

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

Zdravotně sociální fakulta

Katedra klinických oborů

Vliv vnějších faktorů na obezitu

Diplomová práce

Vedoucí práce:

Doc. MUDr. Věra Adámková, CSc.

Vypracovala:

Magda Pecháčková

5. RP-KS

České Budějovice

2006/2007

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Vnější vliv faktorů na obezitu vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

V Českých Budějovicích, 2007

.....

Poděkování

Na tomto místě chci poděkovat MUDr. Věře Adámkové za odborné vedení a konzultaci problémů na této diplomové práci.

External Aspects Affecting Obesity

Dilemma of obesity is very weighty theme. Obesity is disease which is more than problem for health service. Obesity became all-society problem because it intervenes in societal and economical territory.

Obesity is the pathologic condition state. For this condition is characteristic extension the number of fat tissue in the distinguished places of the body. These thicknesses are bigger than by normal population.

The most often use for classification of obesity is Body Mass Index (BMI). Who has the values BMI higher than 30 kg/m^2 is allowed to be obese.

The number of the obese people is higher and higher. The prevalence of obesity in the whole world grow up very dramatically, not just in developed countries but also in developing countries. In the Czech Republic has the overweight almost 60% of men and 47% of women. Psychological and other consequences can be visible in the future because the prevalence of obesity is by the adult population and also by the children.

Well-infamed people can better exert influence up their weight. Technological expansion and increased global production of foodstuffs in combination with economic growth have positive affect on health. But these factors contribute to reduction of physical activity and to variation in feeding. Other factors, which are connected with obesity are age, socio-economical, culture and psychological influences. Mental factors, such as genetic and metabolic factors, influence the obesity too. These factors weren't subject to discuss in my diploma work.

Longstanding and effective resolution is very difficult problem. Very many obese people have another complication. By the treatment of the obesity must team up client and doctor.

I believe, that people can change their lifestyle, this was prevent from the creation of obesity and other diseases. Very important is the informedness of publicity.

The theoretical part of my work is composed of chaps relating to definition and prevalence of obesity, cause, prevention and treatment of obesity. There is also mention of socio-economical situation and of the organisations which engaged in this problem.

In the practical part did I use question-form. This interview consist of two parts. The first part contains 33 questions and is about the enxironmental factors of the obesity

from general aspect. The second part contain 43 questions about the stress by individual person. I enquired of obese informants in diabethical surgery in Bystřice pod Hostýnem, in hospital of Kroměříž – internal ward. I also asked some normal coincidental chosen in formants. Total number of lists of questions was 180.

Result of the exploratory study, the hypotesis „Stress is environmental factor affecting the obesity“ was confirm. 68% obese people has 150 and more units of difficult life situations. In this sphere is situated just 45% of normal informants.

OBSAH

Úvod

1. Současný stav dané problematiky	9
1.1. Obezita v historii lidstva	9
1.2. Charakteristika obezity	9
1.3. Prevalence obezity	10
1.4. Vyšetření obezity	11
1.4.1. Anamnéza, laboratorní vyšetření	11
1.4.2. Body Mass Index	11
1.4.3. Brocův index	12
1.4.4. Antropometrická vyšetření	14
1.5. Typy obezity	15
1.6. Příčiny obezity	16
1.6.1. Dědičnost	16
1.6.2. Vnější faktory obezity	17
1.7. Komplikace obezity	30
1.8. Léčba obezity	32
1.9. Prevence obezity	37
1.10. Socioekonomický význam obezity	38
1.11. Systém péče o obézního pacienta	40
2. Cíl a hypotéza	43
2.1. Cíl práce	43
2.2. Hypotéza	43
3. Metodika	43
3.1. Charakteristika výzkumného souboru	43
3.2. Výzkumné metody	43
3.2.1. Předvýzkum	43
3.2.2. Výzkumné metody	44
4. Vyhodnocení	45
4.1. Vyhodnocení 1. části dotazníku	45
4.2. Vyhodnocení 2. části dotazníku	78

5. Diskuze	122
5.1. Diskuze k 1. části dotazníku	122
5.2. Diskuze k 2. části dotazníku	128
6. Závěr	136
7. Použité zdroje	138
8. Klíčová slova	144
9. Přílohy	145

ÚVOD

*„Člověk by se měl pokoušet měnit
věci,
které se měnit dají,
nepokoušet se měnit věci,
které se měnit nedají
a moudře rozlišovat mezi obojím“.*

Psycholog A. Maslow

Obezita je globální problém, epidemicky se šířící ve všech vyspělých státech světa i v mnoha zemích rozvojových.

Vzhledem ke zdravotnímu riziku, která jsou s touto nemocí spojena, se obezita stává nejenom osobním problémem jednotlivce působící újmu na vzhledu člověka, ale hlavně celospolečenským, medicínským a ekonomickým problémem.

Masový výskyt obezity je příčinou vzniku a rozvoje řady civilizačních chorob, invalidity, snížené výkonnosti a zdrojem zdravotních potíží.

Závažným problémem v současnosti je, že prevalence obezity stále stoupá. Česká republika patří mezi země s nejvyšším výskytem této nemoci, každý druhý člověk u nás má nadváhu a pětina naší populace se nachází v pásnu obezity.

Téma „Vliv vnějších faktorů na obezitu“ jsem si vybrala proto, že obezita je aktuálním problémem 21. století, a že dnešní doba k této chorobě člověka přímočaře vede. Je často spojována s přejídáním, které je samo o sobě velmi relativní pojem. Je jisté, že k téhle skutečnosti musíme přičíst i to, že lidé jsou k jídlu stimulováni řadou vnějších faktorů. Myslím, že je důležité tyhle faktory znát, abychom mohli na příčiny obezity poukazovat, úspěšně s ní bojovat a v neposlední řadě jí předcházet.

1. SOUČASNÝ STAV DANÉ PROBLEMATIKY

1.1. Obezita v historii lidstva

Obezita je a byla již od pradávna, neobjevuje se až dnes, v době moderní civilizace. Doklady o tom, že se obezita u lidí vyskytovala již před více než 25 tisíci lety, poskytují archeologické nálezy z různých míst celé Evropy. V téhle době, kdy byl trvalý nedostatek potravin, byla obezita známkou krásy, zdraví a blahobytu. Lidé plnějších tvarů byli spojováni s bohatstvím, kulaté břicho si páni pěstovali na obdiv, protože jim dodávalo na vážnosti. Platila jednoduchá rovnice. Kdo měl břicho kulatější, žil si lépe, netrpěl chudobou a hladem. (10) O plnějších lidech se říkalo, že se umějí lépe bavit, nezkaží legraci a jsou smíšci, zatímco hubenost a propadlé tváře byly synonymy pro nabručenost, upjatost a nedostatek smyslu pro humor. Tuto představu dokumentují prehistorické sošky žen a jejich obrázky vryté do stěn jeskyní v podobě velmi otlých postav – bohyň. Věstonická Venuše z jižní Moravy je dokladem výskytu obezity u nás již v prehistorické době. (18)

Od dob Věstonické Venuše se však pohled společnosti na ideál krásy měnil. Byl ovlivňován zejména uměleckými směry. Každá kultura, každé historické období vnímaly lidské tělo jinak, měly jinou představu o kráse. (8)

Od počátku 20. století pozorujeme vyznávání ideálu štíhlosti. 50. léta tohoto století dávají pak přednost oblým tvarům, v letech 60. se však stává ideálem krásy anglická modelka Twiggy. (8)

Až teprve na přelomu tisíciletí se zdá, že společnost začíná vyznávat přirozenou ženskou krásu, avšak neplatí, že člověk při těle a s pěkným kulatým bříškem rovná se člověk žijící v blahobytu. (19)

1.2. Charakteristika obezity

Obezita je patologický stav charakterizovaný množstvím tukové tkáně v organizmu. (3, 8) Jde o závažné chronické onemocnění a současně samostatný rizikový faktor, který se významnou měrou podílí na vzniku a rozvoji mnoha závažných

a život ohrožujících somatických onemocnění. Negativně zasahuje do patogeneze ischemické choroby srdeční, poruch pohybového aparátu, hypertenze, diabetes mellitus. Zhoršuje sociální i ekonomickou situaci na individuální i společenské úrovni, vede ke zhoršení kvality života a zkracování jeho délky. (9, 11)

1.3. Prevalence obezity

Závažným problémem současnosti je, že prevalence obezity stále stoupá. Tento rostoucí výskyt výrazně ovlivňuje současný vývoj životního stylu. Obezita byla zařazena do civilizačních chorob, které charakterizují druhou polovinu 20. století. (35)

WHO na základě výsledků multicentrické studie Monica-Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Diseases, která byla realizována v průběhu 80. a 90. let 20. století v řadě států včetně České republiky, prohlásila v roce 1997 obezitu za epidemii 21. století. (40)

Obézních lidí přibývá nejen ve vyspělých zemích, ale dokonce i tam, kde buclatější lidé byli jen výjimkou. Nadváha a obezita dobývají už i Afriku. Počet otlých se zvyšuje, zatímco hladovějících postupně ubývá. (40)

Podle WHO žije na celém světě přes jednu miliardu dospělých lidí, kteří mají nadváhu a tři sta miliónů z nich je obézních. Počet těchto lidí značně převyšuje počet obyvatel planety, kteří naopak trpí podvýživou, těch je asi šest set miliónů. (44)

Česká republika zaujímá v Evropě bohužel jedno z předních míst na žebříčku obezity. Mezi námi se pohybuje více než 20% obézních mužů a více než 30% obézních žen. Vezmeme-li v úvahu nadváhu, pak dojdeme k odstrašujícím číslům. 72% mužů a téměř 70% žen má nadváhu. (43)

1.4. Vyšetření obezity

1.4.1. Anamnéza, laboratorní vyšetření

Vyšetření obézního pacienta začíná anamnézou se zaměřením na specifické problémy související s obezitou a objektivním vyšetřením. Věnujeme pozornost výskytu obezity v rodině, vývoji hmotnosti v průběhu života, přítomnosti váhových výkyvů (weight cycling, jo-jo efekt), životnímu období, v kterém došlo ke změně hmotnosti. Anamnézu doplňujeme o informace týkající se jídelních zvyklostí pacienta a jeho preferencí ve výběru potravin, fyzické aktivity v mládí, v průběhu života a v současnosti. Významným prvkem je anamnéza kouření a stop kouření, poruch spánku, léčby léky navozujícími obezitu. (9)

Objektivní vyšetření pacienta se soustředí na známky obezity a jejich komplikací a na laboratorní vyšetření (glykémie, hladina cholesterolu, hladina některých minerálů v krvi, jaterní testy, ukazatel činnosti ledvin, krevní obraz, základní vyšetření moči). (11)

1.4.2. Body Mass Index

Nejrozšířenějším měřítkem obezity je tzv. Body Mass Index, nebo-li Quetelův index (dále jen BMI).

BMI je velmi užitečným ukazatelem tukové tkáně, i když nepřímým a ne zcela přesným. (3)

Jde o metodu, která neukazuje, kde se tuk hromadí, a proto může vypovídat zkresleně. Převážně u sportovců nemusí být tento index směrodatný. Tato hodnota slouží k diagnostice obezity a je ukazatelem životní prognózy.

Váha se stanoví ve spodním prádle, bez obuvi, za standardních podmínek, tedy ráno, nalačno, váha je rozložena na obě nohy, vyšetřovaná osoba stojí v klidu. Výška se měří pomocí výškoměru, měříme bez bot, nejlépe ráno, měřená osoba stojí na ploše kolmé k svislé ose výškoměru. (1, 9)

Počítá se jako podíl váhy v kilogramech k výšce uvedené v metrech na druhou:

$$\text{BMI} = \text{hmotnost (kg)} / \text{kvadrát výšky (m}^2\text{)}$$

Příklad:

Jedinec, který váží 62 kg a měří 168 cm má BMI 21,97 což je normální hmotnost.

Tabulka č. 1 – Klasifikace obezity (podle WHO, 1997)

<i>klasifikace</i>	<i>BMI</i>	<i>riziko komplikací obezity</i>
Podváha	< 18,5	nízké (riziko jiných chorob)
Normální váha	18,5 - 24,9	průměrné
zvýšená váha	≥ 25	
preobézní stav (nadváha)	25,0 - 29,9	mírně zvýšené
obezita I. stupně	30,0 - 34,9	středně zvýšené
obezita II. stupně	35,0 - 39,9	velmi zvýšené
obezita III. stupně	≥ 40	vysoké

1.4.3. Brocův index

Nejjednodušší metodou, která pomáhá stanovit ideální hmotnost, a která postačí pro každodenní praxi, ale od které se upouští, je tzv. Brocův index. Ten se liší podle pohlaví. Základ tohoto indexu tvoří váha spolu s výškou. (3)

Vzorec pro výpočet ideální váhy pro muže:

$$m = v(m) - 100$$

Příklad:

Muž, který měří 180 cm, by měl vážit 80 kg.

Vzorec pro výpočet ideální váhy pro ženy:

$$m = v(m) - 100 - 10\%$$

Příklad:

Žena, která měří 170 cm, by měla vážit 63 kg.

Za obezitu lze považovat, jestliže tělesná hmotnost přesahuje o více než 10% hmotnost stanovenou dle Brocova vzorce. (3)

Tabulka č. 2 – Zkrácená tabulka „přijatelných“ hmotností (podle Metropolitan Life Foundation Statistic. Bulletin, 1983)

<i>Zkrácená tabulka „přijatelných“ hmotností</i>				
<i>Výška</i>	<i>průměrná hmotnost (kg)</i>	<i>přijatelný rozsah hmotnosti (kg)</i>	<i>průměrná hmotnost (kg)</i>	<i>přijatelný rozsah hmotnosti (kg)</i>
	ŽENY		MUŽI	
150	54	47 - 62		
155	57	49 - 55		
160	59	52 - 69	63	58 - 70
165	62	54 - 72	65	60 - 74
170	65	57 - 76	67	62 - 77
175	67	60 - 78	70	64 - 81
180			73	67 - 85
185			77	69 - 89

1.4.4. Antropometrická vyšetření

Vzhledem k tomu, že vyšetření obezity pomocí hmotnostních indexů není zcela objektivní, je vhodné každou diagnostiku obezity doplnit o antropometrické vyšetření.

To zahrnuje vyšetření měření obvodu pasu, poměr pas / boky (WHR = Wais / IHP Ratio) a pas / výška. (1)

Obvod pasu měříme v polovině vzdálenosti mezi spodním okrajem dolního žebra a crista iliaca v horizontální rovině. „Zvýšené riziko je u muže nad 94 cm u žen nad 80 cm. Za vysoké riziko manifestace kardiovaskulárního onemocnění jsou potom považovány hodnoty nad 102 cm u mužů a nad 88 cm u žen.“ Hraniční hodnoty obvodu pasu uvádí tabulka č. 3. Nižší uvedené hodnoty jsou pro naši populaci pouze orientační, zatímco vyšší hodnoty by měly být považovány za indikaci k zahájení léčby obezity. (1)

Tabulka č. 3 – Distribuce tuku dle obvodu pasu (podle WHO, 1997)

	<i>Riziko vzniku metabolických a oběhových komplikací spojených s obezitou</i>	
	<i>zvýšené (cm)</i>	<i>vysoké (cm)</i>
Muži	≥ 94	≥ 102
Ženy	≥ 80	≥ 88

Obvod boků měříme ve výši maximálního vyklenutí hýždí v horizontální rovině. Osoba vzpřímeně stojí s nohama u sebe, s uvolněnou břišní stěnou, s pažemi po stranách těla, na konci normálního výdechu, měříme s přesností 0,5 cm. (1)

Poměr pas / výška v naší populaci dobře odpovídá obvodu pasu. Normální hodnota je do 0,4-0,5, riziko komplikací výrazně stoupá od hodnoty 0,6 a více. (1)

Dalším antropometrickým vyšetřením je určení procenta tuku v těle. To se provádí třemi metodami. A to podvodním vážením, kaliperem a impedancí. Metoda pomocí

kalipera nám umožňuje ukázat rozložení tuku v těle. Fyziologické hodnoty tělesného tuku jsou u mužů do 25% a u žen do 30%. (8)

1.5. Typy obezity

Obezitu dělíme na základě rozložení tuku v organismu na:

- Obezitu prostou – je nejběžnějším typem obezity, která je charakterizována souměrným rozložením tuku v podkoží. Nejmohutnější tuková vrstva je na břiše, hýždích, pažích a hrudníku. (16)
- Androidní forma obezity tzv. mužská obezita neboli obezita typu jablka – se vyznačuje nahromaděním tuku v oblasti trupu, s velikým, často napjatým břichem. Naopak stehna a hýždě jsou hubená. Tento typ obezity je provázen řadou metabolických komplikací, včetně rozvoje hypertenze, diabetes mellitus, aterosklerózy, zvýšené hladiny krevních tuků a hladiny kyseliny močové, která způsobuje dnu, častěji se vyskytují cévní mozkové příhody a závažné postižení koronárních cév. Obezita tohoto typu je ve vyspělých zemích nejčastější. (16, 41)
- Gynoidní forma obezity tzv. ženský typ obezity neboli obezita typu hruška – má někdy až monstrózní nahromadění tuku v oblasti stehen, hýždí a podbřišku, někdy na prsou, kdežto lýtka mohou být štíhlá, stejně tak jako horní polovina těla. Gynoidní typ obezity s sebou nese menší riziko zdravotních komplikací, bývá však estetickým problémem. (3, 41)

Je nutno zdůraznit, že androidní a gynoidní forma obezity nejsou vázány na pohlaví. Obezitu ženského typu může mít i muž, stejně jako obezitu mužského typu může mít i žena.

- Cushingoidní typ obezity neboli pavoučí otylost – jedná se o formu obezity, kdy dochází k nahromadění tuku v oblasti trupu a hlavy, horní i dolní končetiny jsou výrazně štíhlé. Kůže je ruměná, v místech největšího pnutí se objevují strie. Tato forma se objevuje u lidí se zvýšenou tvorbou hormonu kortizonu. Jedinci trpící tímto typem obezity mají vyšší sklon k hypertenzi a diabetes mellitus. (16)
- Eunuchoidní forma obezity – tuk se hromadí v oblasti břicha, stehů, v oblasti prsních bradavek. Tento typ obezity se vyskytuje pouze u mužů, kteří mají onemocnění varlat, hypofýzy či hypothalamu. Tito muži nemají vousy. (16)
- Cerebrální typ obezity – jde o otylost, která je způsobena poškozením center mimokorové šedi v hypothalamu, zejména center pro příjem potravy. (16)
- Lipomatózní obezita – se projevuje tvořením nezhoubných tukových nádorů v bohaté tukové tkáni. (16)

1.6. Příčiny obezity

Obezita je onemocnění s částečně nejasnými příčinami, kam patří jednak vlivy genetické, jednak vlivy vnějšího prostředí. Podíl genetických (vnitřních, zděděných faktorů) a faktorů prostředí je 1:1. (9, 49)

1.6.1. Dědičnost

Jak už bylo výše zmíněno, minimálně z 50% je obezita podmíněna geneticky. V případě, že jsou obézní oba rodiče, pravděpodobnost stejného problému u potomka je

80%. Hlavním modelem pro studium genetických vlivů jsou studie s dvojčaty žijícími odděleně. (49)

Gen pro obezitu existuje, ale dává jen předpoklad k tomu, že daný jedinec bude obézní. Dědí se pravděpodobnost, která se nemusí naplnit, neboť je ovlivnitelná vnějšími faktory, například střídmostí stravy a pohybem. Mimo metabolické dispozice se dědí nesprávné stravovací návyky a celý nezdravý životní styl rodičů. (9, 49)

Význam dědičnosti byl prokázán u řady faktorů, které mohou ovlivňovat rozvoj obezity:

- chuťové preference tuku a sladkého
- klidový energetický výdej
- postprandiální energetický výdej
- spontánní pohybová aktivita
- lipoproteinová lipáza
- hormon senzitivní lipáza
- složení kosterního svalu ve vztahu k charakteru vláken a oxidaci substrátů
- schopnost spalovat tuky a sacharidy
- citlivost inzulínu
- nastavení mechanismu regulující tělesnou hmotnost v hypothalamu (9)

1.6.2. Vnější faktory ovlivňující obezitu

Energetická bilance

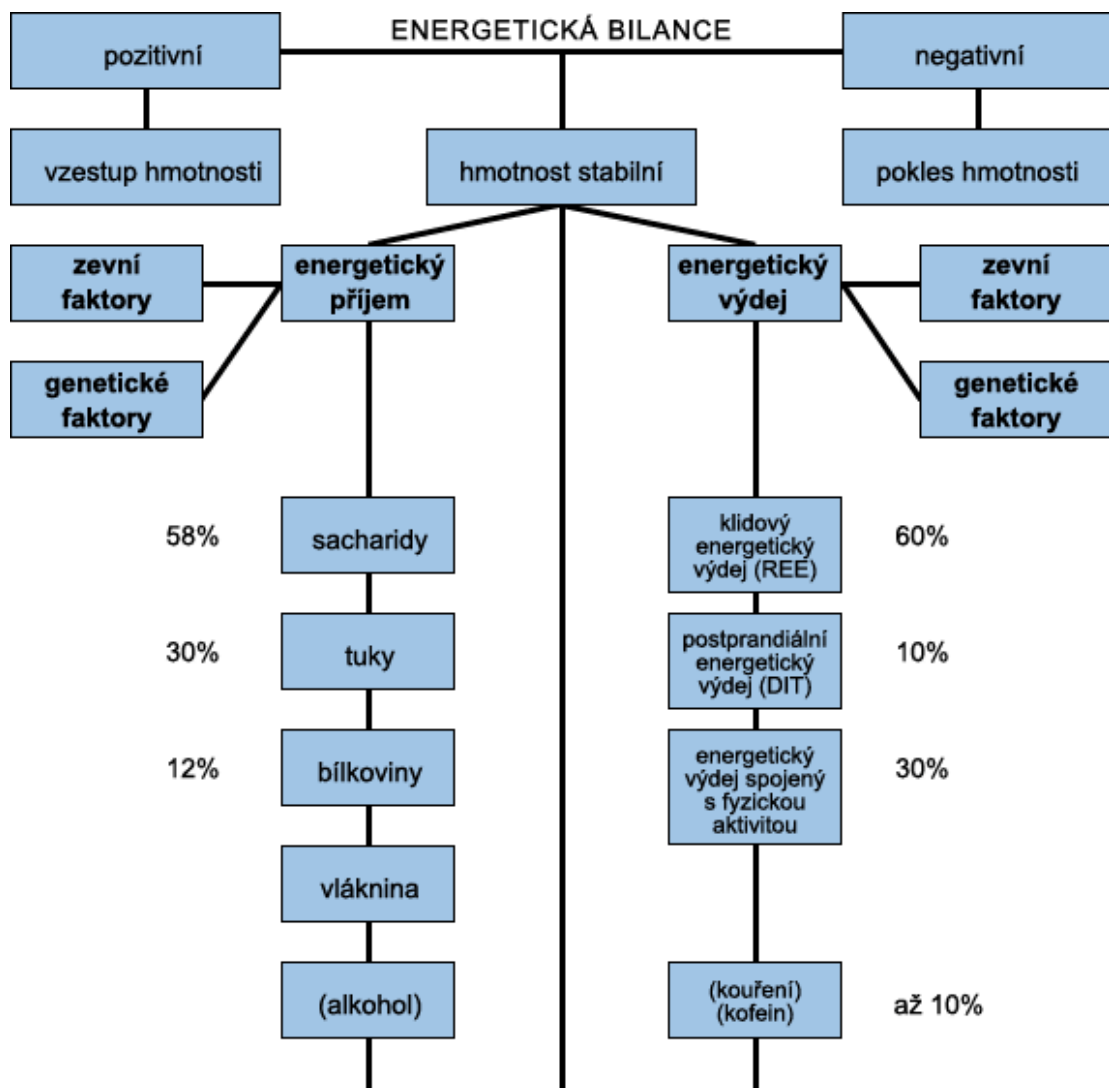
Hlavní příčinou obezity je pozitivní energetická bilance. Ta je důsledkem nepoměru mezi energetickým příjmem a energetickým výdejem. (9)

$$\text{Energetická bilance} = \text{energetický příjem} - \text{energetický výdej}$$

Energetický příjem i energetický výdej jsou ovlivňovány jak faktory endogenními, tak faktory vnějšího prostředí. (10)

Pozitivní energetická bilance vzniká, převyšuje-li energetický příjem energetický výdej. Krátkodobá pozitivní bilance u jedinců zdravých aktivuje regulační fyziologické mechanismy, které zabrání vzestupu hmotnosti. U jedinců, kteří jsou náchylní k obezitě, bývají tyto mechanismy porušeny. Dlouhodobě působící pozitivní energetická bilance má za důsledek hromadění tukových zásob a vzestup hmotnosti. Negativní energetická bilance způsobuje pak úbytek tukových zásob a pokles hmotnosti. (9, 10)

Schéma č. 1 – Faktory ovlivňující energeticko rovnováhu



Energetický příjem

Celkový příjem energie je jedním z faktorů, které ovlivňují zdraví člověka. Závisí jednak na složení potravy, resp. na obsahu základních živin (sacharidy, tuky, bílkoviny), alkoholu a vlákniny – pasivní přejídání, jednak na aktivním přejídání jednotlivce. (8, 9)

Pasivní přejídání

K pasivnímu přejídání dochází při konzumaci nevhodně složené stravy s vysokým obsahem energie, zpravidla v důsledku dominance tuků či sacharidů. Potraviny bohaté na tuky mají vysokou energetickou denzitu, malou sytící schopnost – neutlumí pocit hladu. Obézní jedinec není schopen adekvátně spalovat tuk, při jeho nadměrné konzumaci má porušenou toleranci tuku, avšak preferuje tuk pro jeho sensorické vlastnosti (tuk dodává „potravinám plnost“). Potraviny s vysokým obsahem převážně jednoduchých sacharidů pak chronicky zvyšují produkci inzulínu. Velmi často bývají pokrmy obohaceny chemickými potravinářskými aditivami, které přetěžují játra, zvyšují riziko alergií a dlouhodobý příjem těchto energeticky bohatých potravin zvyšuje riziko vzniku nadváhy a obezity tím, že dochází k jeho přeměně na tuk. (7, 9)

Stres

Přejídání se může stát návykem. Spouštěcím mechanismem může být stresová situace, ale i obavy z nadměrného příbytku na váze. Redukovat stres je velice obtížné a často i nemožné, protože příčiny jsou mimo nás a jsou někdy neovlivnitelné (úmrtí nebo nemoc člena rodiny, hlučnost velkoměsta aj.). Stresovou situací může dále být např. neúspěšné manželství, trauma z dětství, pracovní problémy či nedostatečná motivace. Příčinou přejídání tak bývá zvýšený energetický výdej anebo psychická odpověď na kontinuální diskriminaci. U obézních se prokázala zvýšená závislost na potravinových vjemech, poruchy pocitu sytosti a hladu, hyperfagická reakce na stres – emocionální zátěž, hněv, konflikt či nuda – až ve 30%. Stres je součástí každodenního života a nelze

ho úplně vymýt. Není vzácností, že se stres stává iniciátorem přejídání. Lidé se potom musí naučit zvládnout ho jinými způsoby než otevřením ledničky či spížírny. V období stresu a nutkavého pocitu něco zakousnout je vhodné připravit si syrovou zeleninu či ovoce. S tzv. psychogenním přejídáním se setkáváme u obézních v 75%. (46)

Lidé, jež souží nadbytečné kilogramy, častěji trpí depresemi než jejich štíhlejší spoluobčané a zároveň jedinci, jež postihlo toto psychické onemocnění, mnohdy rapidně tloustnou. (46)

Reklama

V rozvinutých zemích se na aktivním přejídání podílí reklama, která u citlivých jedinců způsobí zvýšený příjem potravy nebo konzumaci nevhodných potravin. Ovlivňuje nákupní chování lidí. Reklamy se mohou značně podílet převážně na rozvoji dětské obezity. Propaganda potravinářských firem a obchodních řetězců bývá často velmi agresivní. Dětské reklamy poukazují na nezdravá jídla, jako by neexistovalo nic lepšího. Spojení tučných a cukernatých výrobků s popularitou, sportovními úspěchy a šťastnými vztahy je zavádějící, přesto se tím mnoho lidí nechá ovlivnit. Reklama ovlivňuje to, jaké potraviny si lidé volí, jakým dávají přednost. Ve Velké Británii se parlament zabýval zákazem reklamy v pořadech pro děti mladší pěti let. Pro Británii je dětská obezita těžkým břemenem. Do kategorie obézní je tam řazeno každé šesté dítě ve věku 6-15 let. Děti totiž příliš často opakují to, co vidí na obrazovce. Nebezpečí je posilováno tím, že děti dlouho neumějí rozlišovat reklamu od skutečnosti. Tento rozdíl jsou schopny děti dělat až od 8 let. V některých zemích však úřady na ochranu spotřebitelů zvažují i jiná opatření, např. velké varovné nápisy na potravinách, podobně jako je to na cigaretách. Je otázkou, do jaké míry se tato opatření mívají účinkem. Potravinářské firmy vydávají na reklamu 40 miliard dolarů ročně. Světová zdravotnická organizace má na boj s nemocemi způsobujícími špatnou výživu jen asi 80 miliónů ročně. Tedy 500x méně. Ale pokud budou spotřebitelé vyhledávat nezdravé potraviny a nebudou přemýšlet o tom, co dají do úst, budou výrobci chrlit další a další nezdravé potraviny a reklamy na ně. Nejde jen o to, aby byly potraviny nezávadné po stránce kontaminace choroboplodnými zárodky. Na zdravou potravinu se kladou daleko vyšší

nároky, tj. aby neobsahovala jen prázdné kalorie, ale měla dostatek vitamínů a stopových prvků. (22)

Kultura země

Aktivní přejídání může být i kulturní tradicí země. Například v některých zemích Asie v oblasti Blízkého východu nebo Afriky je dávana přednost ženám s vyšší váhou. Srovnání různých zemí s různým životním stylem je obtížné. Etnické vlivy jsou nejnáze prokazatelné v USA, při životě v relativně stejných podmínkách. Výskyt obezity je vyšší v černošských a mexických populacích a nižší v populacích bělošských. (40)

Stravování ve fast foodech

Trendem současnosti je, že lidé se častěji stravují mimo domov, navštěvují fast foody, kde převládají mastná jídla, majonézové saláty, mletá masa, uzeniny a slazené nápoje. Potravinový trh je přesycen množstvím neracionálních pokrmů jako jsou zmrzliny, čokolády, sušenky, hranolky, kreky, hotdogy a jiné ohřívané uzeniny, slazené či kofeinové nápoje. Zásobovací situace neslazenými minerálními vodami se u nás oproti dřívějším trendům výrazně zlepšila, i když jejich ceny jsou na trhu někdy přehnané. (33)

Jídelní zvyklosti

S obezitou jsou spojeny určité jídelní návyky:

- Jednorázová konzumace větších porcí potravy oproti pravidelnému rozložení potravy do více menších denních porcí potravy. Má se jíst pravidelně 5x denně přiměřeně málo, neboť každý příjem potravy

vyžaduje na trávení určité, byť malé množství energie. K obezitě takto dochází při nesprávném rozložení potravy během dne, zvláště v případech, kdy se většina sní večer. (9, 17)

- Vynechávání snídaně – bylo prokázáno, že po požití snídaně zejména o vysokém obsahu sacharidů dochází ke snížení energetického příjmu během následujících jídel v průběhu dne. Obézní obvykle nemají ráno hlad a proto nesnídají, nesvačí, často neobědvají, ale po návratu domů snědí, co je po ruce, a pak si ještě dají vysoko energetickou večeři. (9, 17)
- Uždibování potravy tzv. nibbling – bývá obvykle spojeno se zvýšenou spotřebou tuků a nevědomou konzumací potravy v době mezi hlavními jídly, ne u jídelního stolu, ale např. při sledování televize nebo při práci. (9, 17)
- Emocionálně podmíněná konzumace potravy vlivem stresu. (9, 17)
- Syndrom nočního přejídání tzv. night eating syndrome – provázející noční pocity hladu, vyskytuje se častěji u mužů. (9, 17)
- Nárazové přejídání tzv. binge eating syndrome – při němž obézní mění schopnost kontrolovat množství konzumované potravy, vyskytuje se zejména u těžkých stupňů obezity a u mladších jedinců. (9, 17)
- Zvýšená rychlost jídla, která může být spojena s konzumací nadměrného množství potravy bez adekvátního prožívání požitku z jídla. Pocit nasycení přichází po určité době po jídle, a tak kdo jí hltavě, zkonsumuje více jídla než ten, kdo jí pomalu. (9, 17)

Energetický výdej

Celkový energetický výdej je tvořen klidovým energetickým výdejem, postprandiální termogenezí a energetickým výdejem při pohybové aktivitě. (8)

Klidový energetický výdej – je výdej, který je nezbytný k udržení základních životních funkcí organismu a k zajištění tělesné teploty. Na celkovém denním energetickém výdeji se podílí 55-70%. Zabezpečuje základní fyziologické pochody ve tkáních, činnost kardiovaskulárního a respiračního systému, funkce ledvin, základní neurohumorální regulační mechanismy. (8)

Klidový energetický výdej závisí na:

- genetických faktorech
- věku – klesá s věkem
- pohlaví – je nižší u žen než u mužů vzhledem k tomu, že ženy mají vyšší podíl tuku ve tkáních
- hmotnosti, resp. na množství tuku a beztukové tkáně – stoupá s narůstajícím zastoupením svalstva
- hormonech
- aktivitě sympatoadrenálního systému – stoupá s jeho aktivací
- výši energetického příjmu – klesá při přísných nízkokalorických dietách až o 17%
- výši pravidelné fyzické aktivity
- zevní teplotě (8)

Postprandiální termogeneze (DIT = Diet Induced Termogenesis) nebo tzv. termický efekt potravy. Jde o energetický výdej po jídle, který je spojen s procesem trávení, vstřebávání a metabolismem živin v potravě (obligatorní postprandiální termogenezí) a s aktivací sympatického nervového systému (fakultativní postprandiální termogeneze). Na celkovém energetickém výdeji se podílí 8-10%. (8, 9)

Postprandiální termogeneze závisí na:

- genetických faktorech
- celkovém energetickém příjmu a na rozložení potravy v průběhu dne
- zastoupení jednotlivých živin v potravě
- postprandiální aktivaci sympatického nervového systému
- postprandiální aktivaci hormonální sekrece (8)

Energetický výdej při pohybové aktivitě, fitgeting (EE PA = Energy Expeditore due to Psychical Aktivity) – se na celkovém energetickém výdeji podílí 20-40%. V důsledku sedavého způsobu života se aktivní pohyb čím dál více podílí na vzniku pozitivní energetické bilance navzdory snižujícímu se příjmu energie. (8, 9, 10)

Sociokulturní vliv jako faktor snižující pohybovou aktivitu

Stupeň pohybové aktivity je ovlivněn sociokulturními vlivy současné civilizace. Fyzická aktivita klesá v důsledku automatizace, používání počítačových technik. Velké množství populace používá pro cestu do zaměstnání i pro cestování ve volném čase osobní automobil. „V České republice se snížila vytíženost hromadné dopravy v průběhu pěti let o 40%.“ (8, str. 79) Při přesunu osobním automobilem odpadá pohybová aktivita při chůzi na zastávku veřejné dopravy, následně i chůze ze zastávky na cílové místo. I lidé, kteří by do práce mohli chodit pěšky, využívají aut i hromadné dopravy. Leckdo z nás ráno vstane, v práci celý den prosedí, stojí, maximálně tu a tam přechází. Bydlí-li či pracuje ve vyšším patře, čeká vždy trpělivě na výtah. Přece nepůjde po schodech pěšky. A jak tráví svůj volný čas lidé o víkendech? Jak se věnují pohybu? Nemají čas? (3, 8)

Díky moderní technice (automatické pračky, myčky na nádobí, vysavače) se významně omezuje i fyzická aktivita při domácích pracích. (3, 8)

U dětí stoupá prevalence obezity v důsledku zvyšujícího se počtu hodin strávených u televize či počítače. I dospělí po večeři zasedají ke svým oblíbeným

pořadům a podrobují se jejich kritice. Jít po večeri na procházku, proběhnout se či zajezdit si na kole napadne málokoho. (3, 8)

I minimální chůze po bytě se omezuje díky dálkovým ovladačům televizorů, rádíf a domácích spotřebičů. (8)

Pohyb prospívá celému organismu. Je jednou ze základních podmínek harmonického rozvoje člověka. Při pohybu dochází k adaptaci srdce, plic, cév, k prokrvení svalů, zvětšuje se objem hrudníku, dýchání se prohlubuje a stává se účinnější. Obrovskou výhodou pravidelného pohybu je, že v době odpočinku ještě několik hodin po skončení fyzické aktivity je v těle zrychlený metabolismus a organismus spaluje zásobní tuky. (4)

Energetický výdej při pohybové aktivitě závisí na:

- intenzitě pohybové aktivity
- době trvání pohybové aktivity
- tělesné hmotnosti jedince
- trénovanosti jedince
- nehumorální a sympatoadrenální aktivací (8)

Věk populace

Obézních jedinců přibývá s věkem a výskyt obezity vrcholí mezi 50-60 let. Obezita zkracuje život, a u starších pacientů se proto jejich výskyt snižuje. (42)

Pohlaví

Ženy jsou ve všech populacích více obézní jak muži. (42)

Sociálněekonomické podmínky

V České republice i přes diskuzi o životním stylu, životních podmínkách a úrovni není socioekonomický faktor jako faktor podílející se na vzniku obezity tak jednoznačný jako ve většině rozvojových zemích.

Názory odborníků jsou různé. Můžeme se setkat s tvrzením, že rodiny s příslušností k nižší socioekonomické vrstvě mají vyšší sklon k obezitě. Členové těchto rodin jsou náchylnější ke konzumaci alkoholu a levných nekvalitních potravin, nemají zájem o aktivní sportování. Jde většinou o jedince s nižším příjmem a nižším vzděláním, žijících na venkově. (11, 48)

Můžeme se však setkat i s názorem, že v rodinách s vyššími příjmy žijí jedinci s vysokým rizikem obezity. Tento fakt je dán jednak tím, že nabídka potravin pro tyto rodiny je neomezená, jednak samotným způsobem života. V této skupině populace je zvykem poměrně často navštěvovat restaurace, doma pak konzumovat stravu ohřívaných polotovarů či studených sendvičů. (1, 48)

Spánek

Nedostatek nočního spánku se dnes již řadí mezi vnější rizikové faktory ovlivňující nadváhu a obezitu.

S tímto problémem se dříve při rozvoji nadváhy vůbec nepočítalo. V dnešní době již existuje řada studií, která prokazují, že čím vyšší je spánková deprivace, tím vyšší je výskyt nadváhy či otylosti. Noční spánek je pro naše zdraví velice významný, jelikož se při něm tvoří hormon melatonin. Tento hormon ovlivňuje spánek a ospalost, je důležitým antioxidantem, podporuje správnou imunní reakci, zpomaluje stárnutí, zvyšuje odolnost proti stresu a řídí produkci celé řady hormonů, a tím ovlivňuje tělesnou hmotnost jedince. (30, 31)

Kouření

Řada studií prokázala, že u kuřáků dochází k vzestupu energetického výdeje vlivem stimulace energetického výdeje nikotinem. V případě, že silný kuřák přestane kouřit aniž by omezil energetický příjem, dochází u něj k vzestupu hmotnosti. Není nic neobvyklého, když stop kuřák přibere 4-5 kg za šest měsíců, ale přírůstek váhy může být i vyšší. Zanechání kouření zvyšuje riziko ztloustnutí 2,4x u mužů a u žen vzroste dvojnásobně. Proto je nutné do odvykacího programu kouření zahrnout i dostatečnou pohybovou aktivitu. U kuřáků dochází po přerušení kouření ke zvýšené chuti k jídlu, či k nahrazení cigarety sladkostí. Vhodným obdobím pro stop kouření je léto a podzim, kdy je na trhu dostatečné množství ovoce a zeleniny. (36)

Farmakoterapie

Dlouhodobé užívání některých léků, může způsobit nárůst tělesné hmotnosti. Některé léky mohou zvyšovat chuť k jídlu a přispívat tak k rozvoji nadváhy. Jedná se o léky, které mohou ovlivňovat příjem potravy (mohou zvyšovat chuť k jídlu), nebo působí na energetický výdej a ukládání tukových zásob. Jsou to zejména antidepresiva, neuroleptika, tranquilizéry, glukokortikoidy, gestageny. (25, 27)

Zaměstnání

Lidé obézní či se sklonem k obezitě by neměli být zaměstnáni tam, kde jsou obzvláště ohroženi přítomností „nebezpečných jídel“. Neměli by pracovat v cukrářstvích, lahůdkářstvích apod. Také se pro ně nehodí sedavé zaměstnání, vhodnější je práce v provozu. Existují ovšem i povolání, která na první pohled vůbec nevypadají jako riziková pro vznik obezity. Jde o práci, kde zaměstnanci hodně cestují či pracují v teplých provozech. Zahánějí pak žízeň energeticky velmi bohatými nápoji, jako jsou coca-coly, kofoly a džusy. (3)

Kojení

Je celá řada studií, která dokumentují, že děti kojené trpí méně často v pozdějším životě obezitou než děti, které byly v postnatálním životě krmeny modifikovaným kravským mlékem. Pro zdraví dítěte a pro prevenci nadváhy a obezity je kojení mimořádně důležité. Je nejpřirozenější výživou pro děti v raném věku. Složení mateřského mléka přesně odpovídá nárokům a potřebám adaptujícího se dítěte. Obsahuje všechny potřebné živiny a je dostačující pro zdravý vývoj v prvních šesti měsících. (5, 11)

Riziková období pro vznik obezity a skupiny osob ohrožených zvýšeným výskytem obezity

V životě člověka existují určitá údobí, která můžeme z hlediska lidské obezity označit jako „strategická“. V nich je jedinec nejvíce ohrožen. Riziková údobí pro vznik obezity jsou:

- Prenatální období – výdej a příjem potravin je u jedince ovlivněn již v období před jeho narozením. Ukazuje se, že novorozenci s nízkou porodní váhou mají ve svém dalším životě spíše sklon k obezitě. Jako by jedinec byl ještě v děloze matky naprogramován k šetření energie pro případy nedostatku potravin v krutém mimoděložním životě. Naopak novorozenci s normální či mírně vyšší váhou nemívají později s nadváhou problémy. Z toho je jasné, že vliv na váhu má celá řada hormonálních látek, jako je například růstový hormon, pohlavní hormony, hormon nadledvinek, které zpětnou vazbou ovlivňují příjem a výdej potravy. (3, 9)
- První rok života dítěte – toto období je pro vznik obezity neobyčejně důležité. Rozhoduje se o tom, zda se nevytvoří tzv. hyperplastická forma obezity, při níž dochází ke zmnožení tukových buněk, které

pronásledují jedince po celý život. Tato obezita je důsledkem překrmování v kritickém údobí. (3, 9)

- Předčasný „adeposity rebound“ – tj. období vzestupu BMI, asi v 6-7 letech po přechodném poklesu BMI v předškolním věku. Jsou děti, které v tomto období většinu dne prosedí, nemají čas nebo podmínky pro vhodnou pohybovou aktivitu. (3, 9)
- Období ukončení růstu – stále přetrvává relativně zvýšený příjem energie, kterou organismus již nepotřebuje, jelikož už neroste. Nadbytečný příjem energie se mění v depotní tuk. (3, 9)
- Doba dospívání, převážně u dívek. (3, 9)
- Období dospělosti – kdy určité životní fáze jsou spojeny s omezením tělesné aktivity a změnou jídelních návyků. (3, 9)
 - Vstup do manželství – je mnohokrát období, kdy dochází ke změně životního stylu a důsledkem je vzestup hmotnosti.
 - Vstup nebo změna zaměstnání s fyzicky náročného na fyzicky nenáročné, přičemž si jedinec neuvědomí včas nutnost snížení příjmu potravy.
 - Období těhotenství a období krátce po něm – obvykle se předpokládá, že s počtem mateřství roste i hmotnost. Nárůstek je přibližně několik kilogramů na jedno těhotenství, ale v řadě studií může jít o nepřímý vliv věku.
 - Rodinné či pracovní problémy.
 - Ukončení sportovní činnosti.
 - Vstup do důchodu.

- Období po úraze, období po delším upoutání na lůžko – vzniká opět nepoměr mezi stejným příjmem potravy a výrazným poklesem tělesné aktivity. (9, 51)

1.7. Komplikace obezity

Nadměrné kilogramy lidskému tělu neprospívají. Obezita není jen kosmetickou záležitostí, ale je to nemoc, která má při dlouhém trvání negativní a vážné následky. Její prevence a léčba je nutná. Je třeba si uvědomit, že obézní jedinec je enormně zatížen svou hmotností, nosí s sebou stále zavazadlo, které váží tolik, kolik činí jeho přebytečná hmotnost. Je tedy pochopitelné, že tento přetížený organismus se rychleji unaví a opotřebuje. (50)

Obezita je dnes považována za primární zdravotní riziko moderní společnosti. Tento zdravotní význam je bohužel podceňován nejen laickou veřejností, ale i zdravotníky, neboť obezita jako taková život bezprostředně neohrožuje. Však komplikace způsobené obezitou ovlivňují nemocnost, kvalitu i délku života jedince. (1)

Mezi nejčastější komplikace postihující obézní pacienty patří:

- metabolické komplikace – diabetes mellitus 2. typu, poruchy metabolismu lipidů, hyperurikemie, zvýšená koncentrace fibrinogenů
- nedokrevní poruchy – hyperestrogenismus, hyperandrogenismus u žen, hypogonadismus u mužů, funkční hyperkortisolismus, hyposekrece růstového hormonu, pozměněná aktivita sympatoadrenálního systému
- kardiovaskulární komplikace – hypertenze, hypertrofie a dilatace levé komory srdeční, ischemická choroba srdeční, srdeční selhání, arytmie, cévní mozkové příhody, varixy, tromboembolická nemoc

- respirační komplikace – Pickwickův syndrom, syndrom spánkové apnoe
- gastrointestinální komplikace – gastroezofageální reflex, hiatová hernie, cholelitiáza, cholecystitida, pankreatitida, jaterní steatóza
- gynekologické komplikace – poruchy cyklů, amenorea, infertilita, komplikace v těhotenství a při porodu, pokles dělohy, zánět rodidel
- onkologické komplikace – nádor endometria, cervixu dělohy, vaječníku, prsu, nádor kolorektální, žlučníku a žlučových cest, pankreatu a jater, nádor prostaty a ledvin
- ortopedické komplikace – degenerativní onemocnění kloubů a páteře (zejména gonartróza a coxartróza), epifizeolýza u dětí, vybočená holeň
- kožní komplikace – ekzémy a mykózy, strie, celulitida, hirsutismus, benigní papilomatóza
- psychosociální komplikace – společenská diskriminace, malé sebevědomí, motivační poruchy, autoakuzace, deprese, úzkost, poruchy příjmu potravy
- chirurgická a anesteziologická rizika – horší hojení ran a vliv kardiorepiračních komplikací
- iatrogenní poškození – vliv neadekvátních diet a nevhodné farmakoterapie
- jiné zdravotní komplikace – edémy, úrazy kýly a pseudotumor cerebri u dětí (1, 9, 50)

1.8. Léčba obezity

K léčbě obezity je nutno přistupovat komplexně. Používají se:

- nízkenergetická dieta
- pohybová aktivita
- behaviorální intervence
- farmakoterapie
- léčba chirurgická (8)

Při léčbě jakéhokoliv stupně obezity kombinujeme pohybovou aktivitu, dietu a behaviorální intervenci. V případě, že léčba není úspěšná, saháme po farmakoterapii. Chirurgické léčby užíváme u těžkých stupňů obezity, v případě, že selžou konzervativní postupy. Cílem léčby obezity je redukovat hmotnost, ale také redukovat rizikové faktory. (37, 47)

Dietní léčba obezity

V léčbě obezity dietou je nutno akceptovat dlouhodobou, celoživotní změnu životního stylu, spojenou se změnou stravovacích návyků.

