

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH  
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**Role primární sestry v prevenci obezity u dětí**

**Bakalářská práce**

Autor:	Alena Pulzová
Vedoucí práce:	Mgr. Alena Machová
Datum odevzdání práce:	14.5.2007

## **Abstrakt**

Obesity is ranked among the grave world health problems and its prevalence is still increasing. Children's obesity presents dangerous problem not only in advanced countries of the world. The Czech Republic is in the first place in Europe in distribution of children's obesity. The fight against this disease is not apparently so difficult. Mostly it is enough only change our lifestyle painlessly, meal plan and do some sport activity. People who suffer from obesity should make an appointment with their doctor and discuss it too. On the other hand, much easier is to predate this disease and exactly in this case is really important the role of a nurse.

The theoretic part of this work is focused on the actual state of children's obesity. The next part is about division of children age, nutrition at this age, definition of the obesity, its causes and complications. The last part is focused on the role of a nurse in prevention, diagnostic and treatment of this illness.

It was applied the form of checklists to quantitative research. Questions were destined for nurses in the primer care in České Budějovice, Strakonice, Prachatice, Jindřichův Hradec, Písek and in other smaller towns.

The first aim of this work was find out what awareness of nurses in the primer care in prevention of children's obesity is. The next aim was find out if nurses are actively participant in prevention of children's obesity. Both of these aims were discharged.

The first hypothesis should testify the awareness of nurses in the primer care in prevention of children's obesity. The second hypothesis should testify that nurses are not actively participant in prevention of children's obesity. Both of these hypothesis were discharged either.

I have chosen the work on the topic: "The role of the primer nurse in prevention of children's obesity" because recently this topic is very actual and also I am very interested if nurses really try to predate this disease by children.

**Souhlasím s uveřejněním své bakalářské práce podle zákona č. 111/1998 Sb. § o zveřejnění závěrečných bakalářských, diplomových, rigorózních a disertačních prací studentů.**

**Čestné prohlášení**

**Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „, Role primární sestry v prevenci obezity u dětí“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které uvádím v přiložené bibliografii.**

**V Českých Budějovicích 10. 5. 2007**

.....

**Podpis studenta**

### **Poděkování**

**Tímto bych chtěla poděkovat své vedoucí práce Mgr. Aleně Machové za trpělivost a aktivní pomoc při zpracování mé bakalářské práce.**

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	3
<b>1. SOUČASNÝ STAV</b> .....	5
<b>1.1 Rozdělení dětského věku</b> .....	5
<b>1. 2 Primární péče o pacienty v dětském věku</b> .....	8
<i>1. 2. 1 Práce sestry u praktického lékaře</i> .....	10
<b>1. 3 Výživa v dětském věku</b> .....	11
<i>1. 3. 1 Význam jednotlivých složek potravy u dětí</i> .....	12
<i>1. 3. 2 Výživa v jednotlivých obdobích dítěte</i> .....	14
<b>1. 4 Obezita v dětském věku</b> .....	16
<i>1.4.1 Definice dětské obezity</i> .....	16
<i>1. 4. 2 Historie obezity</i> .....	18
<i>1.4 3 Příčiny dětské obezity</i> .....	19
<i>1. 4. 4 Komplikace dětské obezity</i> .....	20
<b>1. 5 Úloha sestry v primární péči v prevenci obezity u dětí</b> .....	21
<i>1.5.1 Prevence</i> .....	21
<i>1. 5. 2 Prevence dětské obezity</i> .....	22
<b>1. 6 Úloha sestry v primární péči v diagnostice obezity u dětí</b> .....	24
<b>1. 7 Úloha sestry v primární péči v léčbě obezity u dětí</b> .....	26
<i>1. 7. 1 Dietní opatření</i> .....	26
<i>1 .7 .2 Fyzická aktivita</i> .....	28
<b>2.Cíle práce a hypotézy</b> .....	31
<i>2.1 Cíle</i> .....	31
<i>2.2 Hypotézy</i> .....	31
<b>3. Metodika</b> .....	32
<i>3.1 Použitá metoda</i> .....	32
<i>3.2 Charakteristika výzkumného souboru</i> .....	32
<b>4. Výsledky</b> .....	33

<b>5. Diskuze.....</b>	<b>58</b>
<b>6. Závěr.....</b>	<b>62</b>
<b>7. Seznam použité literatury.....</b>	<b>63</b>
<b>8. Klíčová slova.....</b>	<b>66</b>
<b>9. Přílohy.....</b>	<b>67</b>

## ÚVOD

Obezita patří celosvětově k závažným zdravotním problémům a její prevalence neustále narůstá. Podle Světové zdravotnické organizace nabyla obezita na přelomu tisíciletí charakter celosvětové epidemie. Obezita jako taková zhoršuje zdravotní stav a kvalitu života obézního jedince. Navíc s tímto onemocněním souvisí zvýšený výskyt řady kardiovaskulárních, metabolických, gastrointestinálních, pohybových, nádorových a psychických onemocnění. Po kouření představuje obezita druhou nejčastější příčinu úmrtí, které lze předcházet adekvátní prevencí. Právě v prevenci zastává sestra v primární péči nezastupitelnou roli, jelikož je společně s rodiči jako první, kdo by měl této nemoci zabránit. Tím, že sestra poučuje děti a rodiče o možných následcích obezity, nebo jí včasné detekuje, může zabránit celé řadě komplikací. Celkový nárůst výskytu obezity je dán jednak změnami dietních návyků, zejména zvýšenou spotřebou potravin s vysokou energetickou hodnotou, vysokým podílem tuků a jednotlivých sacharidů a také poklesem pohybové aktivity.

Alarmující fakt je, že stoupá počet dětí s extrémní obezitou. Obezita v dětském věku tedy předurčuje jedince k obezitě v dospělosti. Stoupá tak riziko zvýšené nemocnosti a předčasné úmrtnosti vlivem komplikací, způsobených obezitou. Obezita u dětí a adolescentů představuje závažný problém vyspělých zemí světa. Česká republika se s prevalencí obezity řadí na první místo v Evropě. Bylo prokázáno, že riziko komplikací obezity je významně vyšší při abdominálním typu obezity, kdy se tuky ukládají v oblasti břicha, než u typu gonoidního, kde se tuk ukládá v oblasti stehen a hýždí. Česká populace patří do skupiny, u kterých je obezita častým jevem a obezita zde trvale stoupá.

