

Jihočeska univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Vliv nesprávné životosprávy na výskyt obezity u dětí školního
věku**

Bakalářská práce

Autor práce:
Šárka Lupíšková

Vedoucí práce:
Mgr. Alena Machová

2007

Abstract

Child obesity is becoming a huge problem not just in the Czech Republic, but also among other developed countries. The World Health Organization (WHO) claimed that obesity is a plague of the 21st century. There was a noticeable prevalence of obesity and overweight in industrialized countries and also in the Southern Hemisphere. Although adult obesity has been increasing, the number of obese children has gone up even more rapidly. Currently, in the Czech Republic, nine percent of children are overweight and six percent of children are obese. There are even 4-year-old or 5-year-old children who are 50 kilograms.

The theoretical part consists of children's health care, the educational role of nurses in primary care, its definition, its purpose, its diagnostics, health risks, and the prevention of obese children. In the theoretical part we focus on the role of school nurse and her importance in the Czech Republic.

The object of my graduation work was to get an overview of school children's obesity in selected schools in West Bohemia. The scheduled targets were fulfilled. Included in the research were two pre-set assumptions.

The first assumption was that the eating habits of school age children do not correspond with rational nutrition. It was not confirmed because it was found that in our research only a minority of pupils don't keep up with the principals of rational nutrition. The second assumption stated that insufficient physical activity influences the occurrence of obesity of school age children. This hypothesis was confirmed. Pupils in their leisure time do not pay attention to physical activity at all. They usually watch TV, play PC games, or use PCs for school and other purposes.

The research results should be used in the education plan for pupils, teachers and nurses in primary care, they also should improve the lifestyle of school age children, explain to them the importance of a correct way of living. And, in the last place, the results should help to forge good cooperation in the area of obesity prevention and in the area of school age children's lifestyles.

PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma: „Vliv nesprávné životosprávy na výskyt obezity u dětí školního věku“ vypracovala samostatně a použila jsem jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. V platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou poštou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkou.

Datum:

Podpis:

PODĚKOVÁNÍ:

Děkuji tímto paní Mgr. Aleně Machové za odborné vedení, trvalý zájem a cenné rady při psaní mé bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD	3
1. Současný stav	5
1.1 Pediatrie	5
1.1.1 Historie dětského lékařství a ošetrovatelství	5
1.1.2 Zdravotní systém péče o dítě	5
1.1.3 Edukační role sestry v primární péči	7
1.1.4 Charakteristika dětského období	8
1.2 Obezita u dětí	11
1.2.1 Definice obezity	11
1.2.2 Historie obezity	12
1.2.3 Stupně a typy obezity	13
1.2.4 Úloha sestry v diagnostice obezity u dětí	14
1.2.5 Etiopatogeneze dětské obezity	15
1.2.6 Základní živiny a jejich vliv na rozvoj obezity	17
1.2.7 Zdravotní rizika dětské obezity	20
1.2.8 Úloha sestry primární péči v prevenci obezity	22
1.2.8.1 Kojení a obezity	23
1.2.9 Úloha sestry v terapii obezity u dětí	24
1.2.9.1 Redukční dieta	25
1.2.9.2 Pohybová aktivita	26
1.2.9.3 Kognitivně behaviorální léčba	26
1.2.9.4 Lázeňská léčba	27
1.2.10 Edukace sestrou v oblasti racionální výživy	28
1.3 Role školní sestry	31
1.3.1 Nejčastější potíže školních dětí	32
1.3.2 Školní sestra v České Republice	33
2. Cíl práce a hypotézy	34
3. Metodika	35
4. Výsledky	37

5. Diskuze	70
6. Závěr	76
7. Seznam použitých zdrojů	78
8. Klíčová slova	81
9. Přílohy	82

ÚVOD

Lidské tělo je dobře uzpůsobeno ke skladování energie. Tato naše obdivuhodná schopnost má původ v minulosti, kdy naši předkové prožívali období hojnosti, která se pravidelně střídala s obdobím nouze. To bylo možné přežít jen díky nastřádané energii v tukových zásobách. Obezita byla projevem bohatství, úspěchu, dokonce i zdraví. Svědčila o tom, že člověk je blahobytný, netrpí nouzí a nemusí tělesně pracovat. Bývala však spíše vzácností. Většina lidí bohatá nebyla, sotva se jim dostávalo prostředků na běžnou obživu a každodenní náročná tělesná práce všechnu energii spotřebovala.

Dětská obezita se stává velkým problémem nejen u nás, ale i ve všech vyspělých zemích světa. Světová zdravotnická organizace prohlásila obezitu za epidemii 21. století. K vzestupu prevalence nadváhy a obezity dochází nejenom v rozvinutých státech světa, ale v současnosti je zaznamenáván vzestup počtu obézních v oblasti jižní polokoule. Vzestupný trend je pozorován nejen u dospělé populace, ale zvláště rizikový je nárůst počtu obézních dětí. V České republice má přibližně devět procent dětí nadváhu, počet obézních dosahuje v současné době šest procent. Výjimkou nejsou ani čtyřleté a pětileté děti s 50 kilogramy.

Spousta rodičů si myslí, že jejich dítě z obezity vyroste. To je ale pouze iluze. V naprosté většině případů bývá obezita důsledkem špatné životosprávy, která se dá stručně charakterizovat: málo pohybu, příliš jídla. Změnit životosprávu je možné, ale určitě ne snadné. Dětská obezita se v současné době projevuje jako velmi závažným problémem, proto je jí věnováno stále více pozornosti – ze strany médií, odborníků na výživu či pedagogů. Bohužel ti, kteří mají největší vliv na obézní děti – jejich rodiče – často kila navíc u svých dětí nevidí, nebo je záměrně ignorují. Nezřídka totiž mají sami problémy s vyšší hmotností a vychovávají tak i své děti.

Obezita není jen kosmetickou vadou. Vzhledem ke zdravotním rizikům, která jsou s ní spojena, se stává z osobního problému jednotlivce závažný zdravotní, a svým rozsahem i společenským a ekonomickým problémem 21. století, který se netýká pouze dospělých. Obézní děti jsou negativně hodnoceny svým okolím již od mateřské školy. Dostávají nálepku „tlustý“, což se blíží pojmům líný a nemotorný. Často nemají ani

kamarády. Obézní dítě se cítí méněcenné, trpí úzkostnými pocity, depresemi a sebeobviňováním. Jsou pohybově méně obratné, vyhýbají se společnosti vrstevníků, uzavírají se do sebe a své negativní pocity se snaží eliminovat jídlem, po kterém přibírají další kila. Tím se vytváří uzavřený kruh, celá situace se zhoršuje a její terapeutické řešení je velmi svízelné.

Obezita se však negativně odráží nejen na psychice dítěte, ale i na jeho celkovém zdravotním stavu. Nadváha má vliv na látkovou výměnu. V období růstu nadměrně zatěžuje pohybový aparát, který se v dětství rychle vyvíjí. Děti trpí bolestmi kloubů, mají ortopedické problémy, vyšší krevní tlak, vyšší hladinu cholesterolu a triglyceridů. Obezita přispívá i k rozvoji cukrovky, hypertenze, ischemické choroby srdeční, častá jsou i onemocnění žaludku či hormonální poruchy, ale také mají kožní a dýchací obtíže.

Jen u pěti procenta dětí stojí za obezitou hormonální nebo genetické onemocnění, v ostatních případech, tedy ve valné většině, se na nadbytečných kilogramech podílí nevhodná strava a životní styl, zejména málo pohybu. Přirozený pohyb přestal být součástí života dětí. Důležitý je význam rodiny, protože se stává pro dítě modelem. Dospělí dávají svým dětem často špatný příklad nejen v tom, že se stravují nezdravě, ale také sami ani nesportují a nedělají nic pro své zdraví.

Léčba obézního dítěte je velmi složitá a vyžaduje spolupráci celé rodiny. Nejlepší řešení problému spočívá v prevenci obezity, o které by sestra měla dostatečně edukovat nejen samotné obézní děti, ale i jejich rodiče.

Téma mé bakalářské práce jsem si vybrala na základě vlastních zkušeností z praxe, že problematika dětské obezity je stále výrazně podceňována laickou veřejností. Cílem mé bakalářské práce je zmapovat životní styl žáků na základní škole, především jejich stravovací návyky, pohybovou aktivitu a názory dětí a pedagogů na přítomnost sestry ve škole.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Pediatrie

Pediatrie je základním lékařským oborem, který se zabývá vyvíjejícím se lidským jedincem od jeho narození do dospělosti. Zvláštní zřetel je kladen na soulad tělesného, duševního a sociálního vývoje dítěte v souvislostech zdraví a nemoci, s důrazem na preventivní složku péče a prosazování zdravého způsobu života.

Hlavním úkolem pediatrie v komplexní celospolečenské péči o dítě je primární péče. Pediatrie se zaměřuje na společenské postavení dětí ve vztahu k rodině, škole, společnosti. Zvláště si všímá dětí ohrožených, které pro jakýkoli handicap vyžadují zvláštní pomoc společnosti. Takovouto pomoc potřebují vedle dětí chronicky nemocných i děti postižené, opuštěné, nemanželské nebo jinak ohrožené – např. týrané a zneužívané. (19)

1.1.1 Historie dětského lékařství a ošetřovatelství

Již nejstarší zachované písemnosti z dob starověku se zmiňují o postupech ošetřování dětí, obsahují rady a doporučení, jak s dětmi zacházet. Vůbec nejstarší dochovanou písemnou zprávou jsou babylonské nápisy z druhého tisíciletí př.n.l., které obsahují „Pokyny kojným“.

V antických spisech nalézáme již podrobnější řešení některých specifických dětských potíží, které popisují zdravotnické spisy Hippokratovy a Galény.

Zprávy ze středověku se o dětech zmiňují jen okrajově, a to v souvislostech s útulky pro děti nemanželské, osiřelé a odložené. Takzvané nalezince vznikaly po celé Evropě již od 8. století a měly velký význam pro pokrok v poznání dětského vývoje a specifických dětských nemocí i v rozvoji péče o zdravé a nemocné děti.

První dětská nemocnice byla založena v roce 1802 v Paříži. První dětská nemocnice v Praze byla německá a byla založena v roce 1842. První česká dětská klinika pak byla otevřena v roce 1902. Po vzniku Československé republiky vznikla u nás řada dětských oddělení při velkých nemocnicích, kde již byla poskytována potřebná specializovaná péče dětem i v nejmladších věkových kategoriích. Po druhé světové válce byla

vybudována dětská oddělení postupně ve všech nemocnicích I., II., a III. typu. Na potřeby tohoto trendu reagovala Univerzita Karlova v roce 1953 založením fakulty dětského lékařství. Stejně tak reagoval i systém středních zdravotnických škol výchovou dětských sester. (19)

1.1.2 Zdravotní systém péče o dítě

Péče o dítě je jednou z nejdůležitějších oblastí celospolečenských úkolů ovlivňujících zdraví celé populace. Na komplexní péči o dítě se podílí celá řada společenských struktur. Jsou to vedle rodiny další společenské slupiny (předškolní, školní, zájmové, přátelé) a další společenské úseky – zdravotnictví, školství, sociální péče. Pediatrie jako obor zabývající se vyvíjejícím se jedincem tvoří základní článek komplexní péče o dítě a podle potřeb poskytuje péči ambulantní a lůžkovou.

Ambulantní primární péče je soubor všech činností poskytovaných zdravotnickými pracovníky – v případě dětí praktickým lékařem pro děti a dorost a dětskou sestrou. Ambulantní primární péče je zaměřená na ochranu zdraví a sledování zdravého vývoje, na prevenci nemocí a jejich léčbu, případně následnou rehabilitaci. Tato primární péče je poskytována pokud možno v místě bydliště pacienta či v jeho blízkosti.

Primární péče musí být snadno dostupná. Praktický lékař pro děti a dorost pečuje o děti ve všech fázích jejich vývoje ve zdraví i nemoci. Naprosto nezastupitelnou úlohu v poskytování této péče hraje vzdělaná dětská sestra s dostatečnými znalostmi problematiky péče o dítě ve všech věkových kategoriích. Taková sestra v primární péči se podílí na provádění preventivních i léčebných úkonů, ale zejména spolupracuje při hodnocení psychomotorického vývoje, dovedností dítěte, schopnosti komunikace nejen dítěte, ale i matky a celé rodiny. Dětská sestra také často mnohem lépe dokáže odhadnout společenskou a hygienickou úroveň rodiny, schopnost matky správně se o dítě postarat, schopnost rodiny poskytnout dítěti jistoty, zázemí, citové vazby. V této problematice je dětská sestra často matce bližším rádčem než lékař.

Praktický lékař pro děti a dorost a sestra ve spolupráci s ostatními odborníky odhalují vrozené vady a dispozice, ovlivňují životní styl, stravovací návyky, přístup ke zlovykům. Podporují pozitivní postoje rodiny k dítěti, okolí a společnosti. Podílejí se na systému sledování životního prostředí a jeho působení na nejmladší populaci. Včas a účinně léčí zjištěné choroby a vývojové vady. V případech možného ohrožení vývoje, zdraví nebo i života dítěte při selhání funkce rodiny pomáhá dítěti zajistit náhradní rodinnou péči. (19)

Lůžková péče zabezpečuje hospitalizaci nemocných dětí, jejichž stav neumožňuje ambulantní péči. Tato péče je poskytována v lůžkových zařízeních – dětských odděleních nemocnic, případně v návaznosti i ve specializovaných odborných centrech velkých a fakultních nemocnic.

Hospitalizace dítěte je ovšem vážným zásahem do jeho života. Adaptace dítěte na nemocniční prostředí je obtížná, často sama o sobě traumatizující dětskou psychiku. Proto hlavní snahou pediatrie je co největší podíl péče poskytovat dítěti v rodině. Pokud již je hospitalizace nezbytná, pak se sestry snaží prostředí co nejvíce přiblížit přirozenému prostředí rodiny včetně přítomnosti členů rodiny u nemocného. Úkolem sestry je přizpůsobit denní režim i prostory co nejvíce dětským potřebám. (19,32)

1.1.3 Edukační role sestry v primární péči

Primární zdravotní péče vychází z práva lidí na zdraví a je založena na principech programu „Zdraví pro všechny“. Primární péče se realizuje ve zdravotnických zařízeních, rodinách nebo komunitě. Zdravotní výchova je jedním z nejdůležitějších a nejnáročnějších úkolů sestry. „Sestry jsou největší skupinou zdravotnických pracovníků, která je v úzkém a velmi častém styku s veřejností. Proto mají možnost působit na zdraví celého národa“ (28, s. 81). Jejím cílem je dosáhnout u lidí přebírání zodpovědnosti za své zdraví a uvědomění si jeho důležitosti. Sestra, která chce ovlivnit kladným způsobem život jiných lidí, by měla sama být příkladem dobrého zdraví a musí si ujasnit svoji filozofii výchovy a vzdělání.

Sestra přebírá úlohu učitele, poradce, obhájkyně, manažerky zdraví. Aby mohla sestra plnit funkci edukátorky, musí být respektována dalšími zdravotnickými pracovníky v oblasti zdravého životního stylu. Sestra by se měla snažit změnit postoje a chování lidí tak, aby přijali „zdravý životní styl“. Primární zdravotní péče je zaměřena na zdravé lidi. Jejím cílem je předcházet zdravotním problémům. Do této kategorie spadá převážně zdravotní výchova dětí a mládeže. (28, 15)

Práce ambulantních sester je zaměřena kromě jiného i na péči o zdraví dětí a mladistvých. Provádí zdravotní výchovu školních dětí, která je zaměřena na zdravou výživu, osobní hygienu, výchovu k rodičovství, prevenci pohlavních chorob, výchovu k nekuřáctví a výchovu proti alkoholismu. (30)

Preventivné péče by měla být základem veškerých činností péče o děti. Cílem i obsahem práce sestry je aktivní vyhledávání dětí ohrožených z hlediska somatického, psychického i sociálního. Neméně důležitá je spolupráce s ostatními odborníky, především se školskými zařízeními. Sestra v ordinaci dětského lékaře by měla rodiče dětí edukovat o nutnosti správné životosprávy a dostatečné pohybové aktivitě.

1.1.4 Charakteristika dětského období

Prenatální období je období nitroděložního vývoje a je nedílnou součástí dětského věku. Za fyziologických podmínek trvá 40 týdnů. Prenatální období označuje dobu od početí do přerušení pupečníku. Porodem končí prenatální období a přerušením pupečníku začíná samostatný, postnatální život dítěte. Dětský věk trvá od okamžiku porodu do konce 18. roku života. Je to období charakterizované prudkými somatickými a funkčními změnami. Všechny etapy dětského věku se liší stupněm tělesného a duševního vývoje. Dětský věk se dělí na období novorozenecké, kojenecké, batolecí, předškolní, školní a dorostové. (19, 35)

Novorozenecké období (neonatální) zahrnuje dobu od narození do ukončeného 28. dne života. Od okamžiku porodu do 7. dne jde o tzv. časně novorozenecké období. Ihned v prvních hodinách po narození probíhá složitá adaptace novorozence na nové podmínky. Základní změny se týkají krevního oběhu, dýchání, příjmu potravy,

schopnosti udržení tělesné teploty, vodní a iontové rovnováhy a změny zevního prostředí. Zvláštní pozornost musí dětská sestra a porodní asistentka věnovat vytvoření úzkého vztahu mezi matkou a dítětem od okamžiku porodu a správné výživě odpovídající potřebám fyziologického vývoje dítěte. (19, 35)

Kojenecké období probíhá od konce 28. dne do konce 1. roku. Je to období největšího a nejintenzivnějšího růstu a nejbouřlivějšího psychomotorického vývoje. Růst vyžaduje mimořádně vysoký energetický příjem a vhodné složení potravy, což v prvních 6 měsících života nejlépe zabezpečí kojení. Předčasná umělá výživa zatěžuje trávicí ústrojí, vede k jeho osídlení nevhodnými bakteriemi a vyššímu výskytu infekcí a alergií v pozdějším věku. V kojeneckém období funkčně dozrává nervový systém. Rozvíjí se motorika – kojeneček postupně mění polohu, učí se sedět, lézt a chodit. Začíná rozumět řeči a vyslovovat jednotlivé slabiky i jednoduchá slova. Začíná mu růst mléčný (dočasný) chrup. (19, 35)

Kojenci jsou pravidelně kontrolováni dětským lékařem a dětskou sestrou v kojeneckých poradnách, neustále je sledován a stimulován jejich psychický, motorický a citový vývoj. Jejich obranyschopnost se zvyšuje očkováním. Nejlepší rovnoměrný vývoj kojence do 1. roku zabezpečí stálá přítomnost matky a harmonické rodinné prostředí. (19, 35)

Batolečí období se dělí na dvě části: mladší batolata (do 2 let) a starší batolata (od 2 do 3 let věku). Je to období dalšího růstu a vývoje, růst je však již pozvolnější. Uzavírá se velká fontanela. Je dokončováno prořezávání mléčného chrupu. Převažuje psychický vývoj nad motorickým. Největší pokrok zaznamenává řeč a myšlení. Dítě se postupně učí základním společenským a hygienickým návykům. Charakteristické pro toho období je pohyb, zvědavost, mimořádná a trvalá aktivita. Batole je při pohybech obratnější, dobře stojí, chodí nebo běhá. Má radost z pohybu, snaží se poznávat své okolí i za cenu neúmyslného poškozování různých předmětů nebo za cenu vlastního úrazu. Úrazy jsou v tomto období nejčastější, proto by dětská sestra měla informovat rodiče o možných rizicích. (19, 35)

Postupně (podle toho, jak se dítě učí kousat) se přechází ze stravy mleté, kašovitě na stravu s menšími, později i většími kousky. Batolečí strava se svou

strukturou a režimem blíží stravě dospělých. Měly by se respektovat zásady jako je omezení soli a koření, dostatečný příjem tekutin a bílkovin (mléko, mléčné výrobky) Dětská sestra by měla poučit rodiče o dodržování těchto zásad. (19, 35)

Předškolní období začíná ukončením batolecího období po 3. roce života a trvá do doby školní zralosti. Růst pokračuje mírnějším tempem. Ke konci tohoto období začne výměna dočasného chrupu za chrup trvalý. Motorika dítěte je jemnější a obratnější. Rozvíjí se psychika a řeč dítěte, zvyšuje se jeho slovní zásoba, objevuje se u něj smysl pro kolektiv, projevuje se osobnost a nadání. Dítě si uvědomuje vlastní „já“, dochází k vytváření a fixaci mezilidských vztahů. Předškolní věk končí nástupem základní školní docházky po splnění podmínek školní zralosti. Pojmeme školní zralost rozumíme takový stupeň tělesného a duševního vývoje, který je nevyhnutelným předpokladem úspěšného zvládnutí školních požadavků. Kritériem pro posouzení školní zralosti je standardizovaný test. Dítě se zkouší ve třech grafických projevech: kreslí z paměti postavu (event. domeček), opisuje předkreslené písmo, podle předlohy kreslí obrazec složený z deseti bodů. Dále se hodnotí: vůle, soustředění, vytrvalost, schopnost komunikace, pohyb ruky, sociální adaptace, podřízení se práci v kolektivu, podřízení se vedení. Výkony se známkuje 1 až 5. Je-li to nutné, žádá se o odklad školní docházky na základě vyjádření dětského lékaře a většinou i dětského psychologa. Děti v předškolním věku mají jídelníček dospělých s dostatkem tekutin, mléčných výrobků a vitamínů v 5 denních dávkách. (19, 35)

Školní věk trvá od nástupu do školy do ukončení základní školní docházky (od 6 do 15 let). Do 12. let jde o tzv. mladší školní věk, kde dochází ke školní adaptaci, získávání základních školních návyků, první znalosti a dovednosti. Po 12. roce jde o starší školní věk, který je charakteristický mohutným nárůstem duševní kapacity, schopnostmi přijímat nové poznatky a uchovávat je v paměti. V této době se zdokonaluje proces učení, získávání znalostí, dovedností a vzdělání. Nástup do školy je závažnou změnou v životě dítěte. Mění se jeho denní režim, charakter prostředí, v němž tráví převážnou část dne, i míra a druh zátěže. Stále více musí své chování podřizovat vůli kolektivu, přestává být ovlivňováno pouze prostředím rodiny. Puberta nastupuje u chlapců v 11 až 13 letech, u dívek o 1 rok dříve. V období puberty prudce rostou a

vyvíjejí se sekundární pohlavní znaky. U dívek dochází k ukládání tuku v oblasti břicha, stehů a hýždí, k počátku axilárního a pubického ochlupení, k vývoji prsou, nástupu menstruačního cyklu a také k častému výskytu akné na obličeji. U chlapců je charakteristické zvětšení a ochlupení genitálu, změny hloubky hlasu, zmožutnění svaloviny, výsev akné a zvětšení tělesné síly. V období puberty dochází ke změnám v citové oblasti a psychice dospívajícího. Často se v tomto období komplikují vztahy mezi dětmi a jejich rodiči, učiteli a okolím. (19, 35)

Jídelníček je běžný jako u dospělého s přihlédnutím k potřebám růstu, zvláště v době pubertální akcelerace. Strava školních dětí se přizpůsobuje novému dennímu režimu, který se proti předchozímu období zásadně mění. Důraz je kladen zejména na dostatečnou pestrost stravy, dostatek tekutin, vitamínů a potřebných stavebních látek pro další růst a vývoj. (19, 35)

Dorostové období začíná tam, kde končí puberta. Legislativně končí dospívání 18. rokem života. Biologické zákony a zákonitosti však tuto hranici nerespektují. Dorostové období je období s výraznými tělesnými i psychickými změnami. Po pubertální akceleraci se zpomaluje tělesný růst, až se u dívek mezi 16. a 18. rokem zastavuje zcela, u chlapců je růst ukončen až po 20. roce. Dospívající jedinec se oprostí od rodičovské opory a autority, začíná samostatně jednat. Hledají a nalézají nové místa ve společnosti. (19, 35)

1.2 Obezity u dětí

1.2.1 Definice obezity

Obezita neznámá nadměrnou hmotnost, ale je charakterizovaná množím tuku v organismu. Obezita se vyskytuje nejméně u 20 % dětské populace. (19)

Obezita dospělých i dětí se stává zejména v posledních letech závažným celospolečenským zdravotnickým problémem. Zvláště ve vyspělých zemích rychle narůstá procento obézních dětí a mladistvých. (6, 11, 21)

Obezita je v současnosti jedním z nejčastějších onemocnění látkové přeměny. Rozložení tělesného tuku je dáno pohlavím, věkem, etnickým charakterem populace,

pak stravovacími návyky, mírou pohybové aktivity, vlastně celým životním stylem a ovšem i zdravotním stavem. Obezita je nyní skutečně závažným zdravotnickým problémem, zvláště vzhledem ke komplikacím, které ráda navozuje, ale také problémem psychosociálním, ekonomickým a v neposlední řadě také pro mnohé problémem estetickým. Závažnější v případě dětské nadváhy a obezity je fakt, že u většiny postižených se problém posune do dospělosti. Obezita bývá považována za onemocnění celé rodiny. To může být podmíněno geneticky nebo způsobem životního režimu a stravovacími zvyklostmi. Je výhodnější obezitu předcházet než ji léčit. Prevalence obezity v české republice trvale stoupá. Obezita dospělých i dětí se stává zejména v posledních letech závažným celospolečenským zdravotním problémem. Zvláště ve vyspělých zemích rychle narůstá procento obézních dětí i mladistvých. Je třeba říci, že obezita není totéž co nadměrná hmotnost. Lidské tělo se skládá z několika složek: tkáně svalové, tukové, kostní a z hmotnosti orgánů. Může se tedy stát, že dítě, které má výrazně zvýšenou hmotnost, není obézní, protože na jeho hmotnosti se podílí robustní kostra a zase naopak některé dítě má malou hmotnost, ale je obézní, neboť jeho kosti nebo svalstvo jsou slabé. Obezita tedy neznamena vysokou hmotnost. (10, 11, 22, 24, 26, 34)

1.2.2 Historie obezity

V minulosti plnilo jídlo převážně svou funkci biologickou. Člověk přijímal nutnou energii v potravě, aby uchoval svou existenci. Také jeho pohybová aktivita byla významně vyšší. Dnes má jídlo kromě základní biologické funkce navíc funkci společenskou a psychologickou. V důsledku civilizačních onemocnění ustoupila do pozadí také fyzická námaha. Výsledkem je záplava nadměrných kilogramů nejen v naší populaci, ale v četných zemích světa. Otylost, která je nejčastějším metabolickým onemocněním dneška, patří k tzv. civilizačním chorobám. Otylost se neobjevuje až v poslední době moderní civilizace. Věstonická Venuše z jižní Moravy je dokladem výskytu otylosti na našem území v prehistorické době. Od dob Věstonické Venuše se pohled společnosti na ideál krásy, a tím i na otylost, mění. S rozvojem civilizace

pozorujeme ve světě v průběhu 20. století současně s nárůstem výskytu obezity vyznávání ideálu štíhlosti, které vrcholí v 60. letech, kdy symbol krásy představuje vychrtlá modelka Twiggy. Již ve starověku věnují lékařské autority pozornost obezitě. Avicenna, Hippokrates a Galén poukazují na zdravotní rizika obezity. Objevují se i první návody na léčbu obezity. Středověk se potýká s problémem hladomoru. U vládnoucích aristokratů však hojnost jídla a pití vede k častějšímu výskytu otylosti a dny. (13, 24)

Od 18. století se objevují nové poznatky a hypotézy o obezitě, která dodnes neztratila na aktuálnosti. 20. století je svědkem exploze redukčních diet. Mnohé z nich jsou však jednostranné a nevyrovnané. Některé obsahují nepřiměřené množství tuku, jiné neúměrně redukují příjem sacharidů. V 80. letech se šíří nízkenergetické diety. Na sklonku 20. století dostávají lékaři do rukou moderní farmaka k léčbě obezity, která příznivě ovlivňují jak redukcii nadbytečných tukových zásob, tak i zdravotní rizika provázející obezitu. Převrat v léčbě těžkých stupňů obezity představuje koncem století moderní chirurgická léčba. V druhé polovině našeho století je vedle léčby věnována stále větší pozornost zdravotním komplikacím otylosti. Obezita byla řadu let považována jen za kosmetickou záležitost a tak k ní také bylo přistupováno. Postupem doby se však zjistilo, že obezita vede k závažným vedlejším účinkům – především má vliv na látkovou výměnu, u dětí v období růstu zatěžuje kostní, kloubní a cévní systém. (13, 24, 34)

1.2.3 Stupně a typy otylosti

Ne vždy se nadměrný tělesný tuk ukládá v lidském těle rovnoměrně a vyváženě. Fyziologicky je vyšší podíl tuku u žen (do 28 – 30 %) než u mužů (do 23 – 25 %). S věkem podíl tuku v organismu stoupá. (13, 24)

Gynoidní typ obezity bývá častěji u žen, označován také jako obezita typu hrušky, kdy se tělesný tuk ukládá převážně v dolní polovině těla, od pasu dolů, hlavně na hýždích, stehnech nebo v rozsahu celých dolních končetin. V horní polovině těla,

do pasu, bývají tyto ženy štíhlé. Významnou roli tu hraje specifická stavba těla s vlivy genetickými. (24)

Androidní typ obezity nebo také tvar jablka bývá častěji u mužů, ovšem nevyhýbá se ani mnohým ženám. Tuk je tu uložen převážně na břiše a v horní polovině těla, zatímco horní i dolní končetiny zůstávají štíhlé. Tento typ se také označuje jako centrální typ nebo viscerální (útrobní) obezita, protože tuk bývá uložen ve zvýšené míře nejen v podkoží, ale také v dutině břišní, mezi břišními orgány. Bohužel se také ukázalo, že centrální androidní typ obezity je zvláště rizikový vzhledem ke komplikacím srdečně – cévním a v oblasti látkové přeměny. K vyjádření stupně nadváhy se používá indexu tělesné hmotnosti (BMI – z anglického body mass index), který definoval v minulém století A. Quetelet. BMI samozřejmě přesně neodráží podíl tuku a beztukové hmoty. Přes řadu výhrad můžeme na základě BMI určit zdravotní rizika spojená s obezitou (Příloha 8). Při BMI 25 – 30 hovoříme o nadváze, která obvykle nepředstavuje vážnější rizika. Vzestup BMI nad 27 obvykle vede k určitému nárůstu mortality. Od BMI 30 hovoříme obezitě. (24)

1.2.4 Úloha sestry v diagnostice obezity u dětí

Při první návštěvě lékaře je důležitá podrobná anamnéza prodělaných onemocnění s důrazem na onemocnění v souvislosti s obezitou, dále anamnéza změn váhy v průběhu života, podrobná anamnéza jídelního chování a fyzické aktivity. Somatické vyšetření by se mělo zaměřit na přítomnost komplikací. (13)

Kvantitativní stanovení množství tuku v organismu je obtížné, a tak pro běžnou potřebu a orientaci posuzujeme míru obezity podle tzv. hmotnostních indexů. Nejvíce používaným je index tělesné hmotnosti BMI, který porovnává váhu k výšce pacienta. (11)

U dětí a dospívajících však hodnoty tohoto indexu kolísají v závislosti na věku. Zároveň tento index nevystihuje vždy nejlépe vztah mezi tělesnou výškou a hmotností. Z tohoto důvodu předkládáme pro hodnocení dětí percentilový graf hmotnostně–výškového poměru. V praxi je sestrami využíván především ve formě percentilových

grafů, ve kterém je na vodorovné ose uvedena stupnice v cm a na svislé ose hmotnost v kg. Jedinci, jejichž hmotnostně-výškový poměr nebo hodnoty BMI ($BMI = \text{hmotnost (kg)} / \text{druhá mocnina tělesné výšky (m)}$) se pohybují v rozmezí 75. – 90. percentilu, jsou jedinci se zvýšenou hmotností. Hodnoty nad 90. percentilem znamenají nadměrnou hmotnost hraničící s obezitou, související s nadměrným rozvojem tukové složky, hodnoty nad 97. percentilem znamenají jednoznačně obezitu. Obezitu určují sestry také podle vrstvy podkožního tuku, která se dá určit několika způsoby. Nejčastěji užívané je měření kožních řas pomocí kaliperu, kdy měříme tukové vrstvy na různých částech těla a jejich sílu porovnáváme s normální populací. Nověji se mohou používat metody denzitometrické, kdy proměříme všechny komponenty složení těla. (34)

1.2.5 Etiopatogeneze dětské obezity

Obezita je typickým multifaktoriálním onemocněním, na jehož vzniku a rozvoji se podílí řada faktorů vnějšího prostředí, ale i genetická dispozice. Za základní a nejčastější příčinu obezity ve všech vyspělých zemích světa je považována nerovnováha mezi energetickým příjmem a výdejem. To je způsobeno životním stylem s nedostatkem pohybu a kvalitou výživy. U více než 95 % je nadměrná hmotnost způsobena nadbytkem energeticky bohaté potravy, jinými slovy přejídáním, četností jídel a nesprávnou skladbou. Pouze méně než 5 % případů obezity vzniká v důsledku hormonálních a jiných onemocnění nebo při dlouhodobém užívání některých léků. (7, 11)

„Obezita je nepřítelem zdraví. Většina lidí, kteří trpí nadváhou, se stravuje špatně. Konzumace čokolády, cukru, produktů z bílé mouky atd. zvyšuje tělesnou váhu a vede k ukládání tuku“ (2, s. 34). Téměř polovina obézních dětí nesnídá a rodiče jsou přesvědčeni, že je to v pořádku, že tím zhubnou. Opak je pravdou. Děti přicházejí do škol hladové a energii potřebnou k práci získávají z tukových zásob. Když se pak nají, většina stravy je znovu ukládána k doplnění zásob. Většina dětí školního věku obědvá ve školní jídelně. V některých z nich mají děti možnost výběru jídel, ale často si volí to nejméně vhodné jídlo. Patří k nim sladká a moučná jídla. Děti nemilují jídla

zeleninová, ať jsou upravena co nejlákavěji. Mnoho dětí si dopřává přídavek knedlíků. Některým dětem jídlo ve školní kuchyni nechutná. Zaměstnaní rodiče řeší situaci většinou tak, že dají dětem peníze na nákup jídla a děti si koupí potraviny naprosto nevhodné – sušenky, majonézové saláty apod. Doma, večer, když se sejde celá rodina, je čeká vydatná večeře, která není následována žádnou fyzickou námahou, ale lenošením u televize a spánkem. (2, 21, 34)

Doporučené denní dávky energie jsou u nás překračovány o 20-25 %. Z živin sehrává nejdůležitější úlohu nadměrný příjem tuků. Ty by rozhodně neměly tvořit více než 30 % celkového energetického příjmu. (11)

Další nezanedbatelnou vnější příčinou nadměrné hmotnosti je nedostatek pohybu. Celé dopoledne, mnohdy i část odpoledne tráví dítě ve škole. Jen malá část dětí se zabývá sportovní činností mimo povinnou tělesnou výchovu ve škole. A i tam s snaží již obézní dítě této své jediné tělesné aktivitě vyhnout. Důvodem bývá to, že obézní dítě nemůže stačit svým spolužákům s přiměřenou hmotností.

Dalším z nedobrých zvyků je nadměrná spotřeba slazených nápojů, sladkých sirupů, limonád. Ty přinášejí jen tzv. prázdné kalorie a neobohacují dětský organismus ani o základní živiny, ani o vitamíny či stopové prvky.

V poslední době se však stále více uvažuje o i o možné genetické dispozici. Známe geneticky podmíněné choroby, kdy obezita patří k jejich obrazu (např. Prader-Williho syndrom, syndrom Lawrencův-Moonův-Biedlův a další).

Stále více se uvádí jako příčina obezity porucha regulace leptinu. Bílkovina leptin je jeden z regulátorů tělesné hmotnosti. Je jakýmsi signálem, který působí z tukové tkáně na hypotalamus, v němž se předpokládá centrum sytosti. Leptin ovlivňuje v centru sytosti pocit hladu nebo naopak pocit nasycení. Reguluje tak příjem potravy, ale i výdej energie a tvorbu a výdej tepla. Hladina leptinu se mění během vývoje dítěte. Zajímavé jsou jeho hodnoty v období puberty. V této době se objevuje určitá dočasná rezistence na leptin, ta vede ke zvýšení chuti k jídlu a ke snížení energetického výdeje. U obézních osob je předpokládána rezistence na leptin, kdy ani centrum sytosti ani další tkáně na jeho účinky nereagují. Je-li tato necitlivost rozvinuta,

pak jedinec velmi špatně hubne, neboť jeho regulační systémy ovládající jeho hmotnost jsou porušeny. (34)

Obezita bývá i u některých endokrinopatií-např. u snížené funkce štítné žlázy, při léčbě kortikoidy, při různých systémových chorobách především spojených s dlouhodobým pobytem na lůžku. (26)

1.2.6 Základní živiny a jejich vliv na rozvoj obezity

Naše dnešní strava většinou neodpovídá požadavkům současného způsobu života. Během staletí se člověk pozvolna a postupně přizpůsoboval měnícím se podmínkám životního prostředí, měnil svůj životní styl. Změny v posledních sto letech jsou tak výrazné, že se jim lidský organismus nestačil přizpůsobit. To je jedna z příčin nárůstu řady tzv. civilizačních onemocnění, především srdce a cév a nádorových onemocnění, která dnes tvoří hlavní příčiny nemoci a předčasné úmrtnosti. Výživa dítěte musí zajišťovat jeho správný tělesný a duševní vývoj. Strava je složena z bílkovin, sacharidů (cukrů), tuků, minerálních látek (solí), stopových prvků a vitamínů. V zájmu správných metabolických dějů musíme přijímat všechny tyto položky, a to v určitém vzájemném vyváženém poměru a množství. Výživa dítěte musí zajišťovat jeho správný tělesný a duševní vývoj. (31, 35)

Sacharidy jsou cukry v širším slova smyslu, kam kromě klasického cukru patří také obiloviny, brambory, buničina. V běžné denní praxi to jsou všechny možné přílohy chléb, pečivo, rýže, dorty, čokoláda, med, džem, cukrovinky, ovoce i zelenina. Jsou to právě sacharidy, které denně konzumujeme natolik, že vysoko překračujeme doporučenou denní normu. Zůstanou ovšem vždy důležitým a poměrně dostupným energetickým zdrojem naší výživy. Není cukr jako cukr. Do kategorie sacharidy totiž patří jak cukry jednoduché, tak složené - zvané škroby, a dokonce i cukry nestravitelné, tedy vláknina. Zásadní význam mají především tzv. komplexní sacharidy (škroby) a naopak rizikové jsou jednoduché (rafinované) cukry. Škroby, jsou-li konzumované formou přirozených potravin, obsahují nezbytné minerální látky, vitamíny a některé látky ochranné. Strava musí obsahovat sacharidy, ovšem za předpokladu, že jejich

převážná část bude dodána ve formě potravin s nízkým glykemickým indexem. Nízký glykemický index mají potraviny obsahující pomalu trávené sacharidy (škroby). Vzestup hladiny krevního cukru je pomalý a hladina krevního cukru zůstává stabilní dlouhou dobu, takže nedochází k rychlému vzniku pocitu hladu, jako je tomu v případě konzumace většího množství jednoduchých cukrů nebo potravin s vysokým glykemickým indexem. V případě dětí trpících nadváhou je častá konzumace potravin s vysokým glykemickým indexem příčinou kolísání hladiny krevního cukru, což vede jak k nepříznivým psychickým stavům, tak k častější potřebě konzumovat další jídlo včetně sladkostí. Je nutné ze stravy odstranit jednoduché cukry, které jsou obsaženy v sušenkách, džusech, zákuscích, čokoládě atd. Když už sladkosti, pak bez ztužených tuků a v jednorázově malém množství. Sladkosti je možné nahradit nedoslazovanými džemy a mraženým nebo sušeným ovocem. (10, 24)

Tuky nemusíme při jejich vyslovení jednoznačně zatracovat, protože mají v organismu řadu důležitých funkcí. Zase záleží na tom kolik a jaký tuk jíme. Během dětství je tuk nezbytný pro normální vývoj mozku. Po celý život pak zajišťuje organismu energii a podporuje jeho růst. Po přibližně druhém roce života však člověk potřebuje tuku jen malé množství. Nadměrný příjem tuku je hlavní příčinou vzniku obezity, vysokého krevního tlaku, onemocnění koronárních tepen a rakoviny tračnicku. Tuky jsou tvořeny základními stavebními jednotkami, zvanými mastné kyseliny. Ty se dělí do tří hlavních kategorií – nasycené, vícenasycené a nenasycené. Nasycené mastné kyseliny se nacházejí především v produktech živočišného původu včetně mléčných výrobků a tučného masa, jakým je hovězí, telecí, jehněčí, vepřové a šunka. Některé rostlinné produkty - kokosový olej, palmojádrový olej a další rostlinné oleje - mají rovněž vysoký obsah nenasycených mastných kyselin. Nadměrný příjem nenasycených mastných kyselin může značně zvýšit hladinu cholesterolu v krvi. Protože všechny tuky i tuky více nenasycené mají vysoký obsah energie na hmotnost a objem, neměl by jeho příjem překračovat 10 % celkové energetické spotřeby. Nenasycené mastné kyseliny se nacházejí především v rostlinných a jádrových olejích, zvláště v podzemnicovém a olivovém. Doporučuje se držet spotřebu nenasycených tuků mezi 10 a 15 % celkového denního příjmu kalorií. Je důležité, aby celkový podíl kalorií

přijatých z tuku na celkovém příjmu energie nepřevyšoval 20 až 25 % denní spotřeby. (3, 24)

Bílkoviny, které jsou obsaženy hlavně v mase, rybách, mléku a mléčných výrobcích, rostlinné bílkoviny pak hlavně v luštěninách a soji, jsou životně důležitou pro stavbu a funkci živé hmoty, buňky. Jsou důležité pro růst a vývoj. Poskytují organismu energii, a jsou nutné pro tvorbu hormonů, protilátek, enzymů a tkání. Po konzumaci bílkoviny si ji organizmus rozkládá na aminokyseliny, stavební kameny všech bílkovin. Některé z aminokyselin jsou označovány jako nonesenciální. Jiné aminokyseliny jsou považovány za esenciální, což znamená, že je tělo nedokáže syntetizovat, a musí být přijímány v potravě. U dětí však některé studie ukazují, že nadměrný přívod bílkovin v časném dětství by mohl být spojen s rozvojem otylosti v pozdějším věku. (3, 13, 24)

Vitamíny jsou organické živiny nejrozmanitějšího složení. Jsou nazývány živinami, častěji pak stopovými živinami, protože je jich zapotřebí v relativně malém množství. Přijímáme je v miligramových a menších množstvích, musí však být v naší stravě denně obsaženy, protože jsou nenahraditelné a mají klíčový význam pro chod našeho organismu. Vitamíny dělíme na rozpustné v tucích (A, D, E, K) a rozpustné ve vodě (B, C). Minerály jsou anorganické složky potravy, nepostradatelné pro látkovou výměnu. (2, 3, 24)

Voda, bez níž není život možný, je obsažena nejen v nápojích, ale v různém množství i v pevné stravě. Dětské tělo je více než ze dvou třetin tvořeno vodou. Voda je důležitá jako hlavní složka krve, umožňuje transport stavebních látek a energie k buňkám. Regulace příjmu a výdeje vody je složitá a řídí se aktuálními potřebami organismu, závislími také na okolním prostředí. Průměrný denní příjem kolísá kolem 2 litrů. Ztráta vody odpovídající 5 % tělesné hmotnosti vede k dehydrataci, která vyžaduje léčbu. Ztráty kolem 10 % tělesné hmotnosti již ohrožují dítě přímo na životě. (14, 19, 24)

Vláknina vede díky své bobtnavosti k rozpětí hladkého svalstva gastrointestinálního traktu a k tlumení chuti k jídlu. Rozpustná vláknina navíc ovlivňuje vstřebávání živin, a tím pozitivně působí na metabolismus tuků a sacharidů.

Nedostatečná konzumace zeleniny, ovoce a tmavých a celozrnných výrobků může přispívat k rozvoji obezity a jejích komplikací.

Minerály jsou nedílnou součástí všech tkání, tělních tekutin i buněk. Většina minerálů je dostatečně obsažena ve smíšené stravě. Nejdůležitější prvky pro lidské tělo jsou: sodík, draslík, chlór, vápník, hořčík, fosfor, síra, železo, jód, fluor, měď a zinek. (12, 19)

1.2.7 Zdravotní rizika dětské obezity

Obezita je dnes považována za jedno z primárních zdravotních rizik. Zdravotní význam obezity je však podceňován jak laiky, tak zdravotníky, protože obezita jako taková život neohrožuje. Proto je nezbytně nutné, aby dětský lékař i dětská sestra informovali obézní děti, ale i rodiče obézních dětí o možných rizicích obezity. Četné zdravotní komplikace obezity významně ovlivňují jak nemocnost, tak kvalitu a délku života obézního jedince. Nadváhu pocítí především klouby, plíce, cévní systém a srdce. Obézní bývají ohroženi často selháním srdce, mozkovou mrtvicí a křečovými žilami. Mechanickým přetěžováním trpí kyčle, kolena a dolní část páteře. Obezita může být spojena i s některými kožními problémy, chorobami trávicího ústrojí nebo metabolickými poruchami. U dětí trpících nadváhou a obezitou je větší riziko vzniku vyššího krevního tlaku a zvýšené klidové tepové frekvence (Příloha 8). Takové děti mají zvýšenou produkci inzulínu a naopak sníženou toleranci ke glukóze, trpí plochou nohou. (10, 12, 25)

Onemocnění srdce a cév vyplývá z nevhodného metabolického ladění organismu. Obézní lidé mají větší sklon k vysokým hladinám cholesterolu a jeho různých součástí, které se významně podílejí na sklerotických cévních onemocněních. Důsledkem může být onemocnění věnčitých tepen srdce s následným srdečním infarktem, mozková cévní příhoda nebo onemocnění cév dolních končetin. Obezitu provázejí také hyperlipidemie a dyslipoproteinemie. Již v adolescentním věku byla u obézních zaznamenána přítomnost nejméně čtyř ze šesti sledovaných kardiovaskulárních rizik. V důsledku zmnožení tělesného tuku se výrazně zvyšují

nároky na metabolismus. Tento základní faktor vyvolává nárůst srdečního výdeje. Dochází k nárůstu tepového srdečního výdeje. (9, 12, 24)

Onemocnění dýchacího ústrojí je u obézních dětí velice častá. Může se u dětí vyskytovat nadměrná spavost během dne, jež je důsledkem hypoventilace při obezitě. Syndrom hypoventilace (OHS, Obesity hypoventilation Syndrome) je charakterizován hypoxémií a současně přítomnou hyperkapnií. Jako sleep apnea syndrome (SAS) označujeme přerušované dýchání během spánku na více než 10 sekund, vícekrát než 5krát za hodinu. SAS není pro obezitu sice specifický, ale až 40 % trpících SAS je obézních. Komplikací SAS je noční hypoxémie, alveolární hypoventilace, pulmonální a systémová hypertenze. Při funkčním vyšetření plic obézního nacházíme nejčastěji pokles rezervního objemu a pokles funkční reziduální kapacity. Častá bývá hypoxémie, která je důsledkem nerovnováhy mezi ventilací a perfúzí plic. (9, 12)

Gastrointestinální komplikace se vyskytují převážně u adolescentů. Častější výskyt gastroesofageálního refluxu hiátové hernie u obézních souvisí se zvýšeným tlakem na bránici. Obezita je rizikovým faktorem, který výrazně zvyšuje incidenci cholelitiázy. Přibližně polovina obézních trpí na žlučové kameny. Obezita je také jednou z příčin vzniku hepatální stenózy. (9, 12)

Ortopedické komplikace jsou typickými mechanickými komplikacemi obezity. Obezita výrazně ovlivňuje vznik osteoartrózy kolenních kloubů a také kyčelních kloubů tím, že mechanicky zatěžuje jejich styčné plochy. Tím, že obezita omezuje obézního člověka v pohyblivosti, může podpořit řadu dalších onemocnění, jako např. vznik hluboké žilní trombózy dolních končetin. Nadměrná hmotnost zatěžuje kostní systém, kdy v dětském věku při růstu kostry dochází ke změnám na páteři, jako je skolióza či kyfóza. (12, 16)

Kožní komplikace, zvláště záněty a kožní plísňe se vyskytují v místech vlhké zapáčky (pod prsy, v tříselech). (12, 24)

Diabetes je endokrinní onemocnění, jehož vztah s obezitou je znám po staletí. Riziko diabetu stoupá se vzrůstajícím BMI. Zvláště rizikový je postupný nárůst hmotnosti již od mladého věku. S obezitou je spojen syndrom polycystických ovárií,

který s projevuje oligomenorrhoeou či amenorrhoeou a hirsutismem. Sekrece růstového hormonu bývá snížena jak u obézních dívek, tak i u obézních chlapců. Dále obezitu doprovází non-inzulin-dependentní diabetes mellitus. (9, 12, 24)

Velmi podstatné jsou u obézních dětí psychosociální komplikace, ke kterým u dětí dochází proto, že se liší od svých vrstevníků. Obezita vede k tomu, že se dítě stáhne do ústraní, protože se vyhýbá posměchu spolužáků, odmítá se pohybovat, neboť je neobratné a má špatné známky z tělesné výchovy. Někdy obézní dítě řeší svůj odlišný vzhled tím, že se předvádí v roli třídních šašků. Oba způsoby reakce na neobvyklý vzhled vedou k depresivním stavům. Děti trpící nadváhou a obezitou logicky inklinují k sedavému způsobu života, takže většinu dne prosedí u počítače a televizoru. Dalším následkem obezity je hypertenze, kterou trpí téměř polovina obézních dětí. (10, 16, 26)

1.2.8 Úloha sestry v primární péči v prevenci obezity

Je vhodnější obezitě předcházet než ji léčit. Prevence začíná již v období před těhotenstvím a pokračuje v jeho průběhu. Zvýšenou pozornost by sestra měla věnovat prevenci u dětí, jejichž matka trpěla nadváhou či dokonce obezitou v průběhu těhotenství. (10, 26)

Prevence obezity spočívá v prevenci vzniku obezity, v prevenci opakovaného vzestupu váhy po redukci hmotnosti a v prevenci dalšího vzestupu hmotnosti u obézních osob, které nejsou schopny redukce hmotnosti. (10, 26)

Existují tři typy prevence: primární – má snížit vznik nových případů obezity (incidence), sekundární – má snížit počet případů již existujících (prevalence) a terciální. (10, 26)

Prevence je nebo by měla být prvním a základním způsobem řešení. Pro časné vyhledávání rizika nadměrné hmotnosti jsou vhodné percentily výšky a hmotnosti uvedené ve Zdravotním průkazu dítěte, podle nichž lze včas nárůst hmotnosti zachytit. Základní význam při řešení dětské obezity má výchova rodičů i dětí k odpovědnému přístupu k výživě a ke zdraví, která by měla být prováděna již v ordinacích lékařů pečujících o děti a dorost. Prevence je cílová výchova, se kterou by sestra měla začínat

u nastávajících rodičů (v případě, že oni sami trpí nadváhou) a pokračující v období těhotenství. Sestra upozorňuje nastávající maminky, že by neměly konzumovat chemicky konzervované potraviny, dráždivá koření. Nadměrné množství tuků a jednoduchých cukrů v jídelníčku nenarozenému dítěti také neprospívají. Prevence sestrou se však pravděpodobně mine účinkem, nepodaří-li se v předškolních a školních zařízeních zásadním způsobem změnit stravovací režim. (1, 10, 12, 16)

Prevence má zásadní význam v případě, kdy se u obézního dítěte již podařilo tělesnou hmotnost významně snížit. Pouze celoživotní prevence může takové dítě uchránit před opakováním problému. Všichni, kdo jsou svým způsobem odpovědní za výživu dětí, by si měli uvědomit, že děti jsou po stránce stravování pod obrovským tlakem. Na jedné straně jsou rozmazlovány prarodiči, na druhé straně přebírají nevhodné zvyky rodičů a v jejich škodlivých zvyklostech je většinou utvrzuje školní stravování. Začínají upřednostňovat zcela nevhodné potraviny pod tlakem reklamy a podléhají módnosti restaurací „fast food“. Nelze se divit, že odmítají jíst racionální stravu, kterou považují za něco nechutného a neopodstatněného. (10)

1.2.8..1 Kojení a obezita

Výživa u novorozence by měla být jednoduchá a jejím nejpřirozenějším způsobem je kojení. Známé úsloví, že srdce a mléko matky jsou nenahraditelné, platí a platit bude. (33)

Zdrojem výživy v prvních dnech a měsících života dítěte bylo, je a bude kojení, tedy mateřské mléko, které dítěti dává živiny ve vyvážené podobě (Příloha 3). Kojení je výživou přirozenou a všemi odborníky velmi doporučovanou. Je obecně známo, že výživa v raném věku má velký vliv na budoucí zdraví jedince, na správný vývoj kognitivních funkcí a lze i pozorovat tvorbu správných stravovacích návyků a životního stylu. Proto je nutné již v raném dětství – kojeneckém a batolecím věku – věnovat výživě pozornost. Kojení je přirozené a zcela adekvátní náhražka mateřského mléka dodnes neexistuje. Mateřské mléko je nejdokonalejší strava vzhledem k tomu, že zraje a jeho složení se mění. Mateřské mléko má také optimální teplotu ve vztahu k potřebám

novorozence. Při kojení se vytváří i úzký citový vztah mezi matkou a dítětem. Cílem výživy v raném dětství je i prevence vzniku civilizačních chorob a také poruch spojených s příjmem potravy. Prosazování kojení v průmyslových zemích může napomoci snížení prevalence nadměrné hmotnosti a obezity v dětském a následně v dospělém věku. Časné zavedení příkrmů může svou nadměrnou energetickou hodnotou přispívat k rozvoji obezity i u kojených dětí. Časné zavádění příkrmů nepřináší dítěti žádné výhody, naopak vede ke snížení příjmu mléka a zkrácení doby výlučného kojení, zvyšuje osmotickou zátěž ledvin a zatěžuje doposud nezralý trávicí a imunitní systém s možností rozvoje potravinových alergií a infekcí. Na organismus kojence působí nepříznivě i jednotlivé složky příkrmů, jako je sacharóza, lepek, dusíkaté látky a kuchyňská sůl. Časná dětská obezita není příliš častým jevem u dětí kojených 12 měsíců nebo déle v případě, že není použito nevhodné dokrmování. U dětí kojených méně než 8 měsíců většinou není pozdější obezita zaviněna umělou výživou nebo předčasným podáváním tuhé stravy vynuceným okolnostmi, ale nevhodným použitím běžné výživy. (1, 4, 10, 33, 34)

Povinností dětských lékařů a dětských sester na novorozeneckých odděleních i v terénní praxi je přesvědčit matku, aby kojila co nejdéle. To se podaří při podrobném a opakovaném vysvětlování výhod kojení. Praktický lékař pro děti a dorost a dětská sestra hrají důležitou roli v podpoře kojení. Proto by měli také dodržovat a postupovat podle zásad 10 kroků k úspěšnému kojení a matku v kojení podporovat (Příloha 4). (34, 35)

1.2.9 Úloha sestry v terapii obezity u dětí

Terapie u obézních dětí je problém. Léčba obezity je nesnadná a dlouhodobá. Na rozdíl od dospělých je nutno, aby dětský lékař a sestra, popřípadě nutriční terapeut, byli velmi opatrní při volbě diety, neboť přísná redukční dieta vede ke zpomalení růstu. Mírná redukční dieta růst dítěte neovlivní. Sestra by neměla podceňovat ani riziko vzniku poruch jídelního chování. Sestra by měla edukovat obézní dítě a jeho rodiče

o tom, že léčba obezity by měla zahrnovat dietu s omezením energetického příjmu, aktivní životní styl a zvýšení energetického výdeje cvičením.

U obézního dospělého člověka může lékař předepsat farmakoterapii, ale v případě dětí a mládeže je naprosto nevhodné předepisování specifických farmak, zvaných anorektika. Tyto léky různými mechanismy zasahují do přeměny látek nebo snižují chuť k jídlu. (2, 12, 34)

1.2.9.1 Redukční dieta

Formulaci dietní formulace (úpravy složení stravy) musí zpracovat specialista. Je třeba, aby nutriční terapeut naučil hubnoucího nebo jeho rodiče sestavovat jídelníček z dostupných potravin tak, aby se nejvíce přiblížil jeho jídelním zvyklostem a aby si pochutnal. Dieta musí obsahovat dostatek bílkovin, dostatek komplexních sacharidů a málo tuků a doporučené dávky minerálů a vitamínů, aby zajistila normální růst a vývoj dítěte. V jídelníčku dítěte by také nemělo chybět hodně ovoce, zeleniny, celozrnných výrobků, nízkotučných mléčných výrobků. Přednost by se mělo dávat tukům s nízkým obsahem nasycených mastných kyselin – například rostlinné tuky, rostlinné oleje, olivové oleje. V žádném případě by neměl obézní pociťovat při změně jídelníčku pocit utrpení a oběti. Maximální úbytek hmotnosti by měl být 0,5 – 2 kg za měsíc. Diety s nízkým obsahem energie by se u dětí neměly používat. Redukční režim musí být podporován nutričním terapeutem, ale také rodiči a v případě, že rodiče sami trpí nadváhou nebo obezitou, musí zahájit léčbu společně s dětmi. Ale skutečně tvrdý redukční režim je vhodný až pro děti starší 12 let. (2, 12, 10, 16, 27)

Je nutné, aby sestra nebo nutriční terapeut poučili obézní dítě a jeho rodiče o nutnosti rozložení stravy na několik menších a častějších porcí (5 – 6 denně), tj. snídat, svačit dopoledne i odpoledne, obědovat a večeřet (Příloha 9). Tím se omezí kvantum jídla v jednotlivých porcích a zamezí tak vytváření tukových zásob. Naopak během své celodenní aktivity zmetabolizuje potravu na potřebnou energii. (6, 13, 26)

Většinou sestra musí ovlivnit životní styl celé rodiny. Dávky jednotlivých složek závisí na věku, pohlaví dítěte a stupni obezity. Sestra by se měla snažit naučit dítě

správnému stravování, změnit jeho zvyky. To je ale velmi obtížné, pokud chybí podpora v rodičích. Bohužel ani stravování ve školní kuchyni mnohdy neodpovídá pravidlům správné výživy. Staré orientální přísloví, které říká: „Snídani sněz sám, obědvej s přítelem, večeři nech nepříteli!“, je stále aktuální. (17)

1.2.9.2 Pohybová aktivita

Souběžně s redukčním dietním režimem je nezbytné začít s pravidelnou fyzickou aktivitou. Je obecným zjištěním, že děti se v současnosti velmi málo pohybují. Je to způsobeno především technickým rozvojem. Školní děti využívají dopravních prostředků místo chůze. Doma sledují televizní pořady nebo hrají počítačové hry.

Tělesný pohyb je důležitý proto, aby požitá strava se metabolizovala na potřebnou energii. Proto nelze zhubnout jen dodržováním diety, ale je nutné, aby se dítě dostatečně pohybovalo. Ovšem ne všechny druhy pohybu jsou pro obézní dítě vhodné. Lékař a sestra doporučují a volí ty formy pohybu, které odlehčují dolní končetiny, tj. jízda na kole, plavání, chůze (běh se nedoporučuje). Pohyb by měl být každodenní. U obézních dětí lékař a sestra nedoporučují poskoky, které mohou vést k poškození přetěžovaných nosných kloubů. (10, 13, 26)

Úloha pohybové aktivity v redukčním režimu závisí na věku pacienta, na stupni obezity a na přítomnosti zdravotních komplikací. Cílem je zvýšit procento aktivní tělesné hmoty, obnovit svalovou sílu, oddálit bolesti kloubů a svalů spojené se svalovým zatížením. Pohybová aktivita zlepšuje oxidaci tuků v tukové tkáni, snižuje preferenci jídel s větším obsahem tuku, ovlivňuje psychickou pohodu a sebevědomí, potlačuje deprese a úzkost, pozitivně ovlivňuje fyzickou zdatnost a pohybové dovednosti a působí tlumivě na příjem potravy. (13)

1.2.9.3 Kognitivně behaviorální léčba obezity

Sestra s lékařem mohou doporučit tento psychologický přístup k terapii obezity, který je nedílnou součástí komplexní léčby. Vychází z toho, že nevhodné jídelní a

pohybové návyky, které se podílejí na vzniku obezity, jsou naučené, a že je možné se je odnaučit. Behaviorální terapie znamená nácvik správného životního stylu, způsobu stravování a cvičení současně s psychologickým působením. Pacienti se zde učí jíst pravidelně v 6 denních dávkách, zdůrazňuje se zde nevynechávání snídaně. Je nutno naučit pacienta, aby jedl u stolu, v klidu a pomalu. Vysvětluje se zde, proč nejíst mezi jídly sladkosti, hranolky či hamburgery. Zdravotnický personál radí, jak jíst ve školní jídelně, pokud není na jídelníčku něco nízkokalorického. Při pravidelných přednáškách se děti také seznamují s nízkokalorickými pokrmy a potravinami a s možnostmi jejich zpracování bez použití tuků (vaření, dušení, pečení grilování ne však smažení a zahušťování omáček). (13)

1.2.9. 4 Lázeňská léčba

Další možností, kterou mohou sestra s lékařem doporučit je lázeňská preventivní péče, která navazuje na péči praktických dětských lékařů, dětských endokrinologů a dětských lékařů nemocničních oddělení. (13)

Lázeňská léčba je určena pro děti a dorost od 3 do 18 let. U dětí do 6 let je po řádném zdůvodnění a se souhlasem příslušného revizního lékaře možnost léčby dítěte v doprovodu jednoho z rodičů. Většina dětí a dorostu, která má nastoupit lázeňskou léčbu, byla již dlouhodobě léčena ambulantně bez většího efektu. (16)

Cílem léčby je nejen snížení hmotnosti, ale zvláště redukce rizikových faktorů a změna nevhodných stravovacích a pohybových návyků. Je však nutné, aby sestra opakovaně edukovala nejen pacienta, ale i jeho rodiče. (13)

Denní režim zahrnuje také návštěvu základní školy s denní 4 hodinou výukou všech základních předmětů, včetně výuky cizích jazyků. (34)

Existují lázeňské léčebny, letní tábory, kde dítě většinou zhubne asi 10 % své původní hmotnosti, ale často dochází k tomu, že opět po návratu do rodinného prostředí zase svou hmotnost dosáhne, nebo ji dokonce převýší. (16, 34)

Balneoterapie je nedílnou součástí lázeňské léčby obezity. Většinou se podávají perličkové a vířivé koupele s bylinnými přísadami, které mají relaxační účinek. Uhlíčné koupele jsou zvláště vhodné u dětí a dorostu s kolísavou hypertenzí.

Je na sestře, aby dohlédla na dodržování zásad udržování váhy i po návratu dítěte domů. (34)

1.2.10 Edukace sestrou v oblasti racionální výživy

Výživa člověka je jedním ze základních atributů života. Příjem potravy je závislý na životních podmínkách a na zvyklostech lidské společnosti či jí přijaté kultury. Příjem potravy úzce souvisí se somatickou i psychickou kondicí a bývá často ovlivňován znalostmi člověka o kvalitativních a kvantitativních potřebách výživy. Strava je hybnou silou metabolických procesů. Výživa dítěte má svá specifika. Aby byla výživa dostatečná, musí zajišťovat adekvátní růst a somatický vývoj, optimální vývoj psychických funkcí, optimální vývoj imunologických reakcí, optimální průběh metabolických procesů. (29)

Malé dítě, zejména předškolního a školního věku, chce a většinou může jíst všechno, co jedí jeho rodiče. Proto chceme-li, aby dítě jedlo zdravě, musíme jíst zdravě také my. Jednou z základních podmínek správného působení na dítě je výchovné sjednocení obou rodičů. Oba se musí dohodnout a snažit se o stejný cíl a metody. (11)

Co je to správná výživa? Taková co nejvíce odpovídá racionální stravě, je dostatečně pestrá, obsahuje poměr živin optimální pro rostoucí organismus, s dostatkem mléka jako zdroje vápníku, s přiměřeným množstvím masa jako zdroje železa, s přísunem ovoce a zeleniny jako zdroje vitamínů a vlákniny. Je to taková výživa, která vyhovuje v mírných obměnách celé rodině, dítě díky ní prospívá, dobře roste, je spokojené a jídlo mu chutná. Důležitější než energetická hodnota stravy je však podíl jejich jednotlivých složek a její pestrost. Ne každý pokrm, který znamená bohatý energetický přísun, je vhodný. Pro správný výběr potravin zjednodušeně platí, že strava

má být ze dvou třetin rostlinná. Základem živočišné složky je mléko a mléčné výrobky. (11, 14)

Dítě má také daleko naléhavější potřebu tekutin. Dítě do deseti let by mělo vypít nejméně 80-120 ml tekutin na kilogram tělesné hmotnosti. V praxi to znamená, že pitný režim by měl denně u školního dítěte pokrýt 1,5-2 litry vhodných tekutin (ovocné a zeleninové šťávy, minerálky, voda, ovocné čaje). (11)

Sestra upozorní na dodržení:

1. Sestra by měla naučit děti snídat, nastartuje se tak jejich den. Děti do jídla nenutit, učit je snídat po malých porcích. Při snídani je třeba u dítěte uhradit nedostatek tekutin po noční pauze, který se může projevit vyšší únavou, nepozorností či bolestí hlavy. (14, 23)
2. Sestra a rodiče musí sledovat celodenní stravování dítěte, nestačí dát mu kvalitní jídlo pouze k večeři. Dbát na pravidelnost stravy (5 - 6 denních dávek jídla), zabrání se tak pocitu nekontrolovatelného hladu a nárazovému přejídání. (14, 23)
3. Sestra by měla edukovat rodiče o tom, jak je důležité připravovat dětem do školy svačiny. Dopolední svačina někdy nahrazuje dítěti snídani a je jediným zdrojem živin během dopoledne. Svačina proto může hrát důležitou roli při koncentraci dítěte během vyučování a školních aktivit, zajistí nutný přísun živin a energie. Je vhodné volit jako základ celozrnné pečivo či chleb a rostlinný tuk místo másla. V dopolední svačině by nemělo chybět ovoce či kousek zeleniny. Je důležité myslet také na odpolední svačiny svých dětí, zabraňují přejídání u večeře. (14, 23)
4. Důležitý je také vhodný a dostatečný výběr nápojů. Doporučený denní příjem tekutin se u dětí pohybuje od 125 do 50 ml na kilogram hmotnosti při stoupajícím věku od 2 do 16 let. Potřeba závisí na teplotě a vlhkosti vnějšího prostředí a na tělesné aktivitě dítěte. Sestra doporučí pít ovocné čaje, vhodné jsou nápoje s ovocnými či zeleninovými šťávami, případně obohacené vitamínem C nebo jinými nutričními látkami, např. jodem. Naopak upozorní na naprosto nevhodné

nápoje jako jsou limonády, šumivé nápoje v prášku, kokakolové nápoje a kávu, pro vysoký obsah kofeinu, černý čaj, ledový čaj, energetické nápoje, izotonické nápoje a veškeré další nápoje obsahující alkohol. (14, 23)

5. Sestra informuje o důležitosti u dětí omezit příjem potravin s vysokým obsahem živočišných tuků (tučná masa, uzeniny, máslo, sádlo, tavené sýry, konzervované potraviny apod.) - obsahují mnoho nebezpečných nasycených mastných tekutin a cholesterolu, uzeniny obsahují dusitany. V tavených sýrech je sice obsažen vápník, nicméně kvůli tavicím solím je z nich špatně využitelný. Dává se přednost rostlinným tukům - obsahují vícenenasycené mastné kyseliny, které chrání kardiovaskulární systém, a neobsahují cholesterol. (14, 23)
6. Zařadit do jídelníčku ryby, alespoň jednou v týdnu. Ryby obsahují důležité mastné kyseliny typu omega-3, jod, fluor a vitaminy A a D. Upřednostňovat vaření, dušení, pečení, méně vhodné je smažení. (14, 23)
7. Dbát na pestrost stravy a příjem dostatečného množství vlákniny. Celozrnné obilniny obsahují důležité sacharidy, vlákninu, zinek, železo, vápník, vápník a vitaminy B1 a B6. Ovoce a zelenina poskytují kromě vlákniny nezbytný vitamin C, provitamin A, draslík, vápník, hořčík a železo. Luštěniny jsou vynikajícím zdrojem vlákniny, vitaminů skupiny B, rostlinných bílkovin. Luštěniny můžeme podávat ve formě pomazánek, polévek a salátů. Děti od 7 - 10 let by měly konzumovat cca 17 - 19 g vlákniny denně, mezi 10 - 13 rokem by vlákniny ve stravě mělo být 20 - 23 g. (14, 23)
8. Sestra poučí rodiče, aby nenechávali děti jíst příliš mnoho sladkostí (max. tři sladkosti týdně). (14, 23)
9. Sestra poučí dítě a rodiče o nevhodnosti koření. Koření by se mělo podávat v malém množství a pokud možno čerstvé. Optimální je koření bylinami ze zahrádky nebo z truhlíku. Je důležité také opatrně zacházet ze solí. (14, 23)

10. Sestra by měla zdůraznit důležitost pohybu, který je prevencí obezity, kardiovaskulárních nemocnění, cukrovky a řady dalších zdravotních potíží. (14, 23)

11. Snažit se alespoň večeri jíst jako rodina pohromadě. Jíst v klidu, v sedě a jídlo si vychutnávat. (14, 23)

Veřejnost je o tom, jak by se měla správně stravovat, informována sestrami, ale také osvětovými materiály, zpracovanými do jednoduchých grafických schémat, kterým se říká výživová pyramida. První taková pyramida vznikla až roku 1992, přičemž její nejnovější oficiální verze byla vydána v květnu 2000. Přestože je tato verze dosud platná, už v době jejího zveřejnění část odborníků připravovala návrh na inovaci, která již spatřila světlo světa roku 2003 (Příloha 5). (10)

1.3 Role školní sestry

Školní sestra by mohla hrát významnou úlohu v prevenci obezity. Pomáhala by dětem řešit jejich zdravotní, psychické i sociální problémy a poskytovala by jim rady, jak se mohou starat o své zdraví ve školním věku až do období dospělosti. Zdravotní problémy dítěte ovlivňují také jeho školní docházku. Úlohou školní sestry je identifikovat tyto problémy dětí v jednotlivých obdobích školního věku, poznat jejich příčiny a řešit je. Takovým způsobem může sestra předcházet nepřítomnosti žáků ve vyučování a pozitivně ovlivnit jejich vztah ke škole. (15, 20)

Školní sestra jako manažerka řídí mnohé aktivity. Spolupracuje s rodiči ve vyhledávání příčin problémů dítěte. Diskutuje i o problémech žáka s rodiči. Školní sestra navazuje kontakt s učiteli a administrativními pracovníky. Získává od nich informace, které mohou ovlivnit zdravotní stav žáků. Sestra identifikuje situace, které by se mohli stát v průběhu vyučování a které mohou přímo ovlivnit vznik onemocnění. (15)

Školní sestra by měla zajistit integrovaný školní program zdraví ve škole, pomáhat rodinám při hledání řešení, které vedou k uspokojování potřeb a podporovat zdraví a zodpovědnost za zdraví. Měla by mít vědomosti z oboru ošetrovatelství, pediatrie, výchovy ke zdraví a veřejném zdraví. (15)

Společným cílem ve vzdělání sester je příprava samostatné profese školní sestry, která by měla mít univerzitní vzdělání na úrovni minimálně bakaláře. V ošetrovatelském procesu plní školní sestra funkci koordinátora, manažera, edukátora a konzultanta. (15)

1.3.1 Nejčastější potíže školních dětí

Mezi nejčastější potíže mladšího školního věku jsou choroby dýchacích cest, alergie, úrazy, choroby trávicího traktu jako jsou poruchy výživy, malnutrice nebo obezita, zubní kaz, metabolické poruchy, či diabetes mellitus 1. typu. U dětí v tomto věku se také mohou vyskytovat psychické problémy jako jsou poruchy chování, neurotické poruchy a fobie. Mohou se vyskytovat i sociální problémy jako málo podnětné rodinné prostředí. (15)

Mezi nejčastější problémy dětí staršího školního věku je nadužívání alkoholu, kouření, drog a jiných léků. (15)

Ve školním věku vznikají také problémy s výživou. Školní sestra jako zdravotnický personál poskytuje péči o školní komunitu v mnoha odvětvích. Týká se to hlavně nadměrné konzumace jídla, které neodpovídají nutričním požadavkům. Jsou to jídla, která obsahují vysoké množství tuků, cukrů a solí. Taková nevhodná strava může být v dospělém věku příčinou obezity, cukrovky, hypertenze a jiných chronických degenerativních onemocnění. Často mohou být obézní ohroženi selháním srdce, mozkovou mrtvicí nebo křečovými žilami. Obezita může být také spojena s kožními problémy nebo chorobami trávicího ústrojí. (15)

Školní sestra vede rozhovory s adolescenty, kterými se snaží snížit nevhodné chování, jehož výsledkem by mohlo být nechtěné těhotenství, nakažení se přenosně pohlavní chorobou, infekce HIV nebo pohlavní zneužívání. Školní děti si často

potřebují popovídat o svých zdravotních, ale i psychických problémech. Některé děti mají zájem učit se o lidském těle, o zdraví a o aktivitách podporující zdraví. Mezi tématy, o kterých chtějí diskutovat, patří například akné, sexuální výchova, zdravá výživa, nedorozumění s rodiči. (15)

1.3.2 Školní sestra v České republice

Funkce školní sestry nebyla v České republice doposud zřízena. Po první světové válce byla v Praze otevřena vyšší sociální škola, která připravovala diplomované sestry pro samostatnou činnost v terénu. Zakládaly se poradny pro matky a děti, zdravotní stanice. Pozitivní vývoj československého ošetrovatelství byl násilně přerušena druhou světovou válkou. (8)

Program školního zdravotnictví by se měl stát prvořadým cílem vládní strategie primární zdravotní péče. Školní sestra by se stala důležitým členem zdravotního týmu, který by se skládal z ředitele školy, pedagogů, lékařů, zubaře, sociálního pracovníka a psychologa. Sestry by zodpovídaly za koordinaci programu, který by zahrnoval tělesnou výchovu, správnou životosprávu, která by zabránila vzniku obezity, péči o dutinu ústní, preventivní opatření na snížení úrazů, drogových závislostí, zneužívání látek, šíření infekčních nemocí, ale i propagaci pohody dětí. Předpokládá se, že by se tak zvýšil zájem dětí o zdravotní témata, ale i zájem rodičů o zdravotní péči svých dětí. (8)

Zdravý životní styl dětí mládeže ovlivňuje jejich sociální prostředí, do kterého patří i škola. Na našich školách nepracují žádní zdravotničtí pracovníci, kteří by dohlíželi na zdravé životní prostředí ve škole a na dodržování zásad zdravého životního stylu. Úlohou školní sestry je komplexní péče o zdravé děti, zajišťování primární zdravotní péče ve školách a také zodpovědnost za plánování obsahů kurzů zdravotní výchovy a výživy a za jejich naplňování. V některých zemích Evropy už školní sestry pracují a výsledky jejich práce jsou vysoce pozitivně ohodnocené. (5)

2. Cíl práce a hypotézy

Cíl:

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat výskyt obezity u dětí školního věku na vybraných školách v Západočeském kraji.

Hypotézy:

Na základě stanoveného cíle, prostudované literatury i dosavadních zkušeností jsme si zvolili následující hypotézy.

Hypotéza H1:

Stravovací návyky u dětí školního věku neodpovídají zásadám racionální výživy.

Hypotéza H2:

Nedostatečná pohybová aktivita ovlivňuje výskyt obezity u dětí školního věku.

3. Metodika

Pro získání potřebných údajů k dosažení vytyčených cílů byla zvolena metoda dotazování technikou dotazníku a technikou ankety. Technikou sběru dat bylo anonymní dotazníkové a anketové šetření, tedy kvantitativní výzkum. Dotazník a anketu jsem sestavila na základě svých vlastních vědomostí a prostudované literatury. Dotazník byl předložen žákům 1 – 9 tříd základní školy. Anketa byla určena pro učitelé základní školy a měla zmapovat názory učitelů na školní sestru a oblast správné životosprávy.

Dotazník pro žáky základních škol (Příloha 1) obsahoval 29 otázek, z toho 15 otázek bylo uzavřených s volbou předem připravených jednoduchých odpovědí a 14 otázek polouzavřených. Otázky byly formulované tak, aby byly srozumitelné pro všechny studenty.

Dotazník je rozdělen do čtyř částí. První část je zaměřena na identifikační údaje, kde dotazovaný respondent uvádí svůj věk, výšku, váhu a pohlaví. Druhá část se zaměřuje na způsob a pravidelnost stravování. Třetí část je zaměřena na sportovní aktivity a zdroje informací o zdravé výživě. Čtvrtá část dotazníku obsahuje otázky zaměřené na mimoškolní aktivity respondentů. Poslední otázka je zaměřena na školní sestru. Celkem bylo rozdáno 200 dotazníků. Vrátilo se jich 151, z toho bylo vyřazeno pro neúplné vyplnění 5 dotazníků. 19 dotazníků se nevrátilo a 30 se vrátilo nevyplněných (návratnost tedy byla 73 %).

Anketa, která byla určena pro pedagogický sbor základní školy (Příloha 2) obsahovala 5 uzavřených otázek. Otázky byly kladeny s úmyslem získat názor na školní sestru a na současnou výuku o správné životosprávě na základní škole. Ankety se zúčastnilo 26 pedagogů. Z celkového počtu 26 rozdaných anket se jich vrátilo 26 a 26 jich bylo použito pro výzkum (návratnost byla tedy 100 %).

Grafy byly zpracovány v programu Microsoft Excel. K hodnocení stavu výživy byly použity percentilové tabulky pro chlapce a dívky od 0 do 18 let. (18)

3.1. Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný vzorek tvořilo celkem 146 žáků ve věku od 6 do 15 let ze základní školy v Horažďovicích. Výzkum byl realizován v období 2 měsíců od února do března roku 2007. Výzkum probíhal za přímé spolupráce ředitele školy. Žákům byl rozdán dotazník za pomoci pedagogů základní školy. Žákům byl zadáván dotazník po jejich předchozím souhlasu a po souhlasu jejich rodičů. Účast na výzkumu byla zcela dobrovolná.

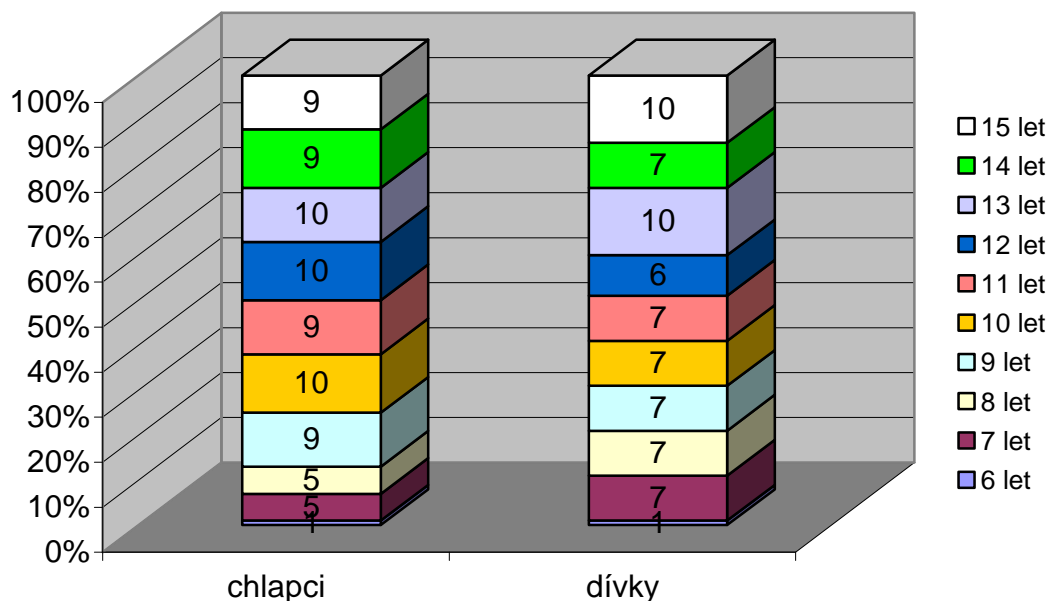
Anketa pro pedagogy základní školy v Horažďovicích byla předložena ve spolupráci s ředitelem školy.

4. Výsledky

Čísla následujících grafů neodpovídají číslům otázek v dotazníku.

4.1 Výsledky dotazníkového šetření žáků základní školy

Graf 1 Věk dotazovaných respondentů

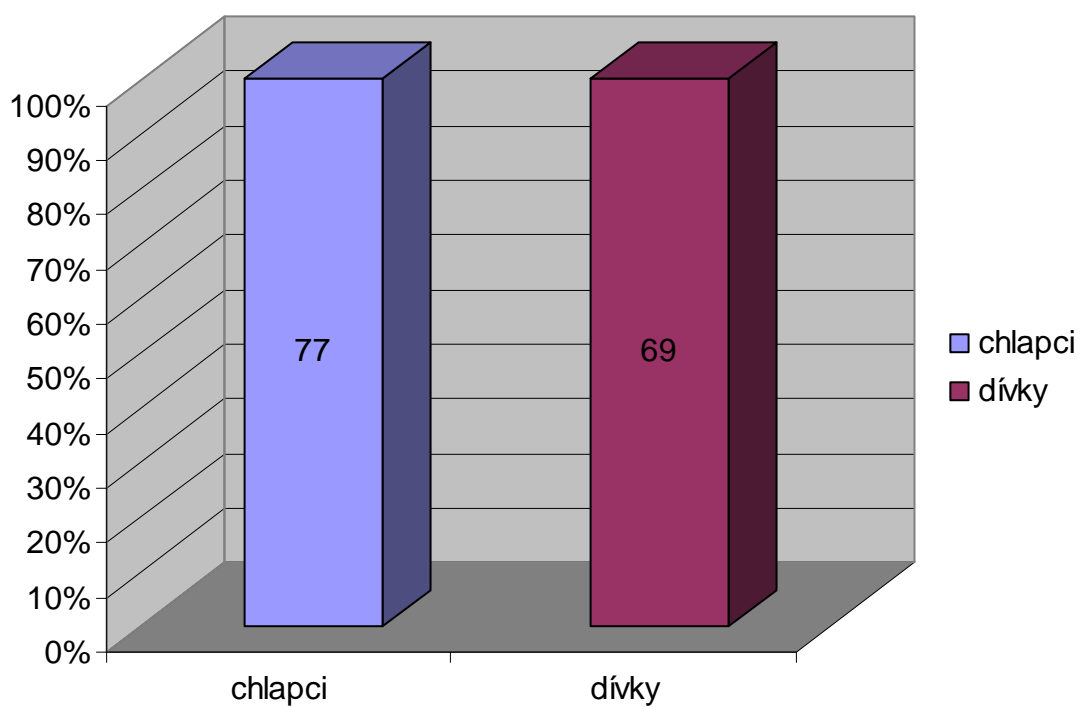


Dotazníkového šetření se zúčastnilo 77 (100 %) chlapců ve věkových kategoriích 6 – 15 let. 1 (1 %) respondent ve věku 6 let, 5 (6 %) respondentů ve věku 7 let, 5 (6 %) respondentů ve věku 8 let, 9 (12 %) respondentů ve věku 9 let, 10 (13 %) respondentů ve věku 10 let, 9 (12 %) respondentů ve věku 11 let, 10 (13 %) respondentů ve věku 12 let, 10 (13 %) respondentů ve věku 13 let, 9 (12 %) respondentů ve věku 14 let a 9 (12 %) respondentů ve věku 15 let.

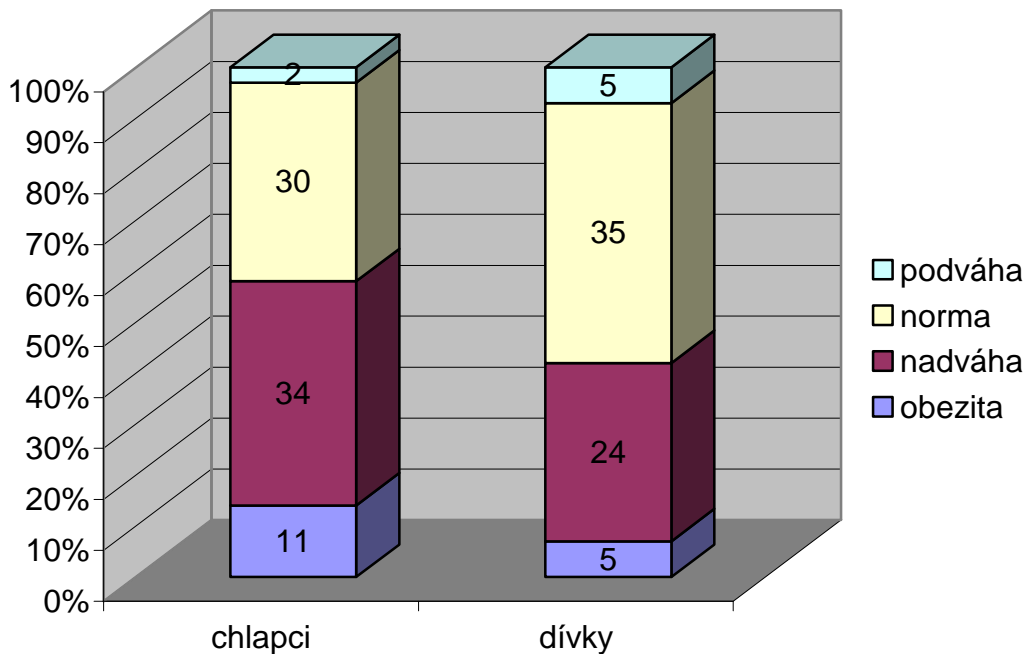
Dotazníkového šetření se zúčastnilo 69 (100 %) dívek ve věkových kategoriích 6 – 15 let. 1 (1 %) dívka ve věku 6 let, 7 (10 %) dívek ve věku 7 let, 7 (10 %) respondentů ve věku 8 let, 7 (10 %) respondentů ve věku 9 let, 7 (10 %) respondentů ve věku 10 let, 7 (10 %) respondentů ve věku 11 let, 6 (9 %) respondentů ve věku 12 let, 10 (15 %) respondentů ve věku 13 let, 7 (10 %) respondentů ve věku 14 let a 10 (15 %) respondentů ve věku 15 let.

Graf 2

Pohlaví respondentů sledovaného souboru



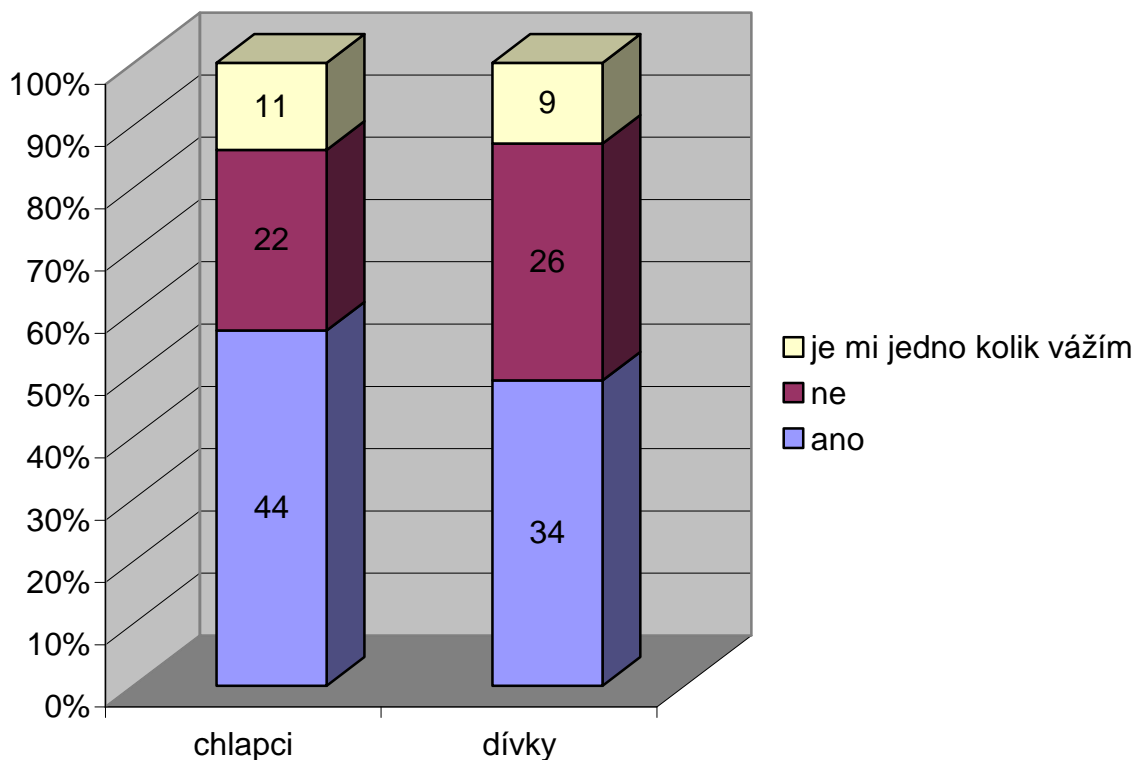
Dotazníkového šetření se zúčastnilo 77 chlapců (100 %) a 69 dívek (100 %)

Graf 3**BMI u respondentů (percentilové grafy)**

Z celkového počtu 77 dotazovaných chlapců (100 %) trpí obezitou 11 (14 %) dotazovaných respondentů, 34 (44 %) dotazovaných respondentů má nadváhu, 29 (39 %) dotazovaných respondentů má BMI v normálu a 2 (3 %) dotazovaní respondenti mají podváhu.

Z celkového počtu 69 (100 %) trpí obezitou 5 (7 %) dívek, 24 (35 %) má nadváhu, 35 (51 %) mají BMI v normálu a 5 (7 %) dívek má podváhu.

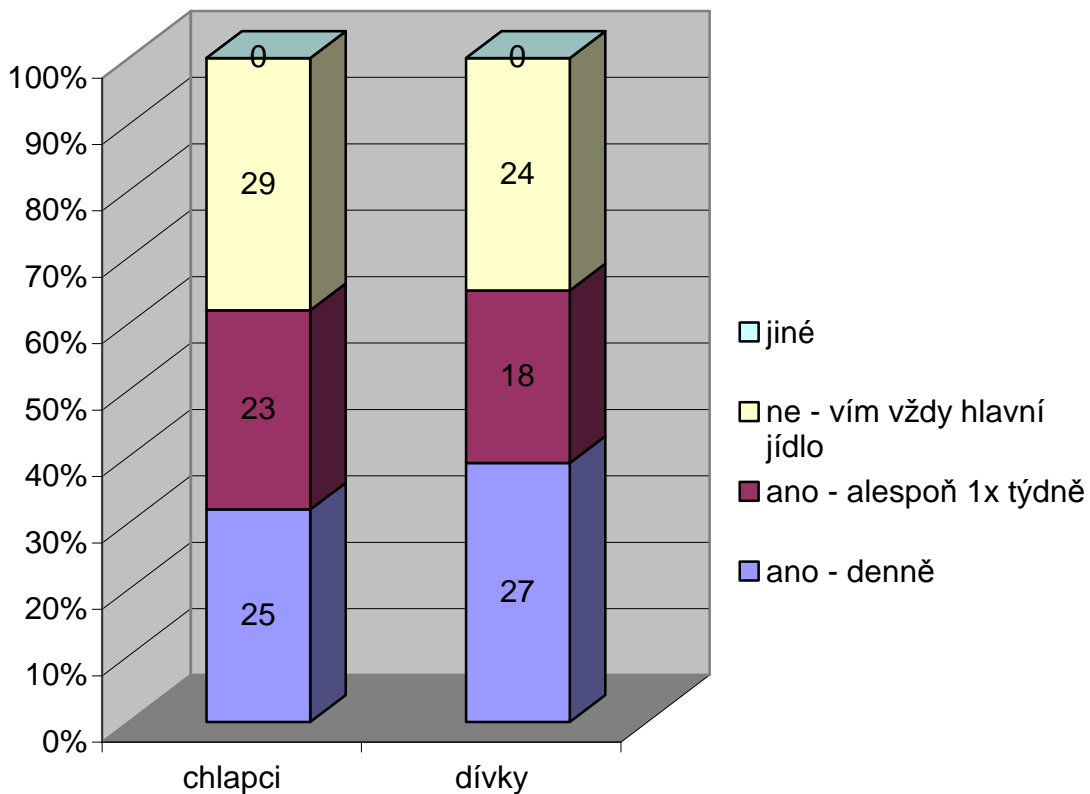
Graf 4 Spokojenost respondentů se svou váhou



Z celkového počtu dotazovaných chlapců 77 (100 %) je jich 44 (57 %) spokojených se svou váhou, 22 (29 %) dotazovaných respondentů se svou váhou není spokojena a 11 (14 %) dotazovaných respondentům je jedno, kolik váží.

Z celkového počtu dotazovaných dívek 69 (100 %) je jich 34 (49 %) spokojena se svou váhou, 26 (38 %) dotazovaných respondentek se svou váhou spokojena není a 9 (13 %) dívkám je jedno, kolik váží.

Graf 5 Údaje respondentů o vynechávání některých z hlavních jídel

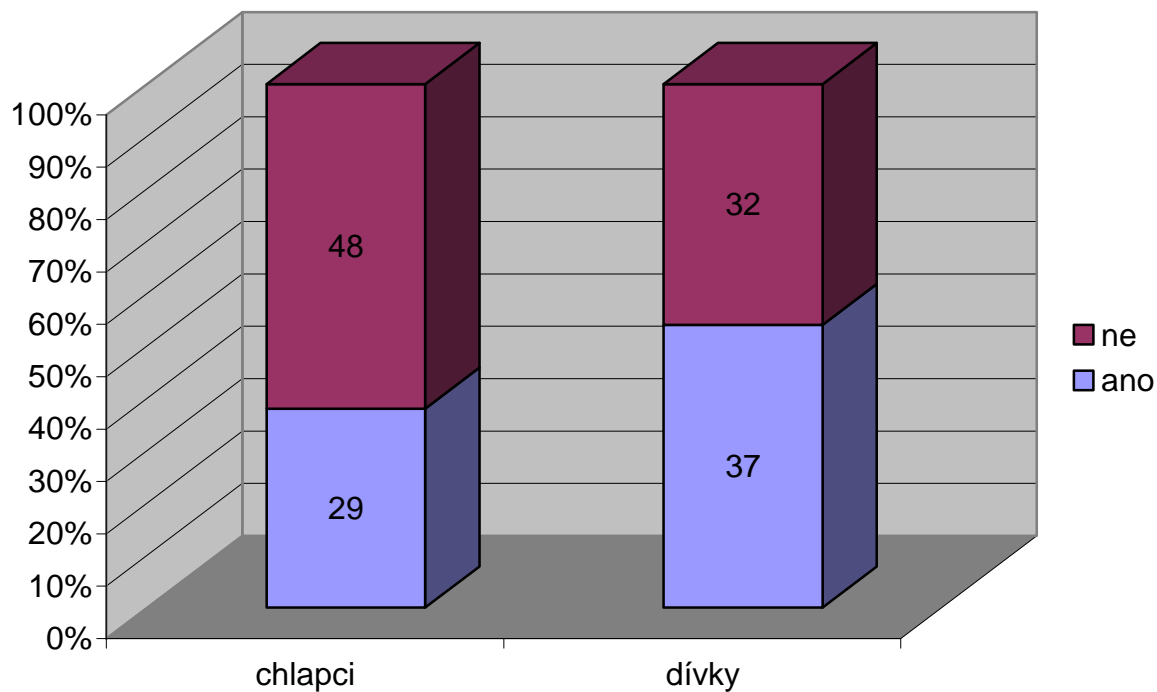


Z celkového počtu dotazovaných chlapců 77 (100 %) jich 25 (32 %) jednou denně vynechává hlavní jídlo, 23 (30 %) dotazovaných respondentů hlavní jídlo vynechává alespoň jednou týdně a 29 (38 %) chlapců jí hlavní jídlo každý den.

Z celkového počtu dotazovaných dívek 69 (100 %) jich 27 (39 %) denně vynechává některé z hlavních jídel, 18 (26 %) dotazovaných respondentek vynechá hlavní jídlo alespoň jednou týdně a 24 (35 %) dívek nikdy hlavní jídlo nevynechává.

Graf 6

Údaje respondentů o každodenní snídani

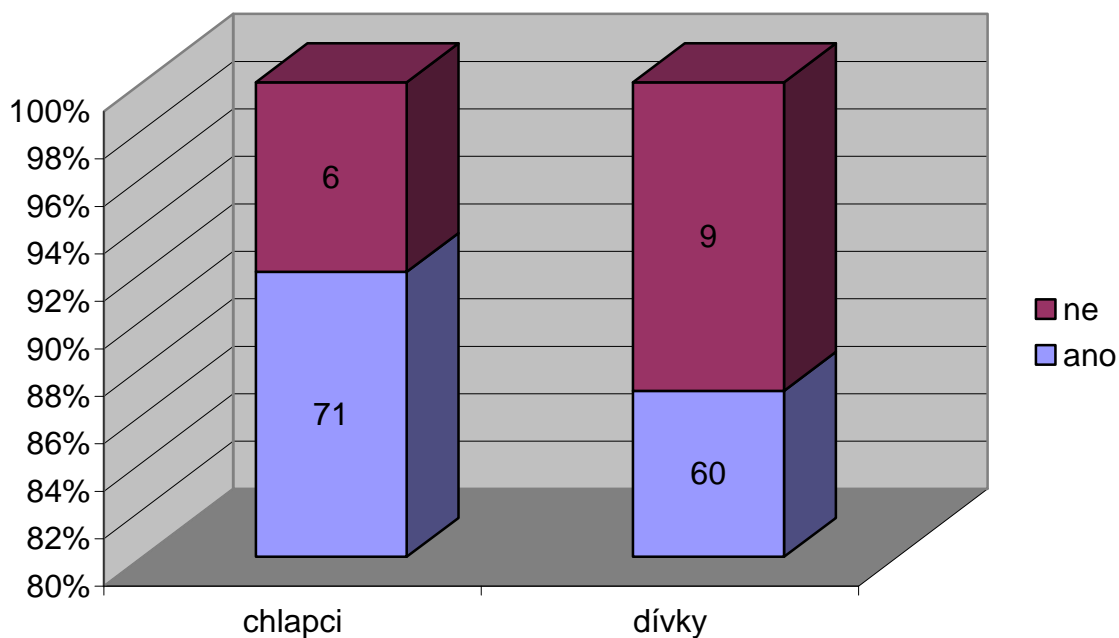


Z celkového počtu 77 (100 %) 29 (38 %) dotazovaných chlapců snídá každý den a 48 (62 %) respondentů nesnídá.

Z celkové počtu 69 (100 %) dívek každý den snídá 37 (54 %) dotazovaných respondentek a 32 (46 %) respondentek nesnídá.

Graf 7

Údaje respondentů o každodenním teplém obědu

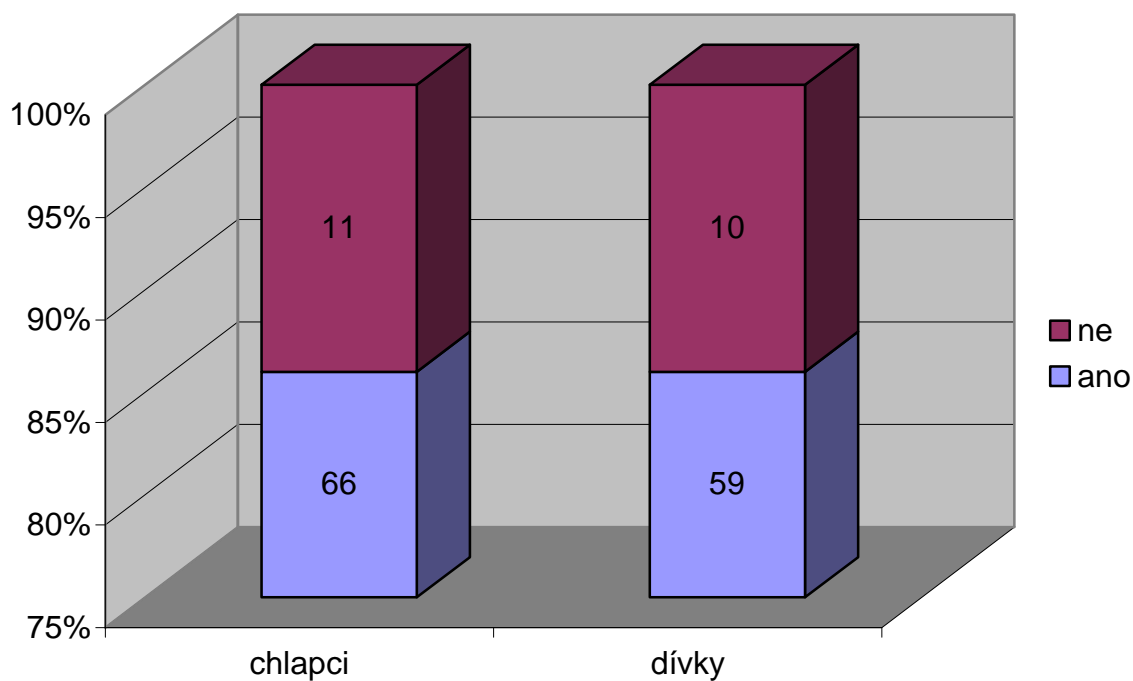


Z celkového počtu chlapců 77 (100 %) má každý den teplý oběd 71 (92 %) a 6 (8 %) nemá denně teplý oběd.

Z celkového počtu dívek 69 (100 %) jich 60 (87 %) odpovědělo, že má každý den teplý oběd a 9 (13 %) nemá každý den teplý oběd.

Graf 8

Údaje respondentů o stravování ve školní jídelně

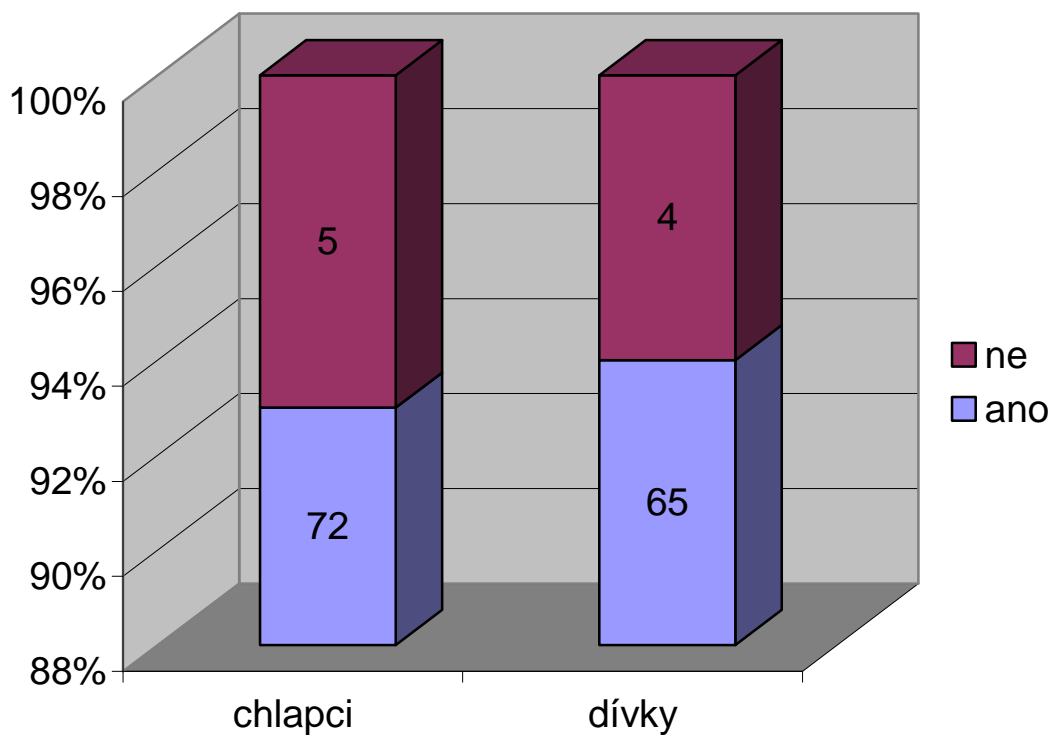


Z celkového počtu 77 (100 %) chlapců se jich 66 (86 %) ve školní jídelně stravuje a 11 (14 %) dotazovaných respondentů školní jídelnu nenavštěvuje.

Z celkového počtu 69 (100 %) dívek se jich 59 (86 %) ve školní jídelně stravuje a 10 (14 %) dotazovaných respondentek školní jídelnu nenavštěvuje.

Graf 9

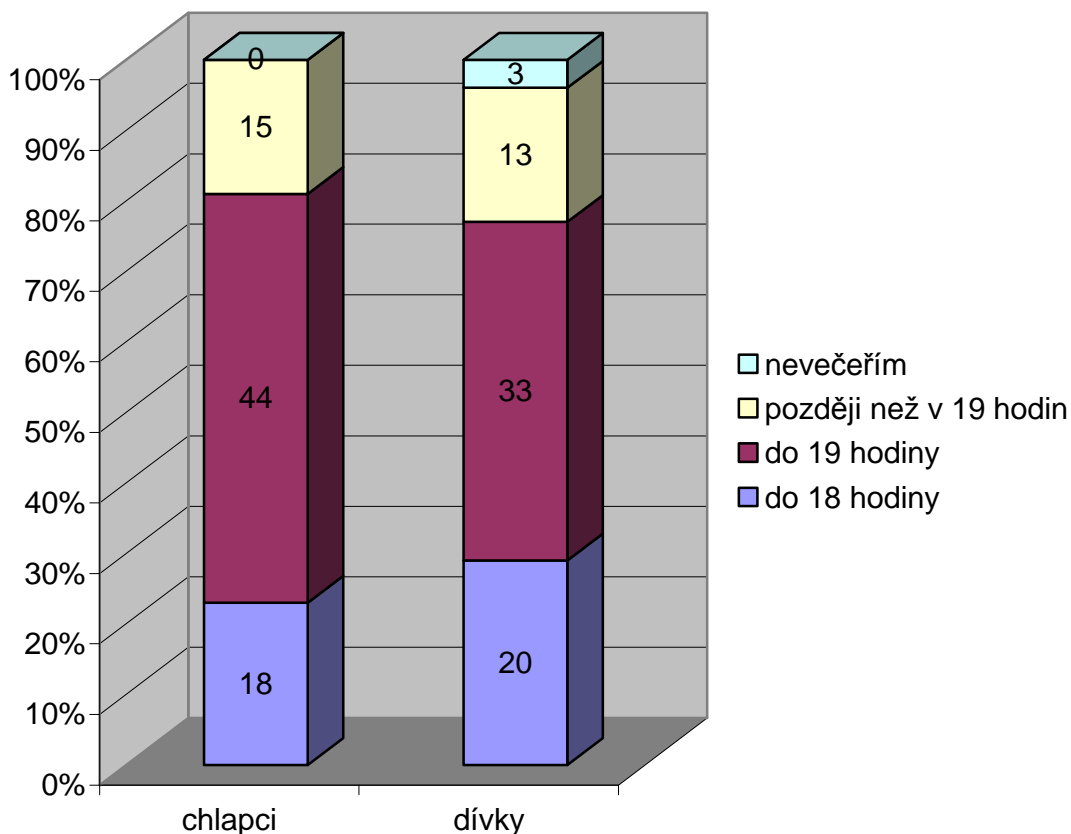
Údaje respondentů o každodenní večeři



Z celkového počtu dotazovaných chlapců 77 (100 %) jich 72 (93 %) večeří každý den a 5 (7 %) dotazovaných respondentů každý den nevečeří.

Z celkového počtu dotazovaných dívek 69 (100 %) odpovědělo, že večeří každý večer 65 (94 %) dotazovaných dívek a 4 (6 %) nemají každý den večeři.

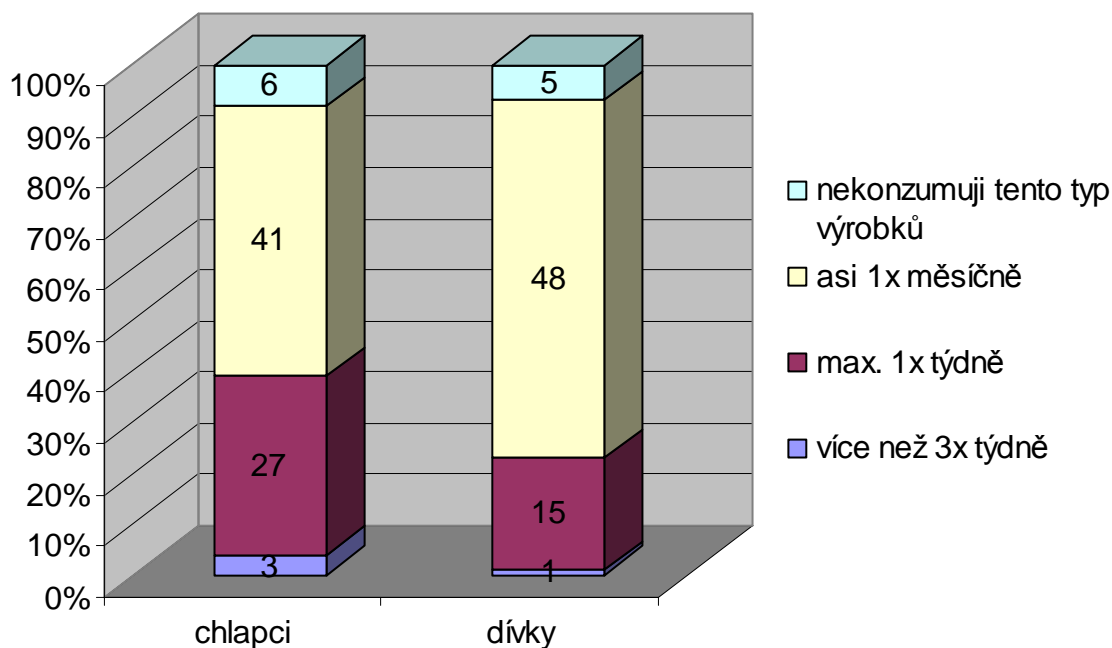
Graf 10 **Údaje respondentů o době večere**



Z celkového počtu dotazovaných chlapců 77 (100 %) jich 18 (23 %) večeří nejpozději do 18 hodin, 44 (58 %) dotazovaných respondentů večeří do 19 hodin a 15 (19 %) chlapců večeří později než v 19 hodin. Možnost nevečeří nezvolil žádný z dotazovaných respondentů.

Z celkového počtu dotazovaných dívek 69 (100 %) jich 20 (29 %) večeří nejpozději do 18 hodiny, 33 (48 %) dívek večeří do 19 hodiny, 13 (19 %) dívek večeří později než v 19 hodin a 3 (4 %) dívek nevečeří vůbec.

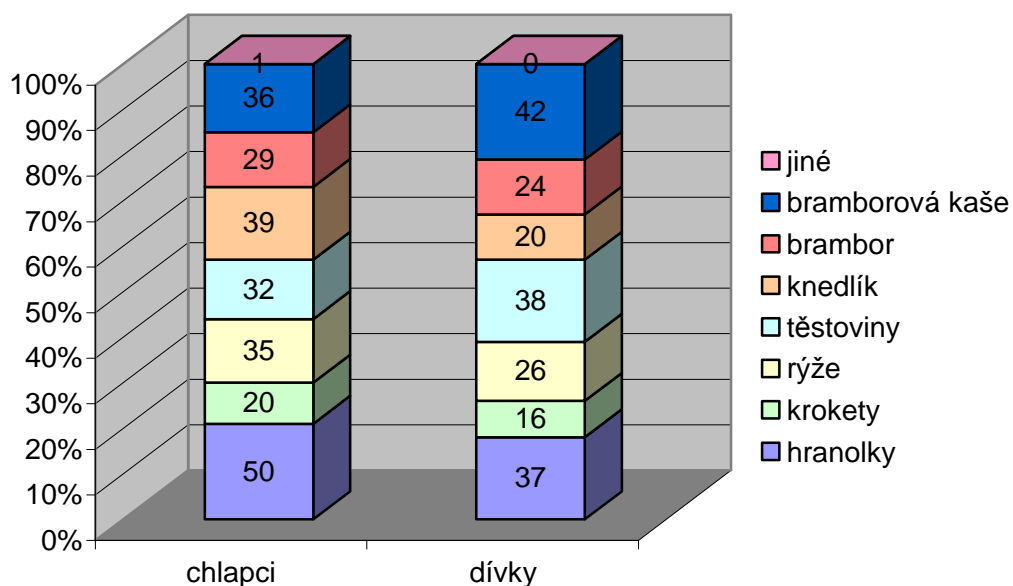
Graf 11 **Údaje respondentů o konzumování rychlého občerstvení
(hamburgery, hranolky)**



Z celkového počtu dotazovaných respondentů 77 (100 %) chlapců konzumuje více než 3x týdně rychlé občerstvení typu hamburgery a hranolky 3 (4 %), 27 (35 %) konzumují tento typ výrobků maximálně 1x týdně, 41 (53 %) asi 1x do měsíce a 6 (8 %) tento typ výrobků vůbec ne Konzumuje.

Z celkového počtu dotazovaných dívek 69 (100 %) konzumuje více než 3x týdně rychlé občerstvení typu hamburgery a hranolky 1 (1 %), 15 (22 %) konzumují tento typ výrobků maximálně 1x týdně, 48 (70 %) asi 1x do měsíce a 5 (7 %) tento typ výrobků vůbec ne Konzumuje.

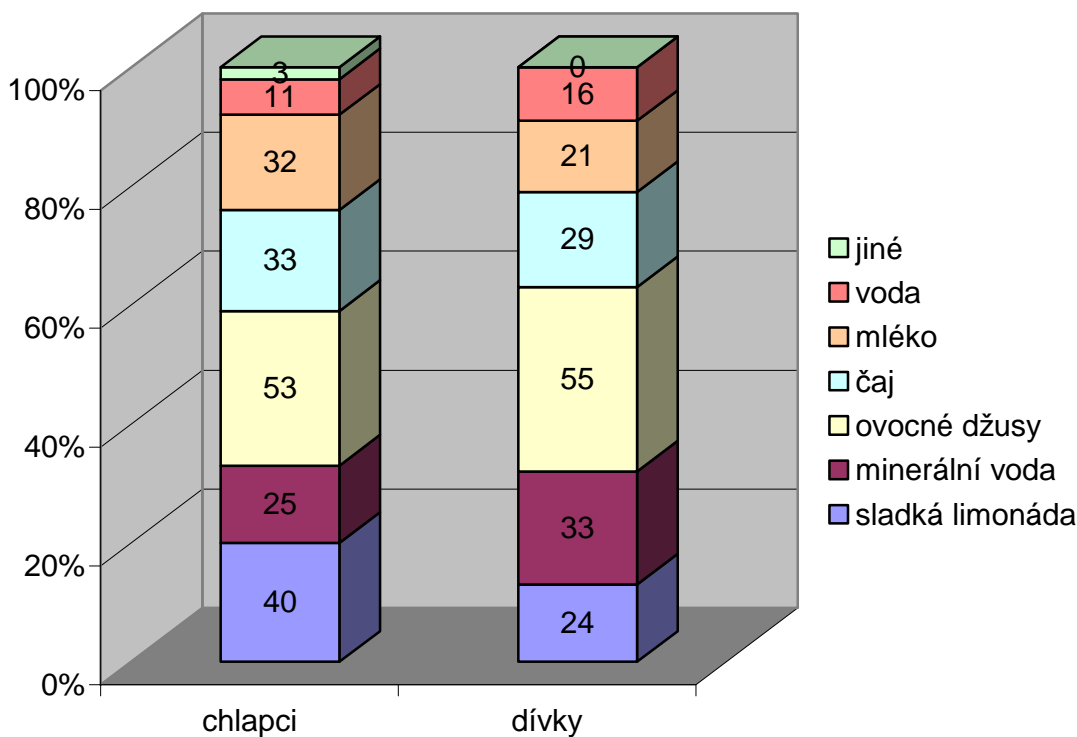
Graf 12 Údaje respondentů o konzumování nejoblíbenější přílohy k hlavnímu jídlu



Zde měli respondenti možnost více odpovědí 278 (100 %). Z celkového počtu chlapců 77 má 50 nejraději hranolky, 20 krokety, 35 rýži, 32 dává přednost těstovinám, 39 má raději knedlík, 29 brambor, 36 dává přednost bramborové kaši a 1 uvedl, že má nejraději luštěniny.

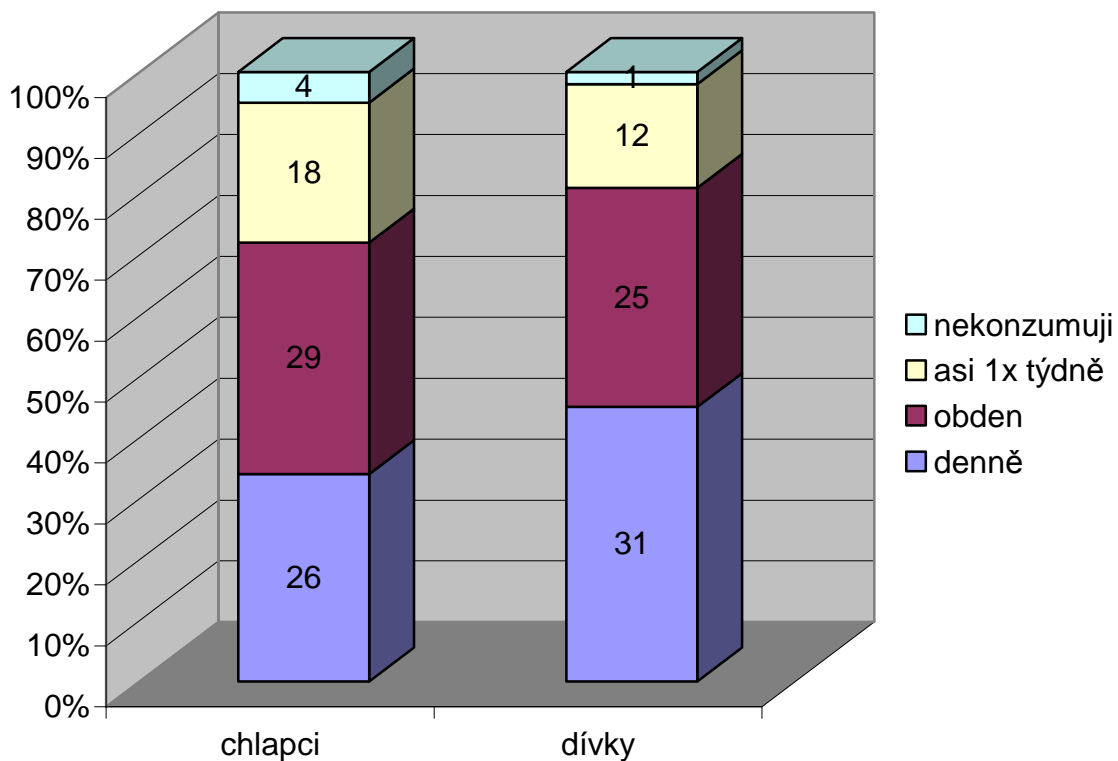
Dívky použily 203 (100 %) odpovědí. Z celkového počtu dívek 69 má 37 nejraději hranolky, 37 krokety, 16 rýži, 26 dává přednost těstovinám, 38 má raději knedlík, 20 brambor, 24 dává přednost bramborové kaši. Možnost jiné ne zvolila ani jedna z dotazovaných dívek.

Graf 13 Údaje respondentů o konzumování nejoblíbenějšího nápoje



Zde měli chlapci možnost více odpovědí 197 (100 %). Z celkového počtu chlapců 77 má nejraději sladkou limonádu 40 dotazovaných respondentů, minerální vodu pije 25 dotazovaných respondentů, ovocné džusy 53 dotazovaných respondentů, čaj má nejraději 33 dotazovaných respondentů, mléko 32 respondentů, vodu nejraději pije 11 respondentů a 3 odpověděli, že nejraději pijí kakao.

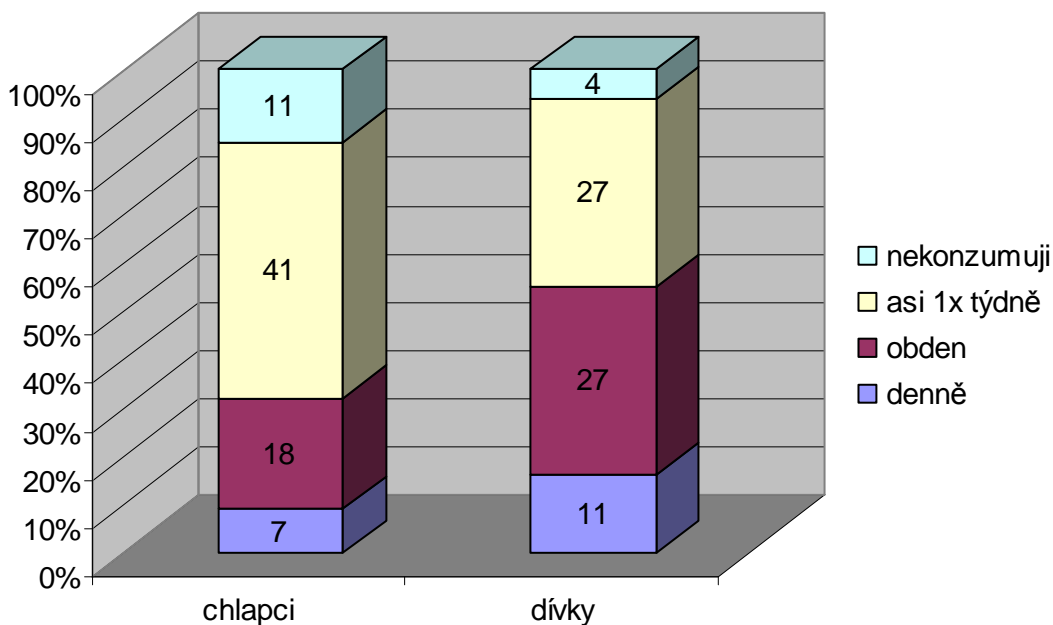
Dívky použily 178 (100 %) odpovědí. Z celkového počtu dívek 69 má nejraději sladkou limonádu 24 dotazovaných respondentek, minerální vodu pije 33 dotazovaných respondentek, ovocné džusy 55 respondentek, čaj má nejraději 29 dotazovaných respondentek, mléko 21 dívek, vodu nejraději pije 16 dívek. Možnost jiné nezvolila ani jedna z dotazovaných dívek.

Graf 14**Údaje respondentů o konzumování ovoce**

Z celkového počtu dotazovaných chlapců 77 (100 %) jich denně ovoce konzumuje 26 (34 %) dotazovaných respondentů, obden 29 (38 %) dotazovaných respondentů, asi 1x týdně 18 (23 %) dotazovaných respondentů a 4 (5 %) z dotazovaných respondentů ovoce vůbec nekonzumuje.

Z celkového počtu dotazovaných dívek 69 (100 %) jich denně ovoce konzumuje 31 (46 %) dotazovaných respondentek, obden 25 (36 %) dotazovaných respondentek, asi 1x týdně 12 (17 %) respondentek a 1 (1 %) z dotazovaných respondentek ovoce vůbec nekonzumuje.

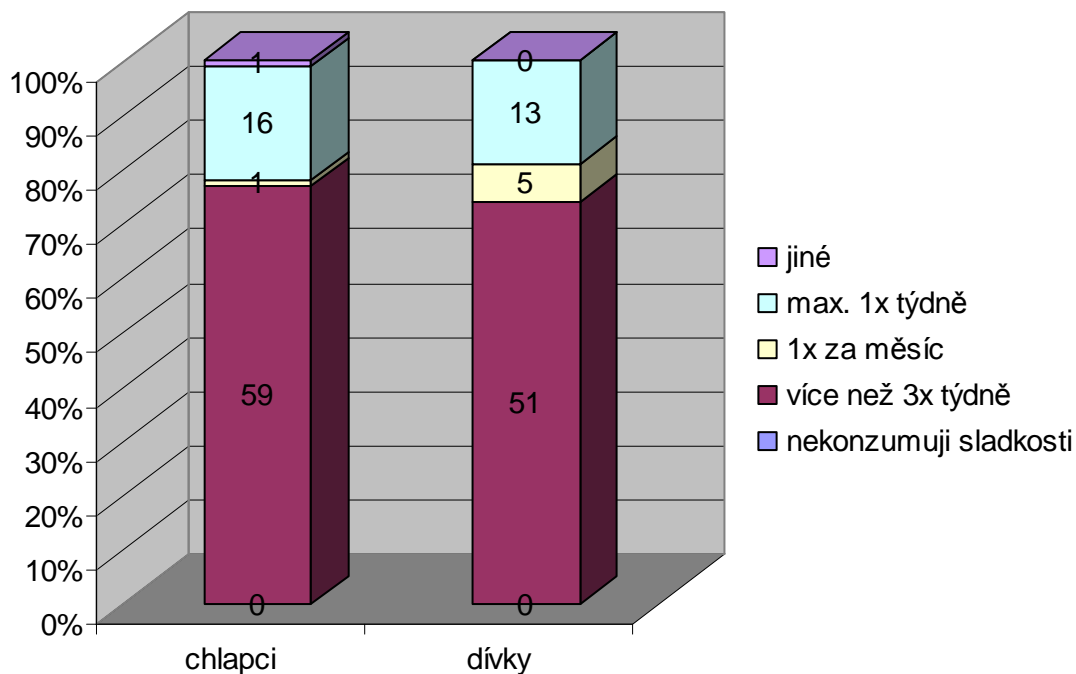
Graf 15 Údaje respondentů o konzumování syrové zeleniny



Z celkového počtu dotazovaných chlapců 77 (100 %) denně syrovou zeleninu konzumuje 7 (9 %) dotazovaných respondentů, 18 (24 %) dotazovaných respondentů konzumují syrovou zeleninu obden, 41 (53 %) odpovědělo asi 1x týdně a 11 (14 %) dotazovaných respondentů syrovou zeleninu vůbec ne Konzumuje.

Z celkového počtu dotazovaných dívek 69 (100 %) denně syrovou zeleninu konzumuje 11 (16 %) respondentek, 27 (39 %) dotazovaných respondentek konzumují syrovou zeleninu obden, 27 (39 %) odpovědělo asi 1x týdně a 4 (6 %) dotazovaných dívek syrovou zeleninu vůbec ne Konzumuje

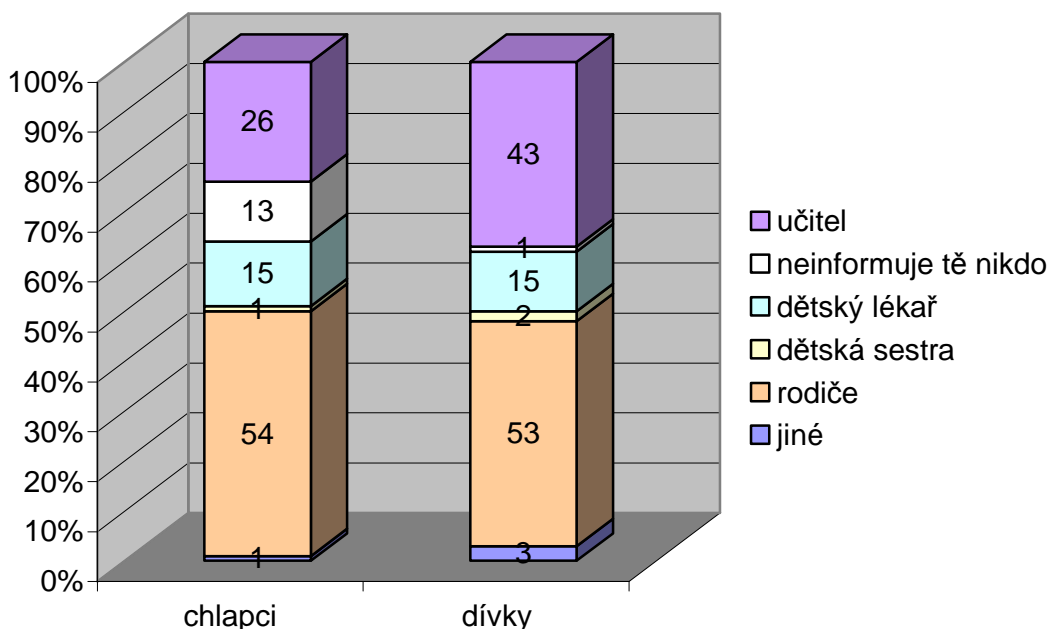
Graf 16 Údaje respondentů o konzumaci sladkostí



Z celkového počtu chlapců 77 (100 %), 59 (77 %) dotazovaných respondentů konzumuje sladkosti více než 3x týdně, 16 (21 %) dotazovaných respondentů maximálně 1x týdně, 1 (1 %) dotazovaný respondent konzumuje sladkosti 1x za měsíc, na možnost ne Konzumují sladkosti odpovědělo 0 (0 %) z dotazovaných respondentů a 1 (1 %) dotazovaný respondent uvedl, že sladkosti konzumuje několikrát denně.

Z celkového počtu dotazovaných dívek 69 (100 %), 51 (74 %) dotazovaných dívek konzumuje sladkosti více než 3x týdně, 13 (19 %) dotazovaných respondentek maximálně 1x týdně, 5 (7 %) dotazovaných dívek konzumuje sladkosti 1x za měsíc, na možnost ne Konzumují sladkosti odpovědělo 0 (0 %) z dotazovaných respondentek a možnost jiné zvolilo 0 (0 %) dotazovaných respondentů.

Graf 17 Zdroje informací respondentů o zdravé výživě

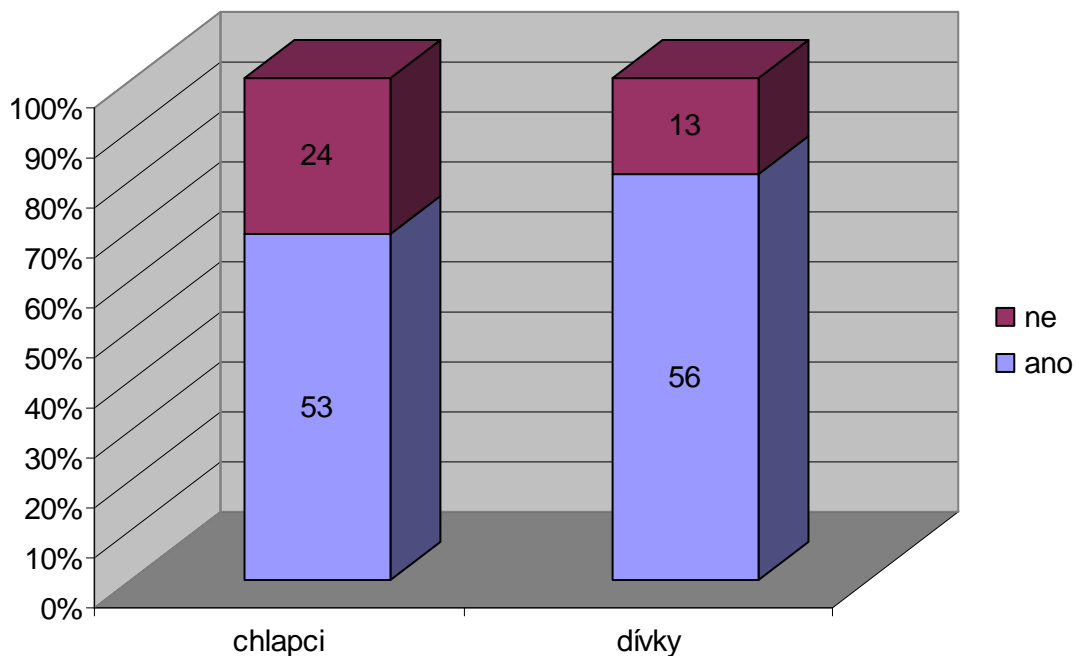


Chlapci použili 110 odpovědí (100 %), 15 (14 %) informuje dětský lékař, 1 (1 %) informovala o zdravé výživě dětská sestra, 54 (48 %) informují rodiče, 26 (24 %) učitel, 13 (12 %) neinformuje nikdo a 1 (1 %) odpověď byla, že ho o zdravé výživě informovali prarodiče.

Dívky použily 117 (100 %) odpovědí, 15 (13 %) informuje dětský lékař, 2 (2 %) informovala o zdravé výživě dětská sestra, 53 (44 %) informují rodiče, 43 (37 %) učitel, 1 (1 %) neinformuje nikdo a 3 (3 %) uvádí, že je o zdravé výživě informovali prarodiče a teta.

Graf 18

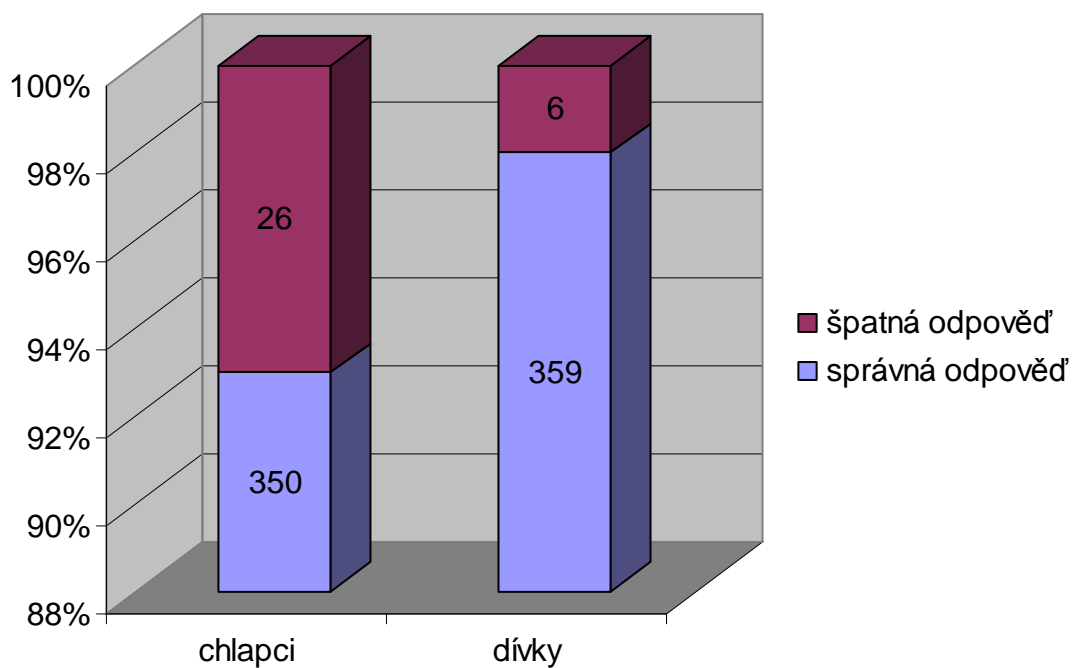
Výuka zásad správné výživy ve škole



Z celkového počtu dotazovaných chlapců 77 (100 %) odpovědělo na možnost ano 53 (69 %) dotazovaných respondentů a možnost ne vybralo 24 (31 %) dotazovaných respondentů.

Z celkového počtu dotazovaných dívek 69 (100 %) odpovědělo na možnost ano 56 (81 %) dotazovaných respondentek a možnost ne vybralo 13 (19 %) z dotazovaných dívek.

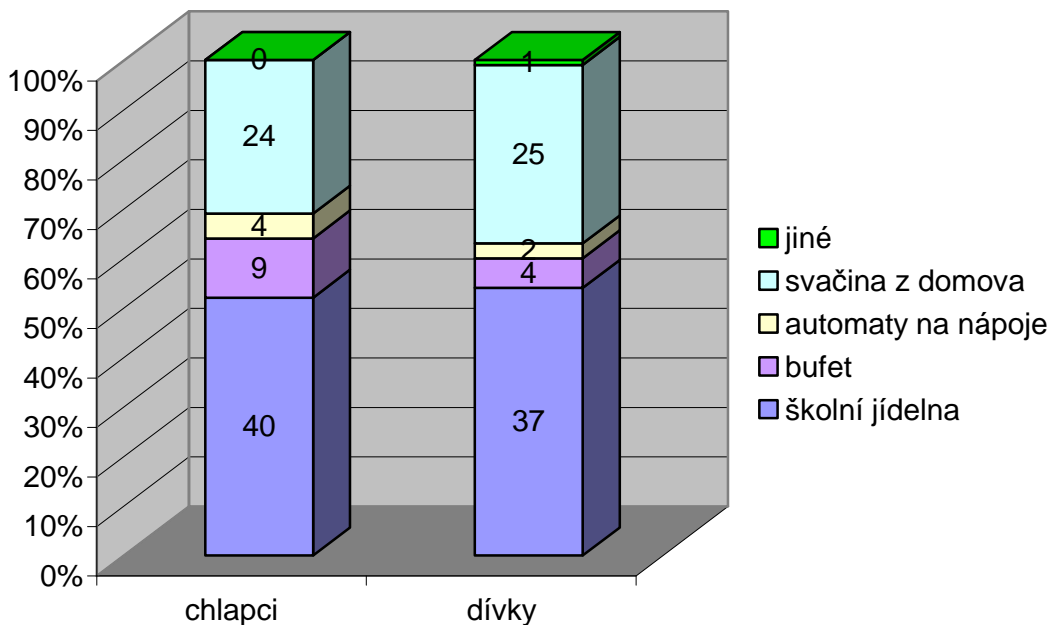
Graf 19 Údaje respondentů zda ví, co patří do zdravé výživy



Chlapci zvolili 376 (100%) odpovědí. 350 (93%) odpovědí bylo správných a 26 (7%) odpovědí bylo špatně.

Dívky zvolily 365 (100 %) odpovědí. 359 (98 %) odpovědí zvolilo správnou možnost a 6 (2 %) odpovědí zvolilo možnost špatnou.

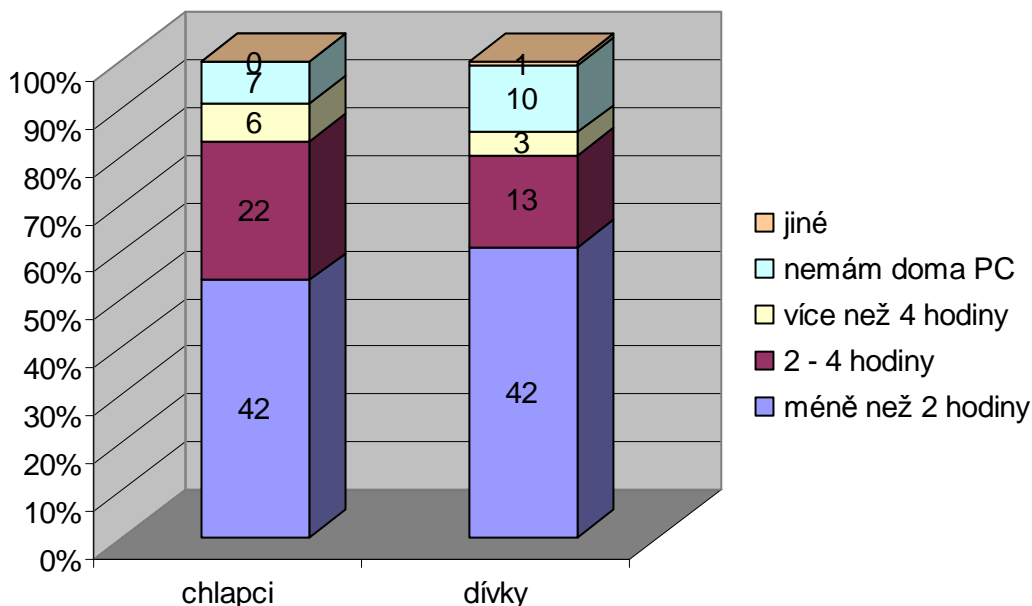
Graf 20 Údaje respondentů o místě a způsobu stravování



Z celkového počtu chlapců 77 (100 %) se 40 (52 %) dotazovaných respondentů stravuje ve školní jídelně, 9 (12 %) chlapců využívá bufet, 4 (5 %) využívá automaty na nápoje, 24 (31 %) dotazovaných respondentů si nosí svačinu z domova a možnost jiné zvolilo 0 (0) z dotazovaných respondentů.

Z celkového počtu dívek 69 (100 %) se 37 (54 %) dotazovaných dívek stravuje ve školní jídelně, 4 (6 %) respondentek využívá bufet, 2 (3 %) využívá automaty na nápoje, 25 (36 %) dotazovaných dívek si nosí svačinu z domova, možnost jiné zvolila 1 (1 %) z dotazovaných dívek, která odpověděla, že se ve škole nestravuje vůbec a jí až když přijde domů.

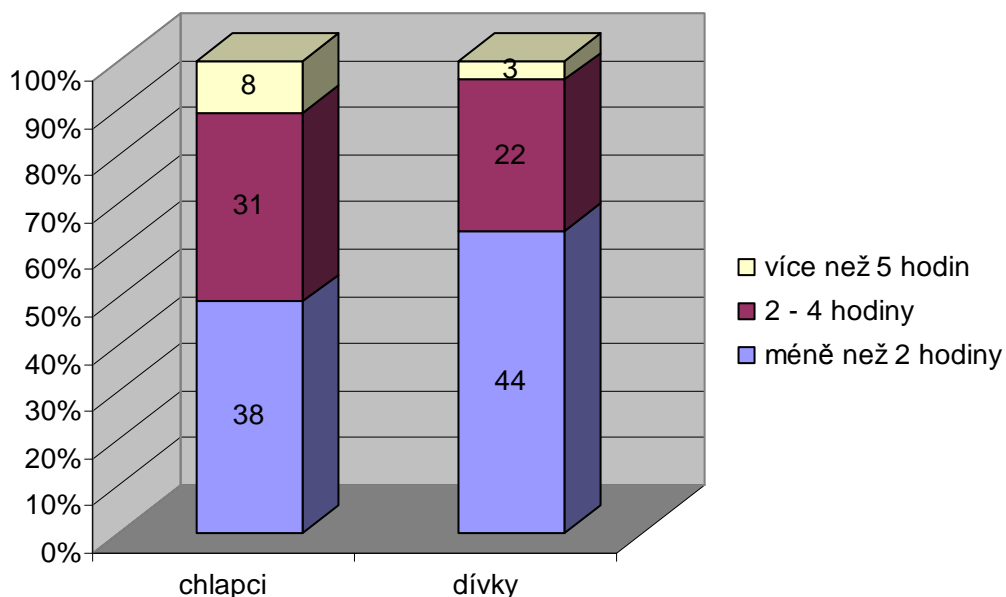
Graf 21 Údaje respondentů o každodenní práci nebo hře na PC nebo playstationu



Z celkového počtu dotazovaných chlapců 77 (100 %) odpovědělo 42 (54 %) méně než 2 hodiny, 22 (29 %) dotazovaných respondentů tráví u PC 2 – 4 hodiny denně, 6 (8 %) dotazovaných respondentů uvedlo možnost více než 4 hodiny, 7 (9 %) dotazovaných respondentů nemá doma PC a možnost jiné zvolilo 0 (0 %) dotazovaných respondentů.

Z celkového počtu dotazovaných dívek 69 (100 %) odpovědělo 42 (62 %) méně než 2 hodiny, 13 (19 %) dotazovaných respondentek tráví u PC 2 – 4 hodiny denně, 3 (4 %) dotazovaných dívek uvedlo možnost více než 4 hodiny, 10 (14 %) dotazovaných dívek nemá doma PC a možnost jiné zvolil 1 (1 %) z dotazovaných dívek, která tráví u PC maximálně 2 hodiny týdně.

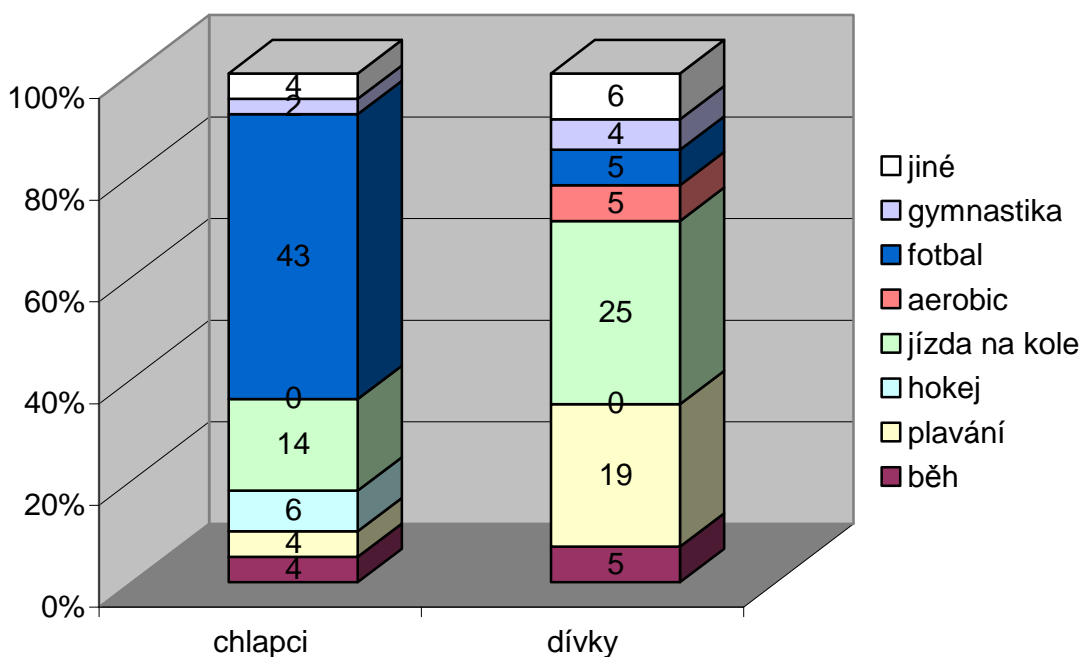
Graf 22 Údaje respondentů o každodenním sledování televize



Z celkového počtu dotazovaných chlapců 77 (100 %) sleduje televizi méně než 2 hodiny denně 38 (49 %) dotazovaných respondentů, 31 (41 %) dotazovaných respondentů tráví v televizi 2 – 4 hodiny denně a 8 (10 %) dotazovaných respondentů sleduje televizi více než 5 hodin denně.

Z celkového počtu dotazovaných dívek 69 (100 %) sleduje televizi méně než 2 hodiny denně 44 (64 %) dotazovaných dívek, 22 (32 %) dotazovaných dívek tráví v televizi 2 – 4 hodiny denně a 3 (4 %) dotazovaných dívek sleduje televizi více než 5 hodin denně.

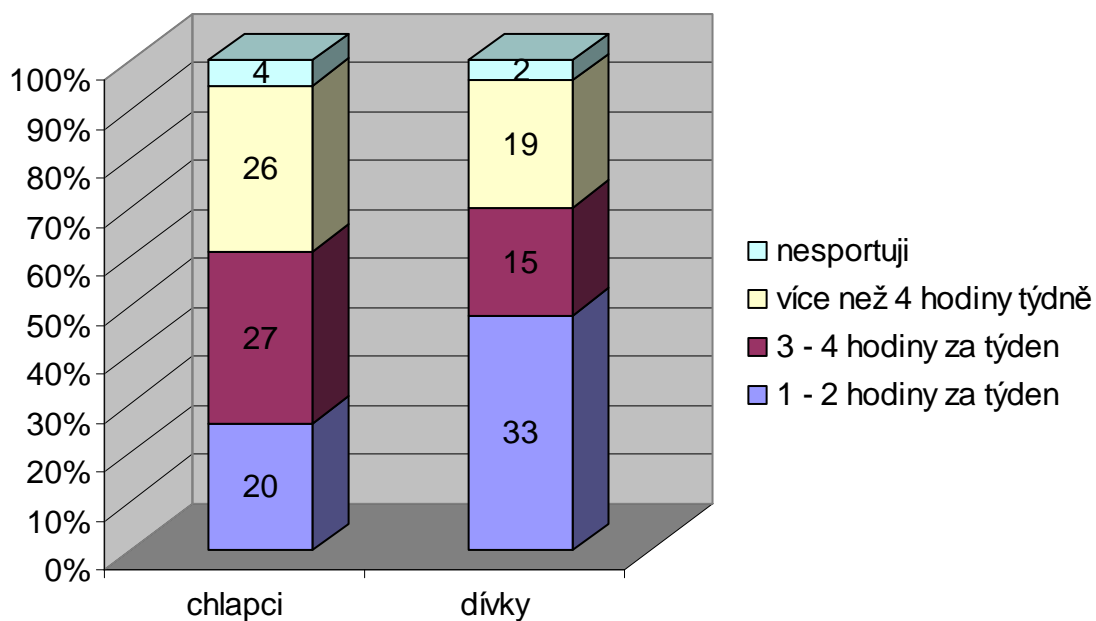
Graf 23 Údaje respondentů o nejoblíbenějším sportu



Z celkové počtu chlapců 77 (100 %), 4 (5 %) dotazovaných chlapců má nejraději běh, 43 (56 %) odpovědělo fotbal, 0 (0 %) aerobic, hokej zvolilo 6 (8 %) dotazovaných chlapců 14 (18 %) respondentů má nejraději jízdu na kole, 2 (3 %) má nejraději gymnastiku, plavání zvolilo 4 (5 %) z dotazovaných respondentů, 0 (0 %) odpovědělo na možnost nemám oblíbený sport a 4 (5 %) dotazovaných respondentů zvolilo možnost jiné, kde uvedli, že jejich nejoblíbenějším sportem je tenis a horolezectví.

Z celkové počtu dotazovaných dívek 69 (100 %), 5 (7 %) dívek má nejraději běh, 5 (7 %) odpovědělo fotbal, 5 (7 %) aerobic, hokej zvolilo 0 (0 %) dívek, 25 (36 %) respondentek má nejraději jízdu na kole, 4 (6 %) dívek má nejraději gymnastiku, plavání zvolilo 19 (28 %) z dotazovaných dívek, 0 (0 %) zvolilo možnost nemám oblíbený sport a 6 (9 %) dotazovaných dívek zvolilo možnost jiné, kde uvedly, že jejich nejoblíbenějším sportem je tenis, jezdeckví a karate.

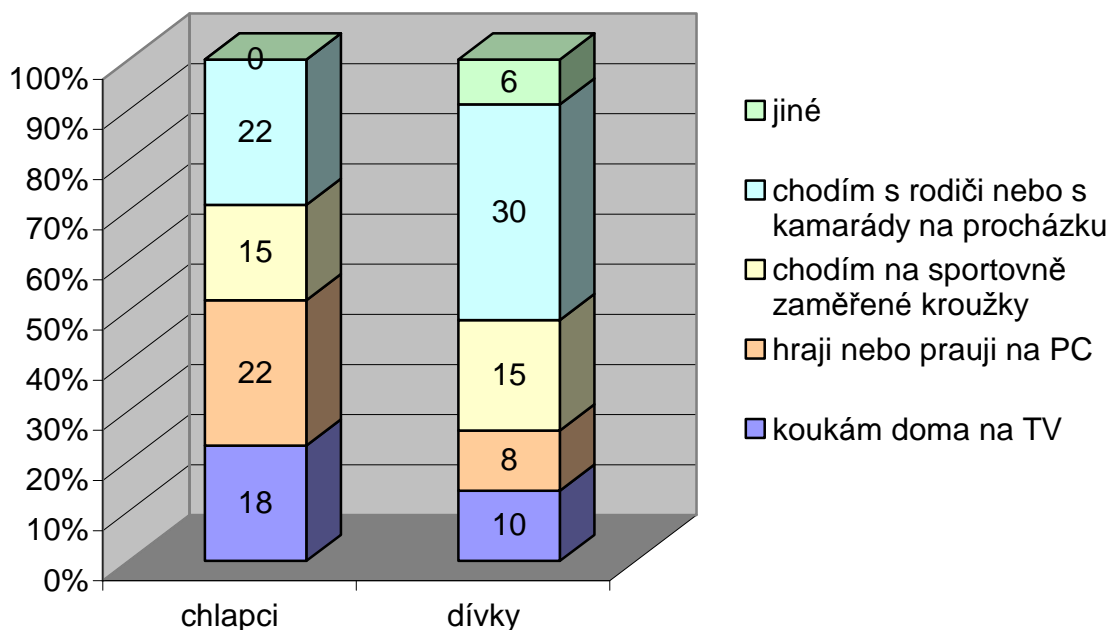
Graf 24 Údaje respondentů o čase stráveném oblíbeným sportem



Z celkového počtu dotazovaných chlapců 77 (100 %) dotazovaných respondentů uvedlo 20 (26 %) 1 – 2 hodiny týdně, 27 (35 %) se sportu věnuje 3 – 4 hodiny týdně, 26 (34 %) respondentů se sportu věnuje více než 4 hodiny týdně a 4 (5 %) respondentů nesportují.

Z celkového počtu dotazovaných dívek 69 (100 %) uvedlo 33 (47 %) 1 – 2 hodiny týdně, 15 (22 %) se sportu věnuje 3 – 4 hodiny týdně, 19 (28 %) respondentek se sportu věnuje více než 4 hodiny týdně a 2 (3 %) dívek nesportují.

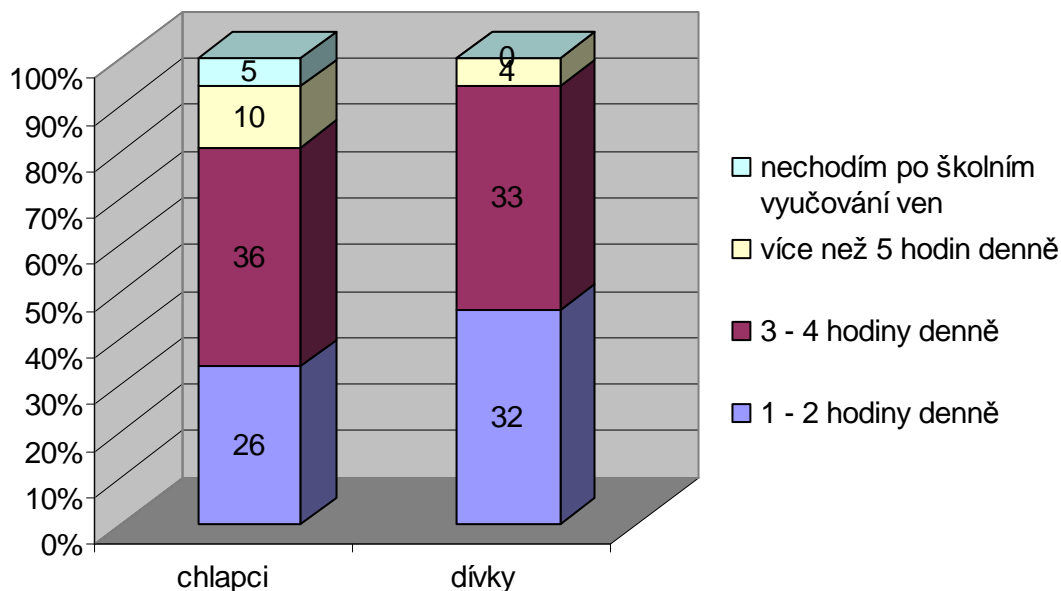
Graf 25 Údaje respondentů o trávení volného času po vyučování



Z celkového počtu dotazovaných chlapců 77 (100 %) jich 18 (23 %) kouká doma na televizi, 22 (29 %) respondentů hraje nebo pracuje na PC, 15 (19 %) respondentů chodí na sportovně zaměřené kroužky, 22 (29 %) tráví čas po vyučování venku s kamarády nebo rodiči a na možnost jiné odpovědělo 0 (0 %) dotazovaných respondentů.

Z celkového počtu dívek 69 (100 %) jich 10 (14 %) kouká doma na televizi, 8 (12 %) dívek hraje nebo pracuje na PC, 15 (22 %) respondentek chodí na sportovně zaměřené kroužky, 30 (43 %) tráví čas po vyučování venku s kamarády nebo rodiči a možnost jiné zvolilo 6 (9 %) dotazovaných dívek, které uvedly, že po vyučování se učí předměty na další den nebo čtou oblíbené knihy.

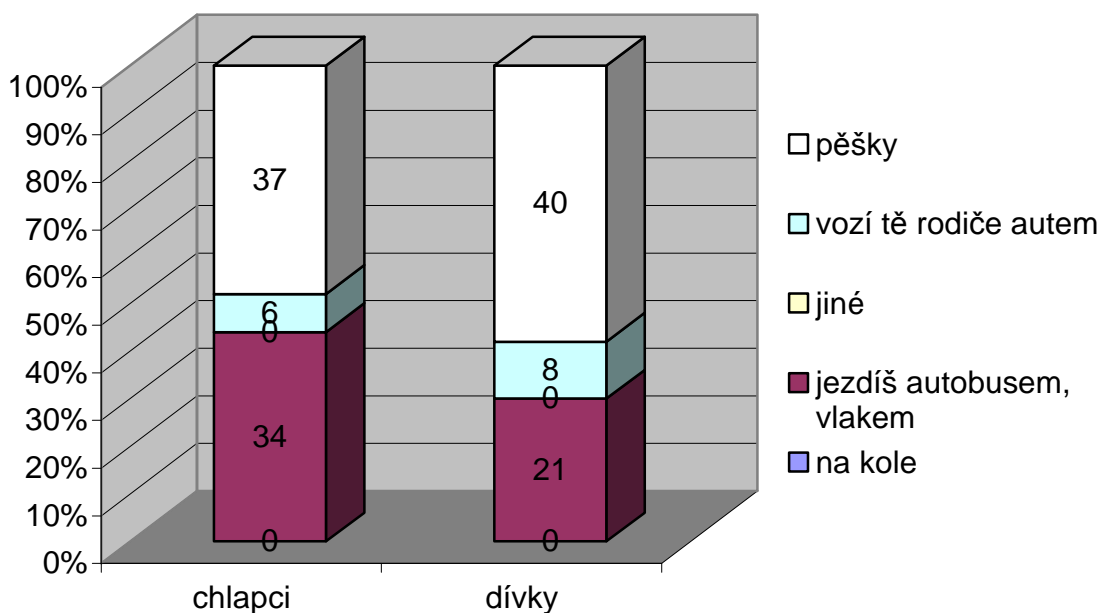
Graf 26 Údaje respondentů o času stráveném pobytem venku



Z celkového počtu dotazovaných chlapců 77 (100 %) tráví venku 1 – 2 hodiny 26 (34 %), 3 – 4 hodiny denně tráví venku 36 (47 %), 10 (13 %) respondentů odpovědělo více než 5 hodin a 5 (6 %) dotazovaných respondentů nechodí po vyučování ven.

Z celkového počtu dotazovaných dívek 69 (100 %) tráví venku 1 – 2 hodiny 32 (46 %), 3 – 4 hodiny denně tráví venku 33 (48 %), 4 (6 %) dívek odpovědělo více než 5 hodin a možnost nechodím po školním vyučování ven zvolilo 0 (0 %) dotazovaných respondentů.

Graf 27 Způsoby dopravy do školy a ze školy

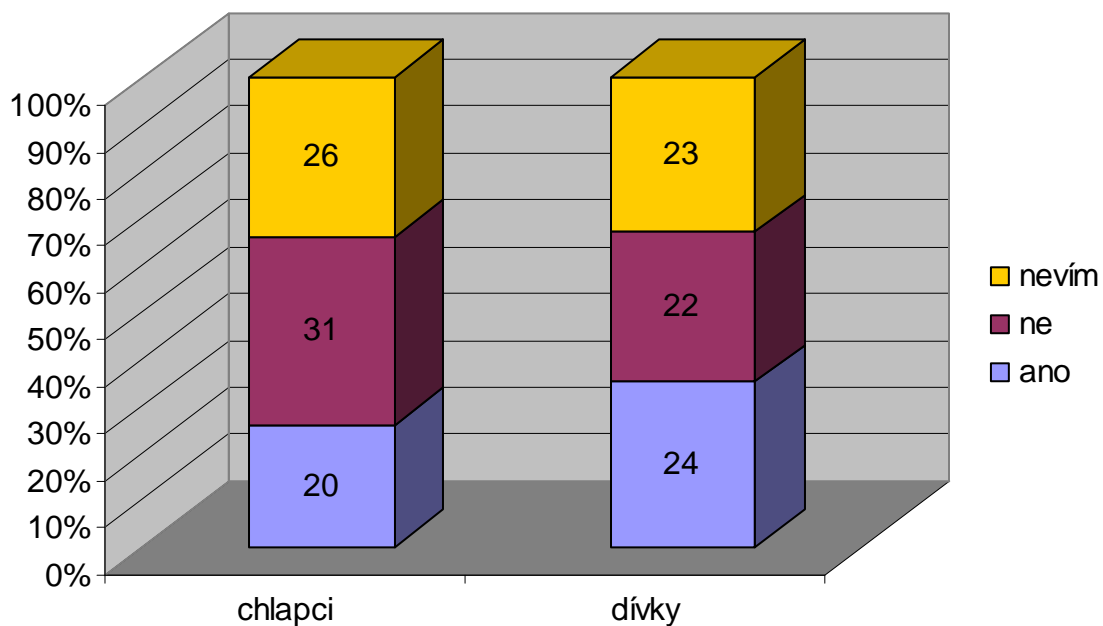


Z celkového počtu dotazovaných chlapců 77 (100 %) jich ze školy chodí pěšky 37 (48 %), autobusem nebo vlakem jezdí 34 (44 %) dotazovaných respondentů, 6 (8 %) vozí rodiče autem, na kole jezdí 0 (0 %) dotazovaných respondentů a na možnost jiné odpovědělo 0 (0 %) dotazovaných respondentů.

Z celkového počtu dotazovaných dívek 69 (100 %) jich ze školy chodí pěšky 40 (58 %), autobusem nebo vlakem jezdí 21 (30 %) dotazovaných respondentek, 8 (12 %) vozí rodiče autem, na kole jezdí 0 (0 %) dotazovaných respondentek a možnost jiné zvolilo 0 (0 %) dotazovaných respondentů.

Graf 28

Názor respondentů na práci školní a dětské sestry ve škole

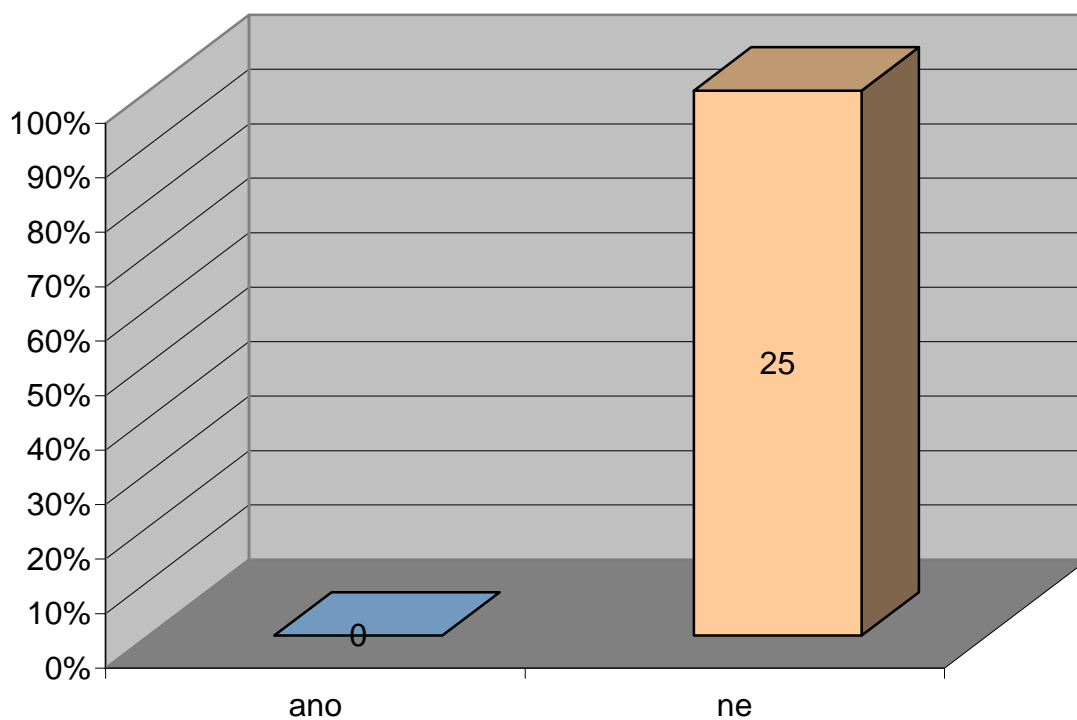


Z celkové počtu dotazovaných 77 (100 %) odpovědělo ano 20 (26 %) respondentů, 31 (40 %) by školní sestru nechtělo a 26 (34 %) respondentů nevědělo.

Z celkové počtu dotazovaných dívek 69 (100 %) odpovědělo ano 24 (35 %) dívek, 22 (32 %) by školní sestru nechtělo a 23 (32 %) dívek nevědělo.

4.2 Výsledky anketového šetření učitelů ZŠ

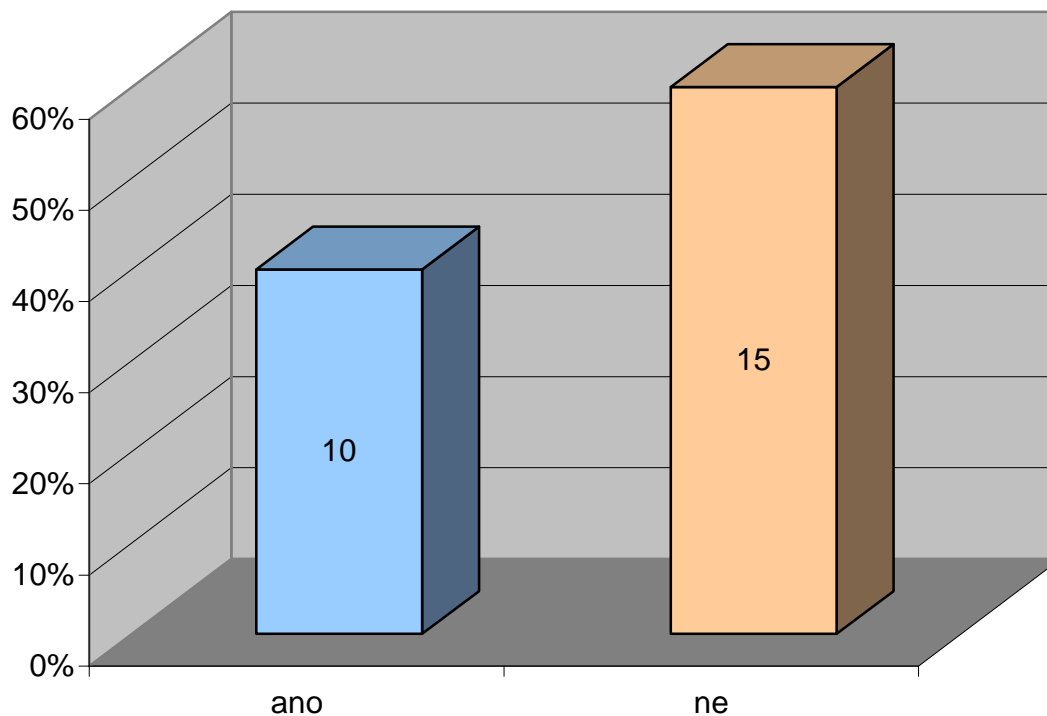
Graf 29 Údaje dotazovaných pedagogů o spolupráci školy s dětskou sestrou v primární péči



Z celkového počtu dotazovaných pedagogů 25 (100 %) odpovědělo 25 (100 %) pedagogů, že s dětskou sestrou nespolupracují a 0 (0 %) zvolilo možnost ne.

Graf 30

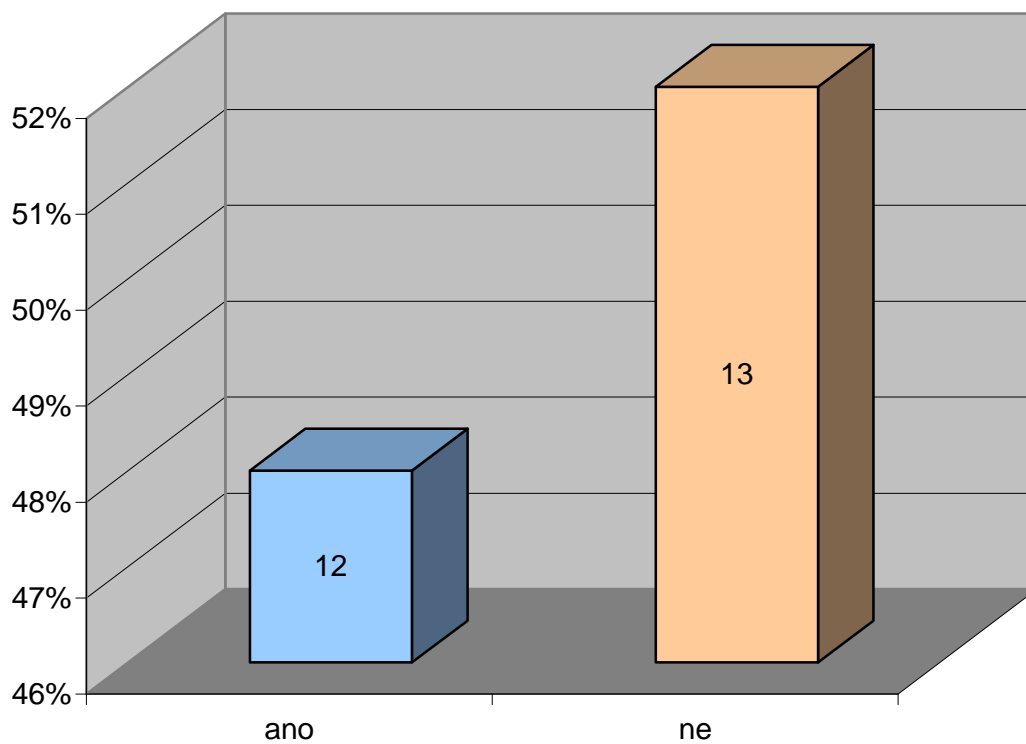
Zájem pedagogů o spolupráci s dětskou sestrou



Z celkové počtu dotazovaných pedagogů by jich 10 (40 %) uvítalo spolupráci s dětskou sestrou a 15 (60 %) dotazovaných pedagogů nechce spolupracovat s dětskou sestrou.

Graf 31

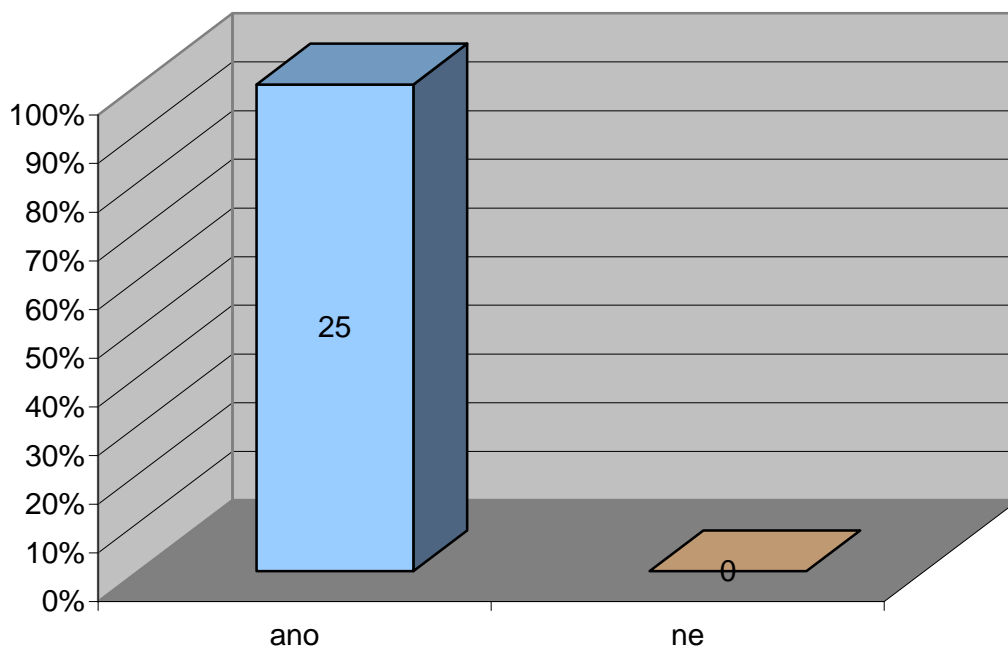
Souhlas s obnovením funkce školní sestry



Z celkového počtu 25 (100 %) pedagogů, souhlasí s obnovením funkce školní sestry 12 (48 %) a 13 (52 %) nechce ve škole školní sestru.

Graf 32

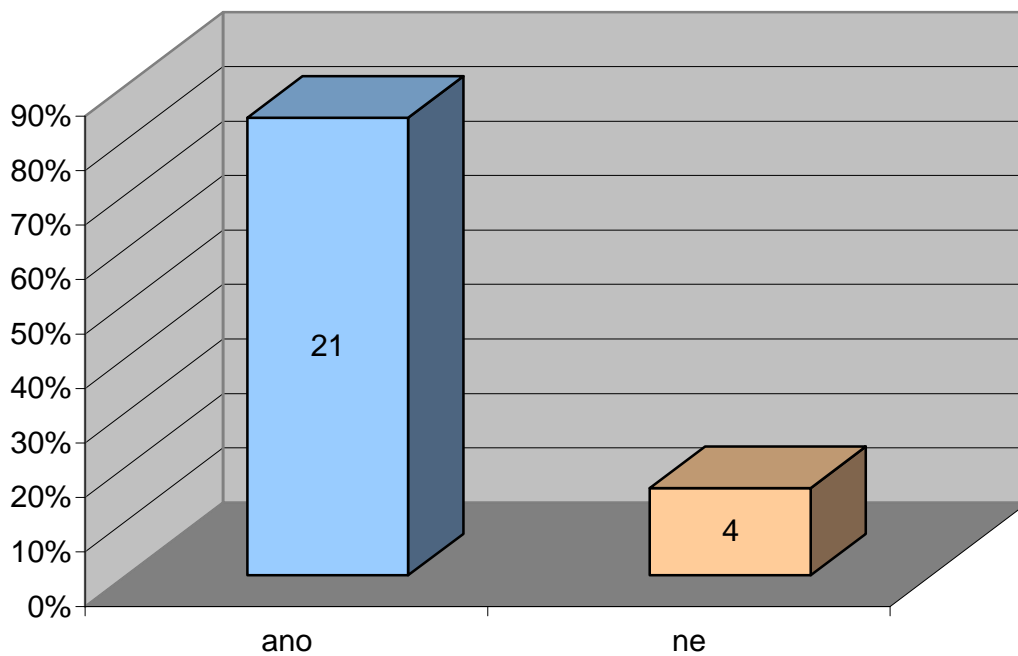
Edukace dětí v oblasti životosprávy pedagogy



Z celkového počtu dotazovaných pedagogů 25 (100%) edukuje děti v oblasti životosprávy a 0 (0 %) dotazovaných uvedlo možnost ne.

Graf 33

Údaje pedagogů o vzdělávání se v oblasti živosprávy



Z celkového počtu 25 (100 %) se 21 (84 %) pedagogů vzdělává o problematice správné živosprávy a 4 (16 %) se v této problematice nevzdělává.

5. Diskuse

V bakalářské práci jsme se snažili poukázat na stravovací návyky školních dětí, protože jejich stravovací návyky mohou negativně ovlivnit život jich samotných, ale i celé společnosti. Také jsme se zaměřili na způsob trávení jejich volného času. Souhlasím s Málkovou (25), že je nadváha a obezita důsledek nevyváženého životního stylu.

Pro výzkum byl vytvořen dotazník, který byl předložen chlapcům (výzkumný soubor 1) a dívkám (výzkumný soubor 2) základní školy v Horažďovicích a anketa, která byla předložena pedagogům základní školy v Horažďovicích (výzkumný soubor 3).

Dotazník pro žáky obsahoval 29 otázek. Z toho bylo 15 otázek uzavřených a 14 polouzavřených. Výzkum probíhal za přímé spolupráce ředitele školy. Žákům byl rozdán dotazník za pomoci pedagogů základní školy. Žákům byl zadáván dotazník po jejich předchozím souhlasu a po souhlasu jejich rodičů. Účast na výzkumu byla zcela dobrovolná. Celkově se tohoto výzkumu zúčastnilo 146 žáků. Z tohoto počtu bylo 77 (100 %) chlapců a 69 (100 %) dívek. Největší počet respondentů bylo ve věku 13 let. Z celkové počtu tuto skupinu tvořilo 20 (35 %). Překvapilo mě, že do 1. třídy bylo rozdáno asi 20 dotazníků a vrátili se pouze od 2 respondentů (od 1 chlapce a 1 dívky). V otázce 1, 2, 3 a 4 jsme se zaměřili na identifikační údaje. Podle Kleinwächterové a Brázdové (18) (Příloha 6, 7), které ve své knize uvedly percentilové grafy jsme si vypočetli BMI a žáky jsme rozdělili do kategorií: obezita, nadváha, norma a podváha.

Byly stanoveny dvě hypotézy. První zněla: Stravovací návyky u dětí školního věku neodpovídají zásadám racionální výživy. Racionální výživou rozumíme výživu, která odpovídá potřebám organismu po stránce kvality i kvantity. Tato hypotéza se nepotvrdila, neboť v našem souboru bylo malé procento žáků, kteří nedodržíjí zásady zdravého stravování. Tuto hypotézu jsem zvolila částečně na základě svých zkušeností ze základní školy, kde jsme racionální stravování probírali velice okrajově.

V dotazníku se některé odpovědi významně lišily u chlapců a dívek. U otázky 5, která byla zaměřena na spokojenost se svou váhou odpovědělo, 26 (38 %) dívek, že nejsou se svou váhou spokojeny. U chlapců se to nepatrně lišilo. Z celkového počtu

chlapců 77, není spokojeno se svou váhou 22 (29 %) chlapců. Vyskytuje se otázka, proč se u chlapců vyskytuje obezita ve větší míře než u dívek, i když dívky se se svou hmotností zabývají více a není jim jedno kolik váží.

Otázky 6 – 15 byly zaměřeny na stravovací návyky školních dětí. Stejně jako Málková (25) i já se domnívám, že pravou příčinou nadváhy a obezity je nadbytek tučných jídel, sladkostí, ale i nepřiměřené diety.

V otázce 6 jsem chtěla zjistit zda dotazovaní respondenti vynechávají některé z hlavních jídel. Asi třetina žáků vynechává hlavní jídlo denně, pouze malé procento žáků se stravuje pravidelně každý den. Lisá (21) prosazuje, že snídaně by měla tvořit asi 20 % z celkové denní spotřeby potravin. Gregora (11) ve své knize uvádí, že ranní spěch celé rodiny často vede k tomu, že se nesnídá nebo se snídaně v rychlosti odbude. Proto jsem se v otázce č. 7 ptala respondentů, zda snídají každý den. Překvapilo mě, že nesnídá více než polovina dotazovaných respondentů.

Dále jsme chtěli zjistit, zda respondenti mají denně teplý oběd. Odpovědi u dívek a chlapců se příliš nelišily. 131 respondentů má denně teplý oběd. Teplý oběd vynechává jen 15 z dotazovaných respondentů.

Otázkou 9 jsem se zaměřila na stravování ve školní jídelně. Výsledky dívek a chlapců se téměř shodovaly. Ve školní jídelně se stravuje více než poloviny respondentů.

Stejně jako Lisá (21) i já se domnívám, že školní děti většinu potravy konzumují po návratu ze školy, či ve večerních hodinách. Odpovídají tomu i odpovědi na otázku 10 a 11, ve kterých jsem se ptala jestli dotazovaní respondenti večeří a do jaké hodiny večeří nejpozději. 137 dotazovaných respondentů uvedlo, že večeří každý večer. Nevečeří pouze 9 z dotazovaných respondentů. S večeří souvisela i otázka 11, kde měli respondenti uvést, do jaké hodiny nejpozději večeří. Do 18 hodiny večeří 38 respondentů, do 19 hodiny večeří 77 respondentů, 28 respondentů uvedlo, že večeří po 19 hodině a 3 respondenti nevečeří vůbec. Souhlasím s Gregorou (11), že večeře musí být podána do 18. hodiny, po které již jiné energeticky bohaté jídlo nenásleduje.

V otázce 12 jsem se zabývala rychlým občerstvením typu hamburger, hranolky. Zajímavé je, že jen 3 respondenti zvolili možnost, konzumace tohoto jídla, více než 3x

týdně, maximálně jednou týdně zvolilo 42 z dotazovaných respondentů. Možnost nekonzumují tento typ výrobků zvolilo pouze 11 dotazovaných respondentů. Tento typ občerstvení nepovažují za zcela ideální a to hlavně u dětí a mladých lidí. Často je jedná o výrobky připravované na připálených tucích a konzumované za chůze a na ulici. Podle mého názoru se na zvýšené konzumaci nemalou měrou podílí nevhodné reklamy na tento typ výrobků.

Ve 13. otázce jsem se ptala respondentů na jejich nejoblíbenější přílohy k hlavnímu jídlu. Více než polovina respondentů uvedla, že jejich nejoblíbenější přílohou jsou hranolky, zajímavé je, že jen jeden dotazovaný respondent uvedl, že jeho nejoblíbenější přílohou jsou luštěniny.

Hanreich (14) a Lišková (23) upozorňují na nevhodnost pití sladkých nápojů jako jsou např. coca - cola nebo sladká limonáda. Vyzdvihují naopak důležitost pití ovocných čajů, zeleninových nebo ovocných šťáv. Proto jsem do svého dotazníku zařadila otázku 14, ve které se zaměřuji na nejoblíbenější nápoje respondentů. Třetina dotazovaných respondentů zvolila sladkou limonádu. Překvapilo mě, že ovocné džusy zvolila více než polovina respondentů. Zajímavé bylo, že 3 z dotazovaných respondentů zvolili možnost jiné, kde uvedli, že jejich nejoblíbenějším nápojem je kakao.

Lišková (23) zdůrazňuje, že je potřeba konzumovat dostatečné množství ovoce a zeleniny, které kromě vlákniny poskytují vitamín C, provitamín A, draslík, vápník, hořčík a železo. Proto jsem se v otázce 15 zaměřila na to, jak často dotazovaní respondenti konzumují ovoce. Necelá polovina respondentů konzumuje ovoce každý den, 5 respondentů ovoce vůbec nekonzumují.

Konzumace zeleniny se týká otázka 16, ve které jsem se snažila zmapovat jak často konzumují dotazovaní respondenti syrovou zeleninu. Překvapilo mě, že denně konzumují syrovou zeleninu pouze 18 z dotazovaných respondentů a 15 respondentů nekonzumuje syrovou zeleninu vůbec.

Málková (25) konstatuje, že se u nás v posledních desetiletích zvýšila spotřeba sladkostí. Proto jsem do dotazníku zařadila otázku 17, ve které se ptám respondentů, jak často konzumují sladkosti. Alarmující je, že 110 respondentů uvádí, že konzumují

sladkosti více než 1x za týden. 1 respondent dokonce uvedl, že konzumuje sladkosti několikrát denně.

V 18. otázce jsem se ptala respondentů, kdo je informuje o zásadách správné výživy. Zarazilo mě, že pouze 3 respondenty informuje dětská sestra. Zajímavé je, že největší část respondentů informují rodiče, 30 respondentů informuje lékař a 69 z dotazovaných respondentů informuje učitel.

V otázce 20 jsem se ptala žáků, zda ví, co patří do zdravé výživy. Výsledky byly zajímavé. 6 respondentů uvedlo, že do zdravé výživy patří hamburger, 5 respondentů zvolilo hranolky a 4 respondenti zaškrtnuli možnost coca – cola. Ostatní respondenti věděli, co patří do zdravé výživy.

V poslední, 21. otázce, která se týká 1. hypotézy, jsem se ptala, které formě stravování dávají ve škole přednost. Školní jídelnu využívá přes polovina dotazovaných respondentů a 1 respondent uvedl, že se ve škole vůbec nestravuje a jí, až když přijde domů.

Druhá hypotéza, kterou jsme si stanovili, zněla: Nedostatečná pohybová aktivita ovlivňuje výskyt obezity u dětí školního věku. Tato hypotéza se potvrdila. Z vyhodnocených dotazníků vyplynulo, že 58 respondentů trpí nadváhou a 16 respondentů je obézních. Většinu času tráví žáci ve škole a po vyučování chodí ven na pár hodin. 2. hypotézy se týkaly otázky 22 – 28.

Hainer (12) uvádí, že přibýlo osobních počítačů a lidí, kteří vyhledávají sedavý způsob života. Chtěla jsem se o tom přesvědčit a tak jsem se ptala, kolik času zaberou denně dětem školního věku hry a nebo práce na PC. Zajímavé je, že 19 respondentů nemá doma PC, ani mě nepřekvapilo, že 9 z dotazovaných respondentů uvedlo, že používá PC více než 4 hodiny denně. Pouze 1 respondent uvedl, že mu hra nebo práce na PC zabere maximálně 2 hodiny týdně.

Ztotožňuji se s Hainerem (12), že děti i dospělí nejen, že vysedávají u televizi, ale jsou neustále pod vlivem reklam, které inzerují nezdravé výrobky. Proto jsem se ve otázce 23 zaměřila na to, kolik času respondentům zabere sledování televize. 11 z dotazovaných respondentů uvedlo, že sleduje televizi více než 5 hodin denně, méně než 2 hodiny sleduje televizi více než polovina z dotazovaných respondentů.

V otázce 24 jsem se respondentů ptala, jaký je jejich nejoblíbenější sport. Více než polovina respondentů uvedlo, jako jejich nejoblíbenější sport, fotbal, 10 z dotazovaných respondentů uvedlo jako nejoblíbenější sport tenis, horolezectví a karate.

Ve 25. otázce jsem se ptala respondentů kolik času věnují svému nejoblíbenějšímu sportu. Zajímavé je, že 45 respondentů sportuje více než 4 hodiny týdně, 1 – 2 hodiny týdně sportuje 53 respondentů a 6 z dotazovaných respondentů vůbec nesportuje.

V otázce 26 jsme chtěli zjistit, jak tráví respondenti volný čas po vyučování. 28 respondentů uvádí, že se ve volném čase kouká na televizi, 30 z dotazovaných respondentů hraje nebo pracuje na PC, 30 respondentů se věnuje sportovně zaměřeným kroužkům, 52 chodí s kamarády nebo rodiči ven a 6 respondentů uvedlo, že po školním vyučování vůbec ven nechodí a učí se na další den nebo si čtou knihu.

Hainer (12) uvádí, že pohybová aktivita je naprosto nezbytná. Obézním se doporučuje zvýšit fyzickou aktivitu, např. používáním schodiště místo výtahu nebo využíváním veřejné dopravy místo osobního auta. Proto jsem také do dotazníku zařadila otázku 27 a 28. V otázce 27 jsem se zajímala o to, kolik času tráví respondenti pobytem venku. 5 respondentů odpovědělo, že nechodí po školním vyučování ven, 69 respondentů tráví venku 3 – 4 hodiny denně a 14 z dotazovaných respondentů uvedlo, že venku tráví více než 5 hodin denně. Ve 28. otázce jsem se ptala respondentů, jak chodí do školy a ze školy. Výsledky chlapců a dívek se od sebe podstatně nelišily. Pěšky chodí do školy i ze školy více než polovina dotazovaných, necelá polovina jezdí autobusem nebo vlakem a 14 z dotazovaných respondentů vozí rodiče autem.

V poslední otázce jsem chtěla znát názor respondentů na školní sestru. Ptala jsem se, zda by souhlasili, aby ve škole pracovala školní sestra, která by sledovala dodržování zdravé výživy a další oblasti životosprávy. 44 respondentů se přiklání k názoru, aby ve škole začala pracovat školní sestra, 53 respondentů nesouhlasí se zavedením školní sestry 49 respondentů nevědělo.

Anketa, která byla předložena pedagogům základní školy v Horažďovicích (výzkumný soubor 3) tvořila 5 uzavřených otázek. Ankety se zúčastnilo 25 (100 %)

pedagogů. Anketa byla rozdána ve spolupráci s ředitelem školy. Otázky se týkaly činnosti školní sestry.

V 1. otázce jsem se ptala jestli jejich škola spolupracuje s dětskou sestrou. Všech 25 (100 %) pedagogů odpovědělo, že jejich škola nespolečně spolupracuje s dětskou sestrou.

Ve 2. otázce jsem chtěla znát názor pedagogů, zda by měli zájem spolupracovat s dětskou sestrou. Velice mě překvapilo, že 15 pedagogů nechce spolupracovat s dětskou sestrou a 10 pedagogů by souhlasila se spoluprací s dětskou sestrou.

3. otázka byla zaměřena na obnovení funkce školní sestry. 12 pedagogů by přivítala obnovení funkce školní sestry a 13 obnovení funkce školní sestry odmítá.

Ve 4. otázce jsem se pedagogů ptala, jestli edukují děti v jejich škole o správné životosprávě. Všech 25 pedagogů odpovědělo, že děti ve škole edukují.

Poslední otázka byla zaměřená na vzdělávání pedagogů v oblasti životosprávy školních dětí. Více než polovina pedagogů se o této problematice vzdělává a 4 uvedli, že se v oblasti správné životosprávy nevzdělávají.

V roce 2002 uplynulo sto let od počátku školních sester v USA. První školní sestrou se stala Lina Rogers, která měla měsíc na to, aby dokázala, že školní sestry budou prospěšné jak dětem tak celé společnosti. Školní sestra se podílí na řešení zdravotních problémů školních dětí, poskytuje jim rady, jak se mohou o své zdraví starat. Také se podílí na primární prevenci ve školách v oblasti správné životosprávy a dostatečného pohybového režimu.

Funkce školní sestry v České Republice doposud nebyla uzákoněna. U nás tuto funkci přebírají dětské sestry, které by měly děti v těchto oblastech edukovat.

6. Závěr

Obezita je dnes nejrozšířenější v hospodářsky vyspělých zemích. V poslední době se o ní mluví jako o epidemii 3. tisíciletí. Zdá se, že podkladem pro vznik obezity jsou sociokulturní a ekonomické podmínky, které vedou k nežádoucím jídelním návykům a sedavému způsobu života. Každý z nás si odnese ze své rodiny do života určité návyky a zvyklosti, které se týkají i stravování. Děti obézních rodičů mají mnohem vyšší předpoklady k tomu, aby se dříve či později staly také obézními. Působí zde nejen genetické předpoklady, ale i stejné výživové návyky a podobný způsob trávení volného času. Proto je nezbytné nutné, aby sestra a lékař zdůrazňovali prevenci již od útlého dětství. Vědecké výzkumy dokazují, že předpoklady některých nemocí v dospělém věku, včetně obezity, mohou vznikat již v těhotenství. Z tohoto důvodu by se měl klást důraz na budoucí matky, aby upravily svůj stravovací režim co do množství potravy, ale i složení přijímané stravy. Jedná se o zdraví jejich budoucího dítěte.

Cílem bakalářské práce s názvem Vliv nesprávné životosprávy na výskyt obezity u dětí školního věku, bylo zjistit poznatky a informace o trávení volného času a způsobu stravování u dětí školního věku. Vzhledem ke zdravotním rizikům, která jsou s ní spojena, se stává z osobního problému jednotlivce závažný zdravotní, a svým rozsahem i společenský problém. Obézní děti jsou negativně hodnoceny svým okolím již od mateřské školy. Dostávají nálepkou „tlustý“, což se blíží pojmům líný a nemotorný. Často nemají ani kamarády. Obézní dítě se cítí méněcenné, trpí úzkostnými pocity, depresi a sebeobviňováním. Jsou pohybově méně obratné, vyhýbají se společnosti vrstevníků, uzavírají se do sebe a své negativní pocity se snaží eliminovat jídlem, po kterém přibírají další kila.

V souladu s cílem bakalářské práce byly stanoveny dvě hypotézy.

Hypotéza H1 - Stravovací návyky u dětí školního věku neodpovídají zásadám racionální výživy. Hypotéza nebyla potvrzena, neboť v našem souboru bylo malé procento žáků, kteří nedodržují zásady zdravého stravování.

Hypotéza H2 - Nedostatečná pohybová aktivita ovlivňuje výskyt obezity u dětí školního věku. Tato hypotéza se po vyhodnocení dotazníku potvrdila. Žáci ve svém

volném čase nemají žádný pohyb. Několik hodin denně tráví ve škole a po vyučování tráví svůj volný čas sledováním televize, hrají nebo pracují na PC.

Výsledky výzkumu budou poskytnuty na žádost ředitele školy do základní školy v Horažďovicích, která se výzkumu účastnila, jako podklad pro edukační program v oblasti správné životosprávy školních dětí a sestrám v oblasti životosprávy.

7. Seznam použitých zdrojů

1. ADÁMKOVÁ, V., ZIMMELOVÁ, P. *Výživa-nedílná součást léčby závažných chorob*. 1.vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, ZSF, 2005, s 72. ISBN 80-7040-820-0.
2. BAČOVÁ, K. Jak na obezitu (nejen) v dětském věku. *SESTRA*. 2004, roč. 12, č. , s. 34 – 35, ISSN 1210-0404.
3. BALCH, J., BALCH, F. *Bible předpisů zdravé výživy*. 1.vyd. Praha: Pragma, 1998, s.564. ISBN ISNB 80-7205-637-9.
4. BALÍKOVÁ, M. Makrobiotika ve výživě dětí .*SESTRA*. 2006, roč. 1, č. , s. 28 – 29. ISSN 1210-0404.
5. BOLEDOVIČOVÁ, M., KRIŠTOFOVÁ, E., NÁDÁNSKÁ, I. Školní sestra a její úloha při ochraně zdraví. *SESTRA*. 2004, roč. 14, č. 9, s. 36, ISSN 1210 – 0404.
6. BUCHANEC, J. A kol. *Vademékum pediatra*. 1.vyd. Banská Bystrica: Osveta Martin, 2001, s. 1115, ISBN 80-8063-018-6.
7. DROZDOVÁ, V. *Diety při dětské obezitě*. Praha: Sdružení MAC, spol. s.r.o., 1998. SBN ISBN 80-560115-28-9.
8. DUNOVSKÝ, J. *Sociální pediatrie*. 1.vyd. Praha: Grada, 1999, s. 284. ISBN 80-7169-254-9.
9. FABICHOVÁ, K. Hodnocení obezity u dětí a její léčba. *Zdravotnické noviny*, Praha: Zdravotnické noviny, 2005, Č.12, s. 12-13, ISSN 0044-1996
10. FOŘT, P. *Stop dětské obezitě*. 1. vyd. Euromedia Group: Praha, 2004, s. 208. ISBN 80-249-0418-7.
11. GREGORA, M. *Výživa malých dětí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, s. 96. ISBN 80-247-9022-X.
12. HAINER, V. Trendy v prevalenci obezity u nás a ve světě. *In: Základy klinické obezitologie*. 1.vyd. Praha Grada 2004. ISBN 80-247-0233-9.
13. HAINER, V., KUNEŠOVÁ, M. et al. *Obezita*. 1.vyd. Praha: Galén, 1997, s. 124. ISBN 80-85824-67-1.

14. HANREICH, V. *Jídlo a pití malých dětí*. 1.vyd. Praha Grada, 2001, s. 108. ISBN 80- 47- 0100-6.
15. HANZLÍKOVÁ, A. *Komunitné ošetrovatel'stvo*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2004, s.276. ISBN 80-8063-155-7.
16. HRODEK, O., VAVŘINEC, J. et. al. *Pediatric*. 1.vyd. Praha: Galén 2002, s. 767, ISBN 80-7262-178-5.
17. KAPUSTOVÁ, D. *Epidemie 21. století zvaná obezita*. Regena, 2006, roč. 16, č. 1., s. 4. ISSN 1212 - 2289.
18. KLEINWÄCHTEROVÁ, H., BRÁZDOVÁ, Z. *Výživový stav člověka a způsoby jeho zjišťování*. 2. přepracované vyd. Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2005, s.102. ISBN 80-7013-336-8.
19. KLÍMA, J. a kol. *Pediatric*. 1.vyd. Praha: Eurolex Bohemia, 2003, s. 320. ISBN 80-86432-38-6.
20. KOZIÉROVÁ, B. *Ošetrovatel'stvo I*. 1.vyd. Osveta: Martin, 1995, s. 863. ISBN 80-217-0528-0.
21. LISÁ, L. Obezita v dětském věku. *Česko – slovenská pediatrie*, 2005, roč. 60, č.3, s. 131-134, ISSN 0069-2328.
22. LISÁ, L. Obezita v dětském věku. *In: základy klinické obezitologie*, Praha Grada, 2004, s. 293 – 302, ISBN 80-247-0233-9.
23. LIŠKOVÁ, M. *Specifika dětské výživy*. 2006. [cit. 2007-03-19]. Dostupné z: <<http://www.jidelny.cz/show.asp?id=331>>.
24. MASTNÁ, B. *Nadváha a obezita. Proč a jak tloustneme – boj s obezitou*.1.vyd. Praha: triton, 1999, s. 47. ISBN 80-7254-067-X.
25. MÁLKOVÁ I., KRCH F. *SOS nadváha*. 2. přepracované vyd. Praha: Portál, 2001, s. 240. ISBN 80-7178-521-0.
26. NEVORAL, J. a kol. *Výživa v dětské věku*. 1. vyd. Jinočany: H&H, 2003. s. 434. ISBN 80-86-022-93-5.
27. SKUROVCOVÁ, P. Za dětskou obezitou je většinou přejídání. 2005 [cit. 2007-3-17]. Dostupné z: <<http://www.ordinace.cz/clanek/za-detskou-obezitou-je-vetsinou-prejidani/>>.

28. Světová zdravotnická organizace, regionální úřadovna pro Evropu. *Lemon 4*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997, s.159. ISBN 80-7013-248-5.
29. TLÁSKAL, P. *S jakými důsledky nesprávné výživy se setkává dětský lékař*. 2004. [cit. 2007- 03-18]. Dostupné z: <<http://www.jidelny.cz/show.asp?id=130>>.
30. TÓTHOVÁ, V. *Ošetřovatelství*. 1. vyd. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, zdravotně sociální fakulta, 2000, s. 292. ISBN 80-7040-454-X.
31. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů 2004, s. 186, ISBN 80-7013-324-4.
32. VELEMÍSKÝ, M. a kol. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 5.vyd. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, zdravotně sociální fakulta, 2005, s. 136. ISBN 80-7040-813-8.
33. VELEMÍSKÝ, M. *3x333 otázek pro dětského lékaře*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002, s. 247. ISBN 80-7254-290-7.
34. VIGNEROVÁ J., BLÁHA P. *Sledování růstu českých dětí a dospívajících* 1.vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2001, s. 173. ISBN 80-7071-173-6.
35. VOLF, V., VFOLFOVÁ, H. *Pediatrie 1*. 3. vyd. Praha: Informatorium, 2003, s. 112. ISBN 80-7333-021-0.

8. Klíčová slova

1. BMI – body mass index
2. Obezita mladistvých
3. Pohybová aktivita
4. Racionální výživy
5. Školní sestra
6. Zdravotní rizika obezity

9. Přílohy

Příloha 1	Dotazník pro žáky základní školy v Horažďovicích
Příloha 2	Anketa pro pedagogy základní školy v Horažďovicích
Příloha 3	Složení mateřského mléka
Příloha 4	10 kroků k úspěšnému kojení
Příloha 5	Výživová pyramida 2003
Příloha 6	Percentilové grafy – chlapci
Příloha 7	Percentilové grafy – dívky
Příloha 8	Zdravotní komplikace obezity
Příloha 9	Pokrytí denní potřeby energie prostřednictvím hlavních jídel a svačín

Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Šárka Lupíšková a jsem studentkou 3. ročníku oboru všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě JČU. Chtěla bych Vás požádat o pravdivé vyplnění tohoto dotazníku. Veškeré údaje jsou naprosto anonymní a stanou se podkladem pro zpracování mé bakalářské práce. Tato práce se zabývá zmapováním hmotnosti a zjišťováním stravovacích návyků u náhodně vybraných dětí školního věku. Odpověď, prosím, zakroužkujte.

Za vyplnění dotazníku předem děkuji

1) **Kolik ti je let**

.....

2) **Jaká je tvá výška (v cm)**

.....

3) **Jaká je tvá váha (v kg)**

.....

4) **Jsi**

a) dívka b) chlapec

.....

5) **Jsi spokojen/a se svou hmotností**

a) ano b) ne c) je mi jedno kolik vážím

.....

6) **Vynecháváš některé z hlavních jídel (snídane, oběd, večeře)**

a) ano - denně b) ano - alespoň 1x týdně

c) ne – jím vždy 3x denně hlavní jídlo d) jiné (prosím doplň)

.....

7) **Snídáš každý den**

a) ano b) ne

.....

8) Máš každý den teplý oběd

- a) ano b) ne
-

9) Stravuješ se ve školní jídelně

- a) ano b) ne
-

10) Večeříš

- a) ano b) ne
-

11) Večeříš

- a) do 18 hodin b) do 19 hodin c) později než v 19 hodin
d) nevečeřím
-

12) Rychlá občerstvení typu – hamburger, hranolky apod. konzumuješ

- a) více než 3x týdně b) maximálně 1x týdně c) asi 1x měsíčně
d) nekonzumuji tento typ výrobků
-

13) Mezi tvé nejoblíbenější přílohy k hlavnímu jídlu patří

(můžeš zakroužkovat více odpovědí)

- a) hranolky b) krokety c) rýže d) těstoviny e) knedlík f) brambor
g) bramborová kaše h) jiné (prosím doplň)
-

14) Mezi tvé nejoblíbenější nápoje patří

(můžeš zakroužkovat více odpovědí)

- a) sladká limonáda b) minerální voda c) ovocné džusy d) čaj e) mléko
f) voda g) jiné (prosím doplň)
-

15) Ovoce konzumuješ

- a) denně b) obden c) asi 1x týdně d) nekonzumuji

.....

16) Syrovou zeleninu konzumuješ

- a) denně b) obden c) asi 1x týdně d) nekonzumuji
-

17) Jak často konzumuješ sladkosti (čokoláda, bonbóny, sušenky, tatranky)

- a) více než 3x týdně b) maximálně 1x týdně c) 1x za měsíc
d) nekonzumuji sladkosti e) jiné (prosím doplň)
-

18) Kdo tě informoval o zdravé výživě

(můžeš zakroužkovat více odpovědí)

- a) dětský lékař b) dětská sestra c) rodiče d) učitel e) neinformuje tě nikdo
f) jiné (prosím doplň)
-

19) Učíte se ve škole o zásadách zdravé výživy

- a) ano b) ne
-

20) Víš co patří do zdravé výživy

(můžeš zakroužkovat více odpovědí)

- a) ovoce b) zelenina c) světlé pečivo d) tmavé pečivo e) celozrnné pečivo
f) coca-cola g) hranolky h) hamburger i) mléko j) knedlík k) minerální voda
l) jiné (prosím doplň)
-

21) Které formě stravování ve škole dáváš přednost

- a) školní jídelna b) bufet c) automaty na nápoje d) svačina z domova
e) jiné (prosím doplň)
-

22) Práce nebo hra na PC nebo playstationu ti denně zabere

- a) méně než 2 hodiny b) 2 – 4 hodiny c) více než 4 hodiny
d) nemám doma PC e) jiné (prosím doplň)
-

23) Denně sleduješ televizi

- a) méně než 2 hodiny b) 2 – 4 hodiny c) více než 5 hodin
-

24) Jaký je tvůj nejoblíbenější sport

- a) fotbal b) hokej c) plavání d) běh e) jízda na kole
f) gymnastika
g) aerobic f) nemám oblíbený sport i) jiné (prosím doplň)
-

25) Svému oblíbenému sportu se věnuješ

- a) 1 – 2 hodiny za týden b) 3 - 4 hodiny za týden c) více než 4 hodiny
týdně
d) nespportuji
-

26) Jak trávíš volný čas po vyučování

- a) koukám doma na TV
b) hraji nebo pracuji na PC
c) chodím na sportovně zaměřené kroužky
d) chodím s rodiči nebo s kamarády na procházku
e) jiné (prosím doplň)
-

27) Kolik času trávíš pobytem venku

- a) 1 - 2 hodiny denně b) 3 – 4 hodiny denně
c) více než 5 hodin denně d) nechodím po školním vyučování ven
-

28) Do školy a ze školy chodíš většinou

- a) pěšky b) jezdíš autobusem, vlakem c) vozí tě rodiče autem d) na kole
e) jiné (prosím doplň)
-

**29) Měla by podle tebe ve škole pracovat dětská sestra, která by sledovala
dodržování**

zdravé výživy a další oblasti životosprávy

a) ano b) ne c) nevím

.....

Anketa

Dobrý den, jmenuji se Šárka Lupíšková a jsem studentkou 3. ročníku oboru všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě JČU. Chtěla bych Vás požádat o pravdivé vyplnění této ankety. Veškeré údaje jsou naprosto anonymní a stanou se podkladem pro zpracování mé bakalářské práce.

Odpověď, prosím, zakroužkujte.

Za vyplnění ankety předem děkuji

1. Spolupracuje Vaše škola s dětskou sestrou?

a) ano b) ne

2. Měli by jste zájem spolupracovat s dětskou sestrou?

a) ano b) ne

3. Souhlasíte s obnovením funkce školních sester?

a) ano b) ne

4. Edukujete děti ve Vaší škole o správné životosprávě?

a) ano b) ne

5. Vzděláváte se o problematice životosprávy školních dětí?

a) ano b) ne

Příloha 3

Složení mateřského mléka ve srovnání s mlékem kravským (hodnoty se vztahují na 100 ml v gramech)

	MATEŘSKÉ MLÉKO	KRAVSKÉ MLÉKO	KRAVSKÉ MLÉKO ADAPTOVANÉ
Bílkovina	1,3	3,1	1,7
Tuky	3,8	3,8	3,4
cukr	5 – 7	5 – 7	5 – 7
minerály	0,25	0,85	0,45
KCAL	68	70	70

Převzato z: Velemínský, M.

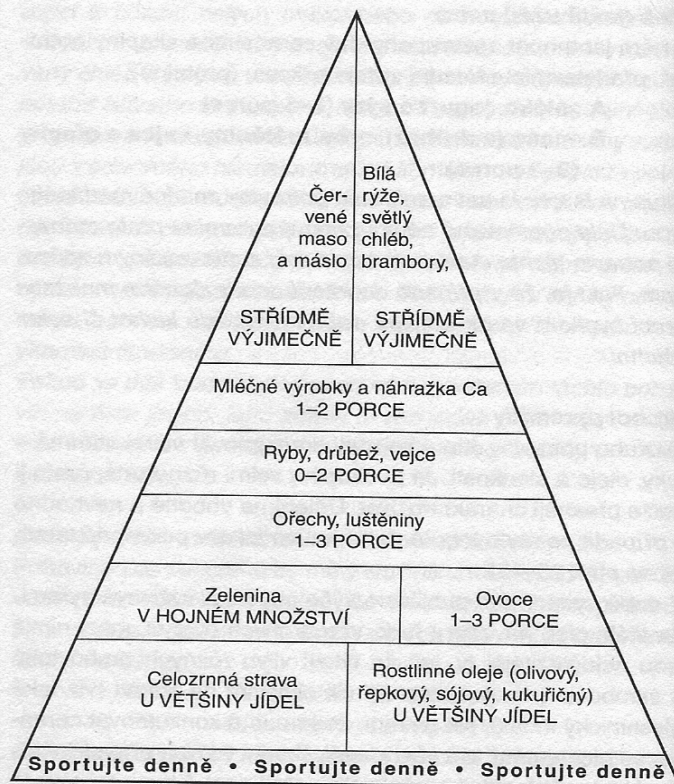
Příloha 4

10 kroků k úspěšnému kojení

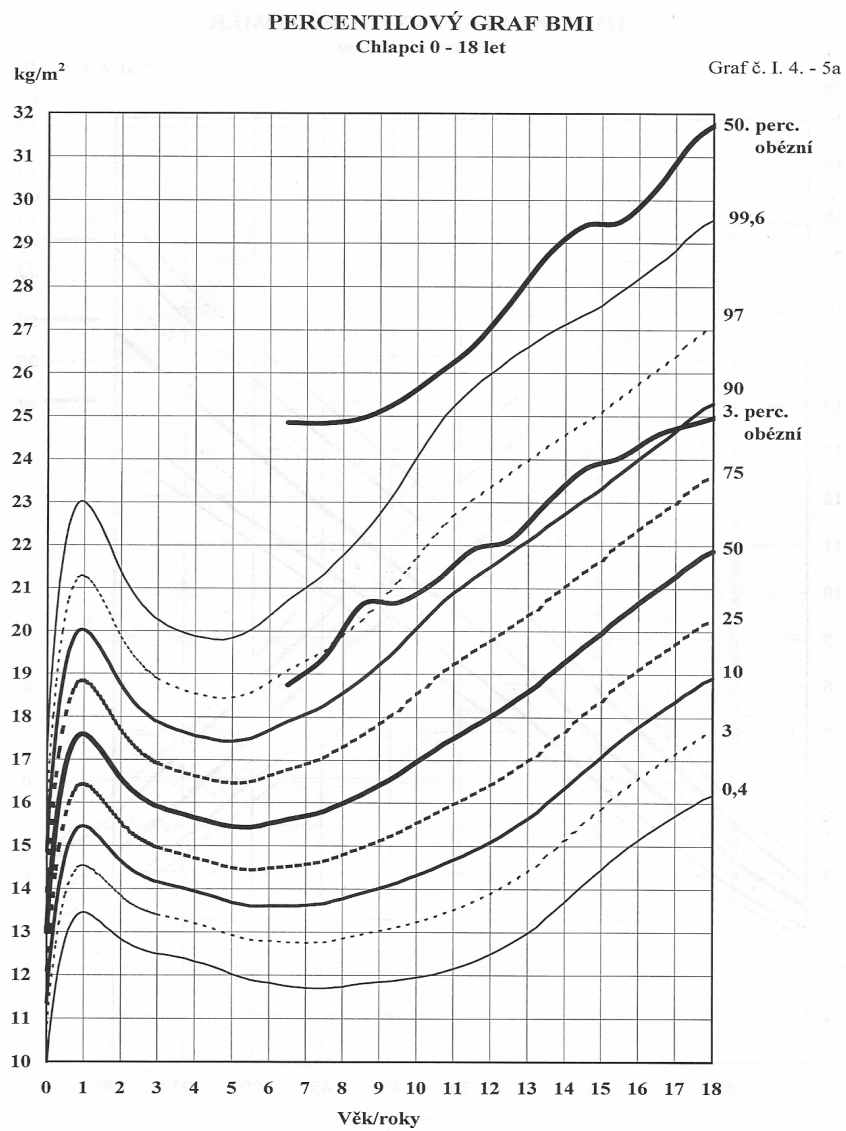
1. Mít písemně vypracovanou strategii přístupu ke kojení, která je rutinně předávána všem členům zdravotnického týmu.
2. Školit veškerý zdravotnický personál v dovednostech nezbytných k provádění této strategie.
3. Informovat všechny těhotné ženy o výhodách a technice kojení.
4. Umožnit matkám zahájení kojení do půl hodiny po porodu.
5. Ukázat matkám způsob kojení a udržení laktace i pro případ, kdy jsou od svých dětí odděleny.
6. Nepodávat novorozencům žádnou stravu ani nápoje kromě mateřského mléka s výjimkou lékařsky indikovaných přípravků.
7. praktikovat rooming in a umožnit matkám i dětem zůstat pohromadě 24 hodin denně.
8. Podporovat kojení podle potřeby dítěte a ne podle předem stanoveného harmonogramu.
9. nepodávat kojenným novorozencům žádné náhražky, šidítka, dudlíky, apod.
10. Povzbuzovat zakládání dobrovolných skupin matek pro podporu kojení a upozorňovat na jejich existenci při propouštění z porodnice.

Převzato z: VELEMÍSNKÝ, M.

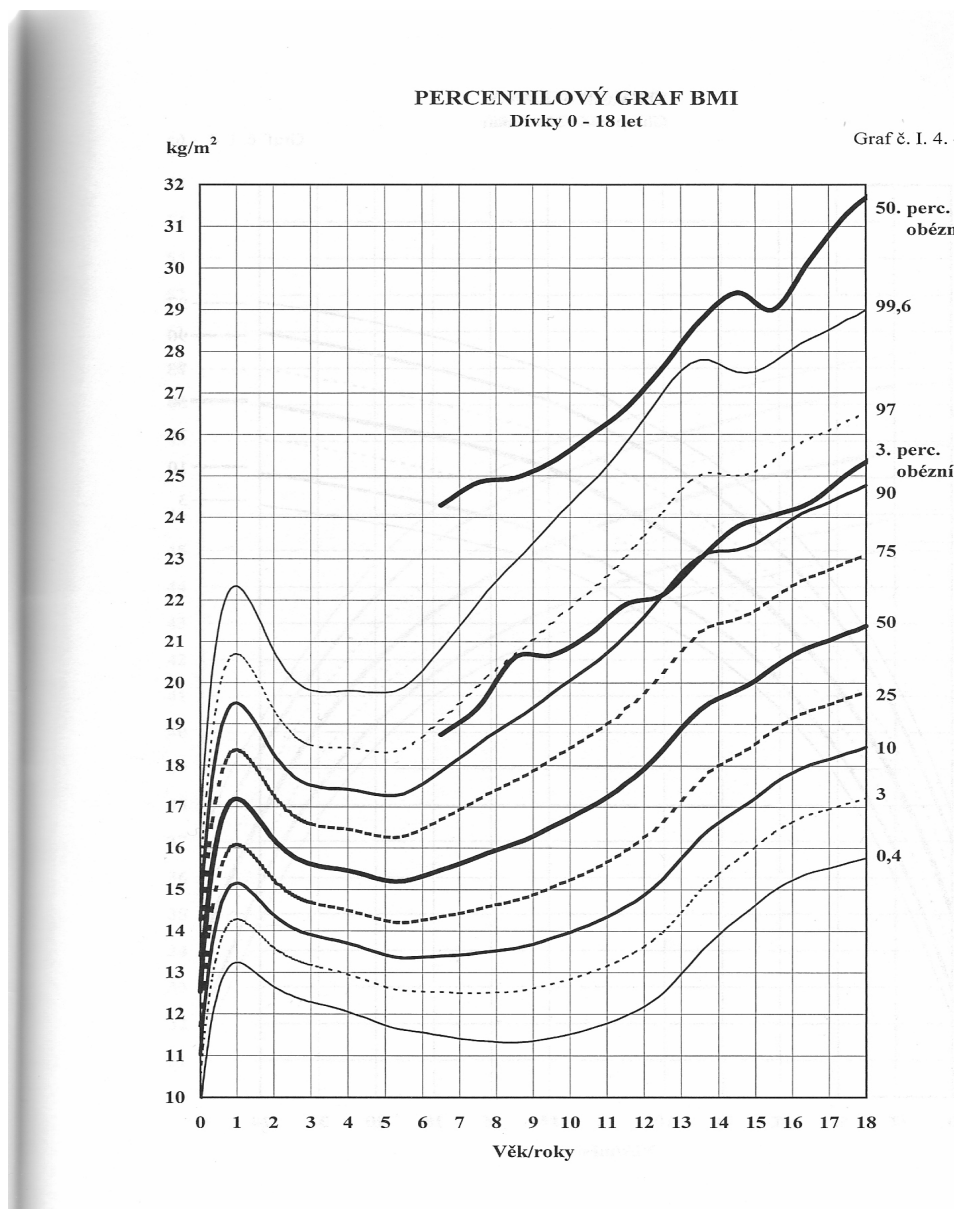
Nová výživová pyramida 2003



Multivitaminy užívejte často, alkohol v malém množství



Převzato z: Vignerová J., Bláha P.



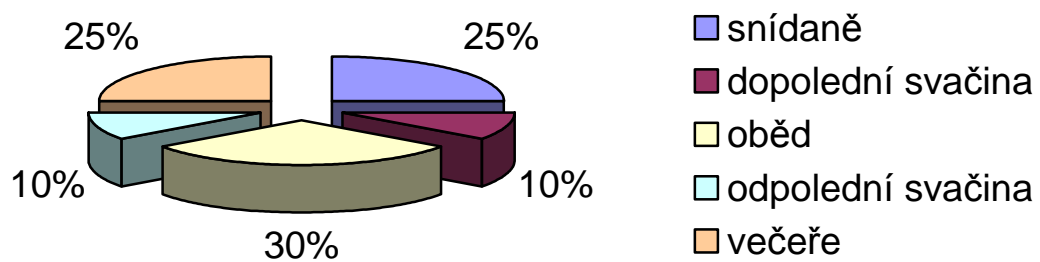
Převzato z: Vignerová J., Bláha P.

Příloha 8 Zdravotní komplikace obezity

Gynekologické nádory <ul style="list-style-type: none">• endometria• cervixu dělohy• vaječníku• prsu	Ortopedické <ul style="list-style-type: none">• degenerativní onemocnění kloubů a páteře, zejména artrózy nosných kloubů (koxartróza, gonartróza)• epifyzeolýza (u dětí)• vybočená holeň
Gastrointestinální nádory <ul style="list-style-type: none">• kolorektální• žlučníku a žlučových cest• jater• pankreatu	Kožní <ul style="list-style-type: none">• ekzémy a mykózy, zejména v místech vlhké zapádky• strie• celulitida• hypertrichóza, hirsutismus• benigní papilomatóza
Urologické nádory <ul style="list-style-type: none">• prostaty• ledvin	Psychosociální <ul style="list-style-type: none">• společenská diskriminace («anti-fat racism»)• malé sebevědomí, porucha motivace, sebeobviňování• deprese, úzkost• poruchy příjmu potravy
Kardiovaskulární <ul style="list-style-type: none">• hypertenze• hypertrofie a dilatace levé komory srdeční• ischemická choroba srdeční• arytmie• náhlá smrt• mozkové cévní příhody• varixy• tromboembolická nemoc	Chirurgická a anesteziologická rizika
Respirační <ul style="list-style-type: none">• hypoventilace a restrikce u Pickwickova syndromu• syndrom spánkové apnoe	Iatrogenní
Gastrointestinální a hepatobiliární <ul style="list-style-type: none">• gastroezofageální reflux• hiátová hernie• cholelitiáza• cholecystitida• jaterní steatóza	Jiné <ul style="list-style-type: none">• edémy• horší hojení ran• častější výskyt úrazů• častější výskyt kýl• pseudotumor cerebri (u dětí)

Převzato z: Hainera

Příloha 9 Pokrytí denní potřeby energie prostřednictvím hlavních jídel a svačin



Převzato z: Hanreich, V.