

Edukace pacienta k udržení optimální hmotnosti

Aneta Šáchová

Bakalářská práce
2022



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: Aneta Šáchová
Osobní číslo: H190631
Studijní program: B5341 Ošetrovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra
Forma studia: Prezenční
Téma práce: Edukace pacienta k udržení optimální hmotnosti

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti nadváhy a edukace pacienta.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Stanovení kritérií pro výběr participantů.

Realizace výzkumu technikou rozhovoru.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

- HAINER, V. *Základy klinické obezitologie. 2., přepracované a doplněné vydání.* Praha: Grada, 2011. 463 s. ISBN 978-80-247-3252-7.
- JURENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi.* Praha: Grada, 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
- KUNEŠOVÁ, M. *Základy obezitologie.* Praha: Galén, 2016. 172 s. ISBN 978-80-7492-217-6.
- OWEN, K. *Moderní terapie obezity: průvodce pro každodenní praxi.* Praha: Maxdorf, 2012. 64 s. ISBN 978-80-7345-301-5.
- STEELMAN, G., M. and E. C. WESTMAN. *Obesity: Evaluation and Treatment Essentials.* Second edition. Boca Raton: CRC Press, Taylor & Francis Group, 2016. 356 p. ISBN 978-1-4822-6207-0.

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

Datum zadání bakalářské práce: **22. října 2021**

Termín odevzdání bakalářské práce: **27. května 2022**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

L.S.

PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 10. ledna 2022

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 24.5.2022

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá tématem optimální hmotnosti, se zaměřením na nadváhu a obezitu. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se skládá ze 3 kapitol. První kapitola obsahuje teoretická východiska vztahující se k nadváze, obezitě a k prevenci a udržení optimální hmotnosti. Druhá kapitola vymezuje pojmy týkající se edukace v ošetrovatelství. V poslední, třetí kapitole jsou popsány základní informace o edukaci pacienta s nadváhou a obezitou. Praktická část je zpracována pomocí kvalitativní studie za pomoci rozhovorů s pacienty s obezitou v péči praktických lékařů. Součástí je také edukační program pro pacienta s obezitou.

Klíčová slova: nadváha, obezita, edukace, zdravý životní styl

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with the topic of optimal weight, focusing on overweight and obesity. The thesis is divided into theoretical and practical part. The theoretical part consists of 3 chapters. The first chapter contains theoretical background related to overweight, obesity and the prevention and maintenance of optimal weight. The second chapter defines the terms related to education in nursing. The last, third chapter describes the basic information about the education of overweight and obese patients. The practical part is elaborated using a qualitative study using interviews with patients with obesity in the care of general practitioners. It also includes an educational program for patients with obesity.

Keywords: overweight, obesity, education, healthy lifestyle

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucí práce PhDr. Anně Krátké, Ph.D. za cenné rady, ochotu a velkou trpělivost při zpracovávání této práce. Dále bych chtěla poděkovat všem participantům za účast na výzkumu a svým nejbližším za velkou podporu během studia.

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

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 NADVÁHA A OBEZITA	12
1.1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ A TEORETICKÝCH VÝCHODISEK.....	12
1.2 ETIOPATOGENEZE NADVÁHY A OBEZITY	13
1.3 VÝSKYT NADVÁHY A OBEZITY	14
1.4 FORMY NADVÁHY A OBEZITY	15
1.5 DIAGNOSTIKA NADVÁHY A OBEZITY.....	15
1.5.1 ANAMNÉZA.....	16
1.5.2 VYŠETŘENÍ	16
1.6 LÉČBA NADVÁHY/OBEZITY	18
1.6.1 KONZERVATIVNÍ	19
1.6.2 CHIRURGICKÁ	20
1.7 KOMPLIKACE NADVÁHY/OBEZITY	21
1.8 PREVENCE A UDRŽENÍ OPTIMÁLNÍ HMOTNOSTI.....	22
2 EDUKACE V OŠETŘOVATELSTVÍ	24
2.1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ	24
2.2 ROZDĚLENÍ EDUKACE.....	25
2.2.1 FORMY EDUKACE	25
2.2.2 METODY EDUKACE.....	26
2.2.3 FÁZE EDUKACE.....	26
2.2.4 CÍLE.....	27
2.2.5 OSOBNOST EDUKÁTORA	28
2.3 ROLE SESTRY EDUKÁTORKY	28
2.3.1 KOMPETENCE VŠEOBECNÉ SESTRY.....	29
2.3.2 EDUKACE V AMBULANCI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE	30
2.3.3 LEGISLATIVA.....	30
3 EDUKACE PACIENTA S NADVÁHOU A OBEZITOU	31
3.1 EDUKÁTOŘI PACIENTŮ S NADVÁHOU A OBEZITOU	31
3.2 PRŮBĚH EDUKACE U PACIENTA S NADVÁHOU A OBEZITOU.....	31
3.3 EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTA S NADVÁHOU A OBEZITOU.....	32
3.3.1 FÁZE POČÁTEČNÍ PEDAGOGICKÉ DIAGNOSTIKY	32
3.3.2 FÁZE PROJEKTOVÁNÍ.....	33
3.3.3 FÁZE REALIZACE	34

3.3.4	FÁZE UPEVNĚVÁNÍ UČIVA	34
3.3.5	FÁZE ZPĚTNÉ VAZBY	35
3.4	KOMUNIKACE S PACIENTEM S NADVÁHOU A OBEZITOU	35
3.5	DOPORUČENÍ PRO PACIENTA S NADVÁHOU A OBEZITOU	35
3.5.1	VÝŽIVA	35
3.5.2	FYZICKÁ AKTIVITA	36
3.5.3	STRES	36
3.5.4	SPÁNEK A ODPOČINEK	37
II	PRAKTICKÁ ČÁST	38
4	METODOLOGIE VÝZKUMU	39
4.1	CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	39
4.2	METODA A TECHNIKA SBĚRU DAT	39
4.3	CHARAKTERISTIKA PARTICIPANTŮ	40
4.4	REALIZACE VÝZKUMU	40
4.5	METODA ANALÝZY DAT	40
5	INTERPRETACE ANALYZOVANÝCH ROZHovorŮ	42
5.1	ANALÝZA VÝZKUMNÝCH OTÁZEK	50
6	DISKUZE	52
	EDUKAČNÍ PROGRAM	55
	ZÁVĚR	60
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	61
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	65
	SEZNAM TABULEK	66
	SEZNAM PŘÍLOH	67

ÚVOD

Tato bakalářská práce se zabývá tématem edukace pacienta k udržení optimální hmotnosti. Optimální tělesná hmotnost vychází z vrozené stavby těla, ale dále je taktéž zásadně ovlivněna stravovacími návyky a fyzickou aktivitou, jež se v rámci vývoje mění. V současné době, kdy se na nás z každé strany valí nespočetné množství různých názorových směrů ohledně hmotnosti, pak může být těžké rozhodnout se pro ten „správný“. A jak je známo, čím více možností má člověk na výběr, tím hůře se vybírá a lidé poté raději zůstávají ve své známé komfortní zóně, což může mít za následek přibírání na váze nebo neschopnost či nechuť zhubnout a udržovat si svou ideální hmotnost. Autorka se proto ve své práci snaží poukázat na to, že tím jediným správným směrem je zdraví. A to je pevně spojeno i s péčí v ordinacích praktických lékařů, kdy velmi podstatnou roli v prevenci nadváhy a obezity hrají jak lékaři, tak všeobecné sestry. Ti jsou zodpovědní za rozeznání tohoto stavu jako nemoci, můžou pacienty zásadně ovlivňovat v dodržování zdravého životního stylu, edukovat o zásadách správné výživy a dostatečném pohybu, motivovat a souvisle na ně dohlížet, a tak prohlubovat prevenci nadváhy a obezity již v primární ambulantní péči.

Nadváha a obezita je závažným a stále se rozšiřujícím problémem 21. století. Vzniká kombinací nadměrného příjmu a nízkého výdeje energie, což souvisí s přejídáním a nedostatkem pohybu. Pojem životní styl je v současné době velmi diskutované téma, zejména pak v souvislosti se zdravými a nezdravými návyky. Nadváha a obezita jsou často mylně chápány jako estetický problém, ačkoliv tomu tak není. Obezitu provází spousta přidružených onemocnění, jako jsou srdeční a cévní choroby nebo gastrointestinální či ortopedické potíže, které významně ovlivňují kvalitu života. Všechna pak mohou mít vliv na délku pacientova života, přitom vhodnou edukací o prevenci lze obezitě i následným onemocněním zásadně předcházet.

Právě nedostatečná informovanost o prevenci nadváhy a obezity v ambulancích praktických lékařů pomohla při výběru tématu bakalářské práce. Hlavním cílem práce je analyzovat faktory, které ovlivňují udržování hmotnosti u pacientů s nadváhou/obezitou. Tento cíl byl naplněn třemi dílčími, které jsou zpracovány pomocí rozhovoru s pacienty v péči praktického lékaře. Výstupem práce je edukační program pro pacienta s nadváhou/obezitou.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 NADVÁHA A OBEZITA

„Obezita je chronické onemocnění, charakterizované zvýšeným obsahem tělesného tuku v organismu“ (Kasalický 2011, s. 14).

Nadváha a obezita jsou definovány jako abnormální nebo nadměrné hromadění tuku, které představuje riziko pro zdraví. Jsou hlavními rizikovými faktory řady chronických onemocnění, včetně diabetu, kardiovaskulárních chorob a rakoviny. (WHO, 2021)

1.1 Vymezení základních pojmů a teoretických východisek

Přebytečný tuk se zadržuje ve tkáních, když tělo přijímá více energie ve formě jídla, než může spálit metabolismem a pohybovou aktivitou. To se projevuje přibíráním na váze, což někteří jedinci mohou považovat pouze za estetický problém, i když časem to může mít negativní zdravotní dopady.

Nadváha je definována jako BMI 25 nebo vyšší a obezita je definována jako BMI 30 nebo vyšší. Podle celosvětové zátěže nemocí zemřelo v roce 2017 v důsledku nadváhy nebo obezity ročně přes 4 miliony lidí. (WHO, 2021)

Dnes se obezita řadí mezi nejzávažnější a nejrozšířenější zdravotní problém současnosti. Riziko se zvyšuje jak na úrovni fyzické, tak i psychické, což často vede k rozvoji jednoho z nejčastějších parametrů → metabolického syndromu. Metabolickým syndromem u obezity se rozumí soubor rizikových činitelů, které zahrnují inzulínovou rezistenci (snížená schopnost vylučovat glukózu), dyslipidemii (porucha metabolismu lipidů), hypertenzi (zvýšený krevní tlak) a abdominální obezitu. Často tento syndrom vede k rozvoji diabetu 2. typu nebo zvyšuje riziko rozvoje kardiovaskulárních potíží. (Svobodová a Topolčan, 2012, s. 412)

Dříve se obezita týkala především rozvinutých zemí, nyní se však začíná zvyšovat počet lidí trpících tímto onemocněním i napříč rozvojovými zeměmi. To se týká především zemí s rozvojem průmyslu, jako je například Brazílie nebo Indie. Důvody jsou stejné jak u rozvinutých zemí, kdy se jedná spíše o časovou osu událostí, každý posun přispívá k nárůstu obezity, do toho se řadí ekonomický růst, urbanizace, ale také změny ve stravování, větší přísun soli, průmyslově zpracovaná strava a větší nárůst rychlého občerstvení. (Hutzelová, 2019, s. 14 - 15)

1.2 Etiopatogeneze nadváhy a obezity

Vyšší příjem kalorií oproti energetickému výdeji je základní etiologickou příčinou nadváhy a obezity. Vedle energetického obsahu se využívá i složení stravy, tj. podíl jednotlivých základních živin (bílkoviny, lipidy, sacharidy) a jejich druh (rostlinné a živočišné bílkoviny, složení mastných kyselin v triglyceridech, mono, di, polysacharidy), obsah vlákniny, mikroživiny (vápník, vitamíny) a tak dále. Výdej energie klesá v důsledku snížené fyzické činnosti v zaměstnání, snížené fyzické aktivity při zajišťování denních potřeb (cesta do práce, nákupy, domácí práce) a ve trávení svého volného času (počítače, čas strávený u televize, u mobilu). Podíl lidí, kteří žijí sedavým způsobem života, se výrazně zvyšuje. (Kunešová, 2004, s. 435)

Genetika

Obezita je z velké části ve většině případů polygenní onemocnění (vzácné příčiny obezity-monogenní obezita s chybějícím např. leptinem, leptinovým receptorem, melanokortinovým receptorem 4, proopiomelanokortinem aj.). Je zkoumána hypotéza hlavního genu, který je zodpovědný za rozvoj obezity u určitého subjektu. Protože interakce s vnějším prostředím nebo jinými geny ovlivňují vztah mezi genem a obsahem tuku v těle, je určení funkce při vzniku obezity obtížné. Podíl dědičnosti na vzniku obezity se odhaduje na 25–40 %. Rozložení tuku v těle se dědí ve více než 55 % případů u viscerálního a celkového břišního tuku a ve 42 % případů u podkožního břišního tuku. (Kunešová, 2004, s. 435)

Chuť k jídlu

Ovlivňuje množství živin v krvi (glukóza, volné mastné kyseliny, triglyceridy, glycerol a aminokyseliny), dále centrální a neuroendokrinní faktory (např. orexigenní tj. zvyšující chuť k jídlu: neuropeptid Y (NPY), melanin koncentrující hormon MCH, orexiny a anorekticky působící proopiomelanocortin POMC, inzulin, leptin, cholecystokinin (CCK) a jiné). (Kunešová, 2004, s. 435)

Vlivy prostředí

Prostředí má na obezitu dvojí vliv, jednak obecně zjednodušování života se zmenšující se fyzickou aktivitou (cesta autem do práce, místo pěšky), větší podíl sedavých povolání a technologickými vynálezy jako je počítač, ovladač k televizi a podobně. Dále je to život rodiny, kdy se míchá genetická výbava s naučenými návyky od rodičů. (Owen, 2012, s. 16)

Hainer (2011, s. 59) z etiopatologického hlediska v současnosti obezitu kategorizuje do několika skupin:

Obezita běžná

- Je multifaktoriálně podmíněna větší dědičnou dispozicí vůči obezitogenním proměnným zevního prostředí a tvoří více než 90 % všech případů obezity.

Obezita vyvolaná léky

- Stále běžnější, protože jsou předepisovány další léky, které regulují hmotnost nebo přímo adipogenezi v tukové tkáni.

Obezita endokrinně podmíněná

- Tento typ obezity je relativně vzácný: může být příznakem endokrinního onemocnění (obezita u Cushingova syndromu) nebo se často vyskytuje ve spojení s ním, ale není jeho specifickým symptomem (obezita při hypotyreóze).

Obezita monogenní

- Je vzácný stav charakterizovaný těžkou obezitou v dětství a způsobený mutací jednoho genu, která obvykle narušuje regulační osu leptin-melanokortin.

Syndromy provázené obezitou

- Jsou extrémně vzácné mendelovsky děděné poruchy, které jsou doprovázeny různými vrozenými abnormalitami.

Obezita podmíněná jinými patogenetickými faktory

- Adenovirové infekce, nedostatečná délka spánku atd.

1.3 Výskyt nadváhy a obezity

Obezita se v posledních desetiletích objevila jako světový zdravotní problém. Význam tohoto onemocnění se ukazuje ve vytvoření Mezinárodní pracovní skupiny pro obezitu Světovou zdravotnickou organizací, která sdružuje národní obezitologické společnosti z více než třiceti zemí. Obezita dnes zažívá velký rozmach ve Spojených státech amerických, kde počet lidí s obezitou rychle roste v podmínkách dostatku jídla a nedostatku aktivity. Obezita v Evropě dramaticky vzrostla, zejména kolem konce dvacátého století, přičemž Česká republika patří z hlediska prevalence mezi přední evropské země. Postihuje zhruba 20 % dospělé populace středního věku (BMI > 30),

z čehož vyplývá, že každý pátý český jedinec je obézní. (Machová, Kubátová a kol., 2015, s. 239)

Obezita se stává častějším, jak lidé stárnou, a vrcholí kolem 50 - 60 let. Taktéž je hojnější u žen než u mužů. Po porodu je pro ženu hubnutí těžší. Výskyt obezity snižuje vyšší vzdělání a lepší ekonomické postavení. Váhu členů rodiny ovlivňují rodinné stravovací návyky, ale roli hraje i genetická predispozice. Přítomnost obezity v populaci je ovlivněna stravovacími zvyklostmi konkrétní národní kuchyně (zejména oblibou tučných jídel). Užívání alkoholu způsobuje také nárůst hmotnosti. Když nemáte dostatek pohybu, přibíráte na váze. (Machová, Kubátová a kol., 2015, s. 239)

1.4 Formy nadváhy a obezity

Obecně rozlišujeme tukovou tkáň podkožní (subkutánní) a nitrobřišní (viscerální). Podkožní tkáň obsahuje 70-80 % celkové tukové tkáně v těle. I když je aktivních pouze 20 až 30 % celkového tuku v těle, nitrobřišní tuková tkáň je metabolicky aktivnější. Podle místa ukládání tuku rozlišujeme v lidském těle dvě hlavní formy obezity - gynoidní a androidní. O gynoidní formu obezity se jedná, pokud je v oblasti hýždí a stehen více tukové tkáně. Gynoidní obezita je častější u žen. U této formy je méně pravděpodobné, že způsobí metabolické problémy. Druhá forma obezity, známá jako androidní nebo centrální obezita, je definována hromaděním nitrobřišního tuku a je spojena s významným rizikem metabolických a kardiovaskulárních onemocnění. Množství nitrobřišního tuku můžeme vypočítat pouhým měřením obvodu pasu. Centrální obezita je podle Mezinárodní diabetologické federace definována jako obvod pasu 94 cm u mužů a 80 cm u netěhotných žen. I když je výpočet BMI normální nebo na stupni nadváhy, tak se stoupajícími hodnotami jsou lidé náchylnější k rozvoji metabolických následků obezity. (Langová, 2018, s. 14)

1.5 Diagnostika nadváhy a obezity

Diagnostika pacienta s nadváhou nebo obezitou začíná anamnézou, která se zaměřuje na konkrétní obavy týkající se onemocnění, po které následuje objektivní vyšetření. K dispozici jsou laboratorní vyšetření, stejně jako testy k odhalení příčin sekundární obezity, pokud existuje klinické podezření. Dalším testem je zjištění tělesného složení, které je základem diagnózy. Dle definice WHO se pro stanovení diagnózy používá index tělesné hmotnosti (zkráceně BMI - Body Mass Index) k přesnější diagnóze je však

potřebné i stanovení obsahu a rozložení tuku v těle. Rozhodující je zhodnocení stavu energetické bilance, tj. energetického obsahu v příjmu potravy a energetickém výdeji. Do hodnocení jsou zahrnuty i funkční testy, které charakterizují metabolický stav pacienta a zhoršující poruchy. (Hainer, 2011, s. 163)

1.5.1 Anamnéza

Při anamnéze je třeba zvážit přítomnost obezity v rodině, hmotnost při porodu, vývoj hmotnosti během života, kolísání hmotnosti a etapu života, ve které ke změně hmotnosti došlo poprvé. Sestavení léčebného plánu napomohou informace týkající se stravovacích návyků a preferencí pacienta. Rozhodujícím faktorem je anamnéza pohybové aktivity v dospívání, během života i dnes, stejně jako historie kouření, potíží se spánkem a léčba léky vyvolávajícími nadváhu/obezitu. Předchozí léčba u pacienta je pro budoucí léčbu velmi významná. Též je nutno zjistit motivaci k léčbě, ať už estetickou či zdravotní, protože je dána i motivací pacienta z hlediska výsledků léčby. (Hainer, 2011, s. 163) Pokud pacient netouží zhubnout sám a nemá motivaci, je málo pravděpodobné, že bude úspěšný.