Platí, že každému člověku se stanovuje dieta „namíru“. Denní stravování je potřeba rozložit do 4-5 malých jídelních porcí. Člověk s nadváhou či obezní by se měl naučit nahrazovat sladká a tučná jídla pestrou stravou s nižším obsahem tuku a vyšším obsahem vlákniny. (6)

Rozdělení jednotlivých složek potravy by měly tvořit z 55% komplexní sacharidy jako jsou brambory, rýže, těstoviny nebo chleba. Bílkoviny by měly být obsaženy ve stravě asi z 15 % . Vhodná jsou nízkenergetická mléka. Tuky by měly představovat maximálně 30%, 2/3 tuků by měly být tuky rostlinného či rybího charakteru. Důležitou složkou potravy je vláknina obsažená v ovoci a zelenině. (34)

Neméně důležitý je pitný režim, který je tvořen asi 2 litry neslazených tekutin denně.

Nedoporučuje se léčba hladovkou vzhledem k četným nežádoucím účinkům jako je například deficit iontů – železa, vápníku, hořčíku, deficit vitamínů, kolapsové stavy, pokles libida a amenorea u žen aj. (6, 47)

Pohybová aktivita v léčbě obezity

Fyzická aktivita přináší klientovi do života příjemné pozitivní prožitky, pohybem dochází k zvýšení metabolismu, odbourávání přebytečného tuku, k zabránění ztráty svalové hmoty. (4, 52)

Úloha pohybu v léčbě obezity závisí na věku, stupni obezity a přítomnosti zdravotních komplikací. Omezené možnosti v léčbě obezity fyzickou aktivitou mají staří lidé, jedinci s těžkým stupněm obezity či jedinci se závažnými zdravotními komplikacemi (např. ortopedickými či kardiovaskulárními). (4, 32)

V rámci pohybové aktivity se doporučuje chůze jednu hodinu denně. Chůze je nejfyziologičtější způsob pohybové aktivity, která však není vhodná pro obézní s ortopedickými komplikacemi nosných kloubů. Chůze je velmi efektivní sport, pokud jde o hubnutí a kondici. Ideální je, když člověk začlení chůzi do denního režimu. Správná chůze má být plynulá, kroky mají být stejně dlouhé – správná chůze vychází již z palce na noze a přenáší se na celé tělo. Dále je doporučeno 3-4x týdně 45-60 minut cvičení v intenzitě 60% maximální aerobní kapacity. (17)

Cvičební jednotka by měla být aerobního charakteru s omezením poskoku, doplněná cviky z kalanetiky a cviky posilovacími. Toto svižné tempo by měla střídat relaxace, protahování a dechová cvičení. O charakteru aerobního cvičení nás informuje tepová frekvence. (4)

Pro dlouhodobé udržení poklesu hmotnosti je vhodná aktivita nízké intenzity. Ze sportu můžeme doporučit veslování, vodní pólo, cyklistiku či plavání ve vyhřátém bazénu. V zimě běžkování v případě neporušení nosných kloubů. Je důležité zvýšit aktivitu nenásilnou formou, aby pohyb klienta bavil. Zakazujeme sjezdové lyžování, vzpírání, kulturistiku, vrh koulí a oštěpem či jiná silová cvičení. (4)

Je nezbytné, aby klient sám aktivně vyhledával pohyb, a to i v běžných každodenních činnostech – chodil pěšky do práce, chodil po schodech aj. (17)

Kognitivně behaviorální léčba obezity

Jde o psychologické přístupy, které mají za úkol ovlivnit naučené nevhodné jídelní i pohybové návyky. Tyto přístupy důsledně analyzují zevní faktory podílející se na vzniku a rozvoji obezity. Spouštěcím mechanismem pro jedení je u obézního pacienta chuť na jídlo při jeho dostupnosti, špatná nálada či jiná situace. (38)

Behaviorální terapie se provádí skupinově či individuálně v redukčních klubech, obezitologických poradnách a obezitologických jednotkách. Základní přístupy této psychologické léčby definuje jeden ze zakladatelů – Albert Stunkard z Pennsylvánské univerzity:

- Technika sebezpozorování – spočívá v uvědomění si jídelního chování, pacient si pořizuje záznamy co jedl, v jakém množství, kde a s kým, jak rychle a jak se po jídle cítil. (8, 38)
- Techniky, které kontrolují samotný akt konzumace jídla – obézním klientům se doporučuje jíst pravidelně 3-5x denně u jídelního stolu, nevynechávat snídani, nevečeřet po 19. hodině, nejíst mezi hlavními jídly, během jídla mezi sousty odkládat přibory, sousta řádně rozžvýkat, na stůl servírovat pouze jednu porci a to na menší talíř, uprostřed jídla dělat přestávku, soustředit se na jídlo a nedělat jiné činnosti, nesnažit se dojíst za každou cenu, po jídle odejít od jídelního stolu. (8, 38)
- Techniky aktivní kontroly vnějších podnětů – k ovlivnění vnějších podnětů, které jsou spojeny s jídlem se doporučuje neponechávat jídlo

a pochutiny volně k dosažení, naopak ovoce a zeleninu mít k dispozici na určitém místě kdykoliv, naučit se, jak se stravovat v restauracích – jíst malé porce, pokud možno nízkoenergetická jídla či zeleninové nebo ovocné saláty, vynechávat sladká jídla, naučit se, jak zvládnout rizikové situace, jako je stravování se na oslavách – umět odmítnout, naučit se způsobu nákupu – nakupovat podle předem připraveného seznamu, brát si jen nezbytně nutné peníze. (8, 38)

- Techniky sebeposilování – klient by měl požádat členy rodiny o podporu, odměňovat se např. oblečením při úspěšné redukci hmotnosti. (8, 38)
- Kognitivní techniky – mají za cíl nahradit negativní myšlenky pozitivními, neklást si nereálné cíle, vyvarovat se sebeobviňování, které obvykle vyústí v depresi. Tyto techniky vidí souvislosti mezi myšlenkami, emocemi a chováním klienta, kladou důraz na změnu životního stylu. (8, 38)
- Výuka základů výživy – úkolem tohoto přístupu je seznámit klienta s racionální výživou, energetickou hodnotou potravin, klient dostane doporučení vhodné diety a měl by být seznámen s riziky a komplikacemi nevhodných diet. (8, 38)
- Pravidelná fyzická aktivita – jde o seznámení klienta s tím, jakou úlohu hraje v jeho životě aerobní a izometrické cvičení při redukci hmotnost, dále je třeba seznámit klienta s kontraindikovanými cviky. Hlavním cílem je naučit obézního jedince zvýšit fyzickou aktivitu během všedních každodenních aktivit. (8, 38)

Farmakologická léčba

Antiobezitika, léky určené k léčbě obezity, můžeme z hlediska praktického rozdělit do dvou skupin:

- léky s centrálním působením (fentermín, sibutramín aj.)
- léky působící na periferii (oristat) (27)

Jiné dělení antiobezitik může být na:

- anorexika – tlumí chuť k jídlu již v centrální nervové soustavě
- termogenní léky – ovlivňují energetický výdej
- léky ovlivňující vstřebávání ve střevě (8)

Farmakologickou léčbu zahajujeme až po selhání léčby pohybovou aktivitou, dietou a psychologickými přístupy. Je vyhrazena pro jedince s těžkou obezitou či jedince se zdravotními riziky obezity. (25, 27)

Chirurgická léčba obezity – bariatrická chirurgie

Bariatrická chirurgie je metoda poskytující vyšší a trvalejší úbytek hmotnosti oproti jiným metodám. Chirurgické zákroky vedou k omezení energetického příjmu a k navození málo absorpce.

Je několik metod chirurgické léčby, v České republice se však provádí výhradně bandáž žaludku laparoskopickou metodou, při níž se vytváří v horní části žaludku vak o objemu 50 ml. V tomto vaku pak dochází k rozpětí stěn žaludku, na to reagují hypothalamická centra a výsledkem je tlumení chuti k jídlu.

K léčbě obezity bariatrickou chirurgií jsou indikováni jedinci s těžkým stupněm obezity a jedinci, u nichž selhala konzervativní léčba. (37)

1.9. Prevence obezity

Prevence obezity je mnohem účinnější než léčba. Vzhledem k tomu, že prevalence a incidence obezity stoupá nejen v České republice, zvyšuje se i informovanost lidí o zdravotních komplikacích obezity, dokonce se v populaci mění i preference potravin k lepšímu. I přesto však výskyt obezity stoupá. Vzhledem k tomu, že v posledních letech nelze předpokládat výraznou změnu genetického vybavení, zřejmým podkladem pro vznik nadváhy a obezity budou vnější faktory – sociokulturní a ekonomické podmínky, které vedou k nežádoucím jídelním návykům a sedavému způsobu života. (9, 29)

Existují tři typy prevence:

- primární – je otázkou incidence, má snížit vznik nových případů
- sekundární – je otázkou prevalence, má snížit počet případů, které již existují
- terciální – má stabilizovat nebo snížit počet neschopnosti a invalidních důchodů, které vznikají v důsledku obezity (9)

Další dělení prevence je na:

- Všeobecnou – týká se celé populace, je zacílena na děti, staré osoby, těhotné ženy aj. Je tvořena programy, které učí individuální výchovu, správné stravování, řeší otázky aktivního pohybu v rodině, škole, zaměstnání či v jiné komunitě. Zabývá se změnou sociokulturního postavení a změnou ekonomických podmínek. Reguluje nadměrný příjem potravy (například uvedením energetického obsahu potravin, obsahu cukrů a tuků v potravinách na etiketách potravin, zvýrazněním nízkoenergetických výrobků), reguluje reklamu na potraviny a nápoje a upravuje hospodářskou politiku ve vztahu k potravinám (například stoupající daně na potraviny se zvýšeným obsahem tuku a

jednoduchých sacharidů). Jako prevence je velmi důležitý životní styl, který by měl zahrnovat co možná nejvíce pohybu. V oblasti fyzické aktivity by k rozvoji pohybu mohly přispět větší příležitosti ke sportování pro děti, dostatek parků a hřišť ve městech, prostředí vhodné pro procházky, cyklistické stezky. (9)

- Selektivní – je prevence zaměřená na jedince predisponované ke vzniku obezity. Tyhle skupiny osob charakterizuje věk, pohlaví, zaměstnání, pozitivní rodinná anamnéza, anamnéza vzniku obezity v některém z rizikových období pro vznik obezity, špatné jídelní zvyklosti či nedostatečná pohybová aktivita. Cílem této prevence je zabránit vzestupu váhy, vyvarování se nesprávných diet a zlepšení životního stylu. (9)
- Indukovaná – je individuální prevence obezity u osob, které mají nadváhu či vysoké procento tuku při normální hmotnosti nebo androidní typ obezity. Cílem této prevence je snížit počet jedinců, u kterých vznikají komplikace obezity, zvýšení počtu těchto osob, které dosáhnou úbytku na váze a dlouhodobě si tuto hmotnost udrží a snížení počtu obezích přibývajících na váze pozvolně. V této prevenci se angažují praktičtí lékaři či obezitologické poradny. (9)

1.10. Socioekonomický význam obezity

Od konce 80. let se objevuje ve světě řada studií (z USA, Švédska, Holandska, Francie, Austrálie, Finska) v nichž je vyčíslen ekonomický dopad obezity.

Jako přímé zdravotní náklady jsou počítány jak náklady na léčbu obezity, tak náklady na léčbu onemocnění, která etiopatogeneticky s obezitou souvisejí. Jsou to náklady na léčbu diabetes mellitus 2. stupně, koronární choroby srdeční, hypertenzi, cévní mozkové příhody, artrózy nosných kloubů, nádory tlustého střeva, prsu, dělohy, ledvin. Přímé zdravotnické náklady na obezitu se na celkových nákladech ve

zdravotnictví podílejí 2-8%. Současné propočty přímých nákladů však nezohledňují veškerá zdravotní rizika spojená s obezitou, takže skutečné přímé náklady budou bez pochyby ještě daleko vyšší. (9, 10)

Podstatně vyšší jsou nepřímé ekonomické náklady. Jako nepřímé zdravotní náklady se pak vyčíslují ta čísla, která jsou spojena se ztrátou produktivity v důsledku předčasného úmrtí. Vedle toho se k nepřímým nákladům připočítávají i ztráty způsobené pracovní neschopností a absencí obézních pacientů v zaměstnání. Nemocnost a dočasná absence obézního pacienta v zaměstnání, převážně žen, je dvojnásobná v porovnání s normostenickým jedincem. Jako invalidizující diagnóza se obezita v České republice vyskytuje jen v nepatrné míře všech důchodů, bývá však ukryta za řadu jiných diagnóz, které řadí jedince mezi občany s úplným či částečným invalidním důchodem. Do invalidního důchodu odcházejí lidé i v tom nejproduktivnějším věku, pouze malá část se vrací do zaměstnání. Vyhláška 284/1995 Sb. Ministerstva práce a sociálních věcí ze dne 17. listopadu 1995, kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění, stanovuje procentní míru poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti. Stojí v ní, že obezita sama nepodmiňuje pokles soustavné výdělečné činnosti. Následky a průvodní postižení zvláště kardiopulmonálního systému, podpůrného a pohybového aparátu mohou zdůvodnit uznání poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti. Přitom se vychází z indexu tělesné hmotnosti – BMI = váha (kg) / výška (m²): (39)

a) Obezita I. stupně (BMI = 30,0-34,9) – bez snížení celkové výkonnosti, vzdorující úsilí o redukci hmotnosti.

10-25%

b) Obezita II. stupně (BMI = 35,0-39,9) – s výrazným snížením celkové výkonnosti, vzdorující léčbě na odborném (specializovaném) pracovišti.

30-50%

- c) Obezita III. stupně (BMI = 40 a výše) – s těžkými kardiovaskulárními nebo respiračními komplikacemi, event. s výrazným postižením hybnosti.

60-80%

Obezita není vůbec laciná záležitost. Výše přímých i nepřímých nákladů by měla být pádným argumentem, který by měl přimět tvůrce zdravotní sociální politiky k podpoře národních programů prevence a léčby obezity. Je velmi důležité uplatňovat převážně zásady prevence. Nejen, že se tak zabrání mnoha obtížím obézních pacientů, a že se prodlouží jejich průměrný věk, ale ušetřily by se miliardové částky ze státní pokladny a pojišťovacích společností. (9, 39)

1.11. Systém péče o obézního pacienta

Systém komplexní zdravotní péče o obézní jedince v České republice byl vypracován již v roce 1991. Byl schválen Vědeckou radou Ministerstva zdravotnictví České republiky. Tento systém byl rozpracován Českou obezitologickou společností, jeho realizace byla zahájena v roce 1994. (9)

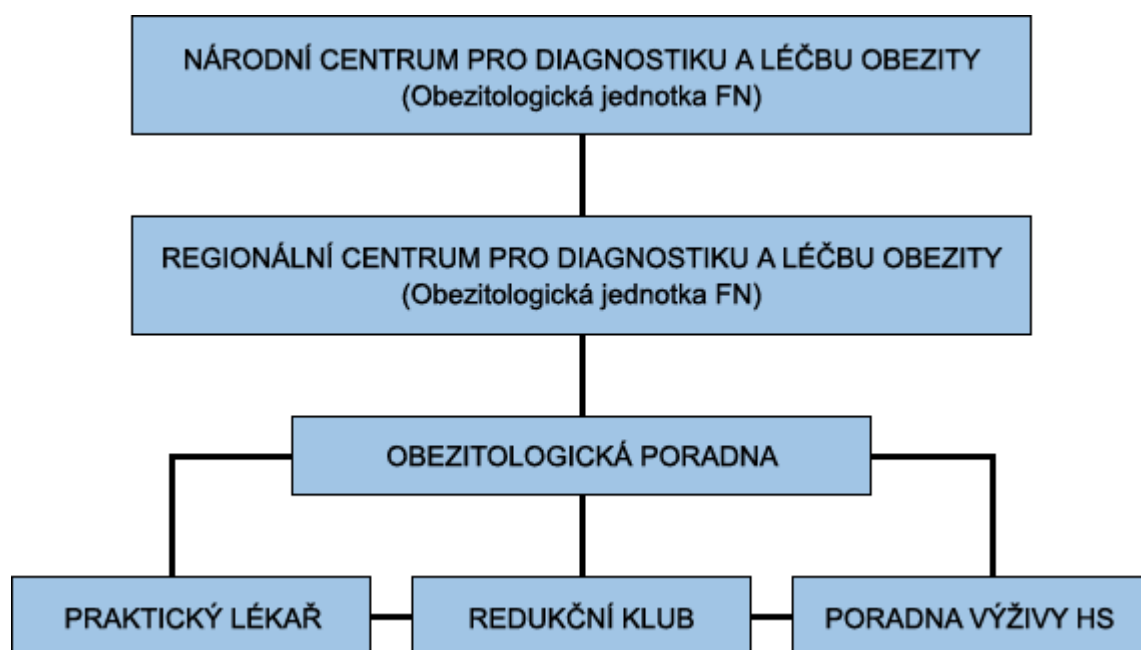
Program komplexní péče o obézní populaci vychází z možností současného zdravotnictví. Měl by zahrnovat centra pro diagnostiku a léčbu obezity, obezitology, ostatní specialisty a praktické lékaře. Důsledná realizace by měla přinést pozitivní výsledky nejen zlepšením péče a omezením komplikací u obézního klienta, ale i úsporu výdajů ve zdravotnictví a sociální sféře. (8, 9)

Jelikož žádný zdravotnický systém si nemůže dovolit zajistit péči o všechny jedince s nadváhou a obezitou, musí se v péči o obézní uplatnit jak komerční, tak svépomocné redukční kluby vedené vyškolenými lektory. V léčbě a prevenci je třeba počítat i s využitím šíření textových příruček, internetových programů, pořadů v rozhlase, televizi a jiných médiích. (8, 9)

Zdravotnické instituce (obezitologické jednotky a obezitologické poradny ve spolupráci s praktickými lékaři) mají primární úlohu v léčbě těžkých stupňů obezity a obezity, která je provázena zdravotními komplikacemi. Náklady této péče jsou hrazeny

ze systému zdravotního pojištění. Redukční kluby pak realizují péči o pacienty s lehčím stupněm obezity. Do léčby lehčích stupňů obezity se zapojují i nutriční poradny některých hygienických stanic. Obezitologické poradny vedené vyškoleným obezitologem sehrávají úlohu v péči o obézního s těžkým stupněm, jsou šířitelem racionálních postupů v léčbě obezity mezi praktickými lékaři a redukčními kluby. Klienti úspěšně léčení v obezitologických poradnách by měli přecházet do péče praktického lékaře, nutriční poradny či redukčního klubu. Každý klient by se měl pravidelně podrobovat kontrole na různých stupních obezitologické péče v důsledku dlouhodobé účinnosti. (8, 9)

Schéma č. 2 – Schéma systému péče o obézní



Instituce:

- European Association for the Study of Obesity a Bulletin EASO
- International Association for the Study of Obesity
- International Obesity TaskForce
- Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
- Česká společnost pro aterosklerózu
- Diabetologická společnost ČLS JEP
- Endokrinologické ústavy
- Merilinka – Abbott
- Roche a obezita
- Sekce pro aterosklerózu Společnosti pro patologickou a klinickou fyziologii
- Společnosti pro hypertenzi
- Společnosti pro výživu
- Kluby metabolického syndromu
- Banding klub ČR
- Ministerstvo zdravotnictví ČR
- VZP

Obezitologická pracoviště v České republice:

- Endokrinologický ústav, Praha
- III. interní klinika 1. LF UK, Praha
- Fyziologický ústav Akademie věd ČR, Praha
- Centrum diabetologie IKEM, Praha
- Centrum pro léčbu obezity Iscare, Praha
- I. interní klinika FN & LF UK, Plzeň
- Obezitologické centrum při II. interní klinice FN U sv. Anny, Brno
- Stob obezitě, Praha, Brno, Ostrava

2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZA

2.1. Cíl práce

Prvním cílem mé diplomové práce je zmapovat vnější faktory podílející se na vzniku a rozvoji obezity.

Druhým cílem této práce je zjistit, jaký vliv na obezitu má stres.

2.2. Hypotéza

Hypotéza (H1): Stres je vnější faktor ovlivňující obezitu

3. METODIKA

3.1. Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor pro dotazníkové šetření tvořilo 180 respondentů. Z toho se jednalo o 95 obézních jedinců navštěvujících diabetologickou ordinaci v Bystřici pod Hostýnem a pacienty hospitalizované na interním oddělení v nemocnici v Kroměříži. Za obézního respondenta byl v tomto šetření považován jedinec s BMI rovná se a vyšší 30. Další 95 respondentů tvořili náhodně vybraní normosteničtí jedinci.

Vyplnění dotazníků bylo zcela dobrovolné a anonymní.

3.2. Výzkumné metody

3.2.1. Předvýzkum

Předvýzkum proběhl na vzorku zkoumané populace, konkrétně na deseti jedincích ze skupiny obézních. Cílem předvýzkumu bylo ověření vhodnosti a efektivity otázek ve

zhotoveném dotazníku. Výstupem z provedeného šetření byla změna formulace některých otázek.

3.2.2. Výzkumné metody

Pro ověření hypotézy byl zvolen kvantitativní výzkum. Pro sběr dat pak byla použita metoda formou dotazníku. Dotazník se skládal ze dvou částí.

První část dotazníku obsahovala 33 uzavřených otázek. První 2 byly identifikační, zbylých 31 otázek bylo zjišťovacích. Ty byly zaměřeny na vnější faktory ovlivňující obezitu – výši vzdělání a výši příjmu, způsob zaměstnání a pracovní kolektiv, na způsob cestování a pohybovou aktivitu, další otázky souvisely s jídelními preferencemi, pitným režimem, spánkem a farmakoterií.

Druhá část dotazníku se skládá ze 43 uzavřených otázek, po jejichž vyhodnocení lze stanovit hladinu stresu u respondenta.

Dotazníkové šetření probíhalo od 17. 12. 2006 do 28. 2. 2007.

Bylo rozdáno 100 dotazníků obézním respondentům, z nichž vyplněno bylo 100, z toho u 5 dotazníků nebylo možno data zpracovat. Normostenickým respondentům bylo rozdáno taktéž 100 dotazníků, z nichž vráceno jich bylo 99, z toho u 1 nebylo možno data zpracovat a 3 náhodně zvolené dotazníky byly odstraněny z důvodu porovnávání stejného množství dotazníků u obou skupin.

4. VYHODNOCENÍ

4.1. Vyhodnocení 1. části dotazníku

Tabulka č. 4 – Pohlaví respondentů

Pohlaví	Obézní		Normosteničtí	
	N	%	N	%
Muž	28	29,5	40	42,1
Žena	67	70,5	55	57,9
Celkem	95	100	95	100

Zdroj: Vlastní výzkum

29,5% (28) obézních respondentů byli muži a 70,5% (67) obézních respondentů byly ženy.

42,1% (40) normostenických respondentů bylo mužského pohlaví a 57,9% (55) normostenických dotazovaných bylo ženského pohlaví.

Tabulka č. 5 – Věk respondentů

Věk	Obézní		Normosteničtí	
	N	%	N	%
35-44 let	39	41,1	48	50,5
45-54 let	56	58,9	47	49,5
55-64 let	0	0	0	0
64 a více let	0	0	0	0

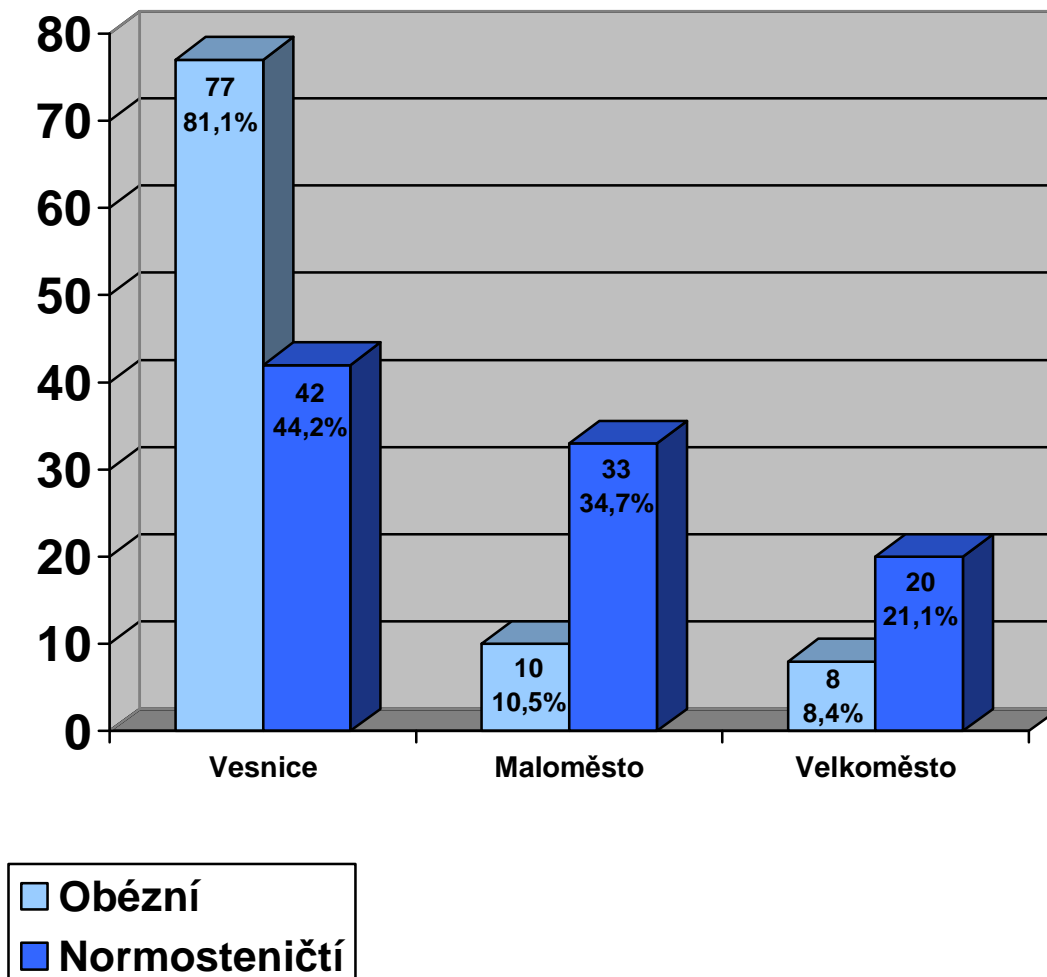
Zdroj: Vlastní výzkum

Ze skupiny obézních respondentů jich bylo 41,1% (39) ve věku 35-44 let, 58,9% (56) ve věku 45-54 let. 0,0% (0) jich bylo ve věku 55-64 let a 0,0% (0) ve věku 64 a více let.

Ze skupiny normostenických dotazovaných jich bylo 50,5% (48) ve věku 35-44 let, 49,5% (47) ve věku 45-54 let. 0,0% (0) jich bylo ve věku 55-64 let a 0,0% (0) ve věku 64 a více let.

Otázka č. 3 – Jaké je Vaše bydliště?

Graf č. 1 – Místo bydliště respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

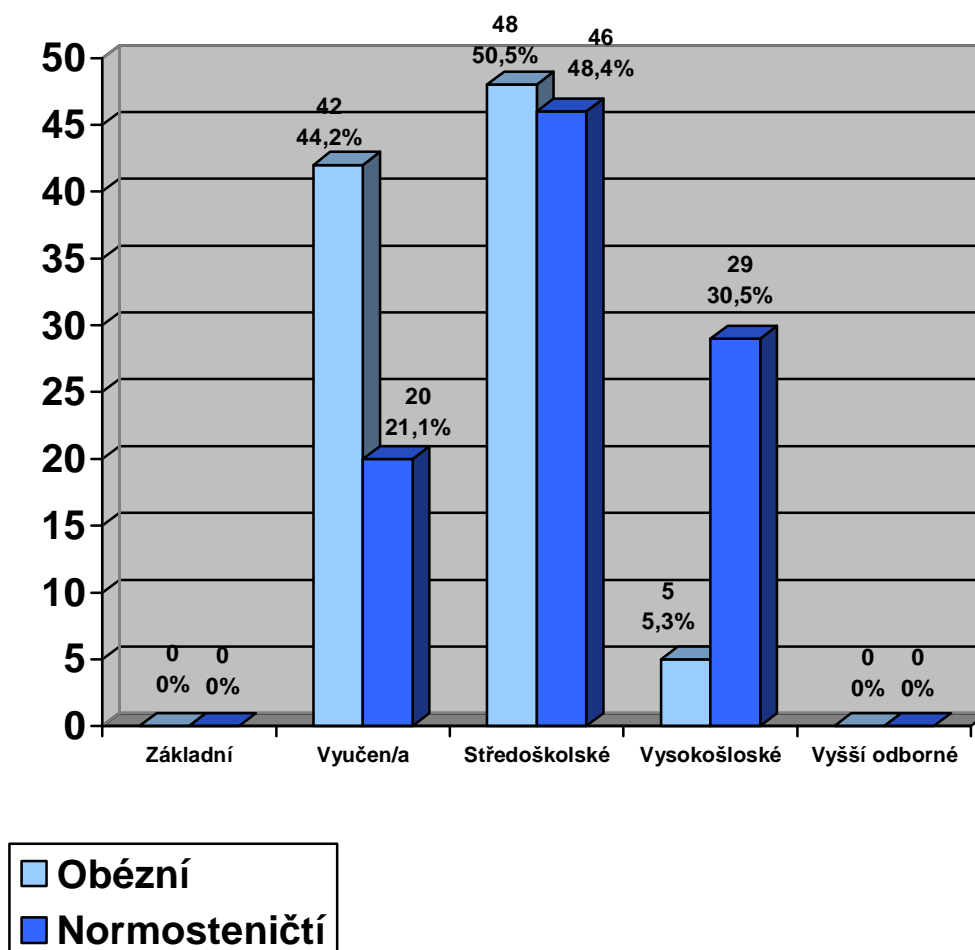
Třetí položka se týkala bydliště obézních a normostenických respondentů.

81,1% (77) obézních respondentů pochází z vesnice, 10,5% (10) pochází z města do 15000 obyvatel a zbylých 8,4% (8) pochází z velkoměsta.

44,2% (42) normostenických respondentů zaznačilo své bydliště na vesnici, 34,7% (33) v maloměstě a 21,1% (20) respondentů s této skupiny označilo jako své bydliště velkoměsto.

Otázka č. 4 – Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Graf č. 2 – Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

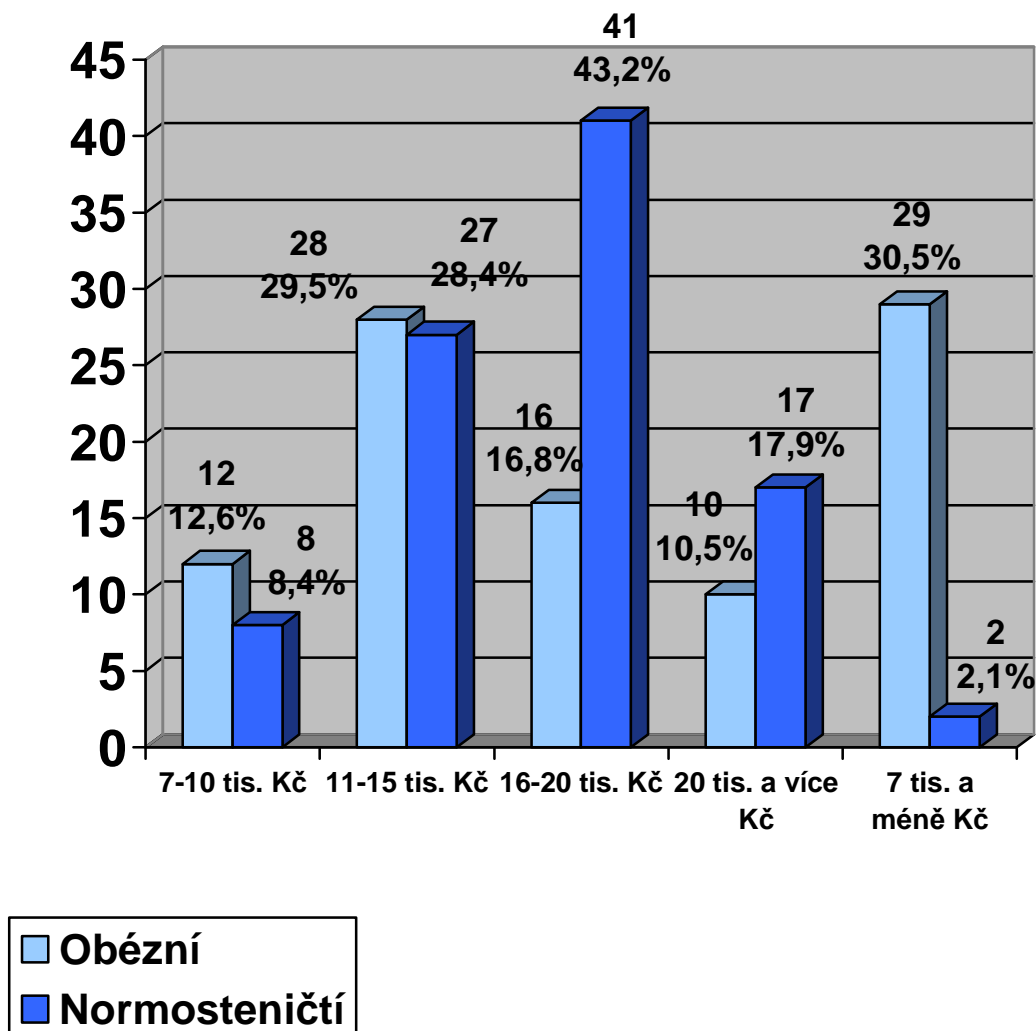
Otázka nejvyššího dosaženého vzdělání měla zjistit, zda může být vnějším faktorem ovlivňujícím obezitu právě i výše vzdělání.

0% (0) dotázaných obézních respondentů má pouze základní vzdělání stejně jako 0% (0) normostenických dotazovaných. 44,2% (42) tázaných ze skupiny obézních je vyučeno, středoškolské vzdělání má polovina tj. 50,5% (48) obézních respondentů a zbývajících 5,3% (5) respondentů této skupiny má vysokoškolské vzdělání.

21,1% (20) normostenických jedinců je vyučeno, taktéž téměř polovina tj. 48,4% (46) má středoškolské vzdělání a 30,5% (29) respondentů ze skupiny normostenických má vysokoškolské vzdělání.

Otázka č. 5 – Jaký je Váš měsíční příjem?

Graf č. 3 – Výše měsíčního příjmu respondentů



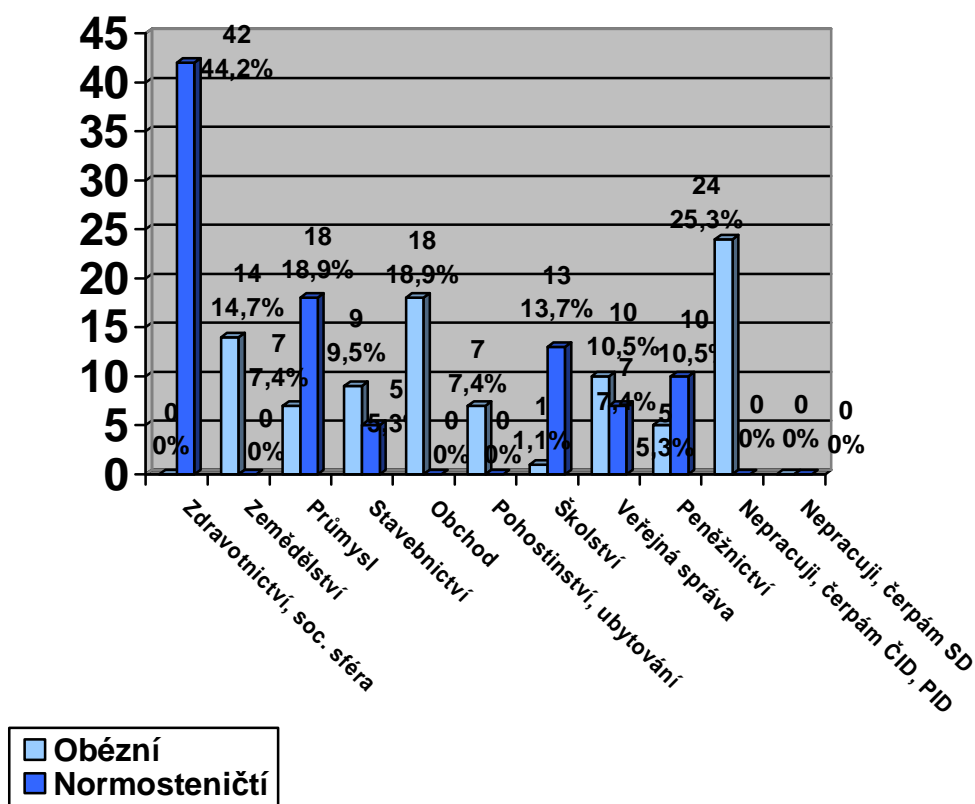
Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku, jaká je výše měsíčního příjmu, odpověděli obézní respondenti takhle: 12,6% (12) respondentů 7-10 tisíc Kč, 29,5% (28) 11-15 tisíc Kč, 16,8% (16) 16-20 tisíc Kč, 10,5% (10) 20 tisíc a více Kč a zbylých 30,5% (29) 7 tisíc a méně.

Odpovědi normostenických respondentů vypadaly takhle: 8,4% (8) respondentů má měsíční příjem 7-10 tisíc Kč, 28,4% (27) respondentů 11-15 tisíc Kč, téměř polovina – 43,2% (41) má měsíční příjem 16-20 tisíc Kč, 17,9% (17) vydělává více než 20 tisíc Kč a zbylých 2,1% (2) respondentů 7 tisíc a méně.

Otázka č. 6 – V jakém oboru pracujete?

Graf č. 4 – Pracovní obor



Zdroj: Vlastní výzkum

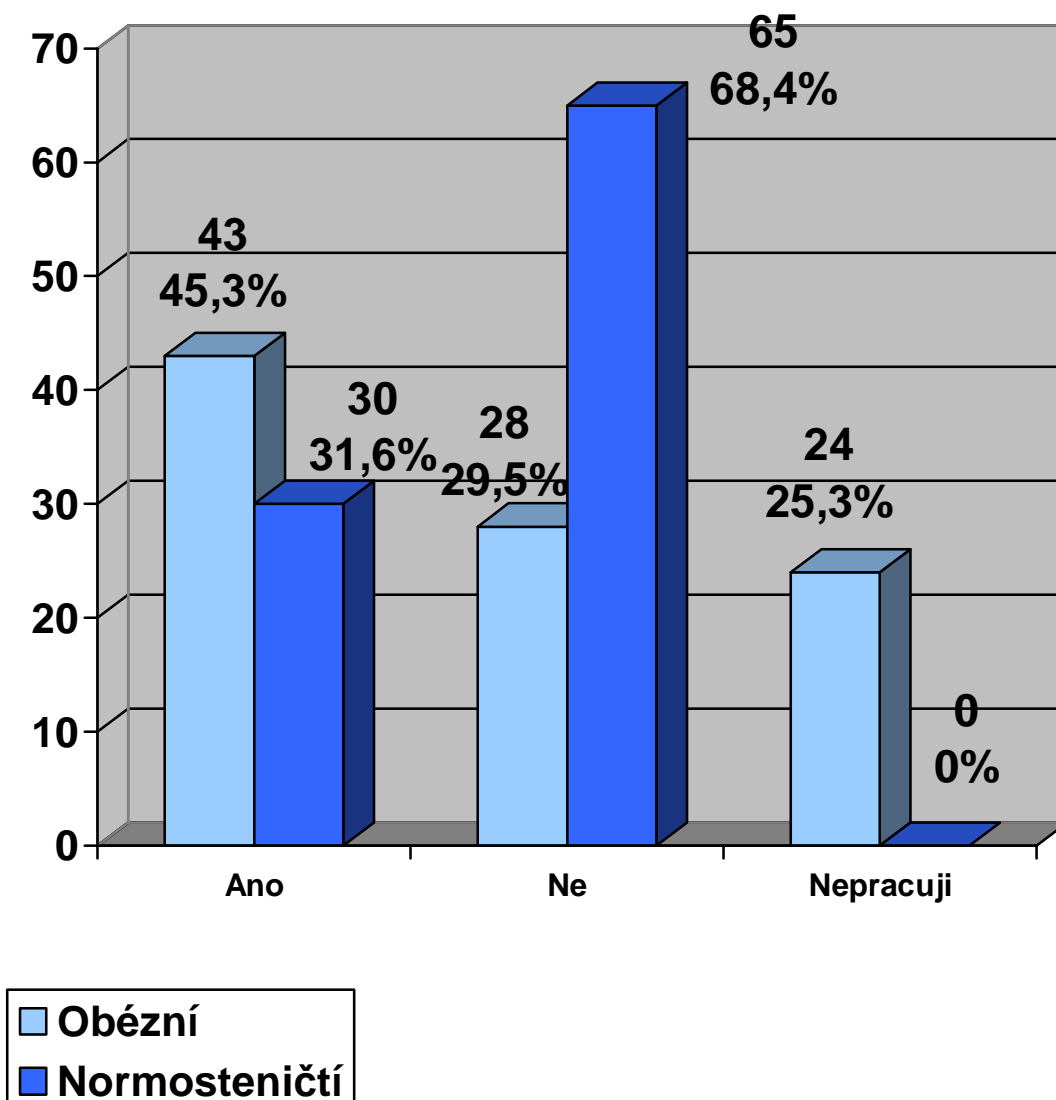
Na otázku, v jakém oboru pracujete, odpověděli respondenti ze skupiny obézních takto:

0,0% (0) respondentů pracuje ve zdravotnictví a soc. sféře, 14,7% (14) v zemědělství, 7,4% (7) v průmyslu, 9,5% (9) ve stavebnictví, 18,9% (18) v obchodu, 7,4% (7) v pohostinství a ubytování, 1,1% (1) ve školství, 10,5% (10) ve veřejné správě, 5,3% (5) v peněžnictví, 25,3% (24) uvedlo, že nepracuje vzhledem k čerpání ČID a PID, 0,0% (0) nepracuje, čerpá SD.

Ze skupiny normostenických respondentů jich 44,2% (42) pracuje ve zdravotnictví, 0,0% (0) v zemědělství, 18,9% (18) v průmyslu, 5,3% (5) ve stavebnictví, 0,0% (0) v obchodu, 0,0% (0) v pohostinství a ubytování, 13,7% (13) ve školství, 7,4% (7) ve veřejné správě, 10,5% (10) v peněžnictví, 0,0% (0) uvedlo, že nepracuje vzhledem k čerpání ČID a PID, 0,0% (0) nepracuje, čerpá SD.

Otázka č. 7 – Můžete o svém zaměstnání říct, že je sedavé?

Graf č. 5 – Sedavý typ zaměstnání

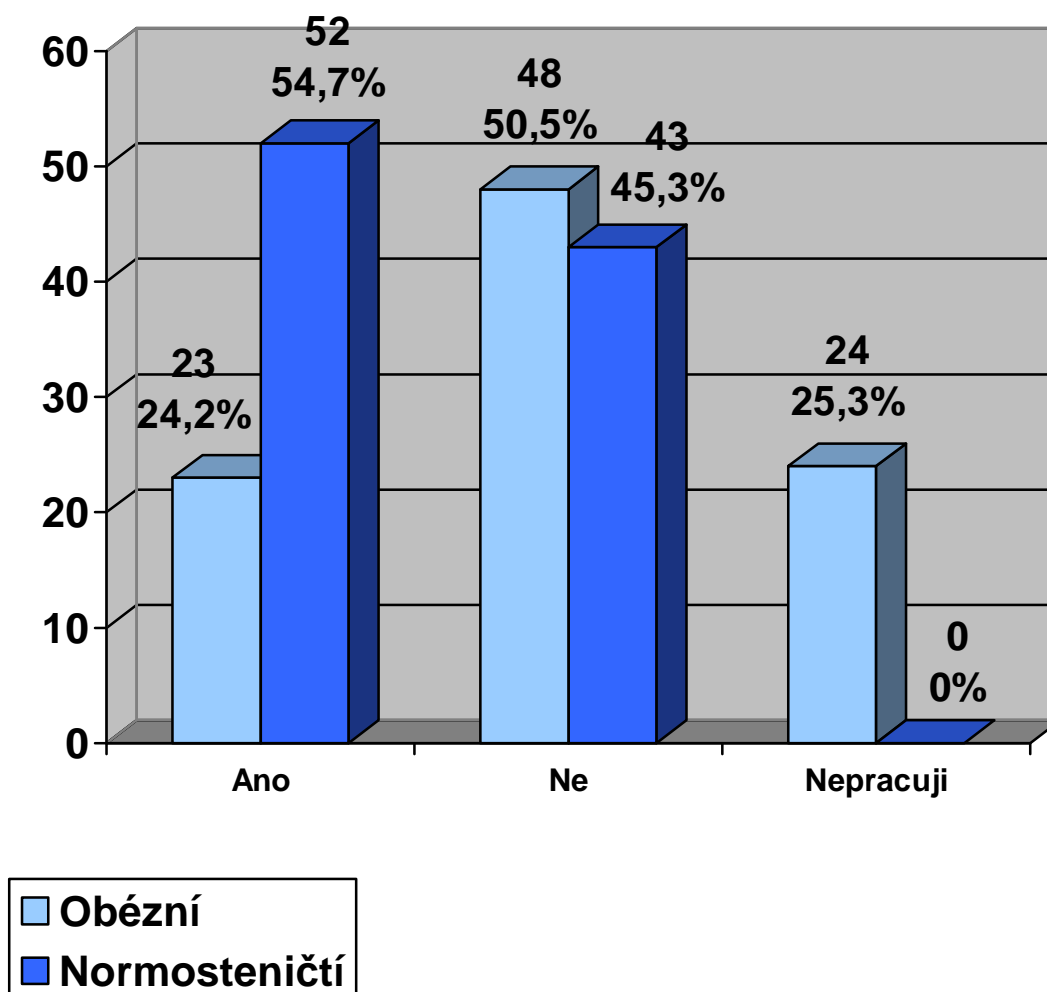


Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 100% (95) obézních respondentů odpovědělo na otázku, zda si myslí, že jejich zaměstnání je sedavé, 45,3% (43) respondentů ano, 29,5% (28) respondentů ne a 25,3% (24), že nepracuje.

