

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B 5341

Nikola Snopková

Studijní obor: Všeobecná sestra

Obezita – rizikový faktor ohrožující kvalitu života

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MUDr. Lenka Luhanová

PLZEŇ 2013

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně za vedení vedoucí bakalářské práce MUDr. Lenky Luhanové. Dále prohlašuji, že veškeré podklady ze kterých jsem čerpala, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Datum:.....

Podpis:.....

Nikola Snopková

Poděkování:

Ráda bych touto cestou poděkovala MUDr. Lence Luhanové za její cenné připomínky, trpělivost a ochotu při vedení mé bakalářské práce. Dále také děkuji všem, kteří se podíleli na vyplňování dotazníků.

Anotace

Příjmení a jméno: Snopková Nikola

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Obezita – rizikový faktor ohrožující kvalitu života

Vedoucí práce: MUDr. Lenka Luhanová

Počet stran: Číslované 68 Nečíslované 20

Počet příloh: 8

Počet titulů vložené literatury: 30

Klíčová slova: obezita, rizikové faktory, fyzická aktivita, redukční dieta, tělesný tuk, příčina vzniku, zdravotní komplikace, léčba, prevalence, prevence

Souhrn:

Bakalářská práce na téma „Obezita – rizikový faktor ohrožující kvalitu života“ je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části se zabývám charakteristikou onemocnění, rizikovými faktory, výskytem onemocnění, zdravotními riziky, příčinami obezity, prevencí, vyšetřovacími metodami a léčbou. V praktické části jsou zpracovány výsledky dotazníkového šetření, který probíhal od prosince 2012 do února 2013.

Annotation

Surname and name: Snopková Nikola

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Obesity – a risk factor threatening the quality of life

Consultant: MUDr. Lenka Luhanová

Number of pages: Numbered 68 Nonnumbered 20

Number of appendices: 8

Number of literature items used: 30

Key words: obesity, risk factors, physical activity, weight reduction diet, body fat, causes, medical complications, treatment, prevalence, prevention

Summary:

Bachelor thesis on the topic „Obesity – a risk factor threatening the quality of life“ is divided into theoretical and practical. In the theoretical part deals with disease characteristics, risk factors, morbidity, health risks, obesity causes, prevention, diagnostic tests and treatment. In the practical part presents the results of a questionnaire survey, which ran from December 2012 to February 2013.

Obsah

ÚVOD	11
TEORETICKÁ ČÁST	13
1. OBEZITA	13
1.1 Definice obezity	13
1.2 Výskyt obezity	13
1.3 Klasifikace obezity	14
1.3.1 Index tělesné hmotnosti	14
1.3.2 Obvod pasu	15
2 VYŠETŘOVACÍ METODY	16
2.1 Anamnéza	16
2.2 Nutriční anamnéza	17
2.3 Laboratorní vyšetření	17
2.3 Antropometrie	18
3 ETIOPATOGENEZE OBEZITY	19
3.1 Životní styl	19
3.2 Dědičnost	19
3.3 Psychologické aspekty obezity	20
3.4 Rizikové období a ohrožení jedinci	20
4 ZDRAVOTNÍ RIZIKA OBEZITY	21
4.1 Mechanické komplikace obezity	21
4.1.1 Syndrom spánkové apnoe	21
4.2 Metabolické komplikace obezity	22
4.2.1 Metabolický syndrom	22
4.2.2 Diabetes mellitus 2. typu	22
4.3 Psychické komplikace obezity	23
5 PREVENCE OBEZITY	24

6 LÉČBA OBEZITY	25
6.1 Léčba obezity dietou	25
6.2 Pohybová aktivita	26
6.3 Psychoterapie	27
6.4 Farmakoterapie	29
6.5 Chirurgická léčba	30
6.5.1 Bandáž žaludku	30
6.5.2 Tubulizace žaludku	30
6.5.3 Žaludeční bypass	31
6.5.4 Biliopankreatická diverze	31
8 NOVINKY PRO OBÉZNÍ PACIENTY	32
8.1 ABSI – Index tvaru těla	32
8.2 XXL centra	32
9 KVALITA ŽIVOTA	32
PRAKTICKÁ ČÁST	34
10 FORMULACE PROBLÉMU	34
11 CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU	34
12 METODIKA	34
13 HYPOTÉZY	35
14 VZOREK RESPONDENTŮ	35
15 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	36
16 DISKUSE	64
ZÁVĚR	68
SEZNAM ZDROJŮ	69
SEZNAM ZKRATEK	72
SEZNAM TABULEK	73
SEZNAM GRAFŮ	74

SEZNAM PŘÍLOH.....	76
PŘÍLOHY.....	77

ÚVOD

Obezita neboli otylost je chronické onemocnění, které je charakterizované zvýšeným nahromaděním tukové tkáně. Fyziologický podíl tuku u žen je do 30 % a u mužů do 25 % z celkového tělesného složení.

V historii byla obezita prokázána již v dávné minulosti. Důkaz se vyskytuje i na našem území ve formě Věstonické venuše, jejíž obraz používá jako logo Česká obezitologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. Již Hippokrates a Galen se zmínili o obezitě s návody na její léčbu. V různých historických obdobích například v době baroka bylo toto onemocnění výtvarným ideálem. Lékaři posledních Lucemburků se věnovali nauce o správné životosprávě a prevenci zdravotních komplikací. (11, 22)

Obezita je celosvětově významný problém, jehož komplikace významně zkracují délku života. Výskyt obezity v posledních desetiletích výrazně stoupá. Na rozvoji tohoto onemocnění se podílí řada faktorů, jako je nerovnováha mezi příjmem a výdejem energie. Vysoký je i podíl genetických predispozicí. Dalšími příčinami jsou hormonální vlivy, úraz, nemoc a důležité je také psychické ladění pacienta. Dlouhodobé působení stresu v pracovní i mimopracovní činnosti také přispívá k rozvoji nadváhy či obezity. V tomto onemocnění se vyskytují rysy jak somatické tak psychické nemoci. Velmi často je pokládán diabetes mellitus 2. typu za neodmyslitelnou součást obezity (až z 80 %). U dětí se na rozvoji obezity podílí především rodina a škola, která je učí buď správnému životnímu stylu, nebo nesprávnému. Proto je velmi důležitá primární prevence, která se právě rodinou a školou zabývá. Mnoho rodin se v poslední době stravuje mimo domov ve fastfoodech. Tento nový zvyk je pohodlný a vzniká především z důvodu časové zaneprázdněnosti. Lidé dávají přednost automobilům, výtahům před pohybovou aktivitou. Způsob stravování bychom měli přizpůsobit nedostatečné pohybové aktivitě. Většinou se spíše ženy dokážou stresovat tím, že jejich postava není zcela dokonalá, při tom by si měly uvědomit, že jejich genetické dispozice jim stoprocentní štíhlost neumožňují. Přibývá i mužů, kteří chtějí dokonalou svalnatou a štíhlou postavu. Dnešní doba vytváří tlak na člověka tím, že ho nutí k vysokému pracovnímu výkonu s pracovní dobou delší než je osm hodin. Ve chvátání se člověk zapomene nasnídat, přes den sní něco rychlého a poté je tedy jednodušší zajít do rychlé restaurace nebo koupit mražené jídlo. Špatný jídelníček zhoršuje pocity únavy, nedostatek vitaminů může provokovat chuť na sladké. Proto je důležitý vyvážený a přiměřený jídelníček. Redukční dieta by měla být pozvolná, aby nevedla k JO-JO efektu.

Léčba obezity je obtížná a vyžaduje celoživotní spolupráci nemocného na zlepšení jeho života. Obézní člověk často nedokáže při léčbě spolupracovat nebo vzdává spolupracovat. Typicky jedinec selhává a zvyšuje svou hmotnost v době osobních, rodinných a pracovních krizí. (5, 13)

V teoretické části se budu zabývat charakteristikou onemocnění, rizikovými faktory, zdravotními riziky obezity, příčinami vzniku, prevencí, vyšetřovacími metodami a léčbou. Cílem mé praktické části bude zjistit, jaká příčina se dle mínění respondentů nejvíce podílela na vzniku jejich obezity. Zda obézní jedinci dodržují správné stravovací návyky. Která zdravotní komplikace se nejčastěji vyskytuje u obézních. Jak se obezita promítá do kvality života respondentů a jak ovlivňuje jejich psychický stav.

TEORETICKÁ ČÁST

1. OBEZITA

1.1 Definice obezity

Slovo obezita je odvozeno z latinského *obesus*, což znamená dobře živený, tučný. Je to multifaktoriálně podmíněná metabolická porucha charakterizovaná zmnožením tělesného tuku. Je důsledkem vzájemného působení genetických dispozic s faktory zevního prostředí. Nárůst obezity je dán změnami stravovacích návyků, a to zejména zvýšeným příjmem potravin s vysokou energetickou hodnotou, vysokým obsahem tuků a jednoduchých sacharidů, nedostatkem pohybu. Vznik obezity může vést ke vzniku dalších onemocnění, které komplikují zdravotní stav obézního člověka – patří k nim zvýšená hladina cholesterolu v krvi, ateroskleróza tepen, hypertenze, diabetes mellitus 2. typu a další. Zajímavé je, že dialyzovaní obézní pacienti mají nižší riziko úmrtí než dialyzovaní pacienti s nižší hmotností. Tato skutečnost se potvrdila skoro u všech etnických skupin obyvatel s výjimkou asiátů. Podíl tuku v těle určuje pohlaví, věk a etnický charakter populace. Fyziologický podíl tuku u žen je do 30 % a u mužů do 25 %. (3, 5, 10, 22, 25)

1.2 Výskyt obezity

Obezita, diabetes mellitus 2. typu, hypertenze a hyperlipoproteinemie jsou hlavní příčinou úmrtí ve všech vyspělých státech, jejich frekvence výrazně stoupá i v rozvojových zemích. Hlavním důsledkem těchto čtyř onemocnění je ateroskleróza. Kde je nejvíce obézních, tam je i nejvíce diabetiků 2. typu. Dříve byla pokládána obezita pouze za kosmetický defekt. Dnes je nový pohled na toto onemocnění a označuje se za závažné, které přináší mnoho komplikací a zkracuje život. (6, 7)

Výskyt obezity kolísá a ovlivňuje ji několik faktorů. Obézní populace přibývá a pohybuje se kolem 50 až 60 let. Ve vyšším věku výskyt obezity ubývá. Vstup do manželství vede k vzestupu hmotnosti. Ženy jsou ve všech populacích více obézní než muži. S počtem mateřství roste hmotnost, tento vliv ovšem není velký. Nedostatečná pohybová aktivita přispívá k rozvoji obezity. Dietní zvyky mají značný vliv na vzestup hmotnosti jedince, zejména jde o příjem tuků a jednoduchých sacharidů. Naopak vzdělání

a vyšší finanční příjem snižují výskyt obezity. Kouření zvyšuje výdej energie a mírně snižuje nárůst hmotnosti. (6, 9)

V Evropě se pohybuje počet obézních mužů od 10 - 25% a žen od 10-30 %, nárůst za posledních deset let je o 10 - 40%. V roce 2010 bylo v Evropě přibližně 150 milionů obézních dospělých a 22 milionů dětí mladších 5 let, kteří výrazně trpí nadváhou. Méně než polovina obyvatel v České republice má normální hmotnost, za posledních osm let stoupl u nás počet s nadváhou. Ve svém článku lékař Štěpán Svačina s názvem Terapie obezity-postupy, účinnost perspektivy uvádí, že z dospělé populace má dnes 34 % nadváhu a 21 % obezitu. Tento údaj ukázal výzkum z roku 2011 z prostředků preventivního fondu Všeobecné zdravotní pojišťovny. Informuje o tom, že více než polovina české populace má tedy vyšší hmotnost, než je normální. V posledních 2 letech výskyt obezity stagnuje. To znamená především, že obezita zkracuje život. Maximum výskytu obezity je do 65 let, s přibývajícími lety se výskyt snižuje. (18, 21, 22)

1.3 Klasifikace obezity

1.3.1 Index tělesné hmotnosti

K posouzení hmotnosti ve vztahu ke zdravotním rizikům je používán index tělesné hmotnosti (body mass index – BMI), a to jak u dospělých, tak i u dětí. (u dětí nutno vztáhnout k věku – grafy BMI dívky, hoši). Častější u dětí je používání percentilových grafů, u kterého značí nadváhu pro daný věk dítěte hodnota nad 90 percentilů. Jeho použití je celosvětově uznávané, slouží jako měřítko pro stanovení diagnózy obezity, ale zároveň jako ukazatel životní prognózy. Před více než sto lety byl nazýván Queletův index. Výhodou BMI je jednoduchý výpočet, váhu člověka v kilogramech vydělíme druhou mocninou jeho výšky v metrech. Vzorec vypadá takto: $BMI = \text{hmotnost (kg)} / \text{výška (m)}^2$. (7, 11, 16, 25)

Tabulka 1: Klasifikace obezity (podle WHO, 1997)

Klasifikace	BMI	Riziko komplikací obezity
podváha	< 18,5	nízké (riziko jiných chorob)
normální hmotnost	18,5 – 24,9	průměrné
zvýšená hmotnost	≥ 25	zvýšené
nadváha	25 – 29,9	mírně zvýšené
obezita 1. stupně	30,0 – 34,9	středně zvýšené
obezita 2. stupně	35 – 39,9	velmi zvýšené
obezita 3. stupně	≥ 40	vysoké

Zdroj: vlastní

Jako normální hmotnost bývá označována hodnota s BMI 20 až 25. Pod hodnotami 18 či 18,5 se klasifikuje onemocnění již jako podvýživa. U dospělých (věk nad 18 let) je obezita označována jako BMI ≥ 30 a nadváha jako BMI v rozmezí 25 - 29,9. Lidé s nadváhou se v průběhu života často stanou obézními. Zdravotní rizika stoupají už od BMI 25. Morbidní obezita je pak závažným onemocněním a osoby s tímto stupněm nadváhy nepřežívají většinou 60 let. (11)

BMI neodliší podíl tukové a beztukové tělesné hmoty – především svaly, kosti a vodu v těle, může být obsah tuku v těle zvýšený i u osob s hodnotami BMI v normálních mezích. Sportovci mohou být v pásmu nadváhy nebo lehké obezity s normálním zastoupením tuku v těle. Poměrně vysoký počet lidí s nadbytkem tukové tkáně zůstává neodhalen. Se stoupajícím věkem obvykle dochází ke zvyšování hmotnosti, u žen v období klimakteria a po něm, u mužů se s věkem zvyšuje zastoupení obsahu tuku v těle. Tyto změny BMI nepostihne. (26)

1.3.2 Obvod pasu

Klasifikace kvalitativní, která dělí obezitu na androidní („jablko“, u mužů) a gynoidní („hruška“, u žen). Tyto formy nejsou vázány na muže i ženy. Obezitu ženského typu může mít i muž a naopak. Vychází z měření v místě viditelného pasu nebo v polovině vzdálenosti mezi lopatkou kosti kyčelní a posledními žebry, obvod boků nad velkým trochanterem nebo v místě největšího vyklenutí hýždí. Riziko komplikací je úměrné obvodu pasu, možné je rozdělovat na riziko mírné a riziko výrazné. (6, 16)

Tabulka 2: Metabolické riziko podle obvodu pasu

	mírné	výrazné
ženy	nad 80 cm	nad 88 cm
muži	nad 94 cm	nad 102 cm

Zdroj: vlastní

Androidní obezita (centrální, viscerální, útrobní, mužského typu) je spojena s metabolickými a kardiovaskulárními chorobami. Velmi často dochází k rozvoji diabetu a aterosklerózy.

Gynoidní obezita (ženského typu) bývá problémem spíše kosmetickým problémem a metabolické komplikace při ní nejsou. Toto tvrzení je novými studii mírně oslabeno. Platí pro lehčí formy gynoidní obezity. Těžší stupně s BMI nad 35 mají zdravotní rizika. (6,16)

2 VYŠETŘOVACÍ METODY

2.1 Anamnéza

Vyšetření obézního nemocného začíná anamnézou se zaměřením na konkrétní problémy, které souvisí s obezitou. Je třeba se nemocného dotazovat, zda se obezita vyskytuje v rodině, zejména u rodičů, jejich sourozenců a sourozenců nemocného. Zjišťujeme i přibližnou hmotnost rodičů. Jaká byla jeho porodní hmotnost, vývoj hmotnosti v průběhu života, pokud došlo k hmotnostním výkyvům jako je jo-jo efekt a ve kterém období poprvé došlo ke změně hmotnosti. Důležité je také, v jakém věku onemocnění vzniklo a jaké mělo komplikace. Ptáme se na výskyt dalších onemocnění, které souvisí s obezitou, jako je hypertenze, dna, kloubní onemocnění, ischemická choroba srdeční, výskyt mozkových příhod, nádorů a cholelitiázy. Zjišťování informací o jídelních zvyklostech nemocného, o pitném režimu a o tom, které potraviny upřednostňuje ve svém výběru, napomohou při tvorbě léčebného plánu. Informace o kouření cigaret nemocného a pití kávy jsou také součástí anamnézy. Další důležitou zjišťovanou informací je anamnéza fyzické aktivity v mládí, v průběhu života a současnosti. Posuzujeme také psychický stav pacienta, zda má problémy v zaměstnání či v rodině a jestli je vystavován stresu. (7, 11, 20)

2.2 Nutriční anamnéza

Základním předpokladem k doporučení přiměřené diety je stanovení energetického obsahu potravy, zastoupení jednotlivých živin, ale i jídelních zvyklostí. K zjištění příjmu energie se používá záznam příjmu potravy v posledních 24 hodinách, validitu vyšetření zlepšuje opakované provedení v několikaměsíčním intervalu. V případě třídního zapisování jídelníčku je zahrnut jeden víkendový den. Do méně známého dotazníku na četnost příjmu potravy zapisuje obézní nemocný kolikrát v určitém časovém období jí určitý druh potravy. Vyhodnocovat záznamy jídelníčků lze i počítačovým programem.

2.3 Laboratorní vyšetření

Laboratorní vyšetření napomáhá při diagnostice obezity. Odběr biologického materiálu, tedy krve, by měl být prováděn nalačno mezi 6. a 9. hodinou ránní, kdy pacient 10 - 12 hodin přes noc nejedl, nepil alkoholické nápoje, slazené nápoje a nekouřil. Bezprostřední příjem potravy před odběrem zvyšuje hladinu glukózy, triacylglycerolů, kyseliny močové. Je důležitý také způsob odběru biologického materiálu. Přílišné zaškrcení manžety a cvičení při odběru krve zvyšuje hodnoty celkové bílkoviny, hemoglobinu nebo může způsobit hemolýzu. Je nutné dbát na včasné odevzdání biologického materiálu do laboratoře. (7, 28)

Základní laboratorní vyšetření o obézních

- Celkový cholesterol, triacylglyceroly, HDL-cholesterol, LDL-cholesterol (apo B, apo A, Lp (lipoprotein)(a))
- Glykemie bazálně, postprandiálně (inzulin, C-peptid, vykovaný hemoglobin, vykované proteiny, popřípadě oGTT včetně inzulinu a C-peptidu)
- Kyselina močová
- ALT (alaninaminotransferáza), AST (aspartátaminotransferáza), ALP (alkalická fosfatáza), GMT (gamaglutamyltransferáza), bilirubin
- Urea, kreatinin, ionty
- Moč + sediment
- Krevní obraz
- TSH (tyroxin stimulující hormon)

Důvody k nezbytnému laboratornímu vyšetření obézních jsou diagnostika endokrinopatií, hledání laboratorních nálezů kauzálně sdružených se syndromem obezity, monitorování léčby, predikční význam laboratorních parametrů, sledování komplikací obezity a výzkumná vyšetření. (11)

2.3 Antropometrie

Antropometrické měření je nejjednodušší metodou ke stanovení obsahu tukové tkáně. Do kaliperace patří měření tloušťky kožních řas na definovaných místech pro stanovení množství tělesného tuku. Měření je nutno provádět přesnými kalipery. Dle Durnina se používají 4 řasy, dle Bláhy 6 a dle Pařízkové 10 kožních řas. Každá metoda vyžaduje jiný druh přístroje pro měření kožního tuku. K orientačnímu měření stačí podkožní řasa subskapulární a řasa nad tricipsem., jejich poměr se nazývá index centrality. Hodnotí pouze poměr tukové tkáně na trupu a na končetinách, nikoli podíl intraabdominálního tuku. K měření podkožního tuku lze použít ultrazvukovou sondu, ale vzhledem k náročnosti vyšetření se tato metoda používá jen výjimečně. Mezi antropometrické metody patří měření obvodu pasu, boků a výpočet poměrů pas/boky a pas/výška.