1.5.2 Vyšetření

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

Fyzikální vyšetření zahrnuje výšku a váhu (index tělesné hmotnosti se určuje na základě naměřených hodnot), obvod pasu, obvod boků, krevní tlak (pozor na vhodnou velikost manžety) a puls. Taky zjišťujeme onemocnění související s nadváhou/obezitou, ke kterým se řadí například kardiovaskulární potíže: srdeční selhání, poruchy srdečního rytmu, hypertenze nebo revmatologické: kloubní deformity, poruchy končetin, páteře. Taktéž respirační problémy jako je dušnost nebo endokrinní abnormality: strie, štítná žláza, hirsutismus, gynekomastie, chronická žilní insuficience, lymfedém na dolních končetinách. (Krahulec, 2015, s. 56)

Objektivní vyšetření pacienta s nadváhou/obezitou zahrnuje zjištění typu obezity, psychomotorického tempa, tvaru obličeje- hirsutismus, měsícovitý, strie a jejich lokalizace,

štítnou žlázu, hernie, známky artrózy, lymfedém, mykózy, varixy či chronickou žilní insuficienci. (Hainer, 2011, s. 163)

Laboratorního vyšetření zahrnuje lipidové spektrum, glykémii, jaterní testy, kyselinu močovou a TSH neboli hormony štítné žlázy, hladiny TSH. Měření volného kortizolu v moči doplňujeme při podezření na Cushingův syndrom. Pokud má pacient podezření na genetické onemocnění, které je doprovázeno obezitou nebo monogenní obezitou, měl by být odeslán do specializované ambulance. (Braunerová a Hainer, 2010, s. 20). Dle Kunešové (Hainer, 2011, s. 163) do laboratorních odběrů řadíme celkový cholesterol, triacylglyceroly, HDL - cholesterol, LDL - cholesterol, glykemie bazálně, postprandiálně (inzulin, C-peptid, glykovaný hemoglobin, glykované proteiny, popř. OGTT včetně inzulinu a C-peptidu), kyselina močová, ALT, AST, ALP, GMT, bilirubin, urea, kreatinin, ionty, moč + sediment, krevní obraz, TSH a EKG. Při zvýšení hladiny TSH je nutné vyšetřit volné frakce protilátek a hormonů štítné žlázy.

BMI měření (Body Mass Index)

Obezitu nejčastějším způsobem hodnotíme tzv. indexem tělesné hmotnosti – BMI (Body Mass Index). Je to podíl tělesné hmotnosti a druhé mocniny výšky těla v metrech:

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

Ovšem hodnocení obezity podle BMI nezohledňuje spoustu aspektů. Především u mužů může BMI ovlivnit množství svalové hmoty, kdy se mohou snadno dostat na stupeň nadváhy či obezity, přičemž obsah tuku může být v normě. Odhaduje, že vyhovující procento tuku u žen se pohybuje mezi 23 a 30 %, zatímco u mužů mezi 20 a 25 %. Je obtížné získat přesné měření tělesného tuku. Obezita je definována jako BMI vyšší než 30 kg/m² u dospělých, nadváha je definována jako BMI 25 - 29,9 kg/m². Obezita postihuje v určité fázi života většinu lidí s nadváhou. Měření BMI obezity na druhou stranu ignoruje řadu faktorů. BMI může mít vliv na množství svalové hmoty, kdy se může rychle blížit nadváze nebo obezitě, zatímco tuk může být normální, zejména u mužů. (Kasalický, 2011, s. 14 - 15)

Tabulka 1 - Index tělesné hmotnosti

BMI	Kategorie	Zdravotní riziko
Pod 18,5	podváha	nebezpečí anorexie
18,5 - 24,9	normální váha	minimální
25 - 29,9	nadváha	středně vysoké

30 - 34,9	obezita	vysoké
35 - 39,9	obezita II. stupně	vysoké
40 a více	obezita III. stupně	velmi vysoké

Brocův hmotnostní index (ideální = výška (cm) - 100, plus minus 15 % pro muže a 10 % pro ženy) se používal dříve. Případně porovnání hmotnosti s ideální hmotností na základě tabulek, ve kterých byla nejlepší hodnota hmotnosti určena ta s nejnižší úmrtností. Hmotnost se měří na váze ve spodním prádle, bez bot, ráno nalačno, přičemž váha je rovnoměrně rozložena na obě chodidla a člověk stojí na místě. Plocha, na které stojí je kolmá ke svislé ose výškoměru. (Hnatiak, 2016, s. 24 - 25)

$$(BI) = H [\text{kg}] / (V [\text{cm}] - 100)$$

Antropometrické měření je měření obvodu pasu. V polovině mezi hřebenem kyčelní kosti a žebním obloukem by měl být obvod pasu. Přesné umístění páskové míry je u tohoto typu měření podstatné, protože má významný dopad na výsledek. Při správné metodě je toto měření velmi výhodné. Další antropometrickou metodou je použití páskové míry k měření obvodu boků a obvodu stehna. Obvod boků se měří v prostoru hýžd'ové krajiny, na stehně vodorovně v nejvyšším bodě. Schopnost měřit kožní řasy na končetinách nebo trupu a určit poměr mezi různými typy řas je umožněna určením orientace uložení podkožní tukové tkáně (centrální, periferní). K provádění tohoto typu měření se používá nástroj zvaný kaliper. (Hainer, 2011, s. 167)

Bioelektrická impedance (BIA) je založena na představě odporu elektrického proudu, jak proudí tělem. Tkáně s nižším obsahem vody lépe odolávají elektrickému proudu a mají větší objem těla. Přestože předchozí výzkum odhalil vysokou míru chyb měření, současná zařízení poskytují přesné a spolehlivé výsledky z hlediska celkového obsahu vody v těle a hmoty bez tuku. Věk, pohlaví a etnická příslušnost jednotlivců by se měly měřit pomocí konkrétních předem definovaných údajů na zařízení. Většina zařízení nemá specifikované požadavky na zpracování měření sportovců. (Hnatiak, 2016, s. 25)

1.6 Léčba nadváhy/obezity

Obezita a nadváha se léčí aktivní změnou postoje ke způsobu života. Příjem energie musí být přizpůsoben aktuálnímu výdeji, poté co byl buď zvýšenou spontánní fyzickou aktivitou, nebo cvičením zvýšen. Je důležité zvážit a poučit se z předchozích iniciativ

hubnutí, úspěšných i neúspěšných. Je ztráta času neustále hledat určitou dietu, která vás dokáže udržet na zdravé váze donekonečna. (Owen, 2012, s. 22)

1.6.1 Konzervativní

Dietoterapie je nejběžnějším postupem používaným k léčbě obezity. Není to však jediná možnost terapie, a pokud se užívá samostatně, je obvykle neúčinná. Obézní lidé mohou být léčeni kombinací léčby, včetně psychoterapie, fyzické aktivity, léků a chirurgické léčby. Dietní léčba je důležitým postupem, který je nezbytný pro všechny pacienty. (Černohousová, 2018, s. 31)

Dietní doporučení by mělo být obecně založeno na přehledu současného jídelníčku a také na výpočtu příjmu bílkovin, energie. Energetický příjem by měl být snížen o 10 % - 20 % oproti původní stravě. Konzumace bílkovin, které spolu s vlákninou a komplexními sacharidy hrají významnou roli při navození pocitu sytosti i při takto změněném energetickém příjmu. (Owen, 2012, s. 24)

Při doporučování redukčních diet musíme zvážit energetickou hladinu důležitých živin. Je možné odhadnout obsah energie na základě procenta tuku ve stravě, je však třeba vzít v úvahu i obsah vlákniny. Střevní bakterie rozkládají vlákninu a vedlejší produkty tohoto trávení se vstřebávají. Navzdory tomu je množství energie, které obsahuje, zanedbatelné. Čím více je vlákniny ve stravě, tím má relativně nižší energetickou hodnotu. (Černohousová, 2018, s. 32)

Před zahájením **farmakologické léčby** je důležité pacienta několik měsíců sledovat. V této době je kladen důraz na úpravu stravy, zvýšení fyzické aktivity a nastolení správného denního režimu tak, aby byl účinek léků maximalizován. Lék Orlistat patří do skupiny farmak blokujících vstřebávání tuku. Xenical tbl. 120 mg a Alli tbl. 60 mg je k dispozici na předpis. Orlistat má pouze lokální účinek, nevstřebává se do těla, což znamená, že nemá žádné systémové negativní účinky. Pouze dietní chyba může způsobit průjem nebo plynatost. Phentermine, také známý jako Adipex, je primární lék proti obezitě. Většina obezitologů přestala tento lék používat kvůli vysoké míře nežádoucích účinků a návykovosti spojené s dlouhodobým užíváním. (Kasalický, 2011, s. 30)

Součástí terapie obézních jedinců je i **péče psychologická**, která se zaměřuje na subjektivní obtíže a duševní choroby. Jedná se o péči, která je přizpůsobena individuálním potřebám pacienta. Psychologický stav, predispozice k obezitě a progresi obezity, to vše se zjišťuje psychologickým posudkem. Zaměřuje se na rozdíly

ve stravovacích návycích, nepravidelnost a rychlé požívání stravy. Poradenství si klade za cíl pomoci obézním lidem překonat jejich špatné stravovací a pohybové návyky. Poskytuje a zprostředkovává informace a metody pro udržení zdravého životního stylu. Cílem psychoterapie je nalézt řešení problému, který zasahuje do schopnosti žít plnohodnotný život. „Metoda posilování vůle“, která pomáhá při rozhodování a následné realizaci cílů vedoucích ke snížení hmotnosti, se používá u obézních jedinců, kteří postrádají osobní odhodlání, motivaci a vůli zhubnout. Kognitivně - behaviorální přístup ve skupinách je nejúspěšnější psychoterapií. Tato strategie má za cíl změnit chování obézních jedinců, zejména vliv emocí a myšlenek ve vztahu k jídlu. Společně stanoví jídelníček a zároveň do svého života zařadí fyzickou aktivitu. (Langová, 2018, s. 22)

Pohyb vede ke zvýšené oxidaci tuků a lipolýze v tukové tkáni a také ke zvýšení celkového energetického výdeje. Fyzická aktivita v kombinaci se zdravou stravou pomáhá minimalizovat ztrátu svalové hmoty, snižuje inzulínovou rezistenci a zvyšuje kardiorespirační zdatnost. Už 30 minut středně intenzivní fyzické aktivity pětikrát týdně zlepšuje kardiorespirační výkon (tj. tři desetiminutové procházky v rychlejším tempu denně). Dochází také k poklesu krevního tlaku, poklesu hladiny triglyceridů a současně ke zvýšení hladiny HDL cholesterolu. Výsledkem je navození stavu metabolické zdatnosti, tedy fyzická aktivita zlepšuje metabolické rizikové faktory aterosklerózy. Chůze, jízda na kole nebo cvičení na kole a plavání jsou nejlepší cvičení pro pacienty s nadváhou/obezitou. Výdej energie se pohybuje kolem 1500–1800 kcal, neboli 6300–7500 kJ/týden. (Kunešová, 2004, s. 438 - 439)

1.6.2 Chirurgická

Ke zvládnutí obezity se používají restriktivní (bandáž žaludku, sleeve gastrektomie), zkratové (intestinální bypassy) a kombinované chirurgické nebo bariatrické výkony. V České republice se ročně provede přes 1600 bariatrických operací, přičemž nejoblíbenější jsou restriktivní výkony. Obezita s BMI 35-40 kg/m², selhání konzervativní léčby a participující pacient psychicky vhodný k výkonu, to vše jsou indikace k chirurgické léčbě. Pouze pokud je pacientovi vhodně a správně doporučena bariatrická léčba, může dojít ke značnému a dlouhodobému úbytku hmotnosti. Tyto operace by měli provádět specializovaní bariatrickí chirurgové a dlouhodobá pooperační péče by měla být poskytována v úzké mezioborové spolupráci (obezitolog, internista, psycholog a další). (Bednářová, 2015, s. 32)

1.7 Komplikace nadváhy/obezity

Obezita má dopad na celé tělo. Primárním problémem obezity je vznik zdravotních dopadů, zejména kardiovaskulárních, metabolických a pohyblivých problémů. Uvádí se, že obezita postihuje 60 % pacientů s diabetem 2. typu, přičemž u 20 % se v důsledku obezity rozvine hypertenze a ischemická choroba srdeční. V 10–30 % případů se předpokládá, že obezita hraje roli v karcinogenezi. Obézní lidé nyní častěji onemocní rakovinou prsu, dělohy, prostaty a tlustého střeva. Tyto hlavní problémy mají dopad jak na kvalitu, tak na délku života. (Hainer, 2011, s. 24)

Přehled komplikací obezity (Kaloušková a Kunešová, 2008, s. 7):

1. Metabolické komplikace

- inzulinorezistence – hyperinzulinemie – porucha glukózové tolerance – diabetes mellitus;
- poruchy metabolismu lipidů;
- hyperurikemie;
- zvýšená koncentrace fibrinogenu a PAI-1 (zejména u androidní obezity).

2. Kardiovaskulární komplikace

- ischemická choroba srdeční ve všech svých projevech;
- hypertenze;
- snížená kontraktilita myokardu – systolicko-diastolická dysfunkce – srdeční selhání;
- arytmie a náhlá smrt;
- cévní mozkové příhody;
- tromboembolická nemoc;
- varixy.

3. Respirační poruchy

- pikwickův syndrom;
- syndrom spánkové apnoe.

4. Endokrinní poruchy

- hyperestrinismus (při zvýšené aromatizaci androgenů na estrogény v tukové tkáni);
- hyperandrogenismus u žen;
- hypogonadismus u mužů s těžkou obezitou;
- hyperkortizolismus s poruchou supresibility sekrece kortizonu;
- snížená sekrece růstového hormonu;

- změněná aktivita sympatoadrenálního systému.

5. Gynekologické komplikace

- poruchy menstruačního cyklu a infertilita;
- zvýšený výskyt karcinomu ovaria, cervixu dělohy, endometria a prsu (vliv hyperestrinizmu);
- komplikace v těhotenství a při porodu;
- záněty.

6. Gastrointestinální komplikace

- hiátová hernie a gastroesofageální reflux;
- steatóza jater, cholelitiáza, cholecystitida, pankreatitida.

7. Chirurgické a ortopedické komplikace

- horší hojení ran, kýly, úrazy;
- degenerativní onemocnění kloubů a páteře, zejm. gonartróza a coxartróza.

8. Kožní komplikace

- ekzémy, mykózy, strie, celulitida;
- hypertrichóza, hirsutizmus.

9. Psychosociální komplikace

- společenská diskriminace;
- deprese, úzkost, poruchy příjmu potravy.

1.8 Prevence a udržení optimální hmotnosti

Pokud pouze zvažujete, proč chcete zhubnout, mějte na paměti, že štíhlost není přirozenou zárukou osobního štěstí ani všelékem na všechny vaše problémy. Abyste byli šťastní, zdraví, oblíbení nebo zlepšili své manželství, nestačí zhubnout. Očekávání, která jsou nerealistická, mohou vést ke zklamání a návratu k předchozím negativním návykům. Přesto máte možnost změnit svůj životní styl a stravovací návyky. Když zhubnete, s největší pravděpodobností se budete cítit lépe a prokážete, že jste schopni ovládat svůj osud a zdraví. Vaším cílem by měla být harmonie, přiměřené proporce vaší tělesné hmotnosti, konzumace jídla, pohybu a života. Jak možná víte, dosažení klidu a udržení vyrovnané kondice je nepřetržitý proces vyvažování všech myslitelných vlivů a skutečností, proces, který nikdy nekončí. Máte příležitost začít dnes, i když pokračování může být vyčerpávající. (Krch a Málková, 2001, s. 105)

Ve srovnání s mnoha studii o hubnutí je studií udržování hmotnosti jen málo. Chytlavé prohlášení nebo reklama na dlouhodobé udržení hmotnosti není téměř nikdy součástí komercializace hubnutí. Možná, že posedlost naší společnosti rychlými, okamžitými a krátkými odpověďmi na problémy vysvětluje nedostatek nadšení a zaměření na udržení hmotnosti. Dr. Scott Rigden, specialista na hubnutí, si všiml, že jen velmi málo nových obézních pacientů přichází do ordinace s úmyslem udržet úbytek hmotnosti. Každý může souhlasit s tím, že udržet si zdravou váhu není zdaleka tak zábavné a vzrušující jako hubnutí a zažívání úžasných pocitů a fyziologických změn, které s tím přicházejí. (Steelman and Westman, 2016, p. 170)

Mnoho studií zjistilo, že tělo po hubnutí má kompenzační fyziologické změny. Tyto změny, jako je stabilita počtu tukových buněk, větší citlivost na inzulín, nižší energetický výdej a zvýšená aktivita lipoproteinové lipázy se používají k ospravedlnění pesimistického pohledu na trvalý úbytek hmotnosti. (Steelman and Westman, 2016, p. 170)

Rigden (Steelman and Westman, 2016, p. 170) píše, že Rebecca Voelker, editorka JAMA The Journal of the American Medical Association, na druhou stranu vyvrací široce rozšířený názor, že tělo s nadváhou by se vždy vrátilo na svou stanovenou hmotnost. Zmiňuje četné studie, které neprokazují žádné abnormální změny klidové rychlosti metabolismu v důsledku zmenšení tělesné hmotnosti. Rigden toto tvrzení též podporuje. Editorka zmiňuje spuštění registru kontroly hmotnosti v roce 1994, který obsahuje údaje o skoro šesti tisících jedincích s nadváhou nebo obezitou, kterým se podařilo udržet si ztrátu necelých čtrnácti kilogramů po dobu téměř šesti let. (Voelker, 2007, p. 272)

Wang et. al. (2012, p. 1548) píše, že cirkulující angiotenzin-konvertující enzym (ACE), glykoprotein patřící mezi peptidázy, by mohl být užitečným nástrojem pro predikci účinnosti udržení snížení hmotnosti. Studovali 125 zdravých mužů s nadváhou nebo obezitou, kteří podstoupili 8týdenní program hubnutí a poté si nechali 6 měsíců sledovat hladiny ACE v séru. Závěrem studie bylo, že větší redukce ACE při hubnutí je pro hubnutí výhodná.

