás největší?**

- ranní
- polední
- odpolední
- večerní

**18) Máte po jídle pocit hladu?**

- vůbec ne
- občas
- stále
- nemám hlad ale „chut"

**19) Jíte v podnicích s rychlým občerstvením?**

- ne
- ano
    (a) denně
    (b) 1 – 2x týdně
    (c) občas

**20) Jak často si dopřáváte sladkosti?**

- denně
- občas
- vůbec ne

**21) Jaké potraviny převažují ve Vašem jídelníčku?** (můžete zaškrtnout více variant)

maso a masné výrobky

- tučná jídla
- pekárenské výrobky
- sladkosti
- mléko, mléčné výrobky
- ovoce, zelenina
- ryby a mořské produkty
- jiné

**22) Řešíte zvýšeným přísunem jídla stresovou situaci?**

- ano
- ne

**23) Jíte naposledy maximálně 3 hodiny před spaním?**

- ano
- ne

**24) Jaký je Váš denní příjem tekutin?**

- < než 1 litr
- 1,5 – 2 litry
- 2,5 – 3 litry
- > 3 litry

**25) Jak často aktivně sportujete?**

- nesportuji
- rekreačně
- 1-2x týdně
- 3x týdně
- 4 a více x týdně

**26) Kolik hodin denně sedíte u televize / počítače?**

- méně než 1 hodinu
- 2-3 hodiny
- 3-4 hodiny
- více než 4 hodiny

**Příloha 12 Informační leták o pohybu**

# POHYB V KAŽDÉM VĚKU

POHYB-NEJPŘIROZENĚJŠÍ PROJEV ŽIVOTA

**POHYB:**

Pohyb je základní lidská potřeba. Je součástí zdravého životního stylu. Je nepostradatelnou součástí pro správný vývoj a funkci organismu.

**ÚČINKY POHYBU:**

- Produkuje endorfin v mozku
- Zlepšuje duševní zdraví
- Uvolňuje svalové napětí
- Upravuje biochemické hodnoty tuku v krvi
- Zpomaluje vyplavování vápníku z kostí
- Zvyšuje pevnost a pružnost kloubních vazů
- Podporuje krevní oběh
- Redukuje hmotnost zdravým stylem
- Zvyšuje vytrvalost
- Zvyšuje kvalitu spánku
- Zpomaluje proces stárnutí

**ZÁKLADNÍ TYPY POHYBOVÉ AKTIVITY:**

**AEROBNÍ - Vytrvalost -** nejvhodnější způsob snižování tělesné hmotnosti a spalování tuků (aerobik, jogging, spinning, plavání , zumba, chůze, nordic walking, běh, míčové hry, cyklistika, in-line bruslení, lyžování, golf, orientální tanec)

**ANAEROBNÍ - Posilování** - zpevnění a posílení svalstva. Vhodné je cvičení s využitím váhy vlastního těla (posilování, cvičení ve fitness centru s činkami, pilates, jóga)

**OBECNÁ DOPORUČENÍ:**

- Pohyb má přinášet radost
- Pravidelnost a dlouhodobost
- Bezpečnost
- Nižší intenzita alespoň 30 min. denně
- Střední intenzita alespoň 30 min 3x týdně
- Intenzita dle aktuálního stavu organismu
- Zátěž zvyšovat postupně
- Vhodný typ pohybu vzhledem k věku, dovednostem
- Kompenzační cviky jako prevence či odstranění svalové nerovnováhy

**NĚKOLIK RAD:**

- Pohyb s nižší intenzitou, 30 min. denně
- Pohyb při střední intenzitě, 30 min. 3x týdně
- Kompenzační cvičení jako prevence před bolestí
- Pohyb pravidelný, dlouhodobý, bezpečný
- Aktivity volit takové, které nás baví a vyhovují nám

**Pohyb pro zdraví je pohybem pro radost.**

Další důležitý bodem úspěchu je postupná zátěž. Není cílem zničit si tělo během prvních deseti či čtrnácti dnů, pro bolesti ve svalech, puchýře, nadměrnou únavu a další negativní průvodní znaky. K pohybu je nutné přistupovat jako k zábavě, ke zpestření všedního i volného dne. Doporučuje se přistupovat k tělesnému cvičení především jako k zábavě, ke zpestření všedního i volného dne a brát ho jako určité dobrodružství.

**TYPY POHYBOVÝCH AKTIVIT**

NORDIC WALKING – Pohyb pro začátečníky i sportovce v jakémkoliv věku. Chůze, při které dochází ke koordinaci nohou a paží spolu s odrážením se speciálními holemi.

PLAVÁNÍ - Zatěžuje celé tělo. Působí na dýchací ústrojí, srdeční činnost, odlehčena páteř a klouby.

JÍZDA NA KOLE - Patří k módní záležitosti. Jde o velmi hodnotnou pohybovou činnost. Pro pohybový aparát představuje menší riziko než např. běh.

JOGGING – Pomalý běh, při kterém lze komunikovat. Nepřesahuje 20-30 minut.

ALPINNING - Kombinace chůze-běh, s mnoha cviky dalšími pomůckami.

JUMPING - Dynamické aerobní cvičení na trampolínách.

POWER PLATE - Trojrozměrná vibrační technologie. Jde o posilování, s nízkým rizikem zranění.

**Vypracovala:** Petra Poupětová, DiS

**Zdroj:** http://www.med.muni.cz/centrumprevence/informace-pro-vas/zdravy-zpusob-zivota/14-pohybova-aktivita.html

http://www.viscojis.cz/vyziva/pohybova-aktivita/166-jake-pohybove-innosti-jsou-zdravi-prospne

## Příloha 13 Informační leták: Neizolujme obézní

### OBEZITA

Obezita je výdobytkem moderní doby a souvisí s přebytkem. Společnost, média, ani sami zdravotníci nezkoumají příčiny obezity. Nejčastějším důvodem je pro ně přejídání. Často se stereotypně poukazuje na dohad, že se dotyčný přejídá a může si za vše sám. Obezita je nemoc a je nutné na ní pohlížet jako na komplex genetických faktorů, spolu s působením toxických faktorů. Příkladem je hormon ADIPSIN, který je vylučován tukovou tkání, působí na zvýšení chuti na sladkou a tučnou stravu.

OBEZITA

- NE jen přejídání a nedostatek pohybu
- Genetika
- Úraz
- Po operaci
- Po těhotenství
- Hormonální změna
- Metabolismus
- Léky
- Psychika

### Příčiny obezity:

- Strava a nesprávná výživa
- Energetický příjem je vyšší než energetický výdej

### Zdravotní příčiny:

OVLIVNITELNÉ

- Snížený klidový výdej energie (porucha štítné žlázy)
- Nadbytek kortizolu (porucha činnosti nadledvin nebo dlouhodobé užívání kortikoidů)
- Nedostatečná produkce růstového hormonu
- Porucha činnosti mozku
- Podávání psychofarmak
- Předčasné podávání antikoncepce (nedávat dívkám mladším 15 let)

NEOVLIVNITELNÉ

- Genetická dispozice
- Genetický defekt MC-4R způsobuje patologickou žravost

**Obézní lidé by neměli živořit jako pronásledovaná a šikanovaná skupina.**

**Vypracovala:** Petra Poupětová, DiS

**Zdroj:** http://www.rodina.cz/clanek6952.htm

http://www.aktin.cz/clanek/1465-obezita-nemoc-nebo-zivotni-styl