proLékaře.cz | 1.11.2026



# Efektívna komunikácia – pri liečbe obezity kľúčová pre dosiahnutie lepších výsledkov

## Effective communication – in obesity treatment crucial for achieving better outcomes

Kamila Ivanová[1,2]

[1]Psychiatrické oddelenie FN Trnava
[2]Centrum pohybovej aktivity, Biomedicínske centrum SAV, v.v.i., Bratislava

✉ **MUDr. Kamila Ivanová, MPH** | kamila.ivanova@gmail.com | www.sav.sk

Doručené do redakcie | Received 23. 3. 2025
Prijaté po recenzii | Accepted 8. 4. 2025

**Abstrakt**
V súvislosti s obezitou hovoríme o epidémii a Slovensko nie je výnimkou. Obezita je komplexné chronické ochorenie charakterizované dysfunkčným alebo nadmerným množstvom telesného tuku, ktoré zhoršuje zdravie alebo pohodu (z anglického wellbeing) a predstavuje bohatý multidimenzionálny konštrukt (silný genetický aspekt v kombinácii s obezitogénnym prostredím nevynímajúc). Na obezitu je nevyhnutne potrebné prestať nazerať ako na estetický problém, problém slabej vôle, lenivosti, osobnej zodpovednosti alebo voľby životného štýlu. Hmotnosť a obezita sú citlivé a veľmi osobné témy sprevádzané pocitmi zlyhania, hanby, obáv a strachu z odmietnutia a kritiky. Uznanie jej komplexnosti je dôležitou podmienkou pre zmysluplnú diskusiu a liečbu. Empatický a prijímajúci prístup zo strany nás odborníkov preukázateľne zlepšuje adherenciu pacienta a prognózu ochorenia. Vzťah medzi lekárom a pacientom je istým druhom partnerstva a efektívna komunikácia s vhodne zvoleným jazykom zohráva kľúčovú úlohu pri budovaní dôvery a porozumenia. Obezita je liečiteľné ochorenie.

**Kľúčové slová:** duševné zdravie – komunikácia – kvalita života – obezita – stigma

**Abstract**
In relation to obesity, we speak of an epidemic, and Slovakia is no exception. Obesity is a complex chronic disease characterized by dysfunctional or excessive body fat that impairs health and/or well-being, representing a rich multidimensional construct (with a strong genetic aspect combined with an obesogenic environment). It is essential to stop viewing obesity merely as an aesthetic issue, a problem of willpower, laziness, personal responsibility, or lifestyle choice. Weight and obesity are sensitive and very personal topics accompanied by feelings of failure, shame, anxiety, and fear of rejection and criticism. Recognizing its complexity is an important condition for meaningful discussion and treatment. An empathetic and accepting approach from us professionals demonstrably improves patient adherence and disease prognosis. The relationship between doctor and patient is a kind of partnership, and effective communication with appropriately chosen language plays a crucial role in building trust and understanding. Obesity is a treatable disease.

**Keywords:** communication – mental health – obesity – quality of life – stigma

## Úvod

V súvislosti s obezitou hovoríme o epidémii [1] a Slovensko nie je výnimkou. Obezita je komplexné chronické ochorenie charakterizované dysfunkčným alebo nadmerným množstvom telesného tuku, ktoré zhoršuje zdravie alebo pohodu (z anglického wellbeing) [2] a predstavuje bohatý multidimenzionálny konštrukt [3] (silný genetický aspekt v kombinácii s obezitogénnym prostredím nevynímajúc). Obezita je okrem chronického i progresívnym a recidivujúcim ochorením, ktoré postihuje veľkú časť svetovej populácie [4]. V súčasnosti už neexistuje na svete oblasť, ktorá by nebola zasiahnutá jej dôsledkami [5]. Vznik obezity determinujú rôzne faktory, vrátane genetických, fyziologických, psychosociálnych a životného prostredia [6], je spájaná s vysokou morbiditou, mortalitou, nákladmi na zdra-