Obvod pasu je jednoduchý ukazatel, který nejlépe souvisí s intraabdominálním obsahem tukové tkáně. Obvod měříme v polovině vzdálenosti mezi spodním okrajem dolního žebra a hřebenem kyčelním v horizontální rovině. Při nižších hodnotách je důležité věnovat pozornost energetickým bilancím, vyšší hodnoty by měly být indikací k zahájení léčby obezity. Obvod boků se měří ve výši maximálního vyklenutí hýždí ve vodorovné rovině. Osoba stojí vzpřímeně s nohama u sebe s uvolněnou břišní stěnou a pažemi po stranách těla. Na konci výdechu se změří hodnota s přesností na 0,5 cm. Hodnoty poměru pas/boky jsou 1,0 u mužů a 0,85 u žen. Riziko komplikací vzniká při hodnotách vyšších. Toto vyšetření se dnes spíše nepoužívá. Poměr pas/výška dobře odpovídá obvodu pasu. Vhodné je měření k vyšetření dětské populace. (7)

Ke stanovení množství tukové tkáně se používají také technicky a ekonomicky náročnější metody, které se používají na specializovaných pracovištích. Do těchto zobrazovacích metod lze zařadit počítačovou (komputerovou) tomografii a magnetickou rezonanci. Novější jednodušší techniky používají též bioelektrickou impedanci, u které je základním principem měření specifického odporu, který je závislý na obsahu vody a tuku v tělesných tkáních. K další metodě patří duální rentgenová absorpciometrie, která stanovuje množství centrálního tuku a obsah periferního tuku v oblasti končetin. (7, 24)

3 ETIOPATOGENEZE OBEZITY

3.1 Životní styl

Ve většině případů může za vznik obezity dlouhodobě zvýšený energetický příjem nad energetickým výdejem, kdy dochází k pozvolnému nárůstu hmotnosti. K obezitě přispívá též zvýšené používání automobilů a minimální fyzická aktivita včetně výrazného omezování pěší chůze. Za snížení energetického výdeje také hraje roli automatizace a mechanizace domácích a zahradnických prací a změna způsobu komunikace. Řada pacientů řeší chronický stres přejídáním se nezdravou potravou. Svou roli hraje i nedostatek času na jídlo, což vede k častějším návštěvám fastfoodů se snadnou dostupností chutné, ale energeticky bohaté stravy. Jedna třetina amerických dětí se stravuje pomocí rychlého občerstvení denně. Průměrná porce obsahuje 3 300 kJ. Strava s vysokým obsahem energie, zvětšující se porce, popíjení sladkých nápojů a alkoholu, nízká fyzická aktivita a sedavý způsob života a rovněž poruchy příjmu potravy se považují za důležité rizikové faktory vývoje obezity. (1, 5, 12)

3.2 Dědičnost

Podle některých studií může za vznik obezity až z 50 i více procent genetická predispozice. Ve většině případů se jedná o polygenní dědičnost, na které se podílí i stovky různých genů. Jedna ze zajímavých teorií, která vysvětluje zvýšený výskyt obezity je teorie šetrných genů. Vychází z předpokladu, že pro přežití našich pravěkých předků byly důležité geny umožňující efektivní šetření energie v dobách nedostatku. Díky genetické selekci přežívali právě jedinci s geny pro efektivní šetření energie. Šetrné geny mají sklon ke zvýšenému ukládání energie ve formě tuku, pokud je přebytek dostupné stravy. Studium dědičnosti obezity je komplikované a nelze ovlivněním jednoho genu zásadně změnit sklony k obezitě. Monogenní formy obezity vznikající v důsledku mutace jednoho genu jsou vzácné. Často se jedná o těžkou obezitu, která vzniká již v dětství a mnohdy je spojena s dalšími odchylkami. Diagnostika této formy vyžaduje komplikované genetické vyšetření a náleží specializovaným obezitologickým centřům. Ke genetickým faktorům pro vznik obezity se předávají i faktory epigenetické (vlivy vnějšího prostředí). (1)

3.3 Psychologické aspekty obezity

Důraz se klade na psychosociální faktory, které mohou zvyšovat pravděpodobnost vzniku obezity a následně ovlivňovat samotný průběh a úspěšnost léčby. Značný význam na rozvoji obezity mají životní události, mikrostressory, osobnostní profil, sebepojetí, rodina a stádium vývoje. Psychické problémy a poruchy jako jsou afektivní poruchy, impulzivita, subjektivně vnímaná nižší kvalita života, pocity izolace, diskriminace, ztížené společenské uplatnění mohou být důsledkem nadváhy nebo neúspěchu při její léčbě.

V kojeneckém věku se může vyvíjet pozdější sklon k obezitě častým příkládáním kojence k prsu, kdy matka nedokáže rozpoznat pocit hladu od jiných druhů strádání a na jakoukoliv nespokojenost dítěte reaguje kojením. Dítě se učí zahnat všechny nepříjemnosti jídlem, chybně vnímá skutečné potřeby a neumí je vyjadřovat ani usilovat o jejich nasycení.

Jídlo se stává pro řadu osob náhražkou nejrůznějších hodnot nebo potřeb a často je jedinou formou seberealizace. Konzumace potravin nepředstavuje jenom fyziologický děj, ale navozuje i celou řadu příjemných pocitů. Dochází k navození dobré nálady, celkovému zklidnění, snížení úzkosti, strachu, deprese, často i pocitů křivdy. Jedná se o kompenzační mechanismus, který neumožňuje přiměřené zvládnutí situací. (23)

3.4 Rizikové období a ohrožení jedinci

Stav výživy je velmi důležitý pro další vývoj a růst. Predispozice k obezitě může být ovlivněn již v prenatálním období. Výživa matky, metabolismus glukózy u matky, kouření, porodní hmotnost, způsob kojenecké stravy patří mezi ovlivňující faktory. Nárůst hmotnosti po porodu je ovlivněn přítomností kouření během gravidity, hmotnostním přírůstkem matky v době těhotenství a porodní hmotností matky. Hypertrofičtí novorozenci matek s diabetem či obezitou jsou ohroženi vznikem metabolického syndromu. Děti drobné při narození, které následně rychle přibraly na váze či rychle vyrostly, se ukázaly jako inzulinorezistentní a prokázalo se riziko pro vznik kardiovaskulárních onemocnění. (5)

Další rizikové období je v předškolním věku a zahájení školní docházky. Dochází ke snížení pohybu, zvýšení stresu a ke změně stravovacích návyků dětí. V pubertě přibývají na váze především dívky. V období adolescence jsou hlavními příčinami přibírání na váze změna zaměstnání, zahájení rodinného života, problémy v rodině nebo v práci, ukončení

sportovní činnosti, dlouhodobá onemocnění, úrazy a odchod do důchodu. Tyto příčiny vedou ke změně jídelních a pohybových návyků. Žena přibírá na váze během těhotenství, po něm nebo v období menopauzy, vzestup hmotnosti může být způsoben nejen změnami hormonální sekrece, ale také změnou stravovacích zvyklostí a pohybové aktivity. Klimakterium představuje nespecifický stresor, žena ztrácí reprodukční schopnosti, mládí a feminitu.(7, 14, 23)

Ohroženi jsou jedinci, kteří pochází z rodiny, kde se vyskytuje obezita. Osoby v nízkém socioekonomickém postavení s nižším vzděláním mají hmotnost vyšší než lidé s vyšším vzděláním a vyšším finančním příjmem. Ve skutečnosti víme, že to tak není, ani dosažené vzdělání není zárukou optimálního body mass indexu. Dalším faktorem je působení stresu, deprese a úzkostných stavů na nemocného. Souhrnné pojmenování je psychická labilita. Snížená doba spánku, zvýšená teplota v domovech v zimním období a klimatizace v teplých klimatických podmínkách a zanechání kouření také vede k rozvoji obezity. Dalším ohroženým je jedinec, který uvádí v anamnéze opakovaný JO-JO efekt. (4, 12, 14)

4 ZDRAVOTNÍ RIZIKA OBEZITY

4.1 Mechanické komplikace obezity

Mezi tyto komplikace obezity patří nemoci, které jsou způsobeny velkou tělesnou hmotností. Jsou to například bolesti v zádech, kloubní onemocnění, hypertrofie srdce, dušnost, spánková apnoe, anesteziologické, chirurgické a porodnické komplikace. Důležitá je velká redukce hmotnosti k ústupu obtíží u nemocí páteře a kloubů. Malé snížení hmotnosti vyvolá jen změnu statiky, tedy zatížení kloubů, a může obtíže někdy zhoršit. Často jsou obézní připravováni lékaři k umělým náhradám kloubů. Jedinec by měl dosáhnout hmotnosti kolem 90 kg, protože vyšší váhu by umělý kloub neunesl. (1, 13)

4.1.1 Syndrom spánkové apnoe

Bývá spojen zejména s obezitou těžšího stupně a je obstruktivního charakteru, který se vyznačuje častými epizodami zástavy dechu ve spánku v důsledku ochabnutí horních cest dýchacích. Obstruktivní spánková apnoe je charakterizována špatnou kvalitou spánku (chrápání, časté probouzení během noci, zvýšené pocení, noční polyurie). Častější výskyt syndromu je u mužů než u žen. Predispozicí je také nepřiměřená konzumace alkoholu, dědičnost a kouření. Spánková apnoe je nezávislým rizikovým faktorem pro rozvoj

inzulinové rezistence a diabetu, hypertenze a kardiovaskulárních onemocnění. Léčbu představuje zejména aplikace přetlakového přístroje CPAP (continuous positive airway pressure). Tento přístroj ovlivňuje příznivě nejenom syndrom spánkové apnoe ale i spavost během dne a krevní tlak. V léčbě je také důležitá redukce hmotnosti s úpravou životního stylu nebo u těžkých forem obezity bariatrická chirurgie. (7)

4.2 Metabolické komplikace obezity

Mezi metabolické komplikace obezity patří diabetes mellitus 2.typu, hypertenze, hyperlipoproteinemie, ischemická choroba srdeční, ikty, nádory, sterilita a deprese. Souvislosti a četnějšího společného výskytu metabolických komplikací si povšiml lékař Reaven Gerald, který nazval tyto komplikace metabolickým syndromem. Zejména je způsobuje viscerální obezita.

4.2.1 Metabolický syndrom

Je to jedno z nejčastějších onemocnění na světě. V našich podmínkách může postihovat až 60 % populace. Pro metabolické komplikace obezity se používá již několik let pojem metabolický syndrom. Za typické složky jsou pokládány obezita s hromaděním tuku na břiše, zvýšení krevního tlaku, snížení HDL cholesterolu, zvýšení triglyceridů, necitlivost na inzulin a postupné stoupaní glykémie až po vznik diabetu mellitu 2. typu. Vznik jedné nemoci zvyšuje pravděpodobnost výskytu i dalšího onemocnění. U nemocných se často vyskytují deprese, některé nádory, sklon ke krevním sraženinám, neplodnost a ateroskleróza. Pokud se podaří snížení hmotnosti o pár kilogramů, většinou ustupují všechny složky metabolického syndromu současně. Bylo zjištěno, že pacienti s tímto syndromem prodělali často podvýživu ve vlastním vývoji ještě před porodem. Porodní hmotnost těchto pacientů bývá nižší. Vyvolávajícím faktorem metabolického syndromu nemusí být jen dědičnost, ale i kouření, stres v rodině a pracovním životě. Hlavní diagnostikou je hodnota obvodu pasu, která významně souvisí s inzulinovou rezistencí. Důležité je včas začít bojovat s obezitou, nepřibrat a včas se léčit. (5, 6)

4.2.2 Diabetes mellitus 2. typu

Normální hodnoty glykémie se pohybují kolem 3,4 - 6 mmol/l. Spojení obezity a diabetu vedlo postupně k novému pojmu diabetes závislý na obezitě nebo také diabezita. Až 95 % s diabetem 2. typu souvisí androidní obezita. Hlavní cesta od obezity k diabetu je od rezistence na inzulin přes další složky metabolického syndromu až k nejzávažnější

komplikaci, k diabetu 2. typu. Vzniká především u osob, u kterých se toto onemocnění vyskytuje v rodině. Projevem je hyperglykémie, jelikož organismus není schopen zacházet s glukózou jako za fyziologických podmínek. Nastávají změny, které se týkají změny poměru spalování živin, kdy začne stoupat spalování tuků na úkor cukrů a mění se citlivost na inzulín. Diabetes vzniká teprve, když dojde k poruše sekrece inzulínu. Tento jev má dvě příčiny, jednou je vyčerpání slinivky a druhým faktorem jsou patologie v ostrůvcích slinivky. Diabetes 2. typu provázejí především mikroangiopatické a makroangiopatické komplikace. Důležité je nejen omezit obsah sacharidů v jídlech, ale i celkové omezení přijímané energie. Pro obézního jedince je podstatné snížit tělesnou hmotnost, která je schopná omezit nebo zastavit děje, které postupně vytvářejí z jedince s rozložením tuku na břiše opravdového diabetika. (6, 12, 14)

4.3 Psychické komplikace obezity

U těžce obézních pacientů se setkáváme s tím, že mají závažné psychické komplikace, ke kterým je nutné doporučit psychologickou péči. Indikací je míra subjektivního utrpení. V jaké míře je zúžena pacientova svoboda (ve fyzickém, psychickém nebo sociálním prostoru), jeho prožitek nemoci – nemožnost plnit některé své hodnoty. Po psychické stránce má obezita dopad především na vytvoření nízkého sebevědomí člověka. Trpí pocity méněcennosti, kdy je nadměrně nespokojený se svým vzhledem těla. Bývají úzkostní nebo depresivní. Především mladé ženy a dívky zakládají své sebevědomí na fyzickém vzhledu. Mohou se objevit pocity vlastní neschopnosti, pokud nesplňují vlastní nebo partnerova kritéria o tom, jak by měly vypadat. Narůstá u nich pocit viny a celkové zklamání v nedosažení cílené váhy. Lidé se za svoji tloušťku stydí a kvůli svému vzhledu se straní kolektivu. Kvůli neobratnosti odmítají cvičit, plavat, vyhledávají samotu a s tím často i sedavý způsob života. Kromě sebediskriminace existuje diskriminace obézních ze strany společnosti. Společnost vidí obézní jako lidi bez vůle, méněcenné a neúspěšné, jak z hlediska fyzické krásy, tak i z hlediska osobnosti a profesionálních kvalit. Toto onemocnění je okolím viděno jako nedostatek sebekontroly a přejídání se. Znevýhodnění mohou lidé s nadváhou pociťovat v zaměstnání. Objevuje se ve všech fázích pracovního procesu, týká se přijímacího řízení, určování výše platu, nižšího pracovního zařazení. Obezita ovlivňuje mezilidské vztahy (intimní, osobní a pracovní).

Děti se setkávají ve škole s šikanou. Předpokládá se, že vyšší nemocnost a vztahové problémy ve škole jsou příčinou zhoršeného prospěchu. Jedinci, kteří byli v dětském věku obézní, jsou v pozdějším věku náchylnější k psychiatrickým onemocněním. Obézní děti si vše uvědomují a začínají se vyhýbat setkání s ostatním, ztrácí sociální kontakt. Jsou jim přisuzovány negativní vlastnosti, jako je lhářství, lenost, hloupost, nečistotnost. Hodnocení nevzniká pouze ze strany spolužáka a učitelů, ale často i ze strany vlastních rodičů. (1, 3, 12, 13)

U obézních mohou často vzniknout poruchy příjmu potravy, které se dělí na tři základní typy: anorexii, bulimii a „binge eating“. Svou roli hrají opakované diety, kterými se snaží obézní snížit tělesnou hmotnost a to o větší množství kilogramů. Po každém jojo efektu prožívají zklamání. Ženské pohlaví je pro vznik poruchy příjmu potravy rizikové. Pro anorexii a bulimii je společný strach z narůstání hmotnosti s nezdravým kladným vnímáním vyhublosti. Pro anorexii je typické odmítání jídla a přehnaná fyzická aktivita, bulimie je charakteristická držením diety, nárazovým přejídáním a vyvolaným následným zvracením. Při „binge eating“ (záchvatovitém přejídání) se střídá období diet s maximální touhou se přejíst. Po přejedení následuje vyvolané zvracení. Tato porucha vede k obezitě. (1, 4)

5 PREVENCE OBEZITY

Prevenčí se rozumí už samotné předcházení vzniku obezity, nepřibírání hmotnosti po redukci váhy a prevence nárůstu hmotnosti u osob již obézních. Dobře informovaný obézní jedinec má šanci na rozumnou změnu životního stylu. V dnešní době se právě prevence vzniku obezity jeví jako jediná účelná „léčba“ obezity. Nedaří se populaci vysvětlit, jak je důležitá rovnost mezi energetickým příjmem a energetickým výdejem. Je důležité vybírat vhodné potraviny a změnit dosavadní styl fyzické aktivity. Změnit sedavý způsob života na fyzicky aktivnější a zařadit do něho sportovní aktivity ve volném čase.

V primární prevenci hraje velkou roli rodina a škola. Jde o zabránění vzniku obezity již v dětství. Ve škole se děti seznamují se zásadami zdravého životního stylu a navštěvují různé zájmové kroužky. Školní jídelny připravují vhodné pokrmy. Obézní rodiče nepřispívají k vzniku obezity jenom genetikou ale i životním stylem. Dítě si odnáší první a zároveň nejsilnější vzor, který se týká životního stylu a stravování. Terciální prevence zahrnuje samotnou léčbu obezity. Klinická centra pro diagnostiku a léčbu obezity jsou

určená pro nemocné s těžším stupněm obezity se zdravotními komplikacemi. Kurzy snižování nadváhy jsou určeny pro nemocné s nadváhou či nižším stupněm obezity. Dalším cílem prevence je zabránit vzestupu hmotnosti u jedinců s vysokým rizikem vzniku obezity (věk, pohlaví, zaměstnání, obezita v rodinné anamnéze, diabetes mellitus 2. typu, pozitivní anamnéza rizikových faktorů) a také zlepšit celkový životní styl. Důležitá je dostatečná informovanost o obezitě a jejích zdravotních rizicích, regulace nadměrného příjmu potravin například uvedením energetického obsahu potravin, sacharidů, tuků. Zvýšení fyzické aktivity a regulace reklam na potraviny je také součástí prevence. (17, 27)

6 LÉČBA OBEZITY

Dispenzarizace je ještě důležitější než léčba obézního jedince. Je třeba počítat s neúspěšným vyléčením onemocnění jednorázovou edukací či léčbou. I po úspěšném snížení hmotnosti se velmi často stává, že svou původní váhu nemocný opět zvýší. Obézního musíme vnímat jako pacienta s vysokým rizikem jak mortality, tak morbidity. (20)

6.1 Léčba obezity dietou

Při prvním seznámení nemocného s léčbou obezity dietou by měl dostat vhodný edukační materiál o dietě nebo doporučení na nějakou vhodnou publikaci. V souvislosti s léčbou obezity není příliš vhodná krátkodobá změna potavy. Správná dieta je dlouhodobá, vyvážená a přiměřená energetickému výdeji. V nejlepším případě navrhne správnou dietu dietolog nebo dietní sestra. Na složení a energetického obsahu potavy se podílí celá řada faktorů, jako je věk, pohlaví, stadium vývoje, chuťové preference, jídelní zvyklosti a další individuální charakteristiky jedince. Za poslední léta došlo ke zvýšení konzumace potravin v rychlém občerstvení a ke zvýšení konzumaci sladkých nápojů. Snížila se četnost výskytu hlavních jídel, mnoho lidí ráno nesnídá a zvýšila se frekvence rychlých svačin tzv. snacků. Intervence, které se týkají výživy a jídelních zvyklostí by měly být přizpůsobeny věku, možnostem jedince a etniku. Jedinec se musí vyvarovat rychlým redukcím hmotnosti, které se nazývají komerční diety. Nemocný ztrácí převážně vodu a bílkoviny s následným JO-JO efektem, opakování vede ke změně tělesného složení v neprospěch aktivní tělesné hmoty. (5, 20)

Dodržování diety je nejdůležitější opatření v léčbě obezity. Energetický výdej by měl dlouhodobě převládat nad příjmem energie. Pokud obézní pacient nespolupracuje je možné současně s dietou podávat antiobezitika. Hladovky se z důvodu řady nežádoucích účinků nedoporučují.

První zásada redukční diety je pravidelnost v jídle, kdy je jídelníček rozdělen do 3 až 5, ojedinele až na 6 jídel denně. Jíst by se mělo zhruba po 3 až 4 hodinách. Nemocný by se do jídla neměl nutit, jelikož se pravidelnost nemá realizovat za každou cenu. Potrava by měla být energeticky rovnoměrně rozdělená během celého dne, aby nedocházelo k hladovění. Strava splňuje zásady racionální výživy, proto je důležitá konzumace potravin s dostatkem vlákniny, vitamínů a minerálních látek. Snažíme se o co největší pestrost jídelníčku. Dbáme na každodenní zařazení ovoce a zeleniny, celozrnných výrobků, brambor, luštěnin. Nejdůležitější u redukční diety je snížení obsahu tuku. Omezíme kuchyňskou sůl, důvodem je hypertenze a otoky, tak stimulační efekt soli povzbuzující chuť k jídlu. Změna stravovacích návyků musí být zásadní včetně změn způsobu života, změny trávení volného času, zvýšení fyzické aktivity. Běžně se stává, že pacient po selhání diety přeruší, jelikož si mylně myslí, že porušením diety je vše ztracené. Pokud má tyto pocity, není ještě vyrovnáný se změnou svých nových životních návyků. Důležitý je také příjem nízkenergetických či zcela bezenergetických tekutin. Denní množství by se mělo pohybovat kolem 1,5 až 2 litrů denně. Pozor dávat na alkoholické nápoje, které mají velký energetický obsah. Vhodný je zvolit individuální přístup k pacientovi v edukaci o dietě. (6, 10, 19, 22)

6.2 Pohybová aktivita

V celé populaci České republiky je fyzická aktivita v průměru extrémně nízká. I když mnoho lidí vykonává určitý pohyb jako je jízda na kole, běžný občan udělá denně jen pár kroků k autu či dopravnímu prostředku a jinak sedí. Aktivity ubývá s věkem.

Pohybová aktivita působí na tělo pozitivně v mnoha ohledech a je důležitou součástí léčby obezity. Je vhodné spolupracovat s cvičitelem, který má zkušenosti s obézními pacienty. Doporučená je kombinace dynamické zátěže s lehkou statickou zátěží, snaha je o zvýšení svalové hmoty s vytrvalostí. Samotné cvičení nemusí obvykle stačit k větší redukci hmotnosti vzhledem k tomu, že zvýšení energetického výdeje není u rekreačního sportu dostatečné a může vést ke zvýšené chuti k jídlu. Cvičení zabraňuje hmotnostnímu nárůstu, má pozitivní vliv na kardiovaskulární aparát, snižuje tělesné tukové zásoby, brání úbytku

netukové tkáně, příznivě ovlivňuje krevní tlak, zlepšuje spolupráci při redukčním režimu, pozitivně ovlivňuje psychiku, má krátkodobý anorektický účinek a zvyšuje citlivost na inzulín. Změna každodenních návyků k intenzivnějšímu pohybu (chůze po schodech místo výtahu, procházka místo jízdy autem) je důležitá. Doporučená je střední intenzita zátěže, která je výborná pro rozvoj kardiovaskulárního a dýchacího systému a zvyšování aerobního účinku. Snižuje také tukové složky v těle.

Sprint či běh do schodů nemůže obézní jedinec vykonávat. Rychlou aktivitu vydrží vykonávat jen několik vteřin, celkový výdej energie za hodinu je malý a přestávky na odpočinek dlouhé. Cvičení silovými aktivitami, jako je cvičení v posilovně nebo provádění dřepů jsou na tom podobně. Čas trávený tímto cvičením bývá využit neefektivně z 10 až 20 procent. Rychlé anaerobní aktivity nemají obvykle žádný význam ve snižování hmotnosti, ale mohou mít význam v tvorbě svaloviny.