Obezita u dětí už není pouze problémem vyspělých zemí světa, ale v poslední době se tato nemoc objevuje i v rozvojových státech světa. Vysoká prevalence obezity v některých rozvojových zemích souvisí s tím, že současně s ekonomickým rozvojem přebírají tyto země zvyklosti západní civilizace. Vzdělání a výše příjmů také rozhodně ovlivňují prevalenci obezity v rozvojových a rozvinutých zemích světa. Rozvoj obezity významně ovlivňuje etnický charakter populace, životní styl, jídelní zvyklosti a pohybová aktivita. Velmi nízká prevalence obezity je pouze v Japonsku a v Číně.

Téma role primární sestry v prevenci obezity u dětí jsem si vybrala proto, že obezita je v současné době velmi diskutované téma a také mě zajímá, zda jsou sestry u praktických lékařů pro děti a dorost o této chorobě dostatečně informovány a zda se snaží proti vzniku této choroby bojovat.



## 1. SOUČASNÝ STAV

### *1.1 Rozdělení dětského věku*

Dětský věk lze rozdělit do několika období. Pro každé období je charakteristické něco jiného. Všechny etapy dětského věku se liší stupněm tělesného a duševního vývoje dítěte. Jako první období je označováno prenatální období. Toto období začíná početím a končí narozením jedince. Dítě je vyživováno přes placentu matky, dostává tak všechny potřebné živiny. (21)

Předporodní období se dělí na 3 stádia. Jako první je tzv. blastomové období, které nastává, když se oplozené vajíčko začne rýhovat a začne sestupovat. Po tomto stavu nastává období embryonální, které je charakteristické pro dobu od jednoho měsíce do 4. měsíce těhotenství. Tady dochází k tzv. organogenezi, kdy dochází k postupné tvorbě orgánů dítěte. Třetí stádium je označováno jako fetální období, to začíná od 5. měsíce těhotenství a trvá do porodu. V tomto období dítě poprvé označujeme jako plod. (9)

Další období, které nastává v životě dítěte je období dětství. Je to fáze života charakterizovaná prudkými somatickými a funkčními změnami. Dětství je však pojem velmi široký, proto se dále dělí na rané dětství, do kterého spadá novorozenecký věk. O novorozenci mluvíme od narození do 28. dne po porodu. Hned v prvních hodinách po porodu začíná pro novorozence velmi složitá adaptace na nové prostředí. Do této adaptace se zahrnují změny oběhové, dechové, trávicí, schopnost udržení tělesné teploty a také vodní a iontové rovnováhy. Zdravý novorozenec váží v průměru 3000 - 3500 g a měří 48 – 52 cm. Mohou se však родit i děti velké, které označujeme jako gigantické plody, kdy takovéto děti váží i 4 – 5 kilogramů a rodí se především matkám, které měly v těhotenství diabetes mellitus. Nebo se naopak děti mohou narodit předčasně, pak hovoříme o nedonošeném plodu, takovéto děti jsou umístěny v inkubátorech, které svým teplým prostředím připomínají dělohu matky a dítě zde tak lépe dozraje. Zvláštní pozornost je třeba věnovat vytvoření úzkého vztahu mezi matkou a dítětem od okamžiku porodu. Novorozenec může být také označován jako rizikový, a to tehdy, je-li nedonošený, to znamená, že je narozen před 38. gestačním týdnem, nebo má-li

porodní hmotnost nižší než 2500 g, dále když má dítě vrozené vývojové vady a nebo bylo- li dítě v perinatálním období postižené infekcí, hypoxií nebo porodními traumaty. Zdravý novorozenec má tepovou frekvenci 120 – 150 za minutu a nadechne se asi 40 x až 60x za minutu. Činnost centrálního nervového systému je nedokonalá, zralá jsou centra pro dechovou a tepovou frekvenci. Motorika je řízena podkorovými oblastmi. Takovéto dítě spí v průměru kolem dvaceti hodin denně. U novorozence sledujeme nepodmíněné reflexy, které by zdravé dítě mělo mít zachováno.. Patří sem reflexy obranné, kam řadíme Morův reflex, kterým dítě odpovídá na podněty tím, že rozhodí horní končetiny

a rozevře pěstě. Tento reflex vymizí v 6. měsíci života. Dále sem patří reflex tonicko šíjový, ten vymizí ve 3. měsíci života. Dalšími reflexy jsou pohybový, vyživovací, kam patří polykací, sací a hledací, dále úchopový, obranný, do kterého řadíme kýčání, kašlaní, zívání

a zvracení, reflexy vyměšovací a orientačně pátrací. Co se týká chování novorozence, zde je nejdůležitější smyslová citlivost, rozvinutá na dotekovou stimulaci. Po porodu novorozenec nevidí, jelikož není dokončena myelinizace dostředivých vláken a zrání struktur v mozkové kůře. Na konci 1. měsíce dozrají struktury očních bulbů a pohyby očních víček. Rozlišuje postavy v pozadí. V tomto období získává novorozenec základy pro harmonický vývoj osobnosti. Velkou úlohu hraje sociální kontakt. Období 1. úsměvu nastává mezi 6. až 8. týdnem. Dítě začíná navazovat sociální vztahy. (9, 21)

Dalším obdobím, které řadíme do dětství je období kojenecké. Jako kojence označujeme dítě od 28. dne do 1 roku života. Toto období se vyznačuje rychlým somatickým růstem, psychický vývoj je podmíněn zráním centrálního nervového systému, vytváří se stále podmíněné reflexy, dítě se učí senzomotorické koordinaci, aktivně používá smyslové orgány, vyvíjí emoce a sociální vztah. Mění se poměr mozkové a obličejové části, dochází k prořezávání mléčného chrupu. V prvním měsíci dítě ještě samo neudrží hlavičku, ve druhém měsíci ji zvedá do 45 stupňů, ve třetím měsíci se opírá o předloktí, udrží předmět v ruce, brouká si. Ve 4. měsíci je hlava v ose trupu, dítě se převaluje, otáčí hlavičku ze strany na stranu. V 6. měsíci se opírá o dlaně, dlaně jsou rozvinuté, otáčí se ze zad na břicho, také začíná používat slabiky. V sedmi