proLékaře.cz | 1.11.2026



votnú starostlivosť a dramaticky znižuje kvalitu života pacientov (z anglického Quality Of Life – QOL) [7]. Očakávaná dĺžka života pacienta s obezitou 3. stupňa (BMI ≥ 40 kg/m$^2$) sa skracuje približne o 8–10 rokov, pacienti s BMI 30–35 kg/m$^2$ žijú kratšie približne o 3 roky a pri každom ďalšom náraste BMI o 5 kg/m$^2$ dochádza k 40 % zvýšeniu rizika vaskulárnej mortality pre ischemickú chorobu srdca, cievnu mozgovú príhodu a ostatné cievne ochorenia [8]. Okrem množstva somatických, obezita prináša so sebou početné (neuro)psychologické a psychiatrické komplikácie. Systémový zápal a metabolická dysregulácia alterujú integritu hematoencefalickej bariéry, vedú k neurozápalu, vaskulárnym, neurodegeneratívnym ochoreniam (Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba a skleróza multiplex) [9,10].

## Obezita a duševné zdravie

Prevalencia duševných porúch je u pacientov s obezitou významne vyššia. V porovnaní s rovesníkmi so zdravou hmotnosťou majú riziko rozvoja duševných porúch (napr. depresie) až o 30–70 % vyššie [11]. Stres, úzkosť a depresia môžu prispievať k maladaptívnym stravovacím návykom, viesť k nárastu hmotnosti a ešte viac zhoršovať už i tak nepriaznivý duševný stav. Psychické ťažkosti môžu byť spúšťačom i následkom obezity a môžu pôsobiť celoživotne. Štúdie dokazujú silné obojsmerné prepojenie medzi obezitou a psychopatológiou [12,13]. Napriek množstvu dostupných terapeutických prístupov (nutričné, behaviorálne, farmakologické a chirurgické) je obezita ochorenie charakteristické vysokými číslami relapsov a nonresponderov. Odporúčania typu „viac cvičiť a menej jesť" sa aj napriek tomu, že pohyb je jednoznačne základným preventívnym opatrením chronických neprenosných ochorení a zásady správnej výživy by mali byť súčasťou každodenného života každého z nás, už dávno javia ako irelevantné. Problematika liečby obezity je omnoho zložitejšia a komplexnejšia, vyžadujúca multiodborový prístup. Obezita je vysoko stigmatizované ochorenie [14] a stigma je v našej spoločnosti veľmi rozšírená a hlboko zakorenená. Má negatívny dopad na duševné a telesné zdravie, ohrozuje spoločenské hodnoty, ako sú rovnosť, rozmanitosť a inklúzia [15]. Diskriminácia, predsudky a internalizácia stigmy (jednotlivec si osvojuje spoločnosťou prezentované a prežívané negatívne a často ponižujúce presvedčenia, stereotypy a postoje, začne ich akceptovať a veriť im) vedú k sociálnej izolácii, vyhýbaniu sa zdravotnej starostlivosti [16], zanedbávaniu seba samého a tým k prehlbovaniu už existujúcich zdravotných ťažkostí a vzniku nových [17–19].