2 EDUKACE V OŠETŘOVATELSTVÍ

2.1 Vymezení základních pojmů

„Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech. Edukace znamená výchovu a vzdělávání jedince. Oba dva pojmy se navzájem prolínají a nelze je od sebe příkře oddělit“ (Juřeníková, 2010, s. 9).

Ošetřovatelská edukace je kvalifikovanou pomůckou pro pacienty ohrožené nemocí, stresovými situacemi a dalšími problémy, proto musí být plánována a zajišťována z hlediska didaktického, v souladu s didaktickými podmínkami a zásadami. Dosáhneme holistického přístupu a zvýšíme tak stupeň vzdělání a hodnocení, což ovlivní klientovu znalost a snahu o uzdravení a zvýšení kvality života. Učí se, jak rozpoznat svůj vlastní zdravotní stav a potenciální abnormality. Edukace zohledňuje aktuální fyzický a psychický stav pacienta a tomu ho sestra přizpůsobuje. (Kordulová a Rebcová, 2019, s. 193)

Edukační proces: je činnost lidí, kteří se záměrně nebo náhodně účastní procesu učení. Od narození až do konce života probíhají vzdělávací procesy. Osvojení mateřského jazyka dítěte je jedním z příkladů vzdělávacího procesu. Při interakci s matkou a dalšími lidmi se dítě vědomě i náhodně učí komunikačním dovednostem. (Juřeníková, 2010, s. 10)

Edukant: je, bez ohledu na věk nebo prostředí, ve kterém vzdělávání probíhá, předmětem studia. Nejčastější subjekt ve zdravotnickém kontextu je buď nemocný, nebo zdravý klient. Edukantem může být i zdravotnický pracovník, který si své znalosti a dovednosti neustále zdokonaluje. Každý edukant má odlišnou osobnost, která je definována fyzickými (např. věk, zdraví, pohlaví), afektivními (např. motivace, postoje) a kognitivními vlastnostmi (např. schopností učit se). Dále jej také ovlivňuje etnická příslušnost, víra, sociální prostředí, ve kterém jedinec žije a sociokulturní podmínky. (Juřeníková, 2010, s. 10)

Edukátor: je účastníkem vzdělávací (edukační) aktivity. V této souvislosti jsou to nejčastěji lékaři, všeobecné sestry, porodní asistentky, fyzioterapeuti, nutriční terapeuti a jiní zdravotníci. (Juřeníková, 2010, s. 10)

Edukační konstrukty: jsou plány, legislativa, předpisy, vzdělávací standardy a učební materiály, které ovlivňují hodnotu edukačního procesu. (Juřeníková, 2010, s. 10)

Edukační prostředí: je prostředí, ve kterém se edukace uskutečňuje. Ergonomické podmínky učebního prostředí, jako je osvětlení, barva, zvuk, prostor a nábytek, sociální

klima a atmosféra edukaci ovlivňují. Příkladem edukačního prostředí je ambulance, kde probíhá edukační proces, kde je edukátorem všeobecná sestra a edukantem je pacient. (Juřeniková, 2010, s. 10)

2.2 Rozdělení edukace

Podle Juřenikové (2010, s. 11 - 12) můžeme rozdělit edukaci na základní, reedukační a komplexní. Základní edukace je taková edukace, kdy jsou edukantovi předávány dovednosti a znalosti a také touhu změnit postoje, jako například v případě nově objevené nemoci. Reedukační edukace staví na předchozích znalostech, včetně opakování a oživení základních informací. Za komplexní edukaci považujeme předávání ucelených vědomostí, budování postojů a dovedností, které vedou k udržení nebo zlepšení zdraví.

Edukační činnost lze dle Krátké (2016, s. 51) rozdělit dle druhu na: primární, sekundární a terciární prevenci.

Primární: Patří sem preventivní prohlídky, očkování, prevence nemocí - např. žloutenka; výchova ke zdravému životnímu stylu; prevence užívání návykových látek apod.) Cílovou skupinou jsou zdraví lidé.

Sekundární: vysvětluje a specifikuje informace za účelem vyléčení (úkolem sestry je zjistit, zda je místo pro rehabilitaci, držení diety atd.).

Terciární: Edukace se zaměřuje na stabilizaci onemocnění, prevenci snižování soběstačnosti a dalších problémů (chronická onemocnění).

2.2.1 Formy edukace

- **Individuální** - edukant a edukátor jsou v úzkém kontaktu. Edukanti spolu nespolupracují, místo toho pracují samostatně. O obsahu výuky rozhodují konkrétní potřeby edukanta. Tento typ edukace je nejčastěji poskytován v ambulanci, na nemocničním lůžku nebo v ordinaci praktického lékaře. (Juřeniková, 2010, s. 34 - 35)
- **Skupinová** - systém, který dělí edukanty do různě velkých skupin. Nejčastěji se využívá v lázních nebo při tzv. svépomocných skupinách. Skupina 3 - 5 osob je optimální (malá skupina). Skupina může být založena na základě našich vlastních osobních zájmů (neformální) nebo na základě specifických kritérií (formální). Věk, pohlaví, druh nemoci a úroveň znalostí, to vše lze použít jako kritéria pro stvoření skupiny. Pomocí stanovených kritérií můžeme rozlišit homogenní a heterogenní skupiny. Homogenní (stejnorodé) skupina zahrnuje edukanty, kteří mají stejný

zdravotní problém, mají podobné znalosti, dovednosti a zkušenosti. V heterogenní (různorodé) skupině jsou edukanti s různou mírou odbornosti a zkušeností. Při vytváření skupin samozřejmě musíme zohledňovat mezilidské interakce i preference jednotlivých edukantů. (Juřeníková, 2010, s. 35 - 36)

- **Hromadná** - ve srovnání s předchozími dvěma typy výuky se hromadná výuka zaměřuje na větší počet lidí. Pro všechny účastníky je obsah stejný. Používá se ve zdravotnictví, když chceme sdílet stejný obsah s účastníky. Běžnou metodou při hromadné výuce je například přednáška. (Juřeníková, 2010, s. 36)
- **Smíšená** - výhoda ve využití obou předchozích. Edukant v přímém kontaktu s lektorem a zároveň plní edukační aktivity v domácím prostředí. (Juřeníková, 2010, s. 37)

2.2.2 Metody edukace

Metodou se rozumí způsob, jakým jsou informace či znalosti nebo dovednosti předávány. Proto jsou edukační metody označovány za cílevědomé postupy, které slouží k předávání znalostí a osvojování si určitých návyků. Pro edukátora jsou významným prostředkem k realizaci edukačního procesu. (Svěráková, 2012, s. 38)

Rozdělení metod závisí na hledisku pramene poznání a typu poznatků. Dělíme pak na metody slovní = teoretické, metody názorně - demonstrační = teoreticko-praktické a metody praktické. (Skalková, 2007, s. 184 - 185)

Existuje celá řada edukačních metod, ve zdravotnictví se nejčastěji užívají přednáška, vysvětlování, instruktáž a praktické cvičení, rozhovor, diskuze, konzultace, brainstorming, práce s textem a e-learning. (Juřeníková, 2010, s. 37-47)

2.2.3 Fáze edukace

1. Fáze počáteční pedagogické diagnostiky

Během této fáze se edukátor snaží odhalit úroveň edukantových znalostí, návyků, schopností a postojů. Taktéž zjišťuje edukační potřeby. Požadované informace získává metodami, jako je rozhovor nebo pozorování. Tato fáze je rozhodující pro stanovení cílů edukace v budoucnosti. Na základě posouzení edukanta vyhodnocujeme edukační potřebu (záměr), je nutné jednoznačně definovat a zapsat do dokumentace. (Krátká, 2016, s. 41)

2. Fáze projektování

Edukátor stanoví vzdělávací priority, stanoví cíle kognitivní, psychomotorické a afektivní (všechny by měly být realistické), dále volí techniky, formu, obsah, prostředí (ve kterém

bude vzdělávání probíhat), pomůcky, časový rámec a tak dále. Edukační diagnózy kategorizujeme jako aktuální nebo potenciální. Formulujeme diagnózy spadající do kategorie nedostatku vědomostí, dovedností nebo motivace. (Krátká, 2016, s. 42)

3. Fáze edukačního procesu - příprava edukačního plánu

Dělí se do několika částí:

1. motivace edukanta;
2. expozice;
3. fixace;
4. průběžná diagnostika;
5. aplikace. (Krátká, 2016, s. 42)

4. Fáze upevnění a prohlubování učiva (realizace)

Je důležité pamatovat na to, že pokud se učivo nepochví, druhý den se z 50 % zapomene. Zamýšlené vyučovací taktiky jsou implementovány tak, aby bylo dosaženo požadovaného výsledku, přičemž je třeba vzít v úvahu věk klienta a jeho konkrétní vlastnosti. (Krátká, 2016, s. 42)

5. Fáze zpětné vazby (vyhodnocení)

Zjišťování, zda byly splněny stanovené edukační cíle, zda si klient osvojil požadované znalosti (kladení otázek a vyhodnocování klientových odpovědí) a dovednosti (pozorování dovedností klienta při plnění praktických úkolů), hodnocení cílů efektivnosti edukačního plánu. (Krátká, 2016, s. 42)

2.2.4 Cíle

Cíl správné edukce musí být jasně definován a být pečlivě stanoven na základě požadavků a schopností klienta. Edukátor musí vědět, jakou transformaci chce vidět. Cíl lze definovat ve spolupráci s pacientem, pro kterého to bude zároveň motivující. Pro správný výsledek je důležitým faktorem pochopení dané problematiky. Poté, co klient dokončí edukaci, potřebujeme zpětnou vazbu, která zajistí, že rozumí a zapamatuje si vše, co mu bylo předáno. Edukační cíl je konečným výsledkem celého procesu. Tyto cíle lze rozdělit do dvou kategorií: krátkodobé a dlouhodobé. Edukační cíl je charakterizován přiměřeností, což naznačuje, že musí být dosažitelný. Musí být také dostatek prostoru pro kontrolu cíle.

Při psaní cílů je nejlepší používat aktivní slovesa a psát je z pohledu edukanta. (Juřeníková, 2010, s. 27)

2.2.5 Osobnost edukátora

V nynější době jsou dány stále vyšší požadavky na edukaci. Těmto požadavkům se musí přizpůsobit i zdravotník, který plní roli edukátora. Očekávané chování jedince považujeme za roli, která úzce souvisí s jeho sociálním postavením. Charakterové (trpělivost, tolerance, důslednost a zodpovědnost), intelektové (analýza edukačních potřeb), senzomotorické (dovednost, zručnost), sociální (pozitivní přístup k lidem, komunikační umění), odborné znalosti a dovednosti v oblasti edukace (znát metody, formy vzdělávání a efektivně je využívat v praxi) a autoregulační dovednosti (schopnost adaptace, adaptivního chování) jsou předpokladem úspěšného vykonání edukace. (Juřeníková, 2010, s. 69)

2.3 Role sestry edukátorky

Přestože pro sestru neexistuje dokonalá osobnost, opakované výzkumy odhalily určité předpoklady o osobnosti, které jsou velmi významné, jako je osobnostní zralost, vnitřní stabilita a vyšší frustrační tolerance. Senzomotorické dovednosti (šikovnost, zručnost a pohybová obratnost), estetické (smysl pro úpravu vlastního vzhledu nebo zdravotnického prostředí), intelektuální předpoklady (schopnost řešit měnící se situace, zvolit v dané situaci nejlepší řešení), sociální (pozitivní přístup k lidem, empatie, schopnost ovládat své verbální i neverbální projevy), autoregulační (adaptabilita, sebezapření) a komunikační (schopnost naslouchat, mlčet nebo shrnout), to vše jsou nezbytné předpoklady pro profesi sestry. (Kulhánková, 2014, s. 14)

Práce sestry je z hlediska odborné kvalifikace nesmírně náročná. Osobní způsobilost, odborná příprava, styl práce, způsob života a psychická stabilita sestry jsou také velmi přesné požadavky. Společnost počítá s tím, že sestra zvládne vysoce odbornou činnost s využitím nejmodernějších technologií, že kromě poskytování odborných služeb bude správně a precizně vykonávat řadu administrativních úkonů, bude citlivá k pacientům, unese fyzickou a psychickou náročnost práce a dokáže utlumit osobní, pracovní a rodinné problémy. Všechny tyto požadavky na sestru jsou náročné na její osobnost coby člověka – na profesionální přípravu, styl práce, způsob života a duševní stabilitu. Společnost tedy od sestry očekává zdatnost, a to především fyzickou, a také inteligenci spolu s emoční a sociální složkou osobnosti. Dále se předpokládá přitažlivost, a to nejen ve smyslu fyzickém, ale i odborném, jako je např. dobrá pověst. Je to i důvěryhodnost, k níž přispívá

diskrétnost, spolehlivost i porozumění a komunikační dovednosti typu naslouchání a empatie. (Kulhánková, 2014, s. 14)

Sestra při edukaci dle Havelkové a Tumové (2015, s. 5) poskytuje:

- Informace o nemoci, postupech vyšetření, režimu a správné životosprávě;
- Zkušenosti dalších pacientů (jejich zvládnání nemoci);
- Své zkušenosti;
- Naučné prospekty- letáky, brožury;
- Naučení správných technik a dovedností;
- Návody a rady.

2.3.1 Kompetence všeobecné sestry

Všeobecná sestra ve svém zaměstnání plní nejrůznější úkoly a funkce. Od základní péče sestry až po edukaci pacientů. Edukační role sestry se liší podle toho, zda pracuje v ambulancích nebo na odděleních. Pedagogická role sestry je klíčová nejen pro prevenci, ale i pro správný rozvoj terapie. Všeobecná sestra hodnotí pacientovy znalosti a schopnosti a také problém, se kterým může pomoci edukace. Podává informace v rámci svých kompetencí, pomáhá při úpravě nežádoucích návyků a inspiruje pacienta ke zlepšení jeho zdravotního stavu. Pokračuje ve zlepšování dovedností pacienta, hodnotí jeho pokroky a poskytuje zpětnou vazbu. (Bieliková, 2018, s. 23)

K zajištění vedení správné edukace všeobecná sestra musí mít komunikační a edukační schopnosti a také specifické vlastnosti, jako je empatie, trpělivost a odpovědnost. Pokud sestra některé z těchto vlastností postrádá, může to bránit správnému postupu edukace. Sestra posoudí situaci a stanoví diagnózu. Edukací se pak snaží problém vyřešit. Pacientovi poskytne dostatek znalostí o kompletním edukačním procesu. Všeobecná sestra navíc sleduje pokroky pacienta a žádá o zpětnou vazbu. (Svěráková, 2012, s. 37)

Základy vhodné komunikace jsou zásadním faktorem, kterému by měl každý edukátor porozumět. Verbální komunikace (psaný a mluvený jazyk) je doprovázena paralingvistickými aspekty, mezi které patří srozumitelnost, hlasitost, tempo řeči či melodie. Tyto faktory jsou nezbytné pro to, aby pedagog poskytoval kvalitní výuku. Řeč těla, která vyjadřuje více než mluvené slovo, se nazývá neverbální komunikace. Odehrává se pod úrovní vědomí. I když se člověk hlasově vyjadřuje jakýmkoli způsobem, tělo stále vysílá vnitřní signály, které nejsou vždy viditelné. Postoj, výraz tváře, sdílení pohledů a gesta jsou příklady neverbální komunikace. (Bieliková, 2018, s. 24)

2.3.2 Edukace v ambulanci praktického lékaře

K prvnímu setkání pacienta se zdravotním zařízením dochází v ambulanci. Ať už jde o odbornou nebo speciální ambulanci, sestra je odpovědná za své vlastní úkoly na základě své kvalifikace, kompetencí a schopností. Edukační činnost je jednou z četných povinností sestry v ambulanci. V ambulanci sestra komunikuje s pacientem a v případě potřeby edukace může zapojit do diskuze i jeho rodinu. Sestra pak vyplní anamnézu a zjistí problémy, které pacienta na ambulanci přivedly, a tím prakticky zahájí ošetrovatelský proces. (Hanousková, 2015, s. 23)

Komunikativnost a sociální citění, stejně jako didaktické dovednosti, jsou zásadními vlastnostmi ambulanti sestry. Sestra by také měla být schopna prokázat empatii a ochotu pacientovi pomoci. Je odpovědná za svou práci, formu ošetrovatelského procesu a za standardy, které při práci dodržuje. Sestra jako edukátorka musí umět vytvořit motivující a povzbuzující atmosféru pro učení, podporující prostředí spolu dodržováním přijatelných a vhodných kulturních, etických a profesních standardů a norem. (Hanousková, 2015, s. 23 - 24)

2.3.3 Legislativa

Edukace je zařazena i do činností sestry dle legislativy, a to přesně vyhláškou MZ ČR č. 391/2017 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb. podle § 3 odstavce 1 písmena g) motivuje a edukuje jednotlivce, rodiny a skupiny osob k přijetí zdravého životního stylu a k péči o sebe (Česko, 2017). Účelem edukace je zlepšit kvalitu života nemocných předcházením (prevencí) poškození zdraví, udržováním zdraví a jeho obnovou.

3 EDUKACE PACIENTA S NADVÁHOU A OBEZITOU

Prvotní odpovědností v prevenci obezity je počáteční, hloubková a průběžná edukace pacienta. Úkolem sestry při edukaci pacienta je pomoci pacientovi získat informace, dovednosti a postoje ke zdravému životnímu stylu. Vhodné je edukovat za přítomnosti a účasti celé rodiny pacienta. Je důležité, aby sestra přesvědčila pacienta a jeho rodinu, aby se aktivně účastnili léčebného procesu. (Matyášová, 2015, s. 26)

Obézní pacienti musí dostat dostatek základních informací, aby věděli nejen jak zhubnout, ale také jak svou současnou váhu a životní styl přetvořit na takový, který dodržuje zásady zdravé výživy. Tyto informace by měly být primární a měly by být pacientovi poskytnuty co nejrychleji, aby nedošlo ke zhoršení zdravotního stavu.