Minimální vhodná intenzita cvičení je 30 minut třikrát týdně, kdy se obézní tak zpotí, že se musí převléknout. To představuje výdej asi 4 500 kJ za týden. Cvičení lze doplnit i třemi hodinami vycházek za týden, což se zvýší výdej na 8 000 kJ za týden. Jedna hodina chůze za den spotřebuje asi 750 kJ, což vede ke snížení za měsíc o 1 kg tělesného tuku. (5, 6, 10, 22)

6.3 Psychoterapie

Tato léčba je účinnou pomocí obéznímu pacientovi překonat problémy s obezitou a problémy vyplývající z redukce hmotnosti. Zasahuje do trvalých způsobů chování, myšlení nebo rysů osobnosti. Trvá déle a je pro ni dobrý vztah mezi klientem a terapeutem. Je vhodná u každého, i když si to mnozí neuvědomují. Bez zásadní změny životního stylu nemůže být léčba obezity úspěšná. Změna životního stylu vyžaduje zamyšlení jedince nad sebou, promyšlení všech důvodů, které mohly vést k nárůstu hmotnosti. Důležité je posouzení motivace k léčbě obezity, zjištění negativních a pozitivních faktorů v životě, zamyšlení nad rodinnými i pracovními vztahy. Přístupy k léčbě mohou být individuální, záleží na tom, zda je člověk spíše introvertní než extrovertní. Skupinová léčba v kolektivu je úspěšný léčebný postup, jejíž součástí je vzájemné podporování a cvičení. Setkávání jsou možná i s partnerkou a dětmi, pokud problém zasahuje celou rodinu. Léčbou psychologickými a psychoterapeutickými postupy by se měl nemocný odnaučit nevhodnému životnímu stylu, tedy nízké pohybové aktivitě a nevhodným dietním

návykům. Je třeba odstranit nevhodné zevní podněty a nevhodné jednání, které musí obézní poznat a nahradit je novým pozitivním jednáním.

Mezi nejčastější používané techniky patří Stunkardovy metody, do kterých patří sebezpozorování, aktivní kontrola vnějších podnětů, techniky sebesilování a kognitivní techniky.

- Sebezpozorování – jaké je složení jídla, frekvence, okolnosti, podněty při jídle, okolnosti cvičení
- Aktivní kontrola vnějších podnětů – vyloučení rizikových situací s nevhodným příjmem jídla, nevhodné aktivity, nákupy, zvládání stresových situací, chování na oslavách, jak odolat uždibování v průběhu dne
- Techniky sebesilování – stanovení si odměn při docílení plánovaného poklesu hmotnosti, podpora rodiny, chválení
- Kognitivní techniky – odstranění sebeobviňování, navození pozitivního myšlení, navození dlouhodobé změny životního stylu

Je vhodné vysvětlit jedinci, co je to obezita a jaké přináší zdravotní rizika. Je dobré vést zápisy o jídle, o fyzické aktivitě, o problémech a jejich řešení, o pocitech, o cílech a odměnách, záznamy nálady, co a jak dlouho pacient jedl a co při tom jídle dělal. Cílem psychoterapie je navození pohody, pocitu uspokojení, zlepšení pohyblivosti a vyvolání zájmu o pohyb a úpravu dietních zvyklostí. Pro úspěch léčby je nutné sledovat fáze, kterými si nemocný prochází. Motivace je nejdůležitějším krokem v psychologické léčbě.

Fáze:

V první fázi člověk o žádné zásadní změně životního stylu neuvažuje. Obezitu nevnímá jako problém a odpovědnost přisuzuje někomu nebo něčemu jinému. Za nejčastějšími viníky jsou geny, výchova, pomalý metabolismus, náročné zaměstnání, péče o rodinu nebo těhotenství. Nelze snižovat vliv genetiky nebo způsob stravování v dětství, problém tedy nastává, když jedinec nevidí svůj vlastní podíl viny na vzniku obezity. Jedinec začíná uvažovat ve druhé fázi o změně životního stylu, probouzejí se v něm pochybnosti. Pro a proti jsou v rovnováze. Vznikají malé úspěchy ve změně, které vedou ke spokojenosti jedince, že vlastními silami něco dokázal. Třetí fáze se týká rozhodování obézního jedince. Převažují zisky ze změny životního stylu a uvědomění si příčin a následků obezity. To, že se již rozhodl, nemusí ještě znamenat změnu. Velká část obézních vyžaduje změnu od

lékaře, kdy prosí o předepsání léků nebo o operaci, které by jim pomohly ke snadnější redukci váhy. Čtvrt začíná omezením jídla, pohybem nebo vyhledáním redukčního kurzu. Je nutné začít redukcí hmotnosti pomalu, aby byla trvalá. Obézní jedinec si uvědomil, jaká rizika pro něj nese nadměrná hmotnost. Extrémní kroky vedou k jojo efektu, jelikož se nedají vydržet trvale. V páté fázi jde o udržování změny. Redukce hmotnosti se podařila a jedinec si zvyká na nový životní styl. V poslední fázi dochází k relapsu. Člověk se vrací ke svému dřívějšímu životnímu stylu buď částečně, nebo úplně. Snaží se sám sebe omlouvat. Pokud kila přibývají, může upadnout jedinec do beznaděje a nový režim vzdát. Vrací se nejčastěji do druhé fáze. (1, 5, 6, 10)

6.4 Farmakoterapie

Podávání medikamentů je součástí celkové léčby obezity, která tak zahrnuje dietní opatření, pohybovou aktivitu, psychoterapii a farmakoterapii. Svůj smysl podávání léků ztrácí tehdy, když obézní člověk nezmění chování. Smyslem léčby léky je překonat počáteční fázi redukce hmotnosti, snížit chuť k jídlu do doby, kdy se nemocný naučí novým stravovacím návykům. Anorektika potlačují chuť k jídlu, ale samotné podávání těchto léků nesníží hmotnost.

Přípravky na léčbu obezity lze rozdělit na antiobezitika používaná výhradně v léčbě obezity, na léčiva určená k léčbě jiných onemocnění a na léčiva využívaná v léčbě metabolického syndromu a stavů kauzálně související s obezitou.

U dětí je léčba léky doporučována pouze tehdy, pokud se u nich objevily vážné zdravotní komplikace. U dospívajících byly dříve vhodné dva druhy léků: sibutramin (Meridia, Lindaxa) a orlistat (Xenical). Sibutramin je v současné době asi dva roky pozastaven pro vedlejší účinky. Orlistat zabraňuje vstřebávání tuků ve střevě a lze s ním léčit děti od 12 let věku. Hrozí riziko nedostatku vitamínů rozpustných v tucích a gastrointestinální nežádoucí účinky. Někteří lékaři využívají farmakoterapii málo, při tom řada studií ukazuje, že jejich podávání je na místě již při pouhé nadváze od BMI 27. (5, 6, 8, 9, 11)

6.5 Chirurgická léčba

Bariatrická léčba je velmi účinná u těžké obezity, vede k dlouhodobému poklesu hmotnosti, zvýšení kvality života a dlouhodobě snižuje celkovou mortalitu. Používá se u nemocných s hodnotou BMI nad 40 nebo nad 35, při souběžných onemocněních. Nutná je spolupráce všech lékařů, kteří se podílejí na uzdravení pacienta, což je například chirurg, obezitolog, psycholog a spolupráce nemocného. (22)

6.5.1 Bandáž žaludku

Správná kritéria pro výběr pacientů k bandáži žaludku jsou pacienti, u kterých selhala jiná metoda léčby obezity. Používá se při hodnotách BMI nad 40 nebo 35 a při závažných zdravotních komplikacích obezity. Bandáž žaludku se provádí také u osob s BMI pod 35 se zdravotními komplikacemi obezity, pokud již v minulosti bylo jejich BMI vyšší než 35. Spolupracující pacient, který je vhodný z psychologického hlediska k výkonu. Tento zákrok vyžaduje od morbidně obézních nemocných spolupráci v dietním omezení, dietního režimu a způsobu stravování. Bandáž pomáhá držet přísnou redukční dietu, hubnout za nemocného nebude. Kontraindikováni jsou nemocní, kteří nedocházejí na pravidelné kontroly a nedodržují doporučená dietní omezení.

Žaludek se podváže cévní protézou nebo speciální svorkou a změní se na tvar přesýpacích hodin. Modernější varianta je adjustabilní bandáž žaludku, kdy je manžela naplněna tekutinou, spojující hadička vyvedena do podkoží a zakončena komůrkou. Plněním tekutiny může být otvor bandáže zmenšován či zvětšován podle potřeby.

U hůře spolupracujících nemocných může dojít k roztažení horního oddílu žaludku. Jedinec neschopný omezit příjem potravy po výkonu zvrací. Při dlouhodobém přejídání se horní část žaludku roztahuje a objevuje se zánět jícnu. Bandáž se může i proříznout, odejít se stolicí a sama se tedy zrušit.

6.5.2 Tubulizace žaludku

Pro tubulizaci žaludku nebo-li sleeve gastrectomy jsou vhodní nemocní, u kterých nemohla být provedena z různých důvodů bandáž žaludku. K provedení jsou indikováni nemocní s těžkým stupněm nadváhy s BMI větším než 40, u nichž selhala konzervativní léčba. Nemocní s nadváhou těžšího stupně s BMI větším než 35, která je spojena se závažnými komplikacemi oběhovými, metabolickými či pohybovými. Obézní by měl být

motivován, plně informován o metodě a musí rozumět možným pozitivním i negativním důsledkům. Je nutné po operaci dodržovat přísnou redukční dietu.

Operačnímu výkonu předchází komplexní klinické, laboratorní a psychologické vyšetření. Kontraindikací jsou nedodržování dietního omezení, nespolupráce nemocného, závažná přidružená onemocnění, hiátové hernie.

6.5.3 Žaludeční bypass

Tato metoda je celosvětově nejpoužívanější bariatrickou metodou. K výkonu jsou indikováni především nemocní s těžkým stupněm nadváhy s BMI vyšším než 40, u nich selhala konzervativní léčba. Nemocní s nadváhou těžšího stupně s BMI vyšším než 35, která je spojena se závažnými komplikacemi oběhovými, metabolickými a nemocní s velmi špatně ovlivnitelným diabetem 2. typu. Pro gastrický bypass jsou vhodní pacienti, u kterých nešla z různých důvodů provést bandáž žaludku či tubulizace žaludku, kteří opakovaně po výrazné redukci hmotnosti opět svoji váhu nabrali. Jde tedy o případy opakovaných velkých jojo efektů. Kontraindikacemi jsou předchozí otevřené břišní operace, operace velkých břišních kýl a nespolupráce nemocného.

6.5.4 Biliopankreatická diverze

Podle většiny autorů je tato metoda považována za technicky nejsložitější bariatrickou metodou. Indikováni jsou především nemocní s těžkým stupněm nadváhy s BMI vyšším než 40, u nichž selhala konzervativní léčba. Nemocní s nadváhou těžšího stupně s BMI vyšším než 35, která je spojena se závažnými komplikacemi oběhovými, metabolickými nebo pohybovými. V poslední době jsou biliopankreatickou diverzí léčeni nemocní s diabetem 2. typu, kteří netrpí těžkým stupněm obezity.

Po operaci je nutné dodržovat doporučené složení stravy, změnit životní styl a docházet na pravidelné kontroly vnitřního prostředí. Kontraindikacemi jsou předchozí otevřené břišní operace, operace velkých břišních kýl a nespolupráce nemocného. (1, 2, 6)

8 NOVINKY PRO OBÉZNÍ PACIENTY

8.1 ABSI – Index tvaru těla

Nevýhodou body mass indexu je, že nedokáže odlišit, do jaké míry se na tělesné hmotnosti podílí tuk a do jaké svaly. Stokilový kulturista, který měří 180 cm, má stejné hodnoty body mass indexu jako těžce obézní jedinec.

Konstrukce ABSI – A Body Shape Index neboli Indexu tvaru těla je dosti složitá, v čitateli je obvod pasu a ve jmenovateli BMI a výška, v odmocninách různého stupně.
(30)

8.2 XXL centra

Hlavními výhodami XXL center by měly být operační stoly, které unesou více jak 200 kilo, širší postele, větší výtah i sedadla a hlavně specializovaná péče pro obézní pacienty. Tyto centra navrhla zřídít Česká obezitologická společnost. Ve svém článku: XXL centra budou léčit extrémně obézní pacienty, popisuje autorka Lenka Vyšínová případ jedné pacientky, kterou odmítli v nemocnici operovat, protože by jí neunesl operační stůl. Obézní nemocní se kolikrát nevejdou do některých diagnostických přístrojů. Zdravotnický personál nemá technické vybavení, které by zvládlo váhu takového pacienta. Nemůže tedy nabídnout dostatečnou péči, ani zajistit potřebnou hygienu. (29)

9 KVALITA ŽIVOTA

Pojem kvalita je v českém slovníku vyjadřován jako jakost či hodnota. Nejčastěji se hodnotí individuální život, který zahrnuje jevy a činnosti charakterizující osobu. Život jedince je chápán jako komplexní pojem zahrnující všechny projevy, oblasti jeho činnosti (rodinný, společenský, pracovní, citový život). V ošetrovatelství se jedná například o kvalitu života pacientů s diabetes mellitus, s onkologickým onemocněním apod. V běžné komunikaci pojem kvalita života většinou vyjadřuje něco dobrého. V odborném jazyce se tento pojem používá na popis pozitivních i negativních aspektů života. Hodnocení našeho života zda je či není kvalitní, je založené na porovnávání našeho života s životem druhých lidí. Je těžké definovat kvalitu života, protože zahrnuje širokou škálu různorodých oblastí zkušenosti člověka – od fyzických funkcí až po oblasti spojené s dosahováním cílů a prožíváním vlastního štěstí. V ošetrovatelství se zaměřuje hodnocení kvality života na člověka ve specifické životní situaci ve vztahu k zdravotnímu stavu. Někteří autoři

poukazují na to, že pojem kvalita života se neadekvátně používá v praxi. Využívají se různé nástroje měření, ve kterých není kvalita života jasně definována, ale je chápána pouze v souvislosti se zdravím. Ideální by bylo vytvoření definice, který by vycházela ze subjektivní perspektivy pacienta, z vnímání jeho vlastního života. Správné pojmenování kvality života je základním předpokladem úspěšnosti ošetrovatelských intervencí zaměřených na její zlepšení.

Modely kvality života v ošetrovatelství byly většinou vytvořeny na základně kvalitativních výzkumů u pacientů onkologicky nemocných. Kvalita života je nejčastěji rozdělena do čtyř až pěti oblastí. Je to tělesná pohoda, psychická pohoda, sociální vztahy, somatické aspekty související s onemocněním a léčbou a spiritualita.(15)

PRAKTICKÁ ČÁST

10 FORMULACE PROBLÉMU

Česká republika se pohybuje počtem obézních ve světě na předních příčkách. Neustále přibývá počet lidí trpících obezitou. Již v dětském věku můžeme zpozorovat kolem nás vysoký nárůst. Výskyt je zapříčiněn důsledky vlivů současných životních podmínek, životního prostředí a životního stylu s pozitivní energetickou bilancí. Čím dál tím více rodin se stravují mimo domov ve fastfoodech, či je konzumují ve formě hotově připravených jídel. S obezitou se zvyšuje riziko kardiovaskulárních, ortopedických, metabolických, respiračních a psychických komplikací. Vyšší hmotnost nemocného ovlivňuje nejen jeho zdravotní stav, ale i fyzickou kondici, postavení v zaměstnání, mezilidské vztahy a narušuje obraz těla obézního jedince. Důležité pro osoby trpících obezitou je neustálé zdůrazňování toho, jak je důležité se správně stravovat a věnovat se pohybové aktivitě. Podávat dostatek informací v těchto oblastech. Pokud tyto způsoby léčby selžou, podáváme dostatek informací o dalších alternativách léčby.

11 CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU

Cílem této práce je zmapovat, jaká příčina se dle mínění respondentů nejvíce podílela na vzniku obezity. Zda obézní lidé dodržují správné stravovací návyky. Která zdravotní komplikace se nejčastěji vyskytuje. Jak se obezita promítá do kvality života dotazovaných a jak ovlivňuje jejich psychický stav.

12 METODIKA

Pro praktickou část k získání potřebných informací a podkladů k vypracování bakalářské práce byla zvolena kvantitativní výzkumná forma dotazníkového šetření. Byl vytvořen dotazník, který byl anonymní a obsahoval celkem 24 otázek. Výzkumné šetření probíhalo v časovém rozmezí od měsíce prosinec 2012 do února 2013. Distribuce dotazníků proběhla za pomoci pracovníků z městské nemocnice Privamed na obezitologickém pracovišti, v ordinaci MUDr. Romany Pytlíkové, u praktického lékaře pro dospělé v Horním Slavkově a v Nové Roli. Mého dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 100 (100 %) obézních jedinců, z toho 53 (53 %) žen a 47 (47 %) mužů. Návratnost tedy byla 100 (100 %), jelikož na určitém pracovišti probíhalo rozdávaní a sběr dotazníků

za mé přítomnosti. K získání statistických údajů jsem použila ruční třídění dotazníků. Data byla zaznamenána a vyhodnocena prostřednictvím grafů a jedné tabulky v programu Microsoft Excel. Pod každý graf a tabulku jsem doplnila komentář.

13 HYPOTÉZY

Hypotéza H 1 - Domnívám se, že více než polovina dotazovaných respondentů má zdravotní potíže.

Hypotéza H 2 - Domnívám se, že více než polovina respondentů nevykonává pravidelně žádnou sportovní aktivitu.

Hypotéza H 3 - Domnívám se, že většina respondentů nedodržuje správné stravovací návyky.

Hypotéza H 4 - Domnívám se, že většina obézních vnímá svoji kvalitu života jako nízkou či velmi nízkou.

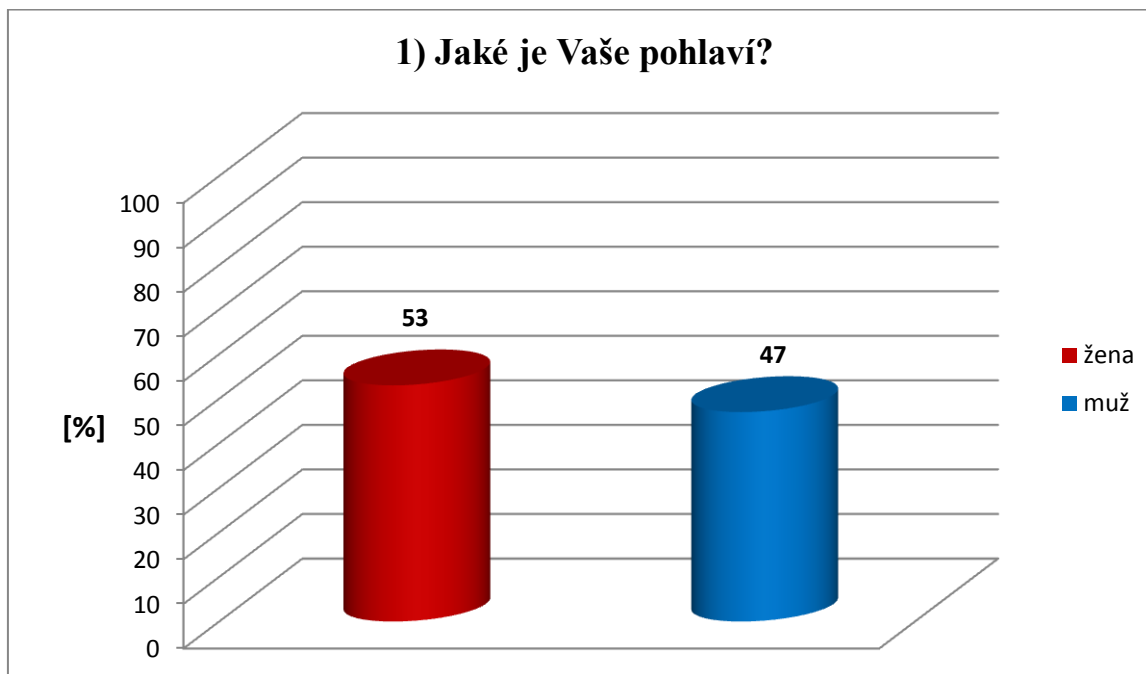
Hypotéza H 5 - Domnívám se, že více než polovina respondentů není v důsledku zvýšené hmotnosti v duševní pohodě.

14 VZOREK RESPONDENTŮ

Do výzkumného vzorku respondentů spadají ženy i muži rozdílných věkových kategorií. Výzkum byl proveden v městské nemocnici Privamed na obezitologickém pracovišti, v ordinaci MUDr. Romany Pytlíkové, u praktického lékaře pro dospělé v Horním Slavkově a v Nové Roli. Výzkumný vzorek tvořilo 100 respondentů. Vyplnění dotazníku bylo dobrovolné a anonymní.