Z celkového počtu 100% (95) normostenických respondentů odpovědělo na stejnou otázku 31,6% (30) dotazovaných ano, 68,4% (65) dotazovaných ne. Třetí variantu nepracuji odpovědělo 0% (0) normostenických respondentů.

Graf č. 6 – Pravidelnost stravování během zaměstnání



Zdroj: Vlastní výzkum

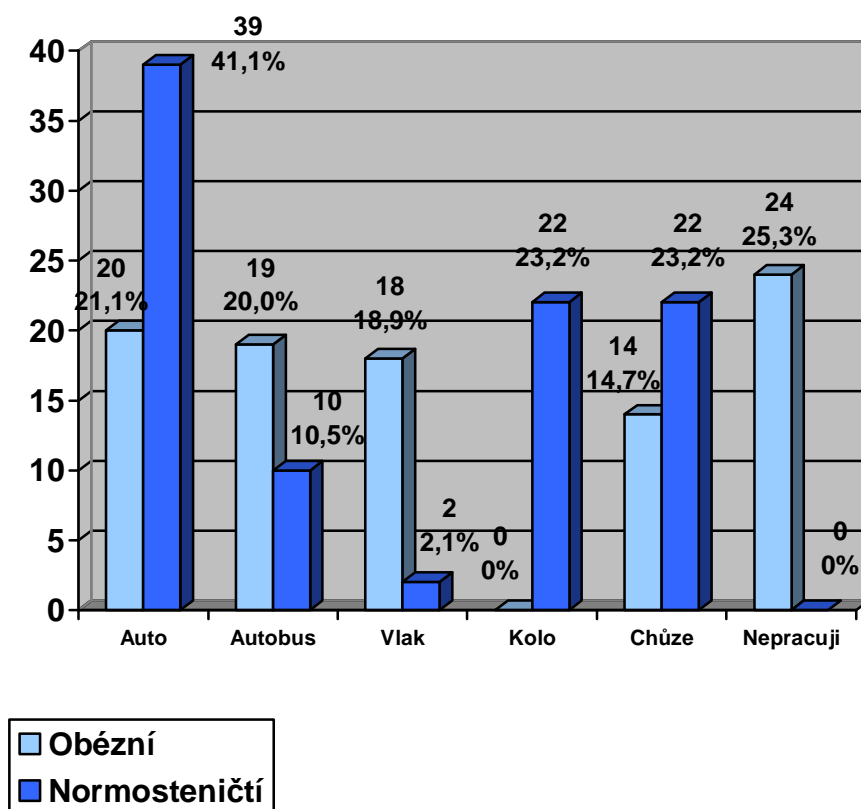
Tato otázka se snažila zjistit, zda mají respondenti čas na pravidelné stravování se během zaměstnání.

24,2% (23) obézních respondentů má čas na pravidelné stravování se v práci, 50,5% (48) obézních respondentů čas nemá. 25,3% (24) respondentů ze skupiny obézních do zaměstnání nechodí a zaznačili tak variantu nepracuji.

54,7% (52) dotazovaných ze skupiny normostenických má čas na pravidelné stravování se v zaměstnání, 45,3% (43) jedinců této skupiny však nemá na pravidelnou stravu během zaměstnání čas. 0% (0) normostenických respondentů nepracuje.

Otázka č. 9 – Jak cestujete do zaměstnání?

Graf č. 7 – Cesta do zaměstnání



Zdroj: Vlastní výzkum

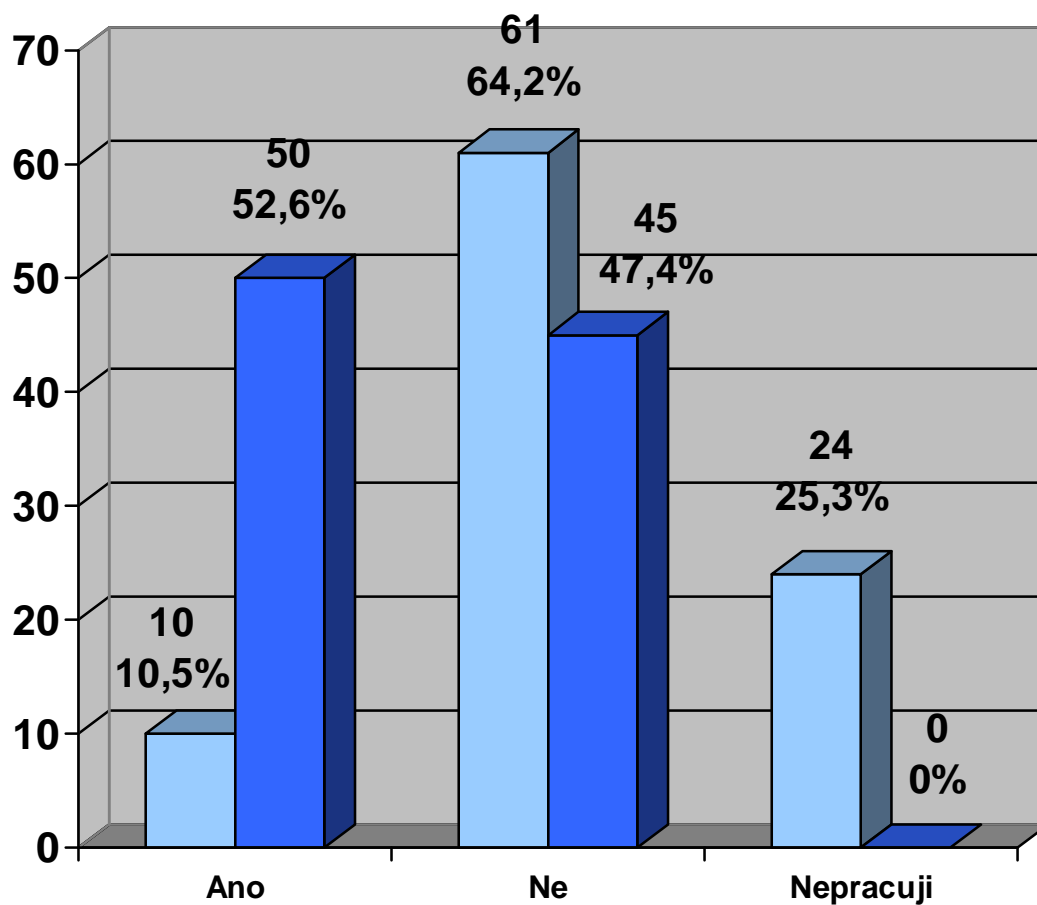
Otázka, jak se respondenti dopravují do práce, měla zjistit, kolik z nich užívá moderní mechanizace a kolik z nich běžného aktivního pohybu.

Reakce obézních respondentů vypadaly takhle: 21,1% (20) dotazovaných jezdí do zaměstnání autem, 20,0% (19) jezdí autobusem, 18,9% (18) se do zaměstnání dostane vlakem. Na kole se do zaměstnání dostává 0% (0) dotazovaných obézních, avšak alespoň pěšky do zaměstnání chodí 14,7% (14) obézních respondentů. 25,3% (24) obézních respondentů nepracuje.

Reakce normostenických respondentů vypadají takhle: 41,1% (39) dotazovaných jezdí autem, 10,5% (10) dotazovaných této skupiny se do zaměstnání dostane autobusem, 2,1% (2) respondentů vlakem. Na kole jezdí 23,2% (22) normostenických dotazovaných a chůze využívá taktéž 23,2% (22) dotazovaných této skupiny. 0% (0) respondentů zaznačila variantu, že nepracují.

Otázka č. 10 – Pořádáte v zaměstnání sportovní akce?

Graf č. 8 – Sport v zaměstnání



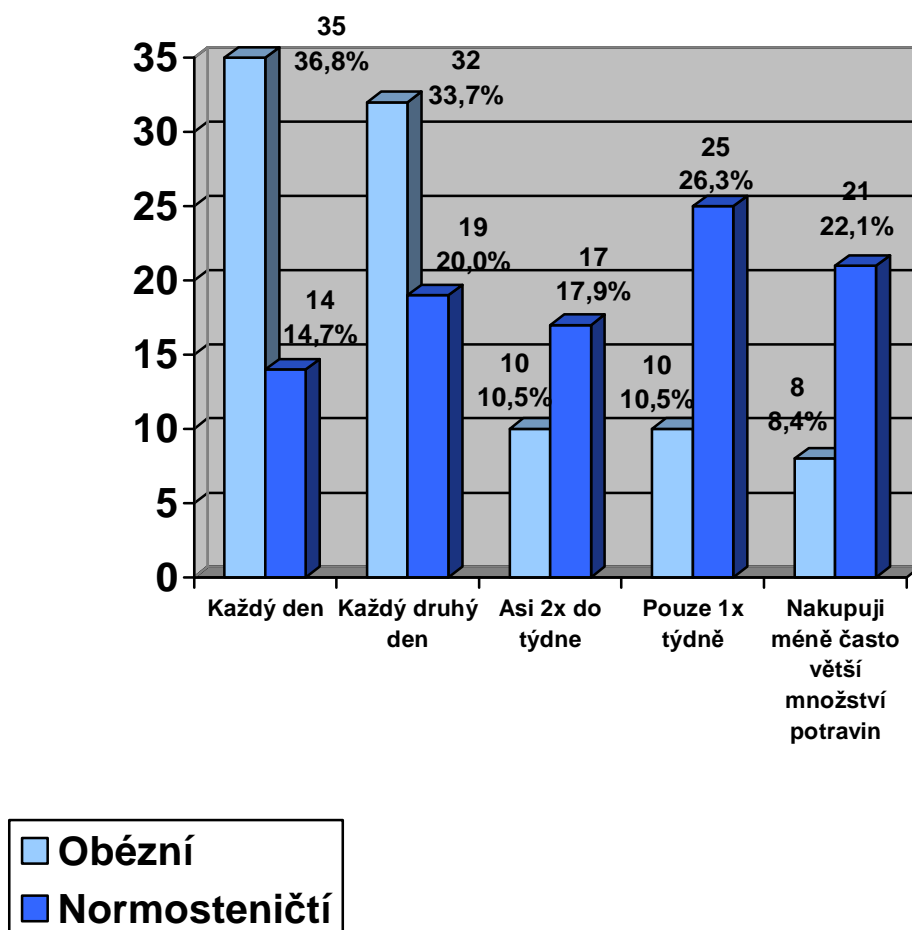
Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku, zda respondenti v zaměstnání pořádají sportovní aktivity, odpovědělo 10,5% (10) obézních dotazovaných ano, 64,2% (61) dotazovaných obézních ne a zbylých 25,3% (24) respondentů této skupiny do zaměstnání nechodí.

Respondenti ze skupiny normostenických odpověděli v 52,6% (50) ano a v 47,4% (45) ne. 0% (0) jich nepracuje.

Otázka č. 11 – Jak často chodíte nakupovat?

Graf č. 9 – Frekvence nákupu



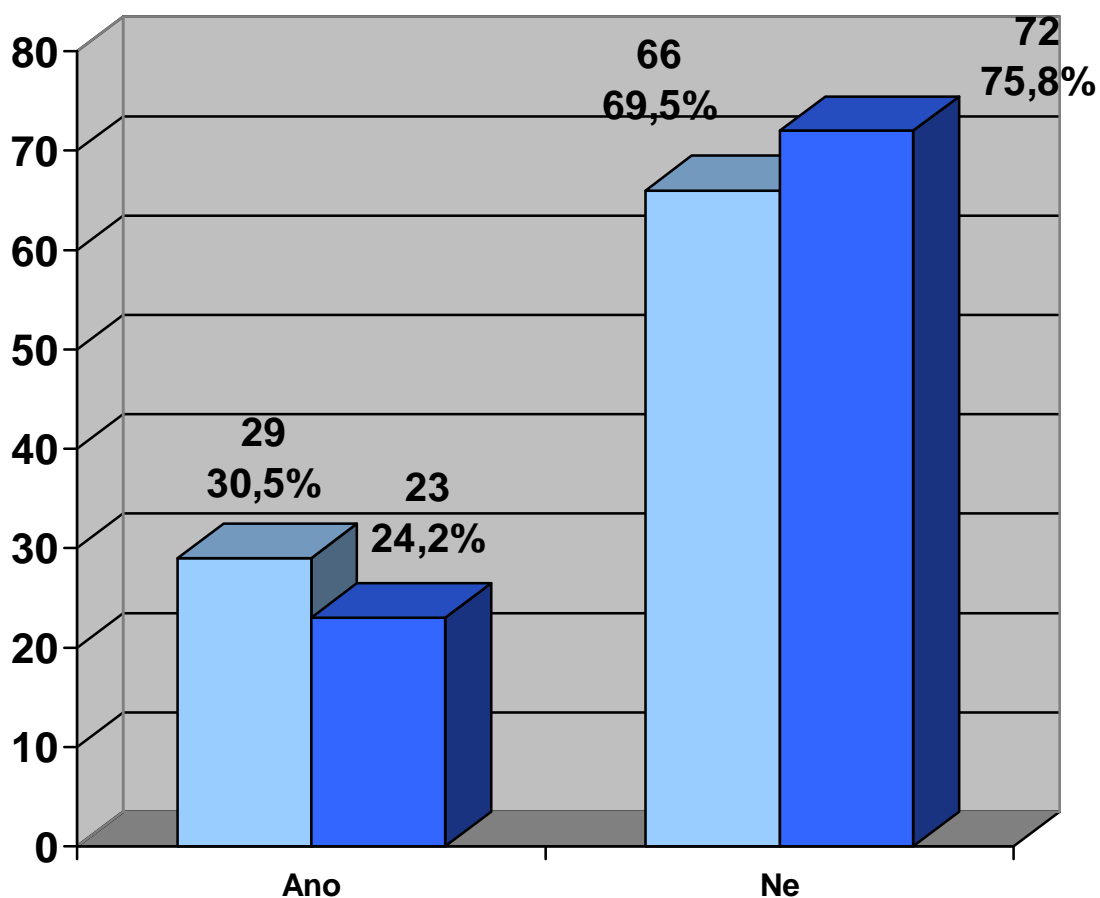
Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku, jak často chodí respondenti nakupovat, odpovědělo 36,8% (35) obézních respondentů každý den, 33,7% (32) obézních respondentů každý druhý den, 10,5% (10) dotazovaných z této skupiny nakupuje asi 2x do týdne, stejné množství 10,5% (10) dotazovaných obézních nakupuje pouze 1x týdně a jen 8,4% (8) nakupuje méně často větší množství potravin.

Ze skupiny normostenických respondentů jich nakupuje 14,7% (14) každý den, 20,0% (19) každý druhý den, 17,9% (17) asi 2x do týdne, 26,3% (25) pouze 1x týdně a zbylých 22,1% (21) normostenických respondentů nakupuje méně často větší množství potravin.

Otázka č. 12 – Jste při výběru potravin ovlivněn/a reklamou?

Graf č. 10 – Vliv reklamy na výběr potravin



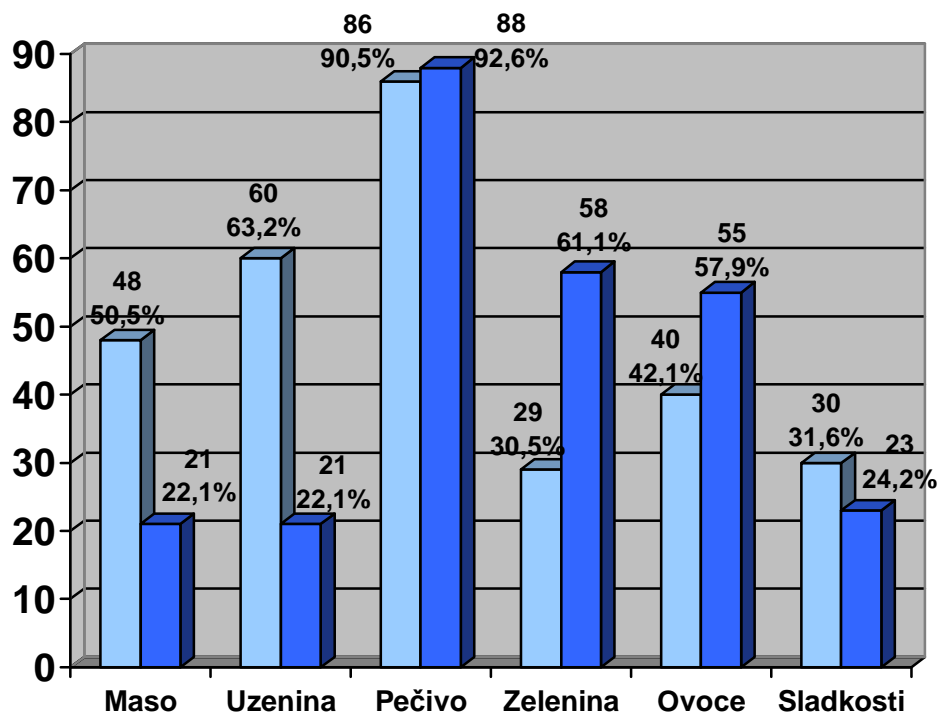
Zdroj: Vlastní výzkum

Položka týkající se vlivu reklamy na výběr potravin se setkala s těmito reakcemi.

30,5% (29) obézních respondentů odpovědělo, že jsou při výběru potravin ovlivněni reklamou. 69,5% (66) respondentů této skupiny pak tvrdí, že je reklama při volbě potravin neovlivňuje.

Ze skupiny normostenických dotazovaných odpovědělo 24,2% (23) ano, 75,8% (72) odpovědělo ne.

Graf č. 11 – Preference potravin



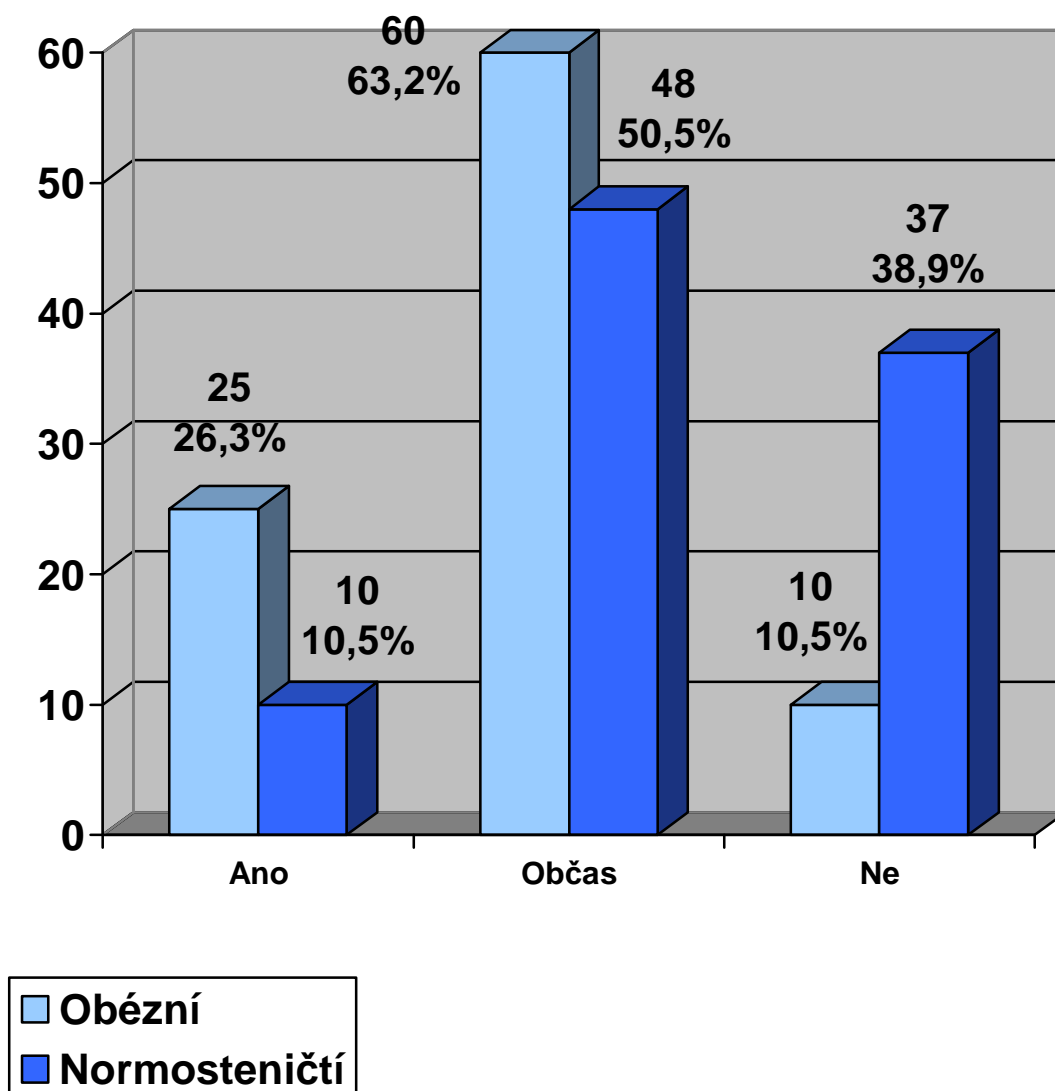
Zdroj: Vlastní výzkum

Při nákupu 50,5% (48) obézních respondentů dá do košíku maso, 63,2% (60) obézních respondentů nakoupí nějakou uzeninu, 90,5% (86) respondentů ze skupiny obézních nakoupí pečivo. Pouze 30,5% (29) obézních respondentů nezapomene na zeleninu a 42,1% (40) na ovoce. Sladkosti volí v každém nákupu 31,6% (30) obézních respondentů.

22,1% (21) normostenických respondentů při každém nákupu volí maso, stejné množství 22,1% (21) respondentů této skupiny volí uzeniny, většina 92,6% (88) normostenických dotazovaných nakoupí pečivo. Zeleninu nakupuje 61,1% (58) normostenických respondentů a ovoce 57,9% (55) respondentů této skupiny. Na sladkost nezapomene 24,2% (23) normostenických dotazovaných.

Otázka č. 14 – Stravujete se ve fast foodech (rychlých občerstveních)?

Graf č. 12 – Stravování ve fast foodech



Zdroj: Vlastní výzkum

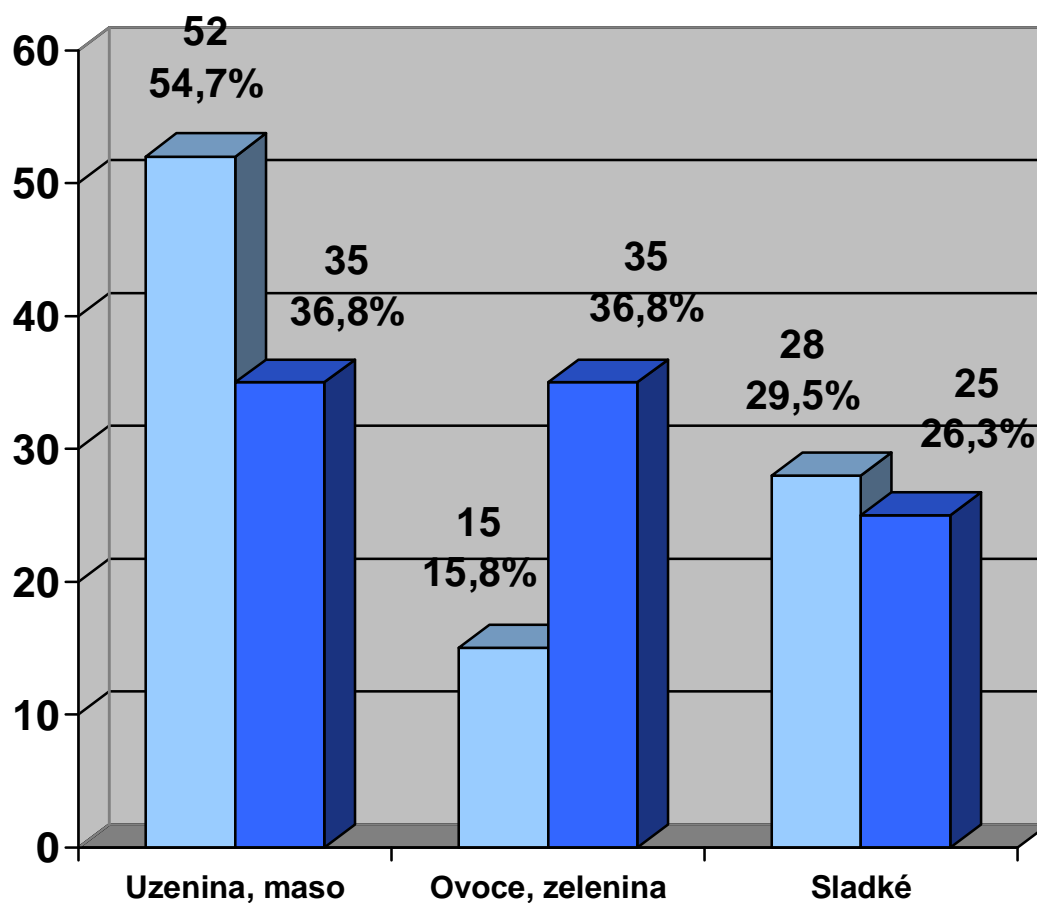
Tato otázka zjišťovala, zda se respondenti stravují v rychlých občerstveních.

26,3% (25) obézních dotazovaných odpovědělo ano, 63,2% (60) obézních respondentů odpovědělo občas a 10,5% (10) se ve fast foodech nestravuje.

10,5% (10) normostenických respondentů navštěvuje rychlá občerstvení pravidelně, polovina normostenických dotazovaných 50,5% (48) občas a 38,9% (37) normostenických dotazovaných se ve fast foodech nestravuje.

Otázka č. 15 – Které z těchto potravin preferujete?

Graf č. 13 – Na čem si respondenti nejvíce pochutnají



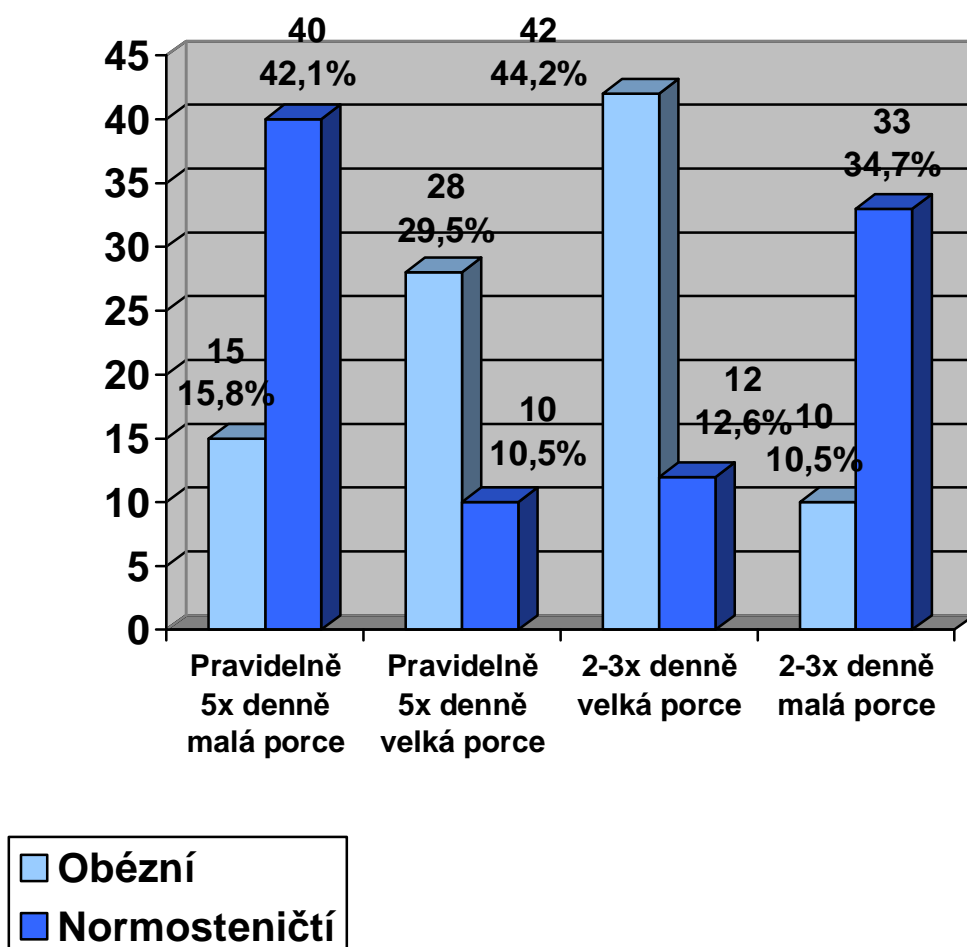
Zdroj: Vlastní výzkum

54,7% (52) obézních respondentů si nejvíce pochutná na mase či uzeninách, 15,8% (15) obézních dotazovaných preferuje ovoce a zeleninu a 29,5% (28) si nejvíce pochutná na sladkostech.

36,8% (35) respondentů ze skupiny normostenických preferuje maso či uzeninu, 36,8% (35) normostenických dotazovaných volí ovoce a zeleninu. Variantu sladké zaznačilo 26,3% (25) normostenických dotazovaných.

Otázka č. 16 – Jak hodnotíte množství jídla, které během dne sníte?

Graf č. 14 – Hodnocení množství jídla, které respondenti snědí



Zdroj: Vlastní výzkum

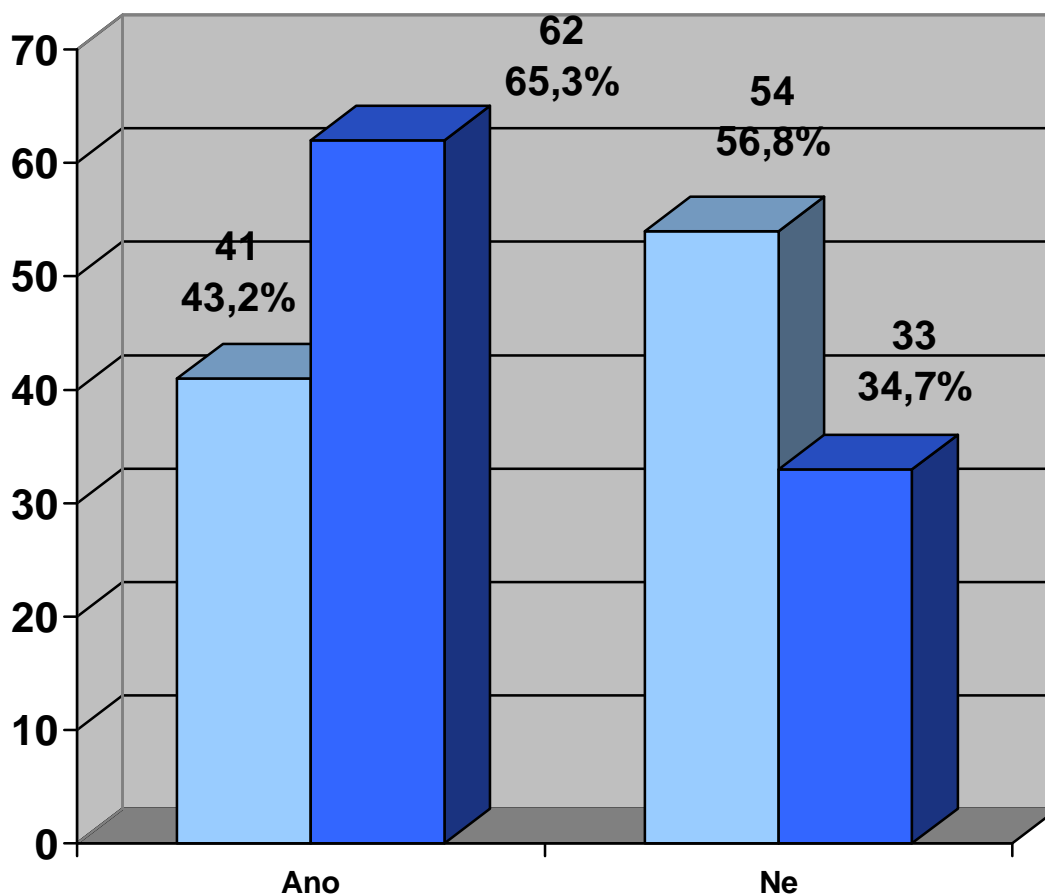
Pravidelnost celodenního stravování a velikost porcí zjišťovala tato otázka.

15,8% (15) obézních respondentů jí 5x denně malé porce jídla, 29,5% (28) obézních dotazovaných jí 5x denně velké porce jídla. 2-3x denně velké porce jídla si dá 44,2% (42) obézních dotazovaných a 2-3x denně malé porce jídla volí 10,5% (10) respondentů této skupiny.

42,1% (40) normostenických respondentů zaznačilo, že jedí pravidelně 5x denně malé porce jídla, 10,5% (10) normostenických dotazovaných jí 5x denně velké porce jídla. 2-3x denně velké porce jídla volí 12,6% (12) normostenických respondentů a 2-3x denně malou porci jídla zaznačilo 34,7% (33) normostenických dotazovaných.

Otázka č. 17 – Máte čas na snídani?

Graf č. 15 – Pravidelnost snídání



Zdroj: Vlastní výzkum

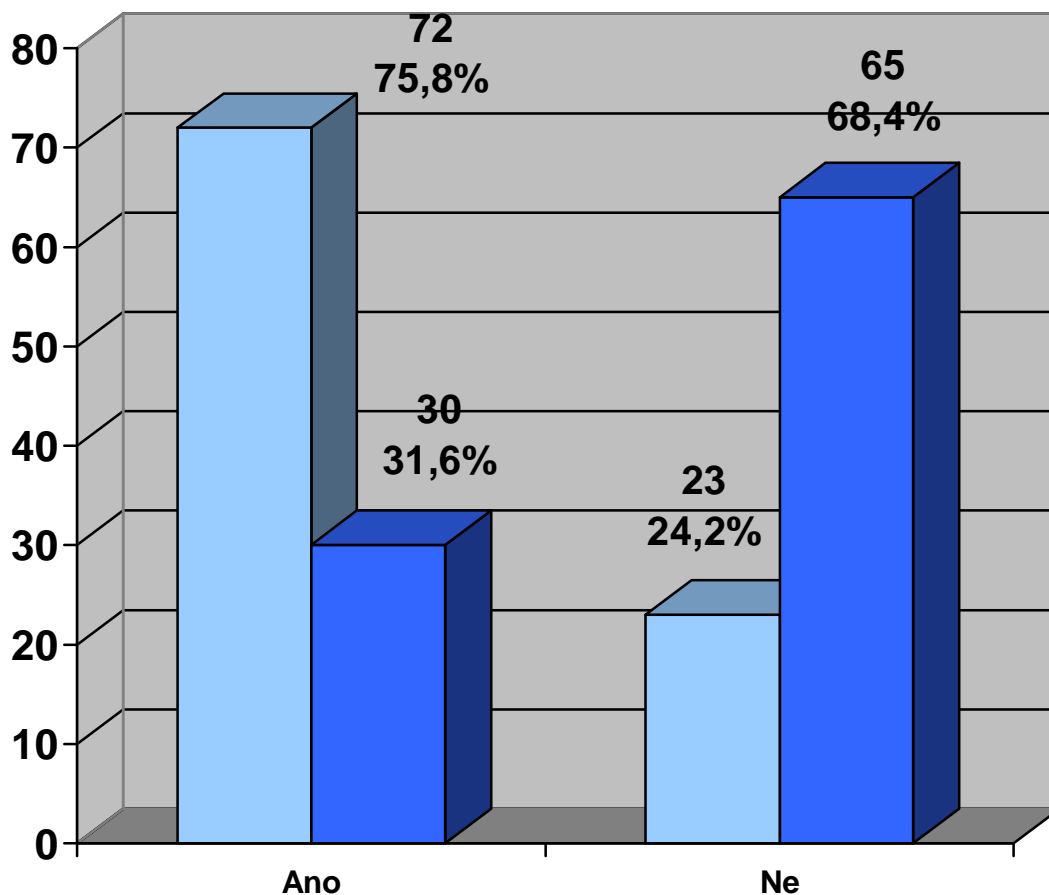
Tato otázka měla zjistit, zda respondenti nevynechávají nejdůležitější jídlo dne.

43,2% (41) obézních respondentů vždy snídá. Zbýlých 56,8% (54) obézních dotazovaných nemá na snídání čas.

65,3% (62) normostenických respondentů snídá a 34,7% (33) normostenických dotazovaných nesnídá.

Otázka č. 18 – Jíte ve večerních hodinách, např. u televize?

Graf č. 16 – Stravování ve večerních hodinách



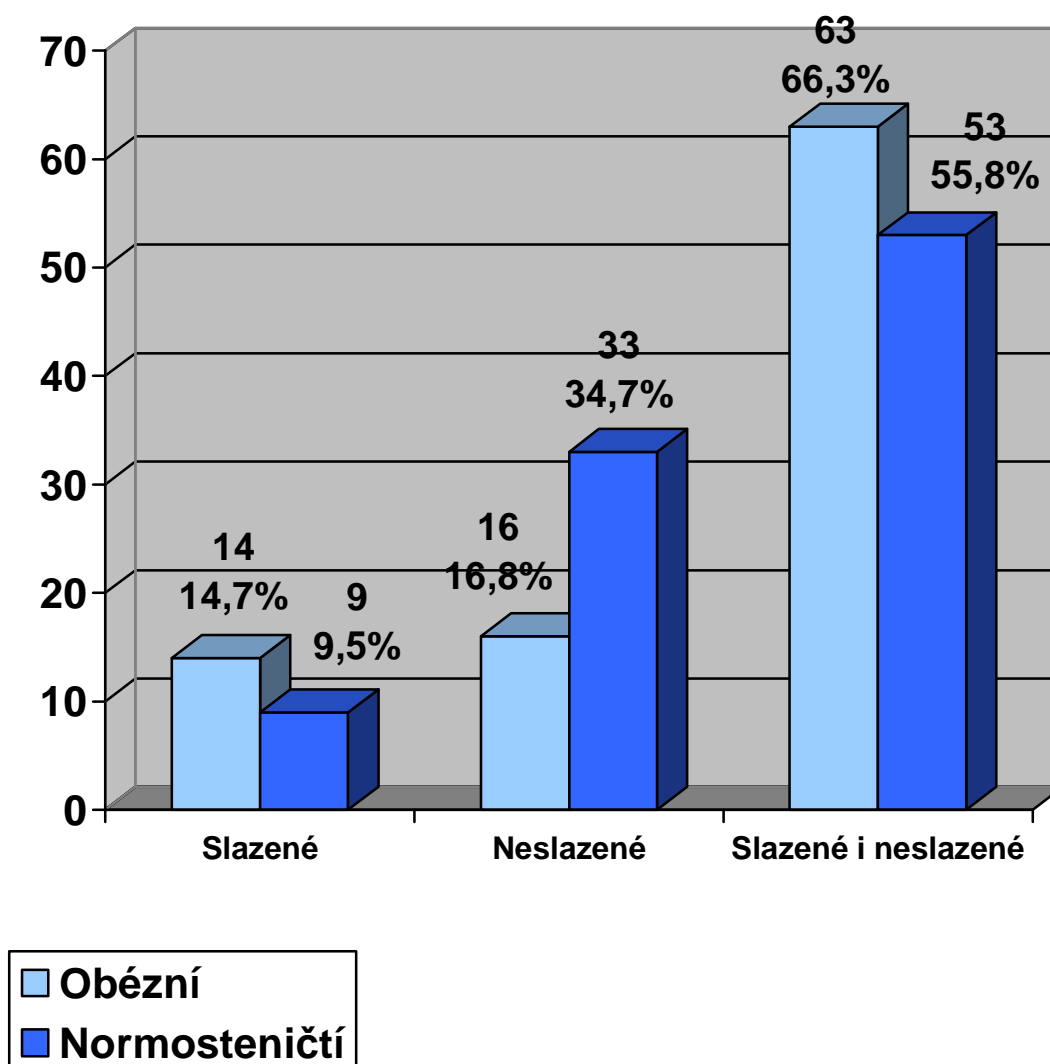
Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 100% (95) obézních respondentů jich 75,8% (72) jí v pozdních večerních hodinách a 24,2% (23) se již v tento čas nestravuje.

Z celkového počtu 100% (95) normostenických respondentů se 31,6% (30) ve večerních hodinách stravuje, zatímco zbylých 68,4% (65) už v tento čas nejí.

Otázka č. 19 – Jaké nápoje upřednostňujete?

Graf č. 17 – Preference nápojů



Zdroj: Vlastní výzkum

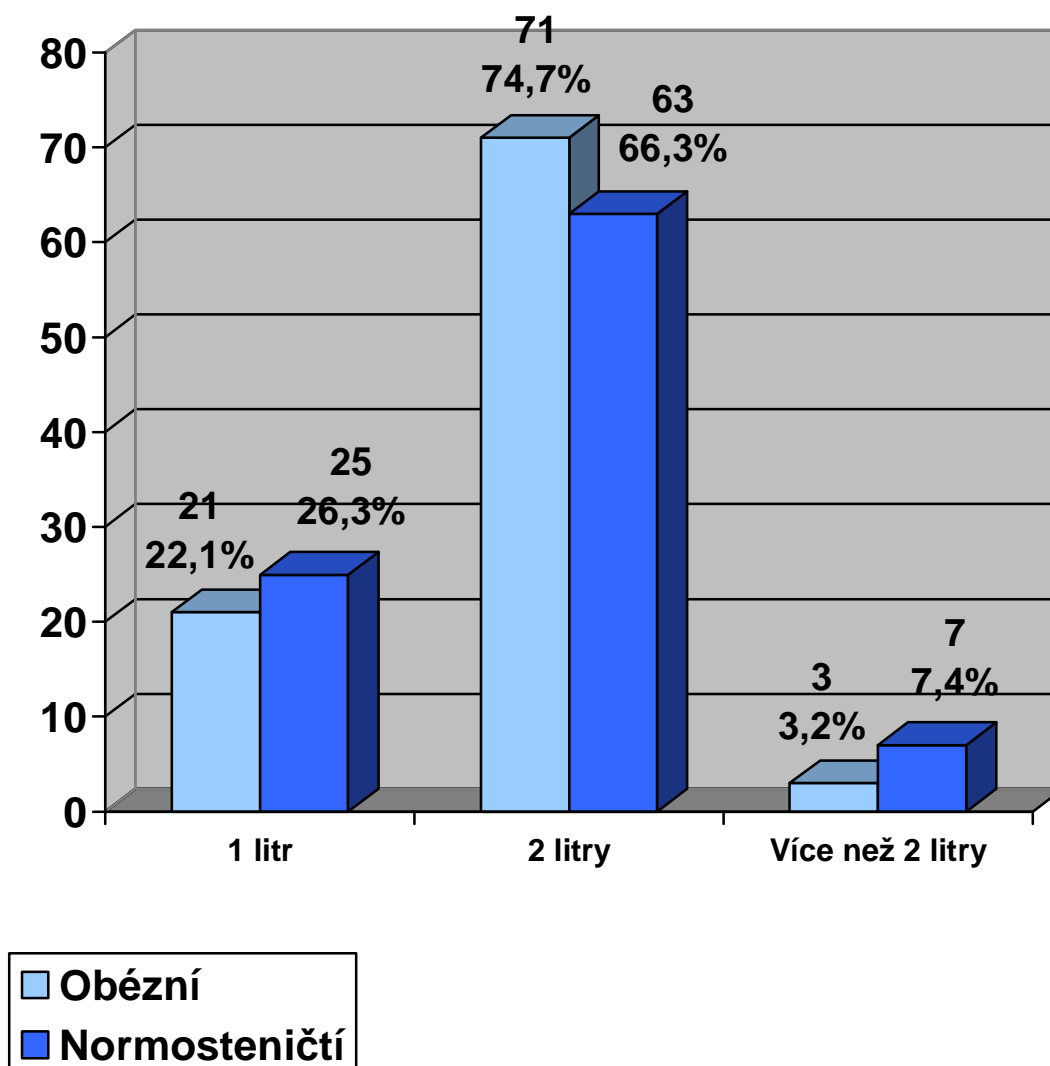
To, jaké nápoje respondenti nejraději pijí, zjišťovala tato položka.

14,7% (14) obézních respondentů si pochutná na slazených nápojích, 16,8% (16) pije nápoje neslazené a 66,3% (63) jedinců této skupiny se přiklonilo k variantě slazených i neslazených nápojů.

Ze skupiny normostenických dotazovaných sladké nápoje pije pouze 9,5% (9) respondentů, 34,7% (33) zaznačilo nápoje neslazené. Variantu slazených i neslazených nápojů pak označilo 55,8% (53) respondentů této skupiny.

Otázka č. 20 – Kolik litrů tekutin denně vypijete?

Graf č. 18 – Pitný režim



Zdroj: Vlastní výzkum

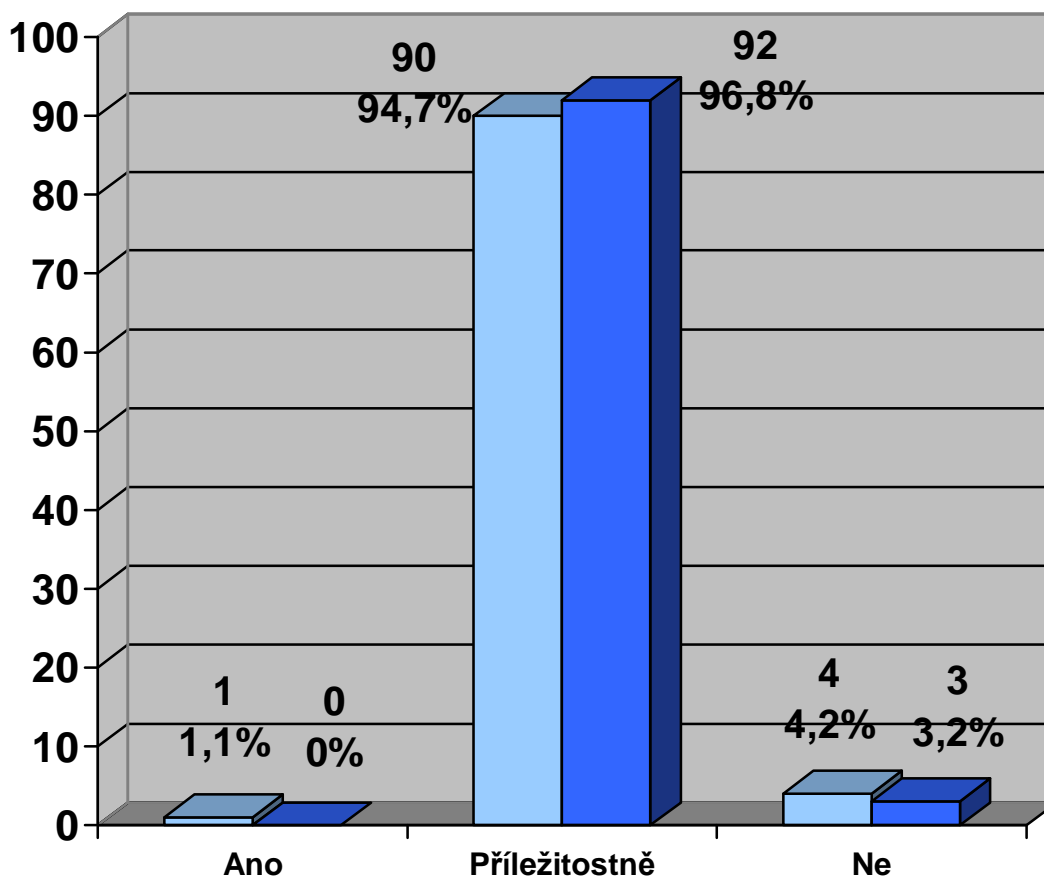
Kolik tekutin respondenti vypijí během dne zjišťovala tato otázka.