3.1 Edukátoři pacientů s nadváhou a obezitou

Mezi odborníky, kteří mají povoleno edukovat pacienty s obezitou, patří nutriční terapeuti, praktičtí lékaři nebo všeobecné sestry či sestry pracující na obezitologických klinikách, specialisté v lázeňských centrech a redukčních klubech. Počet těchto zaměstnanců v posledních letech dramaticky stoupá, a to především díky nárůstu počtu obézních pacientů. (Kokorudz, 2018, s. 31)

3.2 Průběh edukace u pacienta s nadváhou a obezitou

Dle Kokorudz (2018, s. 30) je průběh rozdělen:

- prvním krokem třeba zvolit konkrétní edukační cíl, jako je edukace obézního pacienta (např. výuka se zaměřením na správnou výživu);
- určení anamnézy edukovaného, jeho schopnosti učení a doby, během které trpí nadváhou/obezitou;
- stanovení edukačních cílů (tak, aby jich byl pacient schopen dosáhnout);
- posouzení aktuálního stavu klienta (nálada, důvody změny hmotnosti);
- výběr vhodného vzdělávacího přístupu (rozhovor, prezentace) na základě schopností klienta;
- informovat pacienta o délce edukačního plánu;
- kontrola zpětné vazby pacienta (pochopení edukace);
- hodnocení dosažených výsledků vzdělávání po určité době;
- vysvětlení všech používaných pojmů (odborných, zahraničních);
- dle zájmu domluva reedukace;

- všechny kroky zaznamenat do dokumentace.

Jaké informace by pacient dle Havelkové a Tumové (2015, s. 5) měl v průběhu edukace získat:

- informace, které pacient obdrží při zdravotní péči;
- co očekávat po propuštění domů nebo převozu do jiného zdravotnického zařízení;
- informace o dostupných možnostech zdravotní péče v blízkosti domova pacienta;
- informace o rozsahu požadovaných kontrol a o tom, jak řešit potenciálně nebezpečné situace.

3.3 Edukační proces u pacienta s nadváhou a obezitou

3.3.1 Fáze počáteční pedagogické diagnostiky

První fáze edukačního procesu je posuzování. V této fázi dochází ke sběru informací a ke zjištění individuálních edukačních potřeb pacienta. Využívají se metody pozorování, rozhovoru a písemné analýzy. Taktéž tato fáze hodnotí výchozí stav – úroveň dosavadních vědomostí, motivaci pro učení a současný psychický stav edukanta. Využívají se metody pozorování, rozhovoru a písemné analýzy. (Juřeniková, 2010, s. 21) Zjišťujeme, zdali je pacient orientován místem, časem i osobou, zdali má smyslovou bariéru, jestli je schopen vykonávat činnosti takovým způsobem, jak jsme se předem domluvili, taktéž je důležité vědět, že pacient nemá žádnou významnou bariéru, která by mu bránila vykonávat běžné pohyby. Pacient nám pokládá doplňující otázky, diskutuje s námi na danou tematiku, ptá se na nejasnosti.

3.3.1.1 Stanovení edukační potřeby

Mezi edukační potřeby pacientů s nadváhou a obezitou můžeme zařadit:

- ochota pacienta doplnit si chybějící informace ve vztahu k udržení optimální hmotnosti;
- snaha pacienta získat motivaci ke vhodné sportovní aktivitě;
- nedostatek informací o správném stravování;
- nedostatek vědomostí a dovedností v oblasti správné přípravy a pravidelnosti ve stravě;
- nedostatek vědomostí o vlivu obezity na zdraví a rozvoj dalších onemocnění;
- strach z nezvládnutí dodržování režimových opatření a z důvodu velkého množství nových informací a náročnosti dané problematiky;

- neznalost o důsledcích nedodržování režimových opatření (zhoršení stavu);
- neznalost v oblasti správné skladby výživy.

3.3.2 Fáze projektování

V druhé fázi sestru na základě shromážděných informací stanovuje edukační diagnózy, které se týkají deficitu znalostí, schopností nebo postojů pacienta. Dále v této fázi volí obsah edukace, metody, časový rámeček, formu a prostředí, kde bude edukace probíhat. (Juřeníková, 2010, s. 21)

3.3.2.1 Edukační metody

- ústní- rozhovor, diskuze, konzultace, výklad, vysvětlení;
- poskytnutí informačního letáku;
- demonstrační- ukázka, video.

3.3.2.2 Forma edukace

Individuální - edukační plán je stanoven dle individuálních potřeb konkrétního edukanta, je přizpůsobení tempa, obsahu edukace a potřebám edukantovi, prostor pro ověření pochopení osvojených poznatků, prostor pro dotazování atp.

3.3.2.3 Prostředí edukace

Ordinace praktického lékaře, edukační místnost, domácí prostředí nemocného (pokud vlastní internet, je možný i videohovor), klidné, osvětlené a vyvětrané prostředí.

3.3.2.4 Edukační pomůcky

Informační letáčky, video, pracovní listy, obrázky, brožurky, internet a podobně.

3.3.2.5 Edukační diagnózy

Mezi diagnózy patřící k edukaci obézních pacientů můžeme například zařadit dle NANDA - I (2015-2017, s. 231):

Název a kód: Snaha zlepšit znalosti (00161)

Doména: 5. Percepce/kognice

Třída: 4. Kognice

Definice: Vzorec kognitivních informací vztahujících se ke konkrétnímu tématu nebo k jejich získání, který lze posílit.

Určující znaky: projevuje zájem učit se

3.3.2.6 Formulace edukačních cílů

Sestra stanovuje cíle edukace v oblasti kognitivní, psychomotorické a afektivní, například:

Kognitivní (poznávací)

Pacient ví, které potraviny jsou pro dietu vhodné/nevhodné.

Afektivní (citové)

Pacient cítí zodpovědnost za své zdraví.

Psychomotorické (behaviorální)

Pacient správně dýchá při cvičení.

3.3.3 Fáze realizace

V této fázi dochází k realizaci edukačních jednotek, které mají za úkol pacienta edukovat.

3.3.3.1 Motivace

Základem efektivní edukace je příprava edukantů a vyvolání zájmu k získávání nových znalostí. (Petlák, 2004, s. 270)

3.3.3.2 Expozice

V této fázi se edukanti seznamují s novými poznatky, také by se měli aktivně edukace účastit. (Krátká, 2016, s. 42)

3.3.3.3 Fixace

Ve fázi fixace si procvičíme a zopakujeme získané vědomosti týkající se daného tématu, opakujeme a upevňujeme nové poznatky v návaznosti na předešlé. (Juřeníková, 2010, s. 21)

3.3.3.4 Průběžná diagnostika a aplikace

Prověřujeme pochopení všech nových sdělených informací. Snažíme se, aby pacient dokázal získané informace, vědomosti a dovednosti využít. (Juřeníková, 2010, s. 21)

3.3.4 Fáze upevňování učiva

V této fázi pacient průběžně opakuje nabyté znalosti. Žádoucího výsledku dosáhneme nejlépe s individuálním přístupem a přihlížíme taktéž na věk edukovaného. (Krátká, 2016, s. 42) Poskytneme letáčky popř. brožurky, které si pacient odnese s sebou.

3.3.5 Fáze zpětné vazby

Zhodnotíme, zdali stanovených cílů edukace bylo dosaženo. Jestli pacient spolupracuje, je komunikativní a snaží se dozvědět co nejvíce o dané problematice. (Krátká, 2016, s. 42)
K vyhodnocení zpětné vazby lze použít například dotazník nedokončených vět.

3.4 Komunikace s pacientem s nadváhou a obezitou

Vzhledem k tomu, že obézní pacienti často zažívají diskriminaci v důsledku své hmotnosti, měla by sestra k pacientovi přistupovat se zvýšenou empatií a citlivostí. Při rozhovoru s obézními pacienty je nejlepší, když sestra poskytne všechny informace tak, aby jim pacient rozuměl, měl čas se ptát a měl možnost vyjádřit svůj názor. Vzhledem k tomu, že obézní lidé jsou obecně citlivější a vztahovačtější, než pacienti s normální hmotností, je třeba tyto pokyny dodržovat. Obézní pacienti trpí v důsledku své hmotnosti psychickými problémy, jako je deprese. V tomto scénáři musí sestra zaujmout speciální komunikační přístup a být schopna rozeznat depresivní ladění u obézního pacienta. (Matyášová, 2015, s. 27)

3.5 Doporučení pro pacienta s nadváhou a obezitou

3.5.1 Výživa

Mezi základní zásady racionální výživy patří pestrost stravy, omezení konzumace tuků, sladkostí, alkoholu, kuchyňské soli, zvýšení množství čerstvé zeleniny a ovoce a také dostatečný příjem tekutin. Tato doporučení jsou v dnešní době obecně známá. V této souvislosti například psychologie zdraví zkoumá téma, proč je lidé nedodržují tak úzce, jak by měli. Psychohygienické pokyny pro optimalizaci jídla zdůrazňují význam estetické přípravy jídla a okolního prostředí a také požadavek na klidné prostředí stolování. U lidí, kteří spěchají nebo vynechávají snídani, je větší pravděpodobnost, že ráno zažijí hypoglykémii. To vede ke snížení pracovního výkonu, podráždění, kolísání nálady a dalším problémům. Dehydratace tkání způsobená nedostatečným příjmem vody je srovnatelná. Kritické zhodnocení současného stravování a stravovacích návyků je předpokladem úspěšné racionalizace stravy. Ne vždy máte nejlepší představu o tom, co a jak konzumujete. Rozpoznání vlastních chyb a nutričních nedostatků je naopak užitečné a může sloužit jako motivace k žádoucím úpravám. (Zvítorský, 2014, s. 31)

Desatero racionální výživy dle Zvíťorského (2014, s. 31 - 32) zahrnuje poznatky o vhodném jídelníčku, například zmiňuje: jezte pět až šest jídel denně v pravidelných intervalech. V žádném případě by interval mezi jídly neměl přesáhnout čtyři hodiny. Při jídle se nevěnujte jiným úkolům, nespíchejte a jezte na klidném místě, upravte pitný režim tak, aby příjem tekutin odpovídal výdeji. Za normálních okolností to znamená přibližně 2 litry přijatelných (tj. nesycených) nápojů denně, s upřednostňováním čisté vody, omezte příjem kuchyňské soli na ne více než 5 gramů každý den. Jinak řečeno, snižte množství soli v jídle a vyřaďte ze svého jídelníčku uzeniny, konzervované potraviny a podobně.

3.5.2 Fyzická aktivita

Fyzická aktivita je nezbytnou součástí zdravého životního stylu. Odhaduje se, že přibližně 60–70 % světové populace nemá dostatek pohybu. Nedostatek pohybu je dnes naopak považován za „standardní“ rizikový faktor. V oblastech, kde je obezita rozšířenější, přispívá tomu právě nedostatek fyzické aktivity. (Krčová, 2017, s. 33)

Cvičení a pohyb je důležitým aspektem udržení zdravého životního stylu. Pomáhá při přibírání na váze, zvyšuje spalování tuků a svalovou sílu, snižuje stres, zlepšuje celkovou kondici a udržuje pohyblivost i s přibýváním věku. Pokud nejsme zvyklí sportovat, měli bychom alespoň minimalizovat užívání výtahů a jiných způsobů dopravy a věnovat se lehkému fyzickému cvičení (jako je chůze nebo zahradničení) po dobu alespoň 30 minut denně, tedy 3,5 hodin týdně. (Krčová, 2017, s. 33)

3.5.3 Stres

Stres zažíváme po celý život a souvisí s pojmem zátěž. Pozitivní eustres a negativní distres jsou dva typy stresu. Eustres je nezbytný, protože podporuje vitalitu a kreativitu, ale k distresu dochází, když je například naše práce příliš mnoho a stane se naší zátěží. Je destruktivní pro tělo i duši a čím déle jsme mu vystaveni, tím více je ohroženo naše zdraví. Stres stimuluje hlad díky hormonu, který se nazývá kortizol a může způsobit syndrom vyhoření, který je zvláště častý u žen. Deprese je častější u mužů, ta ohrožuje srdce a krevní oběh. Měli bychom se naučit izolovat se od stresu, abychom se s ním dokázali efektivně vyrovnat. Mezi techniky, které napomáhají zvládnání stresu patří např. meditace, relaxační techniky, autogenní trénink a podobně. (Rodová, 2018, s. 19)

3.5.4 Spánek a odpočinek

Nedostatečný odpočinek zvyšuje únavu a zvyšuje pravděpodobnost vyčerpání. Spánek je nejrozšířenějším typem odpočinku a je důležitým a nezbytným aspektem našeho života. Obezita je dvakrát pravděpodobnější u lidí, kteří spí 5-6 hodin za den než u lidí, kteří spí 9 až 10 hodin denně. Mnoho metabolických a hormonálních problémů, které přispívají k obezitě, je ovlivněno nedostatečným spánkem. Apnoické pauzy, neklidný spánek, chrápání a ranní bolesti hlavy jsou u obézních pacientů běžné. Sestra může pacientovi doporučit, aby spal ve zvýšené poloze o 30 stupňů, což uvolní tlak na bránici. (Matyášová, 2015, s. 17)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

Stanovili jsme si výzkumné otázky, které vycházejí z cílů práce.

4.1 Cíle práce a výzkumné otázky

Hlavní cíl:

Analyzovat faktory a jejich vliv na udržování hmotnosti pacienta s nadváhou a obezitou.

Dílčí cíle:

1. Zjistit bariéry při dodržování režimu u pacienta s nadváhou a obezitou.
2. Zjistit motivaci k úpravě hmotnosti u pacienta s nadváhou a obezitou.
3. Připravit edukační program pro pacienta s nadváhou a obezitou.

Výzkumné otázky:

1. Jaké jsou bariéry při dodržování režimu u pacienta s nadváhou a obezitou?
2. Jaká je motivace pacienta s nadváhou k úpravě hmotnosti?
3. Jaká je edukace pacientů s nadváhou a obezitou o úpravě a udržování hmotnosti?

4.2 Metoda a technika sběru dat

Pro zpracování praktické části bakalářské práce, byla zvolena metoda kvalitativní. „Kvalitativní výzkum je nematematický analytický postup. Může to být výzkum týkající se života lidí, příběhů, chování, ale také chodu organizací, společenských hnutí nebo vzájemných vztahů" (Kutnohorská, 2009, s. 22). Vzhledem k výzkumným otázkám a cílům byla použita technika polostrukturovaného rozhovoru. Polostrukturovaný rozhovor je charakteristický tím, že je veden dialog během předem připravených otázek. Výzkumník může během rozhovoru pokládat doplňující otázky nebo rozhovor usměrňovat (Hendl, 2016). Hlavním cílem výzkumu naší bakalářské práce bylo analyzovat faktory a jejich vliv na udržování hmotnosti u pacienta s nadváhou/obezitou. Hlavní cíl bude naplněn prostřednictvím tří dílčích cílů. První dílčí cíl byl stanoven za účelem zjistit bariéry při dodržování režimu u pacienta s nadváhou/obezitou. Druhý dílčí cíl byl zjistit motivaci k úpravě hmotnosti u pacienta s nadváhou /obezitou. Třetí dílčí cíl byl zvolen připravit edukační program pro pacienta s nadváhou/obezitou. Do výzkumu bylo zapojeno 5 participantů, kteří byli seznámeni se záměrem práce, a také s tím, že jejich účast na výzkumu je dobrovolná a anonymní. Za tímto účelem byly s nimi sepsány *Informované*

souhlasy, jejichž originály jsou uloženy u zpracovatelky. Z důvodu zachování anonymity nejsou přílohou této práce.

4.3 Charakteristika participantů

Do výzkumu je zapojeno celkem 5 participantů, kritéria výběru jsou následující:

- osoby nad 40 let;
- pohlaví není rozhodující;
- v péči praktického lékaře, u nichž je diagnostikována nadváha/obezita BMI nad 25 déle než 2 roky;
- zájem a ochota podílet se na výzkumu.

4.4 Realizace výzkumu

Po předchozí domluvě v ambulanci praktického lékaře byly vybráni participanté, kteří spadají do dané charakteristiky. Data byla získávána individuálním způsobem. Každý rozhovor byl zpracován metodou kódování. Hendl uvádí že: „*kódování nám pomáhá data popsat. Kód je symbol přiřazený k úseku dat tak, že ho klasifikuje nebo kategorizuje. Kódování je ústředním bodem analýzy*“ (Hendl, 2016, s. 232). Tyto rozhovory byly uskutečňovány v domácím prostředí. Před zahájením rozhovoru byli participanté seznámeni s tématem bakalářské práce, bylo jim vysvětleno, že rozhovory budou zaznamenávány na aplikaci diktafon a budou použity pouze pro účely bakalářské práce. Rozhovor se skládá z 14 základních otázek (Příloha P I), které byly dle situace doplňovány nebo upravovány. Tyto otázky byly zaslány předem, aby se na ně mohli participanté připravit. Odpovědi byly přepsány autenticky nebo upraveny tak, aby nezměnily význam samostatné odpovědi participanta. Participanté byli poučeni o právu odmítnout účast ve výzkumu a o zajištění ochrany všech údajů.

4.5 Metoda analýzy dat

Po uskutečnění rozhovorů budou získané informace přepsány. Přepis, umožní analyzovat rozhovory pomocí otevřeného kódování. „*Při otevřeném kódování je text jako sekvence rozbit na jednotky, těmto jednotkám jsou přidělena jména a s takto nově pojmenovanými (označenými) fragmenty textu potom výzkumník dál pracuje.*“ (Švaříček, Šed'ová a kol., 2010, s. 211). Toto kódování jsme provedli metodou papír a tužka. Během zpracování dat jsme opakovaně četli a rozebírali daný text. Poté jsme přiřazovali kódy ke klíčovým slovům. Tyto kódy jsme pak kategorizovaly na jednotky dle jejich významu, které jsme

podrobněji rozpracovali. Porovnáváním jsme pak zjišťovali souvztažnost v odpovědích participantů. U jednotlivých kategorií jsou uvedeny kódy a vybrané výpovědi participantů, vztahující se k danému tématu.

5 INTERPRETACE ANALYZOVANÝCH ROZHovorŮ

V této kapitole jsou uvedeny výsledky získaných pomocí analýzy rozhovorů. Nejprve uvádíme tabulku se základními identifikačními údaji a tabulku pěti zpracovaných kategorií a jejich kódů, které byly vytvořeny na základě získaných odpovědí participantů.

Tabulka 2 - Základní identifikační údaje

Participant	Délka onemocnění	Povolání	Věk	BMI
P1	20 let	Obsluha čističky odpadních vod	50	31,44
P2	od dětství	Uklízečka technické služby	48	39,77
P3	15 let	Pečovatelka sociální služby	45	32,51
P4	25 let	Uklízečka	47	34,82
P5	16 let	Poštovní doručovatelka	47	31,25

Tabulka 3 - Přehled kategorií a kódů

KATEGORIE	KÓDY
Stravovací návyky	Pravidelnost, složení stravy, pitný režim
Pohyb a cvičení	Pravidelnost, aktivita a efektivita
Komplikace	Úrazy, nemoci, finance
Vůle	Psychika, cíle a motivace
Edukace	Odborná, samostudium, nedostatky, osobní zájem

První kategorie se vztahuje k prvnímu dílčímu cíli - zjistit bariéry při dodržování režimu u pacienta s nadváhou a obezitou. Na základě vytvořených kódů je pojmenována kategorie. Kódy se řadí k otázkám číslo 2, 3 s doplňující otázkou o pitném režimu.

KATEGORIE: STRAVOVACÍ NÁVYKY

- *Kód: Pravidelnost*

P1 uvádí: „Snažím se tak třikrát pravidelně a potom už ten zbytek to už je tak sem tam.“

P2: „Čtyřikrát denně. Většinou snídani, svačinu, oběd a svačinu.“

P3: „Stravuju se podle toho, jak mám čas, což je třeba někdy pětkrát za den, někdy je to třikrát za den a nejvíce se stravuju večer, protože mě to uklidňuje.“

P4: „Snažím se pětkrát denně, ale někdy to nevyjde že podle času, takže aspoň třikrát za ten den se najím.“

P5: „Stravuji se snídane, oběd, večere a mezitím nějaká svačinka, večer nějaké brambůrečky a tak dále...“

Hodnocení:

Ze získaných odpovědí, jak často se participantů stravují můžeme vyčíst, že se u participantů pravidelnost se všichni snaží dodržovat minimálně 3 jídla za den,

alespoň snídani, oběd a večeři, což je vyhovující, ačkoliv taktéž záleží na složení dané stravy.

- *Kód: Složení stravy*

P1 uvádí: „No většinou si vaříme, ale když není, tak se prostě zaběhne na nějakou hotovku.“

P2: „Vařím si sama, takové ty nezdravé jídla hlavně.“

P4: „(...) většinou mám svoje všechno jako takto.“

P5: „Úplně neznám, ale s manželem jsem vařivala podle knihy zdravých receptů, tam jsem něco trochu jako pochytila.“

Hodnocení:

Ve většině případů participanti preferují domácí vaření ze surovin, co mají doma, ale příležitostně sáhnou i po hotovce. P5 uvedl, že si odebírá vyvážená jídla z jídelny, naopak P2 si zase vaří doma, ale převážně smažená, nezdravá jídla. 4 participanti z 5 uvedli, že znají, které potraviny je vhodné, a ne tak vhodné do jídelníčku zařazovat, ačkoliv v praxi to u nich moc nefunguje. P3 odpověď neuvedl.

- *Kód: Pitný režim*

P1 uvedl: „Tak za ten den vypiju asi 2 litry většinou jen vody, občas minerálku, ale mám cukrovku, takže sladké vody nepiju. No a v neděli si dám po obědě ze tři pivka.“

P2: „Já piju jen vodu, sladké ne, jen občas nealko ovocné, jinak asi 2 litry za ten den.“

P3: „Já vypiju asi 2 litry, jak kdy. A nejčastěji co je po ruce, ale neperlivého, buď jen vodu nebo i sladké klidně a někdy nealko pivo tak jednou za dva dny.“

P5: „Tak za den si dám většinou dvě kafička a jinak asi 2 litry vody nebo nějaký džus.“

Naopak P4 uvedl: „Já piju hodně teda, řekla bych že kolem čtyř až pěti litrů vody za ten den vypiju a nejvíc piju čistou vodu a nebo čaje od Herbalife neslazené. Jinak pivko a víno si teda neodpustím taky.“

Hodnocení:

Nejčastějším zdrojem tekutin je pro participanty obyčejná voda. Všichni shodně vypijí minimálně 2 litry za den. Další možností jsou neslazené, ne moc silné čaje a také mírně mineralizovaná voda nebo ovocné nealkoholické nápoje. Není vhodné pít limonád, přílišného množství kávy a samozřejmě větší množství alkoholu.

Druhá kategorie se vztahuje k taktéž k prvnímu dílčímu cíli. Na základě vytvořených kódů je pojmenována kategorie. Kódy se řadí k otázkám číslo 5, 6.

KATEGORIE: POHYB A CVIČENÍ

- *Kód: Pravidelnost*

P1 uvedl: „(...) radši si posedím na rybách nebo pracuju na baráku nebo na dvoře. Jinak takto v práci, když bývá dost vody, tak se nadělám aj tam, ale kolikrát si jen zas v pohodě posedím, to záleží na dni.“

P2: „Každý den v práci chodím minimálně 5 km...“

P3: „(...) nachodím se hodně v práci...“

P4: „Každý den, jelikož pracuji pro uklízeč firmu a tam je pohyb pořád a hodně.“

P5: „...jsem poštovní doručovatelka, tak si myslím, že každý den, ale na tuto aktivitu si mé tělo zvyklo, takže si myslím, že to až taková pohybová aktivita není a jinou jako moc neprovozují.“

Hodnocení:

Zde se ve většině participantů shodli, že se věnují každodennímu pohybu, protože pracují ve fyzicky náročném a aktivním zaměstnání, na rozdíl od osob, které pracují v sedavém.

P1 uvedl, že větší aktivitu provozuje jedenkrát týdně. P2 a P4 se stejným zaměstnáním se shodly na tom, že každodenní pohyb v práci je pro ně dostačující, jakožto práce uklízečky.

P3 taktéž uvádí, že se nachodí hodně v práci, vzhledem ke svému zaměstnání pečovatelky.

- *Kód: Aktivita a efektivita*

P1 sdělil: „Znám, ale neprovozují. Někdy sem tam kolo, ale to taky málo. Spíš chodím na ryby.“

P2: „(...) snažím se cvičit a chodím aj s hůlkama někdy...“

P3: „(...) dvakrát týdně s hůlkama, jinak nějaký sport, tak sem tam nějaká jóga.“

P4: „Vhodné aktivity znám, co bych mohla dělat, ale po práci už takto většinou nesportuju. Mám balón gymnastický veliký.“

P3: „Co sem tam mě chytnou záda, tak cvičím na baloně takto ráno na protažení.“

P2: „Mám někde doma nějaké ty gumy a sem tam si teda pocvičím páteř a tak.“

Hodnocení:

Tento kód jsme zařadili k otázce o vhodných a nevhodných aktivitách a využívání pomůcek. První část otázky byla zodpovězena 4 z 5 participanty stejně, že vhodné aktivity znají. P2 a P3 využívají k pohybu hůlky, P2 navíc využívá i cvičicí gumy, ačkoliv moc neví, jak je používat. Taktéž můžeme najít shodné odpovědi, kdy P3 a P4 využívají

k pohybu cvičící balon. P3 sdělil, že ho využívá třikrát týdně protažení. P5 uvedl, že vhodné aktivity nezná a pomůcky nevyužívá.

Třetí kategorie komplikace je zařazena k prvnímu dílčímu cíli, jakožto bariéra, která nám brání při dodržování režimu. Kategorie se řadí k otázce číslo 7 spolu s vytvořeným kódem z vybraných výpovědí participantů z otázek číslo 4 a 6.

KATEGORIE: KOMPLIKACE

- *Kód: Úrazy, onemocnění*

P1 uvedl: „(...) ve 40 letech mně diagnostikovali cukrovku druhého stupně, takže to jsou vlastně veškeré komplikace.“

P2: „Ano, bolívají mě klouby, mám artrózu, mám revma aj záda.“

P3: „(...) vyskočil mně krevní tlak, vyskočila mně cukrovka, bolí mě hodně klouby, jsem zadýchaná do schodů, jde to jako vidět, že tam jsou nějaké ty kila.“

P4: „Špatná rovnováha při chůzi.“

P5: „Krevní tlak se mi zvýšil určitě, pociťuji i že se víc zadýchávám i ty klouby bolí více...“

Hodnocení:

Zde se participanté shodli na tom, že komplikace pociťují. P1 a P2 uvedli, že se jim zvýšily hodnoty cukru v krvi. 3 participanté se též shodli, že je při pohybu bolí klouby. P3 a P5 uvedli, že se jim zvýšily hodnoty krevního tlaku a taky pociťují zhoršené dýchání při náročnějším pohybu. P5 uvedl, že pohyb mu moc neumožňuje úraz, který se stal v roce 2018. P4 sdělil, že pozoruje špatnou rovnováhu při chůzi.

- *Kód: Finance*

P2 sdělil: „(...) například potraviny ve zdravé výživě nejsou pro mě prostě vždy cenově dostupné a já si i ráda dám to nezdravé.“

P4: „(...) třeba ty kvalitní bio produkty si prostě nemůžu dovolit stále kupovat, protože tam jsou ty ceny dle mého někdy přehnané...“

P5: „(...) nevyužívám je to pro mě vysoká investice třeba nějaký rotoped nebo něco takového.“

Hodnocení:

Dalším bodem jsou finance, které nám můžou situaci zkomplikovat. Můžou mít vliv na nákup potravin, pořizování cvičebních pomůcek, taktéž mohou ovlivňovat spokojenost a psychiku pacienta. 3 z 5 participantů se o financích v průběhu rozhovoru zmínili.

Čtvrtá kategorie se vztahuje k druhému dílčímu cíli – zjistit motivaci k úpravě hmotnosti u pacienta s nadváhou a obezitou. Na základě vytvořených kódů je pojmenována kategorie. Kódy se řadí k otázkám číslo 2, 8, 9 a 10.

KATEGORIE: VŮLE

- *Kód: Psychika*

P1 odpověděl: „*No já si myslím, že v toto směru ani tak moc ne, s tím už se člověk jaksi smířil a už to nějak neřeší.*“

P2: „*No někdy ano, někdy ano, ale většinou mě to jako psychicky, že by mě to nějak ovlivňovalo ne.*“

P4: „*Nijak, zvládám všechno dobře.*“

P3: „*Právě že když mám ten stres a tak, tak se uklidňuji tím jídlem jako čokoládou, večerním jídlem.*“

P5: „*Tak určitě, že ovlivňuje, když si chci třeba něco koupit a vidím v kabince mé tělo, tak se zhrozím. Ale jinak jako zas si řeknu, že jsou na tom i hůř lidi, takže já to neřeším.*“

P2: „*Občas jsem nevyspaná, protože se často budím na WC, tak bych řekla, že i v té energii prostě, že ji nemám.*“

P3: „*(...) myslím si i, že málo spím v noci, takže i to má do sebe něco s tou váhou, aspoň já si to tak odůvodňuju.*“

Hodnocení:

Co se týče spokojenosti se svou hmotností 3 z 5 participantů spokojeni nejsou. P1 sdělil, že v rámci možností je a nijak zásadně by to už neměnil, P2 uvedl spokojenost na 50 %. 3 participanté uvedli, že ovlivnění fyzického stavu psychikou a opačně nesledují. 2 z 5 participantů pozorují, že spíše psychika ovlivňuje jejich fyzický stav, nežli naopak. Taktéž P2 a P3 uvedli ovlivnění spánkem, kdy s nedostatkem mají málo energie a pozorují tím tak negativní dopad na jejich hmotnost.

- *Kód: Cíle a motivace*

P1 odpověděl: „*No můj reálný cíl je udržet si aspoň tu váhu co mám, protože vím, že zhubnout už nedokážu. A odměnu nevím, jakou bych si měl dat.*“

P3: „*(...) když mě to chytí, to je tak dvakrát do roka, tak si nastavím, že třeba chci zhubnout, tak dokážu třeba za ty tři měsíce zhubnout, já nevím, šest kilo, ale už nemám tu pevnou vůli, abych to vydržela. A odměna je asi, že si koupím něco pěkného na sebe...*“

P4: „S kamarádkou jsem chtěla zkusit třiceti denní výzvu na celé tělo a koupila jsem si skrz to nové šaty, do kterých se chci jako vejít, ale zatím jsem se teda k tomu nedostala.“

P5: „Tak cíle jsem si nastavovala, i jsem držela nějaké diety, jako podařilo se zhubnout, hodně, ale ty diety by se musely držet už prostě pravidelně, ale bohužel jako časově a mít pevnou vůli nemám.“

P1 uvedl: „Manželka, ta mě někdy tak motivuje, ale ne, jak jsem říkal, tak mě motivuje to udržení si váhy, kterou teďka mám, aby to už nešlo víc navrch a to se zatím daří.“

P2: „Tak mě by motivovalo třeba to, že si koupím menší rifle a mohla bych do nich zhubnout, abych se líbila sobě a manželovi, ale teď jediné, co mě motivuje, je práce.“

P3: „Tož motivuje mě to oblečení, že když vidím něco pěkného, tak jakože chci do toho, potom manžel a taky bych chtěla vypadat mladě kvůli dceři, když jdeme někam spolu.“

P4: „Motivuje mě moje kamarádka a můj malý syn, a taky vlastně ty šaty, ale asi ne nic tak, abych fakt naplno začala.“

P5: „Dřív mě motivoval manžel, protože jsme ty diety drželi spolu, ale samotné mi to prostě nejde.“

Hodnocení:

Jeden z pěti participantů uvedl, že žádné cíle si nyní nenastavuje skrz pracovní vytížení. Dále 2 z 5 participantů ve své odpovědi měli zmíněno, že jim chybí vůle k dodržování svých cílů. V odpovědích na otázku ohledně motivace byla častá odpověď, že participanty motivuje rodina nebo známí. P3 a P4 shodně uvedli, že též je motivuje nové oblečení.

Pátá kategorie se vztahuje k druhému a třetímu dílčímu cíli. Na základě vytvořených kódů je pojmenována kategorie. Kódy se řadí k otázkám číslo 11, 12, 13 a 14.

KATEGORIE: EDUKACE

- *Kód: Odborná- lékař, sestra*

P1 sdělil: „No edukován jsem byl spíše ne ze strany praktickým lékařem, ale diabetoložkou a tam vlastně mě trochu poučila o těchto věcech a některé věci jsem se snažil dodržovat, sem tam se něco podaří, sem tam ne.“

P2: „Ano byla revmatoložkou, že bych měla zhubnout, že bych měla méně jest a zdravěj. Ale nedodržuju to.“

P3: „*Ano, praktický lékař mi doporučil, že bych měla omezit, protože mám vysoký cholesterol, tak omezit nějaké tuky, maso a takové, víc zeleniny si dat, jenže jsem to nedokázala, tak mi musel nasadit léky.*“

P4: „*Ne nebyla, jeden mi jen v Brně řekl, že mám schudnout, nic víc.*“

P5: „*Jelikož chodím na preventivní prohlídky, tak určitě moje praktická lékařka není moc spokojená, ale nějak vyloženě, že by mě hubovala nebo něco..*“

Hodnocení:

Edukace o prevenci obezity je stěžejním bodem, který by měl být již v rámci primární péče pečlivě realizován. Edukaci praktickým lékařem uvedl 1 z 5 participantů, kdy mu lékař kvůli vysokému cholesterolu poradil pár informací ohledně stravování. P1 a P2 taktéž uvedli edukaci ohledně stravování od diabetologického a revmatologického lékaře. Edukaci sestrou nevedl ani jeden z participantů.

- *Kód: Samostudium*

P1 uvedl: „*Ani moc ne teď už, jsem jakš takš spokojený.*“

P2: „*Ne, protože teď nemám čas se tomu věnovat.*“

P3: „*Určitě, jako sem tam si něco přečtu, sem tam se snažím i něco dodržet, ale prostě nemám tu pevnou vůli, ani ten čas se tomu tak věnovat.*“

P4: „*Tak jako samozřejmě, že jo, kolegyně mi poradila jídelníček a co a jak a doporučila mi stránky o výživě a taky aplikaci, kde najdu všechny ty výzvy na cvičení a tak, takže když je čas a chuť procházím to, ale ta teď dlouho nebyla.*“

P5: „*Jako zajímá, mám koupené ty knihy zdravých receptů, kde jsou i hodnoty výživové u různých potravin, sem tam si něco přečtu na mobilu, když vidím zajímavý článek, ale že bych to nějak do hloubky zkoumala to ne.*“

Hodnocení:

Velké plus je u části participantů právě samostudium, které je významným projevem zájmu o danou oblast, za cílem osvojit si a upevnit vědomosti či návyky. 3 participantů odpověděli, že je edukace zajímavá a ve volném čase si prostudují věci ohledně tohoto tématu. Naopak 2 z 5 participantů odpověděli, že edukace na toto téma je nyní nezajímavá.

- *Kód: Nedostatky*

P1 sdělil: „*Já bych řekl obojí, protože nedokážu dodržet ani jedno pořádně.*“

P2: „V pohybu i ve stravování. Třeba si myslím, že je to málo co pro to dělám. Občas jsem nevyspaná, protože se často budím na WC, tak bych řekla, že i v té energii prostě, že ji nemám.“

P3: „Určitě to stravování, určitě ta pevná vůle, že tam není. Ten pohyb si myslím, že už více nedám, protože té práce je tolik, že su ráda, že su ráda a málo spím v noci, takže i to má do sebe něco s tou váhou, aspoň já si to tak odůvodňuju.“

P5: „Já si myslím, že i v tom stravování i ten pohyb je takový, jelikož bych chtěla i ten pohyb zvýšit, prostě to nejde a to stravování jak na houpačce, jednou týden dobré a prostě pak to zase spadne tam, kde to bylo.“

Hodnocení:

4 z 5 participantů se shodlo, že největší mezery mají právě ve stravování a v pohybu. Další roli hraje taky vůle. Odlišnou odpověď měl P4, který odůvodňuje, že největší mezerou je pro něj alkohol, protože si ho neodpustí, což pro něj ztrácí smysl hubnutí, jelikož alkohol zpomaluje metabolismus. Dále 2 z 5 participantů taktéž jako nedostatek uvedlo spánek.

- *Kód: Zájem*

P1 odpověděl: „Těžko říct, říkám, já už to zas tak neřeším, takže su rád, že si udržuju tu váhu nastejno a myslím si, že pro mě to je akorát ta moja hranica.“

P2: „Tak hlavně by mě zajímaly asi ty potraviny, jak se stravovat a nějakou tu pohybovou aktivitu až se k tomu časově dostanu.“

P3: „Určitě by mě zajímalo to vážení potravin, to vyvážení bílkovin, sacharidů a takového, protože to jsem do teď nějak nepochopila jako jak to skloubit všechno dohromady, takže oblast toho stravování a ten pohyb říkám, člověk si něco najde, protáhne se, ale prostě víc nedám.“

P5: „Třeba vhodné potraviny, které bych měla, v tomto se třeba nevyznám nebo i třeba, kdyby mně někdo udělal jídelníček, tak už podle toho bych dokázala ten stav změnit.“

Hodnocení:

Zde zjišťujeme, že participanty ve většině zajímá převážně oblast stravování, jaké potraviny jsou vhodné a jak je lze do jídelníčku zařadit. P4 uvedla, že by ji nic navíc nezajímalo.