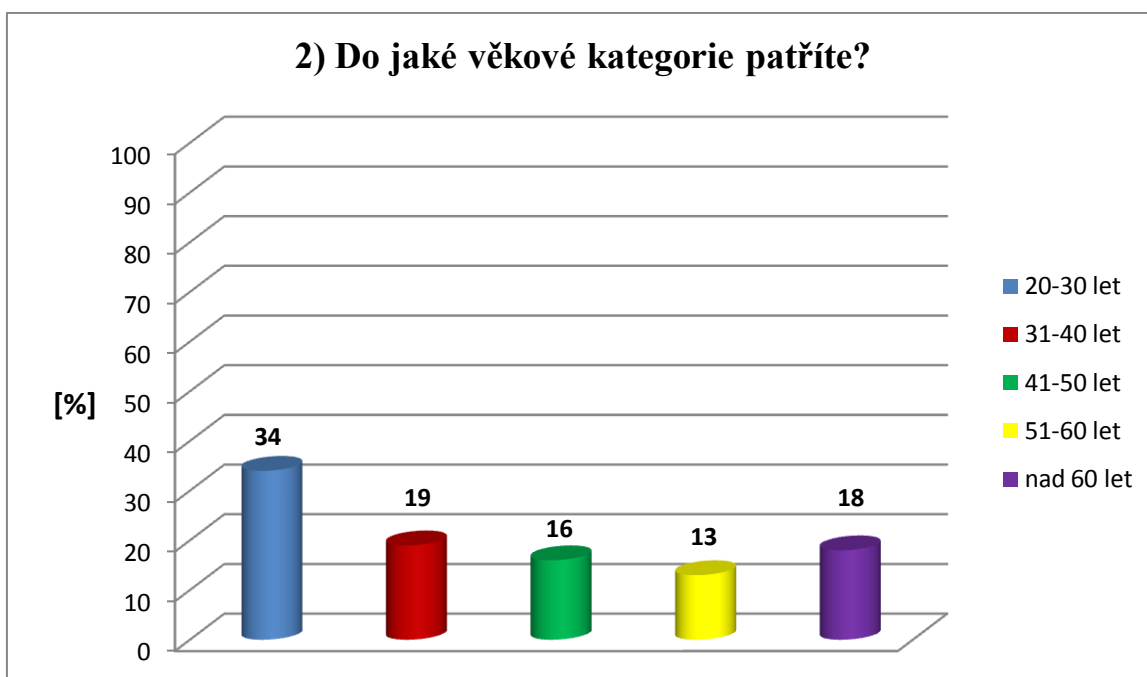
15 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Graf č. 1 Pohlaví respondentů



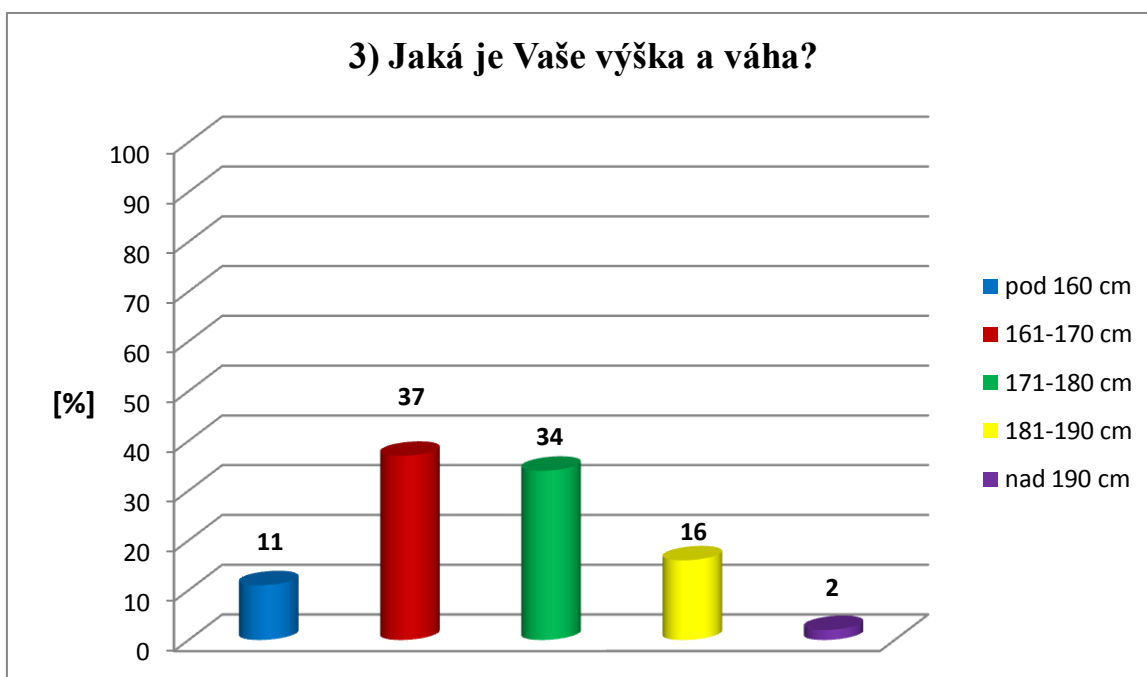
Graf 1 znázorňuje podíl mužů a žen. Více než polovina respondentů 53 (53%) byly ženy a zbylá část 47 (47%) muži.

Graf č. 2 Věková kategorie respondentů



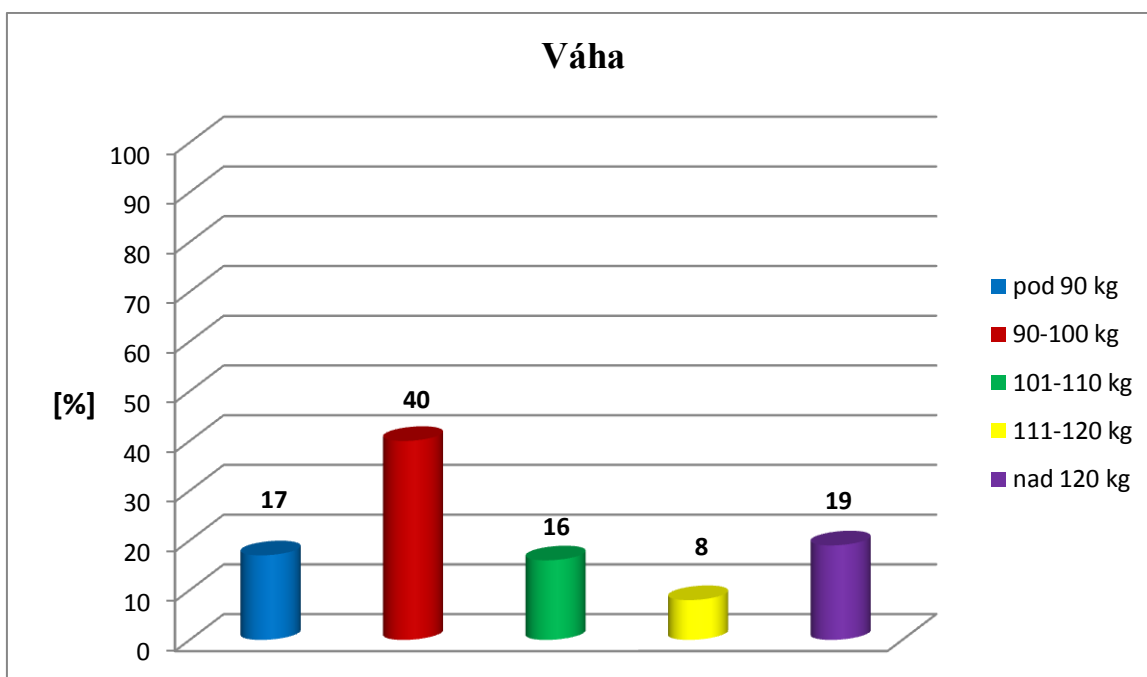
Nejvíce, tedy 34 (34 %) dotazovaných respondentů spadá do věkové kategorie 20-30 let. Do kategorie 31-40 let spadá 19 (19 %) respondentů. Ve třetí kategorii 41-50 let je zastoupeno 16 (16 %) respondentů. Do zbývajících dvou kategorií spadá 31 (31 %), které jsou zastoupeny ve věkové kategorii 51-60 let 13 (13 %) respondenty a 18 (18 %) respondenty ve věku nad 60 let.

Graf č. 3 Výška respondentů



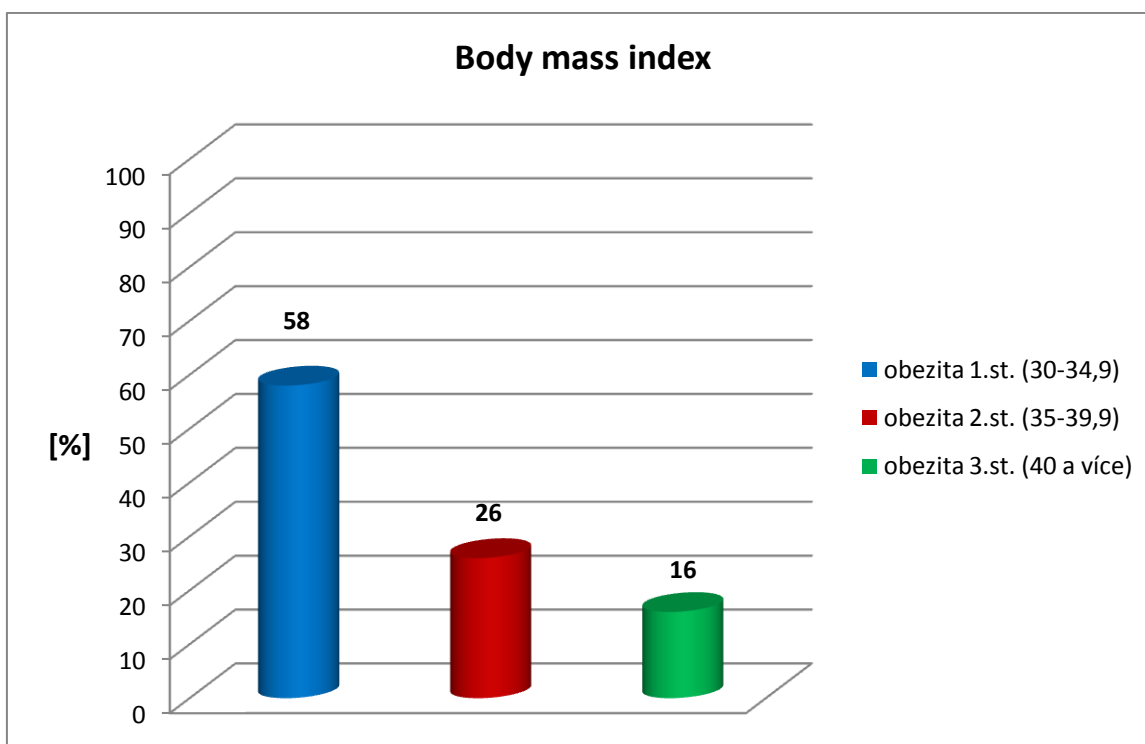
Z grafu 3 vyplývá, že 11 (11 %) dotazovaných respondentů měří pod 160 cm. V kategorii 161-170 cm je zastoupeno 37 (37 %) respondentů. Možnost s výškou 171-180 cm označilo 34 (34 %) respondentů. Do dalšího výškového rozmezí 181-190 cm spadá 16 (16 %) respondentů a pouze 2 (2 %) měří nad 190 cm.

Graf č. 4 Váha respondentů



Z grafu, který zobrazuje váhy respondentů, vyplývá, že pod 90 kg váží 17 (17 %) respondentů. Nejvíce zastoupená je kategorie 90-100 kg a to 40 (40 %) dotazovaných. Do rozmezí 101-110 kg spadá 16 (16 %) respondentů. V další váhové kategorii 111-120 kg je nejmenší zastoupení a to s 8 (8 %) dotazovaných respondentů. Další hodnocenou kategorií je skupina 9 (9 %) respondentů, která váží nad 120 kg.

Graf č. 5 Body mass index respondentů

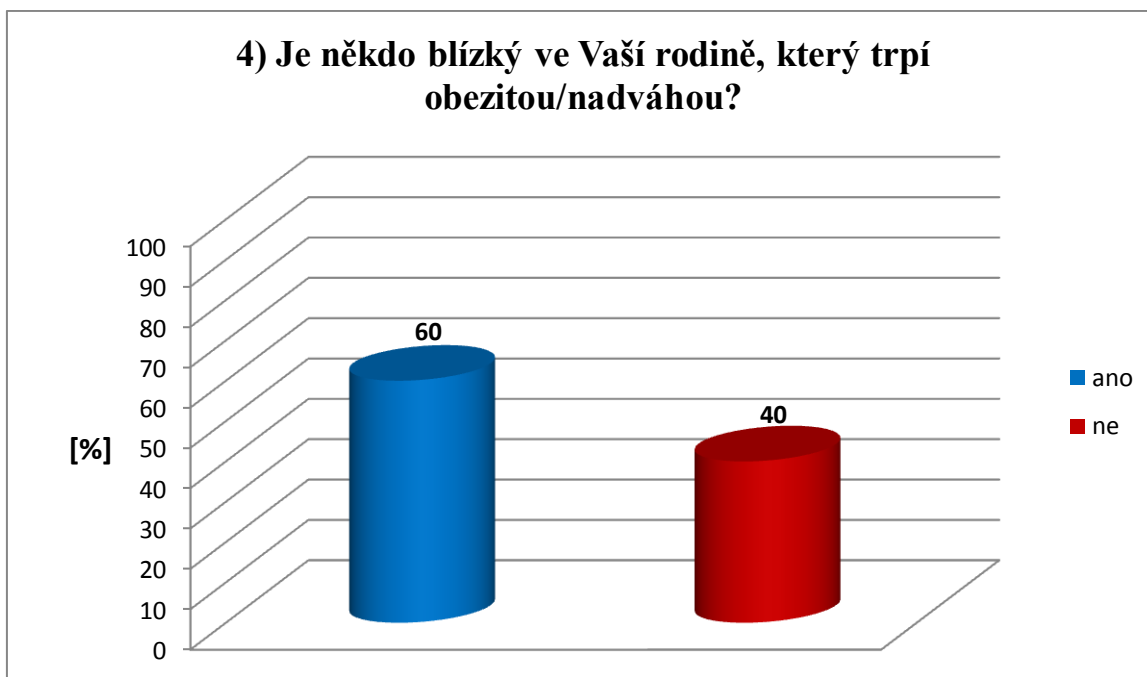


Na grafu jsou znázorněny výsledky po výpočtu BMI , pro jehož stanovení je důležité znát tělesnou hmotnost člověka (kg) a jeho výšku (m). Výpočet BMI vychází ze vztahu:

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

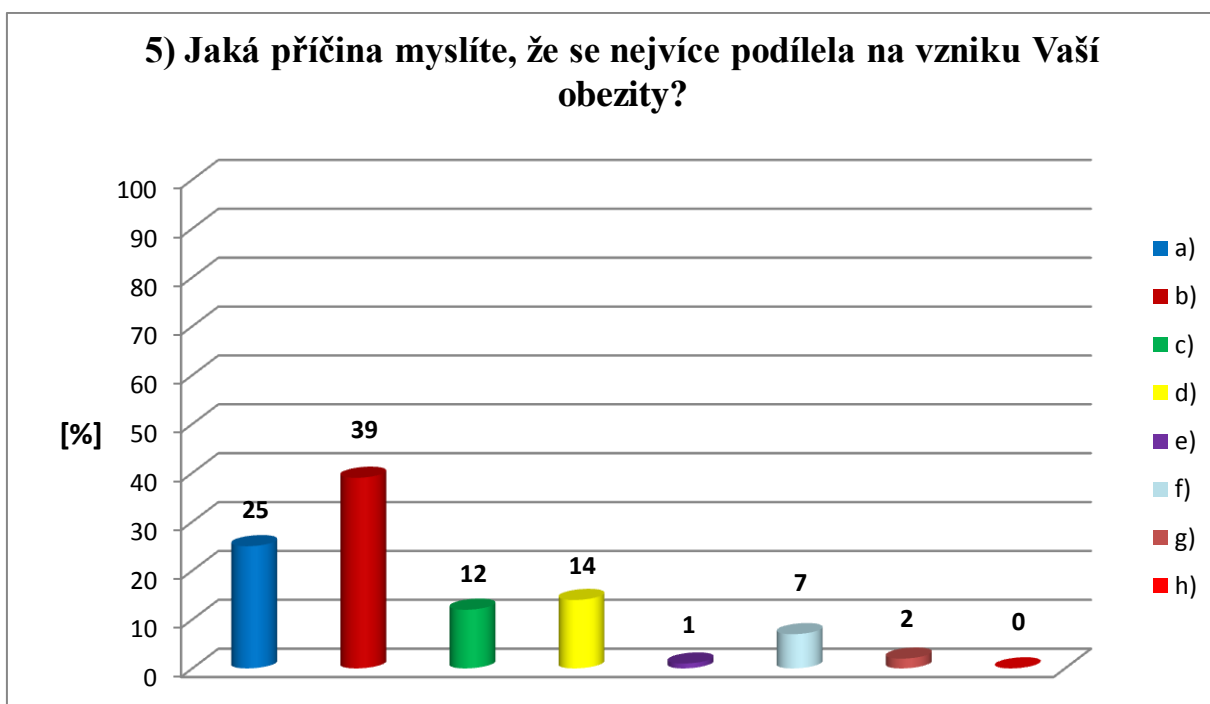
Více než polovina 58 (58 %) dotazovaných respondentů spadá do skupiny se zvýšenými zdravotními riziky, která se nazývá obezita 1. stupně, ve které se limitní hodnoty pohybují v rozmezí 30 - 34,9 kg/m². Do skupiny s vysokými riziky, tedy do obezity 2. stupně s hodnotami 35 – 39,9 kg/m² spadá 26 (26 %) respondentů. Hodnoty BMI 40 a více jsem vypočítala u 16 (16 %) respondentů, kteří spadají do skupiny s vysokými riziky do obezity 3. stupně.

Graf č. 6 Výskyt obezity v rodině



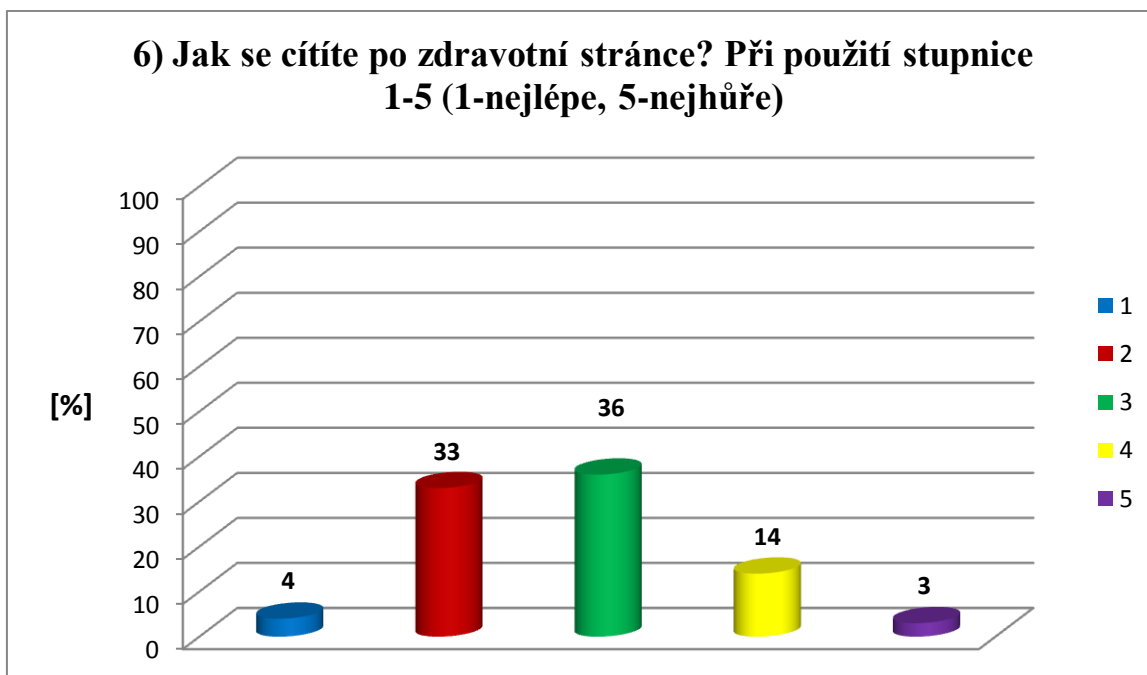
Na otázku: „Je někdo blízký ve Vaší rodině, který trpí nadváhou/obezitou?“, odpověděla více než polovina 60 (60 %) respondentů „ano“. Odpověď „ne“ označilo 40 (40 %) respondentů.

Graf č. 7 Příčina vzniku obezity



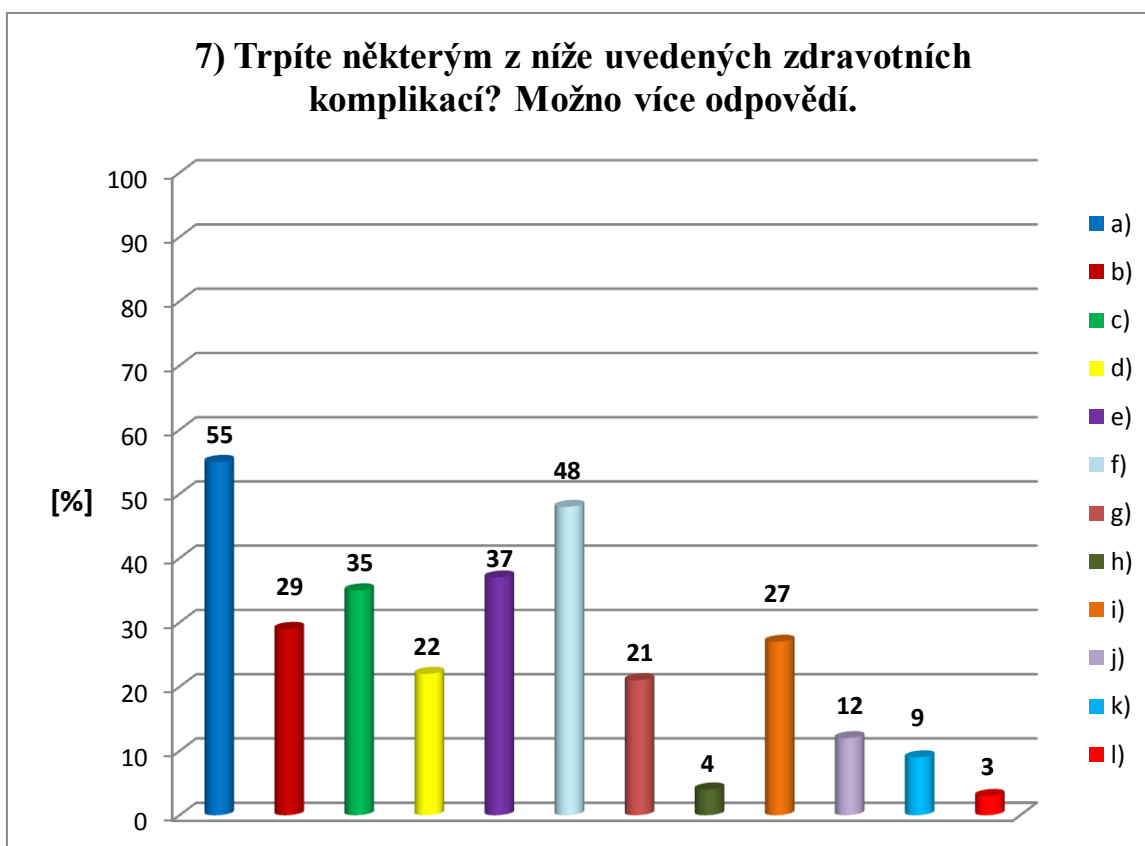
Většina respondentů 39 (39 %) si myslí, že se nejvíce na jejich obezitě podílelo nevhodné stravování. Druhá nejvíce zastoupená část 25 (25 %) označila, že se na jejich obezitě podílel nedostatek pohybové aktivity. Další příčinou obezity byly hormonální vlivy, které označilo 12 (12 %) respondentů. Tuto odpověď označily pouze ženy, u mužů se tato příčina nevyskytovala. 14 (14 %) tvrdí, že se na jejich vzestupu hmotnosti nejvíce podílely genetické dispozice. Pouze 1 (1%) respondent označil odpověď „úraz či nemoc“. Do kategorie stres spadá 7 (7 %) dotazovaných respondentů. Skupina zanechání kouření je zastoupena 2 (2 %) respondenty. K jiným příčinám se nepřiklonil žádný respondent.