## Prečo s pacientmi o ich hmotnosti hovoriť a čo nám v tom bráni?

Z praxe vieme, že naši pacienti poradenstvo očakávajú. V prospech poradenstva hovorí i fakt, že mnohí z nich ešte nepoznajú negatívne dopady nadváhy a obezity na celkové zdravie, neuvedomujú si, že ich index telesnej hmotnosti (Body Mass Index – BMI) nie je „zdravý". Pacienti edukovaní o multifaktoriálnej problematike obezity a všetkých možnostiach jej liečby, benefitoch racionálneho stravovania a pravidelnej fyzickej aktivity často prijímajú pozitívne opatrenia (z edukácie o zdravom životnom štýle dokonca profitujú aj mnohí z tých, ktorí nie sú zatiaľ pripravení v súvislosti so svojou hmotnosťou zmeny robiť) a prejavujú záujem o zisťovanie príčin svojho nepriaznivého telesného či duševného statusu. Mnohí z nás však stále váhajú „citlivú" tému hmotnosti otvoriť, a to aj napriek tomu, že hmotnosť a ťažkosti s ňou súvisiace môžu byť práve tým zásadným faktorom, pre ktorý sa pacient lekársku pomoc rozhodol vyhľadať. Prvou a pravdepodobne najzásadnejšou bariérou je neznalosť efektívnych nástrojov komunikácie a akýchsi „vodítok" o tom, ako rozhovor zahájiť a o čom vlastne viesť s pacientom konštruktívnu konverzáciu. Ďalšími častými prekážkami sú vlastné predsudky a negatívny postoj voči obezite a jej liečbe, obavy ohľadom vlastnej hmotnosti, nedostatok času (efektívna interakcia ale vie byť relatívne krátka a určí ďalšie smerovanie), ekonomické aspekty, neznalosť problematiky ako takej (napr. možností medziodborovej spolupráce) a neistota z uvedeného vyplývajúca. Strach z toho, že pacienta urazíme, nedostatočné školenie v technikách komunikácie a nedostatok znalostí o ďalších možnostiach liečby boli identifikované ako hlavné faktory, ktoré bránia zdravotníckym pracovníkom s pacientmi o hmotnosti diskutovať [20]. Edukácia zdravotníkov o problematike obezity a praktický nácvik zásad komunikácie už počas štúdia preukázateľne zvyšuje ich sebavedomie a empatiu, komunikačné zručnosti a znižuje negatívne stereotypy týkajúce sa obezity [21]. Holistický prístup k človeku a „spoznanie" pacienta nám celý proces liečby obezity významne uľahčuje (napríklad informácie o zázemí a stabilite v živote nám pomáhajú určiť, či je pacient „pripravený" o hmotnosti diskutovať a ako úspešný by jeho manažment mohol byť, prípadne ktorou cestou sa vybrať) [22,23].

**Používaním tzv. otvorených otázok** umožňujeme pacientom zamyslieť sa nad svojím životom a životným štýlom [24]. Používanie otvorených otázok dáva pacientom príležitosť slobodne vyjadriť svoje myšlienky a pocity a nám tie ich pocity lepšie pochopiť, porozumieť i prípadným obavám, motiváciám a bariéram (napr.: „Ako sa cítite telesne? Čo si myslíte o svojom zdravotnom stave? Znepokojuje vás niečo v súvislosti s vašim životným štýlom? Čo pre vás znamená zdravo sa stravovať?" atď). Aktívne načúvanie pacientovi a nesúdiaci prístup celý vzťah lekár-pacient posilňujú. Jazyk, akým s pacientmi komunikujeme, slová, ktoré volíme, a tón hlasu, ktorým sa prihovárame, determinujú to, ako pohodlne sa budú v našej spoločnosti cítiť a následne spolupracovať [25,26].

## Prístup zameraný na človeka a tzv. nestigmatizujúci jazyk

Najlepším spôsobom ukotvenia princípov rešpektu a empatie v zdravotnej starostlivosti je osvojenie si a aktívne používanie nestigmatizujúceho jazyka [27] a uve-

proLékaře.cz | 1.11.2026



domenie si, že na prvom mieste je človek a nie jeho diagnóza [28].

**Prístup zameraný na človeka** (Person-Centered Care alebo Patient-Centered Care) kladie dôraz na celostný (holistický) pohľad na človeka, zahŕňajúc nielen jeho fyzické, ale aj sociálne a psychologické potreby v živote. Cieľom je vytvoriť zdravotnú starostlivosť, ktorá je prispôsobená individuálnym potrebám pacienta. Kľúčové princípy prístupu zameraného na človeka sú úcta, empatia, podpora a dôstojnosť. Pacienti sú vnímaní ako jednotlivci s unikátnymi hodnotami, preferenciami a potrebami. Pacienti by mali byť aktívne zapojení do rozhodovania o svojom zdravotnom stave a liečbe. To zahŕňa poskytovanie informácií a vysvetlení, ktoré sú zrozumiteľné, jasné, úplné a relevantné. Výskumy preukazujú, že pacienti, ktorí sú aktívne zapojení do procesu svojej zdravotnej starostlivosti, majú lepšie zdravotné výsledky a bývajú so zdravotnou starostlivosťou viac spokojní [27].

**Nestigmatizujúci jazyk v medicíne** (Person-First Language alebo People-First Language) [29] je štandardom pre úctivé zaobchádzanie s pacientmi s chronickými ochoreniami. Cieľom je vyhýbať sa definovaniu identity človeka na základe jeho zdravotného stavu. Do ambulancie prichádza človek, nie diagnóza alebo ochorenie [28]. V súvislosti s obezitou to znamená používanie slov a výrazov, ktoré minimalizujú negatívne predsudky a neodrážajú zahanbujúce alebo odsudzujúce postoje (napr. používame výraz „pacient s obezitou" namiesto „obézny pacient"). Pacienti považujú slová ako obézny, morbídne obézny za stigmatizujúce a nežiaduce [30]. Aktívne používanie nestigmatizujúceho jazyka pomáha zvyšovať pacientovu sebaúctu a znižovať pocity hanby a viny, predsudky a diskrimináciu, čím sa vytvára pozitívnejšie a inkluzívnejšie prostredie.

## „Good news" alebo „dobré správy"

To, že na zvolených slovách záleží a že spôsob, akým s pacientom komunikujeme, ovplyvňuje proces a výsledky jeho liečby z krátkodobého i dlhodobého hľadiska, dokazujú i výstupy ďalšieho výskumu. Ten sa zameral na 3 spôsoby podávania informácií a odporúčaní, a to formou tzv. „dobrej správy", „zlej správy" alebo neutrálne. Prístup v štýle „dobrých správ" (Good News) je založený na optimizme, empatii a podpore. Pri komunikácii s pacientom sa zameriavame na pozitíve aspekty vyplývajúce zo zmeny životného štýlu. Zdôrazňujeme výhody i minimálnej redukcie hmotnosti, odporúčania a riešenia formulujeme ako príležitosti (napr.: „Dobrou správou je, že je dokázané, že už i mierny úbytok hmotnosti výrazne znižuje riziko týchto ochorení…."). Odprezentovanie liečby obezity ako pozitívnej príležitosti bolo v porovnaní s neutrálnym alebo negatívnym prístupom (napr. zdôrazňovanie škodlivosti obezity) spojené s jej väčším prijatím, zaangažovaním a väčšou výslednou redukciou hmotnosti [26].

## Technika 5A ako praktický návod a univerzálny prístup k efektívnemu manažmentu obezity (medicína založená na dôkazoch)

Cieľom komunikačnej techniky 5A je uľahčiť poradenstvo a manažment obezity a s obezitou súvisiacich zdravotných komplikácií. Je to ľahko použiteľný 5-krokový plán, ktorý kladie dôraz na realistické, merateľné a udržateľné stratégie liečby obezity s cieľom zlepšenia celkového zdravia (wellbeing), a nie len „čísiel". Technika modelu 5A preukázateľne povzbudzuje k spolupráci, zvyšuje motiváciu pacienta, podporuje pozitívne zmeny správania a dôveru. 5A predstavuje jasný a systematický prístup, ktorý je ľahko implementovateľný v klinickej praxi [31,32]. Model 5A je založený na 5 krokoch: opýtaj sa (**Ask**), zhodnoť/vyšetri (**Assess**), poraď/odporuč (**Advise**), dohodni sa na/súhlas (**Agree**) a pomáhaj/asistuj (**Assist**). Každý krok má svoj špecifický účel a cieľ.