měsících je dítě homologně na všech čtyřech končetinách, otáčí se z břicha na záda, válí sudy, umí si cucat palec u nohy. V 8. měsíci umí zdravý kojeneček šikmý sed, sedí opřený o jednu ruku a umí se vytáhnout za hračkou, úplně se posadí, buď ze šikmého sedu nebo když je na všech čtyřech končetinách. V 9. měsíci zkříženě leze, to znamená, že střídá pravou a levou ruku a nohu, začíná si stoupat přes nakročení, chodí kolem postýlky. Objevuje se také sociální biparální lokomoce, což znamená, že dítě jde, zastaví se a umí pokračovat dále. V jednom roce života by dítě mělo umět 5 slov. Posledním obdobím raného dětství je období batolecí., které je dále rozdělováno na mladší batolecí věk, ten je charakteristický pro věkovou skupinu od 1 roku do 2 let a na starší batolecí věk, který nastává ve 2 letech a končí 3. rokem. V tuto dobu se růst dítěte zpomaluje. Uzavírá se velká fontanela. Je dokončeno prořezávání mléčného chrupu. K největším pokrokům dochází v oblasti řeči a myšlení. Rozvíjí se i motorika a psychika. Dochází ke vzpřímené chůzi, batole přenáší různé věci z místa na místo, sestupuje a vystupuje do schodů, udrží rovnováhu, našlapuje na celé chodidlo, předměty uchopuje jednou rukou a používá i pinzetový úchop. Batole umí vnímat a pochopit řeč a také začíná mluvit. Mezi 12. až 18. měsícem používá významová slova, v 18 ti měsících zná 20 – 30 slov, po 18. měsíci jich zná 300. Tvoří citoslovce, podstatná jména i slovesa. Ve dvou letech umí spojit dvě slova v jednoduchou větu. Batole však zůstává závislé na matce. Dítě se postupně učí hygienickým návykům. V roce a půl samo jí, pije a sedí. Vyvíjí se i city. Starší batole má potřebu sociálního kontaktu s dospělým člověkem, jeho vzorem jsou rodiče. I v pohybu je zručnější, umí stát na jedné noze, leze na žebřík, skáče snožmo, běhá, hází míčem a umí švihat rukou. City neumí ovládat pomocí vůle, reaguje náhle na emocionální zážitky. Starší batole rozlišuje barvy, paměť má krátkodobou a má představivost při hře. Také slovní zásoba je bohatší, zná asi 1000 výrazů, řeč má již všechny části. Je schopno vést jednoduchý rozhovor s dospělou osobou. V tomto věku dítě velice často klade otázky typu: „ Co je to, kdo je to, kde je to? „ Po třetím roce také „ Proč a jak?“ (9, 21)

Po raném dětství přichází období předškolního věku, které nastává ve 3. roce dítěte a končí nástupem do první třídy základní školy, tedy v 6 – ti letech, dále pak období školní, které je rozdělováno na mladší školní věk a na starší školní věk, ten

začíná pro dítě v 6- ti letech a končí v 11 letech. Růst dítěte se v tomto období zpomaluje. Ke konci tohoto období dochází k výměně dočasného chrupu za trvalý. Dochází k rozvoji jemné motoriky, dítě si umí samo zavázat tkaničku u bot, zdokonaluje se v kresbě, stříhá nůžkami, maluje vodovými barvami a umí obkreslit kruh. K rozvoji dochází i v oblasti řeči a psychiky, dítě má větší slovní zásobu, rozumí předčítanému textu, kouká se na pohádky v televizi. Dítě nastupuje do základní školy. V mladším školním věku se ztrácí dětské tvary těla, dochází k osvojení nové role žáka, ke změně denního režimu, dítě se musí podřídít školní docházce, nastupuje učení místo hry. Mezi 5. – 7. rokem dochází k růstovému skoku, probíhá osifikace. Myšlení konkrétní se mění v myšlení logické. Po dětství přichází pro dítě další velmi důležitá část života, a sice období dospívání. Do tohoto období patří puberta, která u dívek začíná v 11 letech a končí 15. rokem. U chlapců začíná puberta později od 12- ti do 16 – ti let. Od 15 ti do 20 – ti let je dítě označováno jako adolescent. Tato fáze života je pro dítě velmi bouřlivá, protože dochází k mnoha fyziologickým i psychologickým změnám. Vyvíjejí se první sekundární pohlavní znaky, u dívek dochází k růstu prsních žláz a objevuje se první menstruace. Pro období adolescence jsou typické prudké reakce a vznětlivost. Objevují se první platonické lásky. Po tomto období se již dítě stává dospělým. (9)

## ***1.2 Primární péče o pacienty v dětském věku***

Primární péče je formulovaná jako péče, která je nezbytně nutná, je založena na praktických a vědecky ověřených metodách a postupech. Musí být dostupná všem jednotlivcům, skupinám, rodinám a rodinám, za dostupnou cenu. Primární zdravotní péče bývá označována jako první linie kontaktu jednotlivců, rodiny a veřejnosti se zdravotnictvím, které přibližuje péči o zdraví co nejvíce k bydlišti a k pracovišti. Základy primární péče byly položeny na konferenci v Alma- Atě, roku 1987 a tyto základy byly zakotveny ve strategii

Zdraví pro všechny do roku 2000 „... Primární péče je základním předpokladem v péči o zdraví. Má za úkol rozpoznat zdravotní problémy občanů, zajišťovat preventivní,

léčebné a rehabilitační služby. Kromě těchto opatření by primární zdravotní péče měla poskytovat očkování proti hlavním očkovacím chorobám, péči o matku a dítě, prevenci a zvládnutí epidemických nemocí, léčení všech vzniklých nemocí, léčení poranění a podávání základních léčiv. Obsahem primární zdravotnické péče jsou i základní zdravotnické služby orientované na zdravotní výchovu a rozvoj zdraví, prevenci a diagnostiku, terapii, ošetřování a rehabilitaci. (16)

Pediatrická péče má 2 části a to ambulantní a lůžkovou. Do ambulantní části patří především zdravotnická zařízení pro děti a dorost. Tato zařízení zajišťují hlavně preventivní, ale i léčebnou péči. Mají ordinace hodiny, které jsou rozděleny na hodiny pro nemocné a hodiny pro zdravé (tzv. poradny). Ambulantní část zajišťuje tzv. primární pediatrickou prevenci, kterou poskytuje především dětský lékař a sestra, u kterých je dítě vedeno v evidenci. Tyto ordinace spolupracují se školskými a sociálními zařízeními. Primární prevence spočívá v aktivním vyhledávání dětí ohrožených po stránce zdravotní, sociální, ale i psychické a ve sledování psychomotorického vývoje. Preventivní prohlídky mají určitý obsah i časový harmonogram. Provádějí se v prvním roce života 9x, v druhém roce 1x, ve třetím roce 1x, dále před nástupem do školy (v 6 letech) 1x, po ukončení první třídy 1x a pak každé 2 roky. U všech těchto prohlídek musejí být podle zákona přítomni rodiče. Ve 12 letech je vyšetření zaměřeno na prevenci civilizačních chorob (anamnéza, osobní i rodinná, hmotnost a krevní tlak). (18)