Graf č. 8 Zdravotní stránka respondentů



Graf 8 znázorňuje zdravotní stránku respondenta, která je ohodnocena známkami jako ve škole od 1 – 5 (1 – nejlépe, 5 – nejhůře). Nejvíce zastoupené je hodnocení s číslem 3 a to 36 (36 %) respondenty. Hodnocení s číslem 2 zvolilo 33 (33 %) respondentů. Na výbornou se cítí pouze 4 (4 %) respondenti. 14 (14 %) respondentů ohodnotili svou zdravotní stránkou číslem 4. Nejhůře se cítí po zdravotní stránce 3 (3 %) respondenti.

Graf č. 9 Zdravotní komplikace respondentů



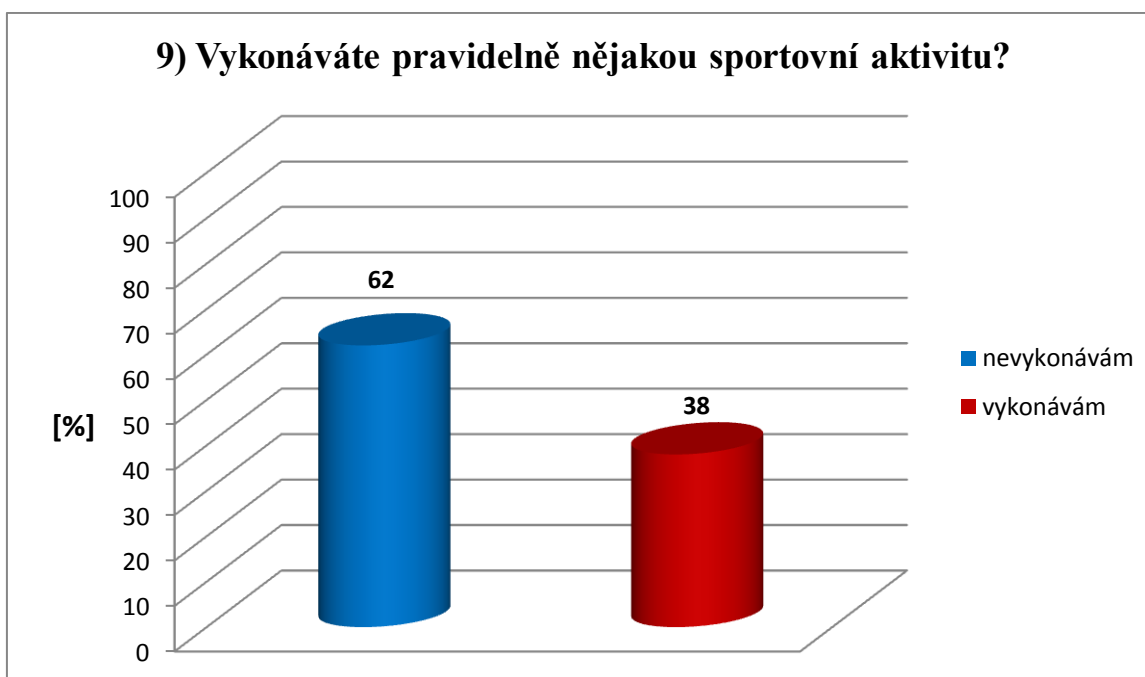
Nejčastějšími zdravotními komplikacemi byly zvoleny bolesti kloubů a páteře 55 (55 %) respondenty. Do dechových potíží spadá 29 (29 %) respondentů. 35 (35 %) respondentů trpí vysokým krevním tlakem. Možnost zdravotní komplikace vysoké hladiny cholesterolu označilo 22 (22 %) respondentů. Další skupinou je 37 (37 %) dotazovaných, kteří označili jako svou zdravotní komplikaci omezení hybnosti. Druhou největší zastoupenou skupinou je zvýšené pocení a to se 48 (48 %) respondenty. Cukrovkou trpí 21 (21 %) respondentů a potížemi se srdcem 4 (4 %). Do zdravotní komplikace, která se týká potíží trávicího traktu, spadá 27 (27 %) respondentů. Nervové potíže jsou zastoupeny 12 (12 %) respondenty. 9 (9 %) respondentů tvrdí, že nemají žádné zdravotní komplikace. Skupinu jiné tvoří 3 (3 %) respondenti, kteří doplnili do této kolonky jako svou zdravotní komplikaci hypofunkci štítné žlázy.

Graf č. 10 Zaměstnání respondentů



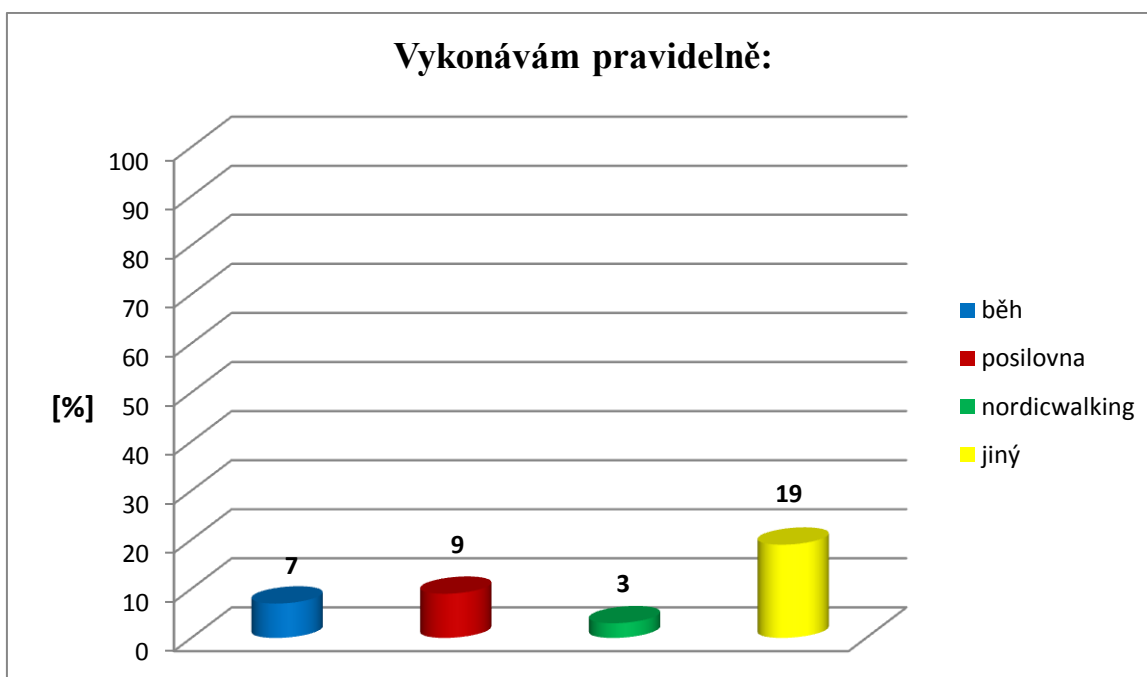
Jak je zřejmé z grafu, tak 56 (56 %) respondentů vykonává zaměstnání, ve kterém spíše sedí. Dalších 12 (12 %) respondentů v zaměstnání spíše stojí. Do možnosti jiné spadá 32 (32 %) respondentů. Z těchto 32 (32 %) respondentů uvedlo 17 (17 %), že jsou ve starobním důchodu. Dalších 6 (6 %) respondentů ještě studuje. 4 (4 %) respondenti jsou na mateřské dovolené a 5 (5 %) respondentů se v práci pohybují.

Graf č. 11 Sportovní aktivita respondentů



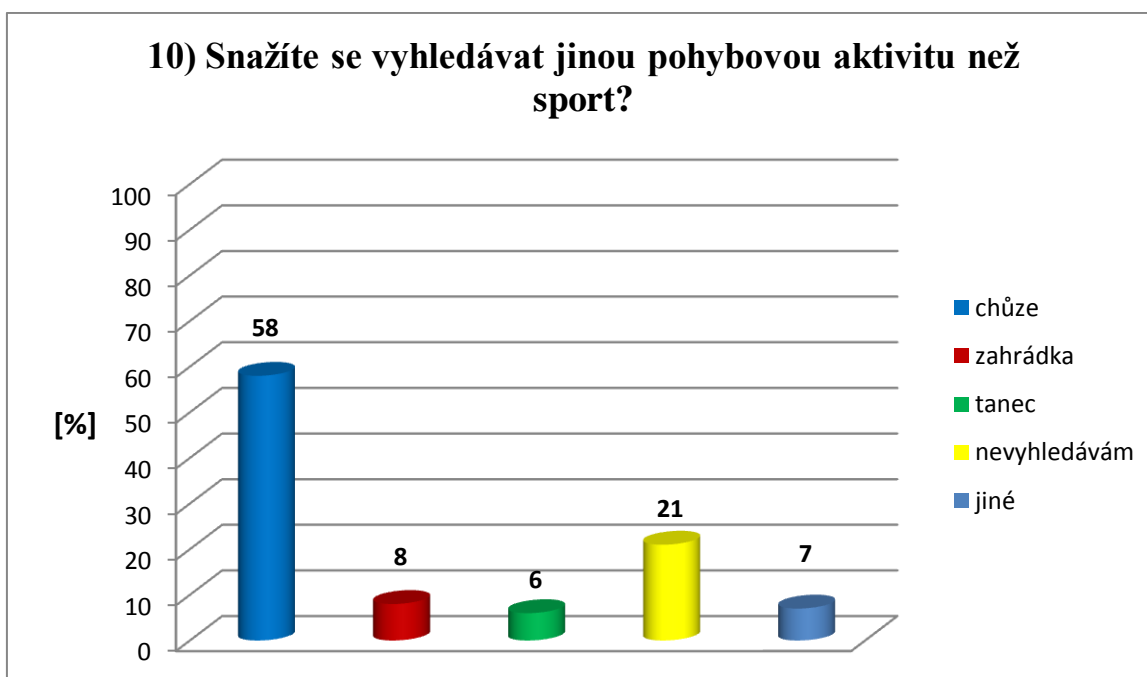
Na otázku: „Vykonáváte pravidelně nějakou sportovní aktivitu? Minimálně 2x do týdne po dobu minimálně 30 minut?“, odpovědělo 62 (62 %) respondentů „nevykonávám“. Dalších 38 (38 %) vykonává pravidelně nějakou sportovní aktivitu.

Graf č. 12 Vykonávání pravidelné sportovní aktivity



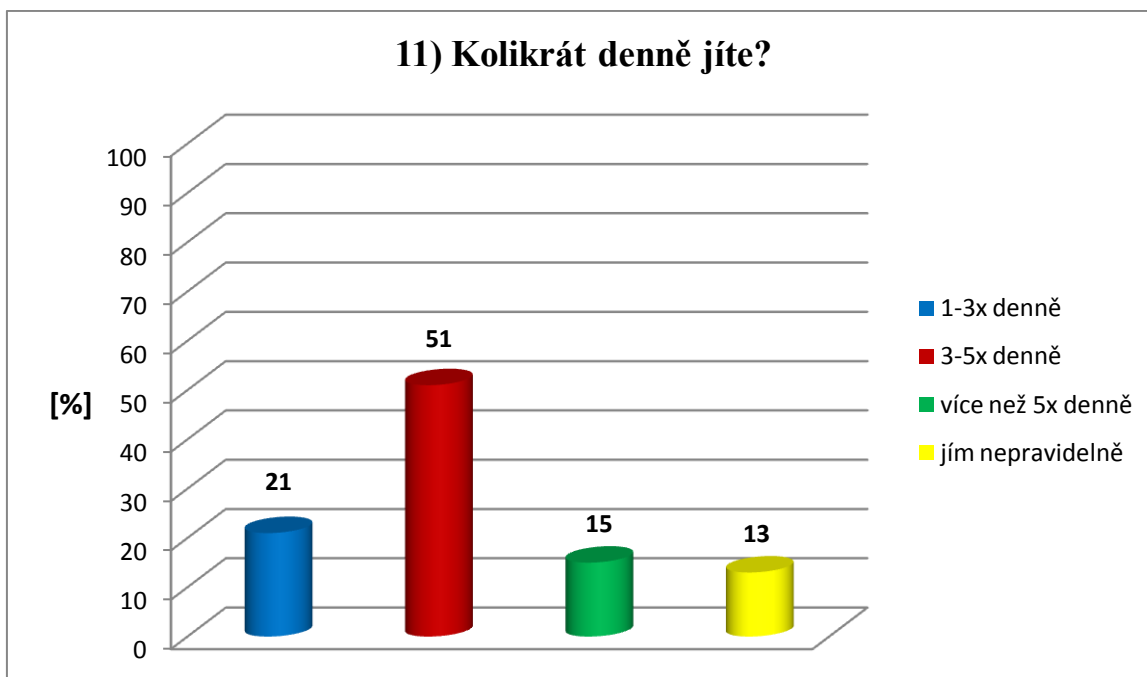
Pravidelně běhá 7 (7 %) respondentů a posilovnu navštěvuje 9 (9 %) dotazovaných. Nordicwalking nebo také chůzi o holích provádí 3(3 %) respondenti. Zbývajících 19 (19 %) respondentů označili kolonku s možností „jiný“. Někteří vypsali i více sportovních aktivit, které provádějí. Objevila se zde několikrát jízda na kole, turistika, jízda na rotopedu, fotbal, kalanetika, squash, jóga, aerobic, zumba, břišní tanec či americký fotbal. Jeden respondent také uvedl do kolonky: „V práci mám pohybu až až“.

Graf č. 13 Pohybová aktivita



Graf 13 znázorňuje pohybovou aktivitu. Chůzi vyhledává více než polovina 58 (58 %) respondentů. Další pohybovou aktivitu s možností zahrádka zvolilo 8 (8 %) respondentů. Jen ženy 6 (6 %) označily tanec jako jinou pohybovou aktivitu, kterou vyhledávají. Dalších 21 (21 %) dotazovaných nevychází žádnou jinou pohybovou aktivitu než sport. Možnost jiné zvolilo 7 (7 %) respondentů. V této kolonce uvedli i sportovní aktivity, které nevykonávají pravidelně jako je plavání, fotbal, jízda na kole a lyžování.

Graf č. 14 Denní množství porcí



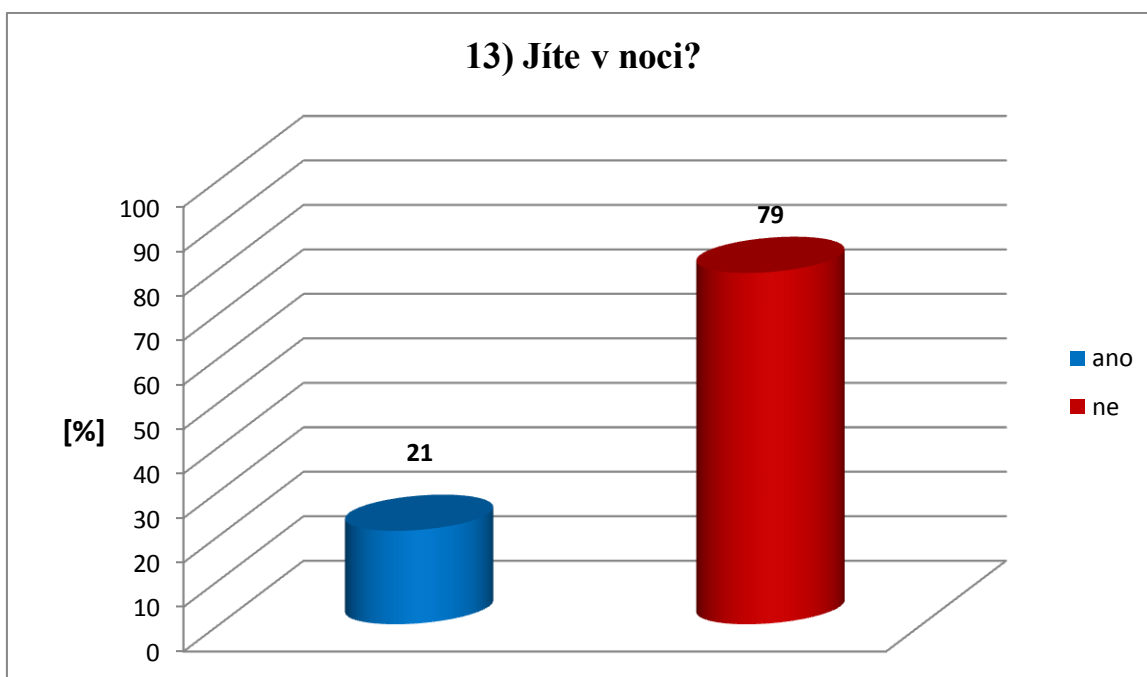
Většina respondentů tedy 51 (51 %) uvedlo, že jí 3 – 5x denně. Dalších 21 (21 %) respondentů se stravuje 1 – 3x denně a více než 5x denně se stravuje v počtu 15 (15 %) dotazovaných. Možnost „jím nepravidelně“ označilo 13 (13 %) respondentů.

Graf č. 15 Denní množství tekutin



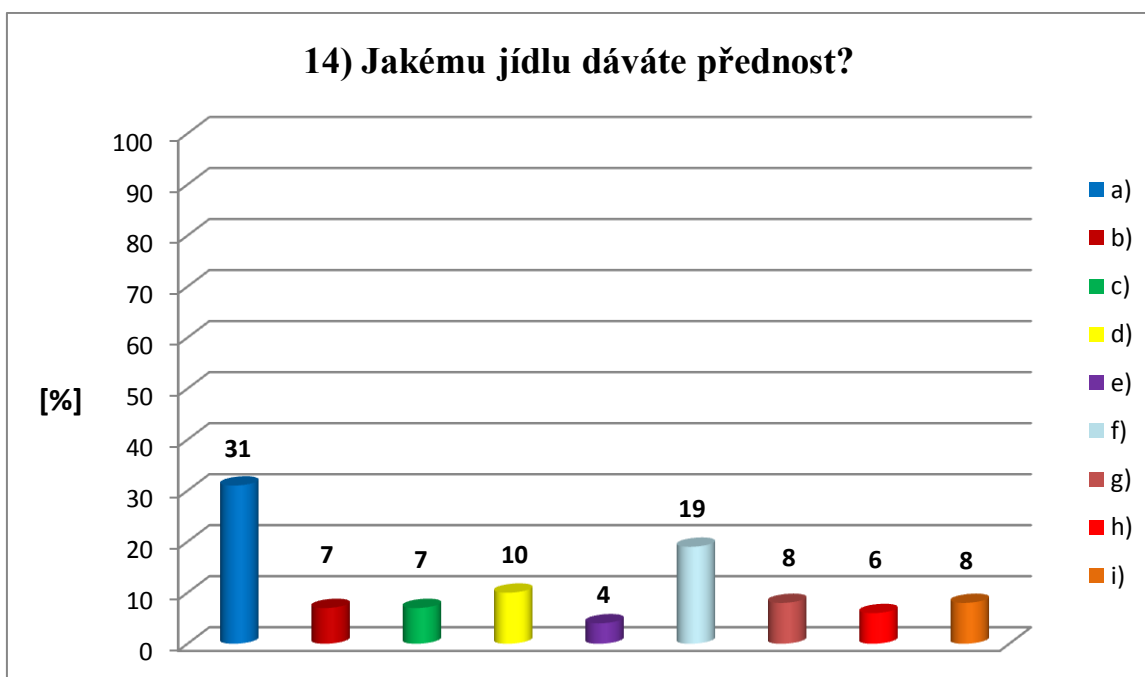
Z grafu, který znázorňuje odpovědi na otázku: „Jaké množství tekutin vypijete za den?“, vyplývá, že 2 (2 %) respondenti spadají do skupiny, kteří vypijí méně než 1 litr za den. Většina dotazovaných 51 (51 %) vypijí za den 1 – 2 litry. Velkou skupinu také tvoří 40 (40 %) respondentů, kteří uvádějí, že jejich denní spotřeba tekutin je 2,5 – 3 litry. Více než 3,5 litru denně vypije 7 (7 %) respondentů.

Graf č. 16 Stravování v noci



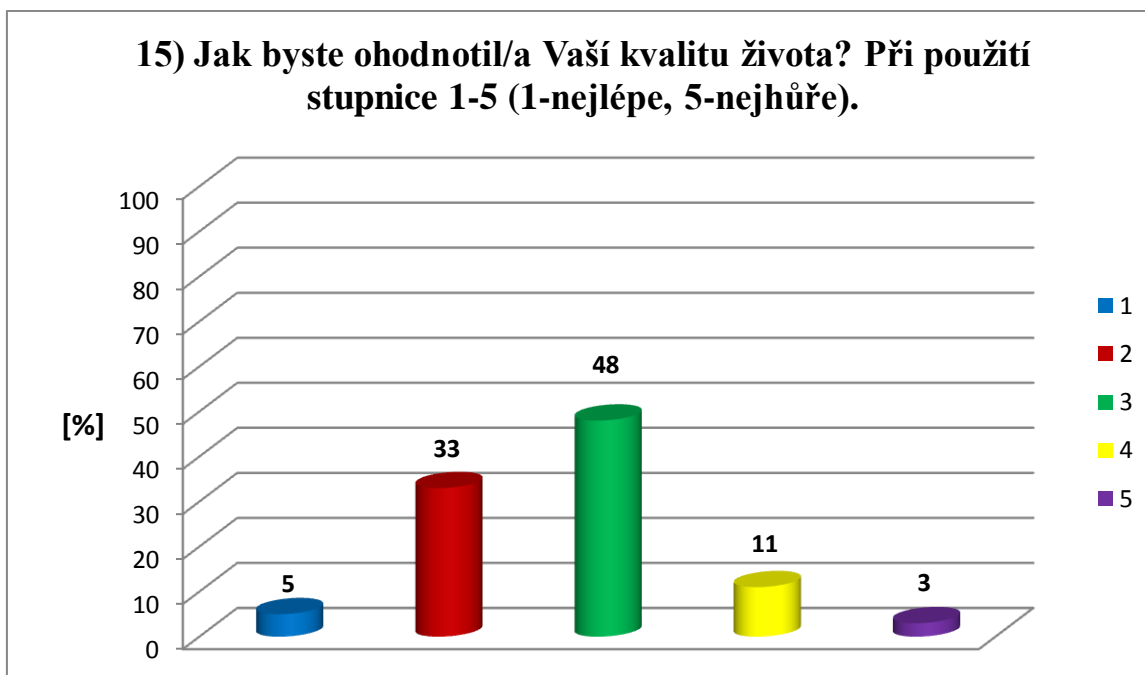
Velkou skupinu tedy 79 (79 %) respondentů tvoří skupina, která na otázku: „Jíte v noci? Pokud nepracujete ve směnném provozu.“, odpověděla „ne“. Zbývajících 21 (21 %) dotazovaných jí v noci.