22,1% (21) dotazovaných obézních odpovědělo 1 litr za den, 74,7% (71) obézních odpovědělo 2 litry tekutin za den a více než 2 litry tekutin pije pouze 3,2% (3) respondentů ze skupiny obézních.

26,3% (25) normostenických dotazovaných pije 1 litr tekutin za den, 66,3% (63) normostenických pije 2 litry tekutin během dne a jen malé množství 7,4% (7) respondentů této skupiny pije více než 2 litry tekutin denně.

Otázka č. 21 – Pijete alkoholické nápoje?

Graf č. 19 – Alkoholické nápoje



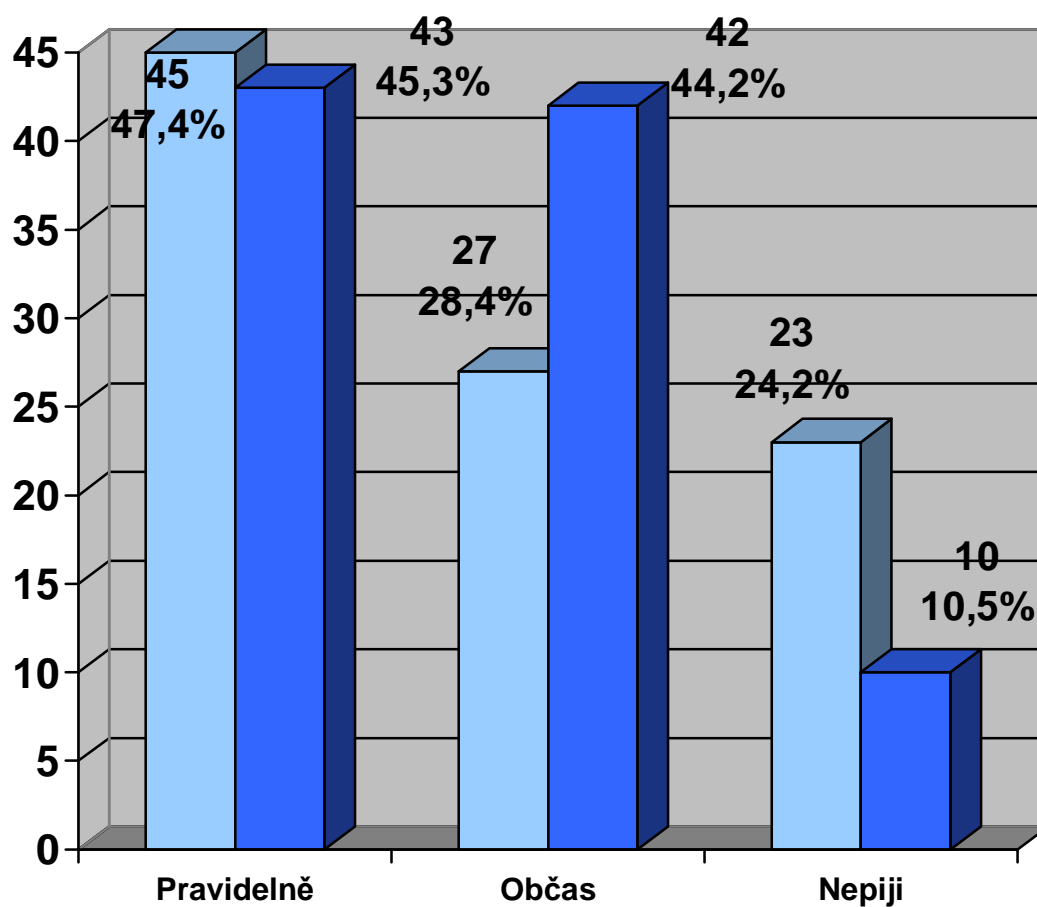
Zdroj: Vlastní výzkum

Obézní respondenti na otázku, zda pijí alkoholické nápoje, odpověděli takhle: 1,1% (1) respondentů ano, většina – 94,7% (90) respondentů zaznačilo možnost příležitostně a 4,2% (4) respondentů si vybralo možnost ne.

Odpovědi ze skupiny normostenických respondentů vypadaly takhle: 0% (0) respondentů se přiklonilo k variantě ano, 96,8% (92) zaznačilo možnost příležitostně a zbylých 3,2% (3) respondentů si vybralo možnost ne.

Otázka č. 22 – Pijete kávu?

Graf č. 20 – Frekvence pití kávy

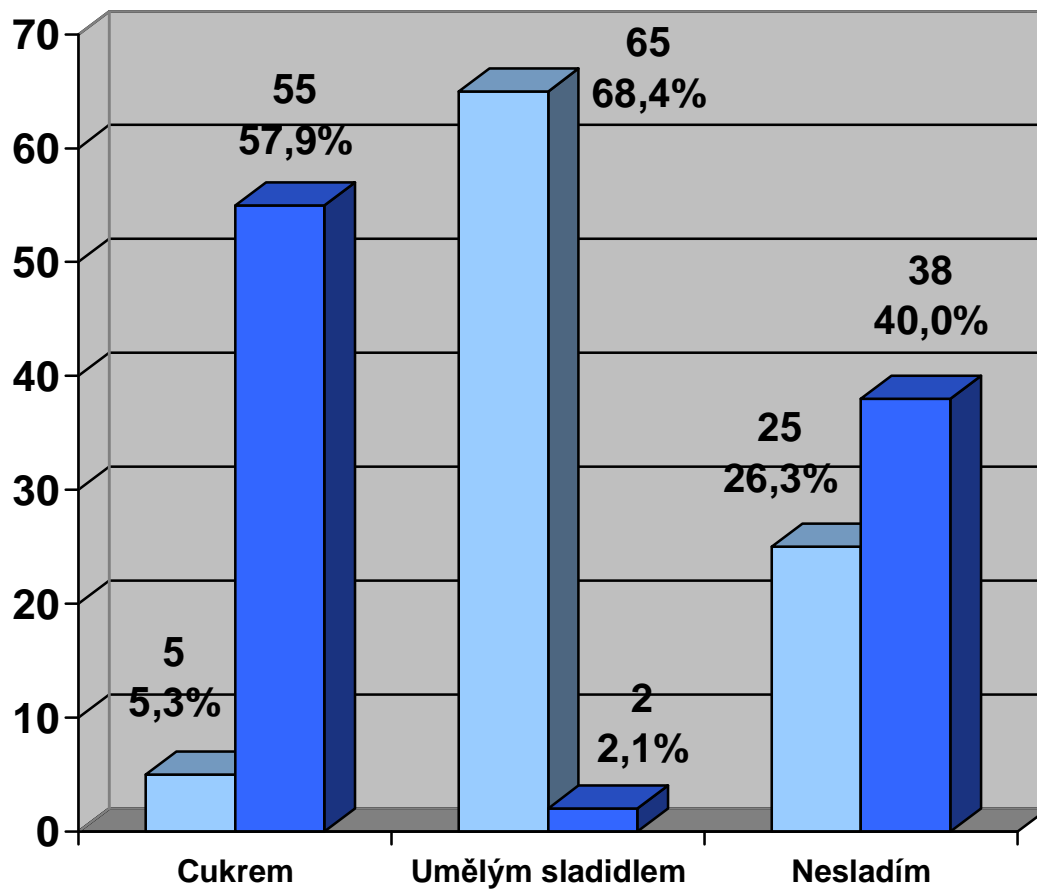


Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku, zda dotazovaní pijí kávu, odpovědělo 47,4% (45) obézních respondentů ano, 28,4% (27) obézních respondentů občas a 24,2% (23) obézních dotazovaných nepiji.

45,3% (43) normostenických respondentů pije kávu pravidelně, 44,2% (42) normostenických dotazovaných ji pije občas a 10,5% (10) ji nepije.

Graf č. 21 – Slazení kávy



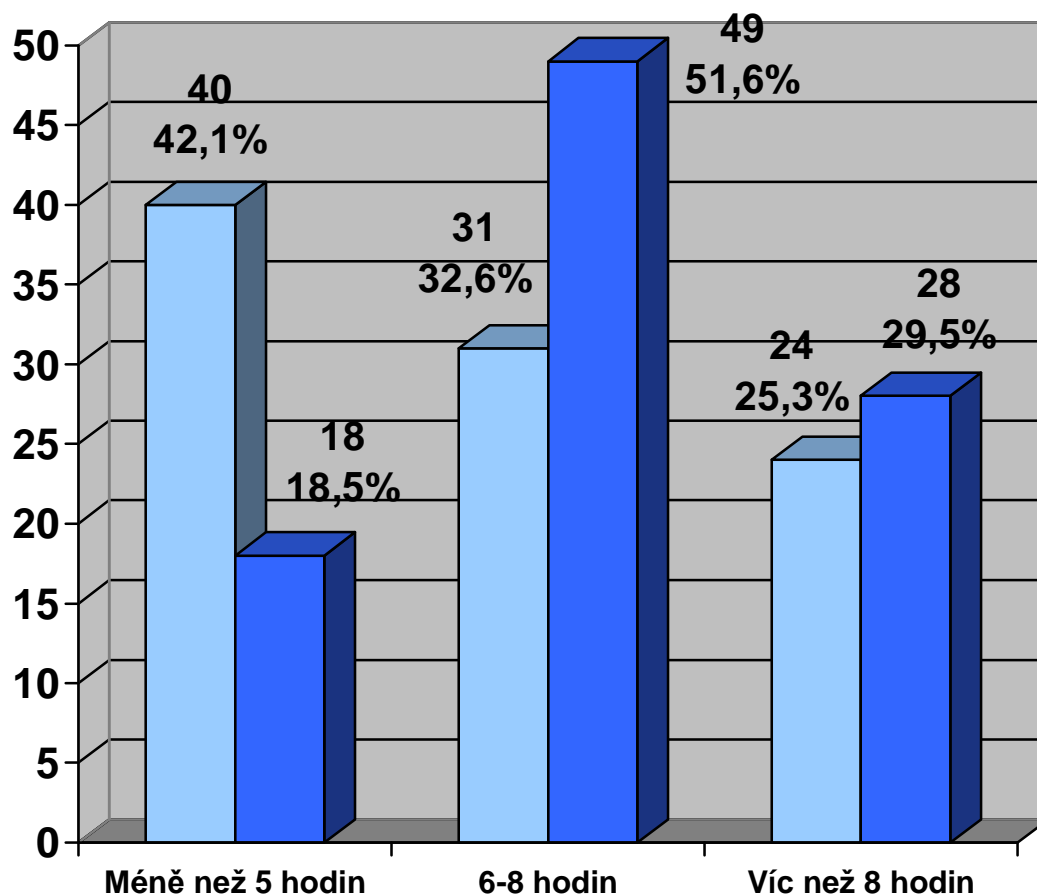
Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku, čím si kávu osladí, odpovědělo 5,3% (5) obézních dotazovaných cukrem, 68,4% (65) obézních dotazovaných umělým sladidlem a 26,3% (25) obézních respondentů si kávu neosladí.

57,9% (55) dotazovaných normostenických respondentů si kávu osladí cukrem, pouze 2,1% (2) normostenických respondentů použije umělé sladidlo a 40,0% (38) normostenických dotazovaných si kávu neosladí.

Otázka č. 24 – Jak dlouho trvá Váš noční spánek?

Graf č. 22 – Délka nočního spánku



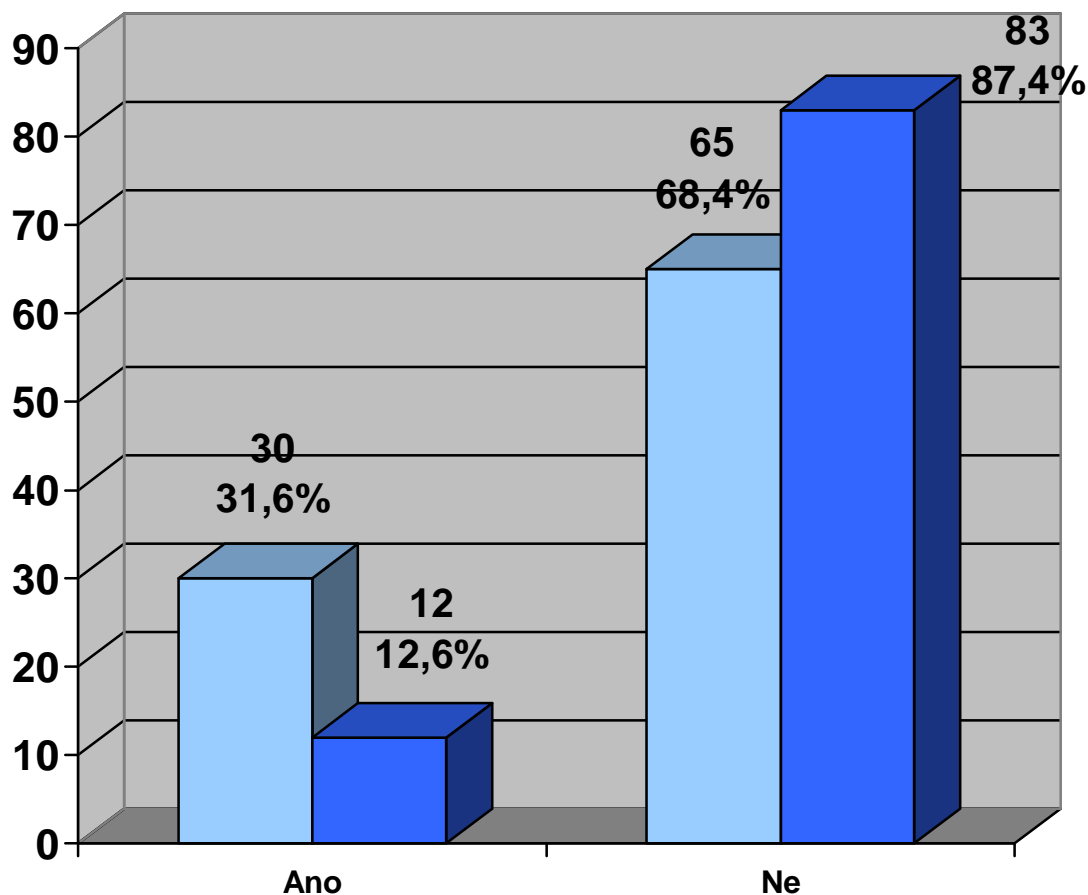
Zdroj: Vlastní výzkum

42,1% (40) obézních respondentů spí méně než 5 hodin, 32,6% (31) obézních dotazovaných má plynulý noční spánek 6-8 hodin a více než 8 hodin spí 25,3% (24) dotazovaných obézních.

18,5% (18) normostenických respondentů v noci spí méně než 5 hodin, 51,6% (49) normostenických respondentů spí 6-8 hodin a více než 8 hodin spí 29,5% (28) normostenických respondentů.

Otázka č. 25 – Trpíte nespavostí či jinou poruchou spánku?

Graf č. 23 – Nespavost a jiné poruchy spánku



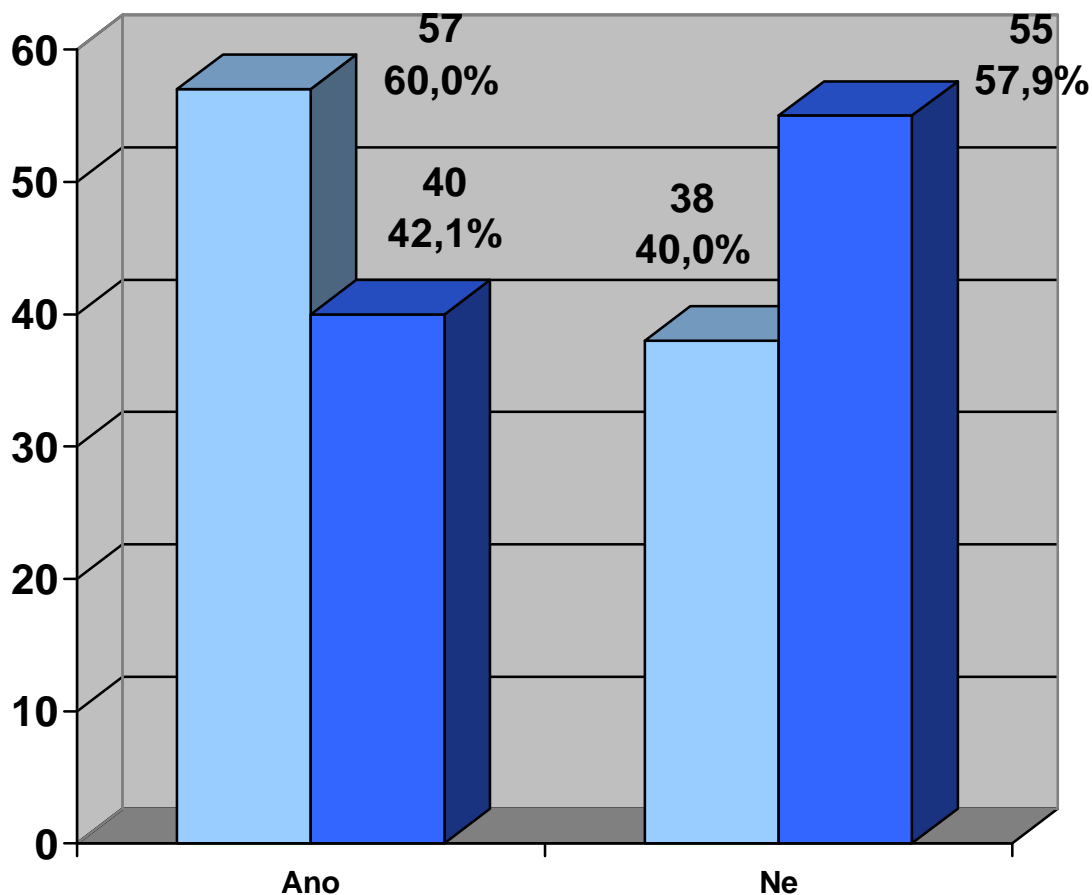
Zdroj: Vlastní výzkum

31,6% (30) obézních respondentů trpí nespavostí či jinou poruchou spánku, zatímco zbylých 68,4 (65) respondentů ze skupiny obézních neudává žádné problémy se spánkem.

12,6 % (12) normostenických respondentů udává poruchy spánku, 87,4% (83) dotazovaných normostenických nespavostí ani jinou poruchou nespavosti netrpí.

Otázka č. 26 – Zaháníte špatnou náladu jídlem?

Graf č. 24 – Zahánění špatné nálady jídlem



Zdroj: Vlastní výzkum

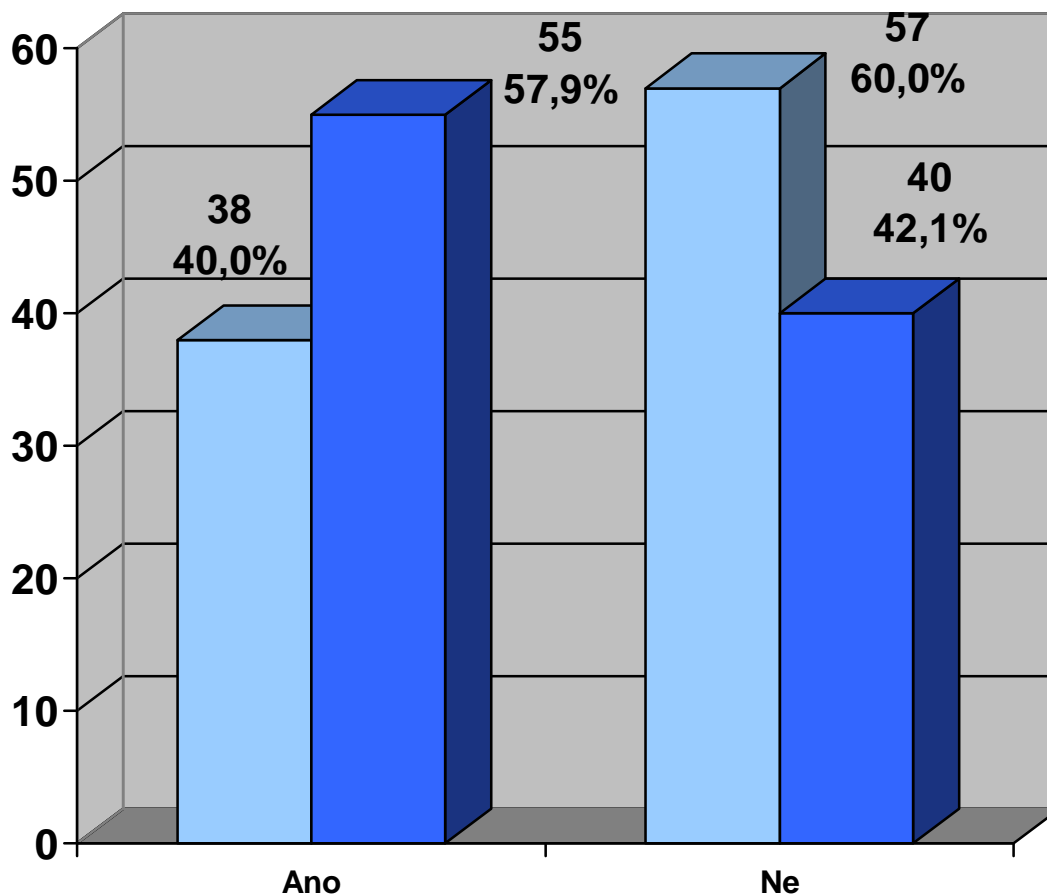
Zda zahání dotazovaní stres jídlem zjišťovala další položka.

60,0% (57) obézních odpovědělo, že ano. 40,0% (38) dotazovaných obézních odpovědělo, že ne.

42,1% (40) normostenických dotazovaných zahrlo možnost ano, 57,9% (55) normostenických respondentů označilo variantu ne.

Otázka č. 27 – Naopak, nejíte, máte-li špatnou náladu?

Graf č. 25 – Absence potravy při špatné náladě



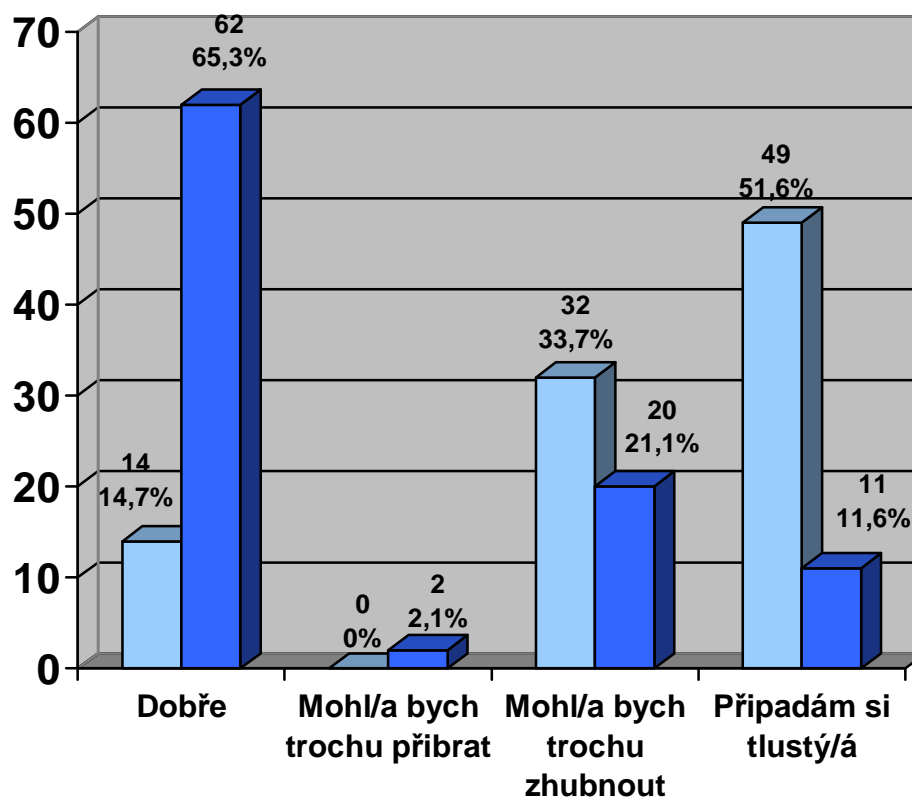
Zdroj: Vlastní výzkum

Naopak, zda dotazovaní respondenti nejedí, pokud mají stres, zjišťovala tato položka.

40,0% (38) obézních stres jídlem nezahání, zatímco zbylých 60,0% (57) obézních dotazovaných stres jídlem zahání.

57,9% (55) dotazovaných ze skupiny normostenických ve stresu nejí, 42,1% (40) normostenických respondentů stres jídlem potlačují.

Graf č. 26 – Sebehodnocení respondenta



Zdroj: Vlastní výzkum

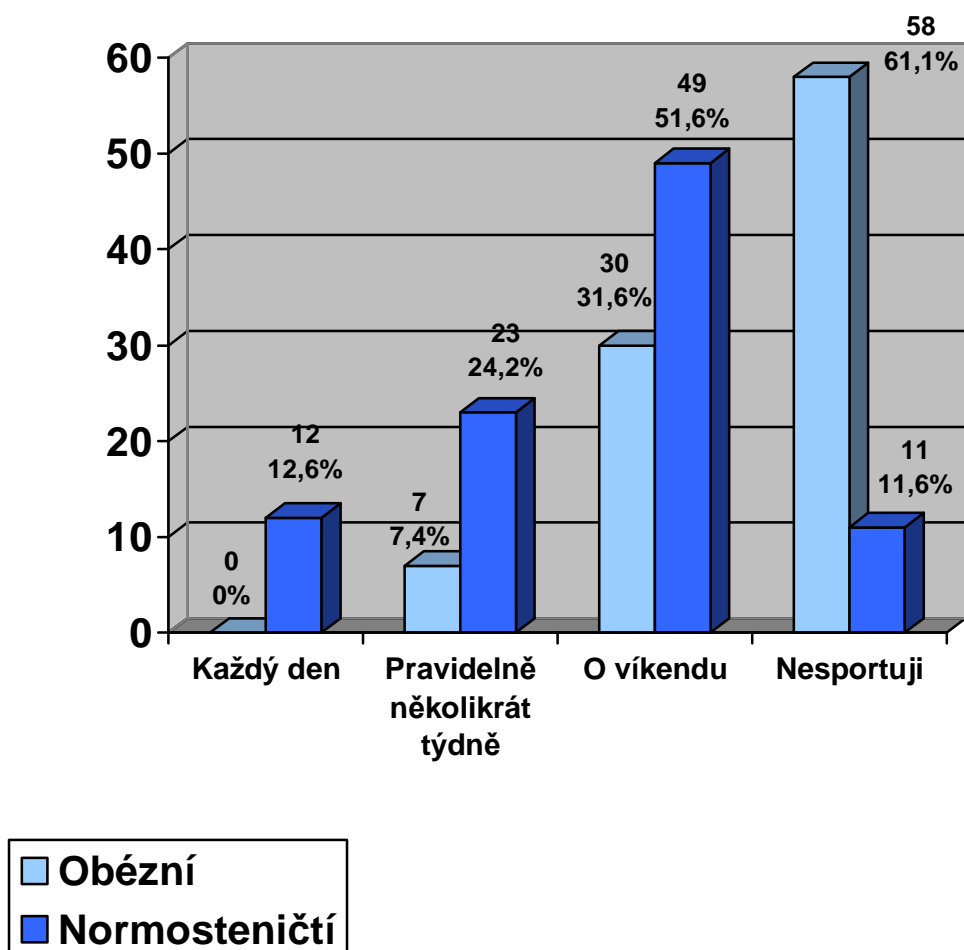
Tato položka zjišťovala, jak se pacient cítí.

14,7% (14) obézních respondentů se cítí dobře, 0% (0) obézních dotazovaných zaznačilo možnost mohl/a bych přibrat. Variantu mohl/a bych zhubnout zaznačilo 33,7% (32) obézních respondentů a připadám si tlustý/á zaznačilo 51,6% (49) obézních dotazovaných.

65,3% (62) normostenických respondentů se cítí dobře, 2,1% (2) normosteničtí dotazovaní by chtělo přibrat. 21,1% (20) respondentů ze skupiny normostenických by chtělo zhubnout a 11,6% (11) normostenických dotazovaných se cítí tlustý/á.

Otázka č. 29 – Jak často sportujete?

Graf č. 27 – Frekvence aktivního pohybu



Zdroj: Vlastní výzkum

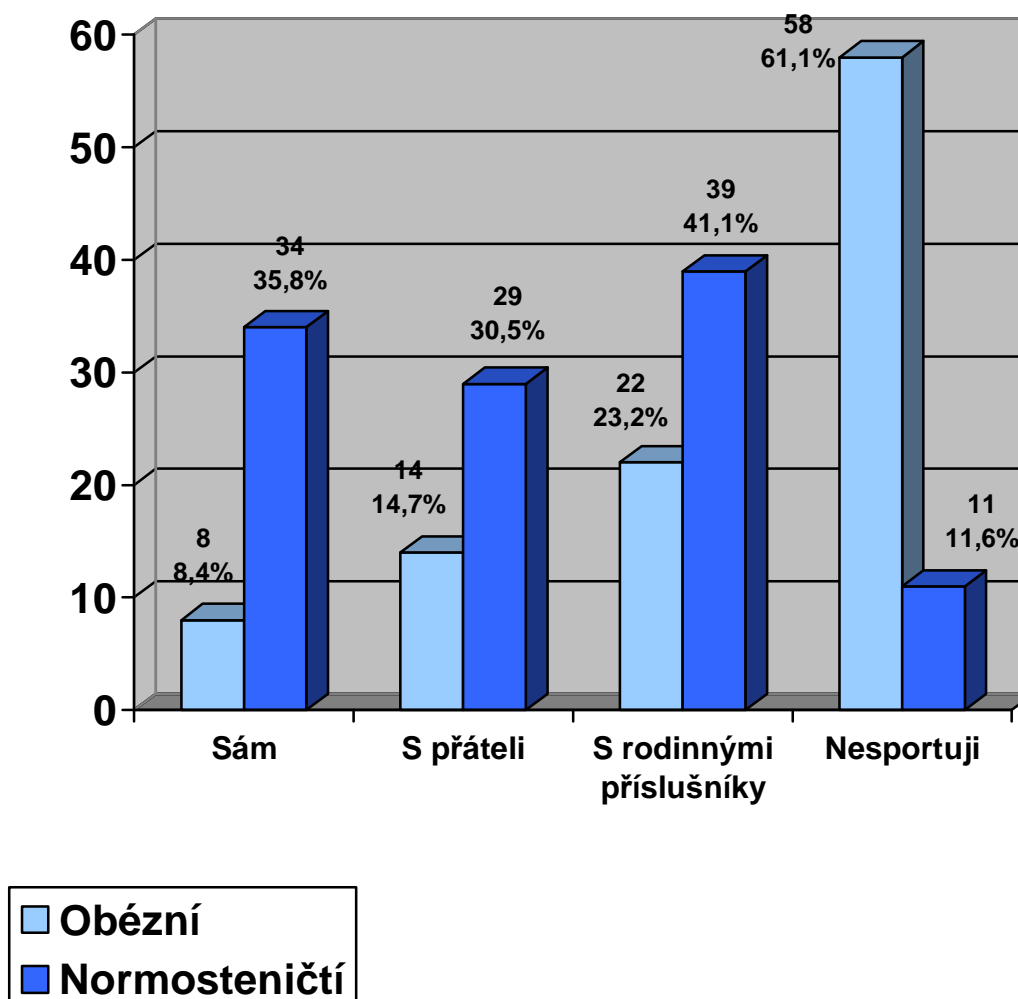
Pravidelnost aktivního pohybu měla zjistit tato položka.

0% (0) obézních respondentů sportuje každý den, pravidelně několikrát do týdne si zasportuje pouze 7,4% (7) dotazovaných obézních respondentů. O víkendu se aktivnímu pohybu věnuje 31,6% (30) obézních dotazovaných a 61,1% (58) respondentů této skupiny nesportuje vůbec.

Za skupiny normostenických respondentů jich 12,6% (12) sportuje pravidelně každý den, 24,2% (23) sportuje několikrát do týdne. O víkendu se aktivnímu pohybu věnuje 51,6% (49) normostenických dotazovaných a nesportuje 11,6% (11) normostenických respondentů.

Otázka č. 30 – S kým sportujete?

Graf č. 28 – Partner při sportu



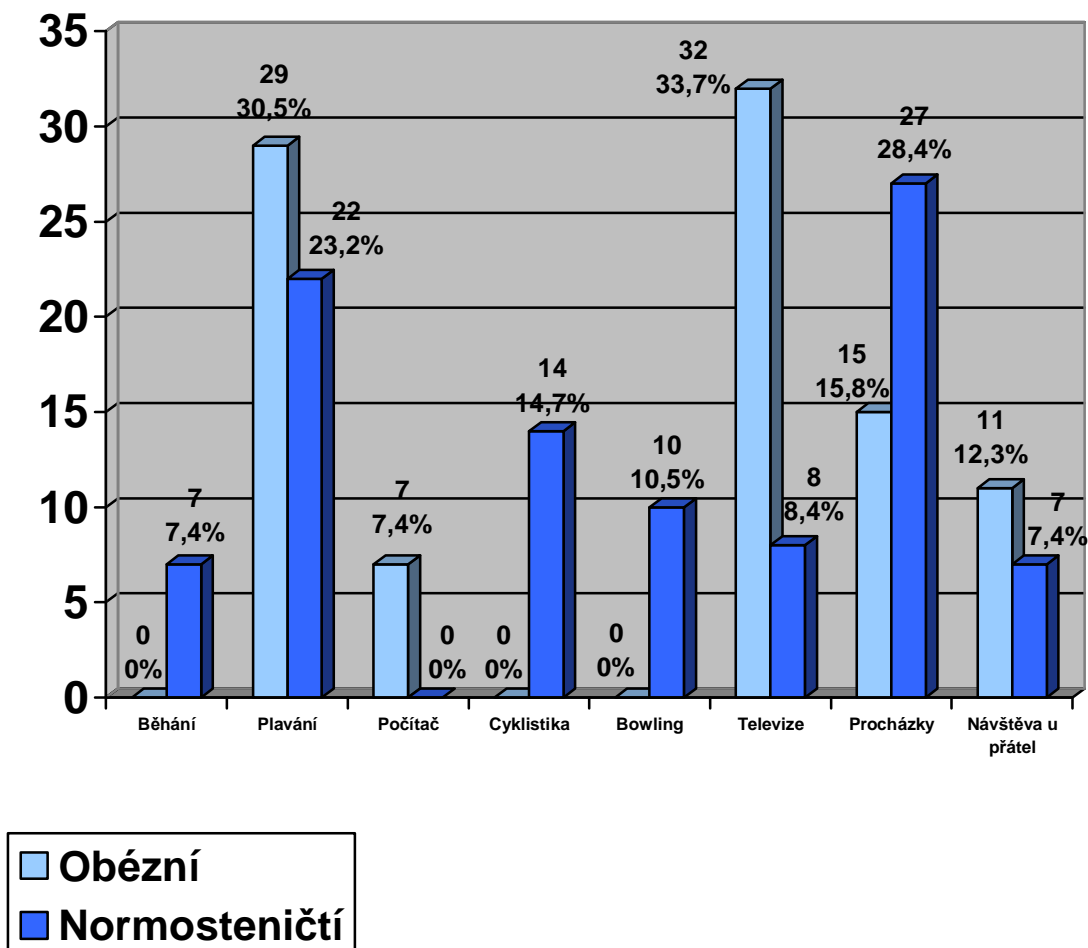
Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 100% (95) obézních respondentů sportuje 8,4% (8) respondentů této skupiny bez partnera, 14,7% (14) obézních dotazovaných sportuje s přáteli. 23,2% (22) obézních respondentů se věnuje aktivnímu pohybu s rodinnými příslušníky a 61,1% (58) zaznačilo možnost nesportuji.

Z celkového počtu 100% (95) normostenických respondentů se aktivnímu pohybu bez partnera věnuje 35,8% (34) normostenických dotazovaných, 30,5% (29) dotazovaných této skupiny sportuje s přáteli, 41,1% (39) s rodinnými příslušníky. Možnost nesportuji zaznačilo 11,6% (11) normostenických respondentů.

Otázka č. 31 – Co nejraději děláte ve svém volném čase?

Graf č. 29 – Preference aktivit ve volném čase



Zdroj: Vlastní výzkum

Respondenti ze skupiny obézních reagovali na otázku, co nejraději děláte ve svém volném čase, takto:

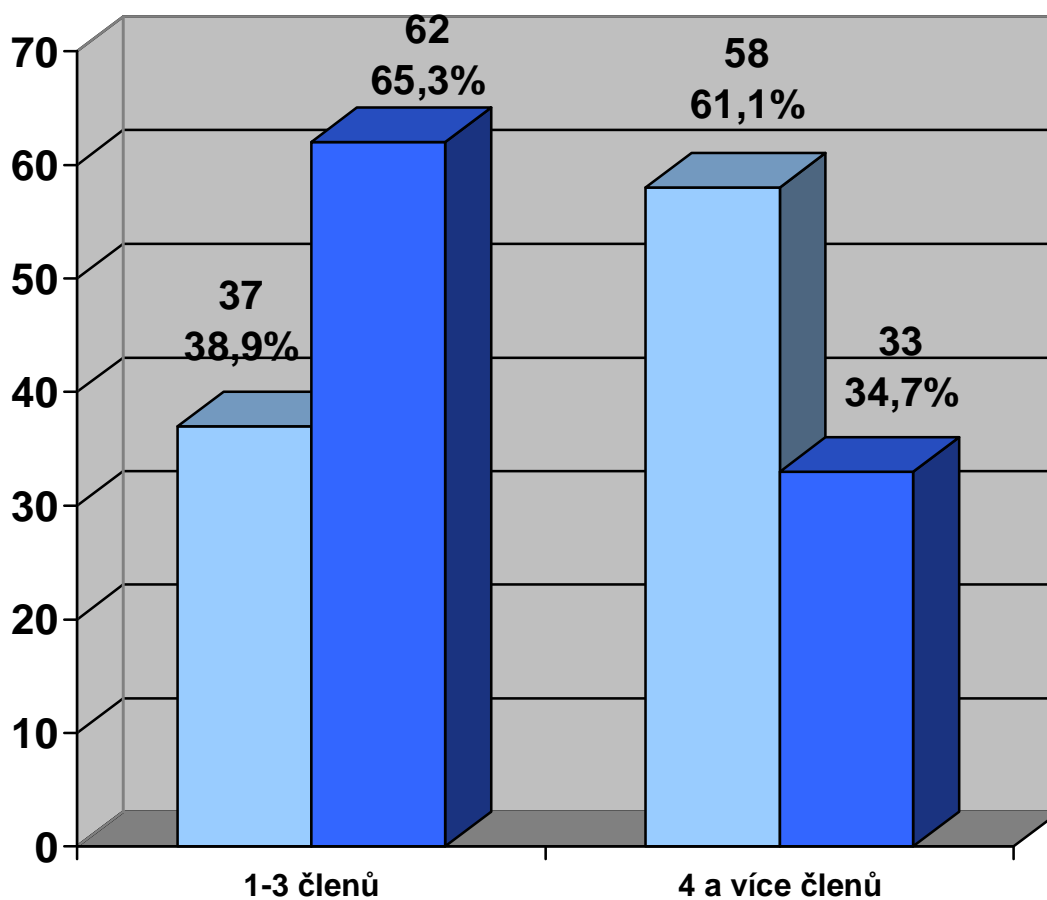
0% (0) běhá, 30,5% (29) plave, 7,4% (7) preferuje počítač, 0% (0) jezdí na kole, 0% (0) se věnuje bowlingu, 33,7% (32) se dívá na televizi, 15,8% (15) chodí na procházky a 12,3% (11) preferuje návštěvu u přátel.

Dotazovaní ze skupiny normostenických reagovali na stejnou otázku takto:

7,4% (7) preferuje běhání, 23,2% (22) rádo plave, 0% (0) tráví svůj volný čas u počítače, 14,7% (14) jezdí na kole, 10,5% (10) hraje bowling, 8,4% (8) se dívá na televizi, 28,4% (27) chodí na procházky a 7,4% (7) preferuje návštěvu u přátel.

Otázka č. 32 – V kolikatičlenné rodině žijete?

Graf č. 30 – Počet rodinných příslušníků



Zdroj: Vlastní výzkum

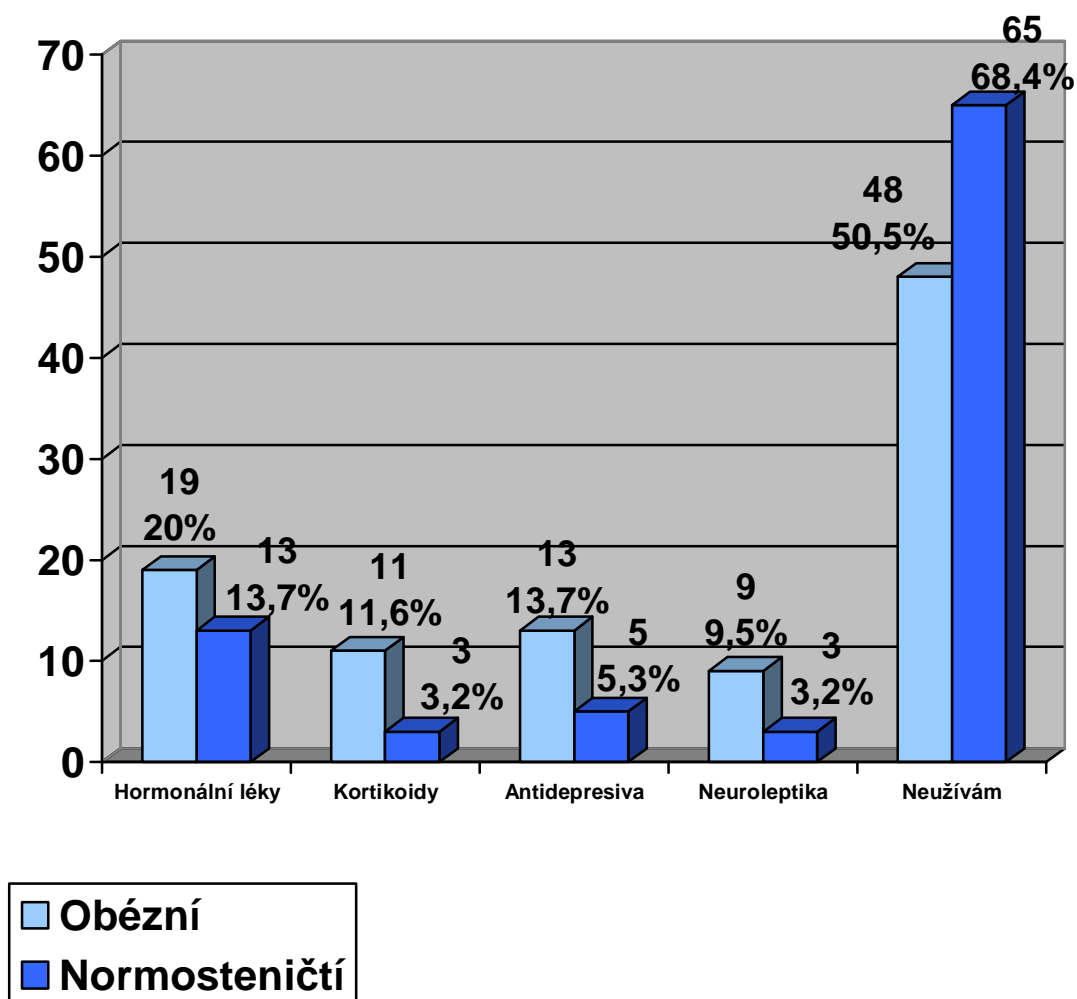
Tahle položka zjišťovala, v kolika členné rodině respondenti žijí.

38,9% (37) obézních respondentů žije v 1-3 členné rodině, v 4 a více členné rodině pak žije zbylých 61,1% (58) obézních respondentů.

65,3% (62) normostenických respondentů žije v 1-3 členné rodině, zatímco 34,7% (33) normostenických respondentů žije ve 4 a více členné rodině.

Otázka č. 33 – Užíváte léky z některé této skupiny?

Graf č. 31 – Užívání léků



Zdroj: Vlastní výzkum

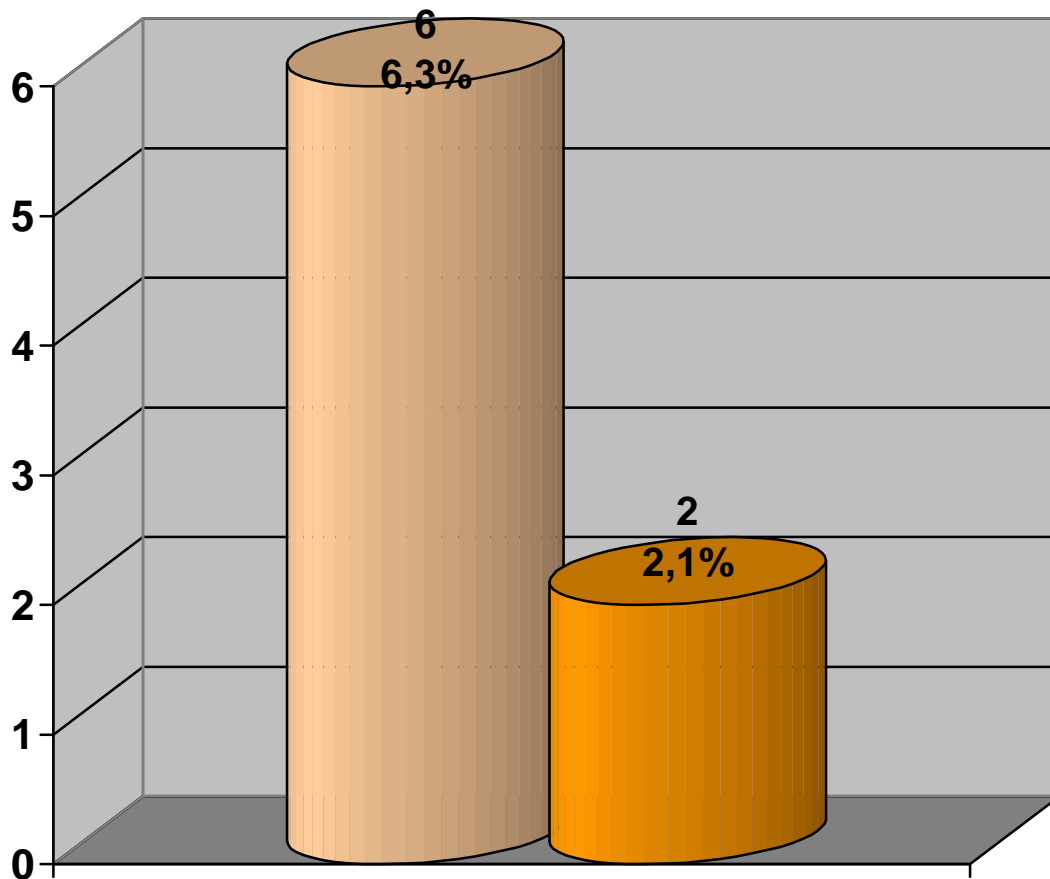
20% (19) obézních respondentů užívá hormonální léky, kortikoidy užívá 11,6% (11) obézních dotazovaných, 13,7% (13) respondentů ze skupiny obézních užívá antidepresiva, 9,5% (9) obézních respondentů užívá neuroleptika a zbylých 50,5% (48) obézních respondentů neužívá žádné léky z těchto skupin.