Lékař si vede zdravotnickou dokumentaci, tzv. Záznam o zdraví a nemocech dítěte, kam zapisuje výsledky preventivních prohlídek. Tyto výsledky a také záznamy o provedených očkováních zapisuje i do zdravotního průkazu dítěte, které musí mít rodiče dítěte při každé návštěvě dětského lékaře. Dětská sestra by měla navštěvovat kojence v jejich domovech. Všechny tyto prohlídky hradí pojišťovna. Sekundární pediatrická preventivní péče se uplatňuje po zjištění některého onemocnění, které vyžaduje vyšetření odborníkem v daném oboru. Tito lékaři mají své odborné ordinace. Patří sem např.: dětský kardiolog, nefrolog, alergolog. Tento odborník zajišťuje potřebnou terapii, pomocí které by se měla zastavit progresse daného onemocnění. Odborný lékař musí být v kontaktu s lékařem, který poskytuje základní péči tomuto

dítěti a musí být o všem informován. Lůžková část zabezpečuje hospitalizaci nemocným dětem, u kterých není možná ambulantní péče. Na lůžkovém oddělení poskytují péči lékaři, ordináři a primáři a dětské sestry. ( 18)

### ***1. 2. 1 Práce sestry u praktického lékaře***

Jako sestra je označována osoba, která ukončila základní ošetrovatelské vzdělání v oboru všeobecná sestra a je oprávněna vykonávat profesi sestry ve své zemi. Základní ošetrovatelské vzdělání je oficiálně státem uznaný studijní program, poskytující široký vědecký základ v behaviorálních, přírodních a ošetrovatelských vědách, který je nutno absolvovat před vykonáním obecně ošetrovatelské praxe. Je nezbytným předpokladem pro další specializované, nebo vyšší vzdělání. Uvedená praxe opravňuje sestru vykonávat tyto činnosti: ošetrovatelskou praxi zahrnující podporu zdraví, prevenci nemocí a péči o nemocné a tělesně a duševně handicapované osoby všech věkových kategorií a to jak v ústavní, tak i v terénní péči, podílet se na zdravotní výchově obyvatelstva, plně se účastnit práce zdravotnického týmu a samostatně realizovat ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu, školit a provádět dohled nad pomocným ošetrovatelským personálem, zapojovat se do výzkumu. (2, 16)

Jako sestra v primární péči se označuje osoba, která se stará o své pacienty v daném obvodě. Sestra v primární péči pracuje společně s lékařem, nebo s lékařkou na svém obvodním pracovišti, v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost. Sestra na takovémto pracovišti zastává v oblasti prevence velmi důležitou roli. Společně s rodiči dítěte a lékařem může zabránit vzniku celé řady nemocí. Tím, že dítě pravidelně sleduje, zná jeho rodiče a ví, pro jakou nemoc má dítě předpoklady, může zabránit tomu, aby u dítěte nemoc vznikla. Sestra však musí dbát i na správnou a důkladnou edukaci. Vysvětlí – li sestra rodičům dítěte, jaká rizika sebou určitá nemoc přináší, budou se určitě snažit takovéto nemoci raději předejít. Sestra má několik důležitých rolí, mezi které patří pro prevenci velmi důležitá role a to např. role edukátorky. Edukace je proces vzdělávání nebo výchovy, předávání informací, výchova nových návyků. Cílem

je dosáhnout takové úrovně vzdělání, které dovolí přenést na klienta spoluúčast na prevenci nebo léčbě nemoci. Další důležitou činností primární sestry je výchova ke zdraví. Výchova ke zdraví je činnost, jejímž cílem je poskytnout lidem dostatek informací o možnostech a způsobech jak předcházet nemocem, zlepšit znalosti, přimět lidi k aktivní spolupráci v oblasti svého zdraví. Výchova ke zdraví je součástí péče o zdraví, na kterou má nárok každý občan a je garantována státem. ( 16)

Vzdělaná, informovaná a dobře spolupracující sestra je neocenitelným partnerem lékaře ve zdravotní edukaci klientů. Základním předpokladem, aby klient přijal informace a rady od sestry, je důvěra, kterou si sestra musí vybudovat sama. Sestra, pracující u praktického lékaře provádí: asistenci lékaři při vyšetřování dítěte, diagnosticko - terapeutickou činnost, je povinna poskytnout první pomoc v rámci svých znalostí a zajištění další pomoci v době nepřítomnosti lékaře, řízení plynulého příchodu pacientů k lékaři, je zodpovědná za provoz pracoviště z hygienického hlediska, zajišťuje očkovací látky v potřebném množství, sleduje jejich expirační doby, je zodpovědná za správné uložení léků a dalších materiálů, vede dokumentaci, vyplňuje žádanky, zapisuje do očkovacího průkazu, vede evidenci dispenzarizovaného dítěte a lhůty preventivních prohlídek, navštěvuje děti v jejich domovech, je povinna provádět zdravotní výchovu, ve které dbá na poučení dětí ve školním věku v oblastech správné výživy, osobní hygieny, hygieny dospívání, prevence pohlavních chorob a AIDS, výchovy k rodičovství atd. ( 2)