5.1 Analýza výzkumných otázek

Hlavním cílem bylo analyzovat faktory a jejich vliv na hmotnost pacienta s nadváhou/obezitou. Tento cíl byl naplněn třemi dílčími. Prvním bylo zjistit bariéry při dodržování režimu u pacienta s nadváhou/obezitou, druhým bylo zjistit motivaci k úpravě hmotnosti u pacienta s nadváhou/obezitou a třetím připravit edukační program pro pacienta s nadváhou/obezitou.

První výzkumná otázka zněla: **Jaké jsou bariéry při dodržování režimu u pacienta s nadváhou a obezitou?** K jejímu vyhodnocení byly použity otázky z rozhovoru číslo 3, 4, 5, 6, 7. Na základě analýzy rozhovorů bylo zjištěno, že jedna z hlavních bariér při dodržování režimu jsou jednoznačně stravovací návyky. Můžeme konstatovat, že se u participantů odráží pravidelnost v jídelníčku, kdy se všichni shodli, že minimálně 3 jídla za den dodržují. Nejčastěji participantů preferují domácí vaření. Jeden z participantů uvedl, že odebírá zdravá, vyvážená jídla z jídelny, což může být skvělým prostředkem k udržení pravidelnosti ve stravě. Čtyři z pěti participantů uvedli, že vědí, které potraviny jsou vhodné a které ne, přesto jim to v praxi nefunguje. Z rozhovorů zaznělo, že mají v oblíbě smažená jídla nebo večerní mlsání. Co se týká pitného režimu, voda je pro účastníky nejpreferovanějším zdrojem tekutin. Všichni vypijí nejméně 2 litry tekutin každý den. Neslazené, slabé čaje, mírně mineralizovaná voda nebo ovocné nápoje jsou dalšími možnostmi. Taktéž dva participantů uvedli alkohol, ačkoliv ten nepřevládá ve velké míře. Další bariérou dodržování režimu je pohyb a cvičení. Většina participantů se shodla, že jsou pohybově aktivní denně, protože na rozdíl od osob se sedavým zaměstnáním pracují ve fyzicky náročném a aktivním zaměstnání, tudíž po práci už žádný sport navíc většinou neprovozují. Preferují procházky, protahování těla, jógu nebo rybaření. Čtyři z pěti účastníků jsou obeznámeni s vhodnými aktivitami. Mezi pomůcky, které participantů využívají k pohybu můžeme zařadit vycházkové hole, cvičicí gummy nebo cvičicí balony. Dále jako bariéru při dodržování režimu můžeme zařadit taky komplikace, které nám mohou zabraňovat při dosahování našich cílů a demotivovat nás. Dva participantů sdělili, že se jim zvýšila hladina cukru v krvi. Kromě toho participantů uváděli, že se jim zvýšil krevní tlak, mají potíže s dýcháním nebo bolesti kloubů. Též finance mohou být bariérou, kdy mohou ovlivnit nákupy potravin nebo cvičebních pomůcek, ale i spokojenost a duševní zdraví pacienta.

Druhá výzkumná otázka zněla: **Jaká je motivace pacienta s nadváhou k úpravě hmotnosti?** K jejímu vyhodnocení byly použity otázky 2, 8, 9 a 10. Na základě analýzy

bylo zjištěno, že motivací k úpravě hmotnosti, je samotná spokojenost s vlastní váhou. Tři z pěti účastníků jsou nespokojeni. Jeden uvedl, že je to v rámci možností a že by neprovedl žádné významné změny, zatímco jeden vyjádřil 50% spokojenost. Participanti tvrdili, že nesledují dopad fyzického zdraví na psychiku, ale spíše psychika má vliv na jejich fyzickou stránku. Poté je motivací také spánek, kdy s nedostatečným spánkem máme málo energie, tudíž menší motivaci k úpravě hmotnosti. Důležitým prvkem motivace jsou též cíle, které si nastavíme a vůle na to tyto cíle plnit. Jeden z participantů uvedl, že si nyní nestanovuje cíle na základě své pracovní zátěže. Participanti často ve svých odpovědích uváděli, že jim chybí vůle k dosažení svých cílů a úpravě hmotnosti. Nejčastější odpovědí na otázku o motivaci bylo, že inspirací je rodina nebo přátelé. I oblečení je častým motivátorem k úpravě hmotnosti. Taktéž edukace je důležitým prvkem motivace. Vzdělávání v oblasti prevence obezity je podstatným aspektem primární péče, který by měl být pečlivě řešen. Jeden participant uvedl edukaci praktickým lékařem, když mu lékař doporučil dietu kvůli zvýšenému cholesterolu. Dále byl zmíněn diabetolog a revmatolog, kteří poskytovali dietní poradenství. Nikdo z účastníků nevyzdvihl edukaci sestrou.

Třetí výzkumná otázka zněla: **Jaká je edukace pacientů o úpravě a udržování hmotnosti?** K jejímu vyhodnocení byly použity otázky 11, 12, 13 a 14. Velkým bonusem pro některé účastníky je samostudium, které je výrazným projevem zájmu o téma za účelem získání a upevnění znalostí či návyků. Tři participanti uvedli, že se o edukaci v tomto směru zajímají a svůj volný čas tomu občas věnují. Podstatným aspektem je vědět, jaké vnímají participanti nedostatky k úpravě svého stavu. Participanti se shodli, že mají největší mezery ve stravování a cvičení. Další roli hraje vůle. Jeden participant tvrdil, že největší mezerou pro něj je alkohol, protože si ho odmítá odpustit, což způsobuje, že ztrácí smysl pro úpravu a udržení hmotnosti, protože alkohol zpomaluje jeho metabolismus. Důležité je také vědět, jaká oblast participanty nejvíce zajímá. Nejvíce je to téma stravování, konkrétně jaké potraviny jsou vhodné a jak je lze zařadit do jídelníčku.

6 DISKUZE

Hlavním cílem bylo analyzovat faktory, které brání při dodržení režimu u pacienta s nadváhou a obezitou. Tento cíl jsme naplnili třemi dílčími.

Dílčí cíl č. 1: zjistit bariéry při dodržování režimu u pacienta s nadváhou a obezitou

Mezi hlavní bariéry řadíme stravovací návyky, pohyb a cvičení a komplikace spojené s onemocněním nebo ty, které brání dodržování režimu. Jako jednu z překážek při dodržování režimu, jakožto režimu zdravého životního stylu, můžeme jednoznačně zařadit stravovací návyky. Pro podporu správného fungování všech tělesných systémů by měl každý přijímat živiny, vitamíny, minerály a další užitečné prvky prostřednictvím potravy. Jídlo a s ním spojené návyky jsou klíčové pro udržení normálního metabolismu a pro prevenci metabolických onemocnění, jako je diabetes mellitus, vysoký cholesterol nebo vysoký krevní tlak. Kvalitní strava v kombinaci s pravidelným pohybem může přispět ke snížení civilizačních chorob. Dle Machové a Kubátové (2009) v České republice roste například v důsledku špatné, tučné stravy rakovina tlustého střeva a plic, vysoký výskyt aterosklerózy, hypertenze a obezity nebo diabetu mellitu 2. typu.

Z odpovědí účastníků jak často se stravují, lze usuzovat, že se snaží jíst alespoň tři jídla denně, snídani, oběd a večeři, což je adekvátní, ale záleží na skladbě stravy. Frekvence příjmu jídla ovlivňuje vznik obezity. Podle studií až 50 % obézních lidí vynechá snídani a většinu svých denních kalorií přijímá pozdě odpoledne nebo večer. V důsledku toho se objevuje takzvaná energetická úspornost, která vede k rozvoji a nárůstu tohoto onemocnění. (Svačina, Bretšnajdrová, 2008) Často preferují domácí kuchyni, ale čas od času sáhnou i na hotové balené jídlo. Čtyři z pěti účastníků tvrdili, že věděli, které potraviny jsou v pořádku a které ne, ale že to u nich v praxi funguje. V rozhovorech byla zmíněna smažená jídla, mlsání nebo večerní občerstvení.

Pitný režim je nevynechatelným prvkem zdravého životního stylu. Účastníci vypijí minimálně dva litry vody denně. Jeden z účastníků uvedl, že vypije i čtyři až pět litrů, nejčastěji vody, ale také neslazených čajů. Dále se v pitném režimu u účastníků objevily jemně mineralizované vody, ovocné nealkoholické nápoje, džus, pivo, víno nebo káva. Dle Pichlerové (2016) kávu do pitného režimu nepočítáme, ale dá se říci, že pomáhá při hubnutí a doporučeny jsou dvě až tři espressa denně, dále se doporučuje čistá voda a bylinkové čaje, ale v pořádku je i přírodní minerální voda bez příchutě. S rostoucí

hmotností pacienta se zvyšuje potřebný denní objem tekutin, minimum je 1,5 l. Tudíž můžeme konstatovat, že účastníci mají optimální pitný režim.

Jako další bariéru řadíme pohyb a cvičení. Fyzická aktivita je též zásadní pro naše zdraví a je nezbytnou součástí vyváženého životního stylu. Pohyb může pomoci předcházet nebo oddálit nástup nemocí a také jejich následky. Pohybová aktivita je důležitou součástí terapie obezity a primární prevence. To snižuje šance na přibírání na váze a rozvoj metabolických problémů. (Kokorudz, 2018) Aktivní pohyb umožňuje člověku udržovat si zdravou tělesnou hmotnost, což prospívá jeho fyzické kondici. Nejen to, ale pohybová aktivita urychluje spalování tuků, posiluje a zpevňuje svaly, ovlivňuje mozkové funkce včetně myšlení, vnímání, pozornosti, vůle či emocí a pomáhá zmírňovat a odbourávat stres. Účastníci shodně sdělili, že jejich práce je pro ně dostačující denní pohyb a dalšímu sportu se většinou nevěnují. Nejčastěji dávají přednost procházkám s vycházkovými holemi nebo protažení těla. Dle Pichlerové (2016) je chůze ideálním pohybem pro lidi s nadváhou a obezitou. Též musí volit takové aktivity, které nepřiměřeně nezatěžují jejich pohybový, oběhový ani dýchací systém. Vhodné je vybírat si sporty, které příliš nezatěžují klouby.

Udržení optimální hmotnosti může být taktéž ovlivněno komplikacemi, které nás v životě potkávají a jsou tak bariérou při dosažení našeho cíle, ať už se jedná o osobní problémy, pracovní záležitosti nebo úrazy a onemocnění. Účastníci pozorují výskyt komplikací, nejvíce bolest kloubů při pohybu, zvýšení hodnot krevního tlaku, zvýšení cukru v krvi nebo zhoršené dýchání. Podle výzkumu Kokorudz (2018), který se zabýval edukací obézního pacienta, více než polovina účastníků (64,86 %) trpí onemocněním, které je důsledkem jejich obezity, kdy jsou nejvíce zastoupeny komplikace týkající se kardiovaskulárního systému. Taktéž u chronických onemocnění, jako je hypertenze nebo diabetes mellitus je podstatné konzultovat svůj stravovací a pohybový režim se svým lékařem a sestrou, vědět jaké potraviny jsou vhodné konzumovat či jaká fyzická aktivita je přijatelná a patřičná. Další komplikací může být taktéž finanční stránka. Účastníci zmiňují finance v souvislosti s nákupem potravin nebo cvičících pomůcek. Krčová (2017) ve své práci zmiňuje vliv financí jako sociálně kulturní faktor vzniku obezity.

Dílčí cíl č. 2: zjistit motivaci k úpravě hmotnosti u pacienta s nadváhou a obezitou

Motivace patří k základním psychologickým pojmům, který slouží jako základ pro naše počínání a úspěchy. Je nezbytná k tomu, abychom mohli začít čehokoli dosahovat, protože je to naše hnací síla, která nás vede k našim cílům. Hlavním motivem, který symbolizuje

důvody, které nás vedou k dílčím rozhodnutím a nakonec i ke konkrétnímu jednání, je touha po vlastním cíli. Díky silné motivaci je plnění cílů mnohem snazší, než by tomu bylo v opačném případě. Stěžejní roli hraje vůle. Participanti uváděli, že k dodržování cílů jim chybí vůle. Častou odpovědí na otázku o motivaci bylo, že jsou účastníci motivováni rodinou nebo známými, ale také například novým oblečením. Ze zjištění Kokorudz (2018) vyplynulo, že ve většině případů hrál na selhání léčby velký podíl nedostatek vůle a také vlastní odhodlání respondentů, jak přiznávali v otázkách na dodržování pohybu či stravování. Participanti uvedli ovlivnění spánkem, který má negativní dopad na jejich hmotnost, kdy s nedostatkem nemají energii. Krčová (2017) zmiňuje, že nedostatek spánku napomáhá rozvoji obezity, kdy je za vinou zřejmě hormon leptin, který má vliv na chuť k jídlu a hladiny se mění v závislosti na délce spánku.

Edukace neboli vzdělávání je v životě člověka důležité, inspiruje a motivuje nás. V tomto případě ke zdravému životnímu stylu, dostatku pohybu a vyváženému stravování. Ať už se jedná o samostudium nebo o edukaci působením např. lékaře nebo sestry, otevírá nám schopnosti a možnosti, které nám tak poskytnou příležitost zlepšit kvalitu našeho života. Počáteční a průběžná edukace pacienta je klíčovou povinností k udržení si své optimální hmotnosti. Úkolem sestry při edukaci pacienta je pomáhat pacientovi získat znalosti, dovednosti a postoje ke zdravému životnímu stylu. Participanti edukaci sestrou nezmiňují. Edukaci lékařem uvedli tři participanti, z toho jeden praktickým lékařem, dále lékaři na diabetologii a revmatologii. Podle výzkumu Rodové (2018), který se v dotazníku ptal 200 respondentů o zdroji informací o zdravém životním stylu, 2 % respondentů uvedlo, že informace získali od lékaře a 12 % uvedlo jako zdroj informací všeobecné sestry. Dále velkým bonusem pro některé participanty je samostudium, které je výrazným projevem zájmu o danou oblast za účelem získání a upevnění znalostí či návyků. Při sestavení edukačního programu nás zajímají nedostatky, které by participanti chtěli vylepšit. Nejvíce mají zájem o oblast stravování, jaké potraviny do jídelníčku zařadit a jak se s jídelníčkem naučit efektivně pracovat pro využití v běžném životě.

Dílčí cíl č. 3 – připravit edukační program pro pacienta s nadváhou a obezitou

Edukační program sestavujeme na základě získaných informací. Do programu řadíme fázi posouzení edukanta, kdy si sestavíme edukační potřeby, dále fázi projektování, kde shrneme edukační diagnózy, prostředí edukace, zvolené pomůcky, časový rámec a obsah edukace. Ve třetím bodu realizace popíšeme fázi motivace, fixace, upevňování naučeného učiva a průběžnou diagnostiku.

EDUKAČNÍ PROGRAM

FÁZE POSOUZENÍ EDUKANTA

Anamnéza

OA: žena X/Y (dále jen pacient), 45 let, nekuřák, alkohol příležitostně, v dětství prodělány běžné dětské nemoci, v 40 letech diagnostikována hypertenze, vysoký cholesterol, zvýšené hladiny cukru v krvi

RA: matka 67 let – diabetes mellitus, sourozenci 4, má 3 děti, vdaná

AA: roztoči, Ibalgin

PA: pečovatelka

FA: Rosucard 20 mg (statiny)

Nebilet 5 mg (antihypertenziva)

Tezeo 40 mg (antihypertenziva)

Pedagogické posouzení edukanta

- Pacient je orientován místem, časem i osobou
- Pacient nám pokládá doplňující otázky, diskutuje s námi na dané téma, ptá se na případné nejasnosti
- Pacient je schopen vykonávat činnosti takovým způsobem, jak jsme se předem domluvili
- Pacient nemá bariéru pohybového aparátu, která by mu bránila vykonávat běžné pohyby
- Pacient nemá významnou smyslovou bariéru a je schopen porozumět psanému textu

Stanovení edukační potřeby

- Ochota pacienta doplnit si chybějící informace ve vztahu k udržení optimální hmotnosti
- Nedostatek informací o správném stravování
- Nedostatek vědomostí a dovedností v oblasti správné přípravy a pravidelnosti ve stravě
- Snaha pacienta motivovat ke vhodné sportovní aktivitě
- Nedostatek vědomostí o vlivu obezity na zdraví a rozvoj dalších onemocnění
- Neznalost v oblasti správné výživy a vhodného pohybu

FÁZE PROJEKTOVÁNÍ

Stanovení edukační diagnózy například dle NANDA-I (2015-2017):

Název a kód: Snaha zlepšit znalosti (00161)

Doména: 5. Percepce/kognice

Třída: 4. Kognice

Definice: Vzorec kognitivních informací vztahujících se ke konkrétnímu tématu nebo k jejich získání, který lze posílit.

Určující znaky: projevuje zájem učit se

Formulace edukačních cílů**Kognitivní (poznávací)**

- Pacient ví, které potraviny jsou pro jídelníček vhodné/nevhodné.
- Pacient ví, které nápoje jsou vhodné/nevhodné.
- Pacient ví, která pohybová aktivita je vhodná/nevhodná.
- Pacient ví, jaké a jak lze užívat cvičební pomůcky.
- Pacient ví, o komplikacích a rizicích způsobených nedodržením opatření.

Afektivní (citové)

- Pacient cítí odpovědnost za své zdraví.
- Pacient vnímá podstatu dodržování opatření.
- Pacient si je vědom toho, že nesprávným přístupem může ovlivnit svůj zdravotní stav.
- Pacient si uvědomuje riziko závislosti na nezdravém stravování.

Psychomotorické (behaviorální)

- Pacient je schopen vyhodnotit, které potraviny jsou vhodné pro jeho jídelníček.
- Pacient je schopen dodržovat plán cvičení a také provádět cviky dle zadání.
- Pacient umí správně dýchat při cvičení.

Edukační metody

- ústní- rozhovor, diskuze, výklad, vysvětlení;
- poskytnutí informačních letáků;
- demonstrační- ukázka.

Forma edukace

Individuální - edukační program je stanoven dle individuálních potřeb konkrétního edukanta, je přizpůsobení tempa, obsahu edukace a potřebám edukantovi, prostor pro ověření pochopení osvojených poznatků, prostor pro dotazování....

Prostředí edukace

Domácí prostředí pacienta, klidné, osvětlené a vyvětrané.

Edukační pomůcky

Pracovní list (Příloha P II), informační letáky (Příloha P IV - P XIII), video, obrázky, internet.

Časový rámec edukace

45 minut 1. sezení (dle schopnosti pacienta porozumět danému tématu)

Obsah edukace

Na základě vyhodnocení vstupního testu byly zjištěny nedostatečné znalosti v určitých oblastech. Obsah je zaměřen na výživu, pohybový režim, režimová opatření a na vznik možných následků při nedodržování těchto opatření. Pacienta edukujeme na klidném místě a uděláme si na něj dostatek času (optimálně 30-40 minut). Pro pacienta vychystáme edukační letáky, informujeme o používání vhodných cvičících pomůcek, o vhodných potravinách, potřebě spánku atd. Vedeme diskuzi, abychom věděli, zdali pacient rozumí. Neužíváme odborných výrazů, aby pacient rozuměl všemu, co probíráme. Průběžně se ptáme, zdali všemu rozumí, popřípadě dáme prostor k dotazům. Cílem naší edukace je poskytnout pacientovi dostatek informací a namotivovat ho k dodržování vhodného jídelníčku a k pravidelnému pohybu.

FÁZE REALIZACE

Fáze motivace

Jako edukační místo bude sloužit domácí prostředí pacienta. Eliminováni jsme jakékoliv rušivé podněty, místnost je vyvětrána a dobře osvětlena. Pacienta motivujeme ke zlepšení stravovacích návyků, vysvětlíme, jaké potraviny jsou vhodné, jaké jsou nevhodné, jaké možnosti vaření preferovat (omezit smažení, preferovat dušení, pečení), taktéž motivujeme k pohybu a informujeme o vhodné a nevhodné pohybové aktivitě a cvičích, dále o možnostech využití pomůcek (cvičící balon, pŕlmíč, švihadlo, posilovací gummy..). Edukujeme o správném dýchání při cvičení. Motivujeme pacienta k dodržování režimových opatření a edukujeme o rizicích způsobených nedodržováním opatření. Pacient je motivován k tomu, aby pozměnil své stravovací návyky a zařadil do života pravidelný pohyb. Cítí, že potřebuje změnit životní styl, aby se začal cítit dobře jak fyzicky, tak psychicky.

Fáze expozice

Připravili jsme si potřebné pomůcky, informační letáčky k danému tématu. Pacient byl seznámen s edukačním plánem. Pacient získá potřebné pomůcky si osvojí, jak vhodně připravovat své jídelníčky. Ptáme se zpětnou vazbou. Taktéž si pacient osvojí správnou techniku cvičení s pomůckami. Shlédne informační video, jak správně pomůcky užívat a zpětnou vazbou nám to zopakuje. Pacienta sledujeme, jestli všemu rozumí a má zájem se dál edukovat. Průběžně kontrolujeme, zdali všemu rozumí a dáváme prostor na případné dotazy.

Fáze fixace

Ve fázi fixace si procvičíme a zopakujeme získané vědomosti týkající se správného stravování a pohybu. Shrneme všechny informace, které jsme pacientovi poskytli a vnímáme, zdali všemu rozumí, diskutujeme o nejasnostech a popřípadě zodpovíme dotazy.

Průběžná diagnostika

Prověřujeme pochopení všech nových sdělených informací. Prověříme si zájem a postoj pacienta k danému tématu, vyzveme pacienta, aby nám zopakoval, jaká jídla preferovat, čemu se vyhnout, jaké jsou vhodné sportovní aktivity, možnosti využití cvičebních pomůcek. Snažíme se, aby pacient dokázal získané informace, vědomosti a dovednosti využít.

Fáze upevňování učiva

Pacient nám vyplnil dotazník týkající se daného tématu. Na zjištění efektivnosti edukace a získání zpětné vazby klademe otázky, tak aby pacient byl schopen odpovědět. Pacient nám zopakuje vhodné a nevhodné potraviny, které zařadí nebo naopak vyřadí ze svého jídelníčku, zopakuje nám kolikrát týdně je vhodné cvičit, jaké jsou vhodné pohybové aktivity, možnost využití cvičebních pomůcek, ukáže nám správnou techniku dýchání při pohybu. Získané vědomosti a dovednosti si tak pacient lépe zapamatuje. Poskytneme letáčky, které si pacient nechá u sebe.

Fáze zpětné vazby

Stanovených cílů edukace bylo dosaženo. Pacient spolupracuje, je komunikativní a snaží se dozvědět co nejvíce o dané problematice. Je učenlivý a pozorný. Dozvěděl se, které potraviny jsou vhodné a nevhodné pro jeho jídelníček, jaké sportovní aktivity jsou vhodné. Je taktéž informován o správném užívání cvičebních pomůcek a proč je důležité

správné dýchání při cvičení. Pacient si je vědom toho, že nesprávným přístupem může ovlivnit svůj zdravotní stav a vnímá podstatu dodržování režimových opatření. Cítí odpovědnost za své a zdraví a je motivován k dodržování zdravého životního stylu, později tak k udržení své optimální hmotnosti dodržováním režimových opatření.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá zejména problematikou nadváhy a obezity. Téma práce je pro autorku velice zajímavé a aktuální, vzhledem ke stále se zvyšujícímu nárůstu tohoto onemocnění. Stal se z něj globální problém, který má vliv jak na fyzické, tak psychické zdraví člověka. V této souvislosti jsou vysoká rizika vzniku přidružených onemocnění. Základním předpokladem prevence nadváhy, obezity a úspěšného udržení si optimální hmotnosti je pozitivní motivace, stanovení reálných splnitelných cílů a pravidelná kontrola efektivity.

Teoretická část je zaměřena na obecný přehled o tom, co je obezita, jak jí předcházet a případně jaká onemocnění může způsobovat. Dále popisují problematiku edukace, edukaci obézních pacientů, jak správně komunikovat a motivovat je ke změně životního stylu. Pro získání potřebných informací praktické části jsem zvolila techniku rozhovoru, kde byly vytvořeny otázky, které byly určeny pacientům praktických lékařů, díky nimž jsem mohla naplnit stanovené cíle práce, které byly splněny.

Hlavním cílem bylo analyzovat faktory a jejich vliv na udržování hmotnosti u pacienta s nadváhou/obezitou. Po analýze získaných rozhovorů jsem došla k výsledku, že nejčastějšími faktory, které mají vliv na udržení hmotnosti, jsou strava, pohybová aktivita, vůle a samotná edukace pacientů. Stravovací návyky jsou nepřehlédnutelným faktorem, který je potřeba řešit. Vliv na udržování hmotnosti mají zásadní, kdy hraje roli nejen složení jídla, ale taktéž pravidelnost a velikost porcí, které konzumujeme. Druhým faktorem je pohybová aktivita, která je klíčovým aspektem prevence a podpory našeho zdraví. Ovlivňuje nejen udržování hmotnosti, ale taky celkovou kondici a životní pohodu. Dalším stěžejním faktorem je vůle, jelikož bez vůle bychom neměli motivaci k plnění našich cílů. Vychází z vrozených instinktů, ale taktéž ze získaných potřeb a zájmů, které se vzájemně ovlivňují. Bez správné edukace bychom neměli dostatek potřebných informací o tomto onemocnění, nenabíli bychom potřebných vědomostí a dovedností k tomu změnit náš dosavadní životní styl a udržet si tak naši optimální hmotnost.

Závěrem práce je vypracovaný edukační program pro pacienta s obezitou, který může inspirovat i ostatní k tomu, aby převzali odpovědnost za své zdraví a cítili se co nejlépe ve svém vlastním těle.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BEDNÁŘOVÁ, Monika, 2015. *Problematika ošetrovateľskej péče u pacientů s monstrózní obezitou*. [online]. Plzeň [cit. 2022-01-22]. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Jaroslava Bursíková. Dostupné z: <https://otik.uk.zcu.cz/bitstream/11025/20482/1/Bakalarska%20prace-obezita.pdf>

BIELIKOVÁ, Barbora, 2018. *Edukace pacientů v praxi všeobecné sestry* [online]. Pardubice [cit. 2022-02-08]. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Barbora Faltová. Dostupné z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/71363/BielikovaB_EdukacePacientu_.pdf?sequence=1&isAllowed=y

BRAUNEROVÁ, Radka a Vojtěch HAINER. 2010. Obezita – diagnostika a léčba v praxi. *Medicína pro praxi* [online]. roč. 7, č. 1, s. 19 - 22 [cit. 2022-01-22]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2010/01/05.pdf>

ČERNOHOUSOVÁ, Veronika, 2018. *Obezita a nadváha u vysokoškolských studentů*. [online]. Brno [cit. 2022-01-22]. Diplomová práce. Masarykova univerzita Fakulta lékařská Ústav preventivního lékařství. Vedoucí práce Martina Forejta. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/cy1v7/Obezita_doplneni.pdf

ČESKO, 2017. Vyhláška č. 391/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb. In: Sběrka zákonů České republiky [online]. [cit. 2022-01-13]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-391>

HAINER, Vojtěch, 2011. *Základy klinické obezitologie*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3252-7

HANOUSKOVÁ, Radka, 2015. *Edukační činnost sestry v ambulanci* [online]. České Budějovice. [cit. 2021-12-28]. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta Katedra ošetrovateľství a porodní asistence. Vedoucí práce Jitka Tamáš Otásková. Dostupné z: <https://theses.cz/id/prsvhr/16330802>

HAVELKOVÁ, Eva a Eva TUMOVÁ, 2015. *Edukace v ošetrovateľství* [online]. Průvodce edukačních prací Trutnov [cit. 2022-02-08]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/23678695-Edukace-v-osevovatelstvi-pruvodce-edukacni-pracimgr-eva-havelkova-mgr-eva-tumova.html>

HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-802-0982-9.

HNATIAK, Jakub, 2016. *BMI index jako prediktor vrcholové výkonnosti - ano či ne?* [online]. Brno [cit. 2022-01-13]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita Fakulta sportovních studií Katedra podpory zdraví. Vedoucí práce Michal Kumstát. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/ndb5u/>

HUTZALOVÁ, Tereza, 2019. *Nadváha a obezita v rozvojových zemích* [online]. Olomouc. [cit. 2022-01-02]. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci Přírodovědecká fakulta Katedra rozvojových a environmentálních studií. Vedoucí práce Jaromír Harmáček. Dostupné z: <https://theses.cz/id/pd06xn/35228370>

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

KALOUSKOVÁ, Pavla a Marie KUNEŠOVÁ, 2008. Obezita – stále podceňovaná nemoc. *Medicína pro praxi* [online]. roč. 5, č. 1, s. 6 - 8 [cit. 2022-01-22]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2008/01/02.pdf>

KASALICKÝ, Mojmír, 2011. *Chirurgická léčba obezity*. Praha : Ottova tiskárna. ISBN 978-80-254-9356-4.

KOKORUDZ, Mariana, 2018. *Edukace pacienta s obezitou* [online]. Zlín. [cit. 2022-02-08]. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Anna Krátká. Dostupné z: https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/41674/kokorudz_2018_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

KORDULOVÁ, Pavla a Adéla REBCOVÁ, 2019. Edukace pacientů po transplantaci ledvin. *Urologie pro praxi* [online]. roč. 20, č. 4, 191 - 194 [cit. 2021-12-09]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/uro/2019/04/10.pdf>

KRAHULEC, Boris, 2015. Vyšetření obézného pacienta v klinické praxi. *Via Practica* [online]. roč. 12, č. 2, 55 - 58 [cit. 2021-01-22]. Dostupné z: http://obesitas.sk/wp-content/uploads/2016/08/VIA_2_2015_final_krahulec.pdf

KRÁTKÁ, Anna, 2016. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Skripta. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. ISBN 978-80-7454-635-8.

KRČOVÁ, Lucie, 2017. *Nevyváženost příjmu a výdeje energie u dospělých osob. obezitou* [online]. Zlín. [cit. 2022-05-08]. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve

Zlíně, Fakulta technologická. Vedoucí práce Helena Velichová. Dostupné z: <http://digilib.k.utb.cz/handle/10563/40625>

KRCH, František David a Iva MÁLKOVÁ, 2001. *Sos nadváha*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-521-0.

KULHÁNKOVÁ, Petra, 2014. *Postavení a role všeobecné sestry ve společnosti* [online]. České Budějovice [cit. 2022-01-13]. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Iva Brabcová. Dostupné z: <https://theses.cz/id/0av5ly/12405287>

KUNEŠOVÁ, Marie, 2004. Obezita- etiopatogeneze, diagnostika a léčba. *Interní medicína pro praxi* [online]. roč. 6, č. 9, s. 435 - 440 [cit. 2022-01-14]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2004/09/04.pdf>

KUTNOHORSKÁ, Jana. 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-2713-4.

LANGOVÁ, Aneta, 2018. *Role sestry v péči o oběžního pacienta v chirurgii*. [online]. Plzeň, [cit. 2022-01-14]. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Jitka Krocová. Dostupné z: <https://otik.zcu.cz/handle/11025/32109>

MACHOVÁ, Jitka, Dagmar KUBÁTOVÁ a kol., 2015. *Výchova ke zdraví*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-5351-5.

MATYÁŠOVÁ, Jolana, 2015. *Obezita jako ošetrovatelský problém* [online]. České Budějovice. [cit. 2022-01-14]. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Alena Polanová. Dostupné z: <https://theses.cz/id/8nu20e/15129036>

NANDA International, 2015 – 2017. *Ošetrovatelské diagnózy*. Definice a klasifikace. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-5412-3.

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

PETLÁK, Erich, 2004. *Všeobecná didaktika*. Bratislava: Iris. ISBN 8089018645.

PICHLEROVÁ, Dita, 2016. Obezita- diagnostika a léčba v ordinaci praktického lékaře [online]., *Medicína pro praxi*. roč. 13, č. 4, s. 204 - 210 [cit. 2022-05-4] ISSN 1803-5310 Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2016/04/11.pdf>

RODOVÁ, Aneta, 2018. *Zdravý životní styl v současné společnosti*. [online]. Plzeň. [cit. 2022-05-8]. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Lenka Luhanová. Dostupné z: <https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/32118/1/Rodova.pdf>

SKALKOVÁ, Jarmila, 2007. *Obecná didaktika*. 2., rozšířené a aktualizované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1821-7.

STEELMAN, G. Michael and Eric C. WESTMAN, 2016. *Obesity: evaluation and treatment essentials*. Second edition. Boca Raton: CRC Press, Taylor & Francis Group. ISBN 978-1-4822-6207-0.

SVACHINA, Štěpán a Alena BRETŠNAJDROVÁ, 2008. *Jak na obezitu a její komplikace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-6108-4.

SVĚŘÁKOVÁ, Marcela, 2012. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. 1. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-845-2.

SVOBODOVÁ, Šárka a Ondřej TOPOLČAN, 2012. Metabolický syndrom, predikce a prevence. *Interní medicína pro praxi* [online]. č. 1, s. 412 - 414 [cit. 2022-01-14]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2012/11/03.pdf>

ŠVARŤÍČEK, Roman, Klára ŠEĎOVÁ a kol., 2010. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

VOELKER, Rebecca, 2007. Losers Can Win at Weight Maintenance. *American Medical Association* [online]. vol. 298, n. 3, p. 272 [cit. 2022-01-22]. ISSN 0098-7484. Dostupné z: <https://www.deepdyve.com/lp/american-medical-association/losers-can-win-at-weight-maintenance-90rjZgDMDA>

WANG, Ping et al., 2012. Circulating ACE is a predictor of weight loss maintenance not only in overweight and obese women, but also in men. *International Journal of Obesity* [online]. n. 36, pp. 1545 - 1551 [cit. 2022-01-14]. Dostupné z: <https://www.nature.com/articles/ijo2011278#citeas>

WHO, 2021. *Obesity and overweight*. [online]. [cit. 2022-02-08] Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

ZVÍTORSKÝ, Michal, 2014. *Zdravý životní styl*. Studium: Pedagog volného času, Kurz: Zdravý životní styl a výchova ke zdraví. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy. ISBN: 978-80-7290-661-1.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ALP	alkalická fosfatáza
ALT	alaninaminotransferáza
AST	aspartátaminotransferáza
atd.	a tak dále
atp.	a tak podobně
cm	centimetr
č.	číslo
EKG	elektrogardiogram
GMT	gama - glutamyltranseferáza
HDL	high density lipoprotein
kg	kilogram
kol.	kolektiv
LDL	low density lipoprotein
m	metr
MCH	mean corpuscular hemoglobin
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
mg	miligram
n.	number
např.	například
oGTT	orálně glukózo toleranční test
pp.	pages
roč.	ročník
s.	strana
Sb.	sbírky
tbl.	tablety
TSH	thyreotropin
WHO	World Health Organization

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Index tělesné hmotnosti.....	17
Tabulka 2 - Základní identifikační údaje.....	42
Tabulka 3 - Přehled kategorií a kódů.....	42

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Otázky k rozhovoru

Příloha P II: Pracovní list - Vstupní test

Příloha P III: Edukační plán

Příloha P IV: Edukační leták - pohybová aktivita - cviky s posilovací gumou

Příloha P V: Edukační leták – pohybová aktivita - cviky s gumovým balonem

Příloha P VI: Edukační leták - pohybová aktivita - protažení

Příloha P VII: Edukační leták - jak správně dýchat při cvičení

Příloha P VIII: Edukační leták - zdravý talíř

Příloha P IX: Edukační leták - stravování

Příloha P X: Edukační leták - stravování 2

Příloha P XI: Edukační leták - tipy na zdravé jídlo

Příloha P XII: Edukační leták - tipy na zdravé jídlo 2

Příloha P XIII: Edukační leták - spánek

PŘÍLOHA P I: OTÁZKY K ROZHOVORU

Otázky k rozhovoru

1. Jak dlouho se potýkáte s nadváhou/obezitou?
2. Jak jste v současné době spokojen/a se svou váhou?
3. Jak a jak často se stravujete?
4. Znáte vhodné/nehodné potraviny v rámci léčby a prevence Vašeho onemocnění?
5. Jak často provozujete pohybovou aktivitu?
6. Znáte vhodné sportovní aktivity? Využíváte pomůcek ke cvičení?
7. Začal/a jste pozorovat komplikace spojené s Vaším onemocněním? Jestli ano, jaké?
8. Do jaké míry Váš fyzický stav ovlivňuje psychika a opačně? (emoce, stres..)
9. Nastavujete si reálné cíle? Odměňujete se za splněné cíle?
10. Máte nějaký vzor, který Vás motivuje? Co Vás motivuje?
11. Byl/a jste v této souvislosti edukován/a sestrou nebo lékařem? Co všechno jste se dozvěděl/a? Dodržujete jejich doporučení?
12. Zajímá Vás edukace na téma udržení optimální hmotnosti?
13. V čem myslíte, že máte největší mezery? (stravování, pohyb..)
14. Co byste potřeboval/a ohledně tématu vědět? Co Vás konkrétně zajímá?

PŘÍLOHA P II: PRACOVNÍ LIST- VSTUPNÍ TEST

VSTUPNÍ TEST- ZDRAVÝ ŽIVOTNÍ STYL

1) JAK SE DOPRAVUJETE DO ZAMĚSTNÁNÍ

- a) převážně pěšky b) hromadnou dopravou, pěšky minimálně c) autem, pěšky minimálně

2) JAKOU CESTU ZVOLÍTE DO PATRA?

- a) půjdu pěšky po schodech b) pojedu výtahem, pěšky dolů c) pojedu jen výtahem

3) JAK BYSTE CHARAKTERIZOVAL SVŮJ JÍDELNÍČEK?

- a) zdravá strava b) moc to neřeším, je mi to jedno c) nezdravá strava

4) KOLIKRÁT DENNĚ JÍTE?

- a) 2-3x denně b) 3-4x denně c) 5x denně

5) KOLIK ČASU TÝDNĚ VĚNUJETE POHYBOVÉ AKTIVITĚ?

- a) žádný, necvičím b) 2 hodiny týdně c) 2-3x týdně

6) KOUŘÍTE? PIJETE ALKOHOL?

- a) nekouřím, nepiju b) kouřím, piju c) nekouřím, piju příležitostně

7) KOLIK HODIN DENNĚ SPÍTE?

- a) 4-6 hodin b) 6-8 hodin c) 8 a více hodin

8) JAKÉ MÁTE ZAMĚSTNÁNÍ?

- a) sedavé b) manuální c) částečně obojí

9) KOLIK TEKUTIN DENNĚ VYPIJETE?

- a) 0.5-1 litr b) 1-2 litry c) 2-3 litry

10) JAK ČASTO CÍTÍTE, ŽE JSTE VE STRESU?

- a) moc se nestresuju b) záleží na situaci c) stresuju se často

Zdroj: autorka bakalářské práce (vlastní)

PŘÍLOHA P III: EDUKAČNÍ PLÁN

EDUKAČNÍ PLÁN

EDUKAČNÍ DIAGNÓZY	EDUKAČNÍ CÍLE	PŘÍPRAVA PLÁNU	EDUKACE	VYHODNOCENÍ
<p>Název a kód: Snaha zlepšit znalosti (00161) Doména: 5. Percepce/kognice Třída: 4. Kognice Definice: Vzorec kognitivních informací vztahujících se ke konkrétnímu tématu nebo k jejich získání, který lze posílit. Určující znaky: projevuje zájem učit se</p> <p>Název a kód: Snaha zlepšit péči o zdraví (00162) Doména: 1. Podpora zdraví Třída: 2. Management zdraví Definice: Vzorec regulace a integrace léčebného režimu do každodenního života za účelem léčby onemocnění a následků, který lze posílit. Určující znaky: usiluje o lepší naplnění cílů v každodenním životě, usiluje o zlepšení managementu rizikových faktorů</p> <p>Název a kód: Nedostatečné znalosti (00126) Doména: 5. Percepce/kognice Třída: 4. Kognice Definice: Absence nebo nedostatek kognitivních informací souvisejících s konkrétním tématem. Určující znaky: nedostatečné znalosti Související faktory: nedostatek informací, dezinformace uváděné jinými osobami</p>	<p>Kognitivní (poznávací) Pacient ví, které potraviny jsou pro jídelníček vhodné/nevhodné Pacient ví, které nápoje jsou vhodné/nevhodné Pacient ví, která pohybová aktivita je vhodná/nevhodná Pacient ví, jaké a jak lze užívat cvičební pomůcky Pacient ví, o komplikacích a rizicích způsobených nedodržením opatření</p> <p>Afektivní (citové) Pacient cítí odpovědnost za své zdraví Pacient vnímá podstatu dodržování opatření Pacient si je vědom toho, že nesprávným přístupem může ovlivnit svůj zdravotní stav Pacient si uvědomuje riziko závislosti na nezdravém stravování</p> <p>Psychomotorické (behaviorální) Pacient je schopen vyhodnotit, které potraviny jsou vhodné pro jeho jídelníček Pacient je schopen dodržovat plán cvičení a také provádět cviky dle zadání Pacient umí správně dýchat při cvičení</p>	<p>Edukační metody Ústní- rozhovor, diskuze, výklad, vysvětlení Poskytnutí informačních letáků Demonstrační- ukázka</p> <p>Forma edukace Individuální- edukační program je stanoven dle individuálních potřeb konkrétního edukanta, je přizpůsobení tempa, obsahu edukace a potřebám edukantovi, prostor pro ověření pochopení osvojených poznatků, prostor pro dotazování...</p> <p>Prostředí edukace domácí prostředí pacienta, klidné, osvětlené a vyvětrané</p> <p>Edukační pomůcky Informační letáčky, video, pracovní list, obrázky, internet</p> <p>Časový rámec edukace 45 minut 1. sezení (dle schopnosti pacienta porozumět danému tématu)</p>	<p>Pacienta edukujeme o vhodných a nevhodných potravinách</p> <p>Pacienta edukujeme o vhodných a nevhodných pohybových aktivitách</p> <p>Pacienta informujeme o správném použití cvičebních pomůček</p> <p>Pacientovi ukážeme, jak se cvičební pomůcky správně používají</p> <p>Pacienta informujeme o dodržování režimových opatření</p> <p>Pacienta informujeme o možných následcích nedodržování režimových opatření</p> <p>Pacienta se snažíme co nejvíce namotivovat k dodržování režimových opatření</p>	<p>Stanovených cílů edukace bylo dosaženo. Pacient spolupracuje, je komunikativní a snaží se dozvědět co nejvíce o dané problematice. Je učenlivý a pozorný. Dozvěděl se, které potraviny jsou vhodné a nevhodné pro jeho jídelníček, jaké sportovní aktivity jsou vhodné. Je taktéž informován o správném užívání cvičebních pomůček a proč je důležité správné dýchání při cvičení. Pacient si je vědom toho, že nesprávným přístupem může ovlivnit svůj zdravotní stav a vnímá podstatu dodržování režimových opatření. Cítí odpovědnost za své a zdraví a je motivován k dodržování zdravého životního stylu, později tak k udržení své optimální hmotnosti dodržováním režimových opatření.</p>

Zdroj: autorka bakalářské práce (vlastní)

**PŘÍLOHA P IV: EDUKAČNÍ LETÁK- POHYBOVÁ AKTIVITA-
CVIKY S POSILOVACÍ GUMOU**



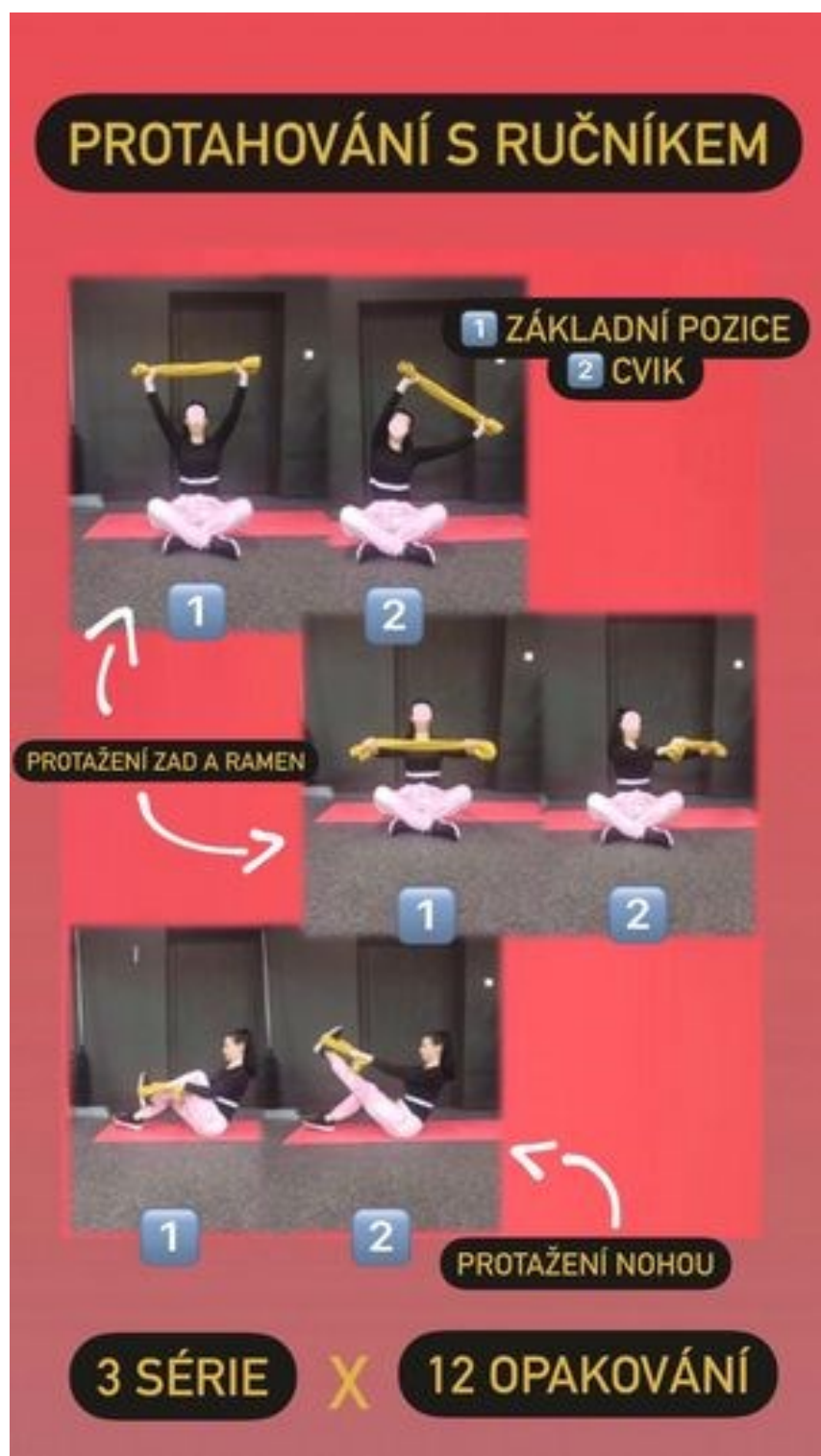
Zdroj: autorka bakalářské práce (vlastní)

PŘÍLOHA P V: EDUKAČNÍ LETÁK- POHYBOVÁ AKTIVITA- CVIKY S GUMOVÝM BALONEM



Zdroj: autorka bakalářské práce (vlastní)

PŘÍLOHA P VI: EDUKAČNÍ LETÁK- POHYBOVÁ AKTIVITA - PROTAŽENÍ



Zdroj: autorka bakalářské práce (vlastní)

PŘÍLOHA VII: EDUKAČNÍ LETÁK- JAK SPRÁVNĚ DÝCHAT PŘI CVIČENÍ

JAK SPRÁVNĚ DÝCHAT PŘI CVIČENÍ

Při cvičení je důležité:

-**nádech** před začátkem pohybu (**uvolnění**) a **výdech** při provedení (**námaha**)

- například pokud cvičíte břicho v sedě na zemi, s pokrčenými dolními končetinami- nádech, zvedám se ke kolenům- výdech, vracím se zpět na podložku a opakuji...)
- u kardia (např. rychlá chůze, plavání, švihadlo, jízda na kole...) – dýchat dovnitř nosem, výdech pusou (není pravidlem, nadechněte se tak, jak se vám nejvíce vyhovuje)
- nezapomínejte pravidelně dýchat a udržovat dechové tempo
- pokud nemůžete popadnout dech, pomozte si zdvyženými rukama za hlavu, abyste otevřeli plíce a umožnili tak hlubší nádech



Zdroj: autorka bakalářské práce (vlastní)

Jak může vypadat ZDRAVÝ TALÍŘ

volíme kombinace různých druhů a barev, získáme komplexnější přínos živin, můžeme tepelně upravovat, zvolit čerstvou nebo sterilovanou

nejlépe zařazovat ve formě obilovin, žitného pečiva, kváskového pečiva, ovesných vloček celozrnných těstovin, omezit výrobky z bílé mouky

ZELENINA

SACHARIDY



TEKUTINY

vhodná je například obyčejná čistá voda, ochucená voda čerstvým ovocem, jemně mineralizovaná voda nebo neslazené čaje vyhýbáme se sladkým nápojům nebo slazení

OVOCE

BÍLKOVINY

může nám pomoci zahnat chuť na sladké, obsahuje v průměru 5-10 g cukru na 100g, vhodné zařazovat v rámci svačin nebo snídaně

získáme např. z masa jako kuřecí nebo libové hovězí dále také z vajec, ryb, fazolí, čočky, hrášku nebo tofu

Zdroj: autorka bakalářské práce (vlastní)

PŘÍLOHA P IX: EDUKAČNÍ LETÁK- STRAVOVÁNÍ



Zdroj: autorka bakalářské práce (vlastní)

PŘÍLOHA P X: EDUKAČNÍ LETÁK- STRAVOVÁNÍ 2

ZDRAVĚJŠÍ VARIANTY



sladké pití
za ochucenou vodu
s ovocem



máslo za light
krémové sýry,
rostlinný tuk flora light



salámy a šunky
za vysokoprocenní



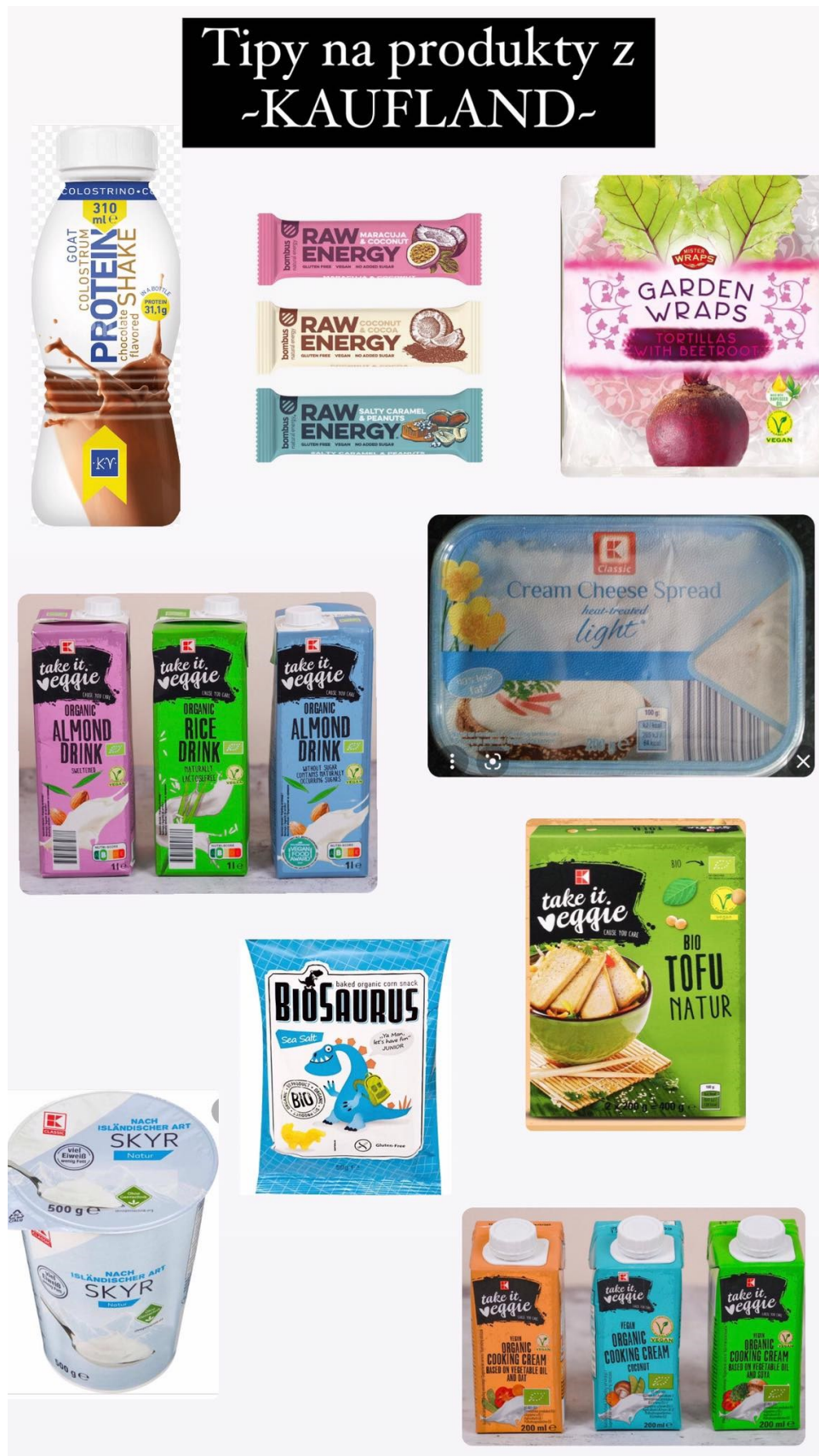
bílé pečivo
za celozrnné, žitné



sladké jogurty
za Skyr, řecký jogurt
nebo kokosový



PŘÍLOHA P XI: EDUKAČNÍ LETÁK- TIPY NA ZDRAVÉ JÍDLO



Zdroj: autorka bakalářské práce (vlastní)

PŘÍLOHA P XII: TIPY NA ZDRAVÉ JÍDLO 2

Tipy na produkty z LIDL



Zdroj: autorka bakalářské práce (vlastní)



PROČ JE SPÁNEK DŮLEŽITÝ

1. ODPLAVUJÍ SE TOXINY,
KTERÉ VZNIKLY V PRŮBĚHU
DNE

2. OBNOVUJE FYZICKÉ I
PSYCHICKÉ SÍLY

3. SNIŽUJE RIZIKO VYSOKÉHO
KREVNIHO TLAKU, DEPRESE A
OBEZITY

4. PODPORUJE PAMĚŤ,
OBRANYSCHOPNOST,
HORMONÁLNÍ A
METABOLICKÉ POCHODY

TIPY PRO DOBRÉ SPÁNÍ



REŽIM MIN 6-8 H/DENNĚ



MÉNĚ ČASU NA INTERNETU
PŘED SPÁNÍM



SNIŽIT PŘÍJEM KOFEINU



OPTIMÁLNÍ TEPLOTA V
MÍSTNOSTI



POTLAČIT NEGATIVNÍ
MYŠLENKY



POHODLNÉ, ČISTÉ LŮŽKO