Graf č. 17 Nejčastěji volená potravina



Graf 17 informuje o tom, jakému jídlu dávají respondenti přednost. Masu a mastným výrobkům dává přednost 31 (31 %) respondentů. Tučná jídla preferuje 7(7 %) respondentů. Další skupinu tvoří 7 (7 %) respondentů, kteří uvedli za svou odpověď „mléko a mléčné výrobky“. Sladkosti má rádo 10 (10 %) dotazovaných a sladké pečivo 4 (4 %) dotazovaných respondentů. Počet 19 (19 %) spadá k respondentům, kteří dávají přednost ovoci a zelenině. Dalších 8 (8 %) dotazovaných zvolili jako preferovanou potravinu rybu. Do luštěnin a obilovin spadá 6 (6 %) respondentů. Zbylá část 8 (8 %) respondentů navštěvují rychlá občerstvení a fastfoody.

Graf č. 18 Hodnocení kvality života



Z grafu, který znázorňuje, jak by respondenti ohodnotili svou kvalitu života při použití stupnice 1 – 5 je zřejmé, že 48 (48 %) respondentů by svou kvalitu ohodnotili číslem 3. Další větší část tvoří 33 (33 %) dotazovaných, kteří zvolili hodnocení 2. Na výbornou vnímají svou kvalitu života 5 (5 %) respondentů. Do skupiny s hodnocením 4 spadá 11 (11 %) respondentů. Nejhůře vnímají kvalitu života 3 (3 %) respondenti.

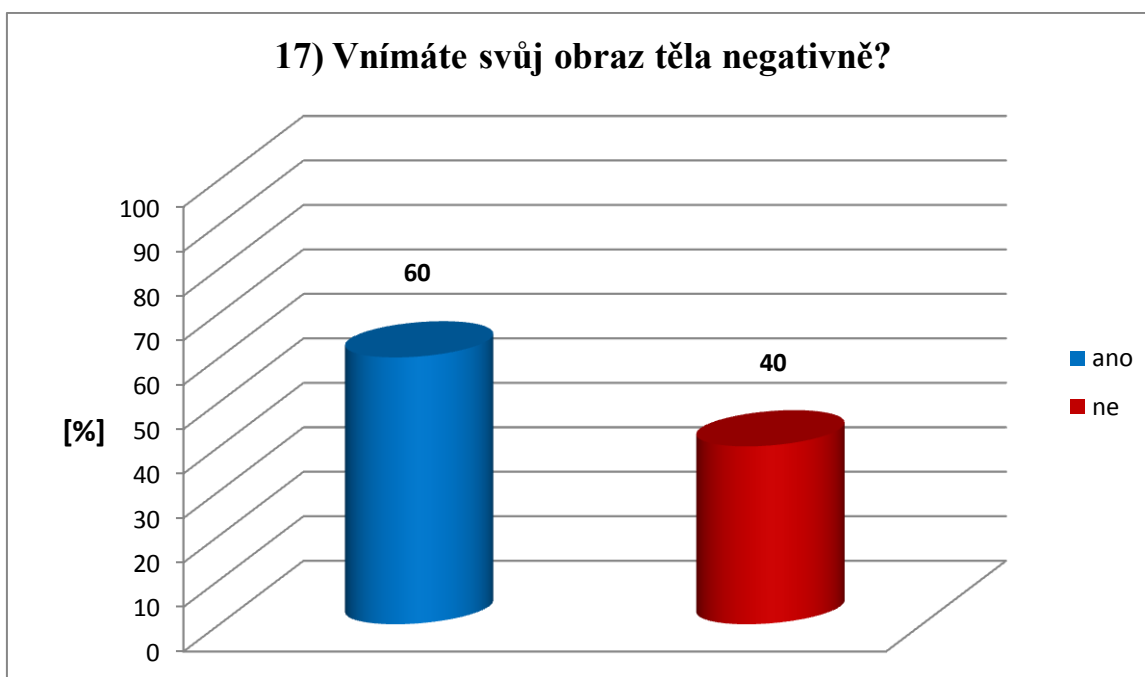
Tabulka č. 3 Oblasti kvality života

	1	2	3	4	5
pohyb	7	26	36	21	10
sport	5	15	35	22	23
zájmy	22	45	27	3	3
zaměstnání	18	41	29	6	6
intimní život	9	29	35	18	9
mezilidské vztahy	33	45	20	2	0
zdraví	15	28	39	17	1
psychický stav	27	32	25	15	1

Tato tabulka informuje o tom, jak respondenti ohodnotili jednotlivé oblasti kvality života při použití stupnice 1 – 5 (1 – nejlépe, 5 – nejhůře). První oblastí je pohyb, u kterého zvolilo 7 (7 %) respondentů hodnocení 1, 26 (26 %) respondentů se ohodnotilo číslem 2, 36 (36 %) číslem 3, 21 (21 %) číslem 4 a 10 (10 %) respondentů zvolilo hodnocení 5. Druhou oblastí je sport, u kterého zvolilo 5 (5 %) respondentů hodnocení 1, 15 (15 %) respondentů se ohodnotilo číslem 2, 35 (35 %) číslem 3, 22 (22 %) číslem 4 a 23 (23 %) respondentů zvolilo hodnocení 5. Třetí oblastí jsou zájmy respondenta, 22 (22 %) respondentů zvolili hodnocení 1, 45 (45 %) respondentů se ohodnotilo číslem 2, 27 (27 %) číslem 3, 3 (3 %) číslem 4 a 3 (3 %) respondentů zvolilo hodnocení 5. Další zkoumanou oblastí je zaměstnání respondenta, číslem 1 ohodnotilo své zaměstnání 18 (18 %) respondentů, 41 (41 %) respondentů zvolilo hodnocení 2, 29 (29 %) respondentů zvolilo číslo 3, 6 (6 %) zvolilo hodnocení s číslem 4 a 6 (6 %) respondentů se ohodnotilo číslem 5. Pátou sledovanou oblastí je intimní život respondenta, 9 (9 %) respondentů zvolilo hodnocení 1, 29 (29 %) respondentů se ohodnotilo číslem 2, 35 (35 %) číslem 3, 18 (18 %)

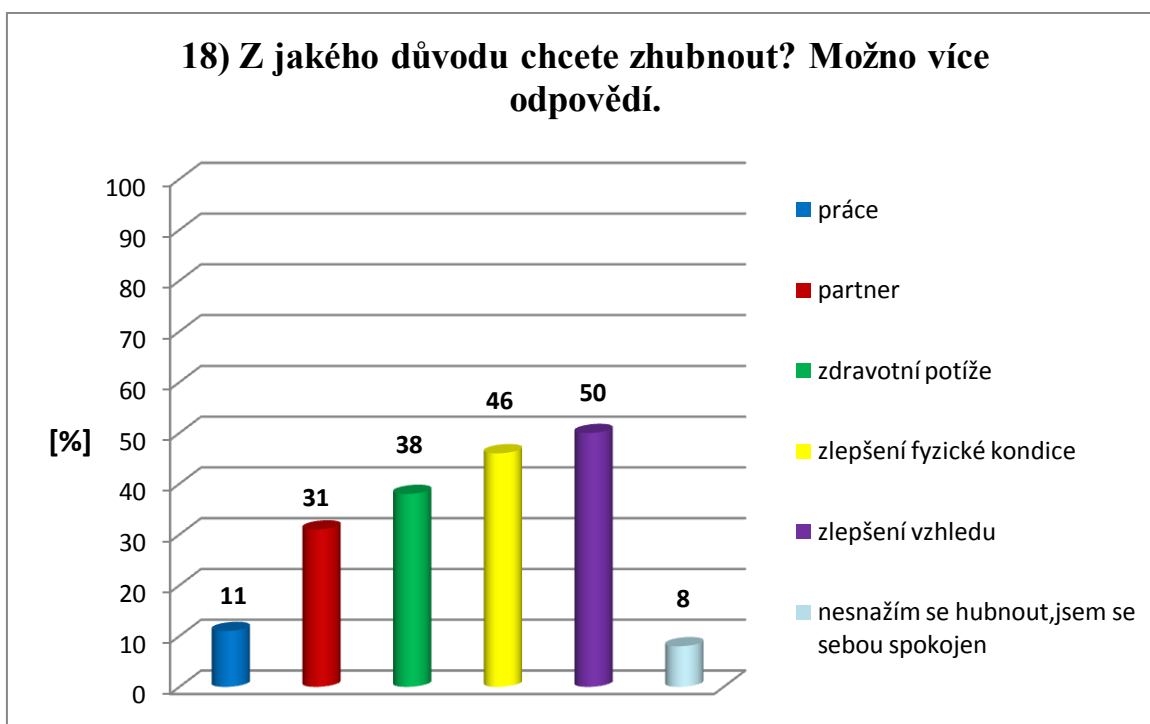
číslem 4 a 9 (9 %) respondentů zvolilo hodnocení 5. Pátou oblastí jsou mezilidské vztahy, kde se 33 (33 %) respondentů ohodnotilo číslem 1, 45 (45 %) respondentů zvolilo hodnocení s číslem 2, 20 (20 %) respondentů se ohodnotilo číslem 3, 2 (2 %) číslem 4 a k hodnocení 5 se nepřiklonil žádný respondent. Další zkoumanou oblastí v kvalitě života je zdraví, 15 (15 %) respondentů zvolilo hodnocení 1, 28 (28 %) respondentů se ohodnotilo číslem 2, 39 (39 %) číslem 3, 17 (17 %) číslem 4 a 1 (1 %) respondent se ohodnotil své zdraví číslem 5. Jako poslední oblastí je psychický stav respondenta, 27 (27 %) respondentů zvolilo pro své hodnocení číslo 1, 32 (32 %) respondentů označilo hodnocení s číslem 2, 25 (25 %) respondentů se ohodnotilo číslem 3, 15 (15 %) číslem 4 a 1 (1 %) respondent zvolil pro své hodnocení číslo 5.

Graf č. 19 Vnímání obrazu těla



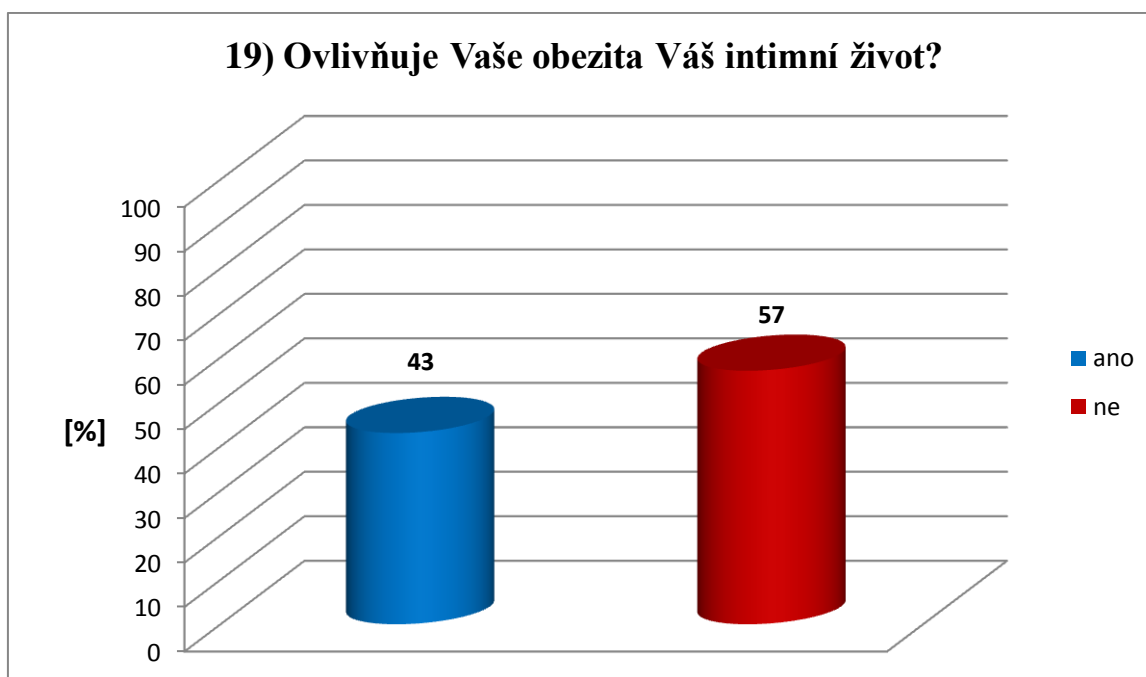
Více než polovina 60 (60 %) respondentů vnímá svůj obraz těla negativně. Tento počet je zastoupen většinou ženami než muži. Zbývá část a to 40 (40 %) respondentů svůj obraz těla negativně nevnímá.

Graf č. 20 Důvody redukce hmotnosti



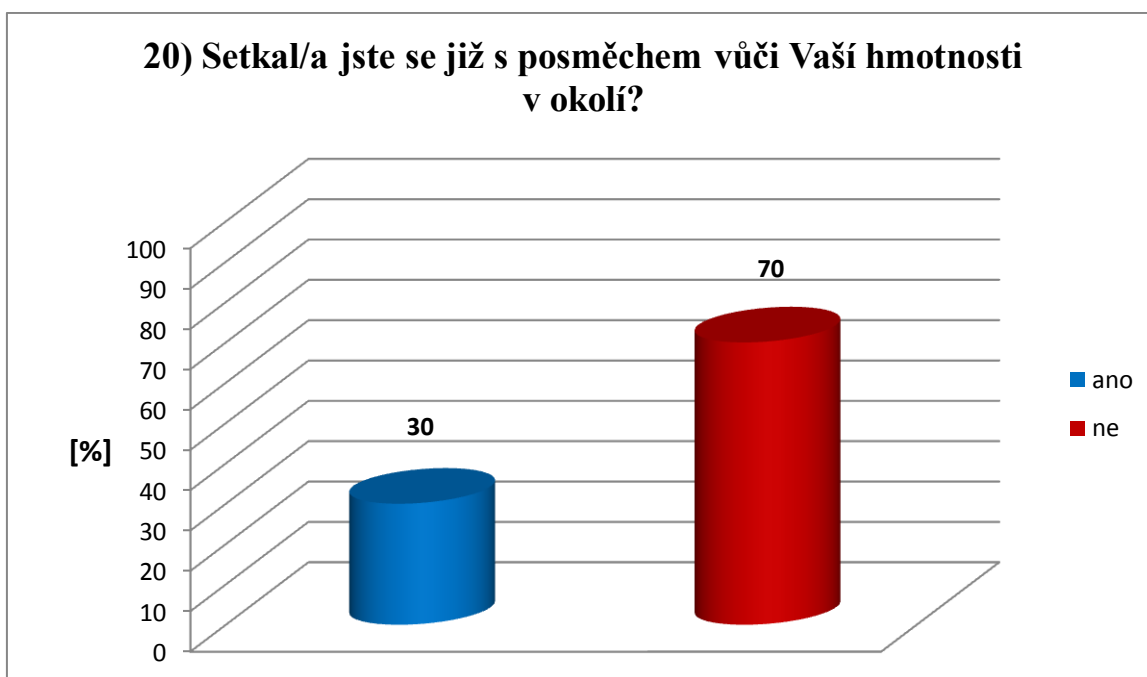
Z grafu, který znázorňuje, z jakého důvodu chce respondent zhubnout, vyplívá, že přesně polovina 50 (50 %) respondentů chce zhubnout pro zlepšení vzhledu. Hned za ním s počtem 46 (46 %) respondentů se umístila možnost „pro zlepšení fyzické kondice“. Z důvodu zdravotních potíží chce zhubnout 38 (38 %) dotazovaných. Další skupinu tvoří 31 (31 %) respondentů, kteří hubnou kvůli svému partnerovi. 11 (11 %) vnímají práci jako svou motivaci ke snížení hmotnosti. Zbýlých 8 (8 %) respondentů se nesnaží zhubnout, jelikož jsou se sebou spokojení. Většina žen chce zhubnout pro zlepšení vzhledu a většina mužů pro zvýšení fyzické kondice.

Graf č. 21 Ovlivnění intimního života



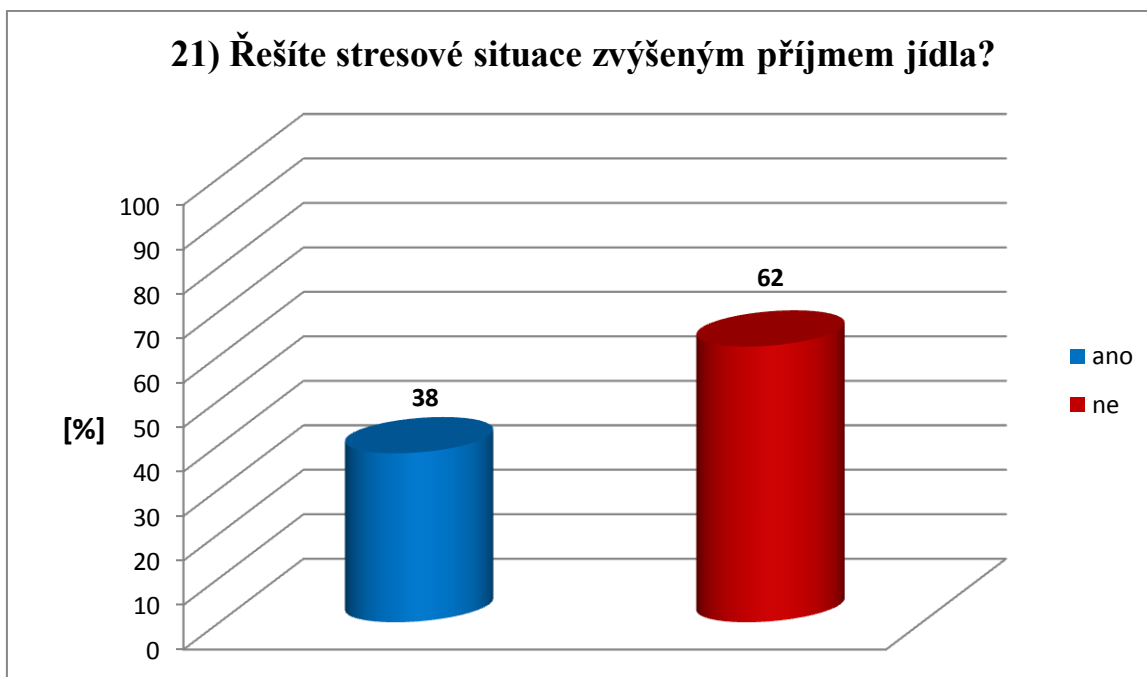
Nevelký rozdíl znázorňuje graf 22, který zobrazuje odpovědi na otázku: „Ovlivňuje Vaše obezita Váš intimní život?“. Obezita ovlivňuje intimní život 43 (43 %) respondentům. Zbýlých 57 (57 %) dotazovaných označili odpověď „ne“.

Graf č. 22 Posměch kvůli obezitě v okolí respondentů



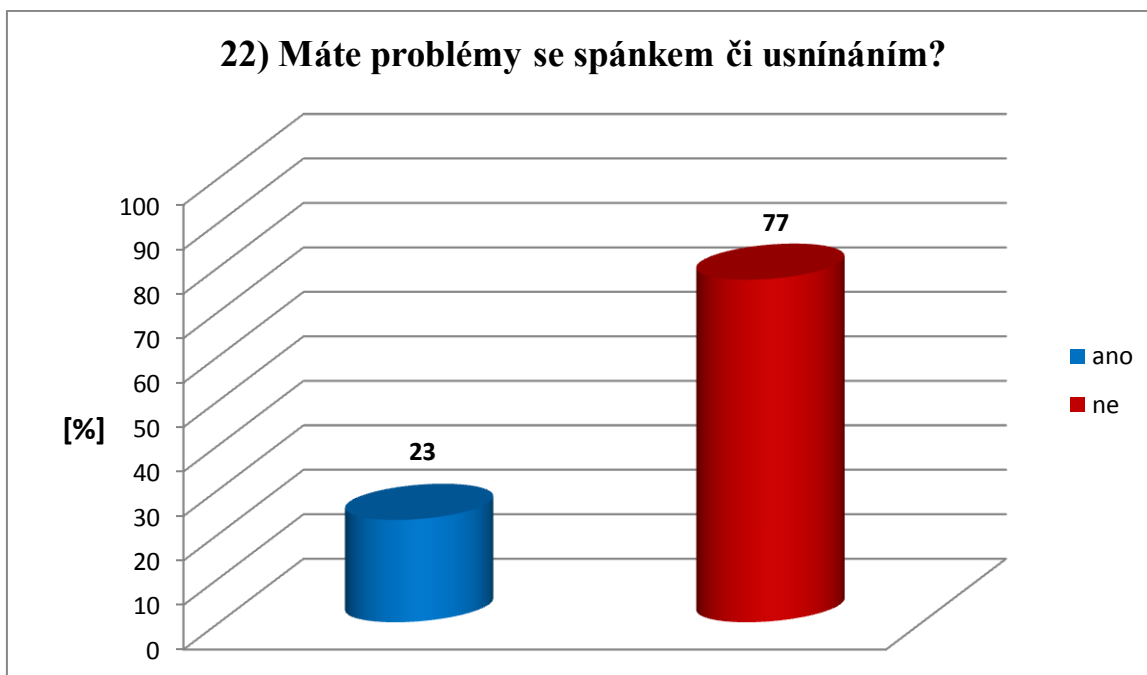
Velká část respondentů 70 (70 %) se nesečkala s posměchem vůči zvýšené hmotnosti v jejím okolí. S posměchem se setkalo 30 (30 %) respondentů, někteří z nich odpověděli i na nepovinnou doplňující otázku: „V jaké situaci?“. Nejčastěji respondenti sdělili, že se s posměchem setkali již na základní či střední škole. Dalšími důvody posměchů jsou převlékání se např. v tělocvičně, při nástupu do autobusu, při ohnutí, při průchodu dveřmi, při sportu, při selhání po letech snažení se zhubnout či se partner vysmíval jedné respondentce při sexu.

Graf č. 23 Řešení stresových situací zvýšeným příjmem stravy



Graf 24 informuje o tom, zda respondenti řeší stresové situace zvýšeným příjmem jídla. Z celkového počtu 100 (100 %) respondentů řeší stresové situace zvýšeným příjmem potravy 38 (38 %) dotazovaných. Zbývá část 38 (38 %) neřeší tuto situaci zvýšeným příjmem.

Graf č. 24 Spánek a usínání



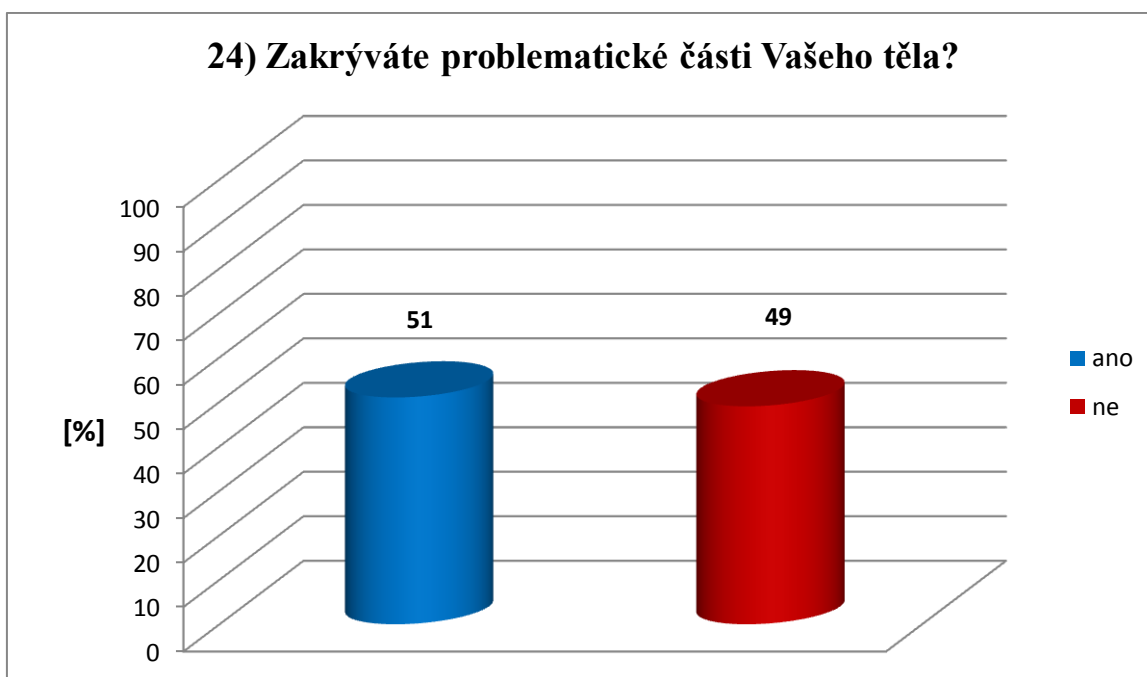
Problémy se spánkem a usínáním nemá 77 (77 %) respondentů. Malá část dotazovaných 23 (23 %) udává, že mají problémy se spánkem a usínáním.

Graf č. 25 Vyhýbání se společenským aktivitám



Graf 26 zobrazuje, zda se respondenti vyhýbají díky obezitě společenským aktivitám. Většina 73 (73 %) respondentů spadá do odpovědi „ne“, nevyhýbají se společenským aktivitám. Zbývá část 27 (27 %) respondentů se vyhýbá společenským aktivitám.

Graf č. 26 Zakrývání problematické části těla



Téměř vyrovnané hodnoty znázorňuje graf 27, který zobrazuje odpovědi na otázku: „Zakrýváte problematické části Vašeho těla?“. Více než polovina 51 (51 %) respondentů zakrývá problematické části těla. Do další skupiny spadají respondenti, kteří si nezakrývají problematické části těla, patří 49 (49 %) dotazovaných respondentů. Odpověď „ano“ z velké části označily 42 (42 %) ženy, a to z celkového počtu 53 (53 %) žen.

16 DISKUSE

Hypotéza 1:

Domnívám se, že více než polovina dotazovaných respondentů má zdravotní potíže.

Tato hypotéza se potvrdila. Pouze 9 (9 %) respondentů ze 100 (100 %) dotazovaných tvrdí, že nemají žádné komplikace. Velká část 91 (91 %) respondentů označila v mém dotazníkovém šetření více než 3 možnosti zdravotních komplikací z 10 nabízených. Bolesti kloubů a páteře se staly nejvíce označovanou odpovědí a to s počtem 55 (55 %) obézních jedinců. Nejmenší zastoupení měla hypofunkce štítné žlázy, kterou si do kolonky jiné připsalo 3 (3 %) respondentů. I přes velké množství zdravotních obtíží u každého obézního jedince, se většina dotazovaných ohodnotila u otázky: „Jak se cítíte po zdravotní stránce? Při použití stupnice 1 – 5 jako ve škole (1 – nejlépe, 5 – nejhůře).“, číslem 2 a 3. Velmi dobře se cítí podle provedeného průzkumu 33 (33 %) obézních a dobře 36 (36 %) respondentů. Podle výzkumu zpravodajské agentury Reuters se necelých 50 % obézních domnívá, že jejich zdraví je „výborné“ či „velmi dobré“. V porovnání s mými získanými údaji v dotazníkovém šetření vyplývá, že 37 (37 %) dotazovaných vnímá své zdraví, jako „výborné“ či „velmi dobré“.

Obecně obézní nemocní trpí mnohými zdravotními komplikacemi, které záleží na stupni obezity, tedy na množství tuku, a na způsobu, jakým je tuk v těle rozložen. Mezi komplikace patří závažná metabolická a oběhová onemocnění jako jsou ischemická choroba srdeční, infarkt myokardu, ateroskleróza, diabetes mellitus 2. typu a dna. Lidé s obezitou mívají zvýšený krevní tlak a vysoké hladiny cholesterolu. Jiné choroby, které se častěji vyskytují u obézních, než u jedinců s normální vahou jsou gynekologické problémy, karcinom dělohy nebo prsu a syndrom spánkové apnoe. Po redukci hmotnosti mohou obézní nemocní počítat s příznivým účinkem, kdy se sníží potřebné dávky léků, ale dojde i k prodloužení délky života.

Hypotéza 2:

Domnívám se, že více než polovina respondentů nevykonává pravidelně žádnou sportovní aktivitu.

Tato hypotéza se potvrdila. Pestrá a dlouhodobá pohybová aktivita jsou spolu se správnými stravovacími návyky důležitou součástí v léčbě obezity. Podle mého průzkumu

se domnívám, že většina dotazovaných si ani neuvědomuje jak je pohyb důležitý. První otázkou z dotazníkového šetření byl dotaz na zaměstnání respondenta. Celých 56 (56 %) dotazovaných tvrdí, že ve svém zaměstnání spíše sedí. Jen malý počet 5 (5 %) obézních se v zaměstnání pohybuje. Zbývá část dotazovaných ještě studuje, nebo jsou již ve starobním důchodu či na mateřské dovolené.

U dalšího dotazu jsem se zaměřila na pravidelnou sportovní aktivitu obézního jedince, která by měla být minimálně 2x do týdne po dobu minimálně 30 minut. Více než polovina 62 (62 %) nevykonává pravidelně žádnou sportovní aktivitu. Na druhou stranu se 64 (64 %) respondentů snaží vyhledávat jinou pohybovou aktivitu. Při tomto dotazu se stala nejvíce volenou aktivitou chůze. Zarážející ovšem bylo, že necelá čtvrtina 21 (21 %) z celkového počtu 100 (100 %) se nesnaží vyhledávat pohybovou aktivitu a ani nesportuje. Agentura Reuters informovala o 73 (73 %) oslovených, kteří soudí, že dostatečně necvičí. S porovnáním s mými získanými výsledky s počtem 62 (62 %) respondentů, kteří nevykonávají pravidelně žádnou sportovní aktivitu, se výsledky získané zpravodajskou agenturou Reuters o moc neliší.

Pravidelný pohyb je důležitý k udržení úbytku na váze. Snižuje zdravotní rizika vyplývající z obezity. U těžce obézních je důležitý pozvolný začátek cvičení s nízkou intenzitou a krátkým trváním. V knize Štěpána Svačiny a Aleny Bretšnajdrové je uvedeno, že bývají pro velmi silné jedince zařízení, která je unesou a umožní šetřit při obezitě zatížené klouby dolních končetin. Také je ideální používání domácího rotopedu, jelikož dostupnost těchto center je nízká a docházelo by ke snížení vytrvalosti cvičení. Vhodná intenzita cvičení je 30 minut třikrát týdně, v takové intenzitě, že se nemocný zpotí. Za to ve článku Ivety Odriové s názvem: Obezita v dětském věku – možnosti prevence uvádí, že vhodnými sporty jsou jízda na kole, chůze, plavání, gymnastika a kalanetika. Cvičení by mělo být pravidelné, 3krát až 4 krát týdně, půl hodiny až hodinu, postupně vzrůstající přiměřenou zátěží. Silové sporty jako je vzpírání jsou pro léčbu obezity nevhodné.

Hypotéza 3:

Domnívám se, že většina respondentů nedodržuje správné stravovací návyky.

Tato hypotéza se téměř potvrdila. Počet všech, kteří si myslí, že největší příčinou vzniku jejich obezity je nevhodné stravování, bylo 39, tedy 39 %.

U hypotézy 3 jsem se zaměřovala na množství denních porcí, na množství tekutin, které vypije obézní jedinec za den, zda se stravuje i v noci a jakému jídlu dává přednost. U první otázky zodpovědělo 51 (51 %) respondentů, že jí 3 – 5x denně. V literatuře Štěpána Svačiny se uvádí, že ideální počtem denních porcí jídel je 3 – 5, ojediněle až 6 jídel denně. Jíst by se mělo zhruba po 3 až 4 hodinách. Potrava by měla být energeticky rozdělená během celého dne. Na složení energetického obsahu potravy se podílí celá řada faktorů, jako je věk, pohlaví, stadium vývoje, chuťové preference, jídelní zvyklosti a další individuální charakteristiky jedince. Na otázku, která se týkala denního množství tekutin, jaké jedinec vypije za den, odpověděla více než polovina 51 (51 %) obézních, že vypijí 1 – 2 litry. Dalších 40 (40 %) respondentů vypijí za den 2,5 – 3 litry. Doporučené denní množství tekutin v knize Štěpána Svačiny a Aleny Bretšnajdrové se pohybuje kolem 1,5 – 2 litrů. Naopak Alena Radvanová ve svém článku Obezita – epidemie moderního světa doporučuje 2 – 3 litry tekutin denně. Z těchto údajů vyplývá, že většina obézních pije dostatečné množství tekutin. Další otázkou jsem se zaměřila na stravování obézních během noci, pokud tedy nepracují ve směnném provozu. Odpovědi na tuto otázku mě zarazily a zároveň potěšily. Pouze 21 (21 %) respondentů se přiznalo, že chodí jíst i v noci. Masu a mastným výrobkům dává přednost 31 (31 %) dotazovaných. Další nejčastější odpovědi byly ovoce a zelenina a to s počtem 19 (19 %) oslovených. Podle výsledků Všeobecné zdravotní pojišťovny, které komentuje Štěpán Svačina, se prokázalo, že lidé, kteří sportují a dávají přednost ovoci a zelenině místo tučných jídel, si snadněji udržují ideální váhu i ve vyšším věku.

Hypotéza 4:

Domnívám se, že většina obézních vnímá svoji kvalitu života jako nízkou či velmi nízkou.

Tato hypotéza se nepotvrdila. Většina obézních jedinců ohodnotila svou kvalitu života na stupnici od 1 – 5 do hodnocení s číslem 3. Celých 86 (86 %) respondentů vnímá svou kvalitu jako výbornou, velmi dobrou ale největší zastoupení mělo hodnocení dobře. V mém dotazníkovém řešení byly zkoumanými oblastmi kvality života pohyb, sport, zájmy, zaměstnání, intimní život, mezilidské vztahy, zdraví a psychický stav. Hodnocení bylo od 1 -5. Většina oslovených označovala odpovědi do čísla 3. Nejhorší oblastí kvality života pro obézní jedince se stal pohyb a sport. Tento údaj má souvislost se zdravotními

komplikacemi, kdy se v dotazníkovém šetření nejčastěji volenou komplikací staly bolesti kloubů a páteře.

Na základě zadání Všeobecné zdravotní pojišťovny provedla agentura STEM/MARK průzkum, který prokázal, že 58 % obézních považuje svou kvalitu života za nízkou či velmi nízkou.

Hypotéza 5:

Domnívám se, že více než polovina respondentů není v důsledku zvýšené hmotnosti v duševní pohodě.

Tato hypotéza se nepotvrdila. První otázka informovala o tom, zda obézním lidem narušuje jejich zvýšená hmotnost intimní život. Většině dotazovaným 57 (57 %) nenarušuje váha intimní život. Zhruba jedna čtvrtina 30 (30 %) respondentů se setkala s posměchem vůči jejich hmotnosti. Do dotazníku uvedli, že posměch v jejich okolí začal již na základní či střední škole. Dalšími situacemi posměchu bylo převlékání se, při ohnutí, při selhání držení diety, při nástupu do autobusu nebo se u jedné respondentky vysmíval partner při sexu. Více než polovina 62 (62 %) obézních neřeší stresové situace zvýšeným příjmem potravy. Mnoho oslovených nemá ani problémy se spánkem a usínáním a to celých 77 (77 %). Další otázkou jsem se dotazovala, zda obézní lidé se vyhýbají kvůli své vysoké hmotnosti společenským aktivitám. Ze 100 (100 %) 73 (73 %) respondentů odpovědělo, že se nevyhýbají společenským aktivitám. Posledním dotazem bylo, zda obézní zakrývají problematické části těla. U této otázky odpovědělo 51 (51 %) obézních jedinců, že zakrývají problematické části těla. Většinu tvořily u této odpovědi ženy, celých 49 žen z 51 oslovených.

V knize Základy klinické obezitologie Vojtěch Hainer popisuje výzkumné studie prováděny jak u nás, tak i v zahraničí, z kterých vyplívá, že obézní pacienti s body mass indexem vyšším než 30 nevykazují vyšší psychopatologii, než je v populaci z hlediska hmotnosti normální. Pouze v některých škálách dotazníků vykazují obézní jedinci zvýšené skóre, i když ještě většinou v rámci normy. Také bylo zjištěno, že ženy s rostoucí hmotností se projevují úzkostněji a depresivněji než muži. Podle průzkumu STEM/MARK, který byl zadán Všeobecnou zdravotní pojišťovnou, bylo zjištěno, že 42 % obézních lidí trpí častými depresemi.

ZÁVĚR

Obezita není jen kosmetická vada, ale i závažné onemocnění, které se podílí na zhoršování zdravotního stavu. Počet obézních se v naší populaci stále více zvyšuje. V teoretické části jsem se zabývala charakteristikou tohoto onemocnění, rizikovými faktory, zdravotními riziky, příčinami vzniku obezity, vyšetřovacími metodami a léčbou. V praktické části jsem se soustředila na ověření stanovených hypotéz na toto téma. V dotazníkovém šetření jsem zjišťovala, jaká příčina se nejvíce podílela na vzniku obezity u obézních nemocných, jakými zdravotními komplikacemi trpí nejčastěji, jaké jsou stravovací návyky a pohybová aktivita. Dále jak se obézní jedinci ohodnotili v nabízených oblastech kvality života při použití stupnice 1 – 5. A nakonec zda jsou nemocní v duševní pohodě. Hypotézy byly ověřeny tříměsíčním dotazníkovým šetřením. Po vyhodnocení všech dotazníků z mého průzkumu vyplývá, že řada respondentů si neuvědomuje potřebu zařadit ke správnému hubnutí též pohybovou aktivitu společně s úpravou jídelníčku. Proto jsem se rozhodla připravit krátký edukační materiál, který by měl nemocným poskytnout základní informace o fyzické aktivitě a redukční dietě.

SEZNAM ZDROJŮ

- 1) KASALICKÝ, Mojmír. *Chirurgická léčba obezity*. 1.vyd. Praha: Ottova tiskárna, 2011. 118 s. ISBN 978-80-254-9356-4.
- 2) FRIED, Martin. *Moderní chirurgické metody léčby obezity*. 1.vyd. Praha: Grada, 2005. 125 s. ISBN 80-247-0958-9.
- 3) PASTUCHA, Dalibor a kolektiv. *Pohyb v terapii a prevenci dětské obezity*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011. 128 s. ISBN 978-80-247-4065-2.
- 4) ADÁMKOVÁ, Věra. *Obezita – příčiny, typy, rizika, prevence a léčba*. 1.vyd. Brno: Facta Medica, 2009. 122 s. ISBN 978-80-904260-5-4.
- 5) HAINEROVÁ ALDHOON, Irena. *Dětská obezita*. Praha: Maxdorf, 2009. 114 s. ISBN 978-80-7345-196-7.
- 6) SVAČINA, Štěpán a BRETŠNAJDROVÁ, Alena. *Jak na obezitu a její komplikace*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008. 139 s. ISBN 978-80-247-2395-2.
- 7) HAINER, Vojtěch a kolektiv. *Základy klinické obezitologie*. 2., přeprac.a dopl.vyd. Praha: Grada, 2011. 422 s. ISBN 978-80-247-3252-7.
- 8) SVAČINA, Štěpán. *Obezita a psychofarmaka*. 1.vyd. sv. 80, edice Levou zadní. Praha: Triton, 2002. 130 s. ISBN 80-7254-253-2.
- 9) SVAČINA, Štěpán a BRETŠNAJDROVÁ, Alena. *Cukrovka a obezita*. Praha: Maxdorf, 2003. 246 s. ISBN 80-85912-58-9.
- 10) KOHOUT, Pavel a PAVLÍČKOVÁ, Jaroslava. *Obezita*. sv.č.1. Pardubice: Filip Trend publishing, 2001. 114 s. ISBN 80-86282-14-7.
- 11) SVAČINA, Štěpán. *Obezita a diabetes*. Praha: Maxdorf, 2000. 307 s. ISBN 80-85800-43-8.
- 12) PERUŠIČOVÁ, Jindřiška. *Co je nového na cestě od obezity po diabetu aneb Co by měl o diabetu vědět pacient*. Praha: Medica Healthworld, 2007. 223 s., ISBN 978-80-904002-0-7.

- 13) KUNOVÁ, Václava. *Obezita. Dieta pro zdravé hubnutí*. 1.vyd., sv.8. Praha: Forsapi, 2009. 100 s., ISBN 978-80-87250-04-4..
- 14) MARTINÍK, Karel a kolektiv. *Výchova ke zdraví a zdravému životnímu stylu VI.díl „Ovlivnění obezity a nadváhy výživou“*. 1.vyd. Hradec Králové: GAUDEAMUS, 2007. 272s. ISBN 978-80-7041-106-3.
- 15) GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011. 223s., ISBN 978-80-247-3625-9.
- 16) KORBUTHOVÁ-ADÁMKOVÁ, Dagmar. *Obezita- epidemie 21.století. Sestra*. 2007, 5(17), 33-34 s., ISSN 1210-0404.
- 17) HLADNÁ, Hana. *Prevence obezity u dětí. Sestra*. 2011, 2(21), 66-67 s., ISSN 1210-0404.
- 18) ODRIOVÁ, Iveta a DUČAIOVÁ, Jarmila. *Obezita v dětském věku- možnosti prevence. Sestra*. 2011, 1(21), 52-53 s., ISSN 1210-0404.
- 19) HLADNÁ, Hana. *Možnosti terapie obezity. Sestra*. 2011, 4(21), 26-28 s., ISSN 1210-0404.
- 20) SVAČINA, Štěpán. *Obézní pacient v ordinaci praktického lékaře. Medicína po promoci*. 2011, 1(12), 75-79 s., ISSN 1212-9445.
- 21) SVAČINA, Štěpán. *Terapie obezity- postupy, účinnost a perspektivy. Vnitřní lékařství*. 2011, 11(57), 946-948 s., ISSN 0042-773X.
- 22) BRYCHTA, Tomáš a BRYCHTOVÁ, Světlana. *Obézní pacient v lékařské ordinaci. Interní medicína pro praxi*. 2011, 1(13), 28-30 s., ISSN 1212-7299.
- 23) HLÚBIK, Pavel a VOSEČKOVÁ, Alena. *Stravovací zvyklosti a psychologické aspekty obezity. Interní medicína pro praxi*. 2002, 1(11), 545-547s., ISSN 1212-7299.
- 24) HLÚBIK, Pavel. *Obezita- nemoc, rizikový faktor. Interní medicína pro praxi*. 2002, 1(8), 396-398 s., ISSN 1212-7299.
- 25) LIŽIČÁROVÁ, Daniela, HIRNEROVÁ, Eva a kolektiv. *Obezita- protektivny faktor u dialyzovaných pacientov?. Praktický lékař*. 2012, 5(92), 264-266s., ISSN 0032-6739.

- 26) KUNEŠOVÁ, Marie. Obezita, body mass index, obvod pasu a mortalita- editoval. *Vnitřní lékařství*. 2011, 1(57), 29-30s., ISSN 0042-773X.
- 27) KÄMPFOVÁ, Klára. 2010. *Obezita- prevence, pohyb a rizikové faktory*. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr.Jana Körnerová
- 28) MARINOV, Zlatko, PASTUCHA, Dalibor a kolektiv. *Praktická dětská obezitologie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2012. 222s., ISBN 978-80-247-4210-6.
- 29) VYŠÍNOVÁ, Renata. *XXL centra budou léčit obézní pacienty*. www.ordinace.cz [online]. 2012, 15.6. [cit 2013-03-26]. Dostupné z: <http://www.ordinace.cz/clanek/xxl-centra-budou-lecit-extremne-obezni-pacienty/>
- 30) *ABSI – nový marker obezity*. [online]. Maxdorf, 2012 [cit. 2013-03-26]. Dostupné z: <http://lekarske.slovníky.cz/magazin/absi-novy-marker-obezity>

SEZNAM ZKRATEK

ABSI	A Body Shape Index – Index tvaru těla
ALT	alaninaminotransferáza
AST	aspartátaminotransferáza
ALP	alkalická fosfatáza
BMI	Body mass index
CPAP	continuous positive airway pressure
GMT	gamaglutamyltransferáza
HDL	vysokodenzitní lipoprotein
LDL	nízkodenzitní lipoprotein
Lp	lipoprotein
oGGT	orální glukózotoleranční test
TSH	tyroxin stimulující hormon
WHO	World Health Organization – světová zdravotnická organizace

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 - Klasifikace obesity (podle WHO, 1997)

Tabulka č. 2 - Metabolické riziko podle obvodu pasu

Tabulka č. 3 - Oblasti kvality života

SEZNAM GRAFŮ

- Graf č. 1 - Pohlaví respondentů
- Graf č. 2 - Věková kategorie respondentů
- Graf č. 3 - Výška respondentů
- Graf č. 4 - Váha respondentů
- Graf č. 5 - Body mass index respondentů
- Graf č. 6 - Výskyt obezity v rodině
- Graf č. 7 - Příčina vzniku obezity
- Graf č. 8 - Zdravotní stránka respondentů
- Graf č. 9 - Zdravotní komplikace respondentů
- Graf č. 10 - Zaměstnání respondentů
- Graf č. 11 - Sportovní aktivita respondentů
- Graf č. 12 - Vykonávání pravidelné sportovní aktivity
- Graf č. 13 - Pohybová aktivita
- Graf č. 14 - Denní množství porcí
- Graf č. 15 - Denní množství tekutin
- Graf č. 16 - Stravování v noci
- Graf č. 17 - Nejčastěji volená potravina
- Graf č. 18 - Hodnocení kvality života
- Graf č. 19 - Vnímání obrazu těla
- Graf č. 20 - Důvody redukce hmotnosti
- Graf č. 21 - Ovlivnění intimního života

Graf č. 22 - Posměch kvůli obezitě v okolí respondentů

Graf č. 23 - Řešení stresových situací zvýšeným příjmem stravy

Graf č. 24 - Spánek a odpočívání

Graf č. 25 - Vyhýbání se společenským aktivitám

Graf č. 26 - Zakrývání problematické části těla

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Potravinová pyramida

Příloha č. 2 – Kaliperace

Příloha č. 3 – Nejčastější onemocnění způsobená obezitou

Příloha č. 4 – Chirurgická léčba

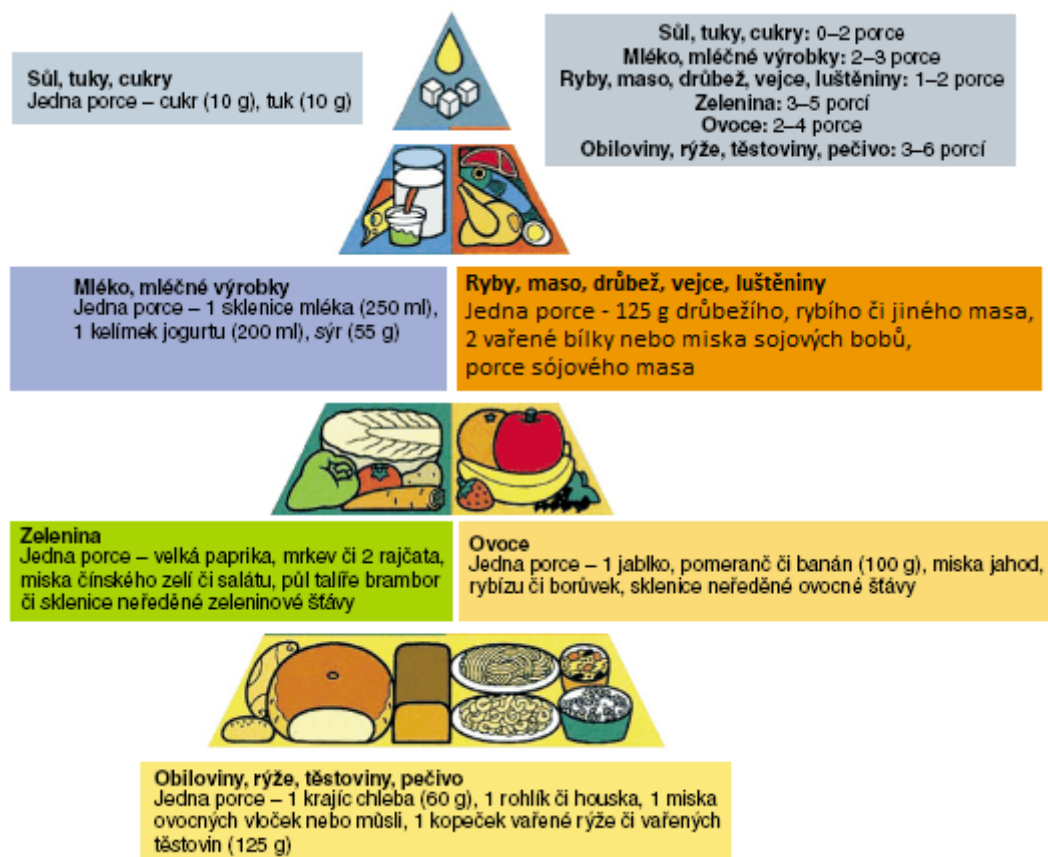
Příloha č. 5 – Ukázka jídelníčku

Příloha č. 6 – Výdej energie při sportu a běžných činnostech

Příloha č. 7 – Dotazník

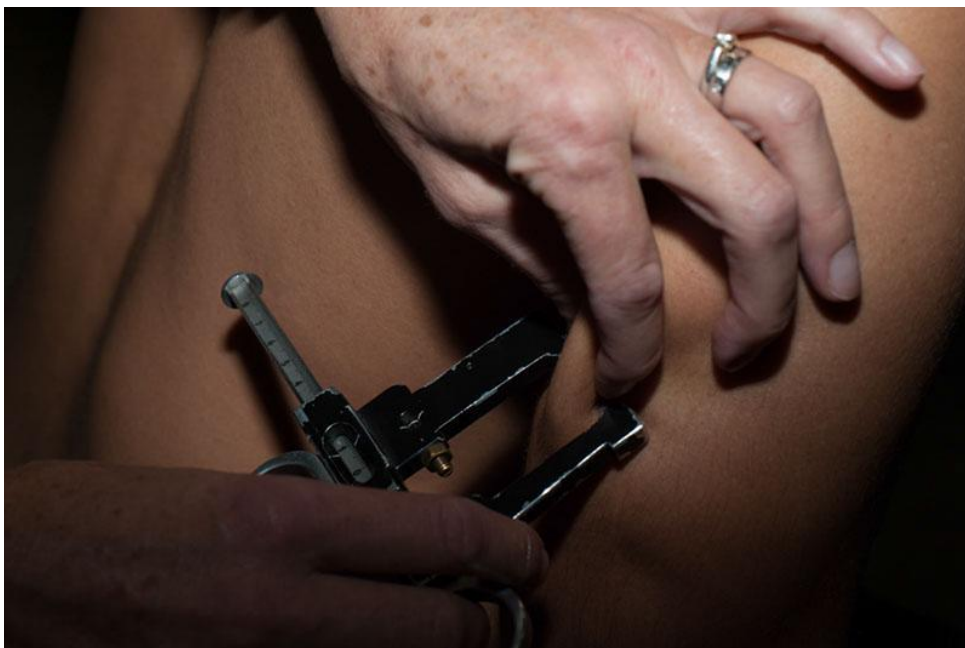
PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Potravinová pyramida



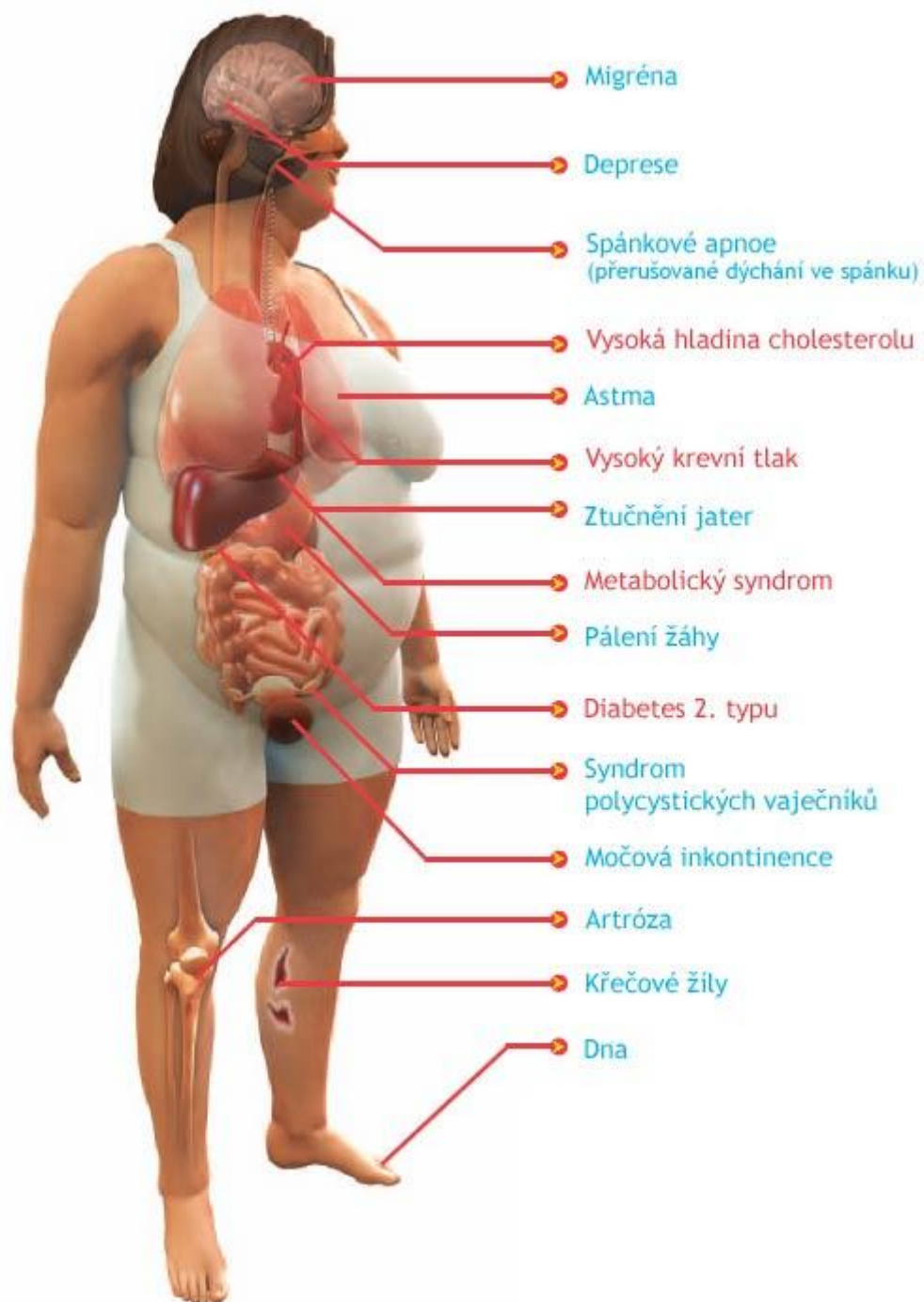
Zdroj: FOODNET [online] [cit.2013-03-26]. Dostupné z: <http://zdrav.foodnet.cz/cze/pages/potravinova-pyramida>

Příloha č. 2 – Kaliperace



Zdroj: CUNI [online] [cit.2013-03-26]. Dostupné z: <http://www.flus.cuni.cz/katedry/biolab/foto.html>

Příloha č. 3 – Nejčastější onemocnění způsobená obezitou



Zdroj: CHCIZHUBNOUT [online] [2013-03-26]. Dostupné z: <http://chcizhubnout.cz/es/co-je-to-obezita/onemocneni-zpusobena-obezitou/>

Příloha č. 4 – Chirurgická léčba



Zdroj: OBESITY NEWS [online] [cit.2013-03-26]. Dostupné z: <http://obesity-news.cz/?id=77>

Příloha č. 5 – Ukázka jídelníčku

Snídaně

Ovesná kaše: 30 g ovesných vloček uvaříme ve 250 ml mléka, navrch dáme trochu kakaa s cukrem (ne pro diabetiky).

Energetická hodnota (KJ): 1070

Energetická hodnota (kcal): 255

Bílkoviny (g): 15

Tuk (g): 6

Sacharidy (g): 35

Přesnídávka

100 g jablka a 100 g mrkve.

Energetická hodnota (KJ): 349

Energetická hodnota (kcal): 83

Bílkoviny (g): 1.5

Tuk (g): 0.5

Sacharidy (g): 21

Oběd

Zapečený pstruh s jablky: Menšího vykuchaného pstruha (do 200 g) osolíme, okořeníme, potřeme česnekem a dáme do zapékací misky. Pstruha obložíme pokrájenými jablky a dáme zapéct do trouby. Můžeme podlít trochou suchého bílého vína. Jako přílohu podáváme vařené brambory (150 g) a salát z čínského zelí (200 g).

Energetická hodnota (KJ): 1589.7

Energetická hodnota (kcal): 378.5

Bílkoviny (g): 26.5

Tuk (g): 6

Sacharidy (g): 43.4

Svačina

150 g jogurt polotučný bílý (Klasik) a 30 g Knuspi (4 ks).

Energetická hodnota (KJ):	741
Energetická hodnota (kcal):	176.4
Bílkoviny (g):	10.5
Tuk (g):	4.4
Sacharidy (g):	25

Večeře

Obložený talíř: 60 g celozrnného žitného chleba, 30 g drůbeží šunky, 30 g Eidamu (30% tuku v sušině), 200 g zeleninového salátu (z hlávkového zelí, rajčat a okurky).

Energetická hodnota (KJ):	1313.6
Energetická hodnota (kcal):	312.8
Bílkoviny (g):	18.5
Tuk (g):	7.5
Sacharidy (g):	38.5

Zdroj: Obezita [online] [cit.2013-03-26]. Dostupné z: <http://www.obezita.cz/hubnuti/ukazky-jidelnicku/pondeli/>

Příloha č. 6 – Výdej energie při sportu a běžných činnostech

Energetický výdej v kJ/hod						
Hmotnost	60 kg	70 kg	80 kg	90 kg	100 kg	110 kg
Činnost						
Sezení, TV, telefonování, čtení	360	420	480	540	600	660
Chůze po rovině - 4 km/hod	860	1000	1150	1290	1440	1580
- 5 km/hod	1040	1210	1390	1560	1740	1910
- 6 km/hod	1360	1590	1820	2050	2280	2500
Chůze v terénu	1510	1760	2010	2260	2520	2770
Chůze v horách	1760	2050	2350	2640	2940	3230
Jogging	1760	2050	2350	2640	2940	3230
Běh 9 km/hod	2010	2350	2680	3020	3360	3690
Jízda na rotopedu- lehká (50 W)	750	880	1000	1130	1260	1380
- těžká (100 W)	1360	1590	1820	2050	2280	2500
Jízda na kole 16 km/hod	1510	1760	2010	2260	2520	2770
Kruhový trénink posilovna	1760	2050	2350	2640	2940	3230
Aerobik intenzivní	2010	2350	2680	3020	3360	3690
Aerobik lehčí (obdobné cvičení STOBu)	1040	1210	1390	1560	1740	1910
Domácí cvičení, cvičení zad	1040	1210	1390	1560	1740	1910
Strečink, jóga	610	710	810	910	1020	1120
Tanec aerobní (středně těžký)	1510	1760	2010	2260	2520	2770
Tanec společenský (rychlý)	1360	1590	1820	2050	2280	2500
Tanec společenský (pomalý)	750	880	1000	1130	1260	1380
Hra na běžné hudební nástroje	630	730	840	940	1050	1150
Sporty obecně (nikoliv závodní)						
Volejbal	750	880	1000	1130	1260	1380
Ping-pong	1000	1170	1340	1510	1680	1840
Badminton	1000	1170	1340	1510	1680	1840
Sjezdové lyžování lehké	1260	1470	1680	1890	2100	2310
Sjezdové lyžování středně těžké	1510	1760	2010	2260	2520	2770
Turistika na běžkách	1620	1890	2160	2430	2700	2970
Košiková	1360	1590	1820	2050	2280	2500
Akvaerobik	1010	1180	1340	1510	1680	1850

Plavání obecně	1360	1590	1820	2050	2280	2500
Tenis	1760	2050	2350	2640	2940	3230
Bruslení	1760	2050	2350	2640	2940	3230
Domácí aktivity						
Běžný úklid - luxování, kuchyňské práce, žehlení, vytírání (do této kategorie patří většina běžných prací)	630	730	840	940	1050	1150
Velký úklid (klepání koberců, mytí oken)	1000	1170	1340	1510	1680	1840
Žehlení	570	670	760	860	960	1050
Stěhování nábytku	1510	1760	2010	2260	2520	2770
Drhnutí podlahy, drátkování, odklizení sněhu 5,5	1360	1590	1820	2050	2280	2500
Péče o dítě (zvedání, koupání, oblékání)	750	880	1000	1130	1260	1380
Údržbářské práce (malování, opravy, mytí auta)	1110	1300	1480	1670	1860	2040
Zahradnické práce						
Zalévání (hadicí)	430	500	570	640	720	790
Stříhání stromů, keřů	880	1020	1170	1320	1470	1610
Hrabání	1080	1260	1440	1620	1800	1980
Sekání trávy – ruční	1360	1590	1820	2050	2280	2500
Sekání trávy - sekačkou (bez pohonu)	1110	1300	1480	1670	1860	2040
Zahradničení obecně	1000	1170	1340	1510	1680	1840

Zdroj: WEBNODE [online] [cit.2013-03-26]. Dostupné z: <http://prozdravehubnuti.webnode.cz/zdravehubnuti/vydej-energie-pri-sportu-a-beznych-cinnostech>

Příloha č. 7 – Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Nikola Snopková a jsem studentkou Všeobecné sestry na fakultě zdravotnických studií, která je součástí Západočeské univerzity v Plzni. Žádám Vás o vyplnění anonymního dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma: „Obezita – rizikový faktor ohrožující kvalitu života.“ Dotazník zpracuji a využiji získané informace v praktické části bakalářské práce. Děkuji

Zakroužkujte prosím jednu odpověď, pokud není u otázky uvedeno jinak.

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- a) Žena
- b) Muž

2. Do jaké věkové kategorie patříte?

- a) 20 - 30 let
- b) 31 - 40 let
- c) 41 - 50 let
- d) 51 - 60 let
- e) nad 60 let

3. Jaká je Vaše výška a váha?

- a) váha:
- b) výška:

4. Je někdo blízký ve Vaší rodině, který trpí obezitou/nadváhou?

- a) ANO
- b) NE

5. Jaká příčina myslíte, že se nejvíce podílela na vzniku Vaší nadváhy/obezity?

- a) Nedostatek pohybové aktivity
- b) Nevhodné stravování
- c) Hormonální vlivy (nárůst hmotnosti po porodu, onemocnění štítné žlázy atd..)
- d) Genetické dispozice
- e) Úraz či nemoc
- f) Stres
- g) Zanechání kouření
- h) Jiné:

6. Jak se cítíte po zdravotní stránce? Při použití stupnice 1-5 jako ve škole (1 – nejlépe, 5 – nejhůře). Jak byste se ohodnotil/a? Zakroužkujte.

1 2 3 4 5

7. Trpíte některým z níže uvedených zdravotních komplikací? Možno zaškrtnout více odpovědí.

- a) Bolesti kloubů a páteře
- b) Dechové potíže
- c) Vysoký krevní tlak
- d) Zvýšené hladiny cholesterolu
- e) Omezení hybnosti
- f) Zvýšené pocení
- g) Cukrovka
- h) Potíže se srdcem
- i) Potíže s trávicím traktem
- j) Nervové potíže
- k) Nemám žádné komplikace
- l) Jiné:

8. Jaké zaměstnání vykonáváte?

- a) Takové, při kterém spíše sedím
- b) Takové, při kterém spíše stojím
- c) Jiné:

9. Vykonáváte pravidelně nějakou sportovní aktivitu? Minimálně 2x do týdne po dobu minimálně 30 minut?

- a) Nevykonávám
- b) Vykonávám
 - 1. Běh
 - 2. Posilovna
 - 3. Nordicwalking (chůze o holích)
 - 4. Jiný:

10. Snažíte se vyhledávat jinou pohybovou aktivitu než sport?

- a) Chůze
- b) Zahrádka
- c) Tanec
- d) Nevyhledávám žádnou jinou pohybovou aktivitu
- e) Jiné:

11. Kolikrát denně jíte?

- a) 1 – 3x denně
- b) 3 – 5x denně
- c) více než 5x denně
- d) jím nepravidelně

12. Jaké množství tekutiny vypijete za den?

- a) Méně než 1 litr
- b) 1 – 2 litry
- c) 2,5 – 3 litry
- d) Více než 3,5 litry

13. Jíte v noci? (pokud nepracujete ve směnném provozu)

- a) ANO
- b) NE

14. Jakému jídlu dáváte přednost?

- a) Maso a mastné výrobky
- b) Tučná jídla
- c) Mléko a mléčné výrobky
- d) Sladkosti
- e) Sladké pečivo
- f) Ovoce a zelenina
- g) Ryby
- h) Luštěniny a obiloviny
- i) Rychlá občerstvení (Fastfoody)

15. Jak byste ohodnotil/a Vaši kvalitu života? Při použití stupnice 1-5 (1-nejlépe, 5-nejhůře). Zakroužkujte.

1 2 3 4 5

16. Jak byste ohodnotil/a tyto oblasti kvality života. Při použití stupnice 1-5 (1-nejlépe, 5-nejhůře). Zakroužkujte.

- | | | | | | |
|----------------------|---|---|---|---|---|
| a) Pohyb | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b) Sport | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c) Zájmy | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d) Zaměstnání | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e) Intimní život | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| f) Mezilidské vztahy | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

g) Zdraví	1	2	3	4	5
h) Psychický stav	1	2	3	4	5

17. Vnímáte svůj obraz těla negativně?

- a) ANO
- b) NE

18. Z jakého důvodu chcete zhubnout? Možno i více odpovědí.

- a) Práce
- b) Partner
- c) Zdravotní potíže
- d) Pro zlepšení fyzické kondice
- e) Pro zlepšení vzhledu
- f) Nesnažím se hubnout, jsem se sebou spokojen

19. Ovlivňuje Vaše nadváha/obezita Váš intimní život?

- a) ANO
- b) NE

20. Setkal/a jste se již s posměchem vůči Vaší hmotnosti v okolí?

- a) NE
- b) ANO – v jaké situaci?

21. Řešíte stresové situace zvýšeným přísunem jídla?

- a) ANO
- b) NE

22. Máte problémy se spánkem či usínáním?

- a) ANO
- b) NE

23. Vyhýbáte se společenským aktivitám?

- a) ANO
- b) NE

24. Zakrýváte problematické části Vašeho těla?

- a) ANO
- b) NE