### ***1.3 Výživa v dětském věku***

Výživa dítěte musí zajišťovat jeho správný energetický a duševní vývoj. Do této kapitoly je nutno zahrnout racionální výživu, která odpovídá po stránce kvality i kvantity potřebám dítěte. Mezi základní složky racionální potravy řadíme bílkoviny, ty by měly být zastoupeny v 15 %, dále pak cukry v 50 % a tuky, které jsou zásobním zdrojem energie, zastoupeny jsou ve 35 %. Cílem výživy v ranném dětství je i prevence vzniku civilizačních chorob a také poruch, spojených s příjmem potravy. Správné stravovací návyky jsou prevencí civilizačních chorob. Mezi hlavní chyby ve výživě dětí

patří bezpochyby nadměrný energetický příjem. Fyzikální zákony nelze ošidit, a je-li energetický příjem soustavně vyšší než výdej, vede to neodvratně k vzestupu hmotnosti. U rostoucího organismu je tento vzestup žádoucí, ovšem jen do určité míry. Závažným nedostatkem stravy dětí je nadměrná spotřeba tuků a navíc nevhodná skladba tukové dávky. Mezi nežádoucí rysy stravy dítěte patří i vysoká spotřeba cukrů. Velký podíl na spotřebě mají sladkosti nejrůznějšího druhu a vysoká konzumace sladkých nápojů. Mezi chyby, kterých se nejčastěji dopouštíme patří i nízká spotřeba vápníku zaviněná malou spotřebou mléka a mléčných výrobků. U dívek se poměrně často setkáváme s nedostatkem železa v potravě. Avšak k hlavním nedostatkům dětské stravy nesporně patří nízká spotřeba ovoce a zeleniny, které jsou nenahraditelným zdrojem celé řady vitamínů. K nešvarům ve stravování dětí patří i vynechávání snídaně, které podle zkušenosti spíše podporuje vznik obezity, než aby mu zabraňoval. (1)

### ***1.3.1 Význam jednotlivých složek potravy***

Mezi základní složky potravy patří cukry (glycidy, sacharidy), které jsou hlavním zdrojem energie. Organismus má při ukládání sacharidů na rozdíl od tuků, pouze velmi omezenou kapacitu, a to do glykogenových zásob. Při zvýšeném příjmu se zvyšuje jejich oxidace. Na rozdíl od tuků nelze tedy přičítat nadměrnému přívodu cukrů stejnou roli při rozvoji obezity. Pro mnohé obézní jedince je však problém, že si vybírají obvykle ty sladkosti, které obsahují mnoho tuků. Cukry lze rozdělit na jednoduché cukry, kam řadíme glukózu a složité, kam patří celulóza. (11)

Další složkou potravy jsou tuky (lipidy). Tuky mají funkci hlavně zásobní, jsou zásobárnou energie, ochrannou a stavební. Tuky dělíme na rostlinné a živočišné. Při rozvoji obezity sehrávají tuky největší roli. Tuky mají totiž vysokou energetickou densitu a malou sytící schopnost. (11, 15)

Další důležitou součástí potravy jsou bílkoviny (proteiny). Jsou základní stavební látkou živých organismů, jsou nenahraditelnou složkou potravin, neukládají se do zásoby, organismus jich musí přijímat tolik, aby neodbourával vlastní bílkoviny



a udržoval dusíkovou rovnováhu. Základní stavební jednotkou bílkovin jsou aminokyseliny. U dospělých nesehrává zvýšený příjem bílkovin důležitou roli ve vzniku obezity, avšak u dětí, některé studie dokazují, že nadměrný příjem bílkovin v časném dětství by mohl být spojen s rozvojem otylosti v pozdějším věku. ( 5)

Do stravy také řadíme vitamíny, to jsou přídatné látky potravy, většinou musí být dodány potravou, nejsou stavebním materiálem, ale zasahují do biochemických reakcí. S poruchami příjmu vitamínů jsou spojovány 3 termíny: Hypovitaminóza, což je snížené množství vitamínů v těle, hypervitaminóza, to je zvýšené množství vitamínů v těle a avitaminóza, kdy vitamíny úplně chybí. Vitamíny dělíme na vitamíny rozpustné v tucích, kam patří vitamín A , který je důležitý pro tvorbu barviv v oční sítnici, nedostatek se projevuje šeroslepostí a poruchami vaziva. Dále vitamín D, ten je důležitý pro vstřebávání vápníku a fosforu. Nedostatek se projevuje křivici a odvápnováním kostí. Vitamín E, který má protirakovinné účinky. Vitamín K, důležitý pro srážení krve, nedostatek se projevuje krvácivostí. Druhou skupinou vitamínů jsou vitamíny rozpustné ve vodě, do této skupiny patří vit. B, B1, který je důležitý pro metabolismus cukrů CNS a pro svaly, B2 , důležitý pro buněčné dýchání, PP (kyselina nikotinová) nutná pro buněčné oxidace, B 12 důležitý pro tvorbu červených krvinek, vit. B6 pro metabolismus bílkovin, dále kyselina listová, taktéž důležitá pro tvorbu červených krvinek, kyselina pantotenová - má centrální postavení v metabolismu a vit.C, ten nás chrání před infekcemi, urychluje hojení ran, zlepšuje metabolismus a je důležitý pro tvorbu pojiv.( 11, 12)

Velice důležitou součástí potravy je vláknina. Vláknina vede díky své bobtnavosti k rozpětí hladkého svalstva gastrointestinálního traktu a tlumení chuti k jídlu. Rozpustná bílkovina 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.(8)

Poslední nepostradatelnou součástí potravy je voda. U kojenců a malých dětí je fyziologická potřeba vody na 1 kg hmotnosti a den 3x vyšší, než u dospělých. Dochází-li k větším ztrátám tekutin, například při průjmeh nebo zvracení a pocení, nastupuje velice rychle stav dehydratace a může dojít až k šokovému stavu. Pro stravu

dítěte jsou také velmi důležité minerální látky a stopové prvky, které se v potravě vyskytují především ve formě solí. Řadíme sem sodík, vápník, chlor a draslík. Tyto látky ovlivňují vnitřní prostředí organismu. Vápník je pak velmi důležitý pro tvorbu a růst kostí. Fluor a jod přijímáme pitnou vodou, konzumací mořských ryb. Celkový příjem energie závisí na skladbě potravy, na obsahu základních živin a vlákniny. Energetický příjem by měl odpovídat energetickému výdeji. Ten závisí na pohlaví (je větší u mužů než u žen), na věku (klesá s věkem) a stupni fyzické aktivity. Doporučení denní dávky jsou u nás překračovány o 20 – 25 %, takže zvýšený energetický příjem je jednoznačně jedním z významných faktorů, podílejících se na vzniku obezity. Klidový energetický výdej představuje energetický výdej nezbytný k udržení základních životních funkcí organismu a k zajištění tělesné teploty. Klidový energetický výdej závisí na genetických faktorech, věku (klesá s věkem), pohlaví (je nižší u žen než u mužů), hmotnosti, na množství tuku a beztukové tkáně, na výši energetického příjmu (klesá při přísných nízkoenergetických dietách až o 17 %), na výši pravidelné fyzické aktivity a na zevní teplotě. (12)

### ***1. 3. 2 Výživa v jednotlivých obdobích dítěte***

V prenatálním období je kladen důraz na správnou životosprávu hlavně v období těhotenství. Dodržováním správného stravování v těhotenství lze snadno ovlivnit zdravotní stav těhotné ženy, průběh těhotenství a zdravotní stav novorozence. Změny ve výživě těhotné ženy spočívají především ve změně metabolismu živin, minerálů, vitamínů i stopových prvků. Kalorická potřeba plodu je výrazně nižší než u dospělého člověka, na den tato dávka činí 300 kalorií denně. Průměrný energetický příjem ženy v těhotenství by se měl pohybovat okolo 2400 kalorií za den. Strava v tomto období by měla být dobře stravitelná, přiměřená, pravidelná, vyvážená a především by měla obsahovat dostatek ovoce, zeleniny, vitamínů a minerálů a vlákninu. Vyvážená strava podporuje správný růst plodu a vývoj jeho mozku. Výživa v novorozeneckém věku se dělí na výživu přirozenou a umělou. Nejpřirozenější a nejvhodnější formou výživy novorozenců a kojenců je mateřské mléko. Kojení je výživou 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 - v kojeneckém a batolecím věku věnovat výživě velkou pozornost. (12, 17)

Kojení je přirozené a zcela adekvátní náhražka mateřského mléka dosud neexistuje. Počáteční mateřské mléko nazýváme kolostrum, to se po dvou dnech mění na tzv. zralé mléko. Mateřské mléko má oproti kravskému mléku celou řadu výhod. Mezi tyto výhody patří bílkovina mateřského mléka, která vyvolává podstatně méně alergických projevů. Mateřské mléko nezatěžuje enzymy trávicího traktu a nezatěžuje ledviny kojence, dále obsahuje protilátky typu Ig A, které chrání sliznici trávicího traktu před infekcemi, složky nespecifické imunity (lyzozym a laktoferin), má nižší obsah bílkovin a solí, má více nenasycených mastných kyselin a co je velmi důležité, při kojení se vytváří silné citové pouto mezi dítětem a matkou. Ve zralém mateřském mléce je obsaženo 3,8 – 4,5 gramů tuků ve 100 ml mléka, 0,9 – 1,3 gramů bílkovin na 100 ml mléka a 7 % cukrů. O významu a délce kojení by měla být matka informovaná od dětských lékařů a sester na novorozeneckých odděleních. Důležitý je nácvik kojení. Kojení musí být pro matku nebolestivé a přirozené. Kojící matka musí vypít alespoň 3 litry tekutin denně a dbát na správnou výživu. (17)

Nezbytnou podmínkou úspěšného zahájení laktace je časné přiložení novorozence k prsu matky nejlépe do půl hodiny po porodu. Důležité je, aby dítě sálo správnou technikou. Novorozenci, který bude kojen by nemělo být podáváno nic láhví ani savičkou. Je nutné zmínit 10 kroků k úspěšnému kojení. (viz. Příloha č. 2) . Dítě však může být vyživováno i umělou mléčnou výživou, do které patří mléka, která se dělí na mléka počáteční, jejichž složky musejí odpovídat správným hodnotám, obsahují upravenou bílkovinu kravského mléka, laktózu a mléčný cukr (Hamilton start, Nutrilon premium..). Další jsou tzv. pokračující mléka, ty by měly odpovídat hodnotám dětí od 4 – 12 měsíců života, obsahují taktéž bílkovinu, která je však méně změněna, nesmí obsahovat lepek, dále obsahují vitamíny (Hamilton 2) a mléka určená batolatům, tedy do 36 měsíců života dítěte.(17)

Výživa kojence se rozděluje s ohledem na věk a zralost trávicího ústrojí na 3 období: Počáteční období, kdy kojenec přijímá pouze čistě mléčnou výživu, tedy výživa pouze mateřským mlékem a to věku 5 – 7 měsíců. Další období je tzv. pokračovací období, kdy už se zavádějí nemléčné příkrmy – do 11. měsíce věku, doporučovány jsou příkrmy v podobě zeleniny, ovoce a obilnin. Časné zavedení příkrmů může svou nadměrnou energetickou hodnotou přispívat k rozvoji obezity i u kojených dětí. Ve třetí fázi kojeneckého období dochází k přechodu na stravu dospělých s určitým omezením ( jen mírně solit, nekořenit, bez barviv, konzervantů...) ( 8, 11,17)

I předškolní děti by měly dostávat mléko nebo alespoň mléčné výrobky každý den. Dále je dobré do stravy zahrnout ryby, maso, drůbež a vejce. U dětí školního věku platí to samé jako u předškoláků, důležitým prvkem zdravé výživy by měla být pestrá snídaně, dále pak dopolední svačina, oběd, odpolední svačina a lehká večeře. V pubertě by strava měla být hodně pestrá, měla by obsahovat ovoce a zeleninu, maso a samozřejmě mléčné výrobky.

(12, 19)

Důležitým předpokladem správné výživy je dodržování pitného režimu. V předškolním věku by se děti měly zapojovat do přípravy jídla a stolování, například ve školce i doma. Zásadou by mělo být to, že by strava dítěti měla být podávána minimálně 5x denně v menších porcích. Platí také zásady zdravé výživy jako je pestrost, pravidelnost, dodržování pitného režimu a pohyb. Dítě by se nemělo při jídle či za jídlo trestat a také bychom dítě neměli do jídla nutit. (8, 17)

## ***1.4 Obezita v dětském věku***

### ***1.4.1 Definice obezity***

Slovo obezita (otylost) neznamena nadměrnou hmotnost, kterou zjistíme zvážením, ale nadměrné nakupení tukové tkáně. 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 neznamená vysokou hmotnost. V dětském věku dochází k plynulým přírůstkům hmotnosti, ale ty jsou způsobeny současně rozvojem kostry, svaloviny, vývojem orgánů i zmnožováním tukové vrstvy. Podíl tuku v organismu určuje pohlaví, věk, i etnický charakter populace. Pro stanovení optimální hmotnosti byla vypracována různá kritéria a hodnotové ukazatele, které však nejsou dobře použitelné zrovna u dětí. Jejich hmotnost se totiž vždy vztahuje k věku, výšce a pohlaví. Pediatři mají proto k dispozici tabulky průměrných hodnot a směrodatných odchylek pro jednotlivá věková období, podle nichž lze určit zda je dítě příliš hubené, otlé, nebo je jeho hmotnost odpovídající. Obezita u dětí je definována jako váha nad 90. percentil růstových grafů platných pro danou populaci, nadváha pak nad 85. percentil a těžká obezita nad 95. percentil. ( 5)

Obezita však není pouhá kosmetická vada, ale skutečná nemoc, která se stává i významným rizikovým faktorem pro rozvoj dalších vážných onemocnění. Obezita je nejčastější metabolickou poruchou. Fyziologicky je vyšší podíl tuku u dívek než u chlapců. S věkem podíl tuku v těle stoupá. Nadměrný příjem potravy, který přesahuje energetické potřeby organismu, vede k nadváze a po delším časovém období k obezitě. Růst dětí u závažných typů obezity bývá omezen, důležité jsou taktéž psychické změny, ke kterým u dětí dochází proto, že se zvláště výrazně obézní liší od svých vrstevníků. Obezita vede mnohdy k tomu, že se dítě stáhne do ústraní, protože se snaží vyhýbat posměchu spolužáků, odmítá se pohybovat, protože je neobratné. Tato nemoc bývá často považována za nemoc celé rodiny. To může být podmíněno geneticky nebo způsobem životního režimu a stravovacími zvyklostmi. Obezita je typickým multifaktoriálním onemocněním, na jehož vzniku a rozvoji se podílí celá řada faktorů. (1).

### ***1. 4. 2 Historie obezity***

Názory na ideální hmotnost lidského těla se v průběhu dějin měnily, liší se dokonce i u jednotlivých národů a etnických skupin. Tlustá žena sice byla symbolem mateřství a důkazem majetnosti, ovšem již ve starověku lékaři poukazovali na zdravotní rizika obezity. Z té doby také pocházejí i první návody k její léčbě. Přesto zůstávala dlouho sporná otázka, zda obezitu považovat za projev choroby nebo zdraví. Při nedostatku potravy, za válek a hladomorů, snadněji přežívali silnější jedinci. Vznikla proto přirozená snaha dopřávat především dětem co nejvíce nejlepší stravy, symbolem zdraví bylo dítě baculaté. Dnes však žijeme již půl století ve společnosti nadbytku kdykoliv dostupných potravin – navíc energeticky vysoce koncentrovaných. Dnešní mladí lidé tedy nejenže nehladoví, ale můžou jíst kdykoliv a na co mají chuť. Představa, že kulatoučký chlapeček, nebo holčička s pěknými tukovými polštářky jsou dítěta zdravá, však bohužel stále přetrvává. Pokud si rodiče začnou obezity u svého potomka vůbec všimnout, běžně doufají, že ze své otylosti vyroste. (6)

Ne vždy se na obezitu pohlíželo jako na civilizační chorobu. Hlavní zmínky o obézních předcích nacházíme především v umění – obrazy, sochy, ale v literatuře. K nejnámějším soškám patří soška Venuše z doby před 25 000 lety. Věstonická Venuše se stala symbolem ženství, plodnosti, symbolem kojící matky a důkazem majetnosti. V období antiky ve starém Řecku a Římě se idolem stává Diskobolos. Tato postava představuje muže atletické postavy. V této době se poprvé začínají objevovat názory lékařských autorit na obezitu. V době počátku křesťanství převládá naopak vyhublá postava, neboť se v této době držely půsty a byla také chudoba. V době středověku se opět setkáváme s otylostí, protože v této době bylo dostatek jídla i pití. Za doby Karla IV. se poprvé setkáváme se snahou o udržení správné životosprávy. Období baroka jsou trendem kypré tvary těl, typickým znakem otylosti z doby baroka jsou andělci, které můžeme dodnes spatřit v kostelích. Na sklonku 20. století dostávají lékaři do rukou moderní farmaka k léčbě obezity, která příznivě ovlivňují jak redukci nadbytečných tukových zásob, tak i zdravotní rizika provázející obezitu. (4, 7)

Převrat v léčbě těžkých stupňů obezity představuje koncem století moderní chirurgická léčba. V roce 1987 vzniká první obezitologická jednotka u nás.

V devadesátých letech vznikají obezitologická centra v Brně, v Hradci Králové, Ostravě a v Plzni. Roku 1994 byla založena Česká obezitologická společnost Jana Evangelisty Purkyně. Jejím cílem je šíření postupů v prevenci, léčbě a výzkumu obezity. (6)

### ***1. 4. 3 Příčiny obezity u dětí***

Za základní a nejčastější příčinu obezity je ve všech vyspělých zemích světa považována nerovnováha mezi energetickým příjmem a výdejem. Na vzniku a rozvoji obezity však nemá podíl jen energetický příjem, ale i skladba potravin, ve smyslu zastoupení základních živin – tuků, cukrů a bílkovin. Mezi další příčiny obezity u dětí patří dědičné faktory (děti obézních rodičů mají desetkrát větší pravděpodobnost stejného onemocnění, než děti rodičů neobézních). Dalším nešvarem úzce spojeným s technickým pokrokem je nedostatek pohybu. Děti využívají jízdy autem, vlakem apod., vysedávají celé hodiny při sledování televizních pořadů či u počítačových her. Jejich pohyb je omezen na minimum. Celé dopoledne, mnohdy i celé odpoledne tráví dítě ve škole, následuje účast na dalších zájmových akcích, většinou spojených se sezením. Jen málo dětí se zabývá sportovní činností mimo povinnou tělesnou výchovu ve škole. (20)

Dalším faktorem je tzv. familiární faktor, ten se týká rodinných tradic, souvisejících s příjmem jídla z hlediska množství a strukturou potravin. V posledních letech se stále více uvádí jako příčina dětské obezity porucha regulace leptinu. Skutečně vídáme často v jedné rodině několik obézních jedinců, což by potvrdilo geneticky podmíněnou metabolickou poruchu. Před několika lety byl prokázán tzv. ob gen, který je umístěn v tukových buňkách. Tento gen produkuje bílkovinu leptin. Ta je jedním 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. U obézních osob je předpokládána resistance na leptin, kdy ani centrum sytosti ani další tkáně na jeho účinky nereagují. (4, 20)

Dalším z nedobrych 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. Mezi psychické faktory, podílející se na vzniku obezity řadíme faktory, kdy u některých lidí ve stresu může docházet ke zvýšenému příjmu potravin. Obezitu může taktéž způsobit nadměrná konzumace kalorických potravin plných tuků a jednoduchých cukrů. Dále nesprávný denní režim (celý den nic nejíst a večer to dohnat). Dále pak hormonální vlivy, jedná se především o sníženou funkci štítné žlázy (hypotyreózu) a zvýšenou tvorbu hormonů kůry nadledvin (Cushingův syndrom) a dále metabolické faktory. (15)

#### ***1. 4. 4 Komplikace obezity u dětí***

Ačkoli pojem obezita nemusí pro každého představovat závažný stav, ve skutečnosti může mít při dlouhodobějším trvání velmi závažné následky. Nadváha v dětství vede k výrazné zátěži kosterního a svalového systému. Vlivem toho často u dětí dochází k vybočení páteře do stran (skolióza, kyfóza). Na dolních končetinách pak dochází k poruchám postavení kolenních kloubů, plochým nohám a varixům. Růst dětí bývá omezen. Poměrně často se taktéž u dětí vyskytuje cholelithiáza. (5)

V necelé polovině případů pak u dětí nacházíme hypertenzi. V poslední době je věnována největší pozornost možným metabolickým změnám, které se mohou vyskytovat u obézních dětí. Jsou to především změny v lipidovém spektru. Další závažnou metabolickou úchylnou je hyperinzulinémie a inzulinová rezistence. Hyperinzulinémie má pro dítě závažný dopad, neboť potencuje vliv lipidů na cévní stěnu. Je tedy patrné, že obézní dítě má větší riziko vzniku aterosklerózy a diabetu mellitu. Ve výjimečných případech může vést nadváha dítěte až k projevům Pickwickova syndromu s respiračními a kardiálními poruchami. Nadměrné zásoby mohou vést rovněž k steatóze jater. U více než jedné poloviny dětí, trpících nadváhou se vyskytuje zácpa. U chlapců postižených tímto onemocněním nacházíme velice často hypogenitalismus, neboť zevní genitál bývá zanořen ve výrazně zvětšené vrstvě



podkožního tuku. U dívek s nadměrným stupněm obezity dochází k nepravidelnému menstruačnímu cyklu. ( 12, 15)

Mezi další komplikace řadíme i psychické změny. Takovéto děti se buď uzavřou do sebe straní se kolektivu, jelikož se jim všichni posmívají a nebo se naopak snaží být středem pozornosti. (7)

## ***1.5 Úloha sestry v primární péči v prevenci obezity u dětí***

### ***1.5.1 Prevence***

Prevence znamená předcházení. Je to cílená činnost, která vychází z poznání, že zabránit, aby nemoc nastala, je vždy jednodušší, než odstraňování, mnohdy stejně nezvratných, následků. Cílem prevence je předcházet nemocem. Rozlišujeme 3 typy prevence: primární, sekundární a terciální. Primární prevence má zabránit vzniku onemocnění. Zde hraje sestra velmi důležitou roli. Společně s rodiči dítěte a lékařem může zabránit vzniku celé řady nemocí. Sestra dítě pravidelně sleduje, zná jeho rodiče a ví, pro jakou nemoc má dítě předpoklady, tím může zabránit tomu, aby u dítěte nemoc vznikla. Jejím cílem je předcházet zdravotním problémům. Sestra se v této prevenci snaží ovlivňovat faktory, které vedou ke vzniku určitých zdravotních problémů např.: zjišťuje dietní návyky.... Primární prevenci lze rozdělit na specifickou, která je zaměřena proti rizikům nebo určitým nemocem a na nesespecifickou, která má vést k posílení a rozvíjení zdraví. Sekundární prevence je zaměřena na včasné odhalení onemocnění. I v této oblasti je sestra velmi důležitou složkou. Cílem je zabránit dalšímu rozvoji, zachytit onemocnění co nejdříve. Léčba pokročilého onemocnění je nákladnější než léčba časného stádia. Terciální prevence se zaměřuje na problémy, které sebou přináší nemoc, která již propukla a u které již nelze nemoci zabránit. Cílem terciální prevence je odstranit následky již propuklé nemoci, nebo je úplně odstranit a hlavně

zabránit handicapu. Zdravotní výchova by měla veřejnosti vysvětlit pojem normální váhy, doporučit lidem aby, se zajímali o správnou hmotnost a udržovali ji. (13, 18)

### ***1. 5. 2 Prevence dětské obezity***

Věc, kterou všichni, nebo alespoň většina lidí ví, je fakt, že lidé, kteří trpí obezitou, se dožívají nižšího věku, než lidé zdraví. Proto je tedy velmi nutné, aby se dbala na prevenci obezity a to již v dětském věku. V dnešní době je obezita způsobena především nesprávnou stravou, ke které zcela jistě řadíme dnešní rychlá občerstvení, které mají děti velmi rády, dále pak velký výběr různých cukrovinek, které jsou k dostání v každém obchodě a také nevhodné nápoje, které obsahují příliš mnoho cukrů a přispívají tak tedy k rozvoji otylosti. Důležitým důvodem pro podchycení obezity u dětí co nejmenších je s věkem rostoucí pravděpodobnost, že obézní dítě zůstane obézním i v dospělosti. Čím dříve si sestra všimne nárůstu váhy, tím je větší naděje, že se obezita nezachová až do dospělosti. Léčebný zásah u co nejmenších dětí je důležitý i z řady dalších důvodů. V raném věku se vytvářejí tukové buňky, jejichž počet se většinou již nikdy nesníží. Při pozdější redukci hmotnosti se tukové buňky z velké části pouze zmenšují. Sestra by měla poučit rodiče i dítě o tom, že je nutné předcházet vytváření špatných stravovacích návyků a intoleranci aktivity. Pokud už tyto nevhodné návyky jsou vytvořeny, pak je snadnější je změnit, když ještě nejsou fixovány. Vliv raného vystavení dítěte různým nevhodným potravinám ovlivňuje výběr jídla samotným dítětem i v pozdějším věku. To se týká zejména sladkého, které zastává v naší kultuře funkci společenské komunikace nebo odměny. Ukázalo se např., že děti, které byly zvyklé pít do 6 měsíců sladkou vodu, vypily i v pozdějším věku této sladké vody daleko více než děti, které s tímto nápojem zkušenost neměly.(14)

Velkou roli však také hraje dnešní způsob života. Můžeme říci, že téměř každá rodina má dnes doma počítač. Tato technika se stala velikým miláčkem dětí, neboť na ní mohou hrát různé hry, nