

Univerzita Karlova v Praze

Fakulta humanitních studií

Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

Bc. Soňa Brskovská

Marketing obezitologických služeb

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Petr Vrzáček

Praha 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jsem jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 4. ledna 2012

Soňa Brskovská

Poděkování

Děkuji Mgr. Petru Vrzáčkovi za rady, které mi poskytl při zpracovávání diplomové práce.

Dále děkuji MUDr. René Vlasákovi, MUDr. Heleně Lehmannové a kolegům z Centra preventivní medicíny, za odborné konzultace v oblasti obezitologie. Děkuji také Danielu Kádnerovi za pomoc při formátování diplomové práce.

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá možnostmi zkvalitňování obezitologické péče v ordinacích praktických lékařů. Teoretická část je věnována marketingu a obezitě, zejména méně známé problematice gynoidní obezity. V praktické části je popisován kvantitativní výzkum mezi praktickými lékaři pro dospělé z Prahy a ze Středočeského kraje a mezi klienty Centra preventivní medicíny, který definuje potřeby praktických lékařů pro dospělé v rámci obezitologické péče. Mezi hlavní potřeby patří základní a následné vzdělávání, potřeba informací o problematice gynoidní obezity, potřeba spolupráce se specialisty a obezitologickými pracovišti, včetně center pro terapii gynoidní obezity. V závěru práce je předložen návrh produktů obezitologie Centra preventivní medicíny a návrh algoritmu péče pro gynoidní obezitu v ordinacích praktických lékařů.

Klíčová slova: obezita, gynoidní obezita, lipedém, Komplexní dekongestivní terapie, praktičtí lékaři, algoritmus péče

Abstract

This dissertation is based on the possibilities of improvement of obesitological care as delivered by general practitioners. The theoretical part is dedicated to marketing, obesitology and to the lesser known problem of gynoid obesity. The practical section describes the quantitative research into GP's delivering adult care in the Prague area, central Bohemian area, and amongst the clients of Centrum Preventivní Medicíny. The needs of GP's in terms of this type of care are examined. The main needs are elementary and further education, information about the problems of gynoid obesity, and the need for GP's to co-operate with obesitological institutions, including centres of gynoid obesity therapy. At the end of the thesis is a suggested list of products for Centrum Preventivní Medicíny. Also suggested is an algorithm of care for gynoid obesity for use in GP's practice.

Key words: Obesity, Gynoid Obesity, Lipoedema, Komplex Decongestiv Therapy, GP, Algorithm of care.

OBSAH

I. ÚVOD.....	8
II. TEORETICKÁ ČÁST	11
1. MARKETING	10
1.1. Definice.....	10
1.2. Vývoj koncepcí marketingu.....	12
1.2.1. Výrobní koncepce	12
1.2.2. Výrobní koncept	12
1.2.3. Prodejní koncepce.....	12
1.2.4. Marketingová koncepce.....	13
1.2.5. Holistická marketingová koncepce.....	13
1.3. Strategický marketing	17
1.4. Marketingový plán.....	18
1.5. Marketingový informační systém.....	18
1.5.1. Vnitřní informační systém	19
1.5.2. Marketingový zpravodajský systém	19
1.5.3. Marketingový výzkum.....	19
1.5.3.1. Typy marketingového výzkumu	20
1.5.3.2. Výzkumné metody.....	21
1.6. Marketingové analytické metody.....	22
1.7. Marketingový mix.....	26
1.8. Marketing ve zdravotnictví.....	27
1.8.1. Specifika marketingu ve zdravotnictví	29
1.8.2. Marketingový mix 4C ve zdravotnictví.....	30
1.8.3. Hodnocení marketingových aktivit ve zdravotnictví.....	32
1.9. Východiska pro marketing v obezitologii.....	33
2. OBEZITA	36
2.1. Definice obezity	36
2.2. Vývoj pohledu na obezitu ve společnosti	36
2.3. Výskyt obezity	38
2.3.1. Výskyt obezity v ČR.....	39
2.4. Shrnutí příčin vzniku obezity.....	40
2.5. Diagnostika obezity	41
2.6. Základní dělení obezity.....	42
2.6.1. Typ androidní.....	43
2.6.2. Typ gynoidní.....	44
2.7. Komplikace obezity obecně.....	47
2.8. Komplexní terapie obezity	47
2.8.1. Terapeutické postupy u androidní obezity.....	48
2.8.2. Terapeutické postupy u gynoidní obezity	49
2.9. Obezitologické organizace.....	51
2.10. Systém péče o obezitu v České republice	52
2.10.1. Prevence a léčba obezity v primární péči	53
2.11. Prevence obezity	54
2.11.1. Prevence obezity v České republice	56
2.12. Společenské důsledky obezity	57

2.13.	Ekonomické důsledky obezity	58
2.14.	Úspěšnost boje proti obezitě	59
III. EMPIRICKÁ ČÁST		37
3.	CENTRUM PREVENTIVNÍ MEDICÍNY	61
3.1.	Historie.....	61
3.2.	Současnost	61
3.3.	Obezitologický program	62
3.4.	Změny v obezitologickém programu	63
4.	VÝZKUM.....	64
4.1.	Cíl výzkumu.....	64
4.2.	Kontextuální rámec	64
4.3.	Metodika výzkumu	64
4.4.	Zkoumaná populace	65
4.5.	Výzkumné otázky	66
4.6.	Konceptualizace.....	66
4.7.	Výzkumné hypotézy	66
4.8.	Možná zkreslení.....	68
4.9.	Průběh výzkumu	68
5.	ANALÝZA VÝZKUMU MEZI PRAKTICKÝMI LÉKAŘI... ..	70
5.1.	Přehled hlavních zjištění	70
5.2.	Základní údaje o respondentech	72
5.3.	Odpovědi na výzkumné hypotézy.....	73
6.	VÝZKUM MEZI KLIENTY OBEZITOLOGICKÉHO PROGRAMU... ..	100
7.	ODPOVĚDI NA VÝZKUMNÉ OTÁZKY	101
7.1.	Potřeby praktických lékařů pro dospělé v oblasti teoretické:	102
7.2.	Potřeby praktických lékařů pro dospělé v oblasti praktické:	103
7.3.	Shrnutí.....	105
8.	NAVRŽENÉ PRODUKTY	106
8.1.	Algoritmus péče o klienty s gynoidním typem obezity	106
8.2.	Obezitologické produkty (služby) a marketingový 4C mix.....	106
8.2.1.	Customer Values.....	106
8.2.2.	Communication.....	109
8.2.3.	Convenience.....	109
8.2.4.	Costs.....	110
8.3.	Doporučení managementu Centra preventivní medicíny	110
IV. ZÁVĚR.....		111
LITERATURA.....		114
SEZNAM OBRÁZKŮ.....		122
SEZNAM TABULEK.....		123
SEZNAM GRAFŮ.....		125
SLOVNÍK POJMŮ.....		127
PŘÍLOHY		

I. ÚVOD

Obezita je považována za závažné metabolické onemocnění a za rizikový faktor, který vede k řadě zdravotních komplikací. V Evropě a v USA je pro své důsledky uváděna jako jedna z nejčastějších příčin úmrtí, vedle nikotinismu a alkoholismu. Přes alarmující důsledky výskyt obezity v uvedených státech stoupá a v posledních letech začíná být také problémem v rychle se rozvíjejících asijských zemích. Z těchto důvodů je obezita považována za celosvětovou pandemii. Nadměrná tělesná hmotnost má ovšem nejen důsledky zdravotní, ale také ekonomické, dané například vyššími výdaji za zdravotní a sociální péči.

Výskyt obezity do značné míry souvisí s úrovní zdravotní gramotnosti obyvatel a s jejich životním stylem. Přesto nelze přenášet zodpovědnost za zvládnutí boje s nadměrnou hmotností pouze na individuální úroveň, ačkoliv o úspěchu redukce rozhoduje aktivní spolupráce a motivace obézních. Významné místo zastávají celospolečenské aktivity vedoucí ke zlepšování informovanosti, podporování správných životních návyků a funkční organizace preventivně-léčebné péče.

V České republice se léčbě obezity věnují především specializované ambulance, klinická pracoviště při fakultních nemocnicích a oddělení bariatrické chirurgie. Tak, jako u jiných onemocnění, je v koncepci péče důležitá primární sféra, tvořená praktickými lékaři pro děti a dorost a praktickými lékaři pro dospělé.

Redukce tělesné hmotnosti a formování postavy představují velmi zajímavý trh nejen pro zdravotnické instituce a farmaceutické firmy. Své služby a produkty nabízejí také kosmetičky, fitness centra, výživoví poradci, prodejci náhrad stravy a potravních doplňků a další. Jejich nabídka a komunikační kampaně bývají velmi intenzivní a často lákavější, než oficiální lékařské postupy. Nemalou zásluhu na tomto faktu má i nedostatečné využití možností marketingu ze strany zdravotnických zařízení.

V diplomové práci se věnuji marketingovému výzkumu mezi praktickými lékaři pro dospělé a klienty obezitologie Centra preventivní medicíny. Získané informace využiji při tvorbě marketingového plánu uvedeného ambulantního pracoviště, které se věnuje terapii obezity, především tzv. gynoidního typu. Jde o jediné zdravotnické zařízení, které se v České republice, ale patrně i v Evropě, specializuje na problematiku gynoidního ukládání tuku. To, podle našich zkušeností, stojí neprávem mimo zájem většiny obezitologů i ostatních lékařů.

Teoretická část diplomové práce je rozdělena na dvě oblasti – marketing a obezitu.

V teorii marketingu se na počátku věnují definicím oboru a základním pojmům. Zmiňují podnikatelské koncepce, které se vyvíjely po celé dvacáté století a vedly k utváření současné podoby oboru – k holistickému pojetí marketingu, soustředěnému na vnitřní a vnější prostředí organizace i na zodpovědný přístup vůči společnosti. Moderní marketing dále popisují jako součást strategického řízení a věnují se všem úrovním marketingového procesu.

Důležitou úlohou pracovníků marketingu je získávání a analyzování informací a to jak z vnějšího, tak z vnitřního prostředí. V literatuře se hovoří o marketingovém informačním systému. Do něj patří i výzkum, který se týká praktické části mé práce a proto této kapitole věnují větší pozornost. Po přehledu hlavních analytických metod, které používají manažeři, dále popisují marketingový plán. Ten podrobněji rozebírám v kapitole o marketingu ve zdravotnictví. Přes východiska pro marketing v obezitologii přecházím k problematice obezity.

V druhé kapitole teoretické části popisují problematiku obezity - definici a pohled společnosti na onemocnění, jeho příčiny a především výskyt – tzv. prevalenci a incidenci v populaci. Podrobněji se věnují popisu jednotlivých typů obezity a jejich komplikací. U terapie zmiňují přístupy k léčbě obou typů ukládání tuku. V případě gynoidní obezity jde o zásadní a málo známé informace, které se patrně v diplomové práci dosud neobjevily. Dále popisují organizaci péče o obezitu a význam primární péče, které se týká praktická část mé práce. Pozornost věnují i odborným společnostem a preventivním opatřením. Snažím se upozornit také na rozsah společenských a ekonomických důsledků obezity. V závěru teoretické části zmiňuji úspěšnost prevence a terapie obezity.

Ve druhé, praktické části diplomové práce, představuji Centrum preventivní medicíny, jeho hlavní aktivity a poslání. V následujícím marketingovém výzkumu hledám odpověď na hlavní výzkumnou otázku: Jaké potřeby mají praktičtí lékaři pro dospělé v rámci poskytování obezitologické péče? Na základě zjištěných potřeb, navrhuji Algoritmus péče o pacienty s gynoidní obezitou pro praktické lékaře pro dospělé a produkty (služby) , které doporučuji zařadit do portfolia Centra preventivní medicíny.

II. TEORETICKÁ ČÁST

1. MARKETING

1.1. Definice

Marketing je společenský, řídicí proces, tvořený řadou činností. Ovlivňují jej vědecké disciplíny, jako sociologie, psychologie, teorie managementu, statistika, matematika atd. (Gladkij a kol.,2003:347)

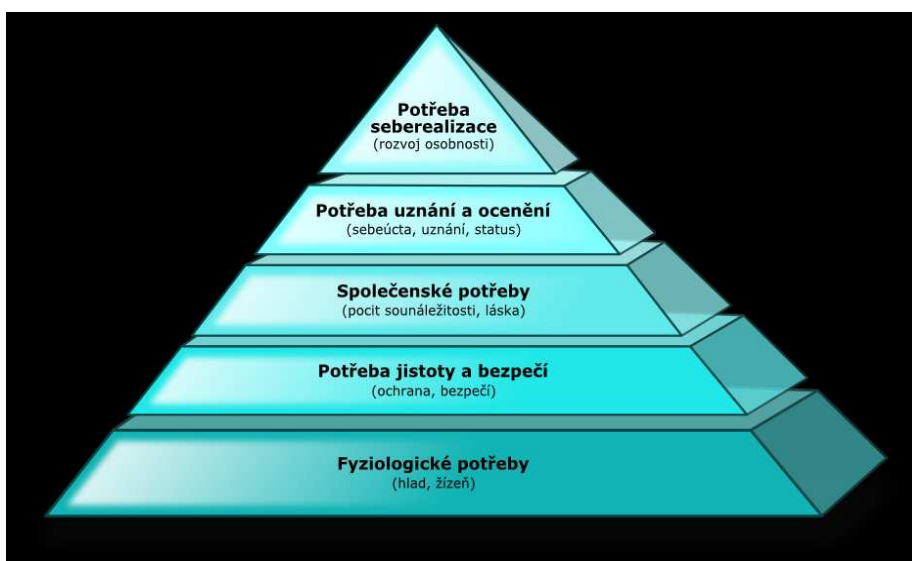
V literatuře nalézáme mnoho definic. Některé z nich jsou velmi stručné a obecné, například definice marketingu, jako: „Koncepční práce s trhem". (Exner, Raiter, Stejskalová, 2005:12)

Někteří autoři se však snaží o podrobnější a přesnější vysvětlení oboru. Mnohé popisy vycházejí z koncepce uspokojování lidských potřeb, která je blízká i pohledu zdravotníků, zvláště v ošetrovatelství. (Hanzelková, Keřkovský, Odehnalová, Vykypěl, 2009:1)
„Potřebou rozumíme pocit nedostatku, který vede člověka ke snaze o jeho odstranění nebo dosažení, tedy o naplnění potřeby". (Gladkij a kol.,2003:31)

Motivační teorii hierarchie lidských potřeb vytvořil americký psycholog a univerzitní profesor Abraham Maslow (1908 – 1970). Dokazoval, že hybnými silami motivačního chování lidí jsou zejména jejich potřeby a poznání těchto potřeb umožňuje využít je jako motivační motory pro cílově orientované chování. Tímto zjištěním ovlivnil nejen odborníky z marketingu, ale také teoretiky managementu a pomáhajících profesí.

Potřeby Maslow rozdělil do pěti hierarchicky uspořádaných skupin, které se v praxi mohou překrývat.

Obrázek č.1 – Schéma lidských potřeb dle Maslowa



(<http://halek.sk/www/prezentace/ekonomicke-minimum/eminimum-print.php?projection&l=01>)

Podle Maslowovy teorie musí být nejprve uspokojovány potřeby fyziologické, nazývané také potřebami nižšího řádu. Po jejich naplnění můžeme saturovat potřeby vyšší, až po vrcholnou seberealizaci. (Vodáček, Vodáčková, 2006:125-126)

Lidské potřeby se promítají v touhách a přáních, které jsou formovány vlastnostmi člověka, hierarchií hodnot i společností, v níž žije. Řada autorů oceňuje umění marketérů vytvářet nové, dosud neznámé potřeby, přání a touhy. Typickým příkladem je oblast informačních technologií, především osobní počítače a mobilní telefony. Kotler a Armstrong uvádějí, že: „Jsou-li takto vytvořené potřeby a přání podloženy náležitou kupní silou, formují poptávku.“ (Kotler, Armstrong, 2004:31)

Vedle potřeb, přání a hodnot autoři v definicích často zmiňují také procesy, typické pro současný marketing. Jedna z nejnovějších definic hodnotí marketing jako: „Aktivitu, skupinu institucí a procesů pro tvorbu, komunikaci, poskytování a výměnu nabídek, které mají hodnotu pro zákazníky, klienty, partnery a společnost v širokém slova smyslu.“ (Hanzelková, Keřkovský, Odehnalová, Vykypěl, 2009:2)

Z množství popisů vyplývá, že moderní marketing můžeme chápat jako promyšlený, systematický proces, prospěšný zainteresovaným jednotlivcům, skupinám i společnosti. Jeho hlavním úkolem je nacházet oblasti vhodné k činnosti a pomocí marketingových nástrojů získávat zákazníky a podporovat jejich loajalitu.

Přes proklamovanou orientaci na zájmy jiných a společensky ušlechtilé cíle, zůstává převažující inspirací k popisovaným aktivitám vlastní profitabilita. Za tou však nelze vidět pouze finanční příjmy. Marketingové postupy jsou stále častěji využívány i k neziskovým účelům či k ovlivňování závažných společenských jevů. Stále podstatnější místo si nacházejí také v oblasti zdravotnictví.

1.2. Vývoj koncepcí marketingu

Marketing od počátku ovlivňovaly podnikatelské koncepce, které v dané době převažovaly.

V praxi rozlišujeme pět základních koncepcí.

1.2.1. Výrobní koncepce

Jedná se o nejstarší koncepci, rozšířenou především v počátcích 20. století mezi roky 1900–1920. Jejími nejvýznamnějšími představiteli byli Američan Henry Ford a z českých podnikatelů Tomáš Baťa. (Gladkij a kol., 2003:347) Úspěch výrobní koncepce je založen na převaze poptávky nad nabídkou. Vychází z předpokladu, že spotřebitelé dávají přednost levným a dostupným výrobkům. Důležitou podmínkou jsou efektivní výroba, distribuce zboží a snížení nákladů na produkci. V současnosti je tento přístup využíván především v rozvojových zemích. (Kotler, Keller, 2007:53)

1.2.2. Výrobová koncepce

Rozvíjela se v době hospodářské krize a na počátku druhé světové války v letech 1920-1940. Její podmínkou je poptávka po kvalitních, spolehlivých a moderních výrobcích. Firma se musí zaměřovat na neustálou inovaci a zkvalitňování svých produktů a spoléhat na zájem užší skupiny spotřebitelů. Zájem kupujících přitom může představovat hlavní riziko v úspěšnosti této koncepce.

1.2.3. Prodejní koncepce

Je využívána hlavně u výrobků či služeb, které nejsou zákazníky příliš poptávány. Prodávající musí vynakládat značné úsilí, aby na produkt upozornil a mohl jej úspěšně prodat. Cílem je prodat hotový výrobek, nikoliv vyhovět potřebám a přáním odběratele, či budovat dlouhodobé vztahy. Podmínkou úspěchu musí být silná a různorodá podpora prodeje. Koncepce se vyvíjela v letech 1940-1950, kdy docházelo k razantnímu nástupu hromadných sdělovacích prostředků – tisku, rozhlasu a televize.

(Gladkij a kol., 2003:348) Typickým představitelem této koncepce je například firma Coca cola. Často ji využívají i pojišťovací společnosti. (Kotler, Keller, 2007:54)

1.2.4. Marketingová koncepce

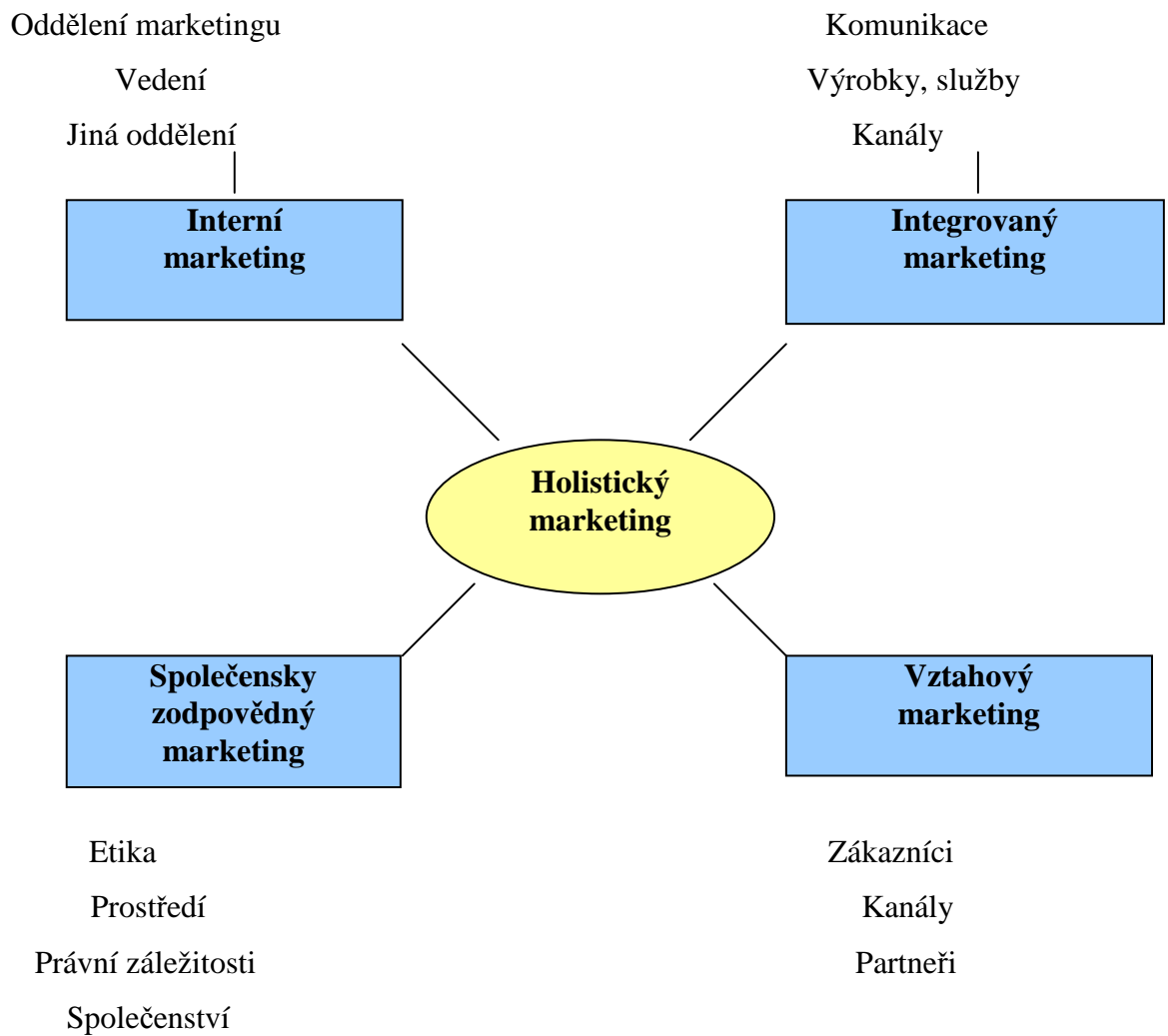
Prodejce reaguje na potřeby a přání zákazníků. Důležitým předpokladem je umění reagovat na jejich měnící se požadavky, ale i na změny ve strategiích konkurentů. Jak uvádějí Kotler a Armstrong: „Taková situace vyžaduje, aby firmy, u kterých je zákazník skutečně středem jejich pozornosti, porozuměly jeho potřebám ještě lépe, než jim rozumí on sám, a vytvářely výrobky či poskytovaly služby, které uspokojí již existující či právě vznikající potřeby nejen dnes, ale i v budoucnu.“ (Kotler, Armstrong, 2004:53-55) Rozvoj této koncepce je datován mezi roky 1950-1970.

1.2.5. Holistická marketingová koncepce

Vychází z názoru, že na marketing 21. století je třeba hledět v souvislostech a v celé šíři jeho aktivit a důsledků.

Holistický marketing je dělen na čtyři základní složky: vztahový, integrovaný, interní a společensky zodpovědný marketing. (Kotler, Keller, 2007:57)

Obrázek č. 2 – Schéma holistické marketingové koncepce



(Zpracovala autorka dle Kotlera, Kellera, 2007:56)

a) Vztahový marketing (Relationship marketing)

Vede k vytváření a udržování hlubokých vztahů s lidmi a organizacemi, na kterých závisí úspěch marketingových aktivit. Pozornost je upřena nejen na budování dlouhodobých vztahů se zákazníky (customer relationship management, CRM), ale i s partnery (partner relationship management). Marketéři pracují se čtyřmi hlavními skupinami: zákazníky, zaměstnanci, finančně zainteresovanými osobami (například akcionáři, investory) a s marketingovými partnery (kanály, dodavatelé, distributory a dalšími).

Úspěšný vztahový marketing vede k vytváření tzv. marketingových sítí - sítí vztahů uvnitř i vně organizací, které mohou představovat zásadní konkurenční výhodu. (Kotler, Keller, 2007:56)

b) Integrovaný marketing

Představují jej integrované, komplexní programy, které zahrnují všechny aktivity, vedoucí k vytváření, sdělování a poskytování hodnot zákazníkům.

Do integrovaného marketingu se řadí také tzv. marketingový mix. (Viz kapitola 1.7.)

c) Interní marketing (internal marketing)

Vychází ze zkušenosti, že připravenost veškerého personálu v organizaci významně ovlivňuje kvalitu poskytovaných služeb zákazníkům. Marketingové aktivity uvnitř společnosti mohou proto zásadně rozhodovat o úspěchu firmy na konkurenčních trzích.

Interní marketing je uplatňován ve dvou dimenzích:

První dimenze je zaměřena na koordinaci aktivit jednotlivých pracovníků či celých úseků zodpovědných za dílčí marketingové funkce.

Druhou dimenzi představuje systematické předávání marketingových myšlenek všem zaměstnancům firmy, přičemž hlavní snahou je, aby každý zaměstnanec pohlížel na svoji činnost především očima zákazníků.

Interní marketing lze chápat jako systémové řízení těchto činností:

- inovace a vývoj nových produktů
- nákup zboží a služeb
- výroba zboží a poskytování služeb
- marketing organizace, včetně public relations

- prodej zboží
- logistika
- účetnictví
- financování aktivit firmy

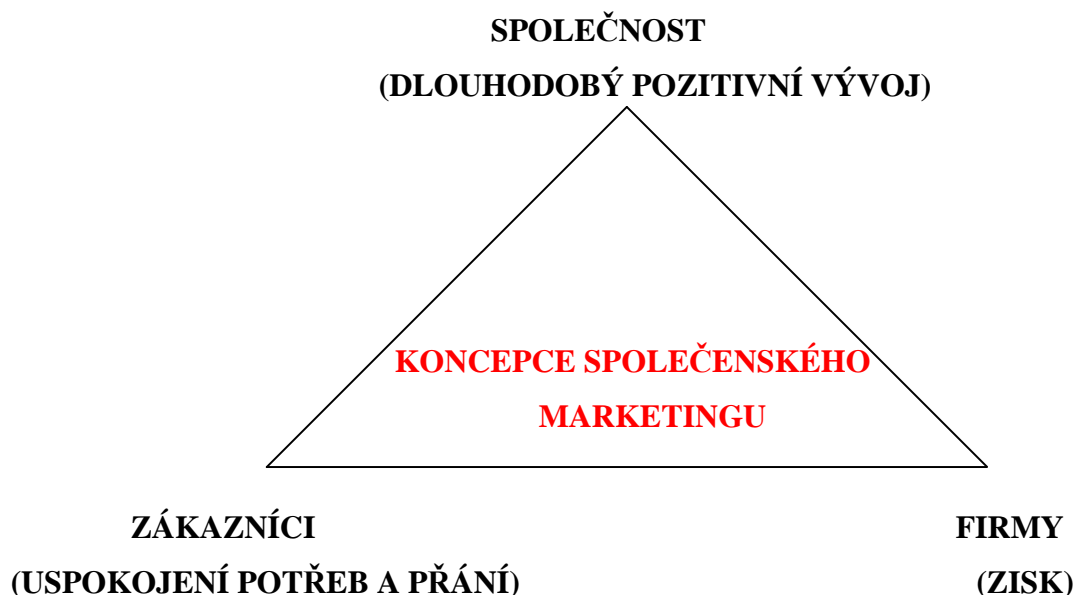
(Kotler, 2006, s.35-36)

d) Společenský marketing (social responsibility marketing)

Je založen na faktu, že marketingové aktivity firem mívají vliv nejen na cílového zákazníka, ale i na jeho okolí. Počátky společenského marketingu jsou v literatuře datovány od roku 1970. Vychází ze snahy o uspokojování potřeb a přání zákazníků, ale je orientován na dlouhodobé zájmy jak spotřebitelů, tak i na zájmy společnosti, jako je životní prostředí, trvale udržitelný rozvoj, sociální vztahy, právní a etický kontext. Z těchto důvodů bývá také využíván pro potřeby komunitního rozvoje a regionální politiky. (Gladkij a kol., 2003:348)

Koncepci společenského marketingu tvoří tři základní pilíře. Viz následující schéma.

Obrázek č. 3. - Tři pilíře koncepce společenského marketingu



(Zpracovala autorka dle Kotlera, Armstronga, 2004:53)

Realizace společenského marketingu může mít různé formy.

V literatuře je často zmiňován pojem sdílený marketing (cause – related marketing).

Jeho cílem je podporovat řešení vybraného společenského problému. Firma spojí své jméno s určitým jevem a zvýší tak šanci k jeho medializaci a upoutání pozornosti veřejnosti.

Jedná se o vzájemně prospěšný vztah, který pomáhá jak firmě, ke zlepšení své image, tak společnosti k ovlivnění problémů různých cílových skupin.

Vedle sdíleného marketingu organizace často uplatňují filantropii – peněžní či věcné dary, případně časové investice ve prospěch jednotlivců, skupin nebo neziskových organizací. (Kotler, Keller, 2007:54)

Vzhledem k četnosti a různorodosti společenských problémů mohou firmy volit z širokého spektra aktivit vedoucích k realizaci jejich marketingových cílů i k podpoře rozvoje společnosti.

1.3. Strategický marketing

Marketing je důležitou součástí tzv. strategického managementu celé organizace.¹

Strategický management zahrnuje:

- vymezení poslání organizace
- stanovení dlouhodobé vize a cílů
- formulaci taktik k jejich dosažení
- realizaci
- kontrolu

(Kovář, 2008:28)

¹ Podle Akademického slovníku pochází pojem strategie z dob antických vojevůdců., kdy vyjadřoval způsob vedení války, ale také operace, vedoucí k dosažení základních válečných cílů. (Buchtelová, 1998:713) V současné době je termín strategie často užíván v souvislosti s moderním řízením.

Impuls k rozvoji strategického řízení dal v roce 1965, Igor Ansoff, vydáním knihy Corporate Strategy. Strategický management charakterizoval jako: „Komplexní proces, který začíná strategickou diagnózou a vede firmu přes sérii dalších kroků, kulminujících v podobě nových výrobků, trhů a technologií a zároveň i nových schopností.“ (Crainer, 2000:91)

V organizacích bývá definována celá řada strategií. Na nejvyšší úrovni stojí podniková, korporátní, vrcholová, strategie, která vyjadřuje dlouhodobé cíle firmy jako celku. Jednotlivé podnikatelské činnosti určuje business, nebo-li marketingová strategie. Třetím typem jsou strategie operační, zaměřené na řízení vnitropodnikových procesů. (Exner, Raiter, Stejskalová, 2005:12)

V souvislosti s marketingovou strategií je v literatuře často používán termín marketingový proces, který se skládá z analýzy marketingových příležitostí, výběru cílových trhů, sestavení marketingového mixu a z jeho realizace. (Kotler, Armstrong, 2004:102-103) Marketingová strategie je popsána v marketingovém plánu.

1.4. Marketingový plán

Marketingový plán je psaný dokument, který shrnuje zjištěné informace o trhu, a popisuje taktiky k dosažení tržních cílů. (Kotler, Keller, 2007:98)

Marketingový plán má dvě úrovně:

- Strategický plán, který definuje cílové trhy a nabídku hodnot zákazníkovi. Plán je zpracováván na základě analýz tržních příležitostí pomocí marketingového výzkumu a dalších nástrojů marketingového informačního systému
- Taktický marketingový plán specifikuje marketingové taktiky, které zahrnují např. vlastnosti výrobku, propagaci, obchodování, tvorbu cen, prodejní kanály a služby. Tyto taktiky jsou souhrnně označovány jako marketingový mix. (Kotler, Keller, 2007: 82)

1.5. Marketingový informační systém

V rámci marketingového procesu, potřebují manažeři množství informací o tržním prostředí, o potřebách a hodnotách potenciálních zákazníků, o vnitřním i vnějším prostředí organizace. K tomuto účelu slouží tzv. Marketingový informační systém (MIS)

V literatuře se v souvislosti se získáváním informací objevuje vedle Marketingového informačního systému také termín Competitive Intelligence (CI), který vyjadřuje sběr informací o konkurenci. Souhrnně pak bývají oba systémy označovány jako Business Intelligence (BI). (Exner, Raiter, Stejskalová, 2005:170)

1.5.1. Vnitřní informační systém

Přináší základní informace o objednávkách, prodejkách, pohledávkách, dluzích atd. Údaje podnik získává z vlastního účetnictví, hlášení prodejců a podobně. (Zlámal, 2009:125)

1.5.2. Marketingový zpravodajský systém

Získává informace díky kontaktům vlastních pracovníků, díky osobním kontaktům pracovníků s pracovníky jiných firem, data lze také zakoupit od externích dodavatelů.

Důležité informace mohou poskytovat také média, výroční zprávy konkurenčních firem atd.

1.5.3. Marketingový výzkum

Data, získaná uvedenými metodami, nemusí poskytnout všechny potřebné informace o potřebách, hodnotách a přáních potenciálních zákazníků. „K poznávání zákazníků jsou nejvhodnější metodologicky propracované nástroje a postupy marketingového výzkumu.“ (Foret, 2008:3) Díky nim mohou manažeři systematicky získávat množství cenných údajů.

Výzkum zahrnuje:

- definování marketingového problému
- sestavení plánu výzkumu
- sběr dat
- zpracování a analýzu dat
- prezentaci výsledků výzkumu a praktická doporučení managementu

Výzkum bývá prováděn v šesti základních okruzích:

- Socioekonomický profil zákazníků – zahrnuje demografické údaje, například věk, vzdělání, rodinný stav, počet dětí, bydliště, ekonomická situace a jiné
- Životní podmínky zákazníků – životní úroveň, vybavenost domácností, vlastnictví movitého a nemovitého majetku a jiné
- Životní styl zákazníků – pracovní a volnočasové aktivity - sport, kultura, koníčky, cestování a jiné

- Hodnotové orientace – názory na život, životní postoje, orientace, politické postoje a jiné
- Nákupní chování a rozhodování zákazníků – o jaké zboží je zájem, nakolik je podstatná kvalita, cena, distribuce, propagace a jiné
- Vnímání a vliv marketingové komunikace – sledovanost médií, ovlivnitelnost a jiné (Foret, 2008:5-6)

V marketingovém výzkumu je možné zkoumat celou populaci, o které jsou data zjišťována, nebo lze pomocí výběru získat menší, reprezentativní skupinu. (Foret, 2008:70-71)

Výzkumy probíhají častěji na výběrovém vzorku. Ten je získáván pravděpodobnostním – náhodným výběrem nebo nepravděpodobnostním – záměrným výběrem. (Disman, 2006:97-112)

1.5.3.1. Typy marketingového výzkumu

Marketingový výzkum je dělen na primární a sekundární.

Primární výzkum přináší data z vlastních zjištění, která probíhají v terénu, ať pomocí vlastních pracovníků nebo prostřednictvím najaté firmy. Výzkum probíhá formou kvalitativní nebo kvantitativní.

Pro získávání dat kvalitativními metodami stačí velmi malý vzorek zákazníků - informantů, od nichž výzkumník může získat velké množství informací. Problém tohoto typu výzkumu může představovat malá možnost generalizace na větší populaci. Výsledkem bývá popis teorie či upřesnění zadání pro další výzkum. Výsledky lze dále ověřovat postupem kvantitativním.

Kvantitativní marketingový výzkum již poskytuje validní informace o větším množství zákazníků – respondentů. Testuje teorie a z nich plynoucí hypotézy. Výsledky výzkumu jsou více reprezentativní, než výsledky z výzkumu kvalitativního. (Disman, 2006:286)

Sekundární výzkum představuje další, nové interpretace již dříve zjištěných dat, která mohla být pořízena pro jiného zadavatele nebo za jiným účelem. Informace poskytuje v agregované nebo neagregované podobě. Tedy v původní podobě nebo zpracované do statistických hodnot - procent, průměrů a rozptylů. (Foret,2008:25), (Malý, 2008:25)

1.5.3.2. Výzkumné metody

Metody pro zjišťování informací výzkumník volí v závislosti na cílech výzkumu, jeho rozsahu, na povaze informací, na časových a finančních možnostech a podle výběru respondentů. (Foret, 2008:65)

Mezi nejčastěji používané metody v marketingovém výzkumu patří:

a) Dotazování

Písemné dotazování prostřednictvím dotazníku

Při sestavování dotazníků je třeba dbát na jejich celkový dojem, srozumitelné formulace a typ otázek. Důležitá je i délka dotazníku, příliš mnoho otázek může odradit od jeho vyplnění.

Při dotazování výzkumníci používají tři typy otázek – uzavřené, otevřené a kombinované.

U otevřených otázek nejsou předkládány varianty odpovědí, ale respondent odpovídá zcela podle své úvahy. Mezi otevřené otázky patří i asociační, které zjišťují první reakce na uvedený pojem. Další verze otevřených otázek jsou: volné dokončení věty, povídky, obrázku či tématického námětu. Výhodou volných otázek je neomezenost odpovědí. Nevýhodou představuje obtížnost vyhodnocování. Z těchto důvodů se otevřené otázky využívají především v kvalitativním výzkumu.

Uzavřené otázky, které nabízejí varianty, jsou typické pro výzkum kvantitativní. Dělí se na dichotomické, které nabízejí dvě varianty odpovědí, výčtové, s možností většího výběru a polytomické, které umožňují označit pořadí variant odpovědí. (Foret, 2008:53)

Písemné dotazování pomocí ankety

Anketa bývá publikována v tisku, rozdávána například při nákupech nebo vysílána v televizi nebo v rádiu. Tvoří ji pouze několik otázek. Problémem může být nízká návratnost a reprezentativnost.

Osobní dotazování

Rozhovory – interview, jsou typickým nástrojem pro kvalitativní výzkum. Jejich standardizovaná podoba se však využívá i u výzkumu kvantitativního.

Rozhovory probíhají mezi tazatelem a informantem nebo mezi tazatelem a skupinou informantů. Ta je v případě kvalitativního výzkumu označovaná jako focus group.

Focus group tvoří šest až deset cíleně vybraných lidí, kteří diskutují na dané téma. Odpovídají na dopředu promyšlené otázky, pokládané profesionálním moderátorem. (Kotler, Keller, 2007:143)

Telefonické dotazování poskytuje výhodu anonymity, je rychlé a levné. Využívá se, ale spíš pro bleskové průzkumy aktuálních témat. (Disman, 2006:145)

b) Pozorování

Lze využít jak pro kvalitativní, tak pro kvantitativní výzkum.

Výzkumník může získávat data o zákaznících jako přímý pozorovatel, během nakupování, cestování a pod., nebo pomocí nepřímého pozorování, například pomocí videonahrávek.

Výzkumník může provádět pozorování bez vědomí, nebo s vědomím zkoumané skupiny.

c) Experiment

Jako experiment lze označit jakékoliv změny v rámci marketingového mixu. Dělíme je na dvě hlavní skupiny:

Experimenty v přirozeném prostředí, tedy v terénu a experimenty v laboratorních podmínkách. Během nich výzkumníci zjišťují např. fyziologické reakce zákazníků na různé marketingové podněty.

Experimenty se dělí i podle způsobu provedení. Experimentovat lze na dvou skupinách – experimentální a kontrolní, kdy nezávislá proměnná působí pouze na skupinu experimentální.

Druhý způsob představuje výzkum na jedné skupině před i po působení nezávisle proměnné. (Foret, 2008:65)

Nevýhodou experimentu je snadná možnost zkreslení, plynoucí z mnoha vlivů, které mohou působit na chování zákazníků.

1.6. Marketingové analytické metody

Pro získávání mnoha cenných dat mohou marketingoví manažeři využívat také řadu analytických metod, mezi něž patří například:

PEST(EL) analýza

Pomáhá porozumění situaci na trhu. Poskytuje managementu informace o vnějším prostředí. Informuje o stávající a očekávané:

P – politické situaci v oblasti a ve státě, ve kterém firma působí

E – ekonomické situaci v téže oblasti, o předpokladech jejího vývoje a důsledcích pro obchodování či poskytování služeb v dané oblasti

S – sociální situaci v dané oblasti

T – technologické situaci v oboru

V literatuře bývá popisována i rozšířená forma analýzy, která se zaměřuje také na rozbor E – enviromentální (ekologické) a L - legislativní situace.

(PESTEL analysis of the macro-environment, 2007)

Trendová analýza

Poskytuje výhled ve vývoji oblastí, které mohou ovlivnit úspěšnost firmy. Týká se jednak oblastí hodnocených v PEST(EL) analýze, ale také trendů v motivech a trendů zákaznických, konkurenčních či partnerských.

Získávat informace o trendech není jednoduché a výsledky mohou být velmi nejisté. Přesto jsou ale odhady trendů považovány za potřebné a zásadní pro tvorbu strategií moderních organizací. (Exner, Raiter, Stejskalová, 2005:24)

Segmentace trhu

Cílem segmentace je rozdělení trhu na jednotlivé části, které spojuje jedna nebo více společných charakteristik. Na vytipovaný segment trhu marketéři zaměřují tzv. cílený marketing.

Výběr segmentu probíhá na základě:

Demografických indikátorů – věku, vzdělání, pohlaví, příjmu, rodinného stavu, společenské třídy a jiných

Geografických indikátorů – městských částí, měst, krajů, národů a jiných

Psychografických indikátorů – zákazníci jsou děleni do segmentů na základě psychologických charakteristik, životního stylu, motivací, potřeb a hodnot (Kotler, 2005, s.28)

Behaviorální indikátory – informovanosti zákazníků a jejich reakcí na výrobky, loajality k firmě (Kotler, Keller, 2007:27)

Analýza KFS (Key Factors of Success)

Především v americké literatuře je tato analýza označována jako CSF – Critical Success Factors.

Výsledkem analýzy je definování několika zásadních - klíčových faktorů, které mohou firmu dovést k úspěchu na trhu. Jedná se o faktory obecné, které mohou pomoci k úspěchu jakékoliv jiné firmy ze stejného oboru. Na základě pojmenování těchto faktorů můžeme hodnotit výhled na úspěch nejen naší, ale i konkurenční organizace.

V souvislosti s kritickými faktory úspěchu se lze v literatuře setkat s termínem hygienické faktory trhu, které naplňuje významná část firem na trhu a jež jsou považovány spíše za standardní. Při definici KFS může někdy docházet k jejich záměně. (Exner, Raiter, Stejskalová, 2005:33)

Benchmarking

Pojmem "banchmark" je označována všeobecně uznávaná úroveň kvality a činností provozovaných v organizacích. Principem benchmarkingu^{II} je systematické porovnávání výkonnosti firem mezi sebou. (Drucker, 2004:94) Jde o plánovaný a řízený proces.

Value assessment - sebehodnocení

Každý manager, který chce vytvořit úspěšnou tržní strategii, musí disponovat objektivními údaji o tom, jak si jeho firma vede ve srovnání s konkurencí.

V některých případech je pro posouzení skutečné situace vhodné i využití subjektivního hodnocení, např. hodnocení spokojenosti zákazníků či názory zřizovatelů, vlastníků a dalších zainteresovaných osob (Customer Value Assessment). (Exner, Raiter, Stejskalová, 2005:39)

^{II} Termín benchmarking vznikl z anglického výrazu benchmark = měřítko. V české literatuře není překládán. (<http://www.slovník-cizich-slov.cz/?q=benchmarking&typ=0>)

Competitive Assessment - hodnocení konkurence

Informace o konkurenčních organizacích lze zjišťovat v několika základních oblastech – produkty, konvence, lidské zdroje, materiální a technologické zdroje, řízení poptávky, komunikace, marketing.

Na všech těchto úrovních může docházet ke konkurenčnímu boji a to v měřítku kvality, kvantity či časové perspektivy. (Exner, Raiter, Stejskalová, 2005:40)

Při získávání informací o konkurenci mohou vznikat čtyři typy problémů.

První se týká záchytu, kdy se marketéři o konkurenční firmě dozvědí pouze nepodstatné údaje, ale ty podstatné uniknou.

Druhý, kdy je sporná věrohodnost získaných informací, ať již způsobená nedůvěryhodným zdrojem či zkreslením údajů.

Třetí problém se týká relevantnosti, významnosti a případných důsledků získaných informací.

Za čtvrtý je považován tzv. informační a datový smog. (Exner, Raiter, Stejskalová, 2005: 42)

Samostatnou kapitolou v posuzování konkurence jsou metody získávání potřebných informací. Data lze shromažďovat mnoha způsoby. Například díky ústním referencím, sledování internetu, médií, výročních zpráv či zaměstnání bývalých pracovníků konkurenční firmy.

Share of voice a Market Power

„Share of voice (SOV) vyjadřuje sílu podniku, kterou působí na trh pomocí marketingových a komunikačních aktivit.“ (Exner, Raiter, Stejskalová, 2005:43) Pro měření této síly je podstatné, kolik finančních prostředků do těchto aktivit investovala posuzovaná firma v porovnání s její konkurencí.

Výsledky analýzy se uvádějí v absolutních číslech nebo v procentech podílu na trhu.

Market Power (MP) je přesnější analýza než SOV, protože kombinuje parametry share of voice a výsledky Value assessment.

Obě uváděné analytické metody mohou pomoci ve strategickém rozhodování o směřování investic do jednotlivých segmentů trhu. (Exner, Raiter, Stejskalová., 2005:44)

Řízení příležitostí a rizik – SWOT analýza

Pomocí uvedených analýz mohou získat marketéři a manažeři množství dat, s nimiž mohou dále pracovat. Jednou z možností je jejich využití v analýze silných a slabých stránek, příležitostí a hrozeb.

S – strengths, silné stránky, představují vše, co firma umí a v čem je výjimečná

W – weaknesses, slabé stránky, vyjadřují všechna podstatná negativa v činnosti firmy

O – opportunities, příležitosti, vypovídají o možnostech rozvoje firmy. Příkladem může být identifikace segmentů trhu, které by mohly zabezpečit podnikatelský úspěch

T – threats, rizika, upozorňují na nebezpečí, se kterými se management může setkat a jež mohou ohrozit úspěšnost firmy. V oblasti rizik mohou být užitečná data, získaná z analýz trendů či konkurence.

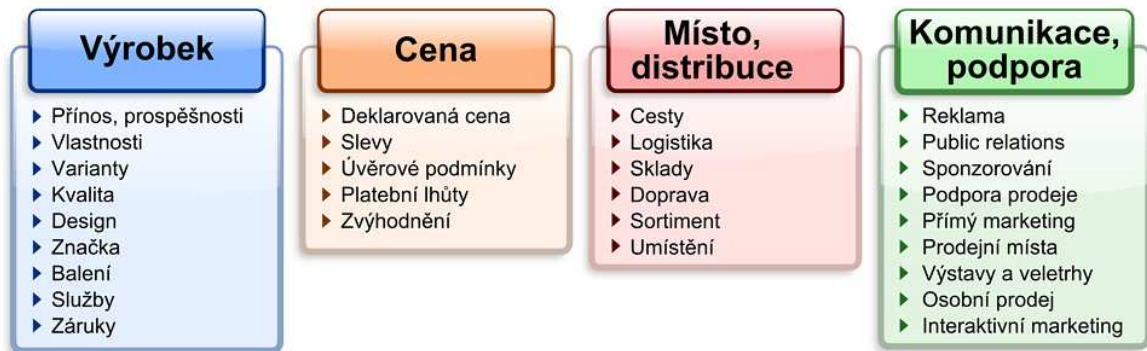
SWOT analýza je metoda subjektivní a statická. Proto bývá v posledních letech nahrazována například objektivní O-T analýzou strategických scénářů. (Jakubíková, 2008:104)

1.7. Marketingový mix

Další důležitou součástí marketingového procesu tvoří tzv. Marketingový mix. K jeho plánování a následné realizaci dochází na základě formulace celkové marketingové strategie. V současném pojetí představuje: „Soubor taktických marketingových nástrojů – výrobní, cenové, distribuční a komunikační politiky, které firmě umožňují upravit nabídku podle přání zákazníků na cílovém trhu.“(Kotler, Armstrong, 2004:105)

Jako: „Souhrn činností, jimiž je možno ovlivnit kupujícího“, jej poprvé popsal v roce 1964 profesor Neil H.Borden. (www.netba.com/marketing/mix/) Prvotní podoba mixu vycházela z pohledu prodávajícího či výrobce. Změny v chápání a pojetí marketingu, si ale vynutily přehodnocení Bordenova rámce a jeho modernizaci. Ta vedla ke vzniku, v literatuře často uváděné, marketingové koncepce 4P, která se skládá z produktu, ceny - price, místa - place a z propagace - promotion.

Obrázek č. 4 - Nástroje 4P marketingu.



(<http://halek.info/prezentace/sell-prednasky1/sellp1-print.php?l=02>)

Vedle koncepce 4P, vznikaly další varianty marketingového mixu, například často uváděná koncepce 4C, která více vyhovuje na zákazníka orientovanému pojetí marketingu.

Podle L.Exnera, takové pojetí marketingového mixu umožňuje: „Řízení hodnot, které jsou nabízeny zákazníkům. Je nástrojem k realizaci definované a správně formulované strategie a vlastní podstatou marketingu.“ (Exner, Raiter, Stejskalová, 2005:53)

Marketingovou koncepci 4C tvoří:

- Customer Value – hodnota z hlediska zákazníka
- Cost to the Customer – náklady pro zákazníka
- Convenience – pohodlí pro zákazníka
- Communication - komunikace

(Kotler, 2006:114)

1.8. Marketing ve zdravotnictví

O marketingu zdravotnických zařízení hovoříme jako o marketingu služeb, protože služby tvoří podstatu léčebné a ošetrovatelské péče. (Příbová, 2010:C4-5)

Rozvoj služeb se stal jedním z důležitých ekonomických trendů posledních let. Moderně řízené organizace, které je poskytují, využívají marketing k zajištění pozic na trhu a k odlišení od konkurentů podobně, jako výrobní firmy. (Kotler, Armstrong, 2004:423)

Služby mají své charakteristické vlastnosti:

- službu nelze vlastnit
- má nehmotnou povahu – před nákupem si služby nemůžeme prohlédnout, nemůžeme je slyšet ani cítit, můžeme mít problém s definováním jejich kvality
- příjemce se do různé míry na službě podílí
- služby jsou nedělitelné, spojené s jejich poskytovateli, nelze je od nich oddělit
- služby jsou rozmanité, závislé na poskytovateli, místě i čase, kdy se odehrávají
- služby jsou pomíjivé, neopakovatelné a neskladovatelné

(Saunders, Kotler, Armstrong,, Wong, 2007:710), (Příbová, 2010:C4-5)

Pro marketéry v oblasti služeb, je důležité porozumění trhu, nebo-li tržní matrix (matici), který je orientován na tzv. tržní motivy. Klienti/pacienti se řídí svými potřebami, ale jsou ovlivňováni i emocemi, návyky a hodnotami, které vyznávají.

Tržní motivy lze dělit na:

- uspokojené motivy, které zdravotnické zařízení poskytuje
- neuspokojené motivy, které zdravotnické zařízení neposkytuje
- neznámé motivy, o kterých uživatel služeb dosud neví

Poznání neuspokojovaných a neznámých tržních motivů může znamenat pro zdravotnické zařízení významnou konkurenční výhodu. (Exner, Raiter, Stejskalová,, 2005:21-22)

Obrázek č.5 – Tržní matrix

Schéma 1. Tržní Matrix



(Exner, Raiter, Stejskalová, 2005:20)

1.8.1. Specifika marketingu ve zdravotnictví

Oblast zdravotnictví se vyznačuje řadou specifíků, která ovlivňují volbu marketingových strategií.

Prvním specifíkem je hodnota, o kterou při poskytování zdravotnických služeb jde. Je jí zdraví, lépe řečeno pocit zdraví, případně kvalita života. (Havrdová a kol, 2010:14) Vnímání této hodnoty může být v různé kultuře, prostředí i v různém věku odlišné. Většinou, však platí, že skutečnou hodnotu zdraví si lidé uvědomují, až při jeho nedostatku. S těmito fakty souvisí obtížná měřitelnost přínosu a užitku zdravotní péče.

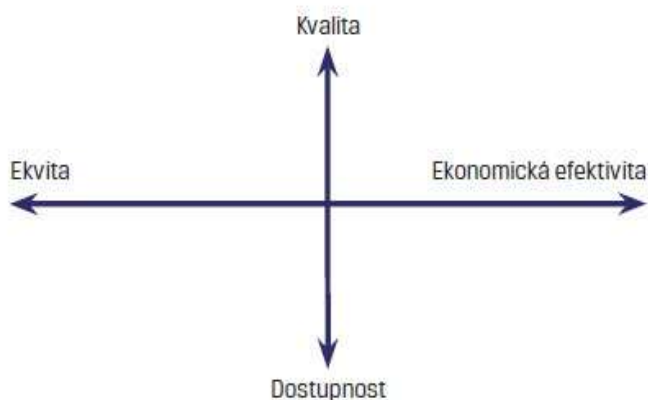
Druhým specifíkem je silná role státu, hlavně při tvorbě zdravotní politiky a koncepce či v regulaci cen. Do zdravotnictví se proto promítají i politické boje, kdy na jedné straně je slibována bezplatná péče pro všechny a na straně druhé vysoká spoluúčast pacientů či omezování dostupnosti některých služeb. Jde o choulostivá témata a na případné zásahy do této oblasti bývá společnost velmi citlivá.

Třetím specifíkem je eticko-právní rámec, ve kterém marketéři působí. Jejich aktivity jsou ovlivňovány řadou právních norem, od Ústavy České republiky, Listiny základních práv a svobod, Konvence o ochraně lidských práv a důstojnosti, přes zákony týkající se pojišťoven, regulace reklamy až po obchodní a občanský zákoník. (Rivola, 2006:34-35) S oblastí zdraví se pojí také mnoho etických problémů, které souvisejí se spravedlivostí, dostupností, s alokací zdrojů a s mnoha dalšími otázkami.

Čtvrtým specifíkem je povinnost zdravotnických zařízení, respektovat základní atributy zdravotnického systému (viz obrázek č.6) a současně mít na paměti zájmy zainteresovaných skupin a jednotlivců – tzv. stakeholders. Ty představují především sami klienti/pacienti, ale také zdravotníci, zřizovatelé, plátcí, dodavatelé a další.

Zdravotnické systémy a zdravotnická zařízení můžeme hodnotit pomocí čtyř atributů, které ukazuje následující obrázek:

Obrázek č. 6 – Atributy zdravotnického systému



(<http://www.pharmbm.cz/node/38>)

Pro uvedená specifika musí být některé marketingové aktivity ve zdravotnictví částečně omezovány a nelze plně uplatňovat tržní mechanismy. (Bellová, 2011:18) Přesto je, ale možné většinu marketingových principů a postupů aplikovat, a to zvláště v dnešní době, kdy konkurence mezi zdravotnickými zařízeními sílí. (Příbová, 2010, C4-5)

1.8.2. Marketingový mix 4C ve zdravotnictví

V publikaci o strategickém marketingu ve zdravotnictví popisuje L.Exner následující modifikaci marketingového 4C mixu:

- C1 vytvoření zákaznické hodnoty – služby
- C2 konvence
- C3 komunikace na trhu
- C4 náklady

(Exner a kol., 2005:58)

Schéma marketingového mixu ve zdravotnictví – viz příloha č.2

C1 vytvoření zákaznické hodnoty – Customer values

Hodnoty ve zdravotnictví vznikají v rámci diagnostické, lékařské a ošetrovatelské péče. Jejich naplnění přímo souvisí s kvalitou poskytovaných služeb.

Podle I.Gladkého: „Kvalita péče zahrnuje všechny dílčí činnosti, které byly provedeny s vysokou profesionalitou, s optimálním výsledkem, s minimálním rizikem

pro pacienty, ve shodě s aktuálními medicínskými standardy a hodnotami, s ohledem na hospodárné vynaložení zdrojů a s naplněním obsáhlého očekávání pacientů" (Gladkij, Strnad, 1999:152-155)

Kvalita je nejprve definována pomocí standardů a poté systematicky měřena a hodnocena odbornými audity. Na jejím hodnocení by se měli podílet i pacienti, lékaři, zdravotní sestry, pracovníci z ekonomického úseku a další. (Gladkij a kol., 2003:315) Kvalitu péče mají garantovat také akreditace a certifikace zdravotnických zařízení. Jejich problémem se, ale někdy stává formalismus a nevyužití jejich potenciálu k systematickému vylepšování kvality služeb.

C2 Konvence

Podle L.Exnera znamená: „Způsob, situaci, ale také vhodnost, přiměřenost nebo pohodlí, za jakého je služba poskytována." (Exner, Raiter, Stejskalová, 2005:61)

Konvenenci rozdělujeme na:

- dostupnost – časovou, geografickou, bezbariérovou, měřenou kapacitou čekáren atd.
- časovou konvenenci – objednávání a čekací doby
- informační konvenenci – zákroky, logistika, informační systém
- pobytovou konvenenci – uspokojování potřeb, soukromí, estetiku
- následnou konvenenci – informace, věrnostní programy

Úroveň konvence je většinou klientů/pacientů velmi citlivě vnímána a mnohdy zaměňována za kvalitu péče. Osvědčeným způsobem pro měření konvence jsou metody hodnocení spokojenosti pacientů.

C3 – Komunikace

Kvalita komunikace představuje důležitou součást marketingového mixu. Její pomocí lze přímo ovlivňovat úspěšnost nabízených služeb i celého zařízení. Může mít podobu spontánní, neřízené komunikace, nebo může být strategicky řízena v systematicky vedeném procesu. Strategická komunikace přináší větší profit, neboť pomáhá vytvářet zdravotnickému zařízení silnou značku a cíleně buduje požadovanou image.(Exner, Raiter, Stejskalová, 2005:72)

Komunikace je dále dělena podle zaměření na interní a externí.

- Interní komunikace je orientována dovnitř zařízení – na zaměstnance, případně jejich rodiny, na zřizovatele, vlastníky, odbory a pod.
Hlavními cíli je vytvoření silné firemní kultury, loajality a motivace zainteresovaných skupin i jednotlivců do rozvoje zařízení.
- Externí komunikace se zaměřuje na pacienty/klienty, jejich rodiny, pojišťovny, veřejnost, politiky, studenty, odborné společnosti, patientská sdružení, sponzory, obchodní partnery, média a další.

Pro uvedené typy komunikace je třeba vybrat vhodné komunikační nástroje.

Příklady cílových skupin pro interní i externí komunikaci a možnosti komunikačních nástrojů ukazuje schéma v příloze č.3.

Komunikační kampaně je třeba systematicky monitorovat, vyhodnocovat a pružně přizpůsobovat novým podmínkám.

C4 – náklady – Costs

Ve zdravotnictví v České republice se vyskytují dva druhy cen – nákladů.

- Ceny regulované, jichž je většina. Jejich výše je stanovována v dohodovacím řízení mezi poskytovateli péče, plátcí – zdravotními pojišťovnami a státem. Často však nepokrývají reálné náklady za poskytovanou péči.
- Ceny smluvní, jejichž výše závisí na poskytovateli a na akceptaci příjemce péče. (Gladkij a kol., 2003:354)
Akceptaci smluvních cen ovlivňuje poptávka klientů po vyšší kvalitě a službách, které nejsou hrazeny ze všeobecného zdravotního pojištění.

1.8.3. Hodnocení marketingových aktivit ve zdravotnictví

Pozornost marketérů při průběžném monitoringu a vyhodnocování úspěšnosti aktivit je zaměřována na:

- tvrdá data – statistické údaje o počtu a diagnózách ošetřených klientů, počtu komplikací, léčebných úspěších či nových postupech, informace z účetnictví, počty zpráv v médiích atd..
- měkká data – názory klientů a jejich spokojenost s kvalitou péče a konveniercí

K monitorování spokojenosti se využívají metody marketingového informačního systému. K často používaným nástrojům patří ankety, dotazníky a rozhovory. K získávání informací dnes slouží i internet, například sociální sítě, stránky věnované hodnocení zdravotnických zařízení a lékařů a podobně. (Viz kapitola 1,5)

Při hodnocení i plánování marketingových aktivit je třeba vycházet z faktu, že klienti zdravotnických zařízení většinou neoceňují pouze odbornost a kvalitu provedení výkonů tak, jak zdravotníci mnohdy předpokládají. Míru jejich spokojenosti podle P.Rivoly určují tři faktory – výsledky léčby, úroveň konvence a image pracoviště. (Rivola, 2006:76)

T. Raiter rozlišuje osm dimenzí kvality ve zdravotnickém zařízení, na které by se měla zaměřovat naše pozornost při hodnocení spokojenosti klientů:

- přijetí do zdravotnického zařízení
- respekt, ohled a úcta ke klientům
- koordinace a integrace péče
- informace, komunikace, edukace
- tělesné pohodlí
- citová opora
- zapojení rodiny
- propouštění z péče a případná následná péče

(Exner, Raiter, Stejskalová., 2005.:142)

1.9. Východiska pro marketing v obezitologii

Otevřením trhu po roce 1989 došlo v České republice k rozvoji nabídky služeb a produktů určených k redukci hmotnosti.

Terapii obezity nadále poskytovaly specializované ambulance, klinická pracoviště, svoji nabídku výrazně rozšířili plastičtí chirurgové. Do distribuce se dostaly nové léky – antiobezitika. Ke komerčním projektům, které se v počátcích devadesátých let zapsaly do povědomí nejen obézních, patřilo například zařízení MUDr. Leoše Středy. ([http:// www.knihovnicka.net/autor/6783-streda-leos-mudr/zivotopis-biografie/](http://www.knihovnicka.net/autor/6783-streda-leos-mudr/zivotopis-biografie/))

Působilo zde také mnoho nezdravotnických komerčních subjektů. Mezi nimi řada firem prodávajících potravní doplňky a náhražky stravy. K nejznámějším patřila firma Herbalife, která dosahovala pomocí intenzivní reklamy a více úrovně organizace prodeje vysoké úspěšnosti.

Na trhu zaměřeném na boj s obezitou se průběžně objevovala řada dalších služeb, metod i produktů. Nejvýznamnější byl, ale nástup ultrazvukových a vysokofrekvenčních přístrojů, určených k destrukci tukové tkáně. Jejich použití není vázáno pouze na zdravotnická pracoviště. Ošetření, nazývané z marketingových důvodů neinvazivní nebo bezbolestná liposukce, má na základě dosavadních zkušeností slibnou budoucnost jak z hlediska terapeutického, tak komerčního.

Redukce hmotnosti, případně formování postavy, představují obrovský trh, jehož velikost souvisí s výskytem nadváhy a obezity v populaci. (Marketingový výzkum trhu, 2009:24) O své místo v něm usiluje mnoho subjektů - farmaceutické firmy, kosmetický průmysl, salóny krásy, fitness centra, pracoviště plastické a estetické medicíny, specializované ambulance, nutriční poradci a mnoho dalších.

Zájem o redukci nadbytečných kilogramů je vysoký, což dokazuje i míra pozornosti, kterou této problematice věnují média a reklama. Z praxe je zřejmé, že největšího úspěchu v této oblasti dosáhne ten, kdo nabídne minimálně pracný a rychlý způsob hubnutí. Tento fakt nahrává marketingovým aktivitám, které nejsou primárně zaměřeny na skutečnou pomoc klientům, ale na úspěšný prodej nabízeného prostředku nebo metody. Potenciální zákazníci jsou zahrnováni nabídkami zázračných způsobů, jak zredukovat. Při nízké zdravotní gramotnosti obyvatelstva.^{III} jsou takto lákavé sliby nutně úspěšnější, než náročná a omezující doporučení obezitologů. Vzhledem k alarmujícímu výskytu obezity a ke konkurenčnímu prostředí na trhu se stává nezbytným, aby i zdravotnická zařízení pochopila význam marketingu a uměla v praxi uplatňovat jeho postupy a prosazovat seriózní léčebné metody.

Využití potenciálu marketingu v boji proti obezitě je ovšem vysoce aktuální také na celospolečenské úrovni, kde by marketing mohl pomoci v osvětě a motivaci ke zdravému způsobu života. Uplatnění může nalézt i tzv. informační demarketing, v potlačování vlivu nesprávných informací (Kotler, 2006:13) či regulace reklamy, například v případě tučných a sladkých potravin tak, jak je tomu u tabákových výrobků a jak má od roku 2012 platit i u potravních doplňků. (Tinková, 2011:14) Právě některé marketingové aktivity v oblasti stravování a prodeje potravin, mají vliv na preference spotřebitelů,

^{III} Zdravotní gramotnost definuje United States Department of Health and Human Services jako: „Schopnost získávat, interpretovat a rozumět základním zdravotním informacím i službám, a dovednost využít takové informace a služby ke zlepšení zdraví. (Holčík, 2009b:14)

především dětí a pomáhají posilovat obezitogenní prostředí v rodinách i ve společnosti. (Viz kapitola 2,4).

Podle WHO jsou typickými metodami k působení na zákazníky výhodná cena, snadná dostupnost díky umístování výrobků na strategických místech v obchodech, přesvědčující informace uváděné na výrobcích či v reklamě, atraktivní vzhled i chuť upravovaná přidanými látkami a propagace výrobků známými osobnostmi. (Branca, Nikogosian, Lobstein, 2007a:112).

Uvedená fakta odkrývají velký potenciál marketingu v boji proti obezitě i ostatním civilizačním onemocněním.

2. OBEZITA

2.1. Definice obezity

„Obezita je závažné metabolické onemocnění, které je charakterizováno nahromaděním tělesné tukové tkáně v organismu nad určitou optimální mez.“ (Müllerová a kol., 2009:17). Lze ji také chápat jako symptom, nebo-li příznak, poruch metabolismu či významný rizikový faktor, který vede ke vzniku řady dalších nemocí. (Bisvert, Richard, Foreword, 2003:53) Obezita ovlivňuje nejen fyzické, ale také psychické zdraví jedince a celkově kvalitu života. (Branca, Nikogosian, Lobstein, 2007b:10), (Životní styl a obezita, 2006:6) Na základě výsledků mezinárodní studie MONIKA^{IV}, vyhlásila Světová zdravotnická organizace WHO v roce 1997, obezitu za celosvětovou epidemií. V současnosti bývá její výskyt častěji hodnocen jako pandemie^V.

2.2. Vývoj pohledu na obezitu ve společnosti

Lidstvo provází obezita po celou historii, přestože se častěji se potýkalo spíše s problémem nedostatku stravy, než jejím nadbytkem. Z tohoto důvodu byla v některých obdobích, a zvláště u dětí, vnímána pozitivně, jako záruka jistějšího přežití.

Zmnožení tukové tkáně dokládají nalezené pravěké sošky, například Věstonické Venuše (Pařízková, Lisá, 2007:14) Z pozdějších období pak nabalzamovaná těla egyptských faraónů. Těžkou obezitou trpěl například Amenhotep III. či Ramesse III. Podle dochovaných Homérových textů byla zaoblené postavy také pověstná krásná Helena Trojská.

Na druhou stranu, již ve starých kulturách býval hojně propagován zdravý životní styl a idealizována štíhlá postava. Příkladem mohou být komplexní přístupy tradiční čínské medicíny, založené na harmonii protikladných principů jin a jang (O kultuře čínské civilizace, 2004:110) nebo na bioenergetické rovnováze Ajurvédy.

^{IV} Studie MONICA - WHO Multinational Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease Project - rozsáhlá mezinárodní studie. Probíhala od roku 1984. V České republice byla ukončena v roce 2008. V jejím rámci byly získány údaje od více než 100 000 osob ve věku 35 až 64 let, z 38 populací v 21 zemích. (<http://www.tribune.cz/clanek/13146>), (Medicína,2010:11)

^V Epidemie – výskyt nemoci nebo jiné události související se zdravím v populační skupině nebo regionu, jež přesahuje běžný výskyt daného jevu. Za pandemii je považována rozsáhlá epidemie, postihující mnoho lidí na rozsáhlém území. (<http://lekarske.slovniky.cz>)

Oba tyto tisícileté systémy nabádaly k vyváženosti a k umírněnosti v jídle i pití a velkou pozornost věnovaly pohybovému režimu.

V Evropě se kult štíhlé postavy projevoval v antickém Řecku a v Římě. Především v řecké kalokagathii – harmonickém rozvoji krásného, fyzicky, duševně a duchovně vyspělého člověka, v němž zastával významné postavení sport a obdiv k atletické postavě. (Durando, 1998:92-93)

Obezitu hodnotili jako nezdravou již slavní starověcí lékaři Hippokrates a Galén i věhlasný arabský lékař Avicenna. (Hainer a kol., 2004:21)

Ve středověku se zásadně změnil pohled Evropanů na lidské tělo a na přestování kultu krásy. Vlivem nadměrné konzumace potravin a omezením pohybu se začala ve zvýšené míře objevovat obezita u bohatých feudálů. Přesto i z této epochy existují doklady o snahách o dodržování zdravého životního stylu. V nedávné době vydaná kniha se zabývá preventivními a léčebnými postupy, které doporučovali osobní lékaři Lucemburkům a hlavně císaři Karlu IV. Nabádali jej ke střídmosti, konzumaci lehkých pokrmů a podrobně rozepisovaným pohybovým aktivitám. (Říhová, 2010)

V období baroka se staly plné tvary symbolem blahobytu, společenského úspěchu a ideálem krásy. I přes tehdejší pojetí tělesné dokonalosti se objevovaly rady moudrých, kteří varovali před nezdravým způsobem života a připomínali nežádoucí důsledky obezity.

Nový přístup k problematice obezity přinesli lékaři v průběhu 18. a 19. století. Objevují se její moderní, odborné popisy i výčet zdravotních komplikací. Příčiny nadměrného ukládání tuku lékaři spatřují především v nestřídmosti. Vyslovují i první domněnky o rozdílech v metabolismu či o vlivu dědičnosti. Léčebné postupy zakládají na úpravě životního stylu. Prosazují dostatek zeleniny, lehkou, netučnou stravu, intenzivní cvičení, excitaci a méně spánku. Do terapeutického režimu zařazují půsty, důkladné vyprázdňení, ale i některé tehdy užívané léky. Mezi významné lékařské osobnosti, které se obezitou zabývali, patřil Thomas Short, Malcom Flemyng, Thomas Bedoes a mnoho dalších.

Koncem 19. století ideál krásy představuje štíhlá postava a mezi lidmi se šíří návody na hubnutí a první redukční diety. Za dokonalou představitelku tehdejší módy byla považována rakouská císařovna Sisi. (Hainer a kol., 2004:23)

Nastolený ideál štíhlosti vydržel po celé dvacáté století. Jeho upevnění výrazně přispěl módní průmysl i nově vznikající média. Po období padesátých let, kdy se tvary ideální postavy zaoblily, přišla léta šedesátá a s nimi obdiv k ženám hubené, anorektické

a spíše chlapecké postavy. Typickou představitelkou byla anglická modelka Twiggy. (Hainer a kol., 2004:24)

Současné pojetí krásy se od těchto dob příliš neliší. Pro rozvinuté společnosti je typický obdiv vůči ženám s velmi nízkou hmotností. Hlavními ikonami bývají především herečky a modelky, které udržují svůj Body mass index hluboko pod 20, v oblasti podváhy (viz BMI, kapitola 2,5). Přes deklarované snahy módního průmyslu, stále nedochází ke změně předkládaných norem. V praxi pak stojí ideál extrémní štíhlosti v protikladu s alarmujícím výskytem obezity, která nikdy nedosahovala takového rozšíření a nevedla k tolika zdravotním a ekonomickým důsledkům, jako je tomu v současnosti.

2.3. Výskyt obezity

Podle údajů WHO trpí nadváhou 1,6 miliardy lidí starších patnácti let. Přes 500 miliónů lidí se potýká s obezitou. Přesněji, 205 miliónů mužů a 297 miliónů žen. Alarmující je situace v dětské populaci. Nadměrná hmotnost postihuje více než 20 miliónů dětí starších pěti let.

Nejvyšší hmotnosti dosahují obyvatelé některých tichomořských ostrovů, především Americké Samoy a z vyspělých zemí obyvatelé Spojených států. Výskyt obezity je tradičně vysoký také u žen v Saudské Arábii. V roce 2000 jich bylo obézních 44%. Statistiky dokládají zvyšování hmotnosti i v asijských zemích, jako je Čína a Thajsko, nebo v jihoamerických státech, například v Brazílii. Nejnižší hmotnost si podle výzkumů udržují Japonci.

Výskyt, nebo-li prevalence obezity v Evropě, se pohybuje mezi 10 – 25 % u mužů a 10 – 30 % u žen . Ve většině evropských zemí má nadváhu nebo obezitu více než polovina dospělé populace, častěji muži než ženy. Za minulých deset let se zvýšil výskyt obezity o 10 - 40%. (Tsigos a kol., 2008)

V Evropě také žije přes 3 milióny obézních dětí. Každý rok přibývá více než 400 000 nových případů. Problémy s tělesnou hmotností dětí se vyskytují překvapivě hlavně v jihoevropských zemích. (Evropský den obezity vyzývá: Stop jo-jo efektu!, 2011:s.A6)

Prognózy vývoje stavu varují, že v roce 2015 by mohlo být na světě až 2,3 miliardy dospělých s nadváhou a více než 700 milionů lidí trpících obezitou. Nejvážnější situaci lze však očekávat v dětské populaci.

2.3.1. Výskyt obezity v ČR

V roce 2010 byly zveřejněny výsledky nejnovějšího, čtvrtého výzkumu prevalence obezity a přidružených onemocnění v České republice. V rámci projektu všeobecné zdravotní pojišťovny „Žij zdravě“, jej opakovaně prováděla agentura STEM/MARK. Výzkumu se účastnilo 2 065 dospělých, kteří představují reprezentativní vzorek naší populace. Respondenti byli dotazováni, váženi a byl jim měřen obvod pasu. (Matoulek, 2011) Šetření vedla k jednoznačným závěrům:

- Ti, kteří měli problémy s nadváhou a obezitou v dětském věku, mají problém s hmotností i v dospělosti. U žen je to v 66%, u mužů v 80%.
- 35% dospělé populace v České republice spadá do kategorie nadváhy
- 23% populace představují obézní

Viz definice kategorií kapitola 2,5

Ačkoliv od posledního výzkumu, prováděného v roce 2008 nedošlo k nárůstu výskytu obezity, hovoří lékaři o alarmující situaci. Z uvedených údajů vyplývá, že problémy s udržení normální tělesné hmotnosti má 58% Čechů, tedy více než polovina populace.

Vyšší hmotnost mají častěji ženy, než muži. Ty se také častěji pokoušejí o redukci nadbytečných kilogramů.

Studie dále potvrdila, že muži vysokou hmotnost více podceňují. Svoji obezitu nepovažuje za problém 25% mužů, zatímco u žen je to pouze 10%. Dokonce 77% mužů obezitě nepřikládá žádný význam. (Evropský den obezity vyzývá: Stop jo-jo efektu!, 2011:A6) Nejvyšší výskyt nadváhy je opakovaně prokázán u jedinců starších 44 let. (ÚZIS, 2010) Podle zmíněného výzkumu agentury STEM/MARK, stojí za rozvojem obezity v naší republice hlavně vysoká konzumace tučných jídel, fast-foodů a uzenin.

Výskyt obezity u dětí dokumentují jak české a mezinárodní studie, tak celostátní antropologické výzkumy, které se v naší republice tradičně provádějí již od konce 19. století. Podle studie Životní styl a obezita, který realizovala agentura STEM/MARK v roce 2005, bylo nejvíce obézních dětí ve věku sedmi let. Nejnižší podíl byl u dětí v období dospívání, u kterých se pro změnu vyskytovala častěji podváha. Z výzkumu dále vyplynulo, že v roce 2005 trpělo obezitou 15 % a nadváhou 16 % dětí. Zkoumány byly děti ve věku 6 – 17 let.

V roce 2008 mělo v naší republice nadváhu či obezitu 15% chlapců a 12,7% dívek.

Jako hlavní příčiny vzestupu hmotnosti u dětí je považován vliv rodinného obezitogenního prostředí, obezita rodičů, nedostatek pohybu a nevhodné stravovací zvyklosti. (Evropský den obezity vyzývá: Stop jo-jo efektu!, 2011:A6), (Životní styl a obezita, 2006)

2.4. Shrnutí příčin vzniku obezity

„Obezita vzniká v důsledku pozitivní energetické bilance, když energetický příjem převyší energetický výdej.“(Hainer a kol.,2004:31) Za hlavní důvody takové dysbalance lze považovat zvýšený příjem energie ze sacharidů, tuků, mnohdy z alkoholu a snížený výdej energie v důsledku sedavého způsobu života.

Příčiny obezity jsou v literatuře označovány jako multifaktoriální a její vznik nelze proto chápat pouze jako výsledek nedisciplinovanosti jedince. Vedle životního stylu ovlivňují nadměrné ukládání tuku genetické faktory. (Hainer a kol., 2004:320) Ty působí na:

- energetický příjem - výběr stravy, chuťové preference, metabolismus jednotlivých nutrientů a regulaci pocitu sytosti
- energetický výdej – klidový energetický výdej /bazální metabolismus/, postprandiální termogenezi /výdej energie na trávení přijaté potravy/ a výdej energie v průběhu pohybové aktivity
- hormony, které ovlivňují ukládání tuku /inzulín, růstový hormon, pohlavní hormony a další/ (Hainer a kol., 2004:86-87)

Podstatné jsou také biologické vlivy. U žen je představují hlavně riziková období puberty, těhotenství, období po porodu a menopauza, kdy dochází k hormonálním změnám, které ovlivňují i metabolismus. (Ryan, 2007:53-57) Důvodem k nárůstu hmotnosti může být i omezená pohyblivost, ukončení sportovní aktivity, psychogenní stres a paradoxně i zanechání kouření. Vliv na vznik obezity mají i některé užívané léky, například psychofarmaka a hormonální preparáty. (Hainer a kol., 2004:98)

Významnou příčinou jsou i sociálně-kulturní faktory. Mezi ně patří především úroveň vzdělání, včetně zdravotní gramotnosti, výše příjmu a to, zda jedinec žije ve městě nebo na vesnici. (Branca at al., 2007b:24-25) Na podpoře nezdravého životního stylu se velkou měrou podílí patologické, obezitogenní prostředí v rodinách i ve společnosti. Charakterizuje jej omezený přístup ke kvalitním potravinám, převažující nabídka

vysokoenergetických, ale nutričně chudých potravin, nedostatek příležitostí a motivace k fyzické aktivitě. Za podporou obezitogenního prostředí stojí i míra stresu a nedostatek času, které jsou dány ekonomickým tlakem a vysokými nároky na pracovní výkon. (Kunešová, Hlúbik, Býma, Fried, 2009:7)

2.5. Diagnostika obezity

Základní ukazatel, který se používá k potvrzení nadváhy a obezity, je poměr výšky a hmotnosti - Body mass index (BMI). Hodnoty BMI doporučila Světová zdravotnická organizace (WHO).

Tabulka č.1- Body mass index

BMI	kategorie	zdravotní riziko
méně než 18,5	podváha	zvýšené
18,5 – 24,9	normální hmotnost	minimální
25 – 29,9	nadváha	zvýšené
30 – 34,9	obezita I. stupně	vysoké
35 – 39,9	obezita II. stupně	vysoké
více než 40	obezita III. stupně, tzv. moribudní	velmi vysoké

(Zpracovala autorka dle Müllerové a kol., 2009:126)

Druhým nejčastěji používaným diagnostickým kritériem je obvod pasu.

Tabulka č.2 – Hodnocení obvodu pasu

Pohlaví	Obvod pasu	Zdravotní riziko
Muži	94 - 102	zvýšené
	nad 102	vysoké
Ženy	80 - 88	zvýšené
	nad 88	vysoké

(Zpracovala autorka dle Müllerové a kol., 2009:129)

Dalším jednoduchým ukazatelem je poměr obvodu pasu a boků, tzv. WHR index – Waist - Hip Ratio, s jehož pomocí lze určit typ postavy a ukládání tuku.

Tabulka č.3 - Hodnocení typu distribuce tuku dle indexu WHR

Spíše periferní, gynoidní typ	Vyrovnaný, smíšený typ	Spíše centrální, androidní typ	Centrální, androidní s vysokým rizikem
Ženy < 0,75	0,75 - 0,80	0,80 - 0,85	> 0,85
Muži < 0,85	0,85 - 0,90	0,90 - 0,95	> 0,95

(<http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/antropometricka-vysetreni>)

K dnes již standardnímu vyšetření patří i analýza složení těla. Způsoby měření mohou být různé a různě přesné. Nejvíce rozšířené je měření metodou bioelektrické impedance. Analýzy hodnotí množství tuku, svalové hmoty, vody a výši bazálního, klidového metabolismu.

Jejich význam je především ve sledování vývoje parametrů v době redukce hmotnosti a v kontrole úspěšnosti nastavené terapie.

Na obezitologických pracovištích je odebírána podrobná anamnéza, která je mimo jiné, soustředěna na zjišťování informací o rodinné zátěži, vývoji hmotnosti, o stravovacích a pohybových zvyklostech. Lékaři využívají také laboratorní vyšetření, která mohou pomoci v diagnostice příčin nebo komplikací obezity.

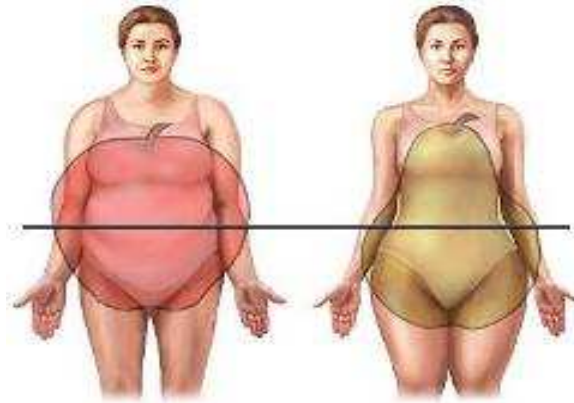
Data získaná diagnostickými metodami pomáhají k sestavení úspěšného léčebného plánu a současně ke sledování vývoje stavu obézních.

2.6. Základní dělení obezity

Z hlediska možného vzniku závažných zdravotních komplikací (viz kapitola 2.6.1.) je třeba rozlišovat, zda se nahromaděný tuk ukládá i do nitra dutiny břišní (viscerální tuk) či se jedná o méně rizikové ukládání podkožní. Podle lokalizace uloženého podkožního tuku rozlišujeme dva hlavní typy postavy i obezity: typ

androidní a typ gynoidní. V praxi se však setkáváme i s jejich kombinací a hovoříme pak o vyrovnaném, přechodovém nebo-li smíšeném typu.(Holeček, Rokyta, Vlasák, 2007:149)

Obrázek č.7 – Androidní typ postavy („jablko“) a gynoidní typ postavy („hruška“)



(<http://www.hubnuti4you.cz/188-je-obezita-vas-problem.html>)

2.6.1. Typ androidní

Mužský, centrální, „jablku podobný“ typ obezity.

Charakterizuje ho přednostní ukládání tuku do oblasti břicha, s výraznou tendencí k hromadění viscerálního tuku, uvnitř dutiny břišní. Ačkoliv se v jeho názvu objevuje pojem mužský, v praxi se týká jak mužů, tak i žen. Viscerální kumulace tuku může vést ke vzniku velmi závažných zdravotních komplikací, které lékaři označují jako metabolický syndrom X. (European Heart Journal Supplements, 2006:B4-B12), (Pi-Sunyer, 2003:756)

Metabolický syndrom X:

„Jedná se o soubor rizikových faktorů, které se často vyskytují společně, a které vedou předčasně k rozvoji aterosklerózy a diabetu 2. typu.“ (Karen, Souček, 2007:1), (Grundy, 2006:267) V literatuře bývá nazýván také jako syndrom inzulínové rezistence nebo podle svého objevitele jako Reavenův syndrom.

G.M.Reaven syndrom popsal v roce 1988. Definují jej tyto příznaky, nebo-li symptomy:

- inzulínorezistence - snížená schopnost využívat inzulín ke zpracování glukózy
- poruchy glukózové tolerance - diabetes
- hyperinzulinismus – zvýšená hladina inzulínu v krvi

- zvýšené lipoproteiny VLDL v krvi
- snížený HDL cholesterol – ochranný typ cholesterolu
- hypertenze - vysoký krevní tlak

Postupně dochází k rozšiřování jednotlivých příznaků a v současné době se hovoří o více než padesáti symptomech spjatých s metabolickým syndromem X.

Patří k nim poruchy krevní srážlivosti, poruchy hormonální, psychické a mnoho dalších. Podle R.Cifkové byl v roce 2005 výskyt syndromu X v české populaci ve věku od 24 do 65 let u mužů 32% a u žen 24%. (Karen, Souček, 2007:1)

Výzkumu syndromu X je proto trvale věnována obrovská pozornost a nové poznatky bývají pravidelným tématem přednášek na obezitologických kongresech a předmětem mnoha vědeckých prací. Výskyt syndromu je nespornou příčinou vzniku kardiovaskulárních onemocnění, diabetu se všemi jeho komplikacemi a ve svém důsledku vede ke zvýšené morbiditě – nemocnosti a mortalitě – úmrtnosti obyvatelstva.

2.6.2. Typ gynoidní

Typicky ženský, gluteofemorální, „hrušce podobný“ typ obezity.

U tohoto typu postavy se tuk ukládá především do oblasti hýždí a stehén. (Kunešová, Hlúbik, Býma, Fried, 2009:3) Pas a obvykle i horní část trupu zůstávají štíhlé. Vyskytuje, až na výjimky, v ženské populaci. Vedle život ohrožujících následků, k jakým vede kumulace tuku v oblasti dutiny břišní, se jeví problematika gluteofemorálního tuku jako nepříliš závažná a v literatuře je jí věnována minimální pozornost. Například ve vydání časopisu *International Journal of Obesity* z roku 2007, věnovaném speciálně ženské obezitě, není gynoidní ukládání tuku vůbec zmíněno. (Women and Obesity, 2007)

Nejvíce informací na toto téma lze najít v článkách a přednáškách českého lékaře R.Vlasáka, který poukazuje na své praktické zkušenosti. Upozorňuje, že ženy s gynoidním typem obezity rovněž trpí řadou zdravotních problémů, které jsou pro ně typické a mohou zvyšovat morbiditu a vést k rozvoji komplikací. Tyto symptomy R.Vlasák popsal v roce 2009 a pojmenoval je metabolický syndrom Y.

Metabolický syndrom Y je charakterizován:

- hodnotami WHR indexu pod 0,7 (viz tabulka č.3, kapitola 2,5)
- hypertrofií – zmnožením, tukových buněk v oblasti hýždí a stehen
- thyreopatií – poruchami štítné žlázy
- nižšími hodnotami bazálního metabolismu
- hypotenzí – nízkým krevním tlakem
- poruchami žilně-lymfatického systému – především tzv. hyperosmolárními otoky dolních končetin – flebedémem, lymfedémem a lipedémem (viz příloha č.4)
- normálními hodnotami inzulínu, glukózy a tuků v krvi
- hypermobilitou – snadnou ohebností, plochonožím

Je velmi pravděpodobné, že se seznam příznaků, tak jak je tomu u Reavenova syndromu, rozroste. Mnoho nezodpovězených otázek stále zůstává v oblasti regulace metabolismu a vlivu hormonů. Již nyní lze ale konstatovat, že podceňování gynoidní obezity může vést především k rozvoji lymfologických onemocnění (viz Lymfologické komplikace) a obtížně léčitelných forem těžké obezity, spojených s elefantiázou dolních končetin. Nadměrné ukládání gluteofemorálního tuku je také nutné chápat jako rizikový faktor pro vznik androidní obezity, se všemi jejími důsledky. Z tohoto pohledu se ukazuje jako nejvíce ohrožující období menopauzy. (Vlasák, 2005), (Vlasák, 2011)

Lymfologické komplikace

Nejčastější lymfologickou diagnózou u gynoidních žen je tzv. lipedém. M.Földi jej popisuje jako: „Oboustranný, symetrický, těstovitý otok dolních končetin, který vychází z depozit tukové tkáně a vzniká na bocích a končí na kotnících.“ (Földi, Földi, 2006:418)

V praxi lékaři rozlišují dva základní typy – „rajtkový“, kdy otok sahá od boků po kolena a „kamašový“, kdy otok dosahuje ke kotníkům. (Bechyně, Bechyňová, 1996:208)

Rizikovým obdobím pro vznik lipedému je začátek menstruace, těhotenství a menopauza. Tak jako v případě gynoidní obezity, ani u lipedému není k dispozici dostatek statistickým údajů o výskytu onemocnění. Földi citují epidemiologickou studii z roku 2001, která prokázala výskyt tukového otoku u 11% ženské populace. (Földi, Földi, 2006:418)

Lipedém způsobuje zvětšení tukových buněk v podkoží. Jejich vlivem vznikají patologické změny, které postihují všechny podkožní cévy na úrovni kapilár. Tím dochází ke zhoršenému prokrvení tkání, sníženému odtoku žilní krve i ke zpomalení lymfatické drenáže a vzniku otoku. (Földi, Földi, 2006:420) Typický lipedém provázejí bolesti, postižených částí těla, pocity napětí a tíhy. Choroba se vyvíjí v několika stádiích. Postupně může zasahovat i další části těla. Zhoršováním odtoku lymfy může dojít k jejímu hromadění v mezibuněčných prostorech a vzniku lymfatického otoku – lymfedému. Oblasti nejvíce postižené lipedémem, případně lymfedémem, mohou dosahovat stádia elefantiázy - „sloní končetiny." Ta může vést až k imobilizaci, invalidizaci i k rozvoji život ohrožujících komplikací. (Földi, Földi, 2006:418), (Schingale, 2003:64)

Psychologické aspekty gynoidní obezity

Velká část gynoidních žen není spokojena se svojí postavou ještě v období, kdy se jejich hmotnost pohybuje v normálním rozmezí BMI a tedy i nebezpečně - v době dospívání. Disproporci v rozložení tuku, danou nepoměrem mezi obvodem pasu a boků, případně celé horní části těla, hodnotí jako „velký zadek" nebo jako „tloušťku". Pokud se ve svém okolí setkávají s kritickými poznámkami ke svému vzhledu, mohou se u nich fixovat pocity méněcennosti a nízké sebehodnocení. Protože nebývají lékaři považováni za zdravotně rizikové a jejich obtíže jsou hodnoceny pouze jako kosmetický problém (Vlasák, 2011), snaží se hledat řešení samy, často formou drastických diet a intenzivního cvičení. Tyto aktivity obvykle nevedou k žádoucí redukci problematické partie, poškozují metabolismus a u predisponovaných žen mohou vyústit do vzniku poruch příjmu potravy, např. anorexie nebo bulimie. ^{VI}(Földi, Földi , 2006:420)

^{VI} Poruch příjmu potravy je řada – nejznámější jsou mentální anorexie – úmyslné snižování tělesné hmotnosti a mentální bulimie – charakterizovaná opakujícím se přejídáním a přehnanou kontrolou hmotnosti. Mezi další, atypické poruchy patří "syndrom nočního přejídání" nebo "záchvatovité přejídání". Poruchy příjmu potravy mohou pacienta ohrožovat na životě. Léčba musí být vedena komplexně, týmem odborníků. Největší podíl na terapii mají psychiatři a psychologové. (Hainer at al., 2004:305-317)

2.7. Komplikace obezity obecně

Obecně, bez ohledu na převažující rizika z typu ukládání tuku, lze rozdělit komplikace obezity do těchto skupin:

- Metabolické komplikace – poruchy metabolismu tuků, cukrů a podobně
- Endokrinní komplikace - poruchy hormonální činnosti
- Kardiovaskulární komplikace – onemocnění srdce a cév
- Respirační komplikace – syndrom spánkové apnoe, bronchiální astma a jiné
- Gastrointestinální a hepatobiliární komplikace – nemoci trávicího traktu, žlučníku a jater a jiné
- Onkologické komplikace – zhoubné nádory gynekologické, trávicího traktu, prsu, prostaty a jiné
- Gynekologické komplikace – poruchy menstruačního cyklu, erekce, neplodnost a jiné
- Ortopedické komplikace – degenerativní onemocnění kloubů a páteře a jiné
- Kožní komplikace – ekzémy, mykózy, celulitida a jiné
- Psychosociální komplikace – diskriminace, deprese, nízké sebevědomí a jiné
- Chirurgická a anesteziologická rizika – trombózy, embólie, tvorba kýl v ranách a jiné
- Iatrogenní poškození – špatně vedená léčba lékařem
- Jiné zdravotní komplikace - otoky, horší hojení ran, úrazy, kýly a jiné

(Hainer a kol., 2011:25-26), (Müllerová a kol.,2009:64), (Svačina, Lékařské repertorium on line), (Martník, 2008:9-10)

Závažnost výskytu komplikací dokazují statistiky. Podle nich stála v roce 2008 nadváha a obezita Evropanů za vznikem zhruba 80 % případů diabetu 2. typu, 35 % onemocnění ischemickou chorobou srdeční a 55 % onemocnění hypertenzí. (Tsigos a kol, 2008)

2.8. Komplexní terapie obezity

Léčba bývá často multidisciplinární. Vychází z důkladného vyšetření, určení typu obezity - androidní, gynoidní (Vlasák, 2005) a ze zdravotního stavu klienta. Důležitou podmínkou je také stanovení reálných časových i hmotnostních cílů.

(Kunešová, Hlúbik, Býma, Fried, 2009) O úspěchu redukce, ale rozhoduje hlavně motivace klienta ke změně životního stylu. (Müllerová a kol., 2009:138)

Součástí komplexního terapeutického plánu musí být také léčba případných komorbidit – zdravotních komplikací.

2.8.1. Terapeutické postupy u androidní obezity

Cílem léčby androidních pacientů je především redukce rizikového tuku v oblasti dutiny břišní. Protože je hlavní příčinou jejího zmnožení nezdravý životní styl, především nadbytečný přísun energie, musí úspěšná terapie začínat změnou stravovacího režimu.

Úprava stravovacího režimu spočívá ve snížení energetické hodnoty a ve změně skladby jídelníčku. Důraz je kladen také na optimalizaci pitného režimu. Ačkoliv nutriční specialisté disponují různými redukčními dietami, většinou podporují pacienty k sestavování vlastních jídelníčků, počítání energetické hodnoty, sledování glykemického indexu atd. V České republice tento systém práce usnadnila I.Málková, která připravila mnoho přehledných edukačních materiálů pro širokou veřejnost. Velkým pomocníkem je dnes i internet, který nabízí analytické nutriční programy pro odborníky i laiky (<http://www.STOB.cz>), (<http://www.flora.cz>) V posledních letech se objevují snahy o ještě individuálnější přístup k tvorbě stravovacích režimů, které například vycházejí z metabolické typologie. (Faheyová, Wolcott, 2011:11), (Fořt, 2007:37)

Druhou, podstatnou součástí léčby androidní obezity je **pohyb**. Jeho výběr závisí na zdravotním stavu, věku a preferencích klienta. Měl by jej mít na starost pohybový specialista nebo fyzioterapeut, který provede potřebné testy a pomůže obéznímu s výběrem pohybových aktivit na míru. Metaanalýza 43 studií, zabývajících se vlivem tělesné aktivity na zdravotní stav, potvrdila účinky pohybu spojeného s nízkenergetickou stravou na redukci hmotnosti i zlepšení sledovaných laboratorních parametrů. (Müllerová a kol., 2009:182)

Třetí součást terapie tvoří **farmaka**. V posledních letech došlo k omezení jejich portfolia, protože některé léky vykazovaly nebezpečné vedlejší účinky. Pro započítání farmakoterapie je třeba dodržovat přesná pravidla. Využívat by ji měli pouze pacienti s BMI vyšším než 30 a to především tehdy, pokud nebyla úspěšná opatření ve změně životosprávy. Preparáty, které urychlovaly pocit nasycení a zvyšovaly energetický výdej, s účinnou látkou sibutramin byly staženy z trhu. Dnes obezitologové disponují

pouze léky ovlivňujícími trávení tuků. Např. Xenical a Alli. V lékařských praxích se někdy uplatňují i antidepresiva a antidiabetika současně snižující tělesnou hmotnost. Vhodnou podporou redukce mohou být i některé potravinové doplňky. Farmakoterapie však nikdy nesmí představovat jedinou a samostatnou léčebnou metodu obezity. (Müllerová a kol.,2009:193-198), (Hainer a kol.,2004:254-274)

Čtvrtou součástí redukce jsou **kognitivně-behaviorální přístup** a psychologická podpora, jejichž úkolem je pomoci obézním v pochopení zažitých stereotypů a vzorců chování, naučení se novým zvyklostem a oceňování sebe sama. (Hainer a kol., 2004:215-254)

Pátou součástí tvoří **bariatrická chirurgie**, někdy nazývaná jako metabolická. Ta přichází ke slovu v případě, že pacient dosáhl BMI vyššího než 35, má-li diabetes či další zdravotní komplikace. Podmínkou výkonu je dobrá compliance ze strany nemocného. Chirurg volí mezi operačními výkony na žaludku nebo na střevech (<http://www.obklinika.cz>)

Ve světové bariatrii zaujímá Česká republika významné postavení díky prof. M.Friedovi, který jako první na světě provedl na počátku devadesátých let minulého století tzv. laparoskopickou bandáž žaludku. Dlouhou dobu poté působil jako prezident Mezinárodní bariatrické společnosti a v současnosti je předseda České obezitologické společnosti. (<http://www.obklinika.cz/cs/o-nas/na-tym?avd=9#tabs>)

V oficiální obezitologické literatuře obvykle nejsou zmiňovány neinvazivní a invazivní lipolýzy, liposukční a plastické výkony a další postupy, které se, převážně v komerční praxi, používají k tvarování postavy a redukci podkožní tukové tkáně.

2.8.2. Terapeutické postupy u gynoidní obezity

Informace o gynoidní obezitě v odborné literatuře obvykle končí u její definice, z čehož vyplývá, že se terapeutické postupy u gynoidních a androidních obézních neliší. Rozdílný názor lze, ale najít například v publikacích M. Savardové, především v její knize „Jste jablko nebo hruška?“ (http://www.drsavard.com/applespears/_promise.html) či v přednáškách a článcích R.Vlasáka. Ten léčebný systém pro gynoidní obezitu nazývá **Komplexní dekongestivní terapií - KDT**. Jde o souhrn metod, které se oficiálně používají v české i světové lymfologii při léčbě hyperosmolárních otoků. (Benda a kol., 2007:41) Lymfologické postupy kombinuje s obezitologickými intervencemi, především v oblasti stravovacího a pohybového režimu. Cílem léčby není pouze redukce

nadbytečné hmotnosti a léčba případných komplikací, ale také pomoc ve zmírňování disproporcí postavy. Typickým průvodním jevem redukce u gynoidních žen je totiž přednostní úbytek tuku v oblasti obličeje, prsou a břicha. Nejvíce problematické partie hýždí a stehy se většinou zmenšují jako poslední a mnohem méně, než je žádoucí. (Holeček, Rokyta, Vlasák, 2007:149-150)

Komplexní dekongestivní terapie gynoidní obezity má dvě fáze - redukci tukové tkáně a fázi udržovací

Léčba se skládá z **úpravy životního stylu** – hlavně stravovacího a pitného režimu. Důraz je kladen na individuální přístup k sestavování jídelníčku a dostatečné zastoupení jednotlivých složek stravy.

Důležitý je i pohybový režim, který by měl být cíleně zaměřen na aktivaci tzv. svalové pumpy a lymfatického systému.^{VII}

Především při změně stávajících návyků má význam psychoterapeutická podpora, využití **kognitivně-behaviorálních technik a motivování klientů**.

Druhou součástí terapie je **aktivace lymfatického systému** pomocí manuálních nebo přístrojových lymfodrenáží, kompresivním prádlem, případně lymfo-tapingem. Tyto metody patří k základním lymfologickým, léčebným postupům. (<http://www.curelipedema.blogspot.com>),([http:// www.fatdisorders.org](http://www.fatdisorders.org))

Velký význam má i **cílená redukce podkožní tukové tkáně**. Jejím smyslem je zmenšit množství tukových buněk v problematických oblastech a pomoci k symetričtějšímu tvarování postavy. Hlavní terapeutické metody představují:

- Neinvazivní lipolýzy, které pomocí ultrazvuku, radiofrekvence nebo působením chladu porušují membrány tukových buněk. Ačkoliv účinek některých z nich

^{VII} Návrat žilní krve a odtok lymfy z dolních končetin ovlivňuje tzv. svalová pumpa, tvořená především lýtkovými svaly. Při jejich aktivaci, dochází k posunu tekutin směrem k srdci. (Musil, 2007)

Manuální lymfodrenáže – pomocí systému velkoplošných hmatů posunuje speciálně vyškolený terapeut lymfu v lymfatickém řečišti směrem ke spádovým lymfatickým uzlinám. Přístrojová lymfodrenáž je prováděna pomocí přístroje, který nafukuje návleky přiložené na ošetřovanou končetinu a simuluje tak postup lymfoterapeuta při manuální lymfodrenáži. (Benda a kol., 2007:45) Lymfo-taping znamená nalepení pásek, které uvolní podkoží a usnadní tok lymfy.

dosud nebyl doložen ve vědeckých studiích, v praxi vedou v kombinaci se změnou životosprávy k velmi dobrým výsledkům.

- Invazivní lipolýzy, například injekční nebo laserová, dosáhnou destrukce tukových buněk přímým chemickým nebo fyzikálním působením.
- Chirurgické liposukční výkony redukuje tukovou tkáň nejefektivněji. U rozsáhlých obezit mohou být po redukcii hmotnosti indikovány plastické výkony.
- Bariatrické operace nebývají ve většině případů vhodné, protože u gynoidních pacientek je málokdy přibývání na váze podmíněno přejídáním.

Součástí léčby může být i **farmakoterapie**. Po stažení sibutraminu (viz kapitola 2.8.1.) lékařům zbývají pouze podpůrné potravinové doplňky. Léky na ovlivnění trávení tuku nebývají indikovány, protože strava gynoidních pacientek většinou obsahuje velmi málo tuků. U klientek s poruchami funkce štítné žlázy bývá součástí terapie i příslušná hormonální léčba indikovaná endokrinologem.

2.9. Obezitologické organizace

Potřeba boje proti obezitě vedla k založení institucí na úrovni evropské i celosvětové, které mají za úkol organizovat výzkum, hledat účinné způsoby léčby a vzdělávat své členy.

Nejvýznamnější jsou:

IASO – International Association for the Study of Obesity – Mezinárodní asociace pro studium obezity, jejíž první pracovní setkání se konalo v Londýně, již v roce 1967. (<http://www.iaso.org>)

EASO – European Association for the Study of Obesity - Evropská asociace pro studium obezity. V současné době má 4000 členů ze 32 zemí. (<http://www.easoobesity.org>)

Pro předávání aktuálních informací jsou podstatné pravidelné mezinárodní kongresy i řada odborných časopisů. Například International Journal of Obesity pro publikaci výzkumných výsledků, oficiální časopis IASO Obesity Reviews či Obesity Surgery, Fórum bariatrické chirurgie.

Zastřešující organizací pro tuzemskou obezitologii je Česká obezitologická společnost při České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, založená 25. listopadu 1993. Je členem mezinárodní společnosti IASO i evropské EASO.

Vedle výzkumu a tvorby standardů pro terapii, společnost pořádá postgraduální školení v obezitologii, určené pro internisty, diabetology, endokrinology a pediatry. Jejich cílem je zlepšení dostupnosti obezitologů v rámci komplexní diferencované péče. Každým rokem pořádá celostátní konferenci s mezinárodní účastí. (<http://www.obesitas.cz/index.php?pg=poslani>) (Hainer a kol., 2004: 28-29)

2.10. Systém péče o obezní v České republice

Organizace péče o obezní vychází, tak jako ve většině vyspělých zemí, z doporučení Světové zdravotnické organizace a odborných obezitologických společností. Systém je nazýván komplexní diferencovaná péče o obezní a zahrnuje:

- Specializovaná centra pro diagnostiku a léčbu obezity
(klinická pracoviště, odborné ústavy a centra bariatrické chirurgie pro terapii těžkých případů obezity)
- Obezitologické ambulance
(samostatné či jako součást ambulancí nebo lůžkových zařízení)
- Ostatní specialisty
(psychology a specialisty na léčbu případných zdravotních komplikací)
- Praktické lékaře

Léčebná metodika je založena na Evidence Based Medicine – medicínských poznatcích, vycházejících z vědeckých důkazů.

Výše uvedené instituce a odborníci však nejsou schopni zabezpečovat terapii všem obezním. Do péče jsou proto zapojeny také komerční a svépomocné redukční kluby vedené vyškolenými lektory. Jedním z nejznámějších je klub STOB – Stop obezitě, který založila roku 1981 psycholožka I. Málková, přední propagátorka kognitivně-behaviorální terapie obezity v České republice. (<http://www.stob.cz>)

Systém diferencované péče počítá i se samovyšetřováním a svépomocnou léčbou za využití textových příruček, internetových programů či pořadů v rozhlase, televizi a v ostatních médiích. (Hainer, 2002:13-14)

Léčbě obezity dětí a dospělých se věnují i lázeňská zařízení a ozdravovny, například v Dolní Lipové, Bludově, Mariánských lázních, Luhačovicích, v Sadské a dalších.

Financování terapie je, v případě klinických pracovišť, některých specializovaných center a v primární péči, zajišťováno ze všeobecného zdravotního pojištění. Péče v řadě obezitologických ambulancí a ve svépomocných klubech je většinou hrazena přímou platbou pacientů.

2.10.1. Prevence a léčba obezity v primární péči

Velký význam v péči o obézní pacienty mají lékaři primární péče – v případě dospělých obézních pacientů praktičtí lékaři pro dospělé. V naší republice v současnosti působí 5 298 lékařů. Jejich úloha spočívá v oblasti prevence, tedy v edukaci o zdravém životním stylu a v monitoringu vývoje zdravotního stavu, včetně hmotnosti a BMI pacienta. V ordinacích praktických lékařů by měla probíhat i léčba nadváhy a lehčích, nekomplikovaných forem obezity. (Kunešová, Hlúbik, Býma, 2009)

Praktické zkušenosti i výzkumná šetření jak v naší republice, tak ve světě, ale dokazují opak.

Hlavní problém představuje fakt, že v ČR připadá na jednoho praktického lékaře průměrně 1 620 pacientů ([http:// www.uzis.cz/](http://www.uzis.cz/)) a v rámci Evropy dokonce 2000 pacientů, z nichž mohou tvořit velkou část obézní. (Hainer a kol., 2004:338) Tato skutečnost klade vysoké nároky na časové možnosti lékařů.

V roce 2002 uskutečnila organizace Obesity management Task Force při Evropské obezitologické asociaci EASO šetření ve 24 evropských zemích. Z něj vyplynuly následující důvody, pro které se evropští praktičtí lékaři nezapojují do léčby obézních:

- lékaři i pacienti podceňují obezitu jako nemoc
- léčba obezity má malou úspěšnost
- vyšetření a léčba obezity nejsou adekvátně finančně ohodnoceny
- praktičtí lékaři nemají dostatek informací v obezitologii (Hainer, 2002:13)

Kvalitativní výzkum, který proběhl mezi londýnskými praktickými lékaři v roce 2005, podobně odhalil, že pacienti očekávají rychlou a jednoduchou pomoc, zatímco lékaři ve skutečnosti vůbec netuší, jak obézní účinně léčit a jak k nim přistupovat. (Epstein,, Ogden,, 2005:750-754)

Jako reakci na nevyhovující stav, vydala Česká společnost všeobecného lékařství roku 2005 Doporučený diagnostický a léčebný postup obezity pro všeobecné praktické lékaře. V roce 2009 následoval doporučený postup s názvem Obezita. Vedle teoretických informací o výskytu a etiologii obezity, shrnuje diagnostické a léčebné metody. U každého pacienta by měl lékař, alespoň během preventivních prohlídek, zjistit BMI, obvod pasu a dle potřeby navrhnout terapeutický postup. Měl by motivovat pacienta, připravit individuální plán, stanovit reálné redukční cíle a pravidelně kontrolovat vývoj hmotnosti.

Individuální plán by měl obsahovat nízkoenergetický dietní režim, který by lékař pravidelně kontroloval a doporučení vhodných fyzických aktivit. Součástí péče může být také farmakoterapie. U obezit s BMI vyšším než 40 nebo u BMI od 35 doprovázených zdravotními komplikacemi, je vhodné, aby lékař indikoval pacienta k chirurgickému výkonu.

V případě, že léčbu nelze zvládnout v primární péči, je třeba, odeslat pacienta na specializované obezitologické pracoviště (viz příloha č.6 – Algoritmus péče). (Kunešová, Hlúbik, Býma, Fried, 2009)

Současná praxe však ukazuje, že praktičtí lékaři se do péče o obezitu dosud plně nezapojili a uvedený algoritmus mnohdy ani neznají. Jako hlavní důvody uvádějí nezáměr pacientů a nedostatek času lékařů.

Pro úplnou představu o problematice obezity v primární péči uvádím i podobně neuspokojivou situaci u dětských pacientů:

V roce 2009 proběhla studie COPAT – současné možnosti léčby obezity v ambulanci praktického lékaře pro děti a dorost. Dotazníkové šetření poukázalo na nedostatek času pro péči o obezitu a omezené možnosti spolupráce se specializovanými pracovišti. Studie ukázala na nutnost systémové změny v péči o obezitu dětské a adolescentní pacienty. (Hlavatý a kol.,2010:86-89)

2.11. Prevence obezity

Smyslem prevence je předcházet nadbytečnému ukládání tuku, vzniku zdravotních komplikací i jejich sociálních a ekonomických důsledků.

Prevence se obecně, ale i v případě obezity, dělí na primární, sekundární a terciární.

- Primární prevence je zaměřována na celou populaci a zahrnuje aktivity, které zabraňují vzniku nežádoucího jevu.
- Sekundární prevence je soustředěna na ohroženou skupinu nebo jednotlivce. Jejím cílem je zabránit rozvoji nežádoucího jevu.
- Terciární prevence je orientována na minimalizaci následků a pokračování nežádoucích jevů.

Intervence, o kterých je řeč v následujícím textu, lze ve většině definovat jako nesespecifickou primární prevenci, jinými slovy, podporu zdravého životního stylu. (Hladná, 2011:66-67)

Při tvorbě preventivních strategií je třeba vycházet z příčin, které vedou ke vzniku obezity.

Ačkoliv se na jejím původu značně podílí genetické faktory, je dokázáno, že vlivem vnějšího prostředí a životního stylu lze většinou rozvoji obezity účinně zabránit. Strategie by měly vést k podpoře vhodných stravovacích a pohybových návyků obyvatel. Zaměřovat by se měly hlavně na rizikové skupiny – děti, dospívající, těhotné, ženy po porodu a v menopauze. (Hainer a kol., 2004:324) Důležitou skupinu představují i ženy s gynoidním typem ukládání tuku. (Viz kapitola 2.6.2.)

Při ovlivňování vzniku a důsledků obezity je třeba klást důraz nejen na individuální, ale i na společenskou odpovědnost. (Hainer a kol., 2011:385) Preventivních cílů lze dosahovat zvyšováním zdravotní gramotnosti obyvatelstva, celospolečenskou podporou zdravého životního stylu a posilováním zodpovědnosti vůči vlastnímu zdraví. (Holčík, 2011a:32-35)

Na vysoký výskyt obezity v dětském i dospělém věku reagovala Evropská komise vydáním politických dokumentů, které mají podporovat antiobezitogenní prostředí ve společnosti.

Základní dokumenty EU:

- Milánská deklarace, EASO, 1999 – podpora národních strategií na prevenci obezity
- WHO European Ministerial Conference counteracting Obesity - Istanbul, 2006, prosazuje multidisciplinární přístup v boji s obezitou. Charta WHO vychází z

přesvědčení, že epidemii obezity lze zvrátit a kontrolovat. Za důvody obezity pokládá sociální, ekonomické a enviromentální determinanty životního stylu obyvatel. Předpokládá snížení výskytu obezity do několika let a zvládnutí epidemie do roku 2015. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/96459/E90143.pdf)

- White paper on a Strategy for Europe on Nutrition, Overweight and Obesity related health issues, 2007 – Bílá kniha – Strategie pro Evropu. Týká se zdravotních problémů souvisejících s výživou, nadváhou a obezitou.

Soustředí se na změnu obezitogenního prostředí, která zahrnuje legislativní a politické regulace, výstavbu měst, podporu sportu, ovlivnění potravinářského průmyslu, regulaci klamavé reklamy a vzdělávání. Navazuje na dříve vydanou Zelenou knihu.

Evropská unie financuje řadu preventivních programů, které vycházejí z cílů Bílé knihy

(http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_wp_en.pdf)

Problematikou prevence obezity se zabývá také IASO – International Association for the Study of Obesity a EASO - European Association for the Study of Obesity - Evropská asociace pro studium obezity.

Za jeden z nejnovějších počinů v oblasti prevence lze považovat nezávislou celoevropskou iniciativu - Evropský den obezity. Připadá, počínaje rokem 2010, na třetí květnovou sobotu. Hlavním cílem je podpořit odborníky a pacienty k aktivnímu přístupu k zvládnutí obezity. Iniciativa byla vyhlášena na tiskové konferenci Evropského parlamentu v Bruselu 2009 a přidala se k ní většina členských států Evropské unie. (Evropský den obezity vyzývá: Stop jo-jo efektu! 2011: A6)

Za slabinu řady preventivních iniciativ je však považována jejich nezávaznost a mobilizující charakter, protože implementace strategických cílů je závislá na vůli jednotlivých národních vlád. (Příbylová, 2010:60)

2.11.1. Prevence obezity v České republice

Preventivní aktivity v naší republice zajišťují:

- Česká obezitologická společnost ČLS J.E.Purkyně. (Viz kapitola 2,9) (<http://www.obesitas.cz>)
- Ministerstvo zdravotnictví ČR, které vychází z „Dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky – Zdraví pro všechny v 21. století“. Zkráceně je nazýván ZDRAVÍ 21. Byl schválen usnesením vlády České republiky č. 1046 dne 30.října 2002, Ve 21 cílech definuje aktivity a úkoly pro jednotlivá ministerstva, kraje a další subjekty, které se týkají obecně podpory a ochrany

zdraví i preventivních aktivit v oblasti obezity. (Hnilicová, Janečková, 2009:234-235) V rámci ministerstva působí Národní rada pro obezitu, složená z odborníků, kteří by měli vypracovat návrh plánu na změnu obezitogenního prostředí a podporu zdravého životního stylu. (Hainer a kol., 2011:307)

- Státní zdravotní ústav – SZÚ – vede projekty zaměřené na prevenci obezity v dospělém i dětském věku. Příkladem mohou být projekty „Hubneme s bumbrlínkem“, celonárodní soutěž „Přijmi a vydej“ (Přijmi a vydej, 2007), kampaně „S pohybem každý den“ nebo „Nutriční edukace na webu“ (<http://www.szu.cz>), (Hainer a kol., 2011:398)
- Ministerstvo dopravy ČR – ve spolupráci s dalšími ministerstvy zabezpečuje „Národní strategii rozvoje cyklistické dopravy ČR“. Jejím hlavním cílem je podporovat cyklistiku jako alternativní formu dopravy. (Hainer a kol., 2011:398)
- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR – podporuje programy „Národní program sportu pro všechny“ (<http://www.msmt.cz/sport/eu>), „Sport a škola“, „Sport zdravotně postižených“, „Provoz sportovních a tělovýchovných zařízení“, ve spolupráci se SZÚ je zapojen do projektu „Škola podporující zdraví“. (<http://www.program-spz.cz/>) Ministerstvo dále zodpovídá za vzdělávání a výchovu ke zdraví ve školách. (Hainer a kol., 2011:398)

V České republice je realizována řada preventivních projektů podporovaných Evropskou unií.

Vedle státních institucí se na prevenci obezity podílejí i nestátní a soukromé společnosti. Příkladem mohou být programy: „STOB – prevence obezity“ (<http://www.stob.cz>), „Hravě žij zdravě“ (<http://www.hravezijzdrave.cz>), nebo program realizovaný Všeobecnou zdravotní pojišťovnou „Žij zdravě“ (<http://www.zijzdrave.cz>) a další.

2.12. Společenské důsledky obezity

Obezita nemá negativní dopad pouze na obézní jedince, ale její důsledky se projevují i na celospolečenské úrovni. Vysoká morbidita způsobená zdravotními komplikacemi zatěžuje sociální systém, zvyšováním počtu pracovních neschopností či případnou invalidizací a dopadá na produktivitu a ekonomickou aktivitu obyvatelstva.

Společensky významná je i zvýšená mortalita obézních. (Hainer, 2003) Riziko smrti je u osob v pásmu nadváhy až prvního stupně obezity o 60 až 70% vyšší, než u osob s mírnou nadváhou. (Hainer a kol., 2004:319) Před rokem 2008 byly v Evropské unii

komplikace obezity příčinou více než 1 milionu úmrtí za rok a byly přepočítány na 12 milionů let poškozeného zdraví. Každé 13. úmrtí bylo v té době spojeno s nadměrnou tělesnou hmotností. (Kunešová, Hlúbik, Býma., Fried, 2009)

Obezita může činit problémy také v oblasti mezilidských vztahů. V zemích západní kultury je často diskutována otázka diskriminace obézních, především v zaměstnání nebo v partnerských vztazích. (Hainer 2002:44). Nadměrná hmotnost se může stát i příčinou šikany, především v dětských kolektivech.

Rozporuplné reakce vzbudili v poslední době například američtí gynekologové, kteří odmítají pečovat o obézní pacientky. Jako důvody uvádějí nevybavenost ordinací pro ošetřování obézních i vysoké riziko zdravotních komplikací. (Havlová, 2011:12)

2.13. Ekonomické důsledky obezity

Onemocnění, s tak dalekosáhlými individuálními i společenskými důsledky, jaké přináší obezita, nutně provází i značné ekonomické dopady.

Jejich vyčíslení není snadné, ale ekonomové mají k dispozici metodiky, pomocí nichž mohou zjišťovat náklady na léčbu onemocnění a jejích následků.

Náklady dělí na přímé, nepřímé a nehmatatelné:

- Přímé náklady tvoří skutečně vynaložené finanční prostředky
- Nepřímé náklady znamenají ušlý zisk
- Nehmatatelné náklady představují subjektivní, obtížně ekonomicky vyčíslitelné důsledky obezity

Na uvedené skupiny nákladů je možné nahlížet i z perspektivy jednotlivých zainteresovaných skupin – státu, zdravotnického systému, zaměstnavatele, samotného nemocného a jeho rodiny.

Při měření nákladů ekonomové vycházejí ze statistických údajů o incidenci nebo prevalenci onemocnění ve společnosti.

K výpočtu přímých nákladů využívají Top down metodu – náklady se kalkulují k poměru zjištěného počtu onemocnění ve zkoumané skupině. Bottom-up metodu – průměrná výše nákladů na jednoho pacienta násobená prevalencí nemoci. Ekonometrickou metodu, porovnávající rozdíl v nákladech mezi skupinou pacientů, kteří mají a kteří nemají určitou chorobu.

Pro určení nepřímých nákladů se nejčastěji využívá Human capital - měření ušlého zisku pacienta, a to až do věku pravděpodobného dožití. Metoda Friction cost posuzuje náklady na jiného pracovníka v období pracovní neschopnosti nemocného. Willigness to pay je metoda, určená k měření finančních prostředků, které je jedinec ochoten vložit do prevence onemocnění.(Hodycová, 2011)

Jak řekl předseda České obezitologické společnosti M.Fried: „Roční přímé náklady na zdravotní péči o závažně obézní jsou trojnásobné v porovnání s náklady osob s normální hmotností a tvoří až devět procent z celkových zdravotních výdajů.“ (Euro,2010) Péče o jednoho obézního stojí za rok 115 tisíc korun, což představuje stovky miliónů korun, které zdravotní pojišťovny na léčbu těchto pacientů vynakládají. V roce 2007 dosahovala tato částka 9 335 429 120 Kč. Suma odpovídala 0,25% HDP. (Hodycová, 2011)

Ve světě se obezita podílí na přímých nákladech ve zdravotnictví 2-8%. Výše výdajů je srovnatelná s náklady na léčbu maligních onemocnění. (Kunešová,Hlúbik, Býma, Fried, 2009)

V USA v roce 2008, stála léčba komplikací nadváhy a obezity 147 miliard dolarů. (<http://www.zdn.cz/denni-zpravy/ze-zahranici/obeznich-americanu-stale-pribyva-je-jich-72-5-milionu-453538>)

Celkové přímé a nepřímé roční náklady obezity se v Evropské unii v roce 2002 odhadovaly na 32,8 miliardy EUR. V roce 2005 šlo přibližně o 40,5 miliardy EUR ročně. (Pracovní dokument útvarů Komise ES, 2007)

Vzhledem k prevalenci obezity v současné společnosti lze očekávat v příštích asi deseti letech prudký nárůst nákladů na léčbu zdravotních komplikací. (Hodycová, 2011)

Sledování finančních nákladů má nejenom statistický význam. Ekonomické analýzy by se mohly do budoucna stát účinným podkladem pro motivaci politiků k posílení probezitogenních aktivit na celospolečenské úrovni. (Branca, Nikogosian, Lobstein, 2007a:297)

2.14. Úspěšnost boje proti obezitě

Aktuální statistické údaje o incidenci a prevalenci obezity, o související morbiditě a mortalitě ukazují, že problém obezity dosud není optimálně řešen nikde na světě.

Příčiny lze hledat v rovině individuální i na úrovni celospolečenské.

Individuální příčiny plynou především z podceňování obezity jako rizikového faktoru pro vznik závažných onemocnění tedy z nízké úrovně zdravotní gramotnosti obyvatelstva.

Další příčiny lze spatřovat v nedostatku motivace a kompliance, spolupráce obézních. Lékaři, nutriční terapeuti a další odborníci mohou být pouze rádci a průvodci terapií. (Müllerová a kol., 2009:139) Přes pokroky medicíny, musí největší práci odvést sám redukující. To je také důvodem neúspěchu mnoha redukčních programů či příklonu řady obézních k nabídkám zázračných redukčních metod. Motivaci klienta a z ní plynoucí spolupráci, lze vnímat jako výsledek průběžného konfliktu tzv. motivačních a demotivačních faktorů, které vycházejí z pacientovi osobnosti nebo z jeho okolí a mnohdy rozhodují o úspěchu či neúspěchu léčby. (Brskovská, 2010b) S tímto faktem souvisejí i dlouhodobé výsledky. Klienti, kteří zredukují svoji hmotnost jsou považováni za vyléčené až při udržení dosažené váhy po dobu pěti let. Studie, které se věnovaly této problematice, však vycházely většinou velmi negativně. Ve výzkumu prováděném v roce 2004 v italské Padově bylo sledováno 296 pacientů v redukčním režimu. Léčbu vzdalo během 3 měsíců 69,2% obézních, do půl roku dalších 20,6%, (Inelmen a kol., 2005:122-128)

Společenské důvody neúspěchu boje proti obezitě jsou dány nejednoznačným přístupem k problému. Přes veškeré snahy o změnu, přetrvává obezitogenní prostředí, které podněcuje jedince k nezdravému životnímu stylu. Jednou z příčin, proč dosud nedošlo k zásadnímu pokroku, je nedostatek právních norem k ovlivnění některých obezitogenních aktivit, například pro podporu nabídky zdravých a nízkenergetických potravin na trhu. (Branca, Nikogosian, Lobstein, 2007a:297)

Je zřejmé, že problematika obezity s sebou nese řadu etických otázek a společnost zatím nedospěla k rozhodnutí, jak na ni nahlížet. Obezitu můžeme považovat za nemoc či za osobní volbu jedince, přizpůsobovat se jejím důsledkům, zavádět antidiskriminační opatření. Můžeme ji ale také chápat jako důsledek nevhodného životního stylu a obézní jedinci mohou být sankcionováni nebo naopak, odměňováni za změnu svých návyků a za zlepšení zdravotního stavu. (Vlasák, 2009)

Z uvedených faktů vyplývá, že řešení problému obezity je složitou a dlouhodobou záležitostí, kterou lze chápat jako výzvu pro celospolečenské iniciativy i pro jednotlivá zdravotnická zařízení.

III. PRAKTICKÁ ČÁST

3. CENTRUM PREVENTIVNÍ MEDICÍNY

3.1. Historie

Centrum preventivní medicíny, nestátní ambulantní zdravotnické zařízení, založil v roce 1993 v objektu Vinohradských lázní v Praze MUDr. René Vlasák, spolu s kolegy z I. chirurgické kliniky Všeobecné fakultní nemocnice. Pracoviště bylo orientováno na vybrané preventivně-léčebné oblasti – mammologii (zaměřenou na včasný záchyt a léčbu nádorů prsu), algeziologii (léčbu chronických bolestí), obezitologii (redukci nadbytečné hmotnosti), na regenerační péči a relaxaci.

Postupně začali pracovníci Centra rozvíjet také oblast lymfologie (léčbu lymfatických otoků), která souvisela s terapií žen po operaci prsu. V českém a československém zdravotnictví se jednalo o zcela novou a téměř neznámou problematiku.

V roce 1995 vznikla společnost Prevence 2000 s.r.o., která s Centrem preventivní medicíny dodnes spolupracuje v oblasti edukace laické i odborné veřejnosti a v rozvoji preventivních programů zaměřených na tzv. primární prevenci a zdravý životní styl. Tyto aktivity vycházejí z vládního programu „Zdraví pro všechny ve 21. století“, tedy ze strategických cílů WHO.

Vlivem vývoje medicínských oborů a zvyšováním nároků na technické a prostorové vybavení došlo v roce 1997 k oddělení oboru mammologie a k dalším změnám v charakteru poskytovaných služeb.

3.2. Současnost

Od roku 2005 sídlí Centrum v Londýnské ulici v Praze 2. Zaměstnává okolo 30 zdravotnických a nezdravotnických pracovníků, kteří pečují o klienty v těchto oborech (programech):

- primární prevence
- obezitologie
- lymfologie
- flebologie

V rámci edukační činnosti pořádá Centrum odborné semináře a stáže pro lékaře a terapeuty z České republiky, Německa a z Nizozemí.

K hlavním úkolům managementu, kterého jsem jako vrchní sestra členem, patří trvalé, systematické zvyšování kvality a efektivity poskytované péče a aktivní účast na rozvoji jmenovaných oborů.

3.3. Obezitologický program

Centrum preventivní medicíny patří mezi specializovaná obezitologická pracoviště.

Základními charakteristikami poskytované péče o obezní jsou její komplexnost, zahrnující bio-psycho-sociální pohled na vznik a terapii obezity a současně individuální přístup k výběru léčebných intervencí.

Na začátku léčby terapeut změří základní antropometrické hodnoty klienta, včetně složení těla a úrovně bazálního metabolismu. Ve speciálním 3D body scanneru zmapuje rozměry těla, jeho hustotu a distribuci podkožního tuku. Nutriční specialista provede diagnostiku metabolického typu a fyzioterapeut zhodnotí úroveň fyzické kondice a stav svalového aparátu.

Na základě těchto údajů, podrobné anamnézy a fyzikálního vyšetření, stanoví lékař diagnózu a navrhne redukční plán.

Používané léčebné postupy vycházejí z oficiálních doporučení odborných společností a současně z vlastních dlouholetých zkušeností s prevencí a komplexní terapií všech typů obezity.

Díky poznatkům získaným z oboru lymfologie, vypracoval MUDr.Vlasák novou metodiku pro léčbu gynoidního typu obezity a lipedému - Komplexní dekongestivní terapii, která kombinuje lymfologické a obezitologické léčebné postupy. V roce 2009 ji doplnil o popis "metabolického syndromu Y", který často gynoidní typ ukládání tuku doprovází. Centrum preventivní medicíny je jediným zdravotnickým zařízením v České republice, které se této problematice věnuje.

Redukční plány zahrnují péči nutričních terapeutů, včetně tvorby individuálních jídelníčků, sestavení pohybového režimu, úpravu životního stylu a využití řady léčebných metod, jako např. přístrojové a ruční lymfodrenáže či neinvazivní i invazivní lipolýzy. Lékaři a terapeuti Centra při terapii také spolupracují se specialisty z endokrinologie, gynekologie, bariatrické a plastické chirurgie a z dalších oborů.

Po celou dobu léčby je vývoj redukce monitorován pomocí e health technologií – prostřednictvím speciálního internetového programu pro komunikaci klientů s jejich terapeuty a v pozdějších fázích terapie i pomocí sms monitoringu vývoje hmotnosti.

Tyto metody umožňují rychle reagovat na potřeby klientů a posilovat jejich motivaci k léčbě. Od roku 2002, kdy byly prvně použity, došlo ke skokovému zvýšení úspěšnosti redukcí o 10%. Stanovené cílové hmotnosti tak dosáhlo 85% klientů. Od roku 1993 pod vedením odborníků z Centra redukovalo svoji hmotnost přes 5 000 žen a mužů ve věku od 15 let. Bohužel, ve statistikách CPM chybí dostatek údajů pro vyhodnocení dlouhodobých výsledků terapie.

Jako jeden z motivačních faktorů je již více než patnáct let využíván i bonifikační systém „Kilo za kilo“, založený na odměňování klientů za péči o zdraví. Obezitologické služby v CPM hradí klient a při úspěšné redukci získává slevy na další péči.

3.4. Změny v obezitologickém programu

Od roku 2009 probíhá diagnostika a reorganizace obezitologické péče. V rámci tohoto procesu byla identifikována slabá místa z pohledu zaměstnanců (Brskovská, 2010a) a měřena spokojenost klientů, kteří jsou v léčbě, i těch, kteří redukci přerušili. Výsledkem bylo zjištění problémových oblastí a realizace řady změn v terapeutických postupech. Jejich účelem je zvyšování účinnosti i kvality péče a větší přizpůsobení se požadavkům klientů.

Všechna uvedená opatření vycházejí ze strategických cílů Centra preventivní medicíny:

- zdvojnásobit počet léčených klientů v obezitologickém programu
 - vybudovat síť pracovišť pro terapii gynoidní obezity v České republice
- (Strategický plán CPM a Prevence 2000, 2011)

Z těchto strategických cílů vychází i nově připravovaný marketingový plán. Komunikace služeb je v něm orientována jak na širokou veřejnost, tak i na zdravotníky, kteří přicházejí do kontaktu s obézními pacienty.

Následující marketingový výzkum slouží jako zdroj informací pro sestavení nabídky obezitologických služeb pro praktické lékaře pro dospělé.

4. VÝZKUM

4.1. Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je identifikovat potřeby lékařů a najít tak možnosti rozvoje obezitologické péče, poskytované praktickými lékaři pro dospělé. Závěry výzkumu by se měly stát podkladem pro vytvoření nabídky obezitologických služeb pro praktické lékaře a měly by přispět k sestavení algoritmu péče o ženy s gynoidním ukládáním tuku. Obezitologická péče je v této práci chápána jako souhrn služeb, které lékař poskytuje za účelem prevence nebo terapie obezity.

4.2. Kontextuální rámec

V koncepci komplexní diferencované péče (viz kapitola 2.9.), je praktickým lékařům připisována významná úloha jak v prevenci, tak v terapii obézních pacientů. Lehčí formy obezity mohou být léčeny pod vedením praktického lékaře, u těžších forem by měl lékař pacientovi doporučit specializované centrum.

Zkušenosti obezitologů i výzkumná šetření (viz kapitola 2.11.) však ukazují, že tento systém péče není vždy plně využíván. Zdravotníci z Centra preventivní medicíny navíc upozorňují, že nejméně pozornosti je v rámci obezitologické péče věnováno problematice gynoidní obezity a lipedému.

4.3. Metodika výzkumu

- Kvantitativní výzkum mezi praktickými lékaři pro dospělé, prováděný pomocí standardizovaného internetového dotazníku, doplněného o přílohu s fotografiemi a stručným popisem gynoidní obezity a jejích komplikací. (Viz příloha č.6)
V rámci předvýzkumu byl použit tištěný standardizovaný dotazník s fotografiemi. (Dotazník viz příloha č.5)
Dotazníky nejsou anonymní.
- Kvantitativní výzkum mezi klienty obezitologie Centra preventivní medicíny, prováděný pomocí tištěného standardizovaného dotazníku

Do dotazníků jsem vpisovala data z analýzy dokumentace. Dotazníky byly po vyplnění zpracovávány anonymně. (Dotazník viz příloha č.7.)

- Analýza dat ze zdravotní dokumentace klientů Centra preventivní medicíny, kteří se zúčastnili výzkumu pomocí standardizovaného dotazníku. S analýzou klienti souhlasili a svůj souhlas ztvrdili podpisem..

4.4. Zkoumaná populace

Výběr populace pro předvýzkum

Pro snadnou dostupnost jsem náhodně vybrala a oslovila čtyři praktické lékaře pro dospělé z okolí Centra preventivní medicíny, kteří byli ochotni vyjádřit se k připravenému dotazníku - dva lékaře z Prahy 2 a po jednom lékaři z Prahy 3 a z Prahy 10. Všichni oslovení lékaři s otestováním výzkumu souhlasili.

Výběr populace lékařů pro výzkum pomocí internetového dotazníku

Všichni praktičtí lékaři pro dospělé z Prahy a ze Středočeského kraje, kteří uvedli do svého internetového profilu na <http://www.firmy.cz>, emailovou adresu.

Na jmenovaných internetových stránkách je celkem 497 lékařů ze všech obvodů Prahy a 413 lékařů z obcí ze Středočeského kraje.

146 praktických lékařů z Prahy a 130 praktických lékařů ze Středočeského kraje, uvedlo kontakt na e mail. Celkem šlo o 276 lékařů. Všem jsem poslala internetový dotazník.

Výběr populace pro výzkum mezi klienty Centra preventivní medicíny

Za účelem vyplnění dotazníku bylo osloveno 108 klientů obezitologie, kteří v červenci 2011 docházeli do Centra preventivní medicíny a žili v Praze a ve Středočeském kraji.. Respondenty jsem vybírala v seznamu klientů objednaných na léčebné procedury nebo na kontroly u lékařů a s žádostí o spolupráci na výzkumu jsem je oslovovala po jejich příchodu na pracoviště. Všichni vybraní respondenti byli za poslední 2 roky u svého praktického lékaře a všichni souhlasili s účastí na výzkumu..

4.5. Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka

Jaké potřeby mají praktičtí lékaři pro dospělé v rámci poskytování obezitologické péče?

Další výzkumné otázky

Jaké potřeby mají praktičtí lékaři pro dospělé v oblasti teoretické?

Jaké potřeby mají praktičtí lékaři pro dospělé v oblasti praktické?

4.6. Konceptualizace

Potřeby, které lékařům v rámci obezitologické péče vznikají, rozdělují na dvě hlavní skupiny – potřeby teoretické, nebo-li vzdělávání a potřeby praktické. Do této skupiny patří poskytované služby, pomůcky a finanční a časové podmínky pro obezitologickou péči.

Ve výzkumu dále zjišťuji data důležitá pro analýzu informací - o působišti lékaře, letech praxe, úspěšnosti léčby obézních a o lékařově hodnocení vlivu obezity na zdravotní stav pacientů.

Při stanovení potřeb vycházím z citovaných výzkumných zjištění (viz kapitola 2.11) i z vlastních zkušeností.

4.7. Výzkumné hypotézy

1. Podle praktických lékařů pro dospělé je obezita závažnější komorbiditou v obcích Středočeského kraje než v Praze
2. Praktičtí lékaři pro dospělé z Prahy čerpají častěji informace o problematice obezity z odborných vzdělávacích akcí, než praktičtí lékaři pro dospělé ze Středočeského kraje.
3. Všichni praktičtí lékaři pro dospělé, kteří mají ve své praxi pacientky s gynoidní obezitou, se setkávají se zdravotními komplikacemi tohoto typu obezity.
4. Praktičtí lékaři pro dospělé z Prahy, hodnotí svoji informovanost o problematice obezity jako dostatečnou častěji, než praktičtí lékaři pro dospělé ze Středočeského kraje.

5. Praktičtí lékaři pro dospělé z Prahy a ze Středočeského kraje, kteří uvádějí, že mají dostatek informací o problematice obezity, častěji začínají terapii obezity při nižším BMI pacientů, než praktičtí lékaři pro dospělé, kteří uvádějí, že nemají dostatek informací o terapii obezity.
6. Praktičtí lékaři pro dospělé z Prahy a ze Středočeského kraje častěji poskytují v rámci péče o obézní základní obezitologické služby, než časově náročnější obezitologické služby (WHR index, analýzu těla, analýzu jídelníčku).
7. Praktičtí lékaři pro dospělé z Prahy a ze Středočeského kraje, kteří uvádějí, že mají dostatek informací o problematice obezity, mají častěji lepší léčebné výsledky, než praktičtí lékaři pro dospělé, kteří uvádějí, že nemají dostatek informací o terapii obezity.
8. Praktičtí lékaři pro dospělé z Prahy a ze Středočeského kraje, kteří mají kratší dobu praxe, jsou úspěšnější v terapii, než praktičtí lékaři pro dospělé, kteří mají delší dobu praxe.
9. Nedostatek času lékaře představuje častější překážku v terapii obezity pro praktické lékaře pro dospělé z Prahy, než pro praktické lékaře pro dospělé ze Středočeského kraje.
10. Se specialisty na léčbu gynoidní obezity spolupracují častěji praktičtí lékaři pro dospělé z Prahy, než praktičtí lékaři dospělé ze Středočeského kraje.
11. Praktičtí lékaři pro dospělé z Prahy a ze Středočeského kraje, častěji spolupracují se specialisty na terapii obezity u pacientů s BMI vyšším než 35, než u pacientů s nižším BMI.
12. Praktičtí lékaři pro dospělé ze Středočeského kraje, mají častěji zájem o obezitologické služby v oblasti teoretické, než praktičtí lékaři pro dospělé z Prahy

4.8. Možná zkreslení

Zkreslení ze strany lékařů

Na otázky v dotazníku bude spíše odpovídat lékař, který se o prevenci a terapii obezity zajímá a pravděpodobně se jí i více věnuje. Lékaři, které problematika neoslovuje, se k ní zřejmě nebudou vyjadřovat.

Lékaři, kteří dotazník vyplní, se ale mohou „ukazovat v lepším světle“ a uvádět, že poskytují více služeb, než je pravda. Pro řadu dat, také lékaři nemají k dispozici statistické údaje a vycházejí z nepřesných odhadů. Například u počtu pacientů, kteří zredukovali hmotnost, počtu gynoidních obézních a jejich zdravotních komplikací.

Zkreslení ze strany klientů Centra preventivní medicíny

Zkušenosti s předáváním informací klientům ukazují, že řada z nich si z části nepamatuje obsah rozhovorů s lékařem. Tato skutečnost může ovlivnit odpovědi na otázky, zda praktický či jiný lékař doporučoval redukci hmotnosti a jaké rady pacientovi poskytl. Zkreslení může způsobit také čas, který uběhl od návštěvy respondenta u praktického lékaře.

4.9. Průběh výzkumu

Výzkum mezi praktickými lékaři jsem zahájila předvýzkumem. Oslovila jsem čtyři lékaře v blízkosti mého pracoviště, které jsem navštívila za účelem otestovat připravený dotazník.

Lékaři vyplnili vytištěný dotazník a poté se k němu vyjadřovali. Upozorňovali mne, že lékaři svým pacientům poskytují dostatečnou péči, ale obézní nechtějí hmotnost redukovat. Dále jsem si ověřila, že oslovení lékaři nejsou schopni uvádět u některých otázek odpovědi v absolutních číslech nebo v procentech. Jednalo se hlavně o údaje o úspěšnosti terapie a o výskytu gynoidní obezity a jejich komplikací. Uvědomila jsem si, že odpovědi o poskytovaných službách mohou být zkreslené a lékaři mohou uvádět, že poskytují více péče, než odpovídá realitě. Jako velmi obtížnou pro posouzení jsem vyhodnotila také úroveň teoretických znalostí lékařů. Zjišťování těchto skutečností bylo spojeno s prodloužením dotazníku a současně by mohlo působit demotivačně a

snižovat ochotu odpovídat na dotazy. Nejpřesnějším zdrojem informací by bylo pozorování, které je v tomto výzkumu nerealizovatelné.

Na základě zkušeností z předvýzkumu jsem se proto rozhodla pro zkrácení dotazníku a upravení některých variant odpovědí.

Otázky jsem vložila do internetového dotazníku a rozeslala je 276 praktickým lékařům. Zpět se vrátilo 36 emailů, z důvodu neplatné adresy. Na 240 doručených dotazníků odpovědělo 45 lékařů (18,75%). Celkový počet respondentů činí 45.

Vzhledem k možnému zkreslení odpovědí praktických lékařů, jsem se rozhodla získané informace konfrontovat se zkušenostmi klientů obezitologie v Centru preventivní medicíny. Zajímaly mě zkušenosti s prevencí a terapií obezity androidního i gynoidního typu v ordinacích praktických lékařů z Prahy a ze Středočeského kraje. Klienti, kteří dochází na terapii do Centra, v posledních dvou letech navštívili praktické lékaře, jsou motivováni redukovat, změnit životní styl a mají dostatek vědomostí, aby mohli posuzovat, zda nabízené informace v ordinacích lékařů byly dostatečné.

Tištěné dotazníky jsem rozdala všem klientům, kteří v červenci 2011 navštívili Centrum preventivní medicíny a byli z Prahy nebo Středočeského kraje. Ústně jsem je požádala o spolupráci na výzkumu, který „může pomoci k rozvoji obezitologické péče u praktických lékařů“ a požádala jsem je o svolení k analýze jejich dokumentace.

Do dotazníku jsem nejprve vepsala fakta ze zdravotnické dokumentace – počáteční BMI, bydliště, věk, typ postavy a případné zdravotní komplikace. Pro analýzu dokumentace jsem se rozhodla, abych snížila počet otázek pro respondenty a současně získala data, která by respondenti nemuseli uvést přesně, jako počáteční BMI, typ postavy či zdravotní komplikace. Získaná data jsem dále zpracovávala anonymně. Dotazníky vyplnilo 108 klientů (100%), tedy všichni oslovení respondenti.

5. ANALÝZA VÝZKUMU MEZI PRAKTICKÝMI LÉKAŘI PRO DOSPĚLÉ V PRAZE A VE STŘEDOČESKÉM KRAJI

5.1. Přehled hlavních zjištění

Nejčtenější skupina respondentů z Prahy a ze Středočeského kraje provozuje lékařskou praxi déle než 30 let. Lékaři obezitu nejčastěji hodnotí jako středně závažnou komorbiditu svých pacientů.

Informace o obezitologii respondenti nejčastěji získávají z písemných zdrojů. Lékaři z Prahy dále více využívají vzdělávací akce, jako jsou semináře, kongresy, odborné kurzy, a častěji čerpají informace od farmaceutických firem. Pražští lékaři se také častěji, než jejich středočeští kolegové, hodnotí jako dostatečně informovaní o problematice obezity.

Výzkum dále potvrdil, že všichni praktičtí lékaři se ve svých ordinacích setkávají se ženami s gynoidním typem obezity a všichni lékaři u těchto pacientek alespoň občas pozorují výskyt zdravotních komplikací, jako jsou hyperosmolární otoky a bolesti dolních končetin. Většina lékařů však neví o specializovaném pracovišti, na které by své pacientky mohli poslat k léčbě. Výjimku tvoří 30% lékařů z Prahy.

V rámci diagnostiky obezity lékaři z Prahy i ze Středočeského kraje nejčastěji sledují hmotnost a BMI svých pacientů. Nejméně pozornosti věnují výpočtu WHR indexu a analýze složení těla.

V nejčastěji používaných léčebných intervencích převažují základní služby. Lékaři ze Středních Čech i z Prahy nejčastěji radí pacientům, aby si našli na internetu informace, jak postupovat v redukci hmotnosti a předávají písemné informační materiály. Ze speciálních intervencí nejčastěji volí předpis léků k usnadnění redukce, méně pozornosti lékaři věnují vedení edukačních rozhovorů s pacienty a nejméně pravidelnému rozboru jídelníčků. V rámci komplexní diferencované péče o obezitu (viz kapitola 2.9), spolupracují s řadou odborníků na danou problematiku. Častěji se však na ně obrací, až u závažnějších stupňů obezity. U BMI do 35, lékaři z obou sledovaných oblastí volí spolupráci s jiným spektrem odborníků. Středočeši preferují nutriční terapeuty a psychology. Pražané pacienty posílají hlavně k endokrinologům a méně než jejich kolegové, k nutričním terapeutům.

U vyšších stupňů obezity, od BMI nad 35, lékaři z obou oblastí nejčastěji posílají pacienty do obezitologických poraden, méně často na bariatrická či klinická obezitologická pracoviště.

Lepší léčebné výsledky uvádějí praktičtí lékaři, kteří mají pocit dostatečné informovanosti o problematice obezity a lékaři mladší – do 20 let praxe. Lépe informovaní lékaři také častěji začínají řešit vzrůstající tělesnou hmotnost svých pacientů dříve, než jejich méně informovaní kolegové.

Praktičtí lékaři se setkávají se všemi definovanými překážkami v terapii obezity. Pražské lékaře nejčastěji trápí nedostatek času a nízká motivace pacientů. Jejich kolegové ze Středočeského kraje si ztěžují především na nízkou motivaci a na neúspěšnost započaté terapie.

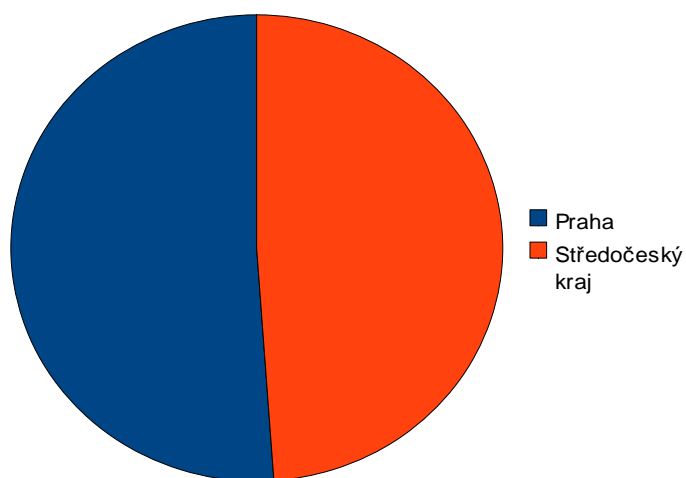
Respondenti projevili zájem o všechny nabízené obezitologické služby. Středočeští lékaři mírně preferují doplňování teoretických znalostí. Pražští lékaři mají největší zájem o spolupráci se specialisty a o edukační pomůcky.

5.2. Základní údaje o respondentech

Zastoupení respondentů z Prahy a ze Středočeského kraje

Výzkumu se celkem zúčastnilo 45 praktických lékařů pro dospělé. Z toho 23 (51,1%) lékařů je z Prahy a 22 (48,9%) praktických lékařů pro dospělé je ze Středočeského kraje.

Graf č.1 - Zastoupení respondentů

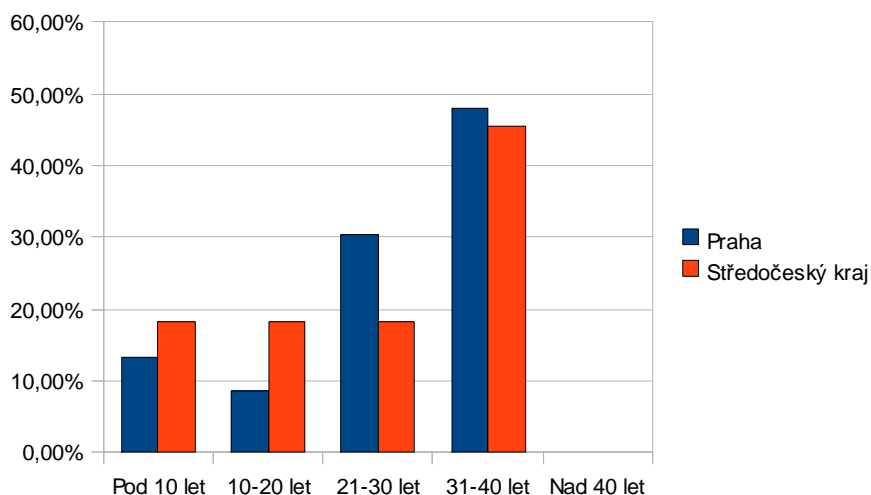


Délka lékařské praxe

Tabulka č.4 – Doba lékařské praxe

	Praha		Středočeský kraj	
Pod 10 let	3	13,04%	4	18,18%
10-20 let	2	8,7%	4	18,18%
21-30 let	7	30,43%	4	18,18%
31-40 let	11	47,83%	10	45,45%
Nad 40 let	0	0%	0	0%
Celkem	23	100%	22	100%

Graf č.2 – Doba lékařské praxe



Respondenti jsou zastoupeni ve většině stanovených věkových kategoriích. Výzkumu se nezúčastnili lékaři s praxí delší než 40 let. Nejčetnější skupinou jsou v případě obou porovnávaných skupin lékaři s praxí 31 – 40 let. Jde o 11 (47,83%) lékařů z Prahy a 10 (45,45%) lékařů ze Středočeského kraje.

5.3. Odpovědi na výzkumné hypotézy

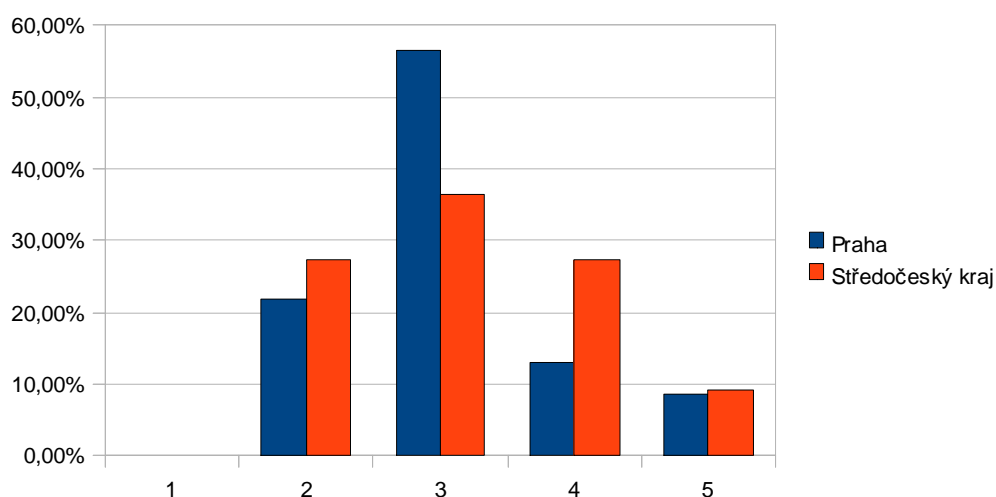
1. Podle praktických lékařů pro dospělé je obezita závažnější komorbiditou v obcích Středočeského kraje než v Praze

Tabulka č.5 - Hodnocení významu obezity jako komorbidity z pohledu praktických lékařů pro dospělé v Praze a ve Středočeském kraji.

	Praha		Středočeský kraj	
Stupeň 1	0	0%	0	0%
Stupeň 2	5	21,74%	6	27,27%
Stupeň 3	13	56,52%	8	36,36%
Stupeň 4	3	13,04%	6	27,27%
Stupeň 5	2	8,70%	2	9,10%
Celkem	23	100,00%	22	100,00%

Praktičtí lékaři hodnotili závažnost obezity na pěti stupních. 1 – zcela nezávažná komorbidita, 5 – velmi závažná komorbidita.

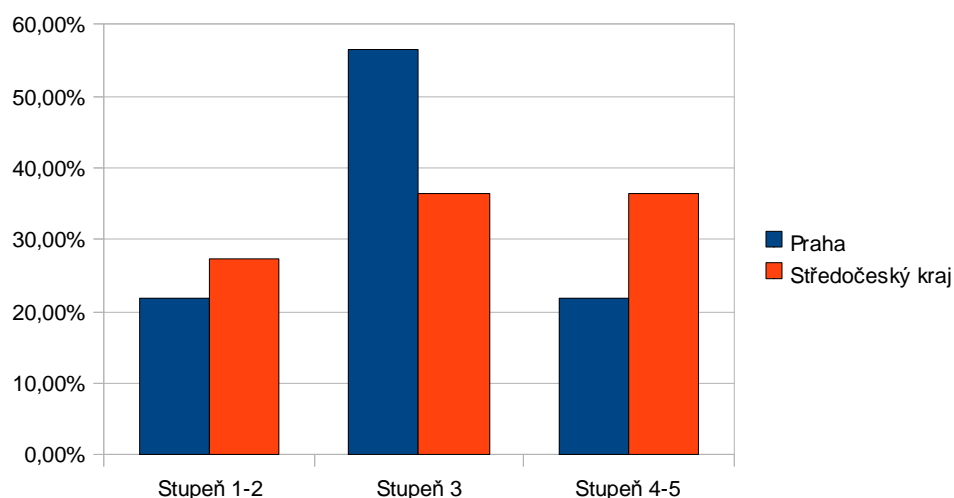
Graf č.3 - Hodnocení významu obezity jako komorbidity z pohledu praktických lékařů pro dospělé v Praze a ve Středočeském kraji.



Tabulka č.6 - Analýza agregovaných dat o hodnocení významu obezity jako komorbidity

	Praha		Středočeský kraj	
Stupeň 1-2	5	21,74%	6	27,27%
Stupeň 3	13	56,52%	8	36,36%
Stupeň 4-5	5	21,74%	8	36,37%
Celkem	23	100%	22	100%

Graf č.4 - Analýza agregovaných dat o hodnocení významu obezity jako komorbidity



Analýza podle skupin závažnosti komorbidity – nezávažná (stupeň 1-2), středně závažná (stupeň 3) a závažná (stupeň 4-5)

Analýza ukazuje, že nejvyšším, pátým stupněm závažnosti, hodnotí obezitu téměř stejně často pražští (8,70%) i středočeští praktičtí lékaři (9,10%). Po sloučení dvou nejvyšších stupňů vychází, že obezitu, jako závažnější komorbiditu (na stupni 4 a 5), hodnotí Středočeští praktičtí lékaři (36,37%), než lékaři z Prahy (21,74%).

Závěry analýzy potvrzují hypotézu, že praktičtí lékaři ze Středočeského kraje, častěji hodnotí obezitu u svých pacientů jako závažnější komorbiditu, tedy na stupni číslo 4 a 5, než lékaři z Prahy.

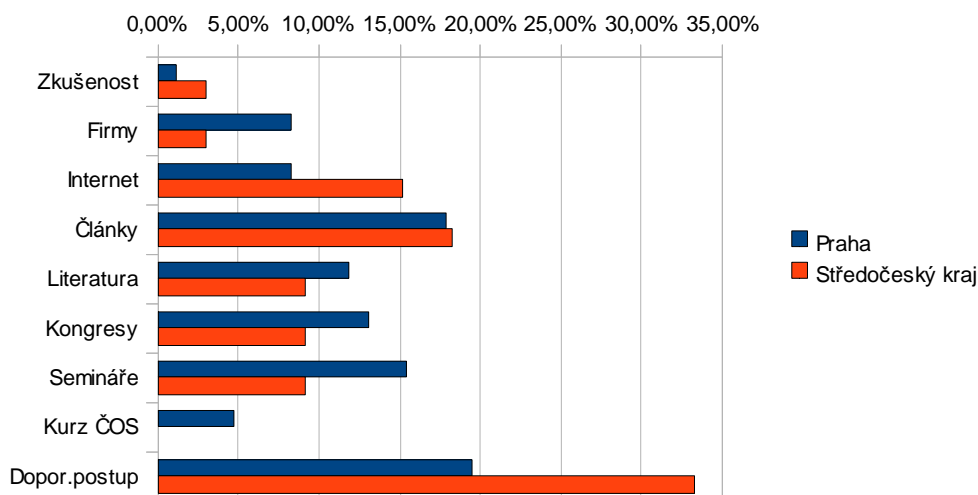
Nezanedbatelný fakt však představuje zjištění, že větší podíl středočeských praktických lékařů (27,27%), než lékařů z Prahy (21,74%), hodnotí obezitu jako málo závažnou komorbiditu, na stupni číslo 2.

2. Praktičtí lékaři pro dospělé z Prahy čerpají častěji informace o problematice obezity z odborných vzdělávacích akcí, než praktičtí lékaři pro dospělé ze Středočeského kraje.

Tabulka č.7 - Zdroje informací o problematice obezity, které využívají praktičtí lékaři pro dospělé v Praze a ve Středočeském kraji

	Praha		Středočeský kraj	
	počet	podíl (%)	počet	podíl (%)
Dopor. postup	16	19,05%	22	33,3%
Kurz ČOS	4	4,76%	0	0%
Semináře	13	15,48%	6	9,1%
Kongresy	11	13,10%	6	9,1%
Literatura	10	11,90%	6	9,1%
Články	15	17,86%	12	18,2%
Internet	7	8,33%	10	15,15%
Firmy	7	8,33%	2	3,03%
Zkušenosti	1	1,19%	2	3,03%
Celkem	84	100%	66	100%

Graf č.5 - Zdroje informací o problematice obezity, které využívají praktičtí lékaři pro dospělé v Praze a ve Středočeském kraji



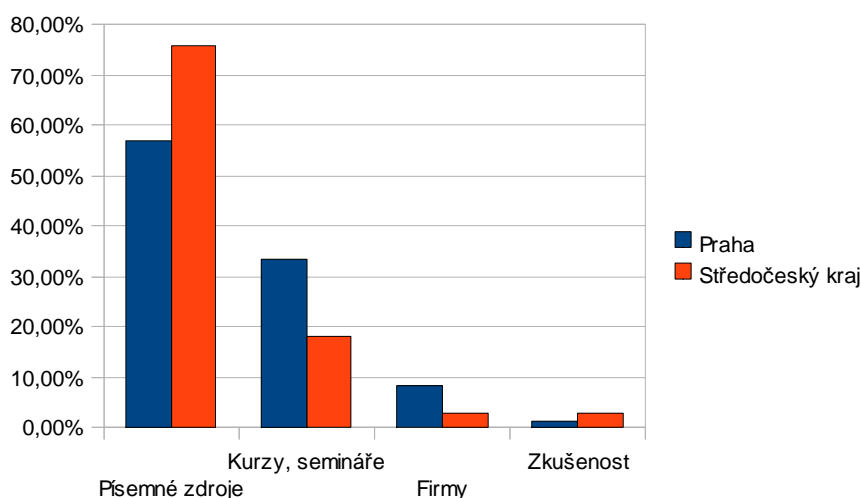
Praktičtí lékaři ze Středočeského kraje uvádějí jako nejčastější zdroj informací o problematice obezity Doporučený postup pro praktické lékaře (33,3%). Dále často čerpají z odborných článků (18,2%) a z internetu (15,15%).

Praktičtí lékaři z Prahy také využívají nejvíce jako zdroj informací Doporučený postup pro praktické lékaře (19,05%), dále odborné články (17,86%), více se však zúčastňují odborných seminářů (15,48%), kongresů (13,10%), čtou odbornou literaturu (11,90%) a akcí pořádaných farmaceutickými firmami (8,33%)

Tabulka č.8 - Agregovaná data o zdrojích vzdělávání praktických lékařů v problematice obezity

	Praha		Středočeský kraj	
	absolutní počet	procento	absolutní počet	procento
Písemné zdroje	48	57,14%	50	75,76%
Kurzy,semináře, kongresy	28	33,33%	12	18,18%
Firmy	7	8,33%	2	3,03%
Zkušenosti	1	1,20%	2	3,03%
Celkem	84	100%	66	100%

Graf č.6 – Agregovaná data o zdrojích informací o problematice obezity



Praktičtí lékaři z Prahy (57,14%) i ze Středočeského kraje (75,76%) čerpají nejčastěji informace z písemných materiálů - Doporučený postup, odborné články a internet.

Pražští praktičtí lékaři (33,33%) častěji než jejich kolegové ze Středočeského kraje (18,18%), navštěvují odborné semináře, kurzy a kongresy. Pražští praktičtí lékaři také více využívají vzdělávací akce a materiály připravené farmaceutickými firmami (8,33%).

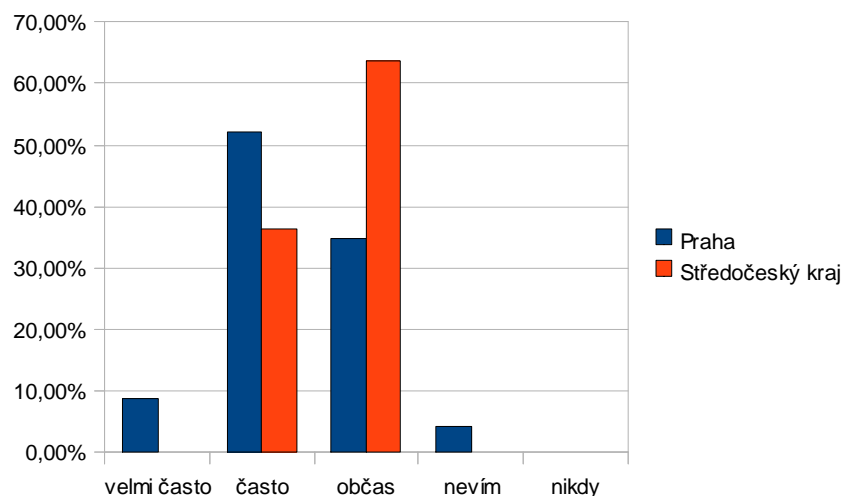
Výsledky analýzy potvrzují hypotézu, že pražští praktičtí lékaři pro dospělé více využívají odborných vzdělávacích akcí (seminářů, kongresů a kurzů), než jejich středočeští kolegové.

3. Všichni praktičtí lékaři pro dospělé, kteří mají ve své praxi pacientky s gynoidní obezitou, se setkávají se zdravotními komplikacemi tohoto typu obezity.

Tabulka č.9 - Výskyt gynoidního typu obezity v ordinacích praktických lékařů pro dospělé v Praze a ve Středočeském kraji.

	Praha		Středočeský kraj	
Velmi často	2	8,70%	0	0%
Často	12	52,17%	8	36,36%
Občas	8	34,78%	14	63,64%
Nevím	1	4,35%	0	0%
Nikdy	0	0%	0	0%
Celkem	23	100%	22	100%

Graf č.7 - Výskyt gynoidního typu obezity v ordinacích praktických lékařů pro dospělé v Praze a ve Středočeském kraji.



Lékaři z Prahy uvádějí, že se setkávají s gynoidním typem obezity častěji, než lékaři ze Středočeského kraje. Dva lékaři z Prahy (8,70%) se setkávají s tímto typem obezity velmi často, 12 lékařů (52,17%) často, 8 lékařů (34,78%) alespoň občas. Pouze 1 lékař z Prahy (4,35%) neumí množství pacientů s gynoidní obezitou zhodnotit.

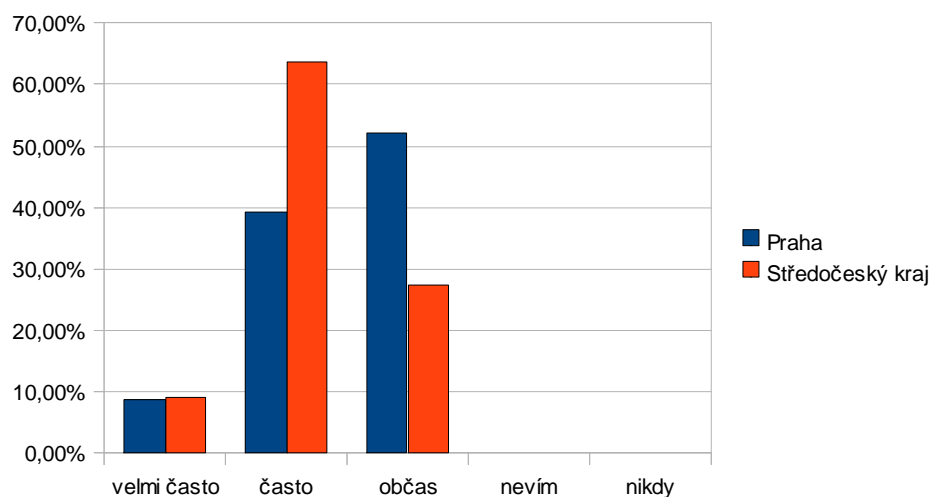
8 praktických lékařů ze Středočeského kraje (36,36%) se setkává s pacientkami s gynoidním typem obezity často a 14 lékařů (63,64%) uvádí výskyt této obezity jako občasný.

Žádný z respondentů neuvádí, že by s obezitou gynoidního typu nesešel. Odpovědi potvrzují, že všech 45 (100%) respondentů má mezi svými pacienty ženy s gynoidním typem obezity.

Tabulka č.10 - Výskyt zdravotních komplikací (hyperosmolárních otoků a bolestí dolních končetin) u pacientek s gynoidním typem obezity.

	Praha		Středočeský kraj	
Velmi často	2	8,70%	2	9,09%
Často	9	39,13%	14	63,64%
Občas	12	52,17%	6	27,27%
Nevím	0	0%	0	0%
Nikdy	0	0%	0	0%
Celkem	23	100%	22	100%

Graf č.8 - Výskyt zdravotních komplikací (hyperosmolárních otoků a bolestí dolních končetin) u pacientek s gynoidním typem obezity.



Praktičtí lékaři pro dospělé z Prahy i ze Středočeského kraje se s komplikacemi gynoidního typu obezity setkávají. Všichni respondenti výskyt zdravotních komplikací uměli zhodnotit na předložené škále.

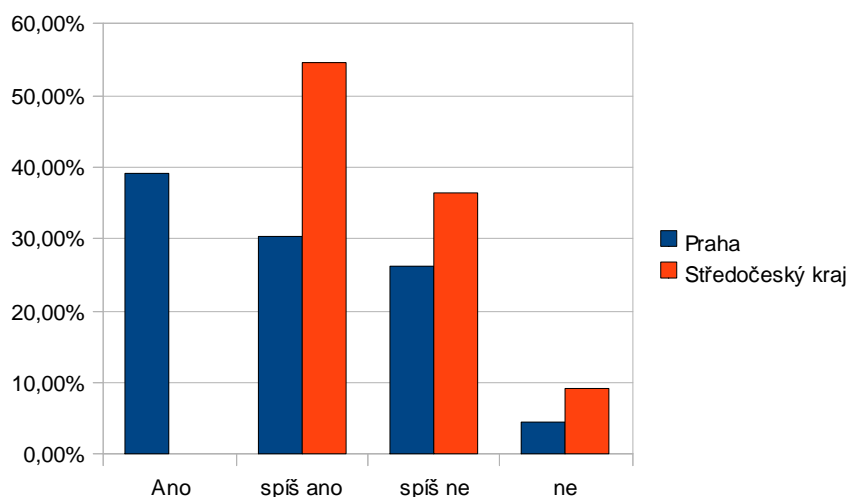
Analýza potvrzuje hypotézu, že praktičtí lékaři pro dospělé, kteří mají ve své praxi pacientky s gynoidní obezitou, se setkávají s jejími zdravotními komplikacemi.

4. Praktičtí lékaři pro dospělé z Prahy, hodnotí svoji informovanost o problematice obezity jako dostatečnou častěji, než praktičtí lékaři pro dospělé ze Středočeského kraje.

Tabulka č.11 – Sebehodnocení informovanosti praktických lékařů pro dospělé z

	Praha		Středočeský kraj	
Ano	9	39,13%	0	0%
Spíš ano	7	30,43%	12	54,55%
Spíš ne	6	26,09%	8	36,36%
Ne	1	4,35%	2	9,09%
Celkem	23	100%	22	100%

Graf č. 9 – Sebehodnocení informovanosti praktických lékařů pro dospělé z Prahy a ze Středočeského kraje o problematice obezity



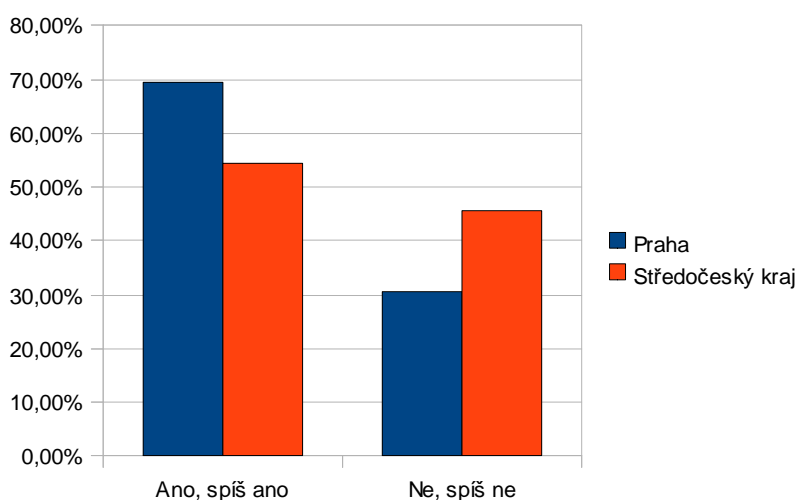
9 praktických lékařů pro dospělé z Prahy (39,13%) hodnotí svoji informovanost o problematice obezity jako zcela dostatečnou.

Jako zcela dostatečnou, ale nehodnotil svoji informovanost žádný ze středočeských praktických lékařů. Ti hodnotili svoji informovanost častěji jako nedostatečnou – 2 lékaři (9,09%).

Tabulka č.12 - Agregovaná data o sebehodnocení praktických lékařů pro dospělé z Prahy a ze Středočeského kraje v informovanosti o problematice obezity

	Praha		Středočeský kraj	
Ano, spíš ano	16	69,56%	12	54,55%
Ne, spíš ne	7	30,44%	10	45,45%
Celkem	23	100%	22	100%

Graf č. 10 – Agregovaná data o sebehodnocení informovanosti praktických lékařů pro dospělé z Prahy a ze Středočeského kraje o problematice obezity



Z analýzy agregovaných dat vyplývá častější vyšší sebehodnocení informovanosti o problematice obezity u 16 praktických lékařů pro dospělé z Prahy (69,56%), než u praktických lékařů ze Středočeského kraje – 12 lékařů (54,55%).

Negativně hodnotí svoji informovanost častěji středočeští lékaři – 10 lékařů (45,45%), než lékaři z Prahy – 7 lékařů (30,44%).

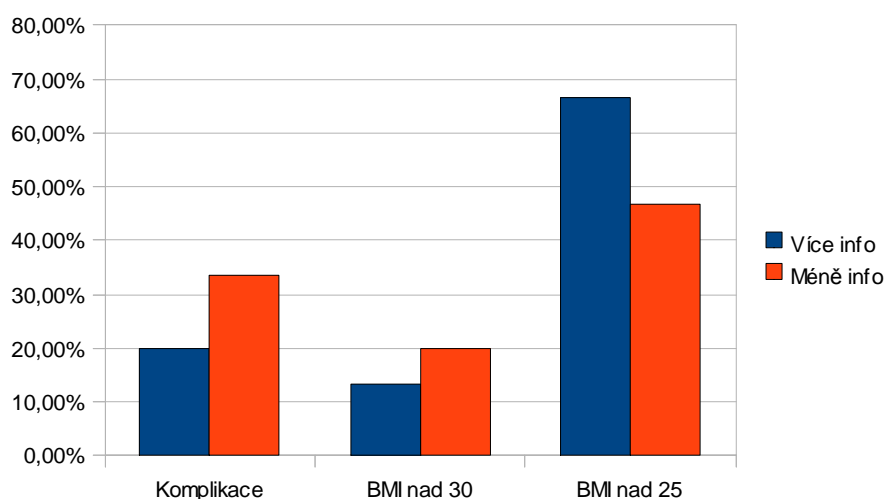
Analýza dat potvrzuje hypotézu, že praktičtí lékaři z Prahy častěji hodnotí svoji informovanost v problematice obezity jako dostatečnou, než praktičtí lékaři ze Středočeského kraje.

5. Praktičtí lékaři pro dospělé z Prahy a ze Středočeského kraje, kteří uvádějí, že mají dostatek informací o problematice obezity, častěji začínají terapii obezity při nižším BMI pacientů, než praktičtí lékaři pro dospělé, kteří uvádějí, že nemají dostatek informací o terapii obezity.

Tabulka č.13 - Zahájení terapie obezity u praktických lékařů pro dospělé.

	Lékaři s dostatkem informací		Lékaři s nedostatkem informací	
BMI od 25	20	66,67%	7	46,67%
BMI od 30	4	13,33%	3	20%
Komplikace	6	20%	5	33,33%
Celkem	30	100%	15	100%

Graf č.11 - Zahájení terapie obezity u praktických lékařů pro dospělé.



Praktičtí lékaři pro dospělé, kteří se hodnotí jako nedostatečně informovaní v problematice obezity, častěji začínají terapii u vyšších hodnot BMI (3 lékaři, 20% nedostatečně informovaných lékařů) a až při vzniku zdravotních komplikací (5 lékařů, 33,33%). V rámci prevence, tedy při BMI nad 25 se věnuje terapii obezity nejčetnější skupina – 7 lékařů (46,67%).

Praktičtí lékaři pro dospělé, kteří se hodnotí jako dostatečně informovaní, se v porovnání s druhou skupinou lékařů častěji věnují terapii obezity ještě ve fázi prevence, při BMI nad 25. Jde o 20 lékařů (66,67%). Ostatní začínají s terapií později, ale ne tak často, jako jejich méně informovaní kolegové.

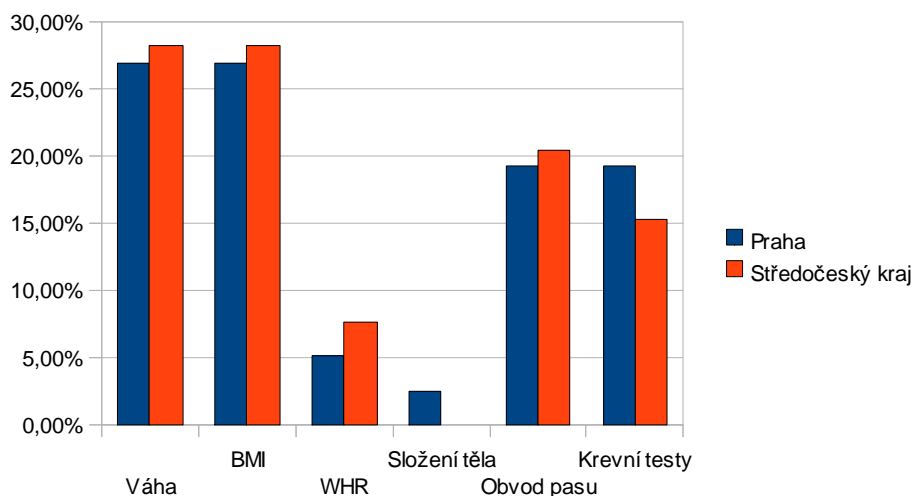
Analýza potvrzuje hypotézu, že praktičtí lékaři pro dospělé z Prahy a ze Středočeského kraje, kteří uvádějí, že mají dostatek informací o problematice obezity, častěji začínají terapii obezity při nižším BMI pacientů, než praktičtí lékaři pro dospělé, kteří uvádějí, že nemají dostatek informací o terapii obezity.

6. Praktičtí lékaři pro dospělé z Prahy a ze Středočeského kraje častěji poskytují v rámci péče o obézní základní obezitologické služby, než časově náročnější obezitologické služby (WHR index, analýzu těla, analýzu jídelníčku).

Tabulka č.14 - Vyšetřovací metody používané v ordinacích praktických lékařů pro dospělé

	Praha		Středočeský kraj	
Váha	21	26,92%	22	28,21%
BMI	21	26,92%	22	28,21%
WHR	4	5,13%	6	7,69%
Složení těla	2	2,56%	0	0%
Obvod pasu	15	19,23%	16	20,51%
Krev	15	19,23%	12	15,38%
Celkem	78	100%	78	100%

Graf č.12 - Vyšetřovací metody používané v ordinacích praktických lékařů pro dospělé



Nejčtenější vyšetřovací metody v ordinacích praktických lékařů v Praze jsou sledování vývoje hmotnosti a sledování BMI . Provádí je 21 (91,30%) praktických lékařů. Každá z těchto metod představuje 26,92% všech poskytovaných služeb. Druhými nejčastěji používanými metodami jsou měření obvodu pasu a vyšetření krve – 15 lékařů (65,22%). Tyto metody představují 19,23% poskytovaných služeb.

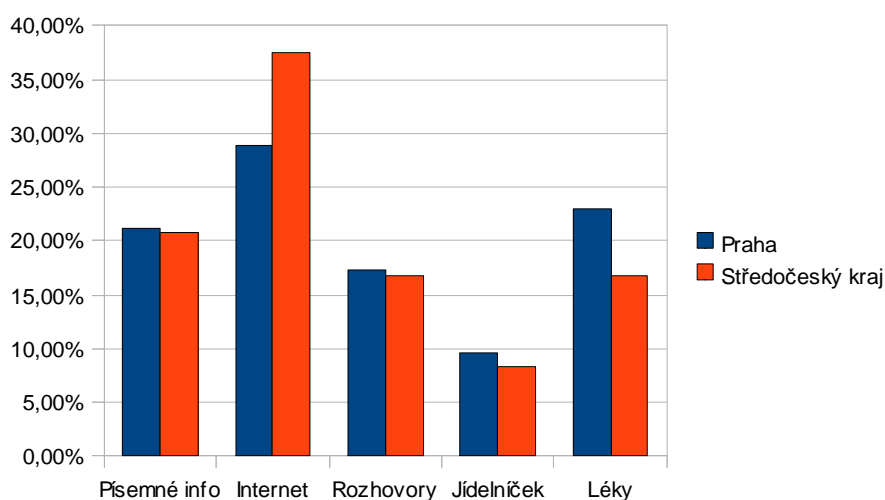
Nejčastější vyšetřovací metodou u praktických lékařů pro dospělé ze Středočeského kraje shodně představují sledování vývoje hmotnosti a BMI – provádí je 22, tedy 100% středočeských lékařů. Obvod pasu sleduje 16 lékařů (72,72%). Tato metoda představuje 20,51% všech poskytovaných služeb. Vyšetření krve poskytuje 12 lékařů (54,55%). Jde o 15,38% poskytovaných služeb.

Speciální diagnostické metody - WHR index a analýza složení těla jsou nejméně využívané obezitologické služby u obou skupin lékařů.

Tabulka č.15 - Léčebné intervence používané v ordinacích praktických lékařů pro dospělé

	Praha		Středočeský kraj	
Písemná info	11	21,15%	10	20,83%
Internet	15	28,85%	18	37,5%
Rozhovory	9	17,31%	8	16,67%
Jídelníčky	5	9,62%	4	8,33%
Léky	12	23,08%	8	16,67%
Celkem	52	100%	48	100%

Graf č. 13 - Léčebné intervence používané v ordinacích praktických lékařů pro dospělé



Praktičtí lékaři pro dospělé z Prahy používají jako nejčastější léčebnou intervenci odkaz na internetové informace (15 lékařů, 28,85%). Služba představuje 28,85% všech poskytovaných služeb u praktických lékařů z Prahy. Dále nejčastěji předávají lékaři z Prahy písemné informace o postupu při redukci (11 lékařů, 21,15% služeb). Na třetím místě nejčastěji používají farmakoterapii (12 lékařů, 23,08% služeb).

Praktičtí lékaři ze Středočeského kraje také nejčastěji radí pacientům, aby dohledali informace o redukci na internetu (18, 37,5% lékařů, 37,5% služeb), předávají

písemné informace (10, 45,45% lékařů, 20,83% služeb) a 8 lékařů (36,36%, tj. 16,67% služeb) předepisuje pacientům farmaka.

Speciální intervence – edukační rozhovory a analýza jídelníčku, jsou nejméně využívanými terapeutickými metodami u obou skupin lékařů..

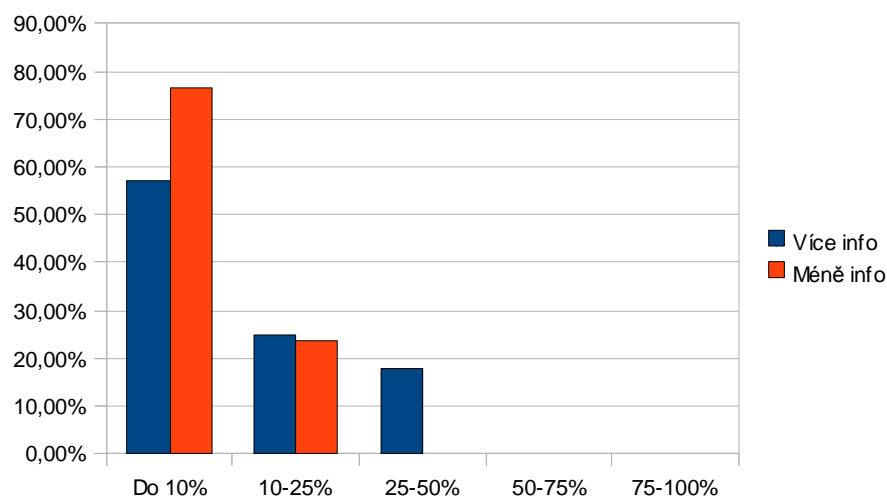
Analýza potvrzuje hypotézu, že praktičtí lékaři pro dospělé z Prahy a ze Středočeského kraje poskytují v rámci péče o obézní častěji základní obezitologické služby, než časově náročnější obezitologické služby (WHR index, analýzu těla, analýzu jídelníčku).

7. Praktičtí lékaři pro dospělé z Prahy a ze Středočeského kraje, kteří uvádějí, že mají dostatek informací o problematice obezity, mají častěji lepší léčebné výsledky, než praktičtí lékaři pro dospělé, kteří uvádějí, že nemají dostatek informací o terapii obezity.

Tabulka č.16 - Úspěšnost terapie obezity v porovnání s informovaností praktických lékařů

	Lékaři s dostatkem informací		Lékaři s nedostatkem informací	
Do 10%	16	57,14%	13	76,47%
10-25%	7	25%	4	23,53%
25-50%	5	17,86%	0	0,00%
Celkem	28	100,00%	17	100,00%

Graf č. 14 - Úspěšnost terapie obezity v porovnání s informovaností praktických lékařů



7 praktických lékařů pro dospělé (25%), kteří mají více informací o obezitologii, uvádějí, že mají úspěšnost terapie obezity do 25% a 5 (17,86%) lékařů dokonce úspěšnost do 50%.

Lékaři, kteří se necítí dostatečně informováni o obezitologii, mají méně úspěšnou terapii. Pouze 4 (23,53%) uvádí, že úspěšně léčí do 25% obézních pacientů. Nejvíce lékařů z obou skupin však uvádí úspěšnost terapie obezity do 10% .

Analýza potvrzuje, že praktičtí lékaři pro dospělé z Prahy a ze Středočeského kraje, kteří uvádějí, že mají dostatek informací o problematice obezity, mají častěji lepší léčebné výsledky, než praktičtí lékaři pro dospělé, kteří uvádějí, že nemají dostatek informací o terapii obezity.

8. Praktičtí lékaři pro dospělé z Prahy a ze Středočeského kraje, kteří mají kratší dobu praxe, jsou úspěšnější v terapii, než praktičtí lékaři pro dospělé, kteří mají delší dobu praxe.

Tabulka č.17 – Úspěšnost terapie obezity podle délky praxe praktických lékařů

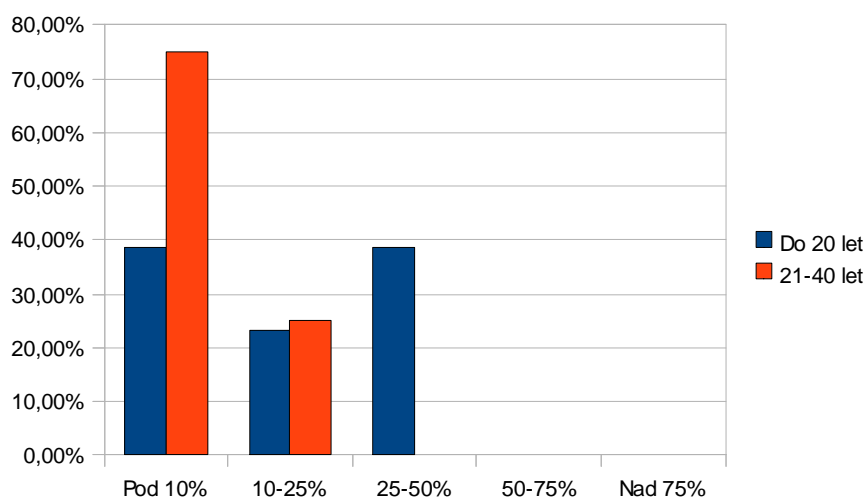
Úspěch	Praxe							
	Do 10 let		11-20 let		21-30 let		31-40 let	
do 10%	2	28,57%	3	50%	10	90,91%	14	66,67%
10-25%	1	14,29%	2	33,33%	1	9,09%	7	33,33%
25-50%	4	57,14%	1	16,67%	0	0%	0	0%
Celkem	7	100%	6	100%	11	100%	21	100%

Nejčetnější skupinu mezi respondenty tvoří praktičtí lékaři pro dospělé s praxí 31-40 let (46,47%), dále s praxí 21-30 let (24,44%), s praxí do 10 let (15,56%) a nejméně zastoupeni jsou lékaři s praxí 11-20 let (13,33%).

Tabulka č.18 - Úspěšnost terapie obezity podle délky praxe praktických lékařů - agregovaná data

	Lékaři s praxí do 20 let		Lékaři s praxí nad 21 let	
Do 10%	5	38,46%	24	75%
10-25%	3	23,08%	8	25%
25-50%	5	38,46%	0	0,00%
Celkem	13	100,00%	32	100,00%

Graf č.15 - Úspěšnost terapie obezity podle délky praxe praktických lékařů - agregovaná data



5 praktických lékařů (38,46%) s praxí do 20 let, uvádí vysokou úspěšnost terapie 25-50%. 3 lékaři (23,08%) uvádějí úspěšnost 10-25%.

Ze skupiny lékařů s delší praxí než 20 let, uvádí vyšší úspěšnost terapie 10-25%, 8 lékařů (25%). Úspěšnost nad 25% neuvádí žádný ze služebně starších lékařů.

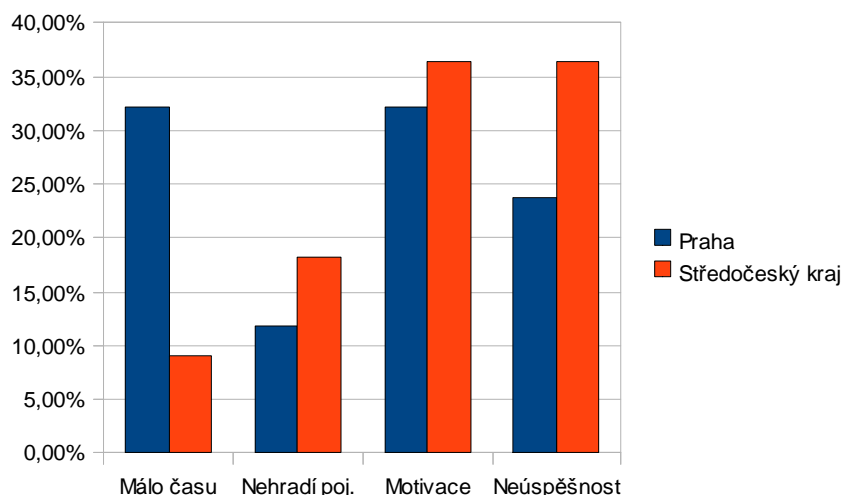
Analýza dat potvrzuje hypotézu, že praktičtí lékaři pro dospělé z Prahy a ze Středočeského kraje, kteří mají kratší dobu praxe, jsou úspěšnější v terapii, než praktičtí lékaři pro dospělé, kteří mají delší dobu praxe.

9. Nedostatek času lékaře představuje častější překážku v terapii obezity pro praktické lékaře pro dospělé z Prahy, než pro praktické lékaře pro dospělé ze Středočeského kraje.

Tabulka č.19 - Překážky v terapii obezity

	Praha		Středočeský kraj	
Málo času	19	32,20%	4	9,09%
Nehradí poj.	7	11,86%	8	18,18%
Motivace	19	32,20%	16	36,36%
Neúspěšnost	14	23,73%	16	36,36%
Celkem	59	100%	44	100%

Graf č.16 - Překážky v terapii obezity



Respondenti se v terapii obezity často setkávají se všemi typy definovaných problémů. Lékaři z Prahy uvádějí jako hlavní problémy nedostatek motivace pacientů k redukci (32,20% překážek) a nedostatek času lékaře (32,20% překážek) Lékaři ze Středočeského kraje jako hlavní překážku uvádějí nízkou motivaci pacientů (36,36%) a problém, že terapie jejich pacientů končí neúspěchem (36,36%).

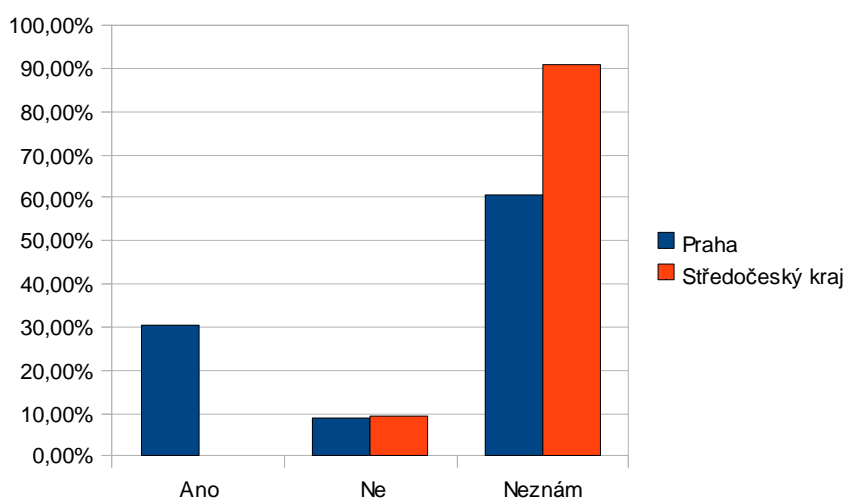
Analýza dat potvrzuje hypotézu, že nedostatek času lékaře představuje častější překážku v terapii obezity pro praktické lékaře pro dospělé z Prahy, než pro praktické lékaře pro dospělé ze Středočeského kraje.

10. Se specialisty na léčbu gynoidní obezity spolupracují častěji praktičtí lékaři pro dospělé z Prahy, než praktičtí lékaři pro dospělé ze Středočeského kraje.

Tabulka č.20 - Spolupráce se specialisty na terapii gynoidní obezity

	Praha		Středočeský kraj	
Ano	7	30,43%	0	0%
Ne	2	8,70%	2	9,09%
Neznám	14	60,87%	20	90,91%
Celkem	23	100%	22	100%

Graf č. 17 - Spolupráce se specialisty na terapii gynoidní obezity



Se specializovaným pracovištěm na terapii gynoidního typu obezity spolupracují pouze praktičtí lékaři z Prahy – 7 lékařů (30,43%). Většina respondentů však své pacienty s gynoidní obezitou do specializovaného zařízení neposílá. O jeho existenci ani neví 14 praktických lékařů z Prahy (60,87%) a ze 20 Středočeského kraje (90,91%).

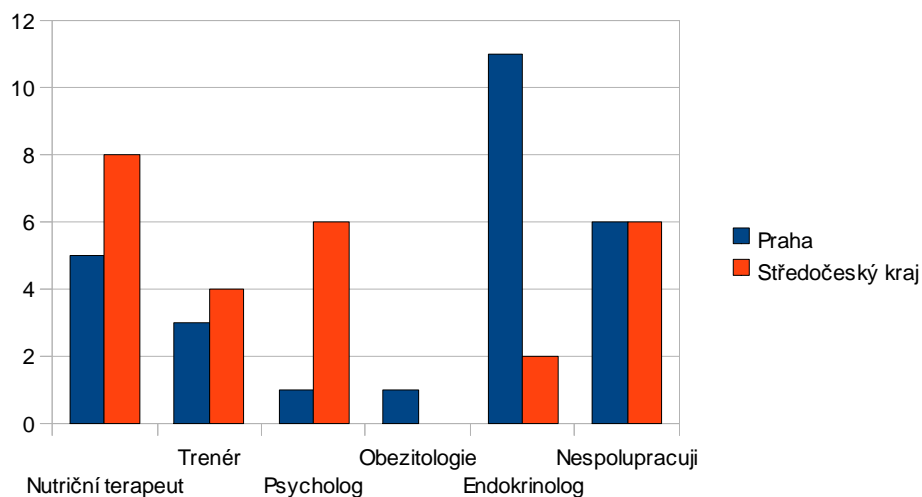
Výsledky analýzy potvrzují hypotézu, že se specialisty na léčbu gynoidní obezity spolupracují častěji praktičtí lékaři pro dospělé z Prahy, než praktičtí lékaři pro dospělé ze Středočeského kraje.

11. Praktičtí lékaři pro dospělé z Prahy a ze Středočeského kraje, častěji spolupracují se specialisty na terapii obezity u pacientů s BMI vyšším než 35, než u pacientů s nižším BMI.

Tabulka č.21 - Spolupráce praktických lékařů se specialisty na terapii obezity – u BMI do 35

	Praha		Středočeský kraj	
Nutriční terapeut	5	18,52%	8	30,77%
Lektor-pohyb	3	11,11%	4	15,38%
Psycholog	1	3,70%	6	23,08%
Obezitologie	1	3,70%	0	0%
Endokrinolog	11	40,74%	2	7,69%
Nespolupracují	6	22,22%	6	23,08%
Celkem	27	100%	26	100%

Graf č. 18 - - Spolupráce praktických lékařů se specialisty na terapii obezity – u BMI do 35



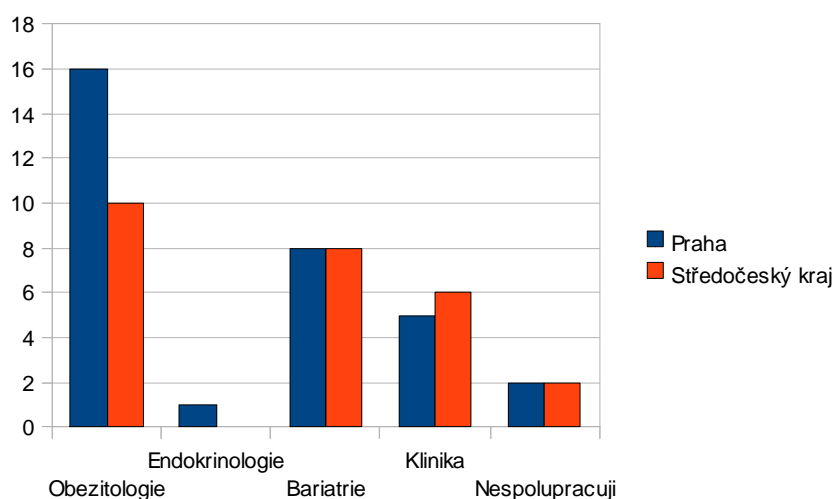
Praktičtí lékaři z Prahy nejčastěji z uvedených služeb využívají spolupráci s endokrinology (11 lékařů z 23, to odpovídá 40,74 % odpovědí). Druhá nejčetnější skupina – 6 lékařů, nespolupracuje s žádným specialistou na terapii obezity (22,22% odpovědí).

Praktičtí lékaři ze Středočeského kraje u nižších BMI nejčastěji využívají služeb nutričních terapeutů (8 lékařů z 22, tj.30,77% odpovědí) a psychologů (6 lékařů, 23,08% odpovědí). S žádným specialistou nespolupracuje 6 lékařů (23,08% odpovědí), tedy stejný počet, jako u jejich pražských kolegů.

Tabulka č.22 - Spolupráce praktických lékařů se specialisty na terapii obezity – BMI nad 35

	Praha		Středočeský kraj	
Obezitologie	16	50%	10	38,46%
Endokrinologie	1	3,12%	0	0%
Bariatrie	8	25%	8	30,77%
Klinika	5	15,63%	6	23,08%
Nespolupracuji	2	6,25%	2	7,69%
Celkem	32	100%	26	100%

Graf č.19 - Spolupráce praktických lékařů se specialisty na terapii obezity – BMI nad 35

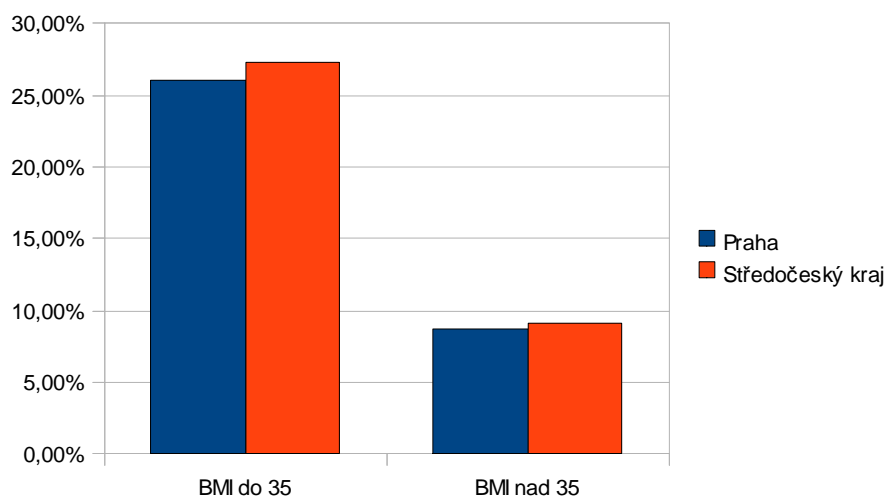


U pacientů s těžší obezitou využívají spolupráci s obezitologickými ambulancemi častěji praktičtí lékaři z Prahy (16 lékařů z 32, to odpovídá 50% využívané spolupráce). Dalších 50% spolupracovníků tvoří bariatriká pracoviště, využívá je 8 pražských lékařů, 5 lékařů využívá spolupráci s obezitologií na klinickém pracovišti. 2 lékaři z Prahy nespolupracují s žádným odborným pracovištěm.

10 z 26 středočeských praktických lékařů spolupracuje s obezitologií (38,46% využívané spolupráce), 8 lékařů posílá pacienty na bariatriké pracoviště, 6 lékařů na

klinické pracoviště. S žádným specialistou nespolupracují 2 lékaři ze Středočeského kraje.

Graf č.20 - Porovnání nespolupráce se specialisty u různých stupňů BMI



26,09% pražských lékařů (6 lékařů) a 27,27% středočeských lékařů (6 lékařů) nespolupracuje s žádnými odborníky na terapii obezity pokud mají pacienti nižší BMI než 35.

8,70% - 2 lékaři z Prahy a 9,09% - 2 lékaři ze Středních Čech nespolupracují s odborníky u BMI vyššího než 35.

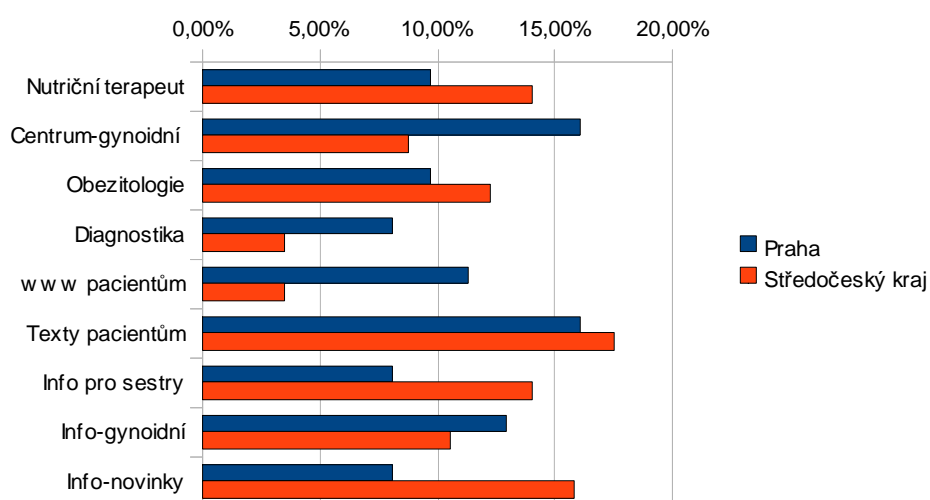
Analýza potvrzuje hypotézu, že praktičtí lékaři pro dospělé z Prahy a ze Středočeského kraje, častěji spolupracují se specialisty na terapii obezity u pacientů s BMI vyšším než 35, než u pacientů s nižším BMI.

12. Praktičtí lékaři pro dospělé ze Středočeského kraje, mají častěji zájem o obezitologické služby v oblasti teoretické, než praktičtí lékaři pro dospělé z Prahy

Tabulka č.23 - Zájem praktických lékařů pro dospělé o obezitologické služby

	Praha		Středočeský kraj	
Info novinky	10	8,06%	18	15,79%
Info gynoidní	16	12,9%	12	10,53%
Info pro sestry	10	8,06%	16	14,04%
Texty	20	16,12%	20	17,54%
www	14	11,29%	4	3,51%
Diagnostika	10	8,06%	4	3,51%
Obezitologie	12	9,68%	14	12,28%
Centrum gynoidní	20	16,12%	10	8,77%
Nutriční terapeut	12	9,68%	16	14,04%
Celkem	124	100%	114	100%

Graf č.21 - Zájem praktických lékařů pro dospělé o obezitologické služby



Získaná data ukazují, že praktičtí lékaři pro dospělé mají zájem o nabízené obezitologické služby.

Praktičtí lékaři pro dospělé z Prahy mají nejčastěji zájem o písemné informační materiály pro pacienty (20 lékařů, 16,12% z požadovaných služeb) a ve stejné míře mají zájem o spolupráci se zařízením, specializovaným na léčbu gynoidní obezity. 16 lékařů má zájem o informace o problematice gynoidní obezity.(12,9% požadovaných služeb). Další četnou skupinu zájmu představuje dostupnost internetových edukačních materiálů pro pacienty na internetu (14 lékařů, 11,29% požadovaných služeb).

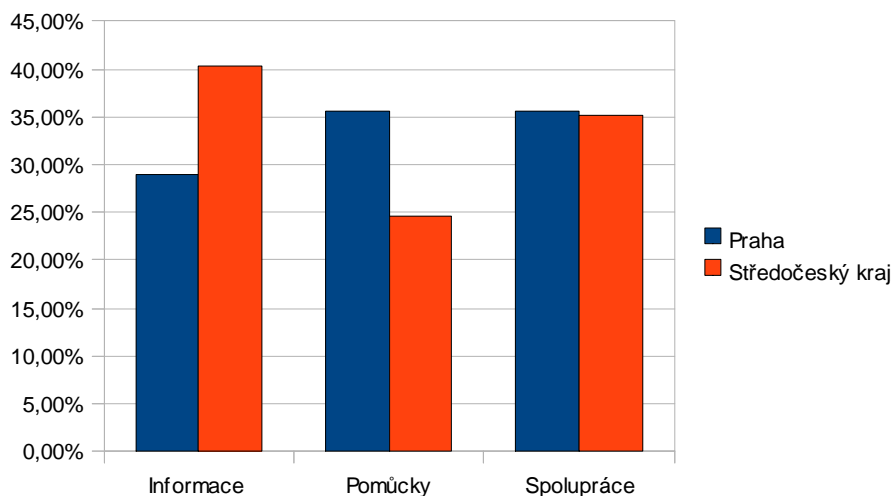
Praktičtí lékaři ze Středočeského kraje mají také nejčastěji zájem o písemné informační materiály pro pacienty (20 lékařů, 17,54% požadovaných služeb), dále o informace o novinkách v obezitologii (18 lékařů, 15,79% požadovaných služeb), o informace pro sestry, aby mohly lépe edukovat pacienty (16 lékařů, 14,04% požadovaných služeb) a ve stejné míře mají zájem o spolupráci s nutričním terapeutem, a to i pro případy prevence civilizačních chorob (16 lékařů, 14,04% požadovaných služeb).

Nejvíce se požadavky na služby pražských a středočeských lékařů liší v zájmu o novinky v obezitologii, v informacích pro sestry, v zájmu o spolupráci s obezitologickou ambulancí a s nutričním terapeutem a v zájmu o internetové služby.

Tabulka č.24 - Agregovaná data o zájmu praktických lékařů pro dospělé o obezitologické služby

	Praha		Středočeský kraj	
Informace	36	29,00%	46	40,36%
Pomůcky	44	35,50%	28	24,56%
Spolupráce	44	35,50%	40	35,09%
Celkem	124	100%	114	100%

Graf č.22 - Agregovaná data o zájmu praktických lékařů pro dospělé o obezitologické služby



Praktičtí lékaři pro dospělé z Prahy mají nejčastěji zájem o spolupráci se specialisty na obezitologii (35,50% z požadovaných služeb) a o pomůcky pro terapii obezity (35,50% z požadovaných služeb). O doplňování informací o obezitologii mají zájem z 29%.

Středočeští praktičtí lékaři pro dospělé mají největší zájem o obezitologické služby v oblasti doplňování informací (40,36% z požadovaných služeb), dále mají zájem o spolupráci se specialisty na terapii obezity (35,09% požadovaných služeb) a o nabízené pomůcky (24,56% požadovaných služeb).

Výsledky analýzy potvrzují hypotézu, že praktičtí lékaři ze Středočeského kraje, mají častěji zájem o doplňování informací, tedy o obezitologické služby v oblasti teoretické, než praktičtí lékaři pro dospělé z Prahy

6. VÝZKUM MEZI KLIENTY OBEZITOLOGICKÉHO PROGRAMU CENTRA PREVENTIVNÍ MEDICÍNY

Přehled hlavních zjištění

Ve zkoumané populaci převažují obyvatelé Prahy (68,52%) a respondenti s gynoidním ukládáním tuku (54,63%). Ženy s gynoidním typem postavy přicházejí k terapii v nižším věku (20-29 let) než ženy s androidním typem postavy (30-39 let). Léčení muži jsou nejčastěji ve věku 60-69 let.

Ženy gynoidního typu postavy vyhledávají pomoc odborníků dříve, již v období nadváhy, zatímco klienti s androidním typem postavy až při obezitě I.stupně. K léčbě do CPM se nejčastěji klienti dostávají na základě referencí od svých známých, a to platí jak pro Pražany – 23 respondentů (31,10%), tak pro Středočechy - 22 respondentů (29,73%). 23 (38,98%) respondentů s gynoidní postavou, se však o možnosti terapie dozvědělo až od lékařů v CPM.

Nejvíce respondentů má problémy s udržením tělesné hmotnosti více než 5 let. Hlavním motivem pro rozhodnutí k terapii byla kombinace zdravotních důvodů a nespokojenost se svým vzhledem (kosmetické důvody). Tyto motivy převažují u gynoidních respondentek (37 respondentek, 62,71%). Čistě zdravotní důvody jako motivaci k redukci udávají spíše klienti s androidním typem postavy – 18 klientů (36,73%), kosmetické důvody převažují u žen s gynoidním typem – 7 klientů (11,86%). Z analýzy odpovědí vyplývá, že praktičtí lékaři začali řešit hmotnost více než čtvrtiny respondentů až při vzniku zdravotních komplikací. S většinou, s 20 (27,23%) pražskými respondenty a 9 (26,47%) středočeskými respondenty, lékaři obezity neřešili vůbec. Podle respondentů praktičtí lékaři nejčastěji sledují vývoj hmotnosti, častěji u Středočechů. Nejčastěji však respondenti odpovídají (50 pražských a 39 gynoidních respondentů), že jejich praktický lékař nesleduje žádný obezitologický parametr.

Nejpoužívanější obezitologickou intervencí představuje rada: "Méně jezte a více se hýbejte". Častěji ji podávají lékaři ze Středočeského kraje a častěji se také dostává androidním obézním. Nejčtenější skupinu respondentů tvoří ti, kterým praktický lékař neposkytl žádnou léčebnou intervenci. Tento výsledek se ukazuje při analýzách z pohledu místa i typu obezity. V případě typu postavy jde o zkušenost 30 klientů, zcela bez poskytnutých intervencí zůstává více než polovina gynoidních respondentů.

Na dotaz, zda respondentům doporučili terapii obezity jiní lékaři, odpověděli klienti s androidní obezitou, že především internista, flebolog a kardiolog. Klienti s gynoidní obezitou o redukci hovořili hlavně s flebologem a gynekologem. Odbornosti lékařů, kteří redukci doporučili, odpovídají výskytu zdravotních komplikací u jednotlivých typů obezity. Nejčtenější skupinu však představují respondenti, kterým nedoporučil redukci žádný lékař. Zde převažují opět respondenti gynoidního typu (22, tj. 28,21% respondentů). Narozdíl od praktických lékařů, doporučili ostatní lékaři častěji specialistu na léčbu obezity. U androidních klientů šlo o 29,27% ze všech doporučení, kterých se respondentům dostalo.

Respondenti ve většině hodnotí informace, které dostaly od svých praktických lékařů, jako nedostačující. Především 19 respondentů (32,2%) s gynoidní postavou.

Respondenti by nejčastěji uvítali, aby jim lékaři poskytli informace o tom jak redukovat a především, aby jim doporučili specializované pracoviště (více než 60% požadovaných služeb u pražských i středočeských lékařů).

Ačkoliv nelze porovnávat výsledky obou výzkumů, stojí za pozornost rozdíl mezi spektrem poskytovaných služeb, které uvádějí praktičtí lékaři a mezi službami, které poskytli praktičtí lékaři klientům CPM.

Výzkum mezi klienty CPM také potvrzuje potřebu časného řešení gynoidního typu obezity. Výsledky analýzy dále ukazují na potenciál pro spolupráci s lékaři jiných odborností.

Analýza výzkumu mezi klienty Centra preventivní medicíny – viz příloha č.8

7. ODPOVĚDI NA VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Hlavní výzkumná otázka

Jaké potřeby mají praktičtí lékaři pro dospělé v rámci poskytování obezitologické péče?

Další výzkumné otázky

Jaké potřeby mají praktičtí lékaři pro dospělé v oblasti teoretické?

Jaké potřeby mají praktičtí lékaři pro dospělé v oblasti praktické?

Z výsledků výzkumu, jsem identifikovala deset potřeb praktických lékařů, v rámci obezitologické péče, v oblastech teoretické a praktické.

Každou z potřeb jsem dále hodnotila ze dvou hledisek:

1. zda se jedná o potřebu známou či novou (neznámou)
2. zda se jedná o potřebu saturovanou (uspokojenou), nedostatečně saturovanou či nesaturovanou

7.1. Potřeby praktických lékařů pro dospělé v oblasti teoretické:

Potřeba základního vzdělávání zdravotníků v obezitologii

Jedná se o potřebu známou, výzkum však ukazuje, že nedostatečně saturovanou. Hlavním ukazatelem nedostatečné saturace je nízké sebehodnocení informovanosti lékařů. Málo informací o obezitologii má 30,44% pražských a 45,45% středočeských respondentů. Lékaři se vzdělávají především z písemných zdrojů, pouze 33,33% pražských a 18,18% středočeských lékařů se zúčastňuje odborných vzdělávacích akcí. Potřebu kvalitnějšího vzdělávání také ukazuje pozdější začátek obezitologických intervencí a horší léčebné výsledky u praktických lékařů, kteří se hodnotí jako méně informovaní. Ne zcela uspokojenou potřebu vzdělávání mají podle lékařů i sestry. 8,06% lékařů z Prahy a 14,04% středočeských lékařů by pro své sestry přivítalo možnost doplnění informací, za účelem zlepšení úrovně edukace pacientů.

Potřeba následného vzdělávání

Jedná se o potřebu známou, ale podle respondentů nedostatečně saturovanou. Neuspokojenost této potřeby je daná zájmem lékařů o novinky v oboru (převažuje zájem lékařů ze Středočeského kraje). Z obezitologických služeb, o které mají lékaři podle výzkumu zájem, tvoří doplňování aktuálních informací 29% (Praha) a 40,36% (Středočeský kraj).

Nízká saturace teoretických potřeb praktických lékařů nepřímo vyplývá i z výzkumu mezi klienty Centra preventivní medicíny. Ten poukazuje na pozdní začátek terapie obezity, nedostatečná léčebná doporučení klientům a nízkou úroveň poskytovaných informací (viz příloha č.8)

Potřeba informací o problematice gynoidní obezity

Problematika gynoidní obezity představuje potřebu novou a nedostatečně saturovanou.

Výzkum mezi praktickými lékaři pro dospělé potvrdil, že se všichni lékaři s touto problematikou setkávají a že si uvědomují výskyt žilně-lymfatických komplikací u žen s tímto typem postavy. Větší zájem o doplnění informací projeví lékaři z Prahy (69,57% lékařů), než lékaři ze Středočeského kraje (54,55%).

Potřebu doplňovat informace na toto téma potvrzuje i výzkum mezi klienty CPM. Ukazuje na nespokojenost klientek s gynoidní obezitou s poskytovanou péčí u praktických lékařů. Výzkum také dokazuje, že klientky s gynoidním ukládáním tuku, vyhledávají péči specialistů dříve, než klienti s androidním typem postavy (viz analýza BMI, příloha č.8) (kapitola 2,5,2)

7.2. Potřeby praktických lékařů pro dospělé v oblasti praktické:

Potřeba edukačních materiálů pro pacienty

Potřeba edukačních materiálů patří mezi potřeby známé, ale výzkum ukázal na její nedostatečnou saturaci.

Praktičtí lékaři pro dospělé, mají zájem o edukační materiály pro pacienty v obezitologické péči, to jak ve formě písemné (především lékaři ze Středočeského kraje – 90,9%), tak ve formě elektronické (především lékaři z Prahy 60,87%).

Tuto potřebu potvrzují ve výzkumu i klienti Centra preventivní medicíny, kteří většinou nedostali přesnější informace o redukci a současně uvádějí, že by je uvítali. (viz příloha č.8)

Potřeba spolupráce s obezitologickými centry

Využití služeb specializovaných center je potřeba známá, ale dle výsledků výzkumu nedostatečně saturovaná.

U pacientů s nižším stupněm obezity nespolupracuje s žádným odborným pracovištěm 26,1% lékařů z Prahy a 27,27% středočeských lékařů. U pacientů s vyššími stupni obezity nespolupracuje se specialisty 8,7% pražských a 9,1% středočeských lékařů. Zájem o rozšiřování spolupráce s obezitology projevilo 52,2% pražských a 63,64% středočeských lékařů.

Podle výzkumu mezi klienti Centra preventivní medicíny, by kontakt na specializované pracoviště, od svého praktického lékaře přivítalo 79,7% pražských a 91,2% středočeských respondentů..

Potřeba center pro prevenci a terapii gynoidní obezity

Jde o potřebu novou, nedostatečně saturovanou.

Nedostatek možností odesílat klienty ke specialistům je zřejmý především u žen s gynoidním typem ukládání tuku. O spolupráci s centrem zaměřeným na tuto problematiku mají častěji zájem praktičtí lékaři z Prahy (86,96%), než ze Středních Čech (45,45%). Dosud tuto možnost využívá pouze 30,4% lékařů z Prahy, 69,57% o specializovaném pracovišti neví nebo do něj klienty neposílá. Ze Středočeských lékařů nevyužívá spolupráci se specialisty nikdo.

Potřebu dokazuje i výzkum u klientů CPM. Ženy s gynoidní postavou tvoří 54,63% zkoumané populace. Ve výzkumu tyto ženy uvádějí, že by přivítaly, kdyby získaly od svého praktického lékaře kontakt na specializované pracoviště (viz příloha č.8)

Potřeba spolupráce s nutričními terapeuty i pro případy prevence

Jde o potřebu novou, která je nedostatečně saturovaná.

Výzkum mezi lékaři ukázal na zájem o spolupráci s nutričními terapeuty i pro případy prevence chorob. Zájem má 72,73% lékařů ze Středočeského kraje a 52,2% lékařů z Prahy. Podle zkušeností zdravotníků Centra preventivní medicíny se poptávka po této službě výrazně zvýšila. Lze předpokládat, že zájem vzrostl současně s obecnou popularizací nutričního poradenství ve společnosti. .

Potřeba motivace klientů k redukci hmotnosti

Motivace pacientů k redukci hmotnosti patří mezi potřeby známé, ale nedostatečně saturované.

Praktičtí lékaři potvrdili, že se stále setkávají s nedostatečnou motivací pacientů redukovat svoji hmotnost. Tento problém často pociťuje 82,61% lékařů Prahy a 72,73% lékařů ze Středočeského kraje. Nedostatek motivace může mít vliv i na nízkou úspěšnost terapie. Problém z velké části vychází z nízké zdravotní gramotnosti obyvatelstva, z obezitogenního prostředí ve společnosti a poukázala na něj již řada studií.(viz kapitola 2,14)

Potřeba dostatku času na obezitologickou péči

Dostatek času pro prevenci a léčbu obezity patří mezi potřeby známé, ale nedostatečně saturované.

Nedostatek času pocítují především praktičtí lékaři z Prahy (82,61%), méně lékaři středočeští (18,20%). Tento rozdíl může plynout z množství léčených obézních pacientů, rozsahu poskytovaných služeb i z úrovně vzdělání lékaře.

Potřeba finančních prostředků na obezitologickou péči

Úhrada obezitologické péče patří mezi potřeby známé, ale nedostatečně saturované.

30,43% praktických lékařů z Prahy a 36,36% středočeských lékařů považuje za častý problém, že obezitologická péče není hrazena zdravotními pojišťovnami.

Úhrada obezitologické péče je zahrnuta do kapitační platby a k prevenci a terapii obezity není lékař finančně motivován.

7.3. Shrnutí

Z deseti identifikovaných potřeb, které vznikají praktickým lékařům pro dospělé v rámci obezitologické péče, je sedm potřeb známých, ale nedostatečně uspokojovaných, tři potřeby jsou nové (neznámé) a také nedostatečně uspokojované. Potřeby v rámci obezitologické péče praktických lékařů pro dospělé z Prahy a ze Středočeského kraje, tedy nejsou dostatečně uspokojované.

Z ekonomického hlediska lze tuto situaci hodnotit jako potenciální poptávku. Z pohledu marketéra lze vidět v praktických lékařích pro dospělé tržní segment, charakteristický deseti nedostatečně uspokojenými potřebami, z nichž tři nové potřeby, skýtají největší potenciál .

Z těchto důvodů navrhuji zahrnout do marketingového plánu Centra preventivní medicíny, vytvoření produktů a forem komunikace, zaměřených na praktické lékaře pro dospělé.

Navrhuji také algoritmus péče o ženy s gynoidním typem ukládání tuku, ze kterého řada produktů vychází, a který si klade za cíl, vedle zachytu nových klientů pro CPM, obecně zlepšit dostupnost péče pro ženy s gynoidní obezitou.

Současně doporučuji soustředit obdobnou pozornost managementu CPM i na další lékaře, především gynekology, internisty, kardiology, flebology a ortopedy. (Viz příloha č.8)

8. NAVRŽENÉ PRODUKTY

8.1. Algoritmus péče o klienty s gynoidním typem obezity

Na základě výsledků výzkumu, které poukazují na nedostatky v terapii žen s gynoidní obezitou, navrhuji rozšířit algoritmus péče o obézní o diagnostiku typu ukládání tuku a o léčebná doporučení, včetně doporučení center, která se na terapii specializují.

Konkrétně navrhovaný postup pro praktické lékaře zahrnuje diagnostiku, objektivní potvrzení gynoidního ukládání tuku pomocí poměru pas a boky - tzv. WHR indexu, jako další krok navrhuji zhodnocení případných zdravotních obtíží a doporučení stravovacího, pohybového režimu a komprese, případně doporučení specializovaného pracoviště. (Viz schéma příloha č.9)

8.2. Obezitologické produkty (služby) a marketingový 4C mix

8.2.1. Customer Values

Hlavní zákaznické hodnoty představuje časová, a tedy i finanční úspora pro lékaře.

Praktický lékař může poskytovat kvalitní obezitologickou péči s minimální časovou náročností. Zlepšením zdravotního stavu pacientů se může následně snížit také zatížení lékaře z důvodů diagnostiky a léčení souvisejících onemocnění.

Zlepšení kvality obezitologické péče i zlepšení zdravotního stavu pacientů může posilovat prestiž a „dobré jméno lékaře“.

Navrhované produkty

1. Rychlá diagnostika

Z výzkumu vyplývá, že praktičtí lékaři nevěnují, a především z časových důvodů ani nemohou věnovat, dostatek času komplexní obezitologické péči o obézní. Proto navrhuji jako prioritní produkt program Rychlá diagnostika.

Rychlá diagnostika na webových stránkách Centra preventivní medicíny, vyhodnocuje po zadání základních antropometrických parametrů – hmotnosti, výšky, obvodu pasu a boků, doplněných o věk a úroveň sportovní aktivity, typ a stupeň obezity. Volně přístupná verze je dostupná na <http://www.prevence2000.cz>. V současné době připravují programátoři rozšířené varianty, které vycházejí z algoritmu péče o obézní a z navrhovaného algoritmu péče o gynoidní obézní. Program uživateli navrhne podrobný léčebný plán pro redukci hmotnosti. Zadání údajů i jejich vyhodnocení trvá přibližně do 5 minut.

Doporučuji bezplatné zpřístupnění formuláře pro lékaře, kteří by pro jeho využití navštěvovali internetové stránky Centra preventivní medicíny. Program by během několika minut nejen vypracoval plán postupu při redukci hmotnosti, ale navrhl také odborná pracoviště, na která se pacienti mohou, v případě potřeby, obracet. Ženám s gynoidní formou obezity a klientům s androidní obezitou do BMI 40, ze spádové oblasti, nabídne terapii v Centru preventivní medicíny. Lékaři by byli při vstupu na stránky současně informováni o novinkách v nabídce služeb.

Hlavním smyslem produktu je zvýšení návštěvnosti internetových stránek a záchyt klientů pro Centrum preventivní medicíny.

2. Odborné vzdělávací akce pořádané Centrem preventivní medicíny

Navrhuji pořádání odborných seminářů pro praktické lékaře a další zdravotníky, určených k získání základních informací o problematice gynoidní obezity a novinek v oboru. Účastníci se mohou seznámit s teorií i se zkušenostmi Centra preventivní medicíny a jeho spolupracovníků. V případě zájmu, se mohou zdravotníci zúčastnit i dvoudenních odborných kurzů pro výcvik terapie obezity v ambulantní praxi. Obsah seminářů shrnuji do programu, vloženého do přílohy č. 10.

3. Spolupráce s obezitologií Centra preventivní medicíny

Praktičtí lékaři nemají optimální podmínky ke komplexní terapii obezity, především z časových a finančních důvodů. Proto jako jednu z nejdůležitějších služeb navrhuji možnost převzetí obézních pacientů do komplexní obezitologické péče CPM. K terapii může pracoviště přijímat především ženy s gynoidním ukládáním tuku a všechny pacienty s androidní obezitou, kteří nepotřebují diabetologické a bariatrické ošetření.

Lékařům, kteří se sami věnují terapii obézních, doporučuji nabídnout možnost konziliárních vyšetření (odborných supervizí) u specialistů CPM.

Monitoring vývoje hmotnosti a trvalá podpora ze strany odborníků

Pro zvýšení motivace pacientů v léčbě obezity doporučuji informovat praktické lékaře o systematickém kontaktu specialistů obezitologie s pacienty a o odměňování za dosažené úspěchy v redukci hmotnosti.

Klientům v péči nutričních terapeutů a ostatních specialistů je dlouhodobě monitorována tělesná hmotnost pomocí sms nebo internetu (tzv. e-health). Během této doby jsou aktivně vybízeni ke komunikaci, zvláště v případě problémů s redukcí a je jim poskytována podpora a posilováno odhodlání pokračovat v terapii.

Za zredukované kilogramy jsou klienti odměňováni slevami na komerční služby, které mohou využívat v rámci obezitologické péče.

Monitoring je standardní součástí obezitologické péče CPM.

4. Nutriční poradenství

Služby nutričních terapeutů je možné praktickým lékařům nabízet pro terapii obézních, ale i pro prevenci a léčbu řady dalších, především civilizačních chorob.

Centrum preventivní medicíny může poskytovat jak osobní konzultace, tak komunikaci s klienty prostřednictvím internetového programu Kilozakilo.cz. Tímto způsobem lze zabezpečovat poradenství i klientům ze vzdálenějších lokalit. Zájemcům specialisté CPM mohou poskytovat komplexní nutriční péči, od metabolické diagnostiky, přes spektrum biochemických vyšetření, sestavení individuálního jídelníčku, až po denní internetovou komunikaci s osobním nutričním terapeutem. Další možností péče o mimopražské klienty, je nabídka služeb nutričních terapeutů, kteří procházejí vzděláváním, probíhajícím ve spolupráci s Centrem preventivní medicíny. Praktičtí lékaři, díky využití služeb nutričních terapeutů, ušetří čas, který by trávili při vyhodnocování jídelníčků svých pacientů.

5. Informační materiály o redukci hmotnosti pro pacienty

Navrhuji distribuovat praktickým lékařům letáky se základními pravidly pro redukci hmotnosti a s informacemi o Centru preventivní medicíny. Materiály by měly vedle jednoduchých rad jak postupovat v redukci, obsahovat nabídku služby Rychlá diagnostika a kontaktní údaje Centra preventivní medicíny.

Informační materiály mohou předávat lékaři pacientům, kteří projeví zájem o redukci hmotnosti. Lékaři by měli mít možnost letáky objednat u kontaktní osoby, současně by mohly být volně přístupné k vytištění na internetových stránkách Centra preventivní medicíny. Návrh textu letáku viz příloha č.11

8.2.2. Communication

Navrhované služby doporučuji nabízet přímo lékařům, kteří se zúčastnili popisovaného marketingového výzkumu. Dále služby doporučuji komunikovat prostřednictvím publikační a přednáškové činnosti odborníků CPM, na internetových stránkách Centra preventivní medicíny i pomocí přímého marketingu.

Přednášková činnost

Navrhuji aktivní účast specialistů CPM na kongresech praktických lékařů pro dospělé a na odborných konferencích pro zdravotní sestry. Hlavním tématem přednášek by měla být problematika gynoidní obezity, péče o obézní pacienty v ambulantní praxi a nabídka obezitologických služeb.

Publikační činnost

Ke zvyšování informovanosti o problematice obezity může významně přispět také publikování článků v odborných časopisech, na internetu, případně vydávání knih.

Managementu CPM proto doporučuji co nejčastější publikování původních textů ze strany všech odborníků CPM, kteří se podílejí na terapii obezity. Příkladem mohou být časopisy Praktický lékař, Medicína pro praxi nebo Sestra či Florence pro střední zdravotnický personál. Doporučuji publikovat také na odborných internetových serverech a pravidelně doplňovat databázi vlastních odborných textů na internetových stránkách CPM.

8.2.3. Convenience

Časová – již zmiňovaným přínosem pro lékaře, je minimální časová náročnost, kterou poskytování navrhovaných služeb obnáší. Vzdělávací akce jsou plánovány ve všední dny, v odpoledních hodinách a v termínech, kdy se nekonají důležité kongresy.

Terapie v CPM je časově výhodná i pro pacienty, neboť je z velké části vedená přes internet nebo sms komunikaci.

Informační – Využívání všech navrhovaných služeb představuje pro lékaře vynikající, systematický zdroj aktuálních teoretických i praktických informací v obezitologii.

Dostupnost – odborné semináře jsou pořádány v příjemných prostorách Centra preventivní medicíny, v centru Prahy, se snadným dopravním spojením.

8.2.4. Costs

Informační semináře a program Rychlá diagnostika jsou pro praktické lékaře k dispozici zdarma. Jedinou investicí je čas, který lékař službě věnuje.

Cena dvoudenního vzdělávacího kurzu na terapii obezity v ambulantní praxi je 3 000 Kč.

Služby nutričních specialistů a komplexní obezitologickou péči hradí pacient podle ceníku CPM.

8.3. Doporučení managementu Centra preventivní medicíny

Vedle navrhovaných služeb managementu CPM dále doporučuji:

Vznik center pro terapii gynoidní obezity

V souvislosti s potřebou spolupráce s centry pro léčbu gynoidní obezity, doporučuji pokračovat v přípravě kurzů, které začíná CPM organizovat ve spolupráci s Českou lymfologickou společností J.E.Purkyně. Jsou určeny pro lékaře lymfology a lymfoterapeuty, kteří se setkávají s žilně-lymfatickými komplikacemi gynoidního ukládání tuku. Základní i tzv. refresh kurzy, by měly sloužit k doplnění informací o obezitologických intervencích a měly by vést k založení sítě pracovišť a ke zlepšení dostupnosti péče o gynoidní pacientky.

O seznamu specializovaných pracovišť doporučuji následně informovat praktické lékaře pro dospělé prostřednictvím přímého marketingu, odborného tisku, při přednáškové činnosti, na internetových stránkách CPM a České lymfologické společnosti,

Zvyšovat povědomí o Centru preventivní medicíny

Výzkumy dokazují nízké povědomí mezi praktickými lékaři, především ze Středočeského kraje, o pracovišti a jeho službách

Proto doporučuji využívat popisované formy komunikace i z důvodů budování image a šíření povědomí o činnosti CPM i jeho filosofii.

Navrhuji dále věnovat pozornost i umístění internetových stránek na předních pozicích v internetových vyhledávačích, průběžně aktualizovat stránky a využívat sociální sítě. Pro šíření informací o pracovišti mezi lékaře, může být vhodnou taktikou i zaměření se na propagaci formou rozhovorů a článků ve veřejných médiích. V případě zavedení novinek či publikování nových knih, doporučuji vydávat tiskové zprávy, případně uspořádat tiskové konference.

Za účinnou formu komunikace značky lze považovat již samotný marketingový výzkum, prováděný v rámci této diplomové práce. S jeho závěry a produkty plánuji oslovit lékaře, kteří se jej zúčastnili.

IV. ZÁVĚR

V diplomové práci definuji pomocí kvantitativního marketingového výzkumu deset potřeb, které vznikají praktickým lékařům pro dospělé při poskytování obezitologické péče. Zjištěné potřeby posuzuji z hlediska jejich známosti a saturace. Potvrzuji také dvanáct výzkumných hypotéz, které vyjadřují vztahy v rámci obezitologické péče.

Potřeby rozdělují do dvou skupin – na teoretické a praktické. Teoretické potřeby souvisejí se základním vzděláváním, doplňováním informací o novinkách v oboru a s problematikou gynoidní obezity. Praktické potřeby se týkají poskytovaných služeb v ordinacích lékařů, spolupráce se specializovanými pracovišti a překážek v úspěšné terapii - motivace pacientů k redukci, nedostatku času lékaře a finančních prostředků na léčbu. Žádná ze zjištěných potřeb není podle výzkumu plně saturována.

Na základě zjištěných informací jsem navrhla pět produktů - obezitologických služeb, do marketingového plánu specializovaného obezitologického pracoviště Centrum preventivní medicíny.

Jde o odborné vzdělávací akce pro lékaře a zdravotní sestry, věnované především novinkám v obezitologii a problematice gynoidní obezity, o služby nutričních terapeutů, komplexní obezitologickou péči, tištěné a internetové informace pro pacienty. Největší význam přikládám rozvoji programu Rychlá diagnostika, který praktickým lékařům může usnadnit diagnostiku a terapii obezity.

Vedle uvedených produktů jsem připravila návrh algoritmu péče o pacienty s gynoidním typem obezity v ordinacích praktických lékařů pro dospělé.

Součástí marketingových doporučení je také rozvoj sítě center specializovaných na terapii gynoidní obezity a zvyšování povědomí o Centru preventivní medicíny.

Primární péče představuje důležitý článek Komplexní diferencované péče o obezní v České republice. Výsledky diplomové práce však ukazují na rezervy ve vzdělávání praktických lékařů v obezitologii, v péči o obezní, na nízkou úspěšnost terapie a současně i na nevyužitý potenciál spolupráce mezi praktickými lékaři pro dospělé a všemi typy obezitologických pracovišť. Příčin tohoto stavu lze spatřovat mnoho. Vedle nízké motivace pacientů k terapii, jde jistě i o individuální postoj lékaře k problému, o jeho informovanost a o časové a finanční podmínky, ve kterých má péči poskytovat.

Zjištění uvedená v této diplomové práci mohou být inspirací pro marketingové aktivity specialistů v obezitologii, kteří mohou oslovovat obézní pacienty prostřednictvím jejich lékařů a současně napomáhat ke zvyšování kvality obezitologické péče.

LITERATURA

- Bechyně, M.- Bechyňová, R.: *Mízní otok – lymfedém*. 1. vyd. Praha, Phlebomedica 1996, ISBN 80-9012981-1.
- Benda, K.- a kol.: *Lymfedém - komplexní fyzioterapie, lymfodrenáže a doplňující léčebná péče*. Brno, NCO NZO 2007.
- Bisvert, P. Richard - D. Foreword: *International Journal of obesity and related metabolic disorders. Complikations of Obesity: The Inflammatory Link*. London, Nature Publishing Group, December 2003, příloha 3, č. 27.
- Branca, F.- Nikogosian, H.- Lobstein, T.: *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response*. Copenhagen, WHO 2007a, ISBN 978-92-890-1408-3.
- Branca, F.- Nikogosian, H.- Lobstein, T.: *Die Herausforderung Adipositas und Strategien zu ihrer Bekämpfung in der Europäischen Region der WHO*. Copenhagen, WHO 2007b, ISBN 978 -92 -890 -3388 -6.
- Brskovská, S.: Diagnostika. *Obezitologický program Centra preventivní medicíny*. Seminární práce, obor Řízení a supervize ve zdravotnických a sociálních organizacích FHS UK, červen 2010a.
- Brskovská, S.: *Kvalitativní výzkum ve zdravotnických a sociálních zařízeních II*. Seminární práce, obor Řízení a supervize ve zdravotnických a sociálních organizacích, FHS UK Praha, říjen 2010b.
- Buchtelová, R.- a kol.: *Akademický slovník cizích slov*. Praha, Academia AV ČR 1998, ISBN 80-200-0607-9.
- Crainger, S.: *Moderní management. Základní myšlenkové směry*. 1. vyd. Praha, Management Press 2000, ISBN 80-7261-019-8.
- Disman, M.: *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha, Nakladatelství Karolinum 2006, ISBN 80-246-0139-7.
- Drucker, P.F.: *To nejdůležitější z Druckera v jednom svazku*. 1. vyd. Praha: Management Press 2004, ISBN 80-7261-06-X.
- Durando, F.: *Griechenland. Wiege der westlichen Kultur*. Erlangen, Karl Müller Verlag 1998, ISBN 3-86070-646-2.
- Epstein, L.- Ogden, J.: *GP's views of treating obesity*. Br.J.Gen Pract., roč.55, 2005, č.11, s.750-754.
- Exner, L.-Raiter, T.- Stejskalová, D.: *Strategický marketing zdravotnických zařízení*.

- 1.vyd. Praha, Professional Publishing 2005, ISBN 80-86419-73-8.
- European Heart Journal Supplements. Journal of the European Society of Cardiology, květen 2006, č.8.
- Evropský den obezity vyzývá: Stop jo-jo efektu!* Medical Tribune, roč.7, 30.5.2011, č.13.
- Faheyová, T.- Wolcott, W.: *Metabolické typy - Převratný způsob stravování*. Praha, Mandala 2011, ISBN 978 80 901 8354 4.
- Földi,M.- Földi,E.: *Földi's Textbook of Lymfology*. 2.vyd. Mnichov, Urban and Fischer 2006, ISBN 13: 978-0-7234-3446-7.
- Foret,M.: *Marketingový průzkum - Poznáváme svoje zákazníky*. 1.vyd. Brno, Computer Press 2008, ISBN 978-80-251-2183-2.
- Fořt,P.: *Tak co mám jíst?* Praha, Grada 2007, ISBN 978-80-247-1459-2.
- Gladkij,I.- a kol.: *Management ve zdravotnictví*. 1.vyd. Brno, Computer Press 2003, ISBN 80-7226-996-8.
- Gladkij,I– Strnad,L.: *Implementace systému řízení kvality zdravotní péče v nemocnicích (konceptní východiska)*. *Zdravotnictví v České republice*, roč.2, 1999, č.4,s.152-155, ISSN:1213-6050.
- Grundy, S, M.: *Endocrinology and metabolism clinics of North America, Metabolic syndrome*. Part I. New York, W.B.Saunders company, roč. 33, June 2006, č.2, ISSN 0889-8529.
- Hainer,V.- a kol.: *Základy klinické obezitologie*. 1.vyd. Praha, Grada Publishing 2004, ISBN 80-247-0233-9.
- Hainer,V.- a kol.: *Základy klinické obezitologie*. 2.vyd. Praha, Grada Publishing 2011, ISBN 978-80-247-3252-7.
- Hanzelková,A.- Keřkovský,M.- Odehnalová,D.- Vykypěl,O.:*Strategický marketing*. 1.vyd. Praha, C.H.Beck 2009, ISBN 978-80-7400-120-8.
- Havlová,K.: *Gynekologové odmítají obézní ženy*. *Zdravotnické noviny*, roč.60, 30.5.2011, č.11, s.12.
- Havrdová,Z.- a kol.: *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. Praha, FHS UK Praha 2010, ISBN 978-80-87398-06-7.
- Hladná,H.: *Prevence obezity u dětí*. *Sestra*, roč.21, 2011, č.2, s.66-67.
- Hlavatý,P.- a kol.: *Projekt COPAT – současné možnosti léčby obezity v ambulanci praktického lékaře pro děti a dorost*. *Praktický Lékař*, roč.90, 2010, č.2, s. 86-89.
- Hnilicová,H.- Janečková,H.: *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha, Portál 2009,

ISBN 978-80-7367-592-9.

Hodycová,T.: *Analýza nákladů na onemocnění + příklad obezity v ČR*. Advance, Healthcare management institute, text přednášky, 16.5.2011.

Holeček,V.- Rokyta,R.-Vlasák,R.: *Gynoidní a androidní obezita*. Československá fyziologie, roč.56, 2007, č.4, s.149-150.

Holčík,J.: *Když uvažuji o zdraví, jsem snící romantik*. Zdravotnické noviny, roč. 60, 28.2.2011a, č.4, s.32-35.

Holčík,J.: *Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví*. Brno, MSD 2009b, ISBN 978 -80 -7392 -089 -0.

Inelmen,E,M.-a kol.: *Predictors of drop-out in overweight and obese outpatients*. Br.J. Gen Pract., roč.55, 2005, č.29, s.122-128.

Kotler,P.- Armstrong,G.: *Marketing*. 1.vyd. Praha, Grada Publishing 2004, ISBN 80-247-0513-3.

Kotler,P.:*Deset smrtelných marketingových hříchů*. Praha, Grada Publishing 2005, ISBN 80-247-0969-4.

Kotler,P.: *Marketing podle Kotlera*. 1.vyd. Praha, Management Press 2006, ISBN 80-7261-010-4.

Kotler,P.- Keller,K,L.: *Marketing management*. 12. vyd. Praha, Grada Publishing 2007, ISBN 978-80-247-1359-5.

Kovář,F.: *Strategický management*. 1.vyd. Praha, Vysoká škola ekonomie a managementu 2008, ISBN 978-80-86730-33-2.

Jakubíková,D.: *Strategický marketing. Strategie a trendy*. Praha, Grada publishing 2008, ISBN 978-80-247-2690-8.

Karen,I.- Souček,M.: *Metabolický syndrom – diagnostika a léčba. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha, CDP- PL. 2007.

Kunešová,M.- Hlubík,P.- Fried,M.- Býma,S.: *Obezita. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Novelizace, Praha, CDP-PL 2009.

Malý,V.: *Marketingový výzkum. Teorie a praxe*. Praha, Nakladatelství VŠE 2008, ISBN 978-80-245-1326-3.

Martiník,K.: *Obezita, nadváha. Od teorie k praxi*. Hradec Králové, Garamon 2008, ISBN 978-8086472-37-9.

Müllerová,D.- a kol.: *Obezita – prevence a léčba*. Praha, Mladá Fronta 2009, ISBN 978-80-204-2146-3.

O kultuře čínské civilizace. Praha, Velvyslanectví ČLR v ČR 2004.

- Pařízková,J.- Lisá,L.: *Obezita v dětství a dospívání.Terapie a prevence*. 1.vyd. Praha, Galén a Karolinum 2007, ISBN 978-80-7262-466-9.
- Pi-Sunyer,F,X.: *Endokrynology and metabolism clinics of North America*. W.B.Saunders company, roč. 32, December 2003, č.2, ISSN 0889-8529.
- Příbová,M.: *Jaká je úloha marketingu ve zdravotnictví*. Medical Tribune, roč.VI, 11.října 2010, č.22, , s. C4-5.
- Příbylová,K.: *Proč jsou politiky v boji proti obezitě neúspěšné?* Fakulta sociálních věd UK Praha, Institut sociologických studií, Bakalářská práce, 2010.
- Rivola,P.: *Marketing ve zdravotnictví*. Diplomová práce, obor Řízení a supervize ve zdravotnických a sociálních zařízeních, FHS UK Praha, 2005.
- Ryan,D.: *Obesity in women: a life cycle of medical risk*. International Journal of Obesity, č.31, 2007, s. S3–S7.
- Říhová,M. - a kol.: *Lékaři na dvoře Karla IV. a Jana Lucemburského*. Praha, Litomyšl, Paseka 2010, ISBN 978-80-7432-047-7.
- Saunders,J.- Kotler,F.- Armstrong,G.- Wong,V.: *Moderní marketing*. 4. evropské vyd. Praha, Grada Publishing 2007, ISBN 978-80-247-1545-2.
- Schingale,F,J.: *Lymphedema, Lipödema*. Hannover, Schlütersche 2003, ISBN 3-87706-869-3.
- Strategický plán Centra preventivní medicíny a Prevence 2000*. Praha, CPM 2011.
- Studie MONIKA. Kardiovaskulární choroby*. Medicína, roč. IV, 25.dubna.2000, č.4, s.11.
- Tinková, L.: *EU se nevzdává regulace*. Praha, Marketing a média, Vydavatelství Economia, roč. 11, 18.4.2011, č.16, s. 14..
- ÚZIS, *Evropské výběrové šetření o zdravotním stavu v ČR – EHIS CR*. ÚZIS ČR, Aktuální informace č.70, 2010.
- Vlasák,R.: *Rozdíly v léčbě gynoidní a androidní obezity*. Přednáška, Kongres Lymfo 2005, Česká lymfologická společnost ČLS J.E.Purkyně, 15.10.2005.
- Vlasák,R.: *Komplexní dekongestivní terapie gynoidní obezity*. Přednáška, Schůze výboru lymfologické společnosti ČLS J.E.Purkyně, Zlenice, 2.9.2011.
- Vlasák,R.: *Současné možnosti a trendy v prevenci nejčastějších CVO*. Přednáška, Rokytovo odpoledne, Praha CPM, 19.1.2009.
- Vodáček,L.- Vodáčková,O.: *Moderní management v teorii a praxi*. 1.vyd. Praha, Management Press 2006, ISBN 80-7261-143-7.
- Women and obesity: It's more than an issue of size*. International Journal of Obesity,

volume 31, 2. November 2007, příloha 2.

Zlámal, J.: *Marketing ve zdravotnictví*. Brno, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně 2009, ISBN 80-7013-441-0.

Internetové zdroje

Androidní typ postavy a gynoïdní typ postavy.

Dostupné [on line] na: <http://www.hubnuti4you.cz/188-je-obezita-vas-problem.html>
[cit. 4.8.2011].

Atributy zdravotnického systému.

Dostupné [on line] na: <http://www.pharmbm.cz/node/38> [cit.22.7.2011].

Bariatrické výkony. Dostupné [on line] na: <http://obklinika.cz/> [cit.22.7.2011].

Bellová, J.: *Specifika produktu ve zdravotnictví z hlediska marketingu*. Profese on line, roč.2., leden 2009, č.1, ISSN 1803-4330.

Dostupné [on line] na: <http://www.pouzp.cz/text/cs/specifika-produktu-ve-zdravotnictvi-z-hlediska-marketingu.aspx> [cit.16.8.2011].

Benchmarking. Dostupné [on line] na:

<http://www.slovník-cizich-slov.cz/?q=benchmarking&typ=0> [cit. 4.8.2011].

Bílá kniha- Strategie pro Evropu. Dostupné [on line] na:

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutritionwp_en.pdf [cit. 4.6.2011].

Česká obezitologická společnost. Dostupné [on line] na: <http://www.obesitas.cz>
[cit.20.7.2011].

Epidemie. Dostupné [on line] na: <http://lekarske.slovníky.cz> [cit.14.7.2011].

Hainer, V.: *Obezita v praxi praktického lékaře*.17.4.2003.

Dostupné [on line] na: http://www.edukafarm.cz/clanek_tisk.php?id=155
[cit.22.7.2011].

Hainer V.: *Péče o obézní pacienty v Evropě – současnost a perspektivy*. 2002.

Dostupné [on line] na: <http://www.obesitas.cz/download/obezitologie2002.pdf>
[cit.1.7.2011].

Historie CPM. Dostupné [on line] na: <http://prevence2000.cz/> [cit.2.6.2011].

Lipedém. Dostupné [on line] na: <http://www.curelipedema.blogspot.com>

[cit.20.8.2011].

Marketing mix. Dostupné [on line] na: <http://www.netmba.com/marketing/mix/>

[cit.10.7.2011].

Marketingový výzkum trhu. Příležitosti pro výrobce dietních potravin v ČR. Quentin management, 2009. Dostupné [on line] na:

http://www.knedlik.cz/doc/download/OPPI_priloha_16_ke_SP_market_vyzkum_trhu_dietni_potr.pdf [cit.16.8.2011].

Matoulek,M.: *Výskyt obezity v ČR v roce 2011.* Obesity news, 2011.

Dostupné [on line] na: <http://www.obesity-news.cz/?id=291> [cit.4.7.2011].

Musil,D.: *Onemocnění žil v ambulanci PL.* Medicína pro praxi, roč.1, 2007; 13–16.

Dostupné [on line] na: <http://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-200701-0003.php> [cit.4.7.2011].

Národní program sportu pro všechny.

Dostupné [on line] na: <http://www.msmt.cz/sport/eu> [cit.30.5.2011].

Nástroje 4P marketingu.

Dostupné [on line] na:<http://halek.info/prezentace/sell-prednasky1/sellp1-print.php?l=02> [cit.14.8.2011].

Nutriční program e kalkulačka.

Dostupné [on line] na: http://www.flora.cz/edenicek/eden_kalk.php [cit.7.5.2011].

Obézních Američanů stále přibývá, je jich 72,5 milionu.

Dostupné [on line] na: <http://www.zdn.cz/denni-zpravy/ze-zahranici/obeznich-americanu-stale-pribyva-je-jich-72-5-milionu-453538> [cit.14.8.2011].

Onemocnění tukové tkáně. Dostupné [on line] na <http://www.fatdisorders.org>

[cit.20.8.2011].

Organizace pro výzkum onemocnění tukové tkáně.

Dostupné [on line] na: <http://www.fatdisorders.org>. [cit.21.8.2011].

PESTEL analysis of the macro-environment. Oxford, Oxford University Press 2007.

Dostupné [on line] na:

http://www.oup.com/uk/orc/bin/9780199296378/01student/additional/page_12.htm [cit.14.8.2011].

Počet praktických lékařů v ČR. Dostupné [on line] na: <http://www.uzis.cz/>

[cit.24.6.2011].

Pracovní dokument útvarů Komise ES - připojený k Bílé knize.

Dostupné [on line] na: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=SEC:2007:0707:FIN:CS:HTML> [cit.4.7.2011].

Program Hravě žij zdravě.

Dostupné [on line] na: <http://www.hravezijzdrave.cz/> [cit.3.7.2011].

Program VZP - Žij zdravě. Dostupné [on line] na: <http://www.zijzdrave.cz/>
[cit.2.7.2011].

Projekt Škola podporující zdraví.

Dostupné [on line] na: <http://www.program-spz.cz/> [cit.2.7.2011].

Příjmy a vydej. Tisková zpráva k zahájení kampaně se soutěží od 1. 8. – 15. 11. 2010.

Dostupné [on line] na: http://www.who.cz/PDF/Prijmi_a_vydej_TZ.pdf,
[cit.22.7.2011].

Savard,M.: *Are you an Apple or a Pear?*

Dostupné na: http://www.dr.savard.com/applespears/_promise.html
[cit.10.7.2011].

Schéma lidských potřeb dle Maslowa.

Dostupné [on line] na: <http://halek.sk/www/prezentace/ekonomicke-minimum/eminimum-print.php?projection&l=01> [cit.2.7.2011].

STOB - Stop obezité. Dostupné [on line] na: <http://www.stob.cz/> [cit.1.7.2011].

Středa Leoš MUDr. Dostupné [on line] na:

<http://www.knihovnicka.net/autor/6783-streda-leos-mudr/zivotopis-biografie/>,
[cit.20.8.2011].

Studie MONICA v České republice - 25 let. Medical Tribune, 15.prosince 2008, č.36.

Dostupné [on line] na: <http://www.tribune.cz/clanek/13146> [cit.2.7.2011].

Svačina,Š.: Komplikace obezity. Lékařské repetitorium on line.

Dostupné [on line] na:

http://www.medibase.cz/index.php?&sec=term_detail&termId=567&tname=Komplikace+obezity [cit.22.7.2011].

Systém komplexní diferencované péče.

Dostupné [on line] na: <http://www.obesitas.cz/index.php?pg=poslani>
[cit.22.7.2011].

The European Association for the Study of obesity.

Dostupné [on line] na: <http://www.easo.org/> [cit.20.7.2011].

The International Association for the Study of Obesity.

Dostupné [on line] na: <http://www.iaso.org/>2.6.2011 [cit.2.6.2011].

Tsigos,C.- a kol. *Léčba obezity dospělých: Evropská doporučení pro praxi.* 2008.

Dostupné [on line] na:

http://www.obesitas.cz/download/doporuceni_lecba_obezity_dospelych.pdf
[cit.12.8.2011].

WHO, European Ministerial Conference.

Dostupné [on line] na:

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/96459/E90143.pdf

[cit.22.7.2011].

WHR index. Dostupné [on line] na: <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/antropometricka-vysetreni> [cit.10.6.2011].

Životní styl a obezita. Populace 18+. Závěrečná zpráva z výzkumu pro MZ ČR a ČOS. Leden 2006.

Dostupné [on line] na:

http://www.zdravi21msk.cz/03_plneni/files/obezita_dospeli.pdf, [cit.2.6.2011].

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1 – Schéma lidských potřeb dle Maslowova -11

Obrázek č. 2 – Schéma holistické marketingové koncepce - 14

Obrázek č. 3. - Tři pilíře koncepce společenského marketingu - 16

Obrázek č. 4 - Nástroje 4P marketingu - 27

Obrázek č. 5 - Tržní matrix - 28

Obrázek č. 6 - Atributy zdravotnického systému - 30

Obrázek č. 7 - Androidní a gynoidní typ postavy- 43

SEZNAM TABULEK

Tabulka č.1- Body mass index - 41

Tabulka č.2 – Hodnocení obvodu pasu - 41

Tabulka č.3 - Hodnocení typu distribuce tuku dle indexu WHR - 42

Tabulka č.4 -Doba lékařské praxe - 72

Tabulka č.5 - Hodnocení významu obezity jako komorbidity z pohledu praktických lékařů pro dospělé v Praze a ve Středočeském kraji - 73

Tabulka č.6 - Analýza agregovaných dat o hodnocení významu obezity jako komorbidity - 74

Tabulka č.7 - Zdroje informací o problematice obezity, které využívají praktičtí lékaři pro dospělé v Praze a ve Středočeském kraji - 76

Tabulka č.8 - Agregovaná data o zdrojích vzdělávání praktických lékařů v problematice obezity - 77

Tabulka č.9 - Výskyt gynoidního typu obezity v ordinacích praktických lékařů pro dospělé v Praze a ve Středočeském kraji - 78

Tabulka č.10 - Výskyt zdravotních komplikací (hyperosmolárních otoků a bolestí dolních končetin) u pacientek s gynoidním typem obezity - 80

Tabulka č.11 - Sebehodnocení informovanosti praktických lékařů pro dospělé z Prahy a Středočeského kraje o problematice obezity - 81

Tabulka č.12 - Agregovaná data o sebehodnocení praktických lékařů pro dospělé z Prahy a ze Středočeského kraje v informovanosti o problematice obezity - 82

Tabulka č.13 - Zahájení terapie obezity u praktických lékařů pro dospělé - 83

Tabulka č.14 - Vyšetřovací metody používané v ordinacích praktických lékařů pro dospělé - 84

Tabulka č.15 - Léčebné intervence používané v ordinacích praktických lékařů pro Dospělé - 86

Tabulka č.16 - Úspěšnost terapie obezity v porovnání s informovaností praktických lékařů - 87

Tabulka č.17 – Úspěšnost terapie obezity podle délky praxe praktických lékařů - 89

Tabulka č.18 - Úspěšnost terapie obezity podle délky praxe praktických lékařů agregovaná data - 89

Tabulka č.19 - Překážky v terapii obezity - 91

- Tabulka č.20 - Spolupráce se specialisty na terapii gynoidní obezity - 92
- Tabulka č.21 - Spolupráce praktických lékařů se specialisty na terapii obezity
– u BMI do 35 - 93
- Tabulka č.22 - Spolupráce praktických lékařů se specialisty na terapii obezity
– BMI nad 35 - 95
- Tabulka č.23 - Zájem praktických lékařů pro dospělé o obezitologické služby - 97
- Tabulka č.24 - Agregovaná data o zájmu praktických lékařů pro dospělé
o obezitologické služby - 98

SEZNAM GRAFŮ

- Graf č.1 - Zastoupení respondentů - 72
- Graf č.2 - Doba lékařské praxe - 73
- Graf č.3 - Hodnocení významu obezity jako komorbidity z pohledu praktických lékařů pro dospělé v Praze a ve Středočeském kraji - 74
- Graf č.4 - Analýza agregovaných dat o hodnocení významu obezity jako komorbidity - 75
- Graf č.5 - Zdroje informací o problematice obezity, které využívají praktičtí lékaři pro dospělé v Praze a ve Středočeském kraji - 76
- Graf č.6 - Agregovaná data o zdrojích informací o problematice obezity - 77
- Graf č.7 - Výskyt gynoidního typu obezity v ordinacích praktických lékařů pro dospělé v Praze a ve Středočeském kraji - 79
- Graf č.8 - Výskyt zdravotních komplikací (hyperosmolárních otoků a bolestí dolních končetin) u pacientek s gynoidním typem obezity - 80
- Graf č. 9 - Sebehodnocení informovanosti praktických lékařů pro dospělé z Prahy a ze Středočeského kraje o problematice obezity - 81
- Graf č.10 - Agregovaná data o sebehodnocení informovanosti praktických lékařů pro dospělé z Prahy a ze Středočeského kraje o problematice obezity - 82
- Graf č.11 - Zahájení terapie obezity u praktických lékařů pro dospělé - 83
- Graf č.12 - Vyšetřovací metody používané v ordinacích praktických lékařů pro dospělé - 85
- Graf č.13 - Léčebné intervence používané v ordinacích praktických lékařů pro dospělé - 86
- Graf č.14 - Úspěšnost terapie obezity v porovnání s informovaností praktických lékařů - 88
- Graf č.15 - Úspěšnost terapie obezity podle délky praxe praktických lékařů - agregovaná data - 90
- Graf č.16 - Překážky v terapii obezity - 91
- Graf č.17 - Spolupráce se specialisty na terapii gynoidní obezity - 92
- Graf č.18 - Spolupráce praktických lékařů se specialisty na terapii obezity – BMI do 35 - 94
- Graf č.19 - Spolupráce praktických lékařů se specialisty na terapii obezity – BMI nad 35 - 95

Graf č.20 - Porovnání nespolupráce se specialisty u různých stupňů BMI - 96

Graf č.21 - Zájem praktických lékařů pro dospělé o obezitologické služby - 97

Graf č.22 - Agregovaná data o zájmu praktických lékařů pro dospělé o obezitologické
Služby - 99

SLOVNÍK POJMŮ

Algoritmus – návod, postup

Androidní obezita – obezita s přednostním ukládáním tuku do oblasti břicha

Bariatrie – lékařský obor, zabývá se chirurgickou léčbou závažné obezity

E-health – aplikace informačních a komunikačních technologií ve zdravotnictví

Gluteofemorální tuk – tuk uložený podkožně, v oblasti hýždí a stehen

Gynoidní obezita – obezita s přednostním ukládáním tuku do oblasti hýždí a stehen

Komplexní dekongestivní terapie – soubor léčebných metod používaných hlavně v lymfologii k redukci objemu

Komplexní diferencovaná péče – systém péče o obezitu. zahrnuje redukční kluby, poradny výživy, praktické lékaře, obezitology, ostatní specialisty a obezitologická centra.

Lipolýzy – destrukce (rozložení) tukových buněk. Provádí se neinvazivně, bez porušení kůže nebo invazivně, proniknutím přes kůži

Lymfodrenáž – ruční nebo přístrojové ošetření, které urychluje tok lymfy (mízy) v lymfatických cévách

Lymfologie – lékařský obor, zabývá se prevencí a terapií hyperosmolárních otoků (lymfedém, flebolymfedém, lipedém)

Nutriční terapeut – odborník na výživu zdravých i nemocných osob

Obezitologie – lékařský obor, který se věnuje prevenci a terapii nadváhy a obezity

Primární péče – praktičtí lékaři pro dospělé, pro děti a dorost, gynekologové a stomatologové

Viscerální tuk – tuk uložený v dutině břišní