- **Ask:** Požiadať o povolenie o hmotnosti diskutovať (iniciovať rozhovor). Ako začať? Môžeme napr. využiť pravidelné lekárske prehliadky a meranie BMI (napr. „Naše merania naznačujú, že máte nadváhu. Spomenuli ste niekoľko príznakov, ako je únava a boľavé kolená, ktoré s tým môžu súvisieť. Chceli by ste sa o tom porozprávať?" alebo „Bolo by v poriadku, keby sme sa porozprávali o vašej hmotnosti/o vašich zdravotných ťažkostiach?"). Nápomocné v tejto fáze môžu byť tzv. otvorené otázky (napr. „Zmenila sa v poslednom období vaša výkonnosť?"). Dôležité je zistiť štádium pripravenosti na zmenu. Dotazník zameraný na pripravenosť na zmenu je ako špeciálny doplnok uverejnený v Štandardnom diagnostickom a terapeutickom postupe na komplexný manažment nadhmotnosti/obezity v dospelom veku – 2. revízia [8]. Ide o jednoduchý 4-otázkový dotazník, ktorý nám pomôže zhodnotiť, v akej fáze pripravenosti na zmenu sa pacient nachádza (fáza prekontemplácie, kontemplácie, pripravenosti na zmenu, aktívnej zmeny, udržiavacia fáza, relaps) [8].
- **Assess**: Vyhodnotiť zdravotný stav pacienta (napr. stupeň obezity, pridružené komplikácie), stravovacie návyky, fyzickú aktivitu a psychologické faktory (prípadné hnacie sily, komplikácie a prekážky). Komplexné informácie o životnom štýle pacienta pomôžu vytvoriť individualizovaný plán liečby.
- **Advise**: Vysvetliť zdravotné riziká obezity, možnosti jej liečby, výhody i miernej redukcie hmotnosti, potrebu dlhodobej udržateľnej stratégie. Poskytnúť pacientovi jasné a dôveryhodné informácie, praktické rady a povzbudzovať k pozitívnym zmenám.
- **Agree**: Súhlasiť s konkrétnymi postupmi a cieľmi. Reflektovať pacientove (i nereálne) predstavy a plány (s dôrazom na medicínu založenú na dôkazoch). Dohodnúť sa na krokoch, ktoré sú realistické a dosiahnuteľné.
- **Assist**: Edukovať, poskytovať ďalšie kontakty, materiály, zdroje a informácie potrebné na dosiahnutie

proLékaře.cz | 1.11.2026



cieľov (napr. výživové poradenstvo, programy cvičenia, podporné skupiny, centrá, aplikácie atď). Pravidelne sledovať pokrok, vyhodnocovať prekážky v prípade neúspechov [31,32]. Je dôležité, aby pacient nenazeral na svoje predchádzajúce pokusy ako na „zlyhania", ale skôr ako na príležitosti učiť sa.

Psychoterapia by mala byť u všetkých pacientov s (pre)obezitou ako jeden z podporných pilierov úspešnej redukcie telesnej hmotnosti. Využíva sa najmä kognitívno-behaviorálna terapia a realizuje sa individuálne alebo skupinovo [33].

## Záver

Celospoločenská edukácia spolu s preventívnymi opatreniami sú v boji s obezitou kľúčové. Vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov o základných príčinách obezity, vrátane mnohých nekontrolovateľných faktorov, a ich plné uznanie pomáha znižovať predsudky, a tým pádom zvyšuje šance na úspešnú (ideálne personalizovanú a interdisciplinárnu) liečbu. Školenia zamerané na rozvoj komunikačných zručností by zdravotníckym pracovníkom umožnili získať väčšiu sebadôveru pri nastolovaní témy obezity. Implementácia techniky 5A do manažmentu obezity a jej aktívne používanie, spolu s nestigmatizujúcim jazykom a holistickým prístupom k pacientovi, môžu výrazne zlepšiť pacientovu motiváciu, adherenciu, a tým aj kvalitu života a výsledky liečby.

### Literatúra


**1.** [World Health Organization]. Controlling the global obesity epidemic [online]. WHO 2024. Dostupné z WWW: <https://www.who.int/activities/controlling-the-global-obesity-epidemic>.

**2.** [World Health Organization]. Health service delivery framework for prevention and management of obesity [online]. World Health Organization: 2023. Dostupné z WWW: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240073234>.

**3.** Busetto L, Dicker D, Frühbeck G et al. A new framework for the diagnosis, staging and management of obesity in adults [online]. Nat Med 2024; 30(9): 2395–2399. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1038/s41591–024–03095–3>.

**4.** Ralston J, Brinsden H, Buse K et al. Time for a new obesity narrative. Lancet. 2018;392(10156):1384–1386. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/S0140–6736(18)32537–6>.

**5.** World Health Organization. World Obesity Atlas 2024 [online]. World Health Organization. 2024. Dostupné z WWW: <https://data.worldobesity.org/publications/WOF-Obesity-Atlas-v7.pdf)>.

**6.** Wharton S, Lau DCW, Vallis M et al. Obesity in adults: a clinical practice guideline [online]. CMAJ. 2020. Dostupné z WWW: <https://www.cmaj.ca/content/192/31/E875>.

**7.** Lingvay I, Cohen RV, le Roux CW et al. Obesity in adults. Lancet 2024; 404(10456): 972–987. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/S0140–6736(24)01210–8>.

**8.** Fábryová Ľ, Kissová V, Minárik P et al. Štandardný diagnostický a terapeutický postup na komplexný manažment nadhmotnosti/obezity v dospelom veku 2. revízia. Schválené štandardné postupy [online]. 2023. Dostupné z WWW: <https://www.health.gov.sk/?Standardne-Postupy-V-Zdravotnictve>.

**9.** Feng Z, Fang C, Ma Y et al. Obesity-induced blood-brain barrier dysfunction: phenotypes and mechanisms [online]. J Neuroinflammation 2024; 21(1): 110. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12974–024–03104–9>.

**10.** Neto A, Fernandes A, Barateiro A. The complex relationship between obesity and neurodegenerative diseases: an updated review. Front Cell Neurosci 2023; 17: 1294420. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.3389/fncel.2023.1294420>.

**11.** Pereira-Miranda E, Costa PRF, Queiroz VAO et al. Overweight and Obesity Associated with Higher Depression Prevalence in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Am Coll Nutr 2017; 36(3): 223–233. Dostupné z DOI: <https://doi.org/10.1080/07315724.2016.1261053>.

**12.** Friedman M, Chang R, Amin ZM et al. Understanding the bidirectional association between obesity and risk of psychological distress and depression in young adults in the US: available evidence, knowledge gaps, and future directions. Front Psychiatry 2025; 15: 1422877. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1422877>.

**13.** Weiss F, Barbuti M, Carignani G et al. Psychiatric Aspects of Obesity: A Narrative Review of Pathophysiology and Psychopathology. J Clin Med 2020; 9(8): 2344. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.3390/jcm9082344>.

**14.** Rubino F, Puhl RM, Cummings DE et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity [online]. Nat Med. 2020; 26(4):485–497. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1038/s41591–020–0803-x>.

**15.** Brown A, Flint SW, Batterham RL. Pervasiveness, impact and implications of weight stigma. EClinicalMedicine 2022; 47:101408. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101408>.

**16.** Puhl RM, Lessard LM, Himmelstein MS et al. The roles of experienced and internalized weight stigma in healthcare experiences: Perspectives of adults engaged in weight management across six countries [online]. PLoS One 2021; 16(6): e0251566. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0251566>.

**17.** Salas XR, Forhan M, Caulfield T et al. Addressing Internalized Weight Bias and Changing Damaged Social Identities for People Living With Obesity [online]. Front Psychol 2019; 10: 1409. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01409>.

**18.** Nutter S, Saunders JF, Waugh R. Current trends and future directions in internalized weight stigma research: a scoping review and synthesis of the literature [online]. J Eat Disord 2024; 12(1): 98. Dostupné z DOI: <https://doi.org/10.1186/s40337–024–01058–0>.

**19.** Sutin AR, Stephan Y, Terracciano A. Weight Discrimination and Risk of Mortality [online]. Psychol Sci 2015; 26(11): 1803–1811. Dostupné z DOI: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4636946/>.

**20.** Auckburally S, Davies E, Logue J. The Use of Effective Language and Communication in the Management of Obesity: the Challenge for Healthcare Professionals. Curr Obes Rep 2021; 10(3): 274–281. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s13679–021–00441–1>.

**21.** Kushner RF, Zeiss DM, Feinglass JM et al. An obesity educational intervention for medical students addressing weight bias and communication skills using standardized patients [online]. BMC Med Educ 2014; 14: 53. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1472–6920–14–53>.

**22.** Ashman F, Sturgiss E, Haesler E. Exploring self-efficacy in Australian general practitioners managing patient obesity: a qualitative survey study [online]. Int J Family Med 2016; 2016: 8212837. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2016/8212837>.

**23.** Sturgiss E, Haesler E, Elmitt N et al. Increasing general practitioners' confidence and self-efficacy in managing obesity: a mixed methods study. BMJ Open 2017; 7(1): e014314. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016–014314>.

**24.** O'Shea D, Kahan S, Lennon L et al. Practical Approaches to Treating Obesity: Patient and Healthcare Professional Perspectives [online]. Adv Ther 2021; 38(7): 4138–4150. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s12325–021–01748–0>.

**25.** Glenister K, Opie CA, Wright J. Preferred language regarding overweight and obesity in general practice: a survey of predominantly rural Australian adults. Aust J Prim Health 2018; 24(5): 391–397. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1071/PY18023>.

**26.** Albury C, Webb H, Stokoe E et al. Relationship Between Clinician Language and the Success of Behavioral Weight Loss Interventions : A Mixed-Methods Cohort Study. Ann Intern Med 2023; 176(11): 1437–1447. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.7326/M22–2360>.

proLékaře.cz | 1.11.2026



**27.** Durrer Schutz D, Busetto L, Dicker D et al. European Practical and Patient-Centred Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care. Obes Facts 2019; 12(1): 40–66. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1159/000496183>.

**28.** EASO (European Association for the Study of Obesity). Person First Language Guide: Addressing Weight Bias [online]. EASO: 2024. Dostupné z WWW: <https://easo.org/wp-content/uploads/2024/05/Person-First-Language-guide-addressing-Weight-Bias.pdf>.

**29.** [Obesity Action Coalition]. Weight Bias. People-First Language. OAC. 2025. Dostupné z WWW: <https://www.obesityaction.org/action-through-advocacy/weight-bias/people-first-language/>.

**30.** Auckburally S, Davies E, Logue J. The Use of Effective Language and Communication in the Management of Obesity: the Challenge for Healthcare Professionals. Curr Obes Rep 2021; 10(3): 274–281. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s13679–021–00441–1>.

**31.** Jay M, Gillespie C, Schlair S et al. Physicians' use of the 5As in counseling obese patients: is the quality of counseling associated with patients' motivation and intention to lose weight? [online]. BMC Health Serv Res 2010; 10: 159. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1472–6963–10–159>.

**32.** Vallis M, Piccinini-Vallis H, Sharma AM et al. Clinical review: modified 5 As: minimal intervention for obesity counseling in primary care. Can Fam Physician 2013; 59(1): 27–31.

**33.** Fábryová Ľ (ed) et al. Klinická obezitológia. Facta Medica: Brno 2023. ISBN 978–80–88056–16–4.