13,7% (13) normostenických respondentů užívá hormonální léky, 3,2% (3) respondentů této skupiny užívá kortikoidy, antidepresiva užívá 5,3% (5) normostenických respondentů, 3,2% (3) normostenických respondentů užívá neuroleptika a zbylých 68,4% (65) normostenických respondentů neužívá žádné léky z těchto skupin.

4.2. Vyhodnocení 2. části dotazníku

Otázka č. 1 – Smrt partnera

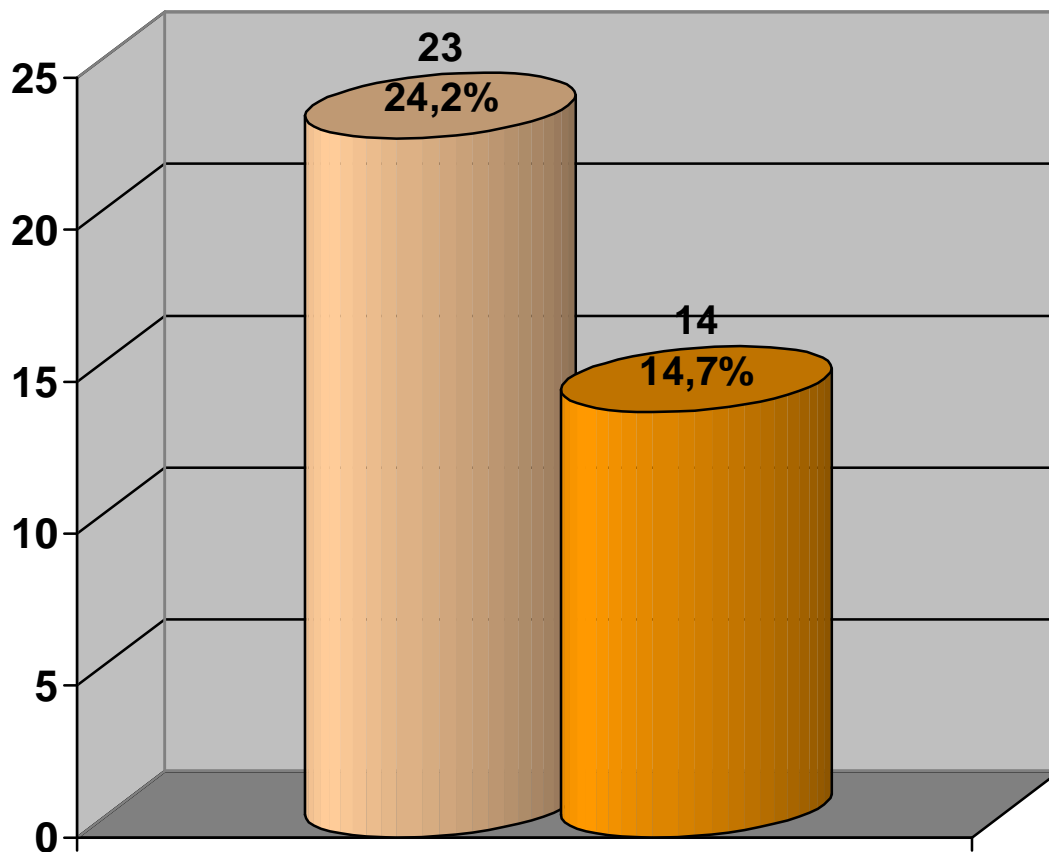
Graf č. 32 – Smrt partnera



Zdroj: Vlastní výzkum

Položku smrt partnera zaznačilo 6,3% (6) obézních respondentů a 2,1% (2) normostenických dotazovaných.

Graf č. 33 – Rozvod

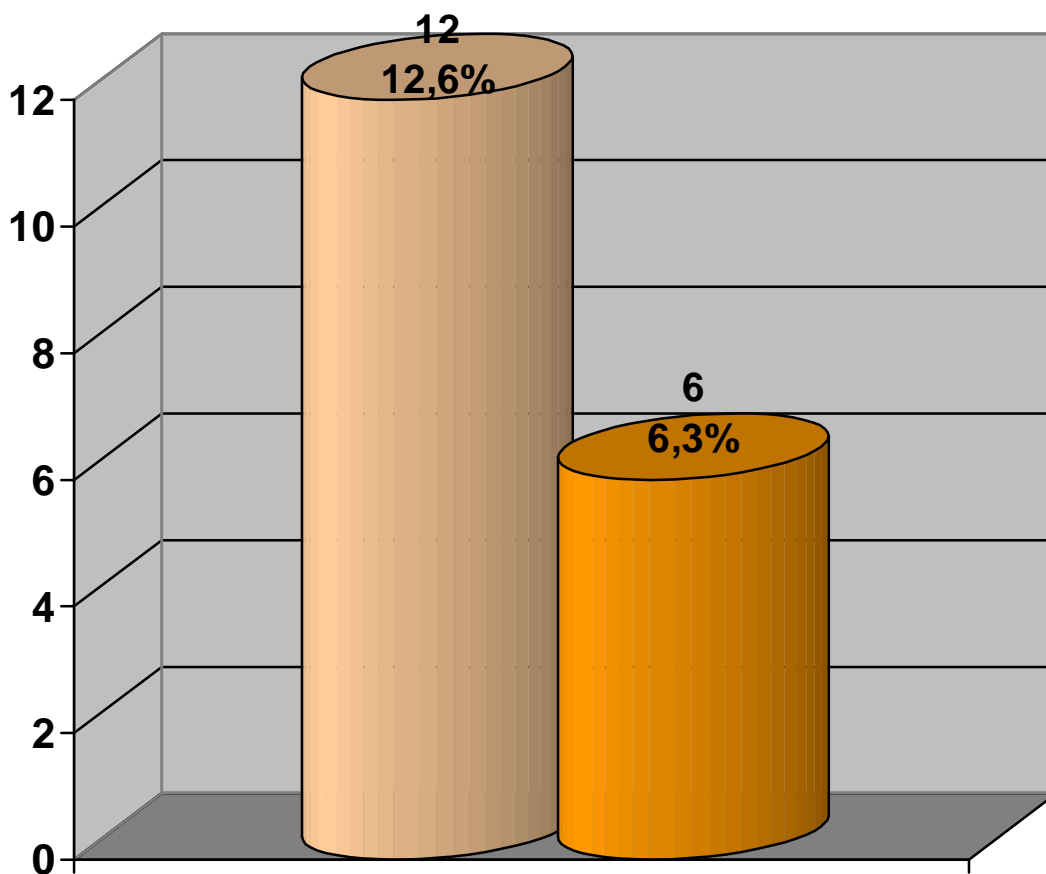


Zdroj: Vlastní výzkum

Během zkoumaných dvou let se rozvedlo 24,2% (23) obézních respondentů a 14,7% (14) normostenických respondentů.

Otázka č. 3 – Rozchod s partnerem

Graf č. 34 – Rozchod s partnerem

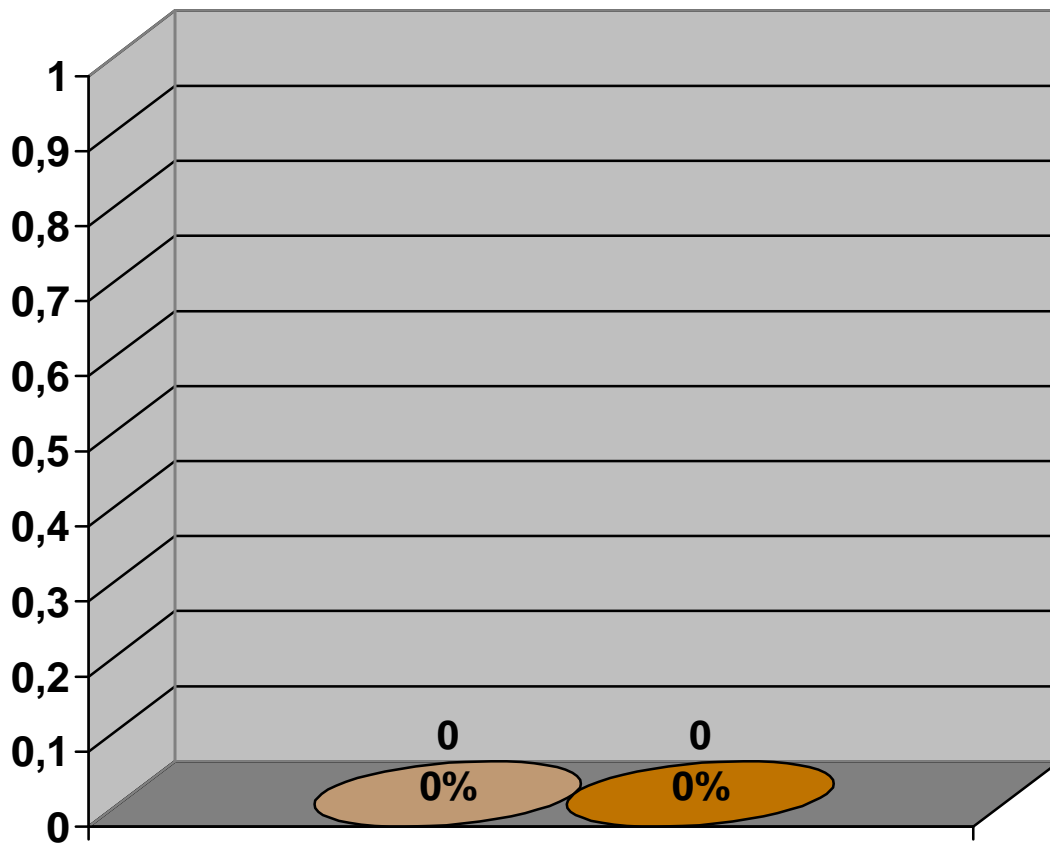


Zdroj: Vlastní výzkum

Rozchod s partnerem byl aktuální pro 12,6% (12) obézních respondentů a 6,3% (6) normostenických respondentů.

Otázka č. 4 – Pobyť ve vězení

Graf č. 35 – Pobyť ve vězení

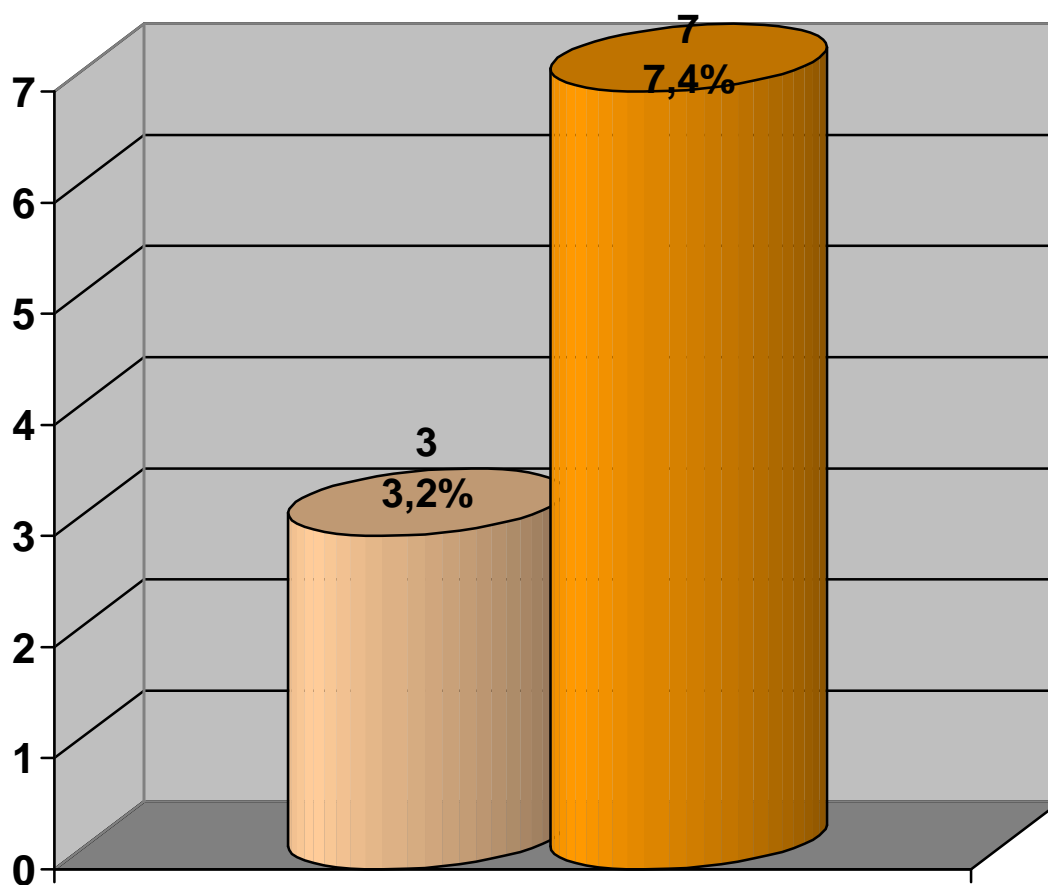


Zdroj: Vlastní výzkum

Pobyť ve vězení zaznačilo 0% (0) obézních dotazovaných a stejné množství 0% (0) normostenických respondentů.

Otázka č. 5 – Úmrtí v nejbližší rodině

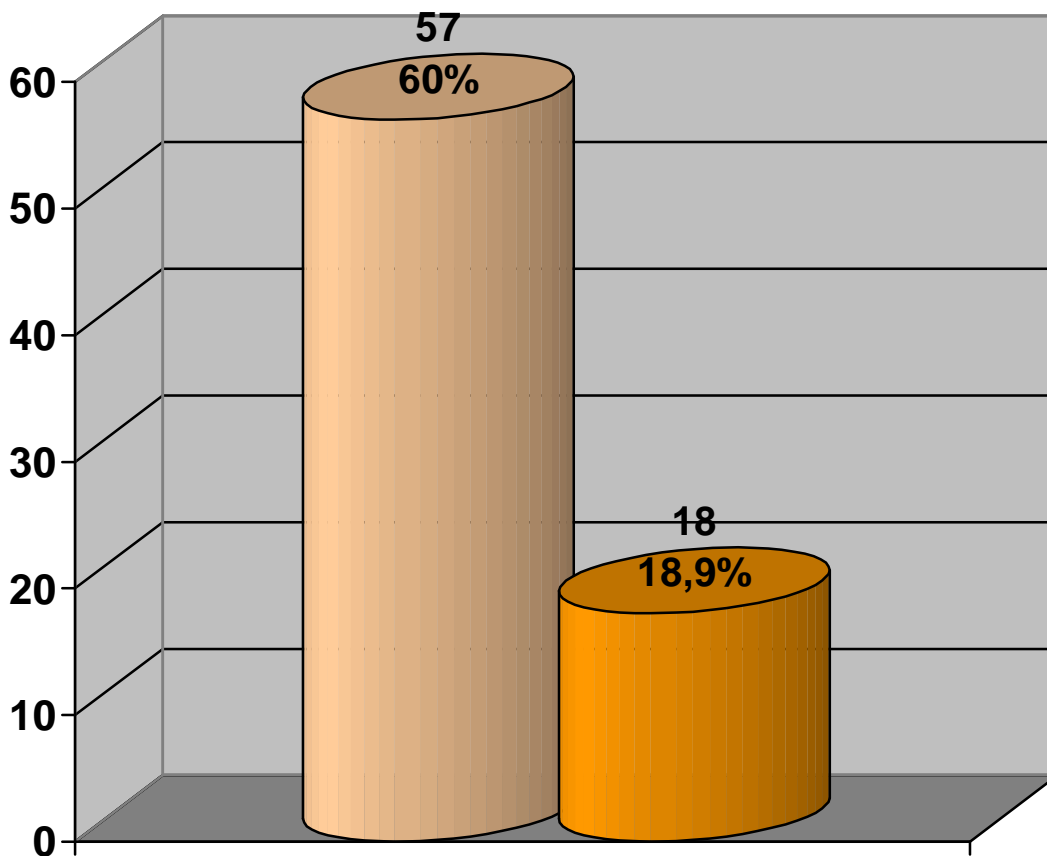
Graf č. 36 – Úmrtí v nejbližší rodině



Zdroj: Vlastní výzkum

Úmrtí v nejbližší rodině zaznačilo 3,2% (3) obézních respondentů a 7,4% (7) normostenických dotazovaných.

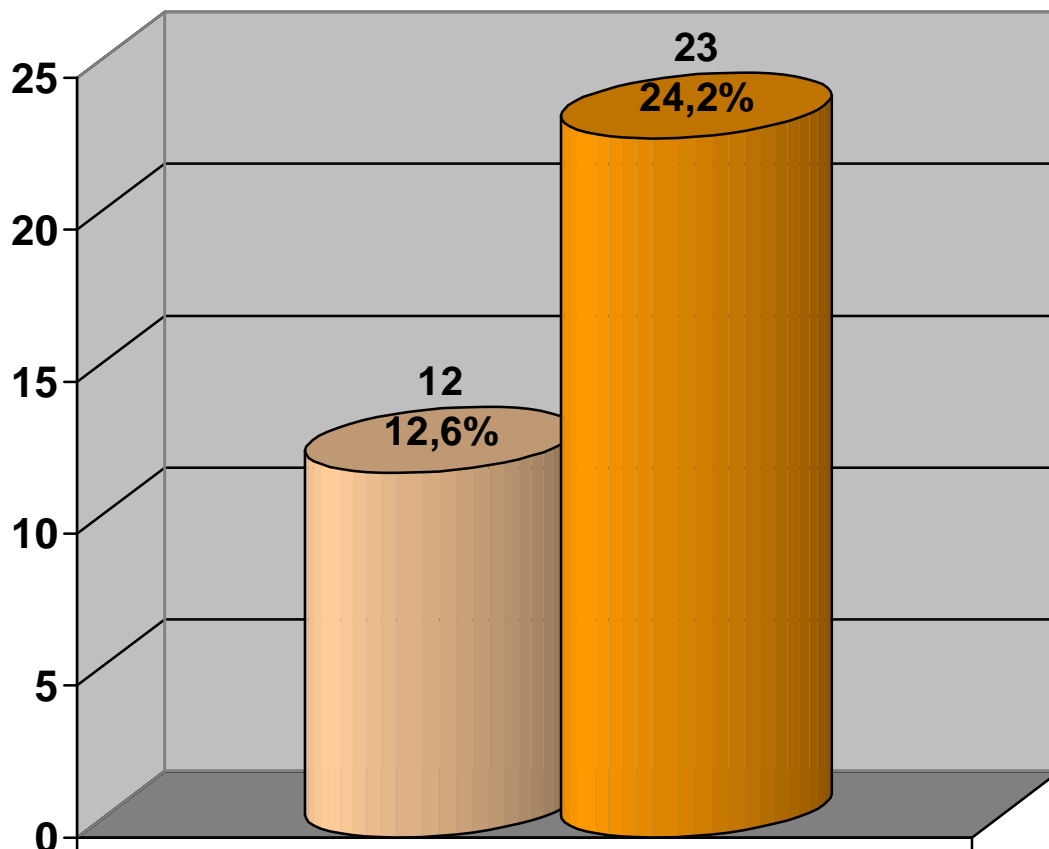
Graf č. 37 – Vlastní úraz nebo nemoc



Zdroj: Vlastní výzkum

Položka týkající se vlastního úrazu nebo nemoci byla aktuální pro 60,0% (57) obézních dotazovaných a 18,9% (18) dotazovaných ze skupiny normostenických respondentů.

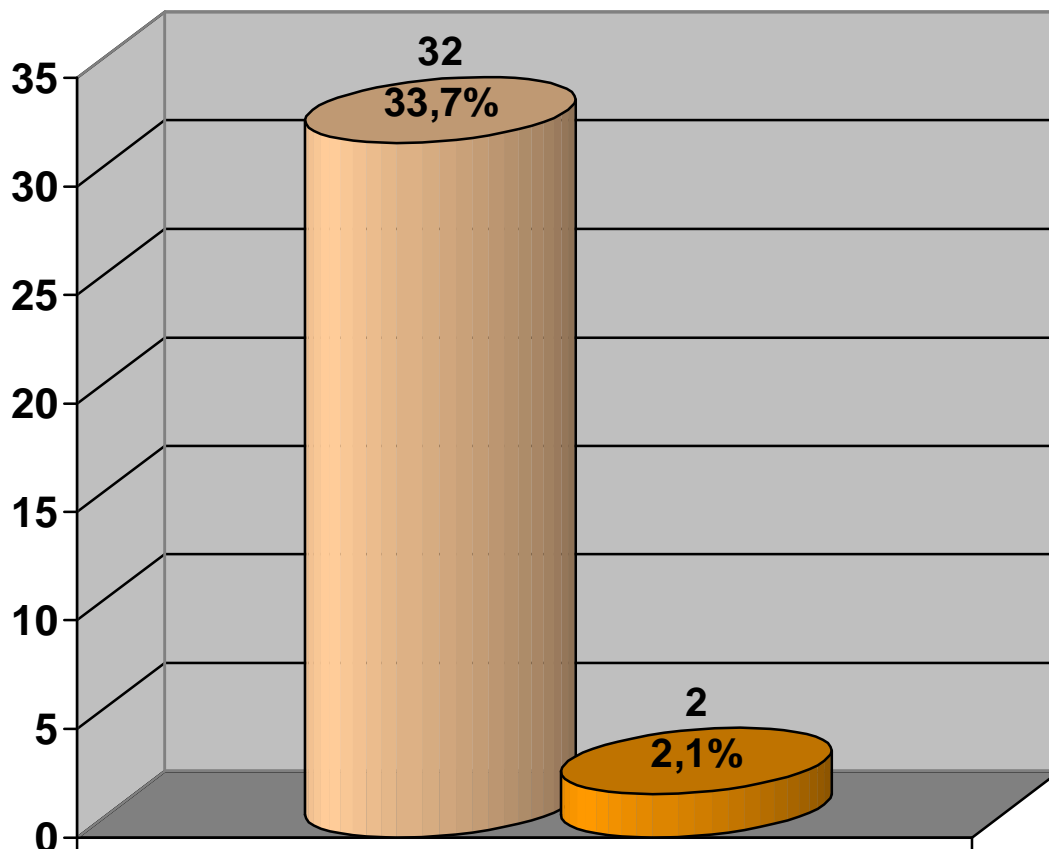
Graf č. 38 – Vlastní svatba



Zdroj: Vlastní výzkum

Vlastní svatba se týkala 12,6% (12) obézních respondentů a 24,2% (23) normostenických respondentů.

Graf č. 39 – Ztráta v zaměstnání

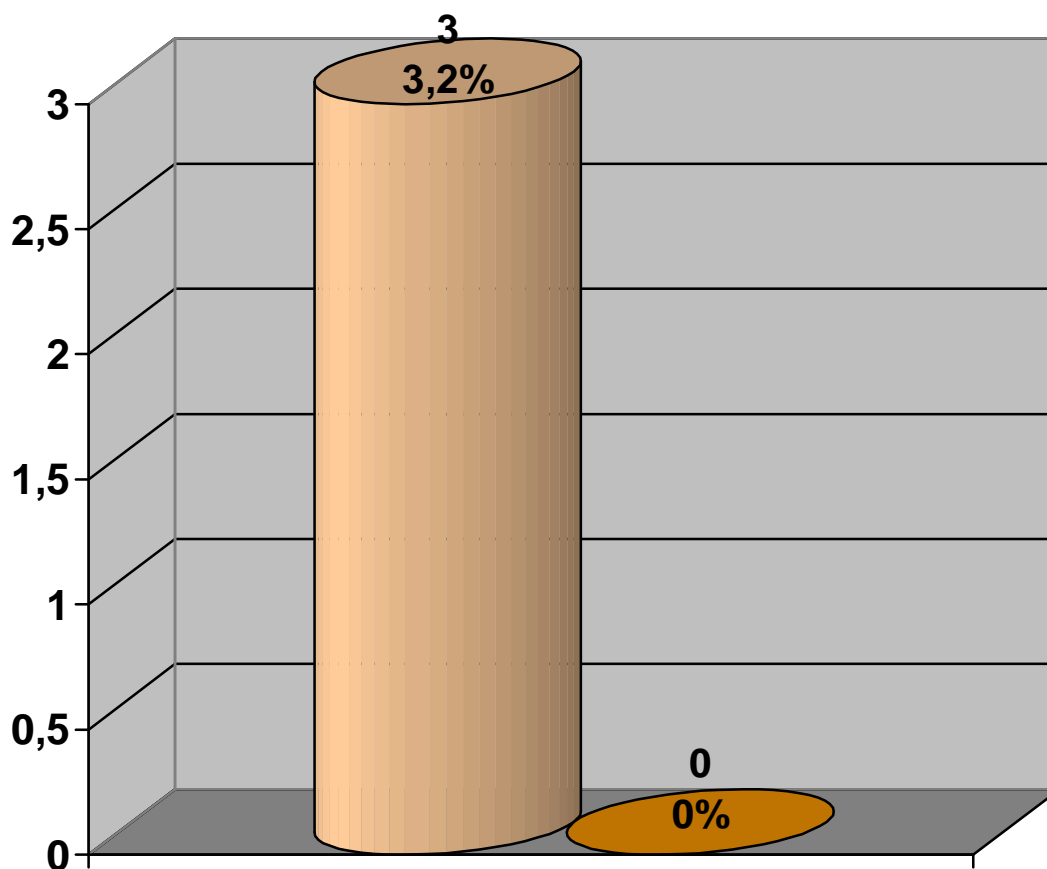


Zdroj: Vlastní výzkum

Ztrátu v zaměstnání zaznamenalo 33,7% (32) respondentů ze skupiny obézních a 2,1% (2) respondentů ze skupiny normostenických.

Otázka č. 9 – Usmíření s partnerem

Graf č. 40 – Usmíření s partnerem

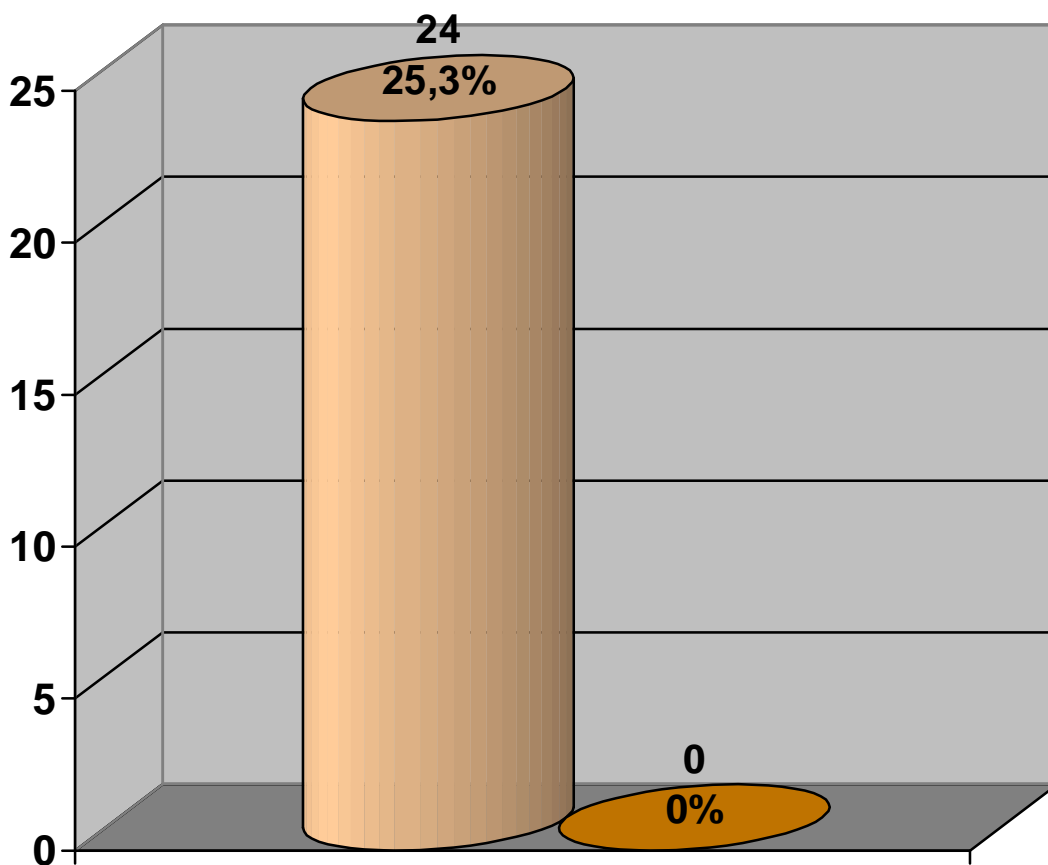


Zdroj: Vlastní výzkum

Usmíření s partnerem bylo aktuální pro 3,2% (3) respondenty ze skupiny obézních a 0% (0) dotazovaných ze skupiny normostenických.

Otázka č. 10 – Odchod do důchodu

Graf č. 41 – Odchod do důchodu

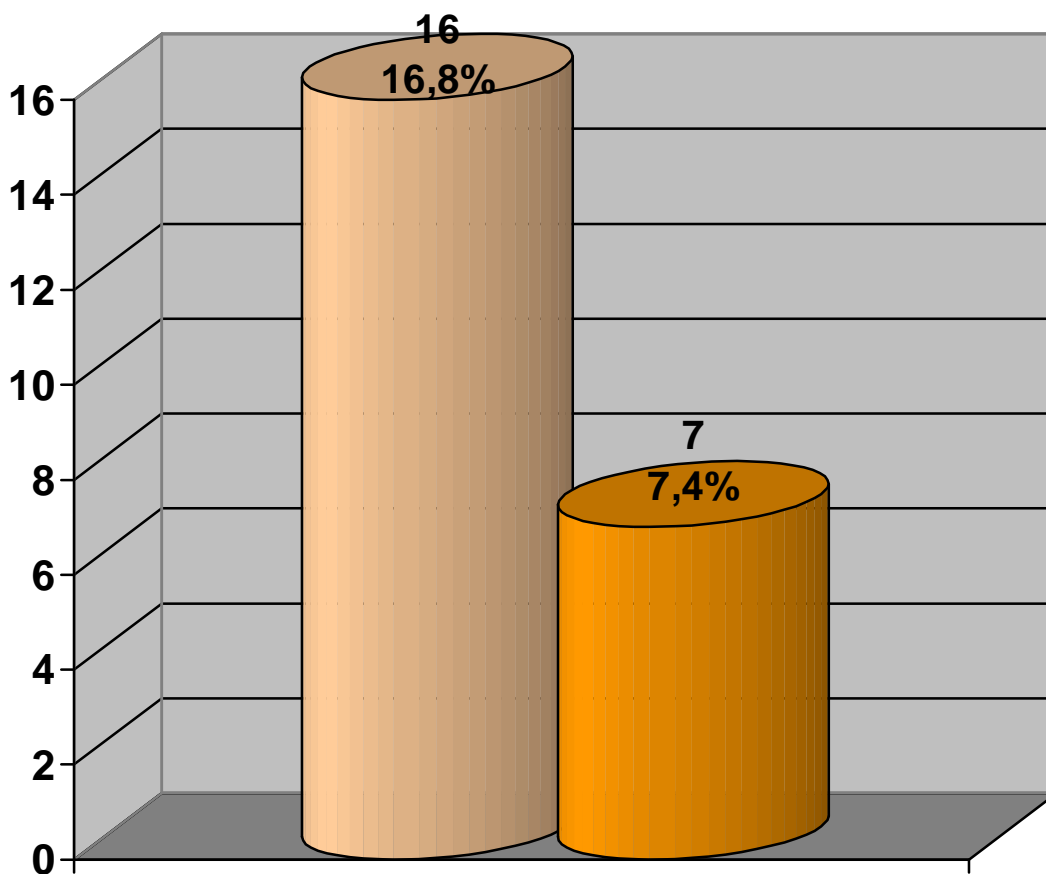


Zdroj: Vlastní výzkum

Položku odchod do důchodu zaznačilo 25,3% (24) respondentů ze skupiny obézních a 0% (0) normostenických dotazovaných.

Otázka č. 11 – Nemoc rodinného příslušníka

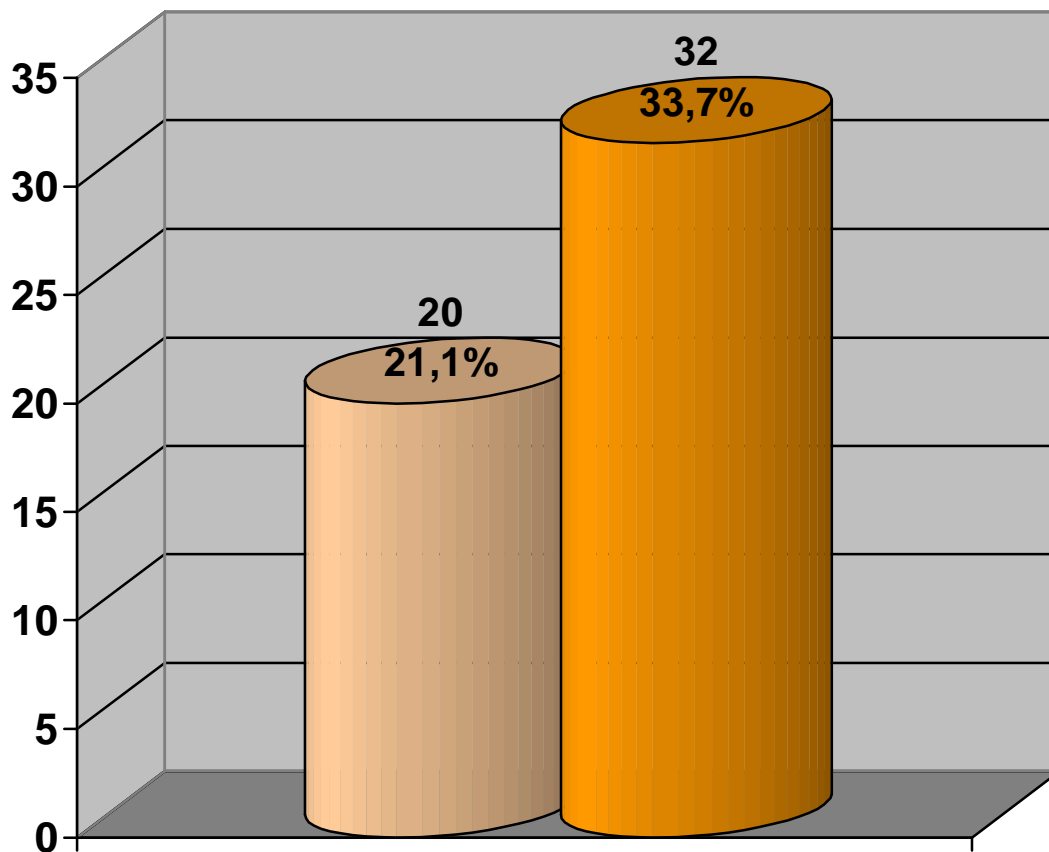
Graf č. 42 – Nemoc rodinného příslušníka



Zdroj: Vlastní výzkum

Položka nemoc rodinného příslušníka byla aktuální pro 16,8% (16) obézních respondentů a 7,4% (7) normostenických respondentů.

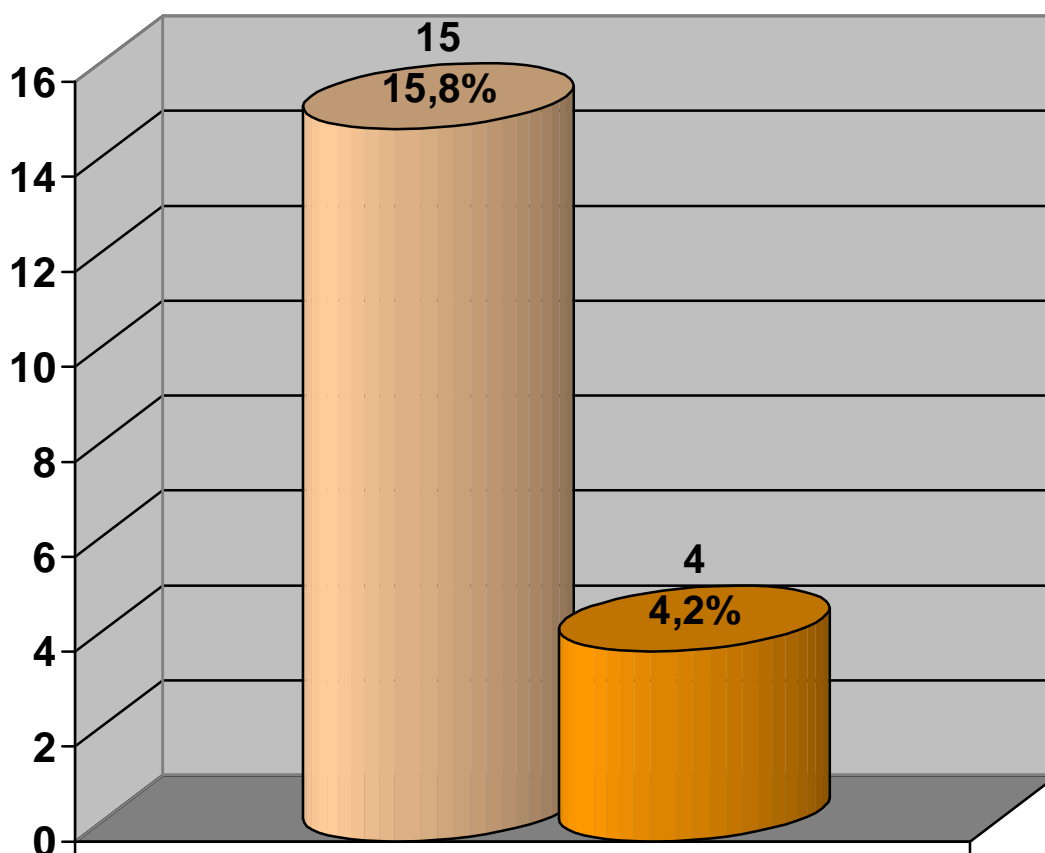
Graf č. 43 – Těhotenství



Zdroj: Vlastní výzkum

Těhotenství zaznačilo 21,1% (20) obézních žen a 33,7% (32) normostenických žen.

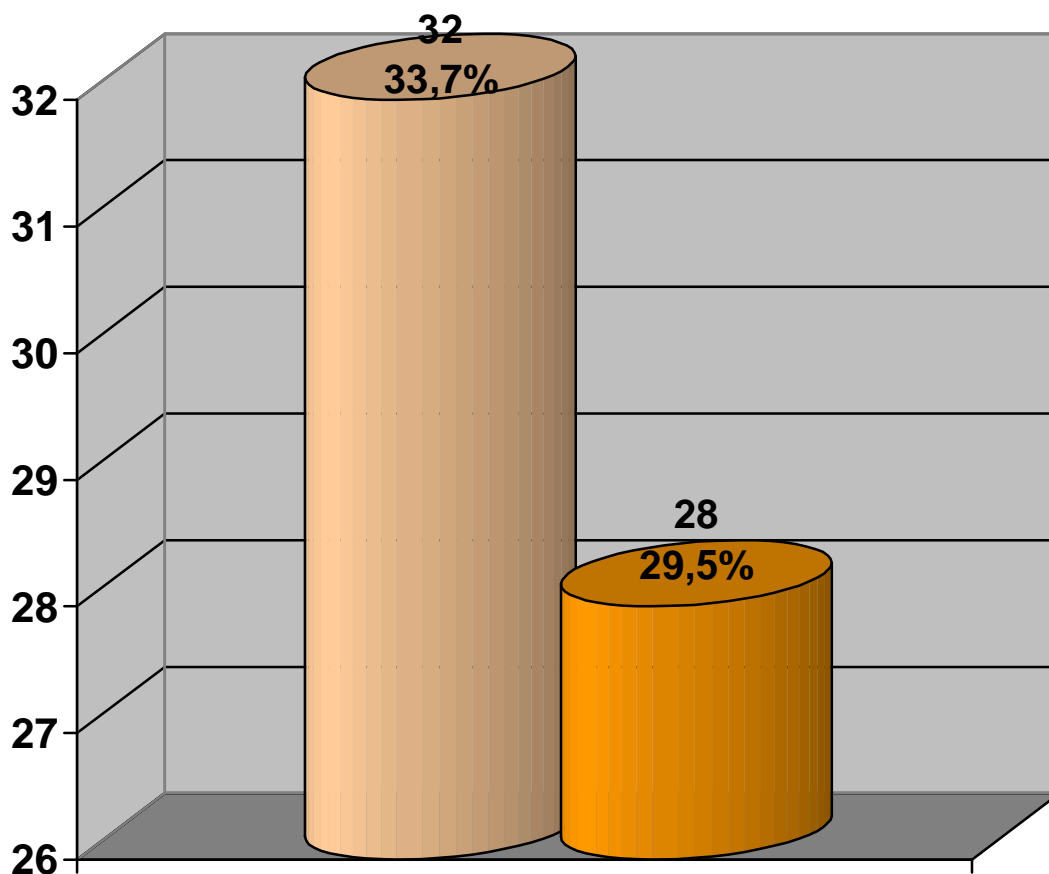
Graf č. 44 – Sexuální potíže



Zdroj: Vlastní výzkum

Položku sexuální obtíže zaznačilo 15,8% (15) obézních respondentů a 4,2% (4) normostenických respondentů.

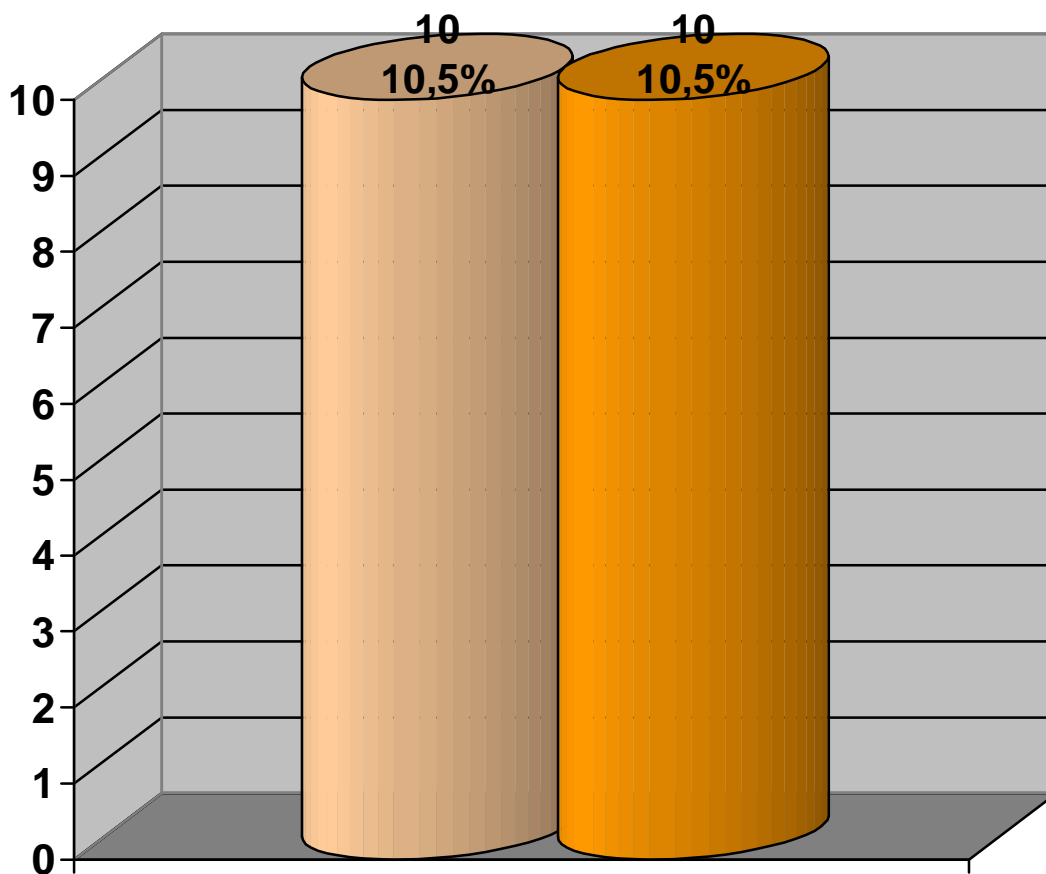
Graf č. 45 – Příklad nového člena rodiny



Zdroj: Vlastní výzkum

Příklad nového člena do rodiny zaznačilo 33,7% (32) obézních respondentů a 29,5 % (28) normostenických respondentů.

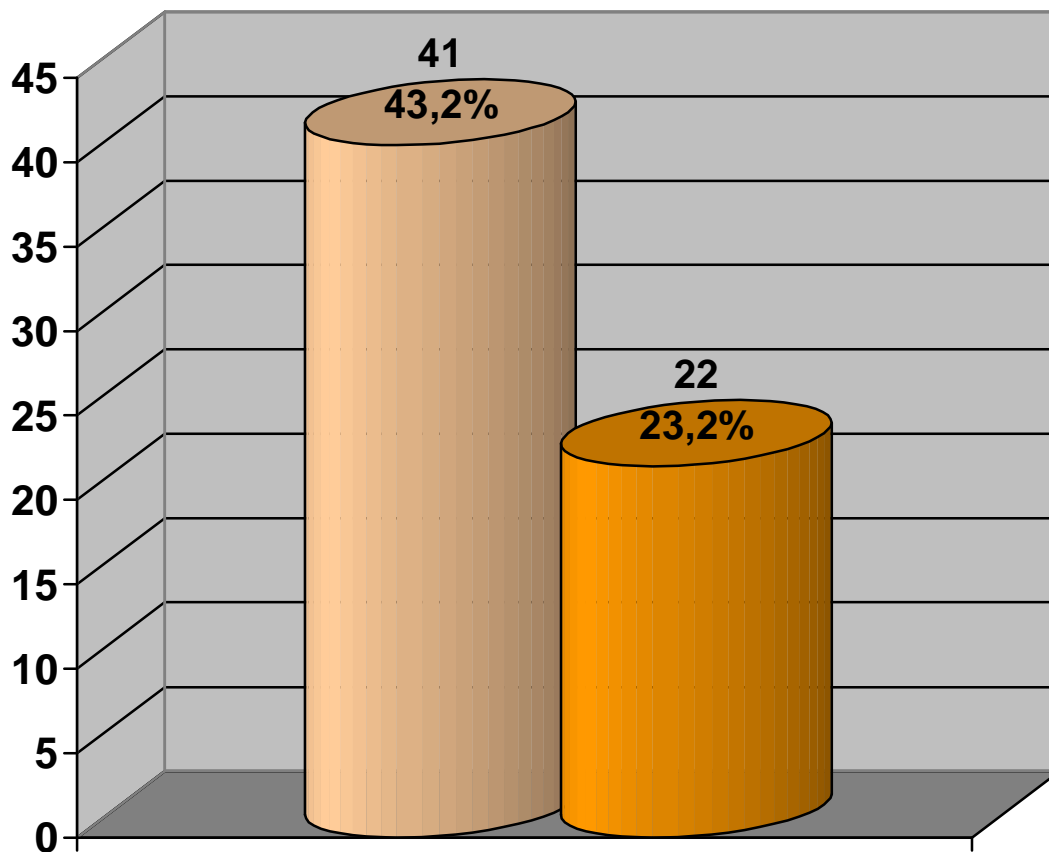
Graf č. 46 – Změna postavení v zaměstnání



Zdroj: Vlastní výzkum

Změnu postavení v zaměstnání zaznamenalo 10,5% (10) obézních respondentů a stejné množství 10,5% (10) normostenických respondentů.

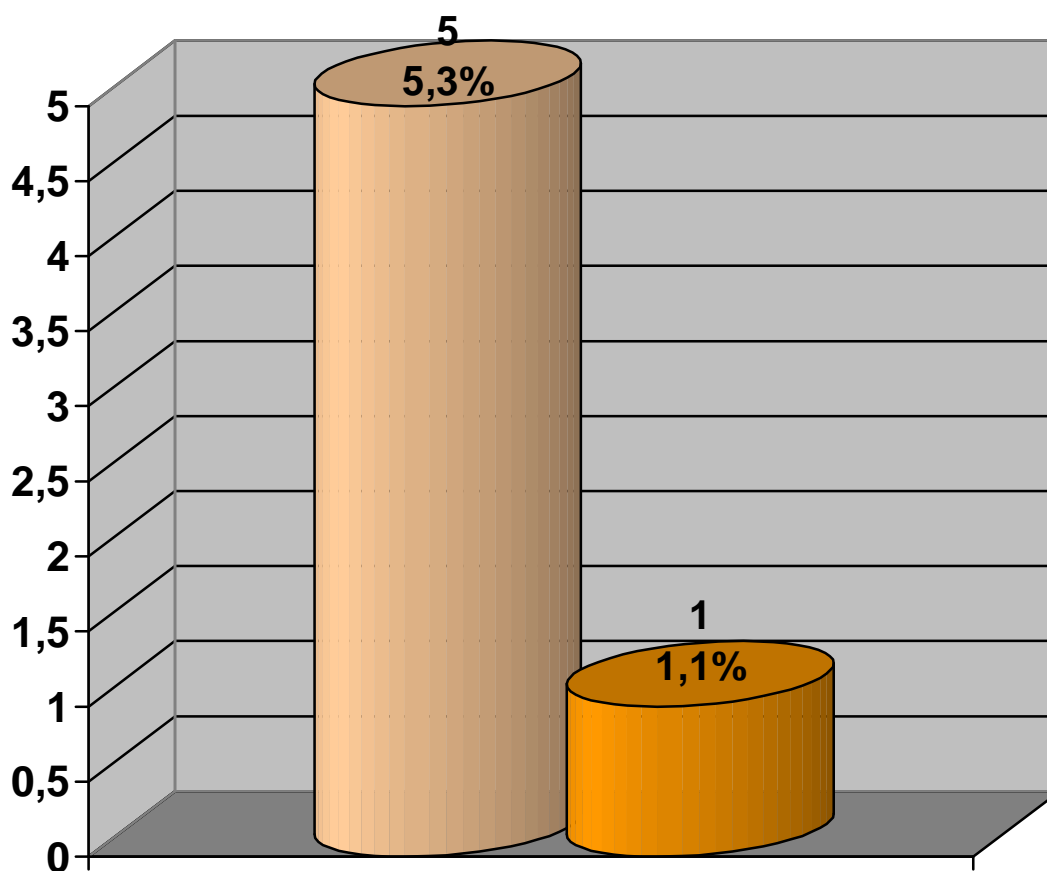
Graf č. 47 – Změna ve vlastní finanční situaci



Zdroj: Vlastní výzkum

Změna ve vlastní finanční situaci byla aktuální pro téměř polovinu 43,2% (41) obézních respondentů a 23,2% (22) normostenických respondentů.

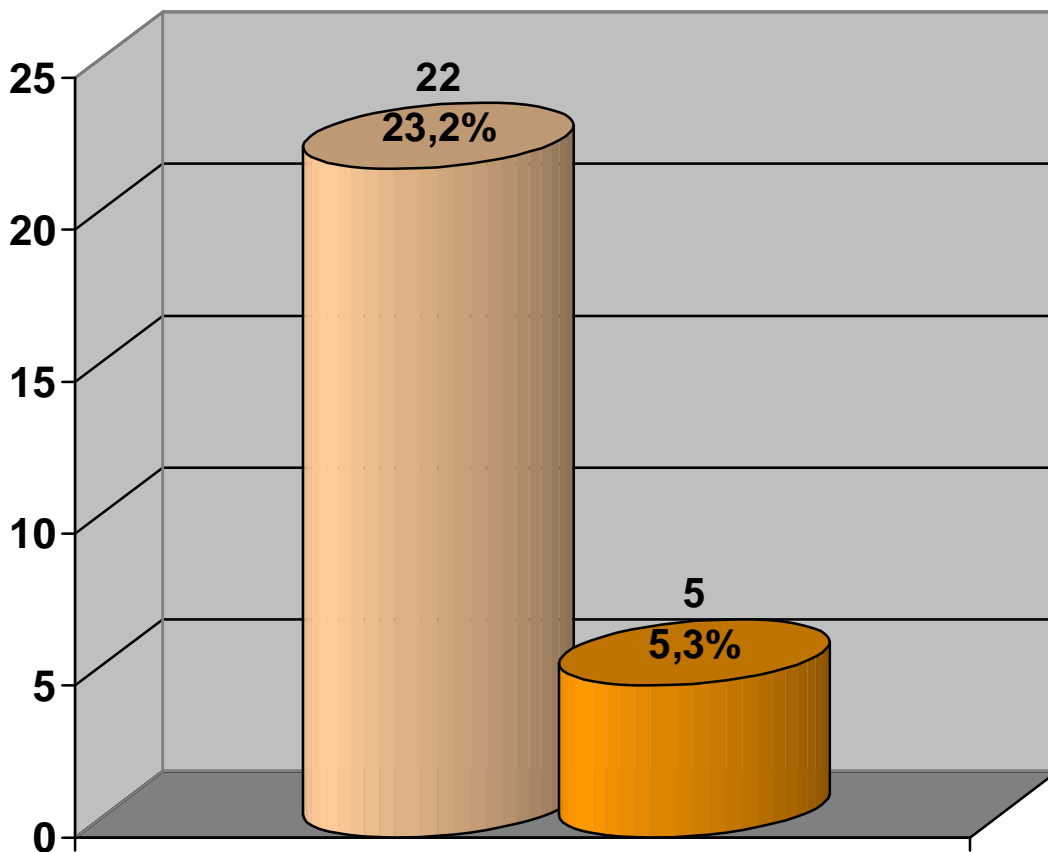
Graf č. 48 – Smrt blízkého přítele



Zdroj: Vlastní výzkum

Smrt blízkého přítele označilo 5,3% (5) obézních dotazovaných a 1,1% (1) respondentů ze skupiny normostenických.

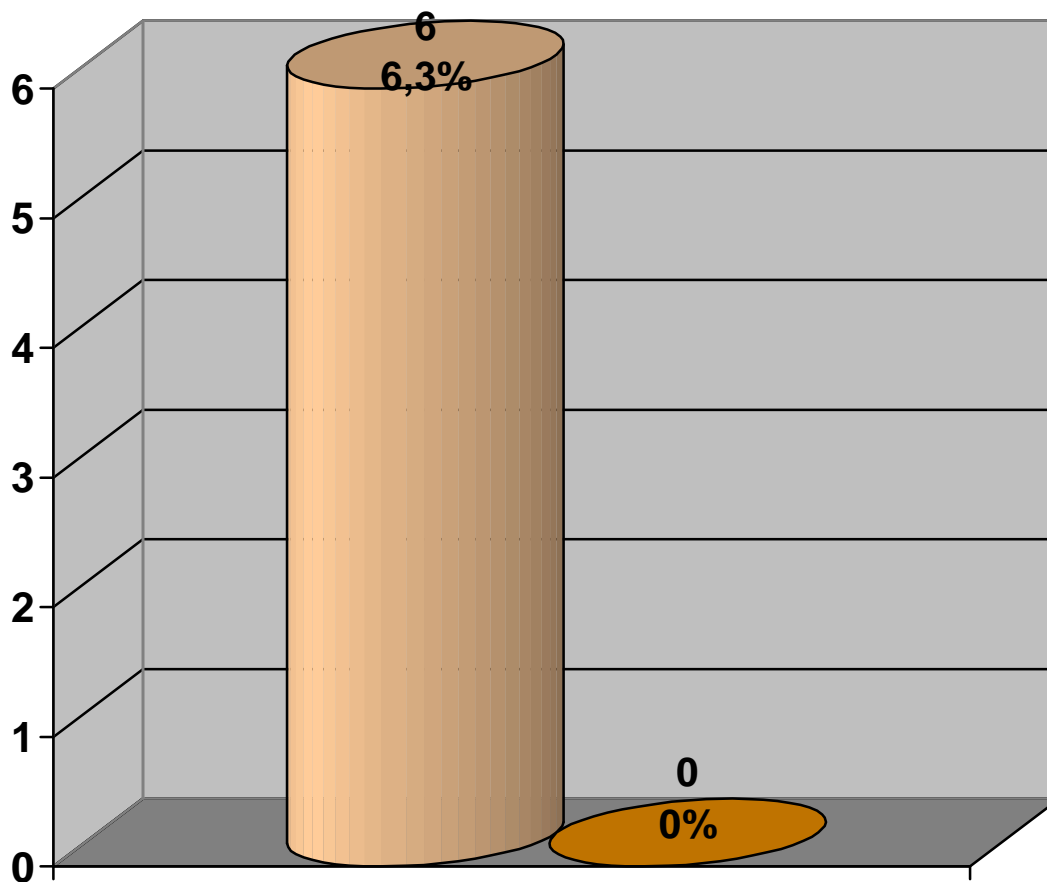
Graf č. 49 – Změna zaměstnání



Zdroj: Vlastní výzkum

Změna zaměstnání byla aktuální pro 23,2% (22) respondentů ze skupiny obézních a 5,3% (5) dotazovaných ze skupiny normostenických.

Graf č. 50 – Přibývání partnerských hádek

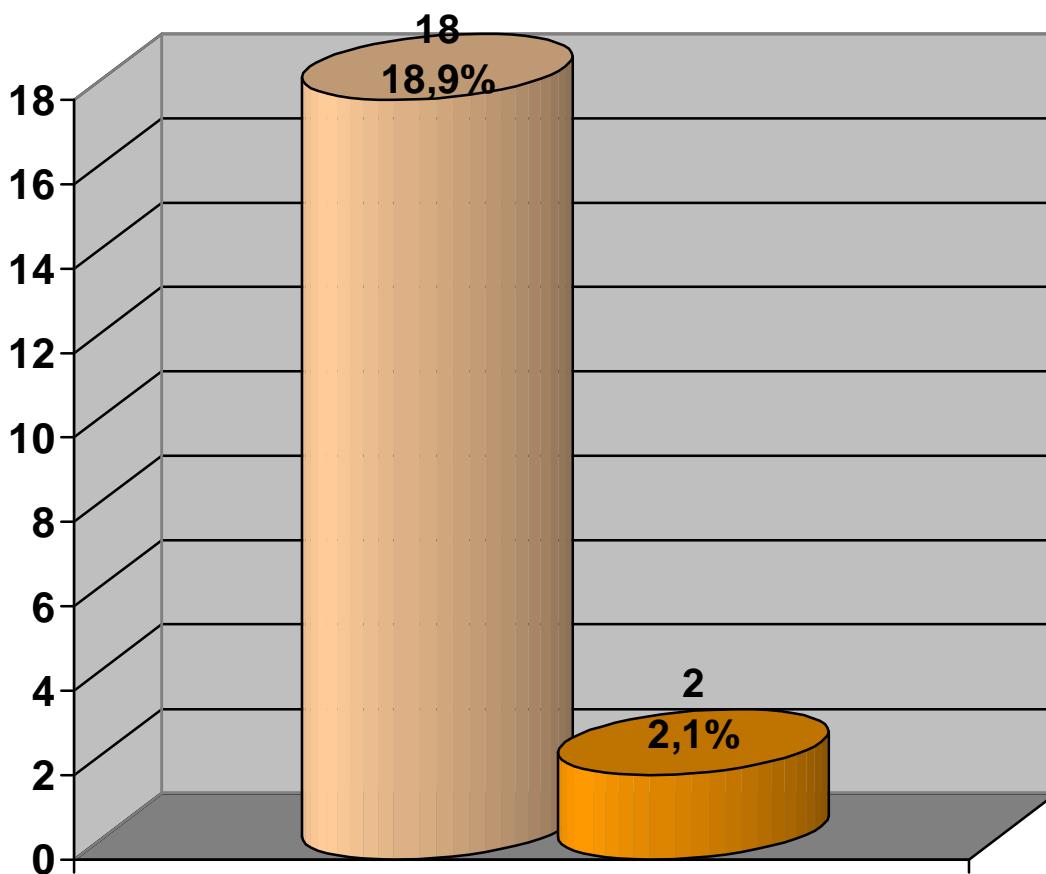


Zdroj: Vlastní výzkum

Přibývání partnerských hádek zaznačilo 6,3% (6) obézních respondentů a 0% (0) dotazovaných ze skupiny normostenických.

Otázka č. 20 – Půjčka vyšší než 50 000 Kč

Graf č. 51 – Půjčka vyšší než 50 000 Kč

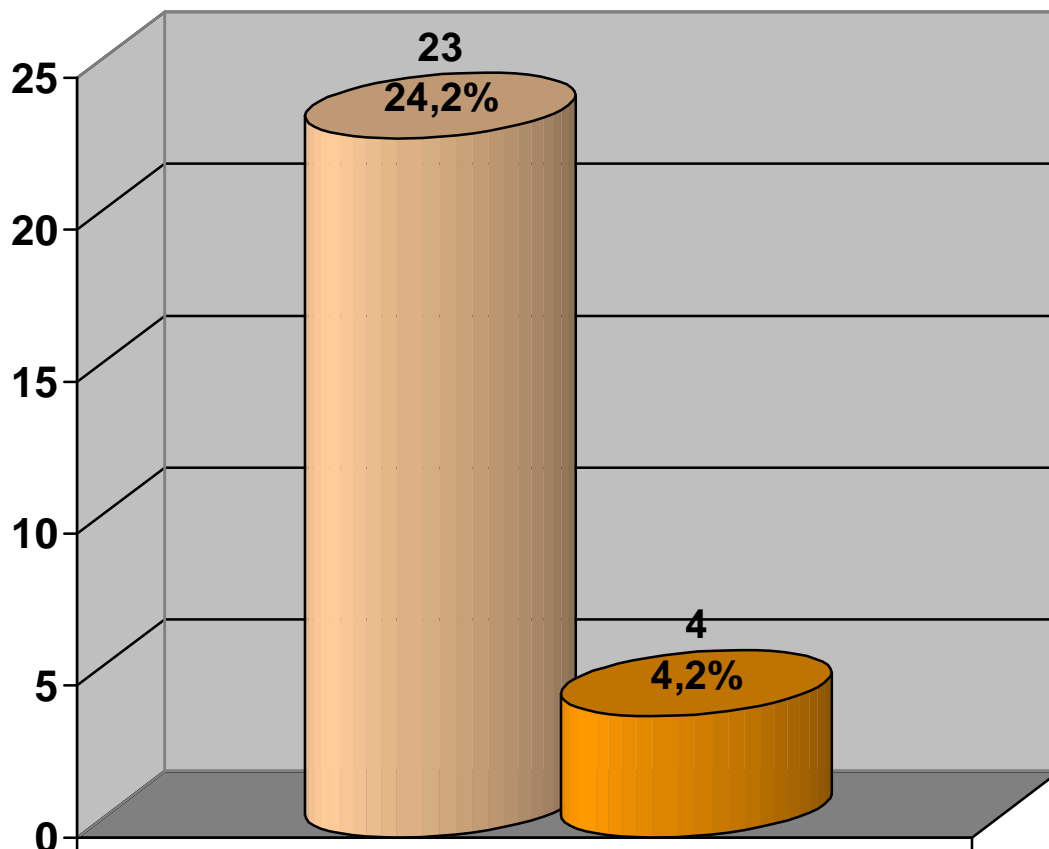


Zdroj: Vlastní výzkum

Půjčku vyšší než 50000 Kč si bralo 18,9% (18) obézních dotazovaných a 2,1% (2) normostenických respondentů.

Otázka č. 21 – Větší dluhy

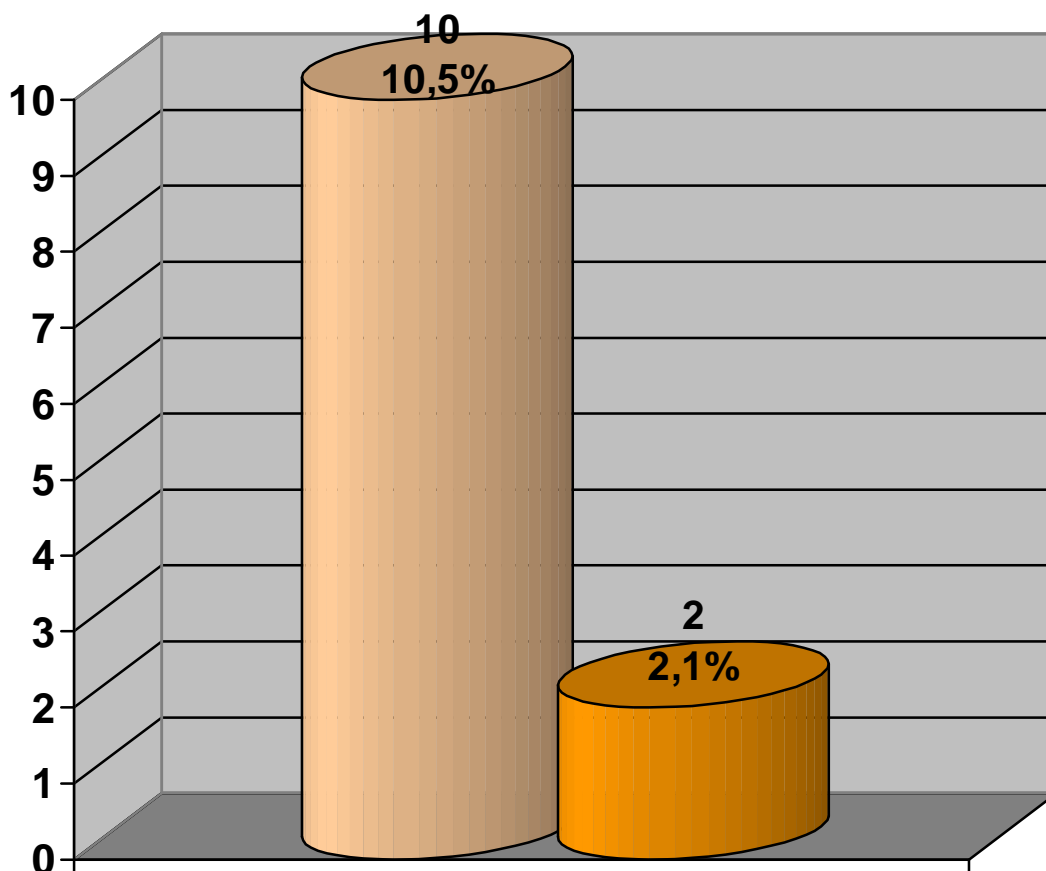
Graf č. 52 – Větší dluhy



Zdroj: Vlastní výzkum

Větších dluhů si bylo vědomo 24,2% (23) obézních respondentů a 4,2% (4) respondentů ze skupiny normostenických.

Graf č. 53 – Změna odpovědnosti v zaměstnání

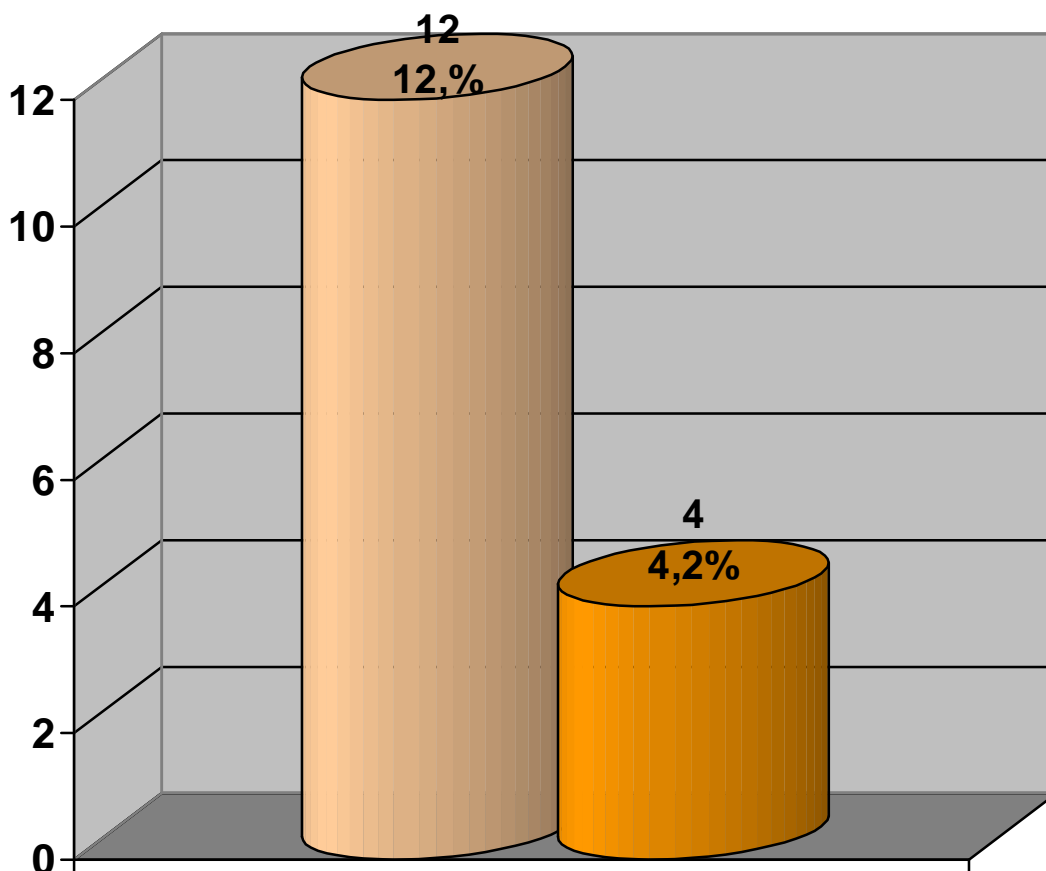


Zdroj: Vlastní výzkum

10,5% (10) obézních respondentů zaznačilo změnu odpovědnosti v zaměstnání, z normostenických respondentů tuto položku zaznačilo 2,1% (2) respondentů.

Otázka č. 23 – Syn nebo dcera opouští domov

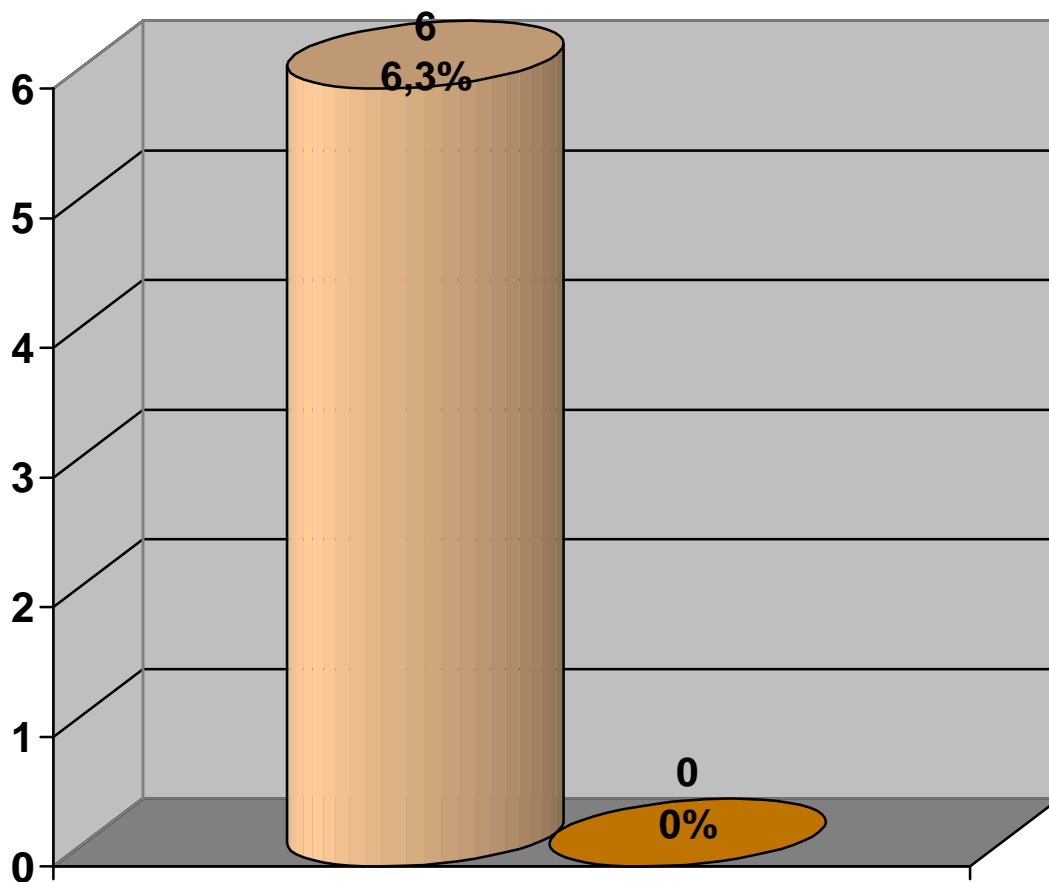
Graf č. 54 – Syn nebo dcera opouští domov



Zdroj: Vlastní výzkum

Položku syn nebo dcera opouští domov zaznačilo 12,6% (12) obézních respondentů a 4,2% (4) normostenických respondentů.

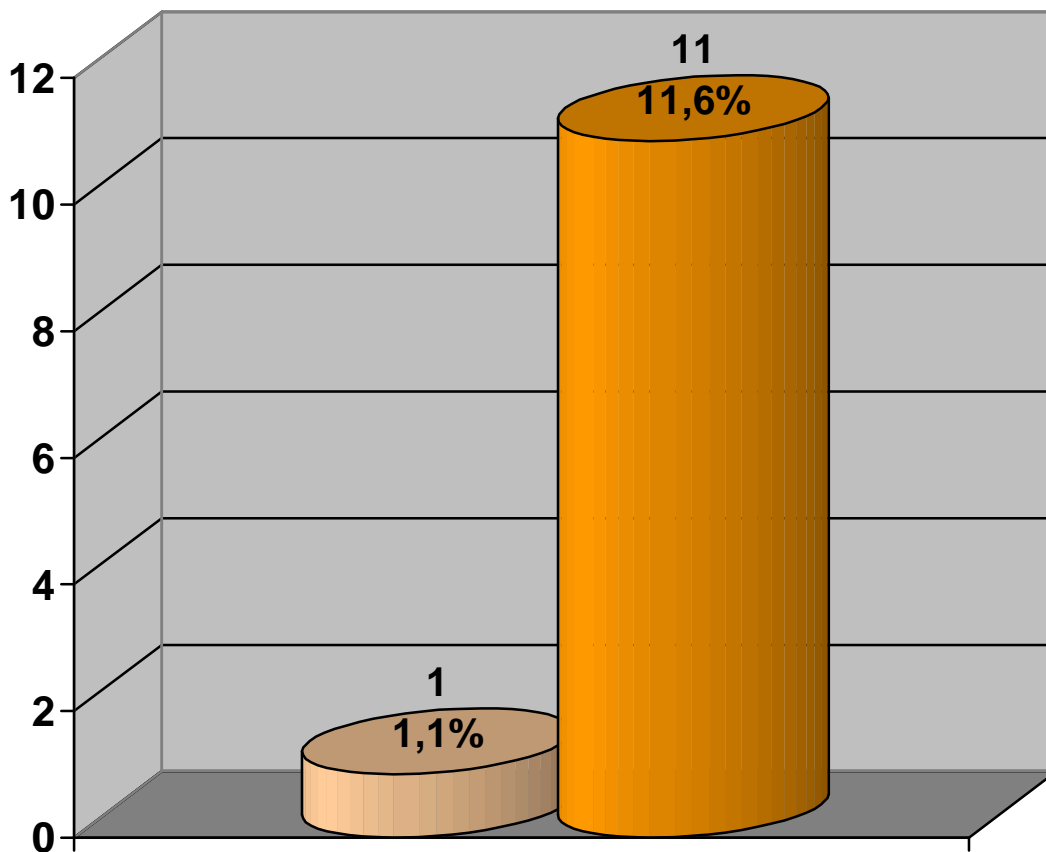
Graf č. 55 – Neshody s tchánem či tchýní



Zdroj: Vlastní výzkum

Neshody s tchánem či tchýní označilo 6,3% (6) obézních respondentů a 0% (0) normostenických dotazovaných.

Graf č. 56 – Mimořádný osobní úspěch

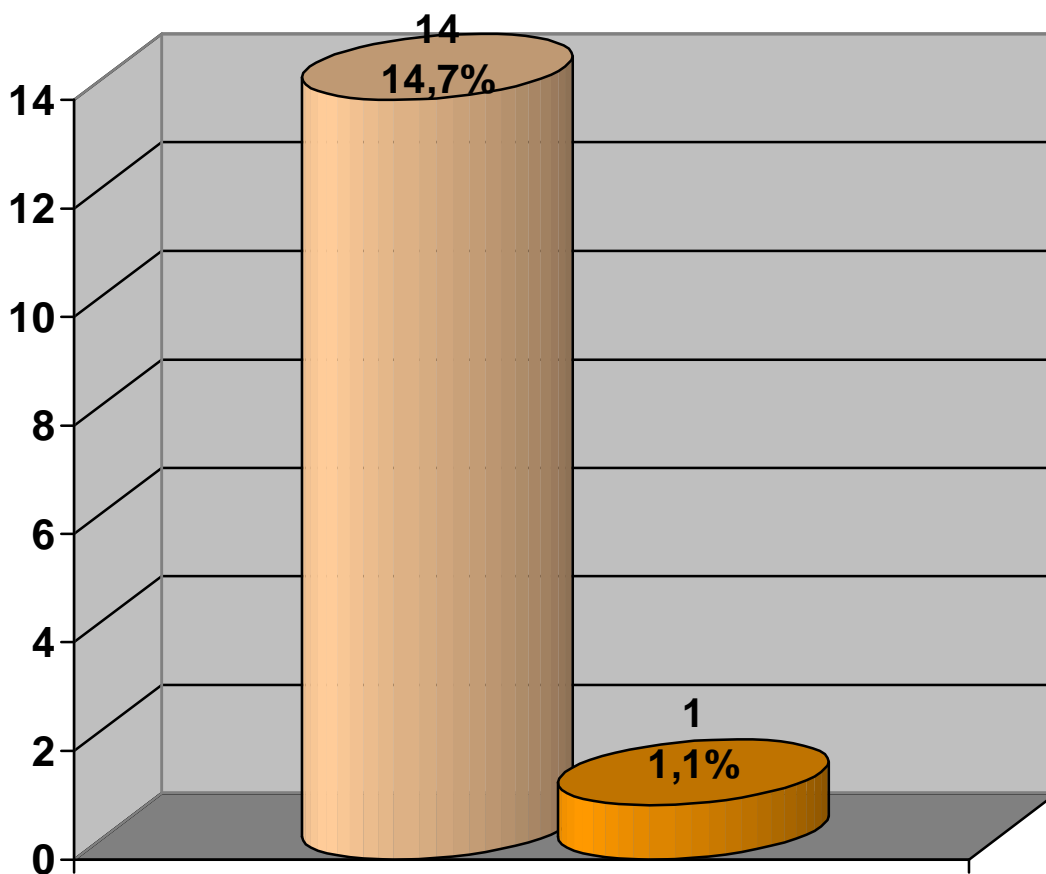


Zdroj: Vlastní výzkum

Mimořádný osobní úspěch byl aktuální pro 1,1% (1) obézních respondentů a 11,6% (11) respondentů za skupiny normostenických.

Otázka č. 26 – Manželka vstoupila do zaměstnání nebo její odchod

Graf č. 57 – Manželka vstoupila do zaměstnání nebo její odchod

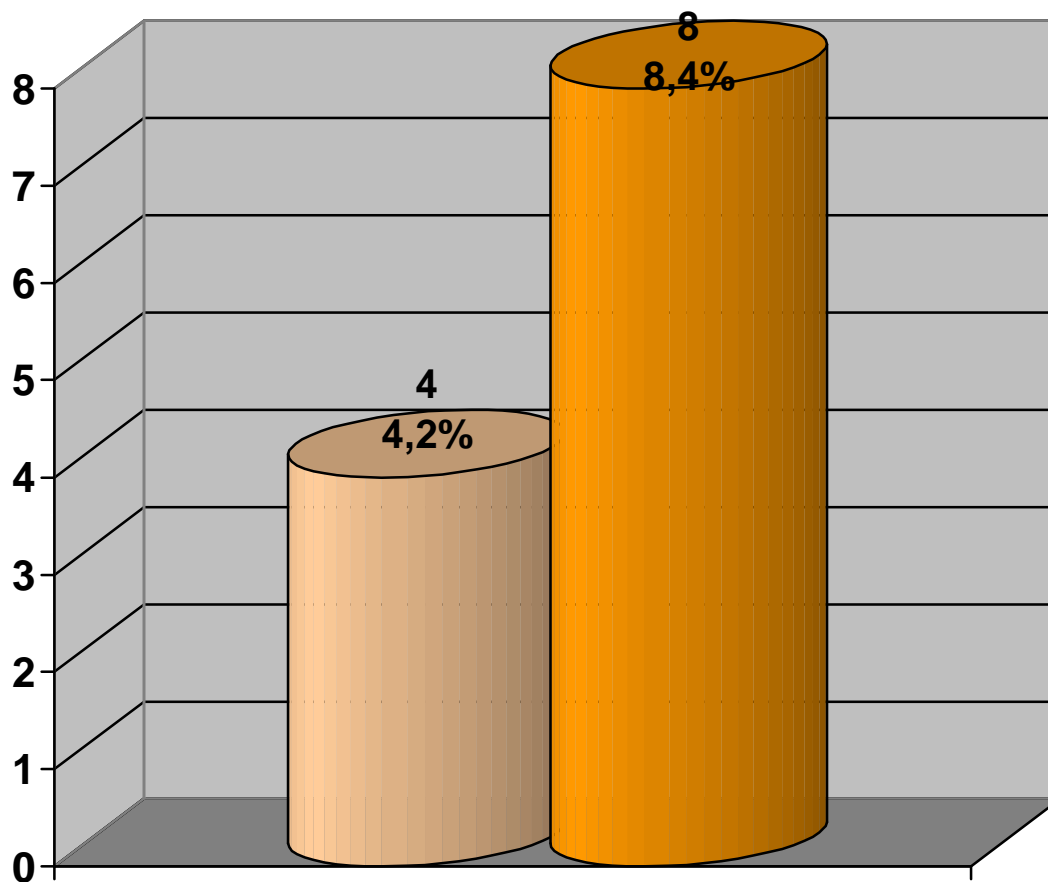


Zdroj: Vlastní výzkum

Tuto položku zaznačilo 14,7% (14) obézních dotazovaných a 1,1% (1) normostenických dotazovaných.

Otázka č. 27 – Zahájení nebo ukončení školy

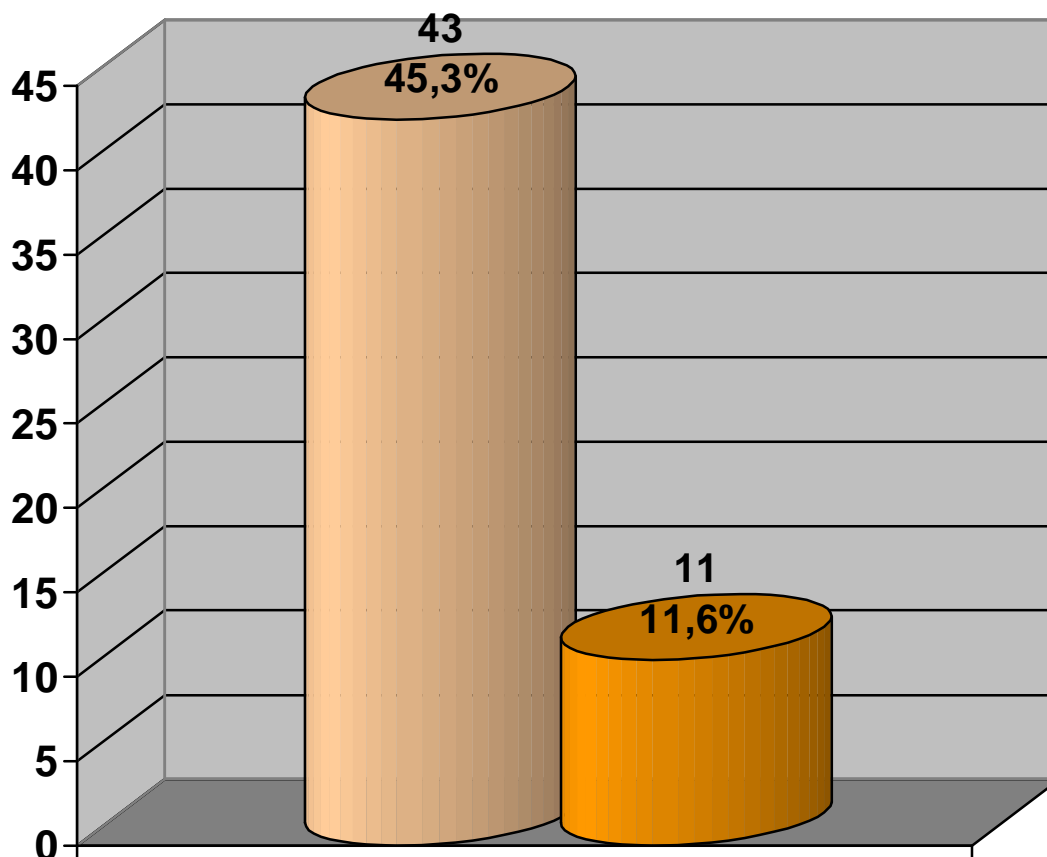
Graf č. 58 – Zahájení nebo ukončení školy



Zdroj: Vlastní výzkum

Zahájení či ukončení školy bylo aktuální pro 4,2% (4) obézních respondentů a 8,4% (8) respondentů ze skupiny normostenických.

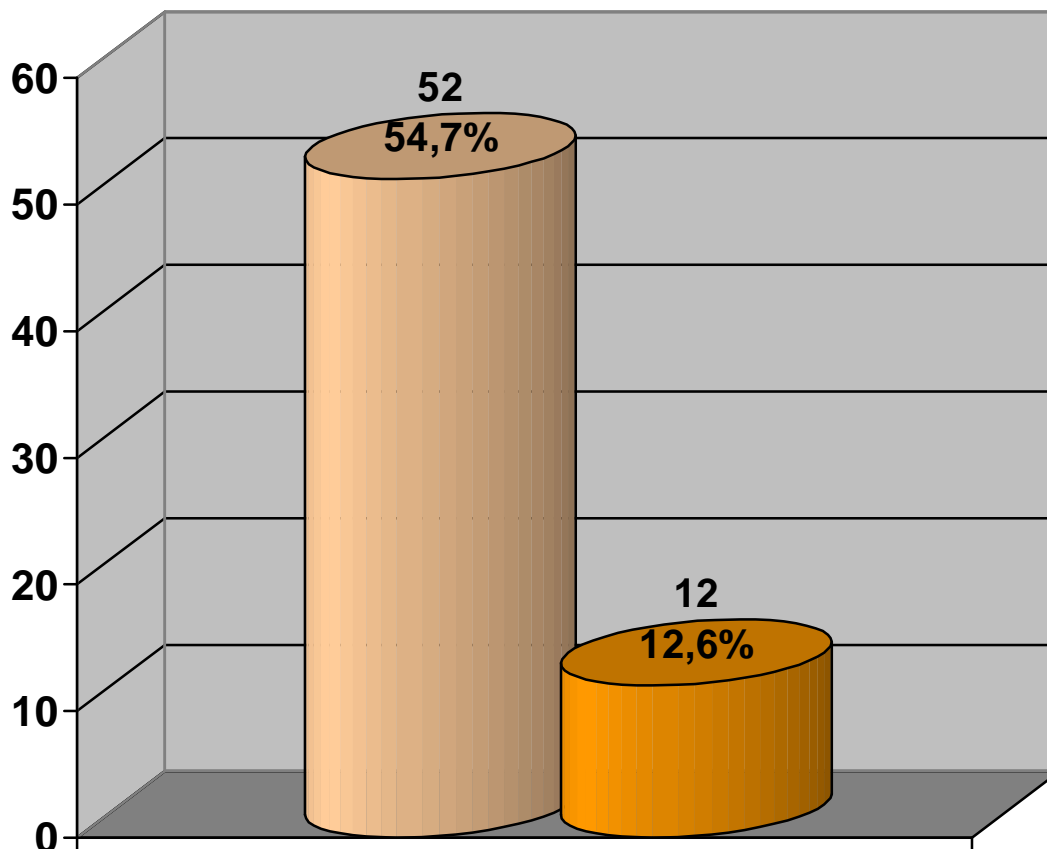
Graf č. 59 – Změna životních podmínek



Zdroj: Vlastní výzkum

Změnu životních podmínek pocítilo 45,3% (43) obézních respondentů a 11,6% (11) normostenických respondentů.

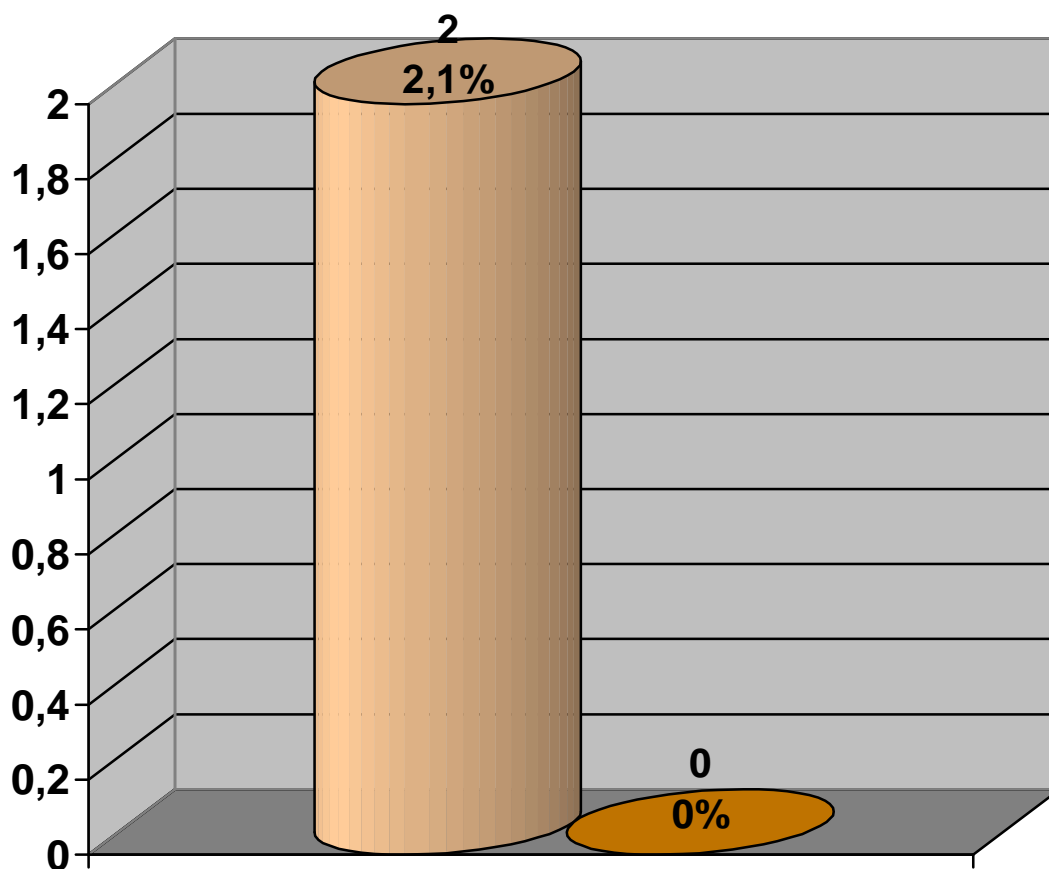
Graf č. 60 – Změna osobních zvyklostí



Zdroj: Vlastní výzkum

Změnu osobních zvyklostí zaznamenalo 54,7% (52) obézních respondentů a 12,6% (12) normostenických respondentů.

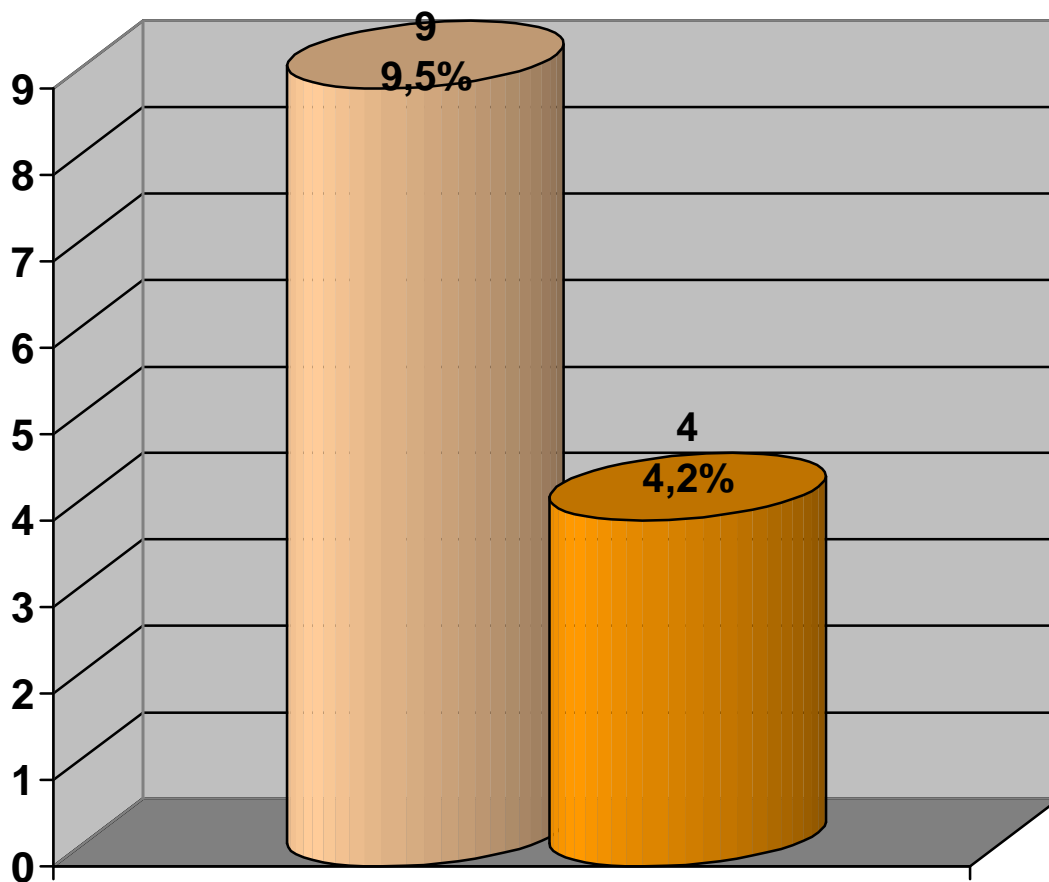
Graf č. 61 – Spory s nadřizeným



Zdroj: Vlastní výzkum

Spory s nadřizenými byly aktuální pro 2,1% (2) respondentů ze skupiny obézních a 0% (0) respondentů ze skupiny normostenických.

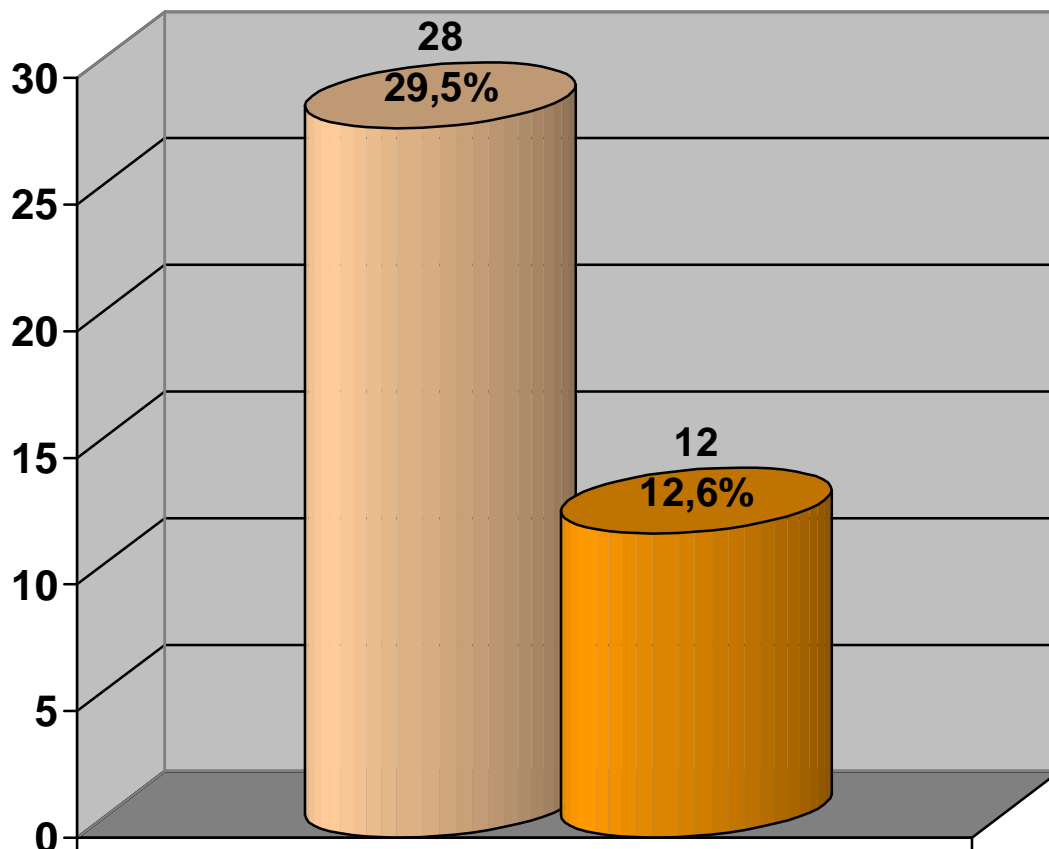
Graf č. 62 – Změna pracovních podmínek nebo pracovní doby



Zdroj: Vlastní výzkum

Změna pracovních podmínek se týkala 9,5% (9) obézních respondentů a 4,2% (4) normostenických dotazovaných.

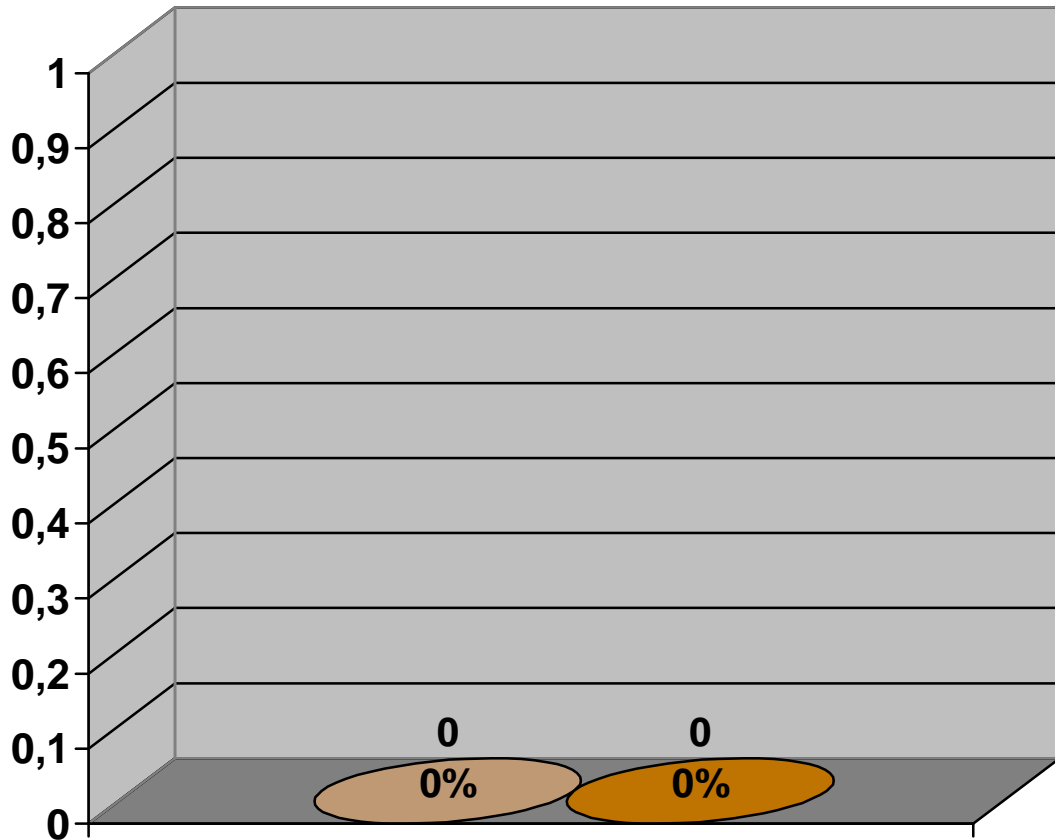
Graf č. 63 – Změna bydliště



Zdroj: Vlastní výzkum

Stěhovalo se 29,5% (28) obézních respondentů a 12,6% (12) normostenických dotazovaných.

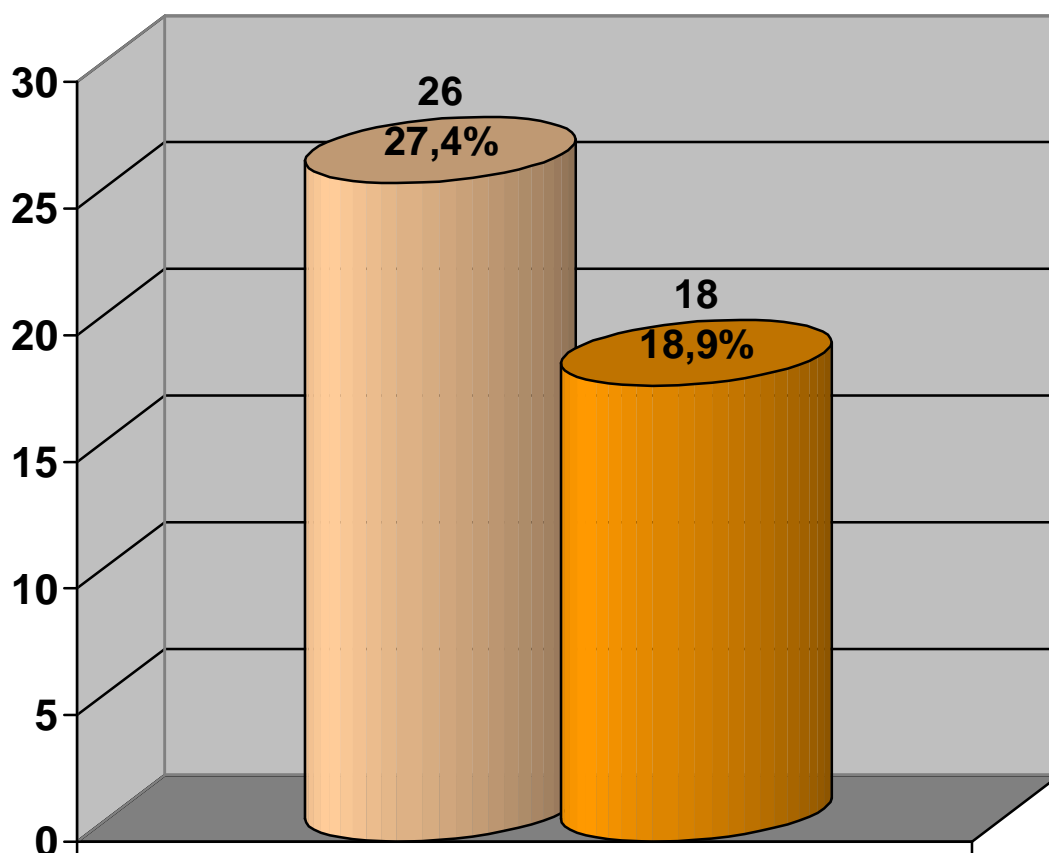
Graf č. 64 – Změna školy



Zdroj: Vlastní výzkum

Změnu školy zaznačilo 0% (0) obézních i 0% (0) normostenických respondentů.

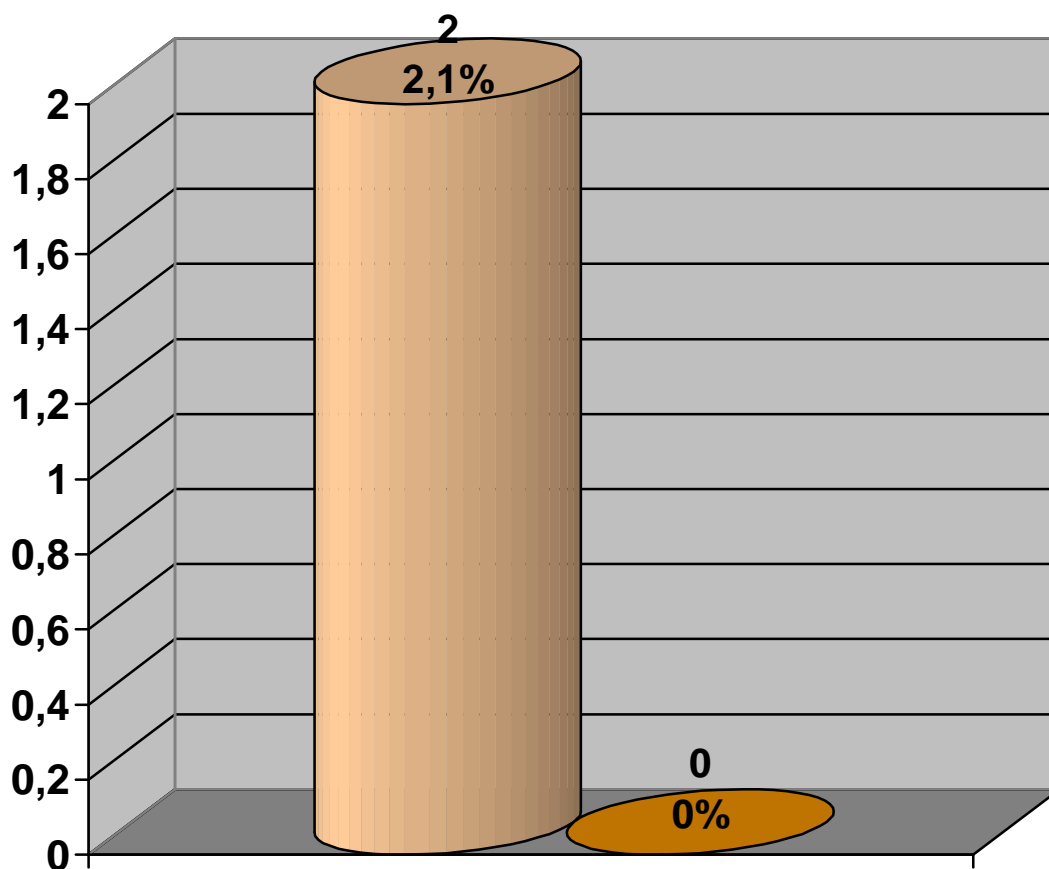
Graf č. 65 – Změna trávení volného času



Zdroj: Vlastní výzkum

Změna trávení volného času se týkala 27,4% (26) obézních dotazovaných a 18,9% (18) normostenických dotazovaných.

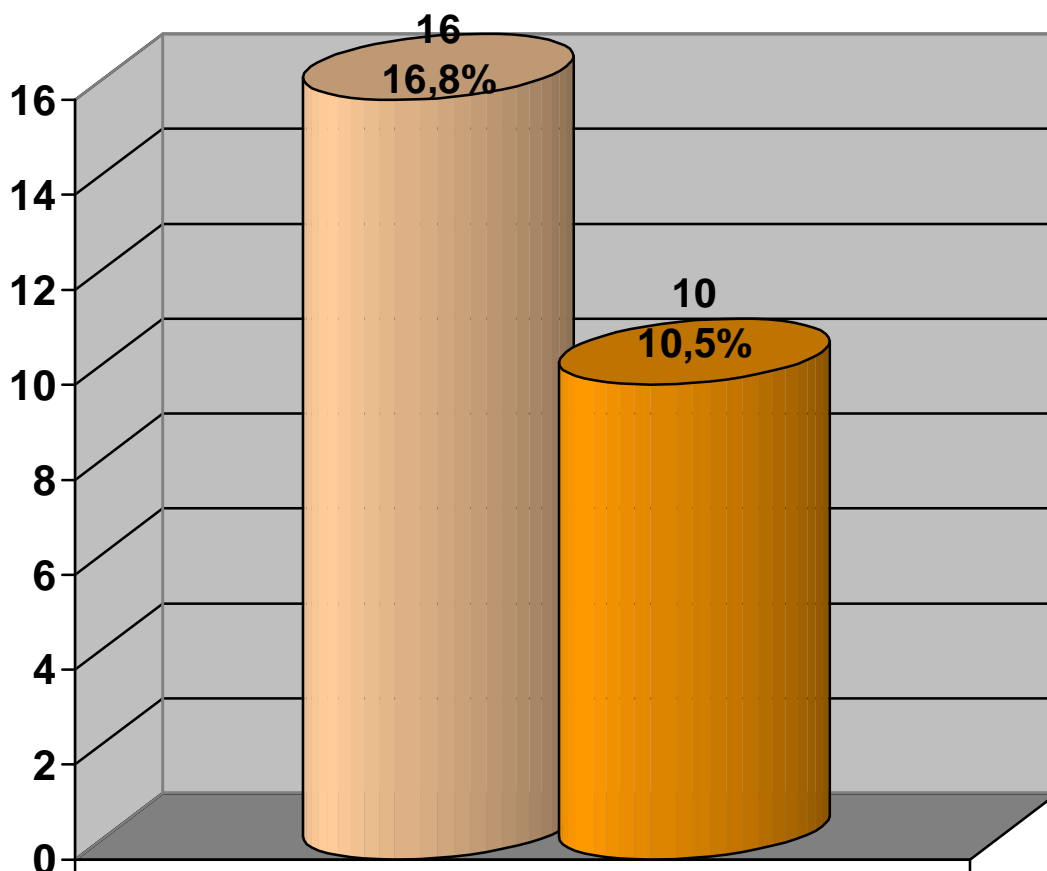
Graf č. 66 – Změna činnosti v církevní oblasti



Zdroj: Vlastní výzkum

Změna činnosti v církevní oblasti byla aktuální pro 2,1% (2) respondentů ze skupiny obézních a 0% (0) respondentů ze skupiny normostenických.

Graf č. 67 – Změna ve společenské činnosti

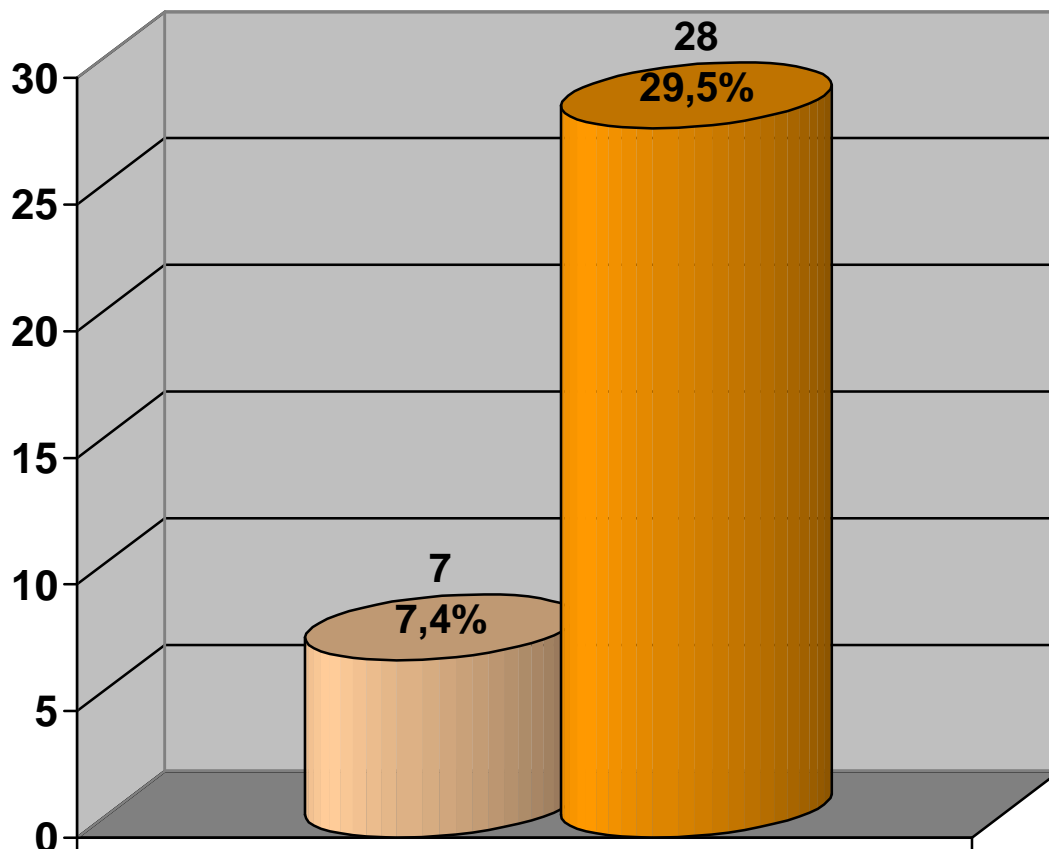


Zdroj: Vlastní výzkum

Změna v oblasti společenské činnosti se týkala 16,8% (16) obézních dotazovaných a 10,5% (10) normostenických dotazovaných.

Otázka č. 37 – Půjčka menší než 50 000 Kč

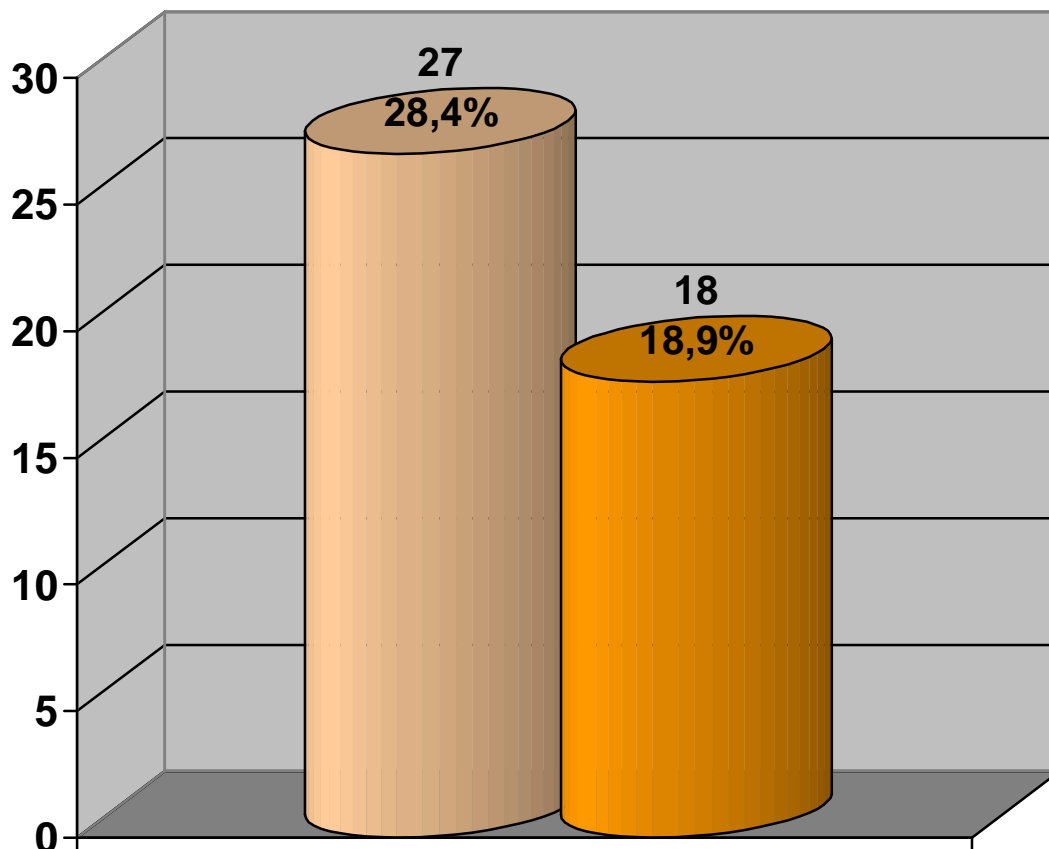
Graf č. 68 – Půjčka menší než 50 000 Kč



Zdroj: Vlastní výzkum

Půjčku menší než 50000 Kč si bralo 7,4 % (7) obézních respondentů a 29,5% (28) normostenických respondentů.

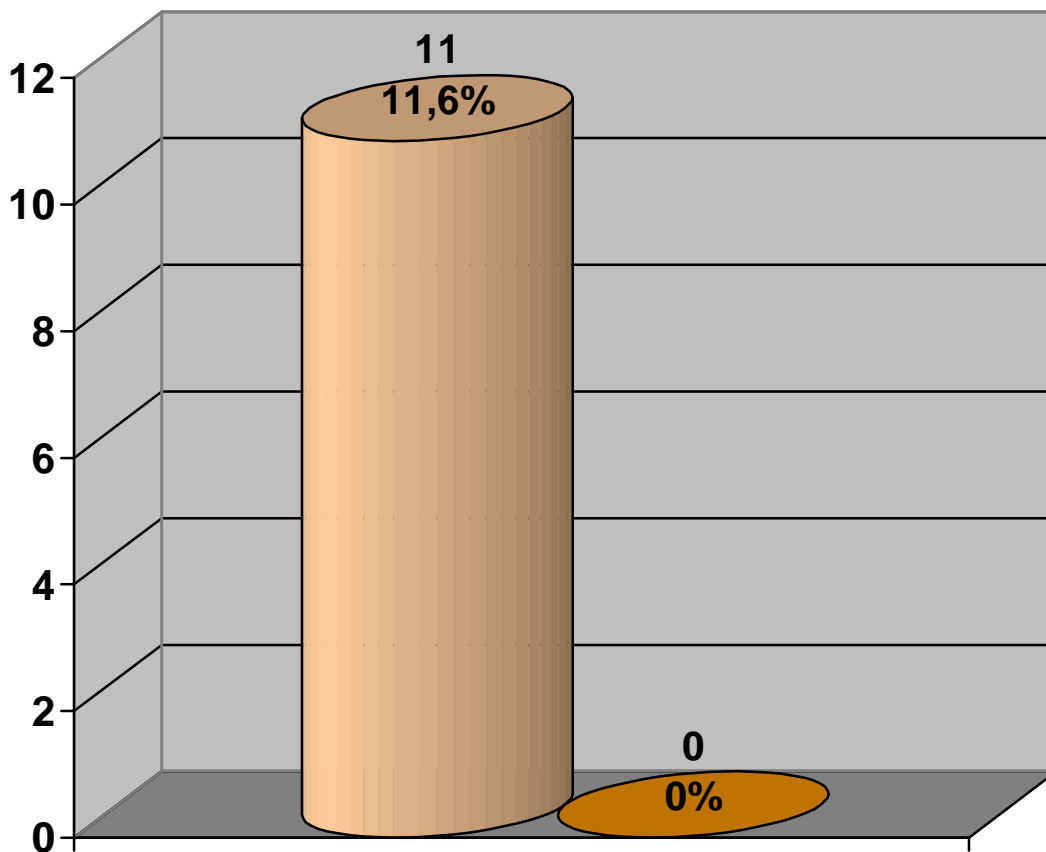
Graf č. 69 – Změna návyků ve spánku



Zdroj: Vlastní výzkum

28,4% (27) obézních respondentů zaznačilo změnu návyků ve spánku, stejnou položku zaznačilo 18,9% (18) normostenických respondentů.

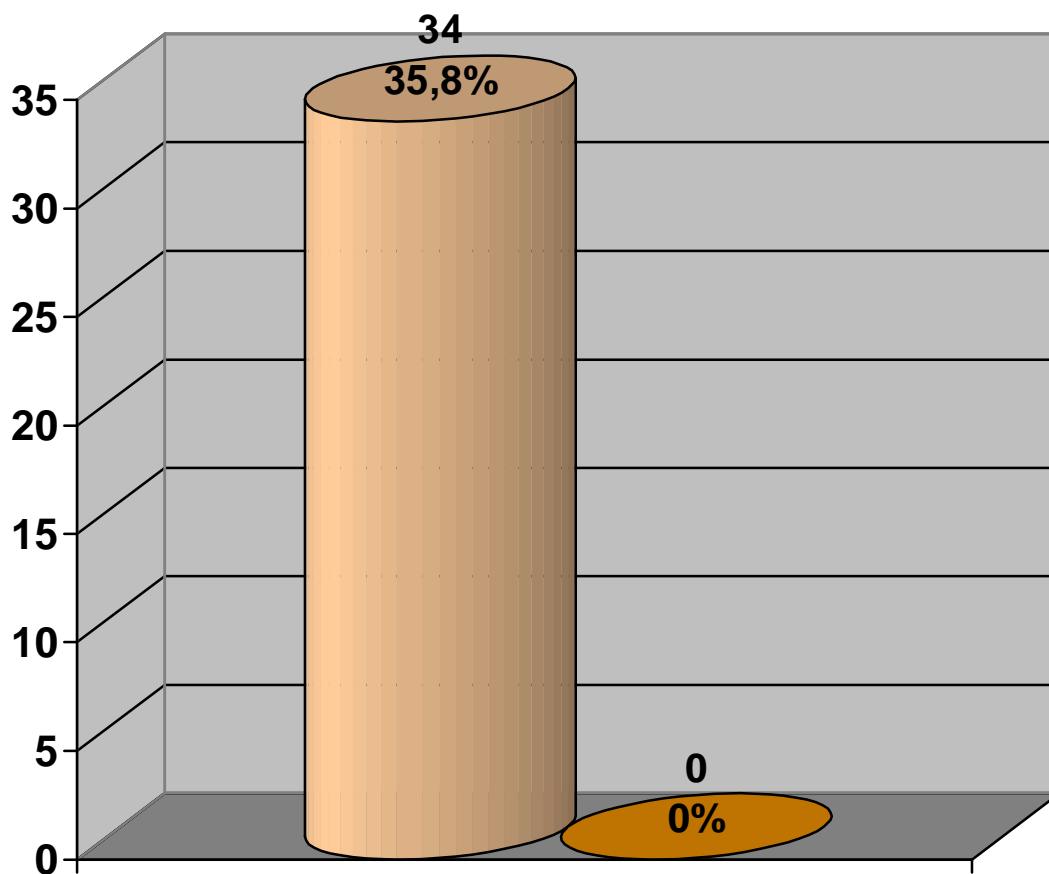
Graf č. 70 – Změna četnosti rodinných setkání



Zdroj: Vlastní výzkum

Položka změna četnosti rodinných setkání se týkala 11,6% (11) obézních respondentů a 0% (0) normostenických dotazovaných.

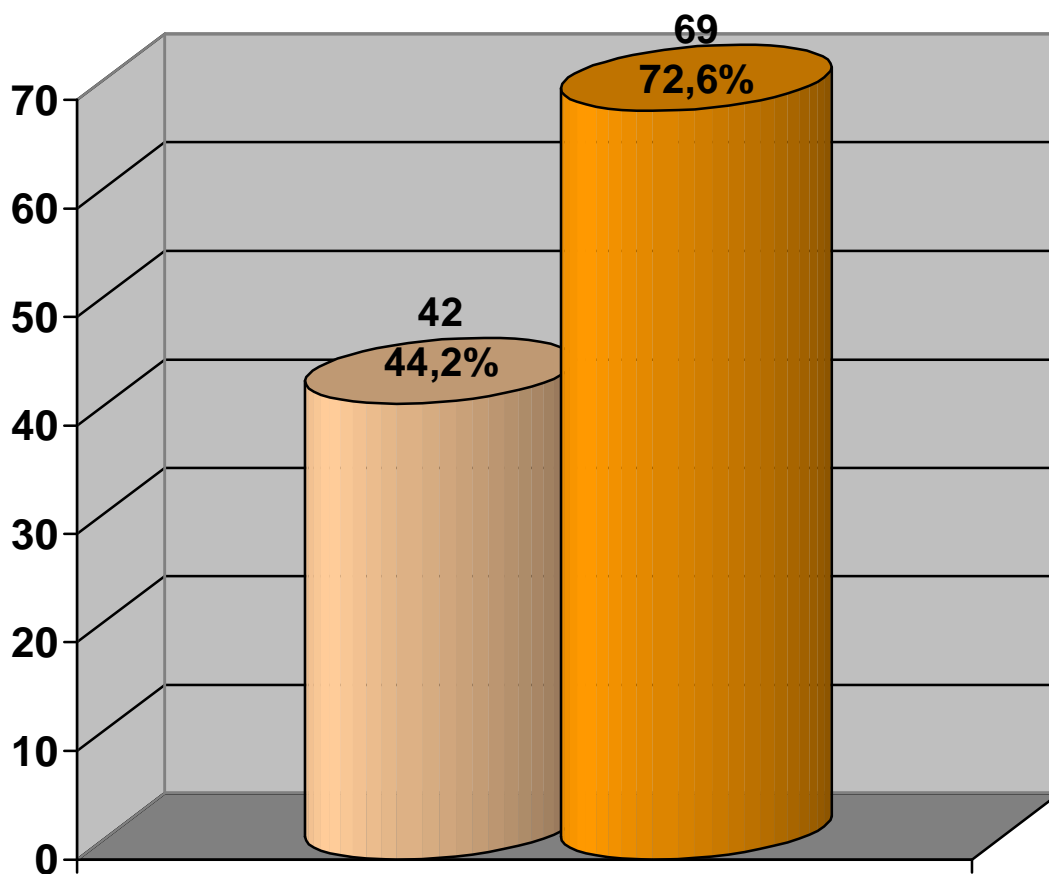
Graf č. 71 – Změna návyků v jídle



Zdroj: Vlastní výzkum

Změna návyků v jídle se týkala 35,8% (34) obézních respondentů a 0% (0) normostenických dotazovaných.

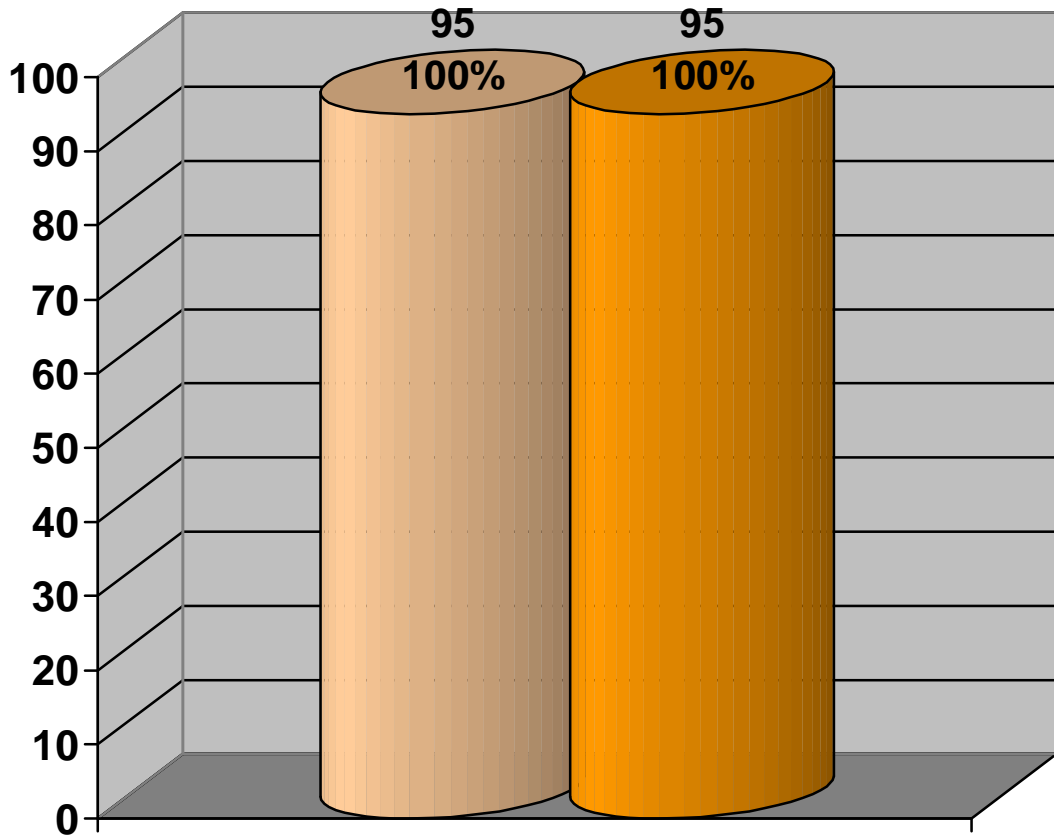
Graf č. 72 – Dovolená



Zdroj: Vlastní výzkum

Dovolenou si mohlo užít 44,2% (44) obézních respondentů a 72,6% (69) normostenických dotazovaných.

Graf č. 73 - Vánoce

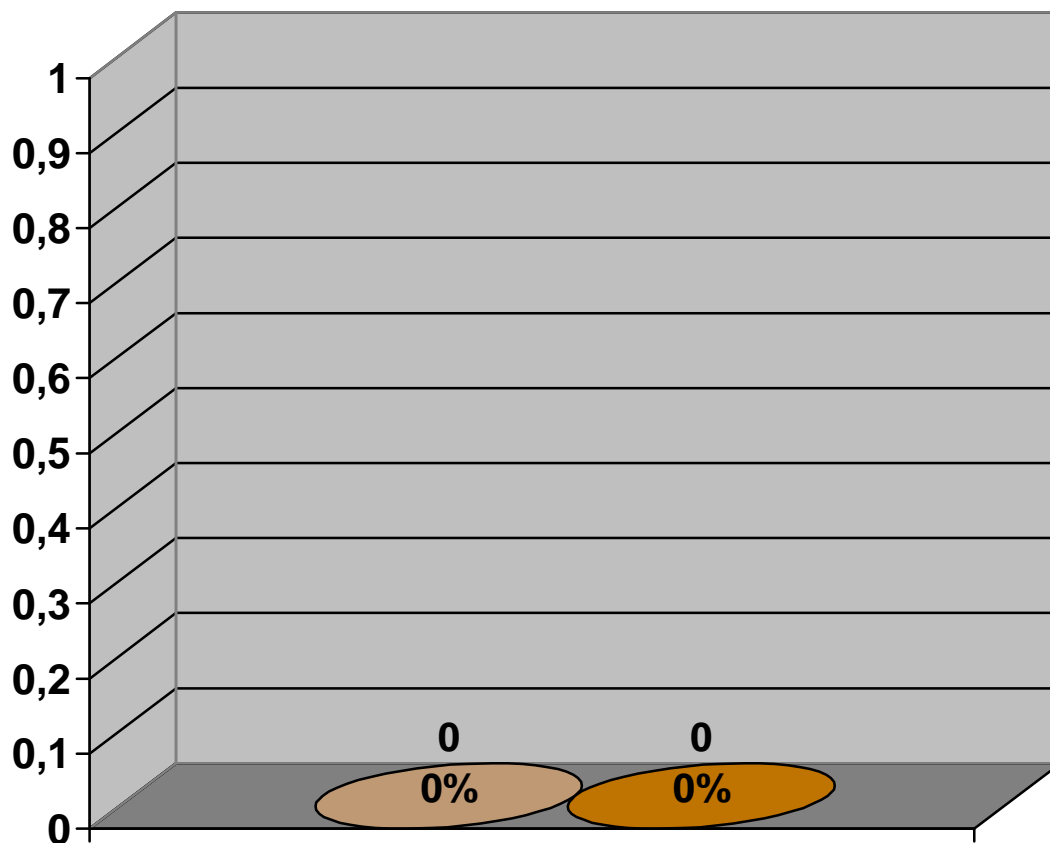


Zdroj: Vlastní výzkum

Vánoce zaznačilo 100% (95) obézních i 100% (95) normostenických dotazovaných.

Otázka č. 43 – Nepatrné přestupky zákona

Graf č. 74 – Nepatrné přestupky zákona



Zdroj: Vlastní výzkum

Nepatrných přestupků zákona se dopustilo 0,0% (0) obézních respondentů a 0,0% (0) normostenických respondentů.

Tabulka č. 6 – Celkové vyhodnocení stresové zátěže

Celková hodnota skóre	Obézní		Normosteničtí	
	N	%	N	%
Méně než 150 jednotek životní změny	30	31,6	52	54,7
151-299 jednotek životní změny	10	10,5	23	24,2
300 a více jednotek životní změny	55	57,9	20	21,1

Zdroj: Vlastní výzkum

31,6% (30) obézních jedinců se nacházelo v pásmu méně než 150 jednotek náročných životních událostí, 10,5% (10) se jich nacházelo v pásmu 151-299 jednotek náročných životních událostí a 57,9% (55) obézních respondentů se nacházelo v pásmu více než 300 jednotek náročných životních událostí, což s sebou nese velmi vysoké riziko výskytu psychických nebo somatických onemocnění.

54,7% (52) normostenických respondentů se nacházelo v pásmu méně než 150 jednotek náročných životních událostí, což s sebou nese pouze minimální riziko výskytu psychických či somatických onemocnění. 24,2% (23) se nacházelo v pásmu 151-299 náročných životních událostí a 21,1% (20) se nacházelo v pásmu 300 a více jednotek náročných životních událostí.

5. DISKUZE

Předmětem této diskuze je zhodnotit vliv vnějších faktorů na obezitu, převážně pak vliv stresu na vznik a vývoj obezity. Respondenti měli za úkol vyplnit dotazník, který byl tvořen dvěma částmi. (příloha č. 1, příloha č. 2)

Osobní stupeň stresové zátěže je sestaven na základě úrovně náročných životních situací a měří se za období dvou let. Cílem této části dotazníku bylo zjistit objem stresu, kterému je člověk vystaven, a porovnat výsledky u obézních a normostenických jedinců. Každá náročná životní událost má určitou důležitost, která je daná body závažnosti. Tato škála je sestavena na základě rozsáhlých a dlouholetých průzkumů a vypovídá poměrně přesně o vlivu stresujících událostí na člověka. (14) Dílčí výsledky událostí, které respondent zaznačil, autorka sečetla a získala tak osobní stupeň stresové zátěže. Za fakt, že stres se podílí na vzniku a rozvoji obezity, považovala, když se 50% a více obézních respondentů po vyhodnocení dotazníku náročných životních událostí bude nacházet v celkovém vyhodnocení 150 a více jednotek náročných životních událostí, a zároveň se bude 50% a více normostenických respondentů nacházet po vyhodnocení stejného dotazníku v celkovém vyhodnocení 149 a méně jednotek náročných životních situací.

5.1. Diskuze k první části dotazníku

Úvodní dvě otázky v první části dotazníku zjišťovaly pohlaví a věk respondentů. Šetření se zúčastnilo celkem 68 mužů a 122 žen. Z obézních respondentů byla převážná většina žen, ve skupině normostenických respondentů byli muži i ženy zastoupeny téměř rovnoměrně (viz. tabulka č. 4). Nejsilněji byla zastoupena v obou zkoumaných skupinách věková kategorie 30-44 let a věková kategorie 45-54 let, zatímco věkové kategorie 55-64 let a 64 let a více nebyly zastoupeny vůbec ani v jedné ze zkoumaných skupin (viz. tabulka č. 5).

Otázka č. 3 se týkala bydliště respondentů. Převážná většina dotazovaných ze skupiny obézních žije na vesnici, zatímco na vesnici žije menší polovina

normostenických dotazovaných. Zbylá větší polovina normostenických respondentů žije ve městech, ať už ve městě do 15 000 obyvatel či velkoměstě. (graf č. 3)

V tomto výzkumu bylo prostřednictvím otázky č. 4 zjišťováno vzdělání respondentů vzhledem k tomu, že vzdělání se považuje za jeden z významných faktorů, který může ovlivňovat vznik a vývoj obezity. Šetření se nezúčastnil žádný respondent se základním vzděláním a žádný respondent s vyšším odborným vzděláním. Vyučena je téměř polovina obézních respondentů a středoškolsky vzdělaných je také téměř polovina. Nepatrné množství respondentů ze skupiny obézních má vysokoškolské vzdělání. Ze skupiny normostenických je nejsilněji zastoupena kategorie středoškolsky vzdělaných respondentů. Téměř rovnoměrně je zde zastoupena skupina vyučených a vysokoškolsky vzdělaných. (graf č. 4) Autorka zaznamenala, že vyšší vzdělání je spojeno s vyšším příjmem, s lepšími stravovacími preferencemi a lepším životním stylem.

Ve výzkumu bylo zjištěno, že průměrný měsíční příjem obézních respondentů je asi 10 000 Kč, zatímco průměrný měsíční příjem dotazovaných ze skupiny normostenických dotazovaných je asi 14 500 Kč. (graf č. 5) Hainer zaznamenává, že s růstem vzdělání roste i průměrný příjem na osobu. (10)

Další otázky byly věnovány zaměstnání. První z nich se týkala pracovního oboru. Respondenti byli zaměstnáni v různých oborech. (graf č. 6) Téměř polovina normostenických respondentů pracuje ve zdravotnictví, zatímco obézní respondenti v různém procentuálním zastoupení pokryli téměř všechny ostatní pracovní obory, vyjma zdravotnické sféry.

Další otázka se zaměřila na to, zda respondenti hodnotí své zaměstnání jako sedavé. Tady byl výsledek zcela jasný. Třetina obézních respondentů nepracuje a téměř polovina hodnotí svou práci jako sedavou, na rozdíl od normostenických respondentů, z nichž téměř tři čtvrtě pracuje v pohybu a jen slabá třetina hovoří o tom, že při práci sedí. (graf č. 7)

Tělesnou hmotnost negativně ovlivňují špatné stravovací zvyklosti, proto další otázka směřovala ke stravování v zaměstnání. Čas na pravidelnou stravu má v zaměstnání jen necelá třetina obézních respondentů, zatímco téměř polovina si čas na jídlo nenajde. Když se podíváme na skupinu normostenických respondentů, více než

polovina má čas na pravidelné stravování, zbylá téměř polovina čas na jídlo nemá. (graf č. 8)

Další položka se týkala cesty do zaměstnání. Jak říká Rajko Doleček ve své knize *Být štíhlý po česku*, nejdůležitější pohyb pro spalování přebytečné energie je svižná chůze. (3) V souladu s jinými pracemi autorka zjistila, že v dnešní moderní společnosti plně moderních technologií zbývá pro chůzi jen málo prostoru. Z dotazovaných obézních respondentů jich pouze necelá třetina využívá aktivního pohybu při cestě do zaměstnání, polovina dotazovaných obézních se pak do práce dostane pomocí nějakého dopravního prostředku. Normosteničtí respondenti přece jen o trochu méně užívají auta, vlaku či autobusu. Polovina normostenických dotazovaných využívá aktivního pohybu, chůze či jízdy na kole. (graf č. 9)

Poslední otázka týkající se zaměstnání směřovala ke kolektivnímu sportu. Ze skupiny obézních se pouze nepatrné procento zařadilo do kategorie „Pořádám v zaměstnání sportovní akce“. Více než polovina pak tvrdí, že se spolupracovníky v zaměstnání nesportuje. Daleko více pohybu vyvíjí se svými spolupracovníky normosteničtí respondenti, kdy větší polovina z nich uvádí, že se spolupracovníky sportuje, menší polovina pak nesportuje. (graf č. 10)

Další blok otázek se týkal stravovacích zvyklostí v souvislosti s nákupem, jídelními preferencemi či pravidelností stravování.

V šetření této práce bylo zjištěno, že obézní respondenti chodí nakupovat častěji než normosteničtí. (graf č. 11)

Na otázku co vždy obsahuje nákup respondenta, mohli respondenti zaznačit více možných variant. Většina respondentů obézních i normostenických nakupuje vždy pečivo, obézní respondenti však daleko častěji nakupují maso a uzeniny, zatímco normosteničtí respondenti více nakupují zeleninu a ovoce. Sladkosti nakupují obě dotazované skupiny téměř stejně. (graf č. 12) Autorka se domnívá, že obsah nákupu úzce souvisí se vzděláním a měsíčním příjmem. Heiner se zmiňuje o tom, že výživu sociálně starších skupin a seniorů může ovlivňovat fakt, že potravinové supermarkety, které poskytují širokou paletu produktů za zvýhodněné ceny, jsou přesunuty na okraj měst a jsou sjízdné pouze automobily. Centra měst pak poskytují pouze omezené množství potravin za vysoké ceny a mnohdy i ve zhoršené kvalitě. (10)

Rozmáhající se spotřeba fast foods, které jsou konzumovány během chůze na ulici, vede k podceňování tradiční společenské úlohy jídla. Stravování se ve fast foodech je dle autorky závislé na bydlišti respondenta. V tomto šetření bylo zaznamenáno, že nejčastěji navštěvují rychlá občerstvení dotazovaní obézní žijící ve městě, nejméně pak normosteničtí dotazovaní žijící na vesnici. (graf č. 13) Pravděpodobně se v případě tohoto výzkumu jedná o dostupnost obchodů s rychlým občerstvením. Krch nazval fast foody jako automaty na obezitu. Předkládají lidem vysoce kaloricky hodnotná jídla, která není třeba žvýkat a vycházejí vstříc současnému modernímu a uspěchanému životnímu stylu. (18)

Na čem si respondenti nejvíce pochutnají? V této otázce bylo možno zaznačit pouze jednu možnost. Je smutné, že jen nepatrné množství obézních respondentů zaznačilo variantu ovoce a zelenina, naopak většina obézních si nejvíce pochutná na mase a uzeninách. Normosteničtí respondenti zcela rovnoměrně pokryli všechny tři možné odpovědi – maso, uzeniny, ovoce a zelenina, sladké. (graf č. 14) To koresponduje s názorem Zlocha (28), že u obézních osob je výrazně častější konzumace libového i prorostlého masa, mnohem méně často je konzumována zelenina a ovoce.

A co se týká množství jídla? Tato otázka potvrdila, že obézní respondenti se chovají nezodpovědně ke svému zdraví i tělu. Většina z nich přiznává velké porce, stejně jako nepravidelné stravování pouze 2-3x denně. Většina normostenických respondentů si dokáže udělat čas na pravidelné stravování i se svačinami a v porovnání s obézními jich daleko více zaznačilo, že jedí porce malé. (graf č. 15)

I v otázce týkající se nejdůležitějšího jídla dne a to snídaně, byli normosteničtí dotazovaní uvědomělejší. Větší polovina normostenických respondentů si vždy na snídani čas najde, zatímco z obézních respondentů snídá necelá polovina. (graf č. 16) Jak píše Krch, obézní se domnívají, že málo jedí, protože nesnídají nebo nemají čas na oběd. (18)

Zato téměř tři čtvrtě obézních respondentů přiznává, že ve večerních hodinách jedí. Z normostenických jedinců tuhle neřest přiznává asi čtvrtina. (graf č. 17) Jak konstatuje Zloch, jsou lidé, kteří přes den nejedí, večer už je pozdě a hlavně tito konzumenti ve večerních hodinách nemají žádné zábrany a snědí, co jim pod ruku přijde. (28)

Další otázka směřovala na neméně důležitou preferenci nápojů. Většina respondentů obou skupin kombinuje nápoje slazené i neslazené, přičemž většina respondentů obou skupin vypije dva litry tekutin denně. (graf č. 18) Jak uvádí Málková a Krch, pro současnost je charakteristický prudký vzestup spotřeby cukru, při čemž ho velké množství lidí konzumují v nápojích. Neuvědomují si, že sklenice slazeného nealkoholického nápoje obsahuje v průměru pět kostek cukru, jehož nadbytek může být jednou z příčin vzniku a rozvoje obezity. (18)

Další položka se týkala konzumace alkoholu. Zde téměř všichni dotazovaní zaznačili možnost, že jsou jen příležitostnými konzumenty této drogy. (graf č. 19) Jak píše Málková, alkohol je návykovou látkou, která je v malých dávkách doporučována pro podporu zdraví, ve větších dávkách však působí velmi negativně na celkový zdravotní stav a na hmotnost konzumenta. Jak tvrdí Heiner, organismus alkohol oxiduje ihned a to vede k potlačování spalování jiných energetických zdrojů a jejich hromadění. (11)

Otázka, zda respondenti pijí kávu, směřovala k další otázce, čím respondenti sladí. Kávu pije asi tři čtvrtě dotazovaných obézních a téměř všichni normosteničtí respondenti. (graf č. 20) Třetina obézních si tak kávu neosladí, ti co si ji osladí, pak sladí téměř všichni umělým sladidlem. Taktéž asi třetina normostenických respondentů kávu nesladí, avšak ti, co si ji osladí, sladí cukrem. (graf č. 21) Výstupní informací tedy je, že obézní respondenti si v tomto konkrétním případě uvědomují, jak velké množství energie s sebou nese konzumace cukru.

Dalším faktorem, který se řadí mezi faktory související s obezitou, autorka označila spánek. V tomto šetření bylo zjištěno, že téměř polovina respondentů ze skupiny obézních i ze skupiny normostenických spí 6-8 hodin denně. Autorka zaznamenala, že 5 hodin a méně spí taktéž téměř polovina obézních respondentů a jen nepatrné množství normostenických dotazovaných. (graf č. 22) Nespavost či jinou poruchu spánku udává jen třetina obézních dotazovaných a jen nepatrné množství dotazovaných ze skupiny normostenických. (graf č. 23)

Určité situace a emoční stavy automaticky vedou k myšlenkám na jídlo, zvýšené chuti, příjmu potravin, nebo naopak k jejímu odmítání. Z jídla se tak stává prostředek odměny nebo trestu, jak tvrdí Málková a Krch. (18) V tomto šetření autorka zjistila, že po jídle jako modelu řešení emocionální nepohody sahá více než polovina obézních

respondentů, zatímco reakce na stres u normostenických respondentů je opačná. Větší polovina z nich odmítá jíst, pokud trpí úzkostí, strachem či stresem. (graf č. 24, graf č. 25) Tento výsledek koresponduje s tvrzením Petráska, že reakce osob na psychické stimuly jsou různé. O jedné skupině hovoří, že se musí přejídat, druhá skupina pak naopak ztrácí chuť, když jsou nazlobení, nervózní nebo smutní. Neexistuje však žádné vysvětlení, proč někdo reaguje hyperfagií, jiný anorexií. (20)

Navzdory negativním lékařským a společenským reakcím na obezitu, obézní člověk většinou plně chápe i svůj negativní estetický vzhled. Obézní nejsou spokojeni sami se sebou, ale přesto mají obtíže nepřibírat. Autorka zjistila, že většina obézních respondentů si připadá tlustá a chtěla by zhubnout, zatímco většina normostenických respondentů se cítí dobře, jen malé procento z nich by chtělo zhubnout. (graf č. 26) Málková a Krch tvrdí, že však nestačí změnit svou postavu, je třeba změnit i pohled na sebe a mít se rád. (18)

Tělesná aktivita je důležitým činitelem, který významně ovlivňuje tělesnou hmotnost. Jak píše Heiner, aktivita ve volném čase je nedílnou součástí správného životního stylu a způsob naplnění volného času je projevem lidské osobnosti. (11) Tělesná aktivita byla zjišťována pomocí třech otázek. Při první z nich zjišťovala frekvenci sportu. Více než polovina obézních dotazovaných se sportu vůbec nevěnuje. (graf č. 27) To koresponduje s názorem Heinerja, že lidé si stále neuvědomují, že pohyb výraznou měrou ovlivňuje tělesnou hmotnost jednotlivce. (11) Normosteničtí respondenti se aktivnímu pohybu věnují přece jen více, i když v polovině případů pouze jen o víkendu. (graf č. 26) Sportují sami nebo s přáteli či rodinnými příslušníky. (graf č. 28)

Osoby s obezitou se daleko více věnují sledování televize, práci na počítači či navštěvování přátel a rodinných příslušníků. Daleko méně pak tráví čas sportem, jak autorka zjistila v tomhle výzkumu. (graf č. 29)

V kolikatičlenné rodině respondenti žijí, zjišťovala autorka pomocí další otázky. Většina obézních respondentů uvádí čtyř a více člennou rodinu, zatímco dotazovaní ze skupiny normostenických žijí v rodinách ne větších než tříčlenných. (graf č. 30)

Existuje řada léků, které při dlouhodobém podávání mohou vyvolat vzestup hmotnosti. Zda respondenti užívají léky některých skupin, které zvyšují hmotnost,

zjišťovala otázka č. 33. Polovina obézních respondentů užívá léky některých těchto skupin a asi třetina normostenických respondentů také. (graf č. 31)

5.2. Diskuze k druhé části dotazníku

Úmrtí manžela/manželky je vždy tragickou událostí a nese s sebou bolest, ztrátu a celou řadu starostí. V tabulce náročných životních událostí je to nejvíce ohodnocená položka (100 bodů). V šetření této práce autorka zjistila, že položku smrt manžela zaznačilo 6,3% obézních a 2,1 % normostenických respondentů. (graf č. 32) Křivohlavý dává příklad, že rakovina se objevuje daleko častěji u žen, které ovdoví, a to do dvou let po úmrtí manžela, než u stejně starých, ale s manželem žijících žen. (14)

Rozvod i rozchod jsou životní události, které vyvolávají v člověku velmi silné a intenzivní pocity. Autorka se domnívá, že většina lidí, kteří prošli touthle situací, prožívají pocity prázdna, a že mnohým se může zdát život nesmyslný a k neunesení. Položku rozvodu zaznačila téměř třetina obézních dotazovaných a jen málo normostenických dotazovaných. (graf č. 33) Jak uvádí Schraiber, velký vliv na psychiku mají v těchto situacích spory o majetek a děti. (23) Podle Combyho jsou mezilidské vztahy nejčastějším důvodem stresu. (2) Položku rozchod pak zaznačila necelá desetina obézních respondentů a ještě méně respondentů normostenických. (graf č. 34)

V pořadí čtvrtou nejvíce ohodnocenou položkou byl pobyt ve vězení. Autorka se domnívá, že se jedná o životní situaci, která může patřit mezi nejvíce ponižující zkušenost v životě. Lidé s touto zkušeností se vrací domů s velkou nejistotou, jak je celé široké okolí přijme. V tomto výzkumu však nebyl žádný respondent, který by označil tuto položku. (graf č. 35)

Úmrtí v nejbližší rodině, stejně jako úmrtí manžela, s sebou nese reakce na ztrátu. Opět se jedná o napjatou životní situaci, nadhraniční stres, který vede člověka k negativním myšlenkám a emocím. Úmrtí v nejbližší rodině zaznačilo jen minimum obézních respondentů a o málo více respondentů ze skupiny normostenických. (graf č. 36)

Vlastní úraz nebo nemoc zaznamenala více než polovina obézních a asi třetina normostenických dotazovaných. (graf č. 37) Jedná se o silnou psychickou zátěž, kterou

autoři Hainer ,Kunešová (9), Málková (17), Petrásek (20) a ostatní řadí mezi údobí, která mohou ve velké míře ovlivnit vznik obezity. Jedná se skutečnost, že jedinec může být dlouhodobě omezen co se pohybové aktivity týká, ať už jde o absenci sportu nebo pohybu při běžných všedních činnostech.

Vlastní svatba je událost, kterou dle autorky zažije člověk jednou či dvakrát za svůj život. Vždy však dokáže zacloumat psychikou všech zúčastněných. Svatba a vstup do manželství jsou z hlediska vzniku obezity jedním z kritických údobí. V této práci zaznačila svatbu jako životní událost asi desetina obézních respondentů a třetina dotazovaných ze skupiny normostenických. (graf č. 38)

Ztráta zaměstnání je rizikový faktor stresu, který způsobuje obavy, strach, bezmocnost. Člověk, který ztratil zaměstnání se náhle ocitá bez svých dříve jistých finančních prostředků, objevují se pocity méněcennosti, neschopnosti a nejistoty. Jak píše Křivohlavý, je prokázáno, že dlouhodobá nezaměstnanost má na štěstí a duševní zdraví člověka obrovský vliv. Pokud po ztrátě zaměstnání následuje nalezení nového místa, nejsou škody na lidské duši tak rozsáhlé. V případě, že následuje další vyhazov nebo se nalezení práce nedaří delší dobu, vznikají šrámy, které se nikdy nezahojí. (15) Vědci tvrdí, že jde o situaci, která je bolestnější než rozvod nebo ovdovění. (12) Ztrátu zaměstnání v tomto šetření zaznačila téměř třetina obézních respondentů a pouze 2,1% respondentů ze skupiny normostenických. (graf č. 39)

Usmíření s partnerem je dle autorky situace, která mimo radosti ze samotného usmíření znamená velké očekávání a nejistotu. Usmíření s partnerem zaznačili pouze 3,2% dotazovaných ze skupiny obézních. (graf č. 40)

Odchod do důchodu je situace, která vyžaduje přizpůsobit se změně. Dle autorky zásadní změně, která znamená změnu životního stylu, změnu finanční situace a osobních zvyklostí. Tato položka se týkala pouze necelé třetiny obézních respondentů. (graf č. 41)

Nemoc rodinného příslušníka znamená pro všechny ostatní členy rodiny silnou psychickou zátěž. Vždy se jedná o pocit strachu a o snahu pomoci. V případě velmi vážné nemoci může dojít ke změně rodinných a osobnostních zvyklostí. O nemocného je třeba se postarat, a to s sebou nese změnu režimu dne a změnu životního stylu. Tuto položku zaznačila asi třetina obézních respondentů a jen málo normostenických respondentů. (graf č. 42)

Těhotenství je doba, která se řadí z hlediska vzniku obezity mezi riziková údobí. Převážná většina žen v těhotenství přibere. Jako životní událost, která se respondentům během tázaných dvou let přihodila, označilo těhotenství malá třetina obézních respondentů a třetina normostenických respondentů. (graf č. 43)

Sexuální potíže dle autorky vyplývají ze situace, že se obézní respondenti stydí za svůj vzhled. To koresponduje s názorem Dolečka, který píše: „Mnoho značně obézních žen ztrácí zájem o pohlavní život, jejich libido vymizelo, stávají se najednou frigidními. Při podrobnějším rozboru však vyplyne, že většina z nich se stydí za svůj vzhled během milostných her, a že v té chvíli ví, že se manželovi nemohou líbit“. (3, str.56) Sexuální potíže jako stresor zaznačilo 15,8% obézních a 4,2% normostenických respondentů. (graf č. 44)

Příchod nového člena do rodinu pro většinu lidí znamená velkou radost. S touhle radostnou životní událostí jsou dle autorky však spojeny zásadní životní změny charakteru změny trávení volného času, změny osobních a stravovacích zvyklostí, změny spánku. Může se jednat o událost navazující na sňatek či změnu bydliště. Tuto položku zaznačila třetina obézních jedinců a téměř třetina normostenických dotazovaných. (graf č. 45)

Změna zaměstnání je další rizikové údobí pro vznik obezity. Jak se shodují Hainer, Kunešová (9), Málková (17), Mastná (19) a spousta dalších autorů, může se jednat o situaci, že práce v pohybu se mění v práci sedavého charakteru. Změnu zaměstnání zaznačila slabá třetina obézních respondentů a jen málo ze skupiny normostenických.

Autorka se domnívá, že postavení v zaměstnání znamená spoustu nejistot. Mnoho lidí tvrdě pracuje na tom, aby byli povýšeni. Mimo nadšení z povýšení, což znamená určitý eustres, nevědí, co je čeká, mohou jim chybět kolegové nebo určité stránky jejich bývalé práce. Může jít ale i o situaci, kdy lidé ztrácí své vyšší postavení, ztrácí tak jistotu, nevěří sami sobě, cítí se méněcenní. Tento názor koresponduje s názorem Práškové, že stres v této situaci může být motivován jednak touhou po zbohatnutí, jednak strachem z nízkého příjmu a zchudnutí. (21) Položku změna postavení v zaměstnání zaznačilo stejné množství obézních i normostenických respondentů. (graf č. 46)

Zdrojem stresu může být i změna ve vlastní finanční situaci. Tuto položku zaznačila téměř polovina obézních dotazovaných a necelá třetina normostenických respondentů. (graf č. 47) Jedná se o situaci, která znamená přizpůsobení se jiným podmínkám, odpírání si toho, co dříve mohlo být běžnou a samozřejmou věcí či záležitostmi.

Smrt blízkého přítele rozhodně není každodenní záležitostí a v případě této životní události dochází k velmi intenzivním pocitům ztráty něčeho cenného. Autorka v tomto šetření zaznamenala, že tato událost se týkala 5,3% obézních a 1,1% normostenických respondentů. (graf č. 48)

Přibývání partnerských hádek dle autorky neexistuje jako samostatný stresor. Podkladem pro spory mohou být jakékoliv jiné situace, na které se jedinci špatně adaptují, situace, kdy se partneři nedokáží shodnout, zaujímají k věcem rozlišné názory. V tomto šetření bylo zaznamenáno, že většina respondentů, kteří zaznačili tuto položku, zaznačili také položku změna bydliště či změna finanční situace či větší dluhy. Přibývání partnerských hádek zaznačilo pouze 6,3% obézních respondentů. (graf č. 50)

Půjčka větší než 50000 Kč je položka, kterou zaznačila necelá třetina obézních a 2,1% normostenických respondentů. (graf č. 51) Autorka se domnívá, že lidé, kteří si půjčují peněžní obnos, jsou pod tlakem pocitů, které souvisejí s jistotou či nejistotou práce. Tito lidé musí vědět, že půjčené peníze budou moci vrátit.

Položku větší dluhy zaznačila třetina obézních dotazovaných a jen málo dotazovaných ze skupiny normostenických. (graf č. 52) Jedná se o stav, který pro jedince znamená mnoho různých negativních pocitů vedoucích k úzkosti, nejistotě a stresu.

Položku změna odpovědnosti v zaměstnání zaznačili respondenti většinou souběžně s položkou změna postavení v zaměstnání. Jednalo se o 10,5% obézních a 2,1% normostenických respondentů. (graf č. 53) V případě povýšení dochází ke změně osobní odpovědnosti za sebe a svou práci, své spolupracovníky, podřízené, za firmu. Jak píše Křivohlavý, je-li člověk v roli nadřízeného ovlivňuje osudy partnerů, zaměstnanců a jejich rodin. (14)

Položka syn nebo dcera opouští domov se týká ztráty a změny současně. Autorka zaznamenala, že respondenti, kteří označili tuto životní událost zaznačili i položku změna životního stylu či změna osobních zvyklostí. Jednalo se 12,6% obézních a 4,2%

normostenických respondentů. (graf č. 54) Je pravděpodobné, že nejvíce tuto skutečnost prožívají rodiče, kterým odchází jediné nebo poslední dítě.

Neshody s tchýní či tchánem jsou ohodnoceny 29 body. Tuto položku zaznačilo pouze 6,3% obézních respondentů. (graf č. 55) Mnoha lidem může tato skutečnost připadat malicherná v porovnání s položkami jako je smrt nebo nemoc. Nicméně autorka se domnívá, že se může jednat o dlouhodobou a špatně řešitelnou situaci, která může být stupňována v případě společného soužití v jednom domě či bytě. Jedná se pak o chronický stres, jehož možným řešením je nesprávný životní styl.

Mimořádný osobní úspěch zaznačilo jen 1,1% obézních respondentů a 11,6% normostenických respondentů. (graf č. 56) Tato položka je klasickým vzorem toho, že i pozitivní událost se dá chápat jako stres. Jedná se o určité napětí, které však na člověka působí kladně a člověk jej má relativně pod kontrolou.

Položku manželka vstoupila do zaměstnání nebo její odchod zaznačilo 14,7% obézních dotazovaných a 1,1% normostenických respondentů. (graf č. 57) V případě muže se jedná o změnu domácích zvyklostí, domácích povinností a režimu dne.

Zahájení nebo ukončení školy zaznamenalo jen málo obézních i normostenických respondentů. (graf č. 58) Tato událost s sebou nese určitou stresovou zátěž, změnu podmínek, změnu kolektivu – člověk se setkává s novými neznámými lidmi, neví, co může očekávat.

Změna životních podmínek se pak týkala respondentů, kteří také zaznačili některou z položek jako jsou půjčky vyšší či nižší 50000 Kč, změnu bydliště či položku větší dluhy nebo změnu vlastní finanční situace. Jednalo se o téměř polovinu obézních respondentů a pouze zlomek respondentů ze skupiny normostenických. (graf č. 59)

Změnu osobních zvyklostí zaznačili převážně ti respondenti, kterých se týkala například položka vlastní svatba, příchod nového člena do rodiny, změna finanční situace či změna zaměstnání. Jednalo se o více než polovinu obézních dotazovaných, ale jen necelou třetinu normostenických dotazovaných. (graf č. 60)

Spory s nadřízenými mohou mít mnoho podob. Jedná se tzv. bossing, který se projevuje napětím na pracovišti, dráždivostí, poruchami koncentrace, apatií nebo stresem. Tuto položku zaznačilo jen minimální množství obézních respondentů. (graf č. 61)

Změna pracovních podmínek a pracovní doby s sebou nese změnu životního stylu vůbec. Může se jednat například o změnu jednosměnného provozu na dvou či třisměnný. Člověk je nucen přizpůsobit těmto podmínkám i svůj osobní život. Tato položka se týkala malého množství obézních respondentů a minimálního množství normostenických respondentů. (graf č. 62)

Změna bydliště je náročnou životní událostí, kterou zaznačilo polovina obézních a téměř třetina normostenických respondentů. (graf č. 63) Autorka se domnívá, že takto významná může být situace, kdy dochází ke změně bydliště v rámci různých velkých měst nebo města a vesnice. Dochází tak ke změně způsobu dopravy a způsobu aktivního pohybu, změně dostupnosti některých potravin.

Změnu školy zaznamenalo 0% respondentů obou skupin. (graf č. 64) Autorka se domnívá, že tato položka nebyla aktuální vzhledem k věkové kategorii respondentů.

Změna trávení volného času dle autorky souvisí s jinými životními událostmi. Tuhle položku většinou zaznačili respondenti, kterých se týkaly položky jako je rozvod, rozchod, sňatek, příchod nového člena do rodiny či změna zaměstnání. V tomto šetření položku změna trávení volného času zaznačila třetina obézních dotazovaných a necelá třetina normostenických respondentů. (graf č. 65)

Změny ve společenské činnosti se týkají našich vlastních aktivit – tance, sportu, návštěvy kina aj. Tuto položku zaznačila necelá třetina obézních jedinců a ještě méně normostenických respondentů. (graf č. 67) Opět se jedná o změnu, na kterou se musí člověk adaptovat. V tomto výzkumu bylo zjištěno, že změny ve společenské činnosti úzce souvisely s úrazem, nemocí nebo těhotenstvím respondentů.

Půjčka nižší než 50 000 Kč je ohodnocena 17 body. Z autorčina pohledu se jedná o stejnou situaci jako v případě jakékoliv jiné půjčky. Ekonomické postavení respondentů je různé. Pro člověka s příjmem 7 000 Kč měsíčně může být daleko složitější splácet půjčky této výše než pro jiného člověka, který si půjčil mnohem více, ale jehož měsíční příjem je taktéž daleko vyšší než 7 000 Kč. Jedná se o situaci, která s sebou nese riziko úzkosti a stresu. Tato položka byla aktuální jen pro malé množství obézních dotazovaných a asi třetinu normostenických dotazovaných. (graf č. 68)

Spánek je jeden z vnějších faktorů, které ovlivňují obezitu. Podstatou tohoto faktu je tvorba hormonu melatoninu, který ovlivňuje kvalitu spánku, zvyšuje odolnost proti stresu a podílí se na tvorbě celé řady hormonů, které mohou nepřímo ovlivňovat

hmotnost jedince. Položku změna návyků ve spánku označila necelá třetina respondentů ze skupiny obézních a o něco méně normostenických respondentů. (graf č. 69)

Změna jídelních návyků je událost odehrávající se v souvislosti s jinými změnami, jako je změna životního stylu například v důsledku vstupu do manželství, těhotenství nebo přírůstku v rodině. Změny v tomto dotazníku nebylo možno specifikovat, autorka tedy nemůže zjistit, zda se u respondentů, kteří zaznačili položku změna jídelních návyků jednalo o zvýšenou či sníženou konzumaci potravin, změnu složení stravy či změnu rozvrhu stravování. Všechny tyto faktory se však podílí na vzniku a rozvoji obezity. Tuto položku zaznačila více než třetina obézních jedinců, zatímco žádný normostenický dotazovaný. (graf č. 71)

V této práci bylo zjištěno, že většina respondentů, si snaží užít svůj volný čas alespoň krátce na dovolené. (graf č. 72) Autorka si myslí, že dovolená jako životní událost s sebou nese jednak radost – eustres, jednak spoustu povinností, finanční výdaje a následné dohánění toho, co za dobu relaxace lidé zameškali v práci či osobním životě.

Práško píše: Vánoce? Svátky klidu a míru. Přesto se každoročně objevují ve všech časopisech návody na to jak přežít Vánoce. (21) Autorka se domnívá, že česká tradice Vánoc je spojena s generálním úklidem a pečením cukroví. Velmi stresovou záležitostí je shánění dárků. Pro mnoho lidí je už jen pohyb v davu stresující záležitostí. A co nelze zapomenout? Na finanční prostředky určené k nákupu dárků. Spousta lidí si na dárky peníze půjčuje a je stresována tím, jak budou půjčky splácet. Vánoce jsou pro všechny respondenty zakořeněnou tradicí, označilo je 100% respondentů obou zkoumaných skupin. (graf č. 73) Autorka se domnívá, že souvislost s obezitou nemusí plynout z pouhého stresu, může spočívat v nadměrné konzumaci sladkostí a jídla vůbec při současném snížení tělesné aktivity během vánočních svátků.

Nepatrné přestupky zákona mají v tabulce náročných životních událostí své místo. Jsou ohodnoceny 11 body, což je dle autorčina pohledu mnoho i přesto, že se jedná o poslední nejméně ohodnocenou položku. K nepatrným přestupkům zákona se nepřiznal žádný respondent, autorka se však domnívá, že se jedná o otázku velmi choulostivou a odpověď na ni nemusí být objektivní. (graf č. 74)

Stanovená hypotéza „Stres je vnější faktor ovlivňující obezitu“ byla v tomto šetření potvrzena, neboť u 68% obézních respondentů byla zjištěna stresová hladina o více než 150 jednotek náročných životních událostí. To s sebou nese vysoké riziko somatického onemocnění. Tento autorčin názor koresponduje s názorem Křivohlavého, že u jedné a téže osoby dochází ke kumulaci stresů z různých zdrojů. Křivohlavý tvrdí, že čím vyšší je nasbíraný počet bodů, tím vyšší je i pravděpodobnost nejen psychického, ale somatického onemocnění. (14)

Obezitu jako důsledek stresu žádný autor neuvádí. Autorka této práce se však domnívá, že stres ovlivňuje různým způsobem příjem potravy. Většina lidí podvědomě využívá jídla jako univerzálního léku na duši. Vždyť se jedná o běžně dostupnou věc, která není na předpis. Tento názor je shodný s názorem Combyho, který uvádí, že při stresu dochází ke zvýšené produkci hormonu kortizon, který mimo jiné podporuje chuť k jídlu. Jedinci, kteří konzumují jídlo jako tišící prostředek pak konzumují více potravy než obvykle. (2) Studie poukazují i na to, že člověk ve vyhrocené situaci častěji sáhne po nezdravých a rychle konzumovatelných potravinách obsahujících hodně cukru a tuku. Comby tvrdí, že jednou z možných příčin volby sladkého jídla a jídla bohatého na tuky je fakt, že nám v dětství přinášely uspokojení a pohodu. (2)

Autorka se též domnívá, že lidé ve chvílích akutní úzkosti či stresu omezují aktivní pohyb. K tomuto názoru autorku vedly výsledky první části dotazníku, které poukazují na to, že dnešní společnost žije v uspěchaném světě nemajíc čas na sport ani ve chvílích, kdy není pod tlakem stresu a může se chovat přirozeně.

Autorka se domnívá, že cíl této práce byl splněn. Chtěla by však podotknout, že v dostupné literatuře nejsou popsány souvislosti mezi obezitou a jednotlivými náročnými životními událostmi, proto ve většině případech výše popisovaných událostech nekonfrontovala svůj názor s literaturou.

6. ZÁVĚR

V diplomové práci jsem chtěla poukázat na problematiku obezity jako nemoci, která byla WHO prohlášena za epidemii 21. století, označit vnější faktory, které napomáhají vzniku a vývoji obezity. Jedním z vnějších faktorů tohoto problému je stres, který lidé prožívají dnes a denně.

Cílem této práce tedy bylo zmapovat vnější faktory související s obezitou, změřit stresovou hladinu obézních i normostenických dotazovaných a vyhodnotit, zda má stres vliv na naši tělesnou hmotnost. K této problematice se vztahuje stanovená hypotéza „Stres je vnější faktor ovlivňující obezitu“. Hypotéza byla potvrzena, neboť u 68% obézních respondentů byla zjištěna stresová hladina o více než 150 jednotek náročných životních událostí. Tito lidé nacházející se v tomto pásmu stresové hladiny mají velkou pravděpodobnost somatického i psychického onemocnění. Zároveň bylo zjištěno, že normosteničtí respondenti se v 45% případech nachází ve stresové hladině pod 150 jednotek náročných životních situací.

Velká část populace se ke svému zdraví chová nezodpovědně. Lidé se orientují na jednotvárnou nezdravou stravu, jedí nepravidelně, konzumují příliš mnoho sladkostí a slazených nápojů s vysokým obsahem cukru. Jejich talíře obsahují velké porce. Konzumace zeleniny je nedostačující. Převážná většina populace si stále neuvědomuje, jak důležitý je pohyb nejen pro celkové zdraví, ale i hmotnost jednotlivce. Jen velmi málo lidí se ve svém volném čase věnuje sportu. Smutné je i to, že v důsledku moderní techniky ubývá přirozeného pohybu, lidé ke svým i krátkým cestám využívají dopravních prostředků, výtahů místo chůze po schodech. Dnešní moderní doba je hektická, plná spěchu a nedostatku spánku. Každý den jsou lidé vystaveni různým životním událostem, které neovlivní. Jsou součástí našeho života a způsobují stres, ať už se jedná o distres či eustres. Místem útěku by měla být právě už tolik zmiňovaná pohybová aktivita či fyzická práce a vyvážená pravidelná strava.

Na závěr bych chtěla sdělit, že tato diplomová pro mě byla velmi přínosná, zejména při získávání poznatků, které někdy i nepřímo souvisely s uvedenou problematikou. Tyto poznatky mohu uplatňovat při svém povolání. V tom spatřuji dopad diplomové práce.

Mou snahou bylo, aby se práce stala určitým vodítkem a zdrojem informací o vnějších faktorech obezity. Chtěla bych, aby práce byla dostupná široké veřejnosti jako materiál, ve kterém mohou získat přehledně základní informace o této problematice, a aby tak sami mohli předcházet této zdravotně, sociálně a ekonomicky závažné civilizační chorobě.

7. POUŽITÉ ZDROJE

1. ADÁMKOVÁ, V. *Obezita a KV choroby*. Practicus, 2005, 3 (4). 128-129 s. ISSN 1213-8711
2. COMBY, B. *Stres pod kontrolou*. Praha: X – Egem, 1997. 216 s. ISBN 80-7205-475-9
3. DOLEČEK, R. *Být štíhlým po česku*. 1. vydání Opava: Optys, 1994. 174 s. ISBN 80-85819-15-5
4. DOLEŽALOVÁ, J., ŠONKA, J., ŽBIRKOVÁ, A. *Pohybem a dietou proti otylosti*. 1. vydání Praha: Olympia, 1990. 133 s.
5. FOŘT, P. *Stop dětské obezitě*. 1. vydání Praha: Ikar, 2004. 208 s. ISBN 80-249-0418-7
6. FREJ, D. *99 způsobů jak zhubnout*. Praha: Triton, 2004. 178 s. ISBN 80-7254-655-4
7. GREGORA, M. *Výživa malých dětí*. 1. vydání Praha: Grada Publishing, 2004. 96 s. ISBN 80-247-9022-X
8. HAINER, V. KUNEŠOVÁ, M. *Obezita*. 2. vydání Praha: Triton, 2003. 119 s. ISBN 80-7254-384-9
9. HAINER, V. a kolektiv *Základy klinické obezitologie*. 1. vydání Praha: Grada Publishing, 2004. 356 s. ISBN 80-247-0233-9
10. HAINER, V. *Tajemství ideální váhy*. Praha: Grada, 1996. 232 s. ISBN 80-7169-128-3

11. HAINER, V. *Obezita – minimum pro praxi*. Praha: Triton, 2001. 118 s. ISBN 80-7254-168-4
12. CHROMÝ, K, HORZÁK, R, A KOL. *Somatizace a funkční poruchy*. 1.vydání. Praha: Grada, 2005. 2216 s. ISBN 80-247-1473-6
13. KLEINWÄCHTEROVÁ, H., BRÁZDOVÁ, Z. *Výživový stav člověka a způsoby jeho zjišťování*. 2. vydání, Brno: 2001. 102 s. ISBN 80-7013-336-8
14. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat stres*. Praha: Avicenum, Grada, 1994, 190 s. ISBN 80-7169-121-6
15. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1.vydání. Praha: Portál, 2001. 279 s. ISBN 80-7178-551-2
16. LISÁ, L. DrSc. *Obezita v dětském věku*. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 2001. 144 s. ISBN 08-032-90
17. MÁLKOVÁ, I. *Obezita je realita anebo hubneme s rozumem*. Praha: Radioservis, 2002. 222 s. ISBN 80-86212-25-4
18. MÁLKOVÁ, I. KRCH, F. D. *SOS nadváha*. Praha: Portál, 2001. 236 s. ISBN 80-7178-521-0
19. MASTNÁ, B. *Nadváha a obezita*. Praha: Triton, 1999. 47 s. ISBN 80-7254-067-X
20. PETRÁSEK, R. *Co dělat, abychom žili zdravě*. Praha: 2004. 128 s. ISBN 80-7021-711-1
21. PRÁŠKO J, PRÁŠKOVÁ,H. *Proti stresu krok za krokem*. 1. vydání. Praha: Grada, 2001.167 s. ISBN 80-247-0068-9

22. ŘÍČAN, P., PITHAROVÁ, D. *Krotíme obrazovku*. Praha: Portál, 1995. 62 s. ISBN 80-7178-084-7
23. SCHREIBER, V. *Lidský stres*. 2.vydání. Praha: Academia, 2000. 106 s. ISBN 80-200-02-40-5
24. SIPEKY, E. *Vysoká škola hubnutí*. Praha: Ikar. 152 s. ISBN 80-249-0220-6
25. SLÍVA, J. *Antiobezitika budoucnosti*. *Postgraduální medicína*, 2007, 9 (2). 153-155 s. ISSN 1212-4184
26. SVAČINA, Š. *Cukrovka a obezita*. 1. vydání Praha: Maxdorf, 2003. 246 s. ISBN 80-85912-58-9
27. SVAČINA, Š. *Obezita a psychofarmaka*. 1. vydání Praha: Triton, 2002. 130 s. ISBN 80-7254253-2
28. ZLOCH, Z. *Kapitoly z hygieny*. Praha: 2001. 157 s. ISBN 80-246-0269-5

Internetové zdroje

29. American obesity association , Prevention [on line] [2007-02-25] Dostupné z <http://www.obesity.org/prevention/>
30. Austinová, V., Železný, I. Hubneme ve spánku [on line] [2007-02-25] Dostupné z <http://www.stob.cz/view.php?cisloclanku=2004072801>
31. ČTK . Podle vědců může nedostatek spánku v dětství vést k obezitě [on line] [2007-02-25] Dostupné z <http://www.zdn.cz/scripts/detail.php?id=272188>

32. Devera, J. Opravdu jediná cesta jak zhubnout [on line] [2007-03-12] Dostupné z http://zdravi.idnes.cz/opravdu-jedina-cesta-jak-zhubnout-dly-/zdravi_rady.asp?c=A070222_134310_zdravi_rady_ves
33. Grosmanová, M. Česká kuchyně je stejně špatná jako americký fast food [on line] [2007-03-12] Dostupné z <http://www.ordinace.cz/article.php?articleId=13396&full=1>
34. Hájková-Wágnerová, S. 3x o obezitě [on line] [2007-02-25] Dostupné z <http://www.rodina.cz/scripts/detail.asp?id=4118>
35. Hlubík, P. Obezita – závažný problém současnosti [on line] [2007-03-12] Dostupné z <http://www.solen.cz/artkey/int-200207-0002.php?back=search.php%3Fquery%3Dobezita%26sfrom%3D0%26spage%3D30>
36. Kouření [on line] [2007-02-25] Dostupné z https://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141_3319.html
37. Léčba obezity [on line] [2007-02-22] Dostupné z <http://www.bandingklub.cz>
38. Málková, I. Kognitivně-behaviorální přístup k terapii obezity aplikovaný v kurzech snižování nadváhy v České republice [on line] [2007-02-25] Dostupné z <http://www.solen.cz/artkey/med-200605-0009.php?back=search.php%3Fquery%3Dobezita%26sfrom%3D0%26spage%3D30>
39. MPSV , Zákon o důchodovém pojištění č.155/1995 Sb. [on line] [2007-02-28] Dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/3>
40. Nadváha a obezita dobývají už i Afriku [on line] [2007-02-25] Dostupné z <http://www.zdn.cz/scripts/detail.php?id=280774>

41. Obesity [on line] [2007-02-25] Dostupné z <http://www.who.int/topics/obesity/en/>
42. Obesity [on line] [2007-03-12] Dostupné z <http://en.wikipedia.org/wiki/Obesity>
43. Obezita [on line] [2007-03-12] <http://www.rodina.cz/scripts/detail.asp?id=4862>
44. Obezita [on line] [2007-02-25] <http://www.zdn.cz/scripts/detail.php?id=280975>
45. Obezita a její léčba [on line] Dostupné z <http://obezita.yc.cz/>
46. Obezita a psychická kondice [on line] [2007-03-12] Dostupné z <http://www.pritelkyne.cz/clanky/obezita-a-psychicka-kondice-1308.html>
47. Obézní pacient v ordinaci praktického lékaře [on line] [2007-03-12] Dostupné z http://www.obesitas.cz/download/tiskova_zprava_o_11_kongresu_CLS_JEP.doc
48. Obézní svět [on line] [2007-03-12] Dostupné z <http://www.super.cz/fitness-dieta/11323-obezni-svet.html>
49. Příčiny vzniku obezity [on line] [2007-02-25] Dostupné z <http://www.obezita.cz/obezita/priciny-obezity/>
50. Rizika plynoucí z nedostatečného pohybu [on line] [2007-03-12] Dostupné z https://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141_2531.html
51. Svačina, Š. Obezita a nadváha [on line] [2007-03-12] Dostupné z http://sz.ordinace.cz/lekce_uvod.php?lekce=3

52. Víte jak účinně bojovat proti civilizačním nemocem a tím i s nadváhou a obezitou? [on line] [2007-02-25] Dostupné z <http://obezita.org/>

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Obezita

Body Mass Index (BMI)

Stres

Náročné životní události

9. PŘÍLOHY

PŘÍLOHA Č. 1 – Dotazník týkající se obecně vnějších faktorů obezity

Jmenuji se Magda Pecháčková. Jsem studentkou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulty a studuji obor Rehabilitační péče o postižené děti, dospělé a staré osoby. Chtěla bych Vás poprosit o anonymní vyplnění těchto dotazníků, které jsou podkladem pro mou diplomovou práci.

1) Jste?

- Muž
- Žena

2) Jaký je Váš věk?

- 35-44 let
- 45-54 let
- 55-64 let
- 64 let a více

3) Jaké je Vaše bydliště?

- Na vesnici
- V maloměstě
- Ve velkoměstě

4) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Základní
- Vyučen/a
- Středoškolské
- Vysokoškolské
- Vyšší odborné

5) Jaký je Váš měsíční příjem?

- 7-10 tisíc
- 11-15 tisíc
- 15-20 tisíc
- 20 tisíc a více
- Méně než 7 tisíc

6) V jakém oboru pracujete?

- Zdravotnictví, sociální sféra
- Zemědělství
- Průmysl
- Stavebnictví
- Obchod
- Pohostinství, ubytování
- Školství
- Veřejná správa
- Peněžnictví
- Nepracuji, čerpám ČID, PID
- Nepracuji, čerpám SD

7) Můžete o svém zaměstnání říct, že je sedavé?

- Ano
- Ne
- Nepracuji

8) Máte během zaměstnání čas na pravidelné stravování?

- Ano
- Ne
- Nepracuji

9) Jak cestujete do zaměstnání?

- Auto
- Autobus
- Vlák
- Kolo
- Chůze
- Nepracuji

10) Pořádáte v zaměstnání sportovní akce?

- Ano
- Ne
- Nepracuji

11) Jak často chodíte nakupovat?

- Každý den
- Každý druhý den
- Asi dvakrát do týdne
- Pouze jedenkrát týdně
- Nakupuji méně často větší množství potravin

12) Jste při výběru potravin ovlivněn/a reklamou?

- Ano
- Ne

13) Váš běžný nákup vždy obsahuje?

- Maso
- Uzenina
- Pečivo
- Zelenina
- Ovoce
- Sladkosti

14) Stravujete se ve fast foodech (rychlých občerstveních)?

- Ano
- Občas
- Ne

15) Které z těchto potravin preferujete?

- Uzenina, maso
- Ovoce, zelenina
- Sladké

16) Jak hodnotíte množství jídla, které během dne sníte?

- Jím pravidelně 5x denně malé porce
- Jím pravidelně 5x denně velké porce
- Jím 2-3x denně velké porce
- Jím 2-3x denně malé porce

17) Máte čas na snídani?

- Ano
- Ne

18) Jíte ve večerních hodinách, např. u televize?

- Ano
- Ne

19) Jaké nápoje upřednostňujete?

- Slazené
- Neslazené
- Slazené i neslazené

20) Kolik litrů tekutin denně vypijete?

- 1 litr
- 2 litry
- Více než 2 litry

21) Pijete alkoholické nápoje?

- Ano
- Příležitostně
- Ne

22) Pijete kávu?

- Ano
- Občas
- Nepiji

23) Čím si ji osladíte?

- Cukrem
- Umělým sladidlem
- Nesladím

24) Jak dlouho trvá Váš noční spánek?

- Méně než 5 hodin
- 6-8 hodin
- Více než 8 hodin

25) Trpíte nespavostí či jinou poruchou spánku?

- Ano
- Ne

26) Zaháníte špatnou náladu jídlem?

- Ano
- Ne

27) Naopak, nejíte, máte-li špatnou náladu?

- Ano
- Ne

28) Cítíte se?

- Dobře
- Mohl/a bych trochu přibrat
- Mohl/a bych trochu zhubnout
- Připadám si tlustý/á

29) Jak často sportujete?

- Každý den
- Pravidelně několikrát týdně
- O víkendu
- Nesportuji

30) S kým sportujete?

- Sám
- S přáteli
- S rodinnými příslušníky
- Nesportuji

31) Co nejraději děláte ve svém volném čase?

- Běhání
- Plavání
- Počítač
- Cyklistika

- Bowling
- Televize
- Procházky
- Návštěva u přátel

32) V kolikatičlenné rodině žijete?

- 1-3 členů
- 4 a více členů

33) Užíváte léky z některé této skupiny?

- Hormonální léky
- Kortikoidy
- Antidepresiva
- Neuroleptika
- Neužívám

PŘÍLOHA Č. 2 – Dotazník náročných životních událostí

Projděte si pozorně celý seznam a potom bod po bodu zakroužkujte ty události, jež se Vám přihodily v průběhu dvou let, a které považujete za kritické pro vznik obezity (těhotenství, vstup do manželství, změna zaměstnání aj.). Jestliže se nějaká událost stala častěji než jednou, napište do příslušného řádku, kolikrát se tato situace udála. Dílčí výsledky sečtěte, získáte svůj osobní stupeň stresové zátěže, výsledek zjistíte v uvedené tabulce.

- Smrt manžela/manželky, 100 bodů
- Rozvod, 73 bodů
- Rozchod s partnerem, 65 bodů
- Pobyť ve vězení, 63 bodů
- Úmrtí v nejbližší rodině, 63 bodů
- Vlastní úraz nebo nemoc, 53 bodů
- Vlastní svatba, 50 bodů
- Ztráta v zaměstnání, 47 bodů
- Usmíření s partnerem, 45 bodů
- Odchod do důchodu, 45 bodů
- Nemoc rodinného příslušníka, 44 bodů
- Těhotenství, 40 bodů
- Sexuální potíže, 39 bodů
- Příchod nového člena rodiny, 39 bodů
- Změna postavení v zaměstnání, 39 bodů
- Změna ve vlastní finanční situaci, 38 bodů
- Smrt blízkého přítele, 37 bodů
- Změna zaměstnání, 36 bodů
- Přibývání partnerských hádek, 35 bodů
- Půjčka větší než 50 000 Kč, 31 bodů
- Větší dluhy, 30 bodů
- Změna odpovědnosti v zaměstnání, 29 bodů

- Syn nebo dcera opouští domov, 29 bodů
- Neshody s tchýní nebo tchánem, 29 bodů
- Mimořádný osobní úspěch, 28 bodů
- Manželka vstoupila do zaměstnání nebo její odchod, 26 bodů
- Zahájení nebo ukončení školy, 26 bodů
- Změna životních podmínek, 25 bodů
- Změna osobních zvyklostí, 24 bodů
- Spory s nadřízenými, 23 bodů
- Změna pracovních podmínek nebo doby, 20 bodů
- Změna bydliště, 20 bodů
- Změna školy, 20 bodů
- Změna trávení volného času, 19 bodů
- Změna činností v církevní oblasti, 19 bodů
- Změna ve společenské činnosti, 18 bodů
- Půjčka méně než 50 000 Kč, 17 bodů
- Změna návyků ve spánku, 16 bodů
- Změna četnosti rodinných setkání, 15 bodů
- Změna návyků v jídle, 15 bodů
- Dovolená, 13 bodů
- Vánoce, 12 bodů
- Nepatrné přestupky zákona, 11 bodů

Celková hodnota skóre	Pravděpodobnost onemocnění	Síla odolnosti proti stresu
do 150	nízká 9 - 33%	vysoká odolnost
151-299	průměrná 0 - 52%	hraniční odolnost
300 a více	vysoká 50 - 86%	nízká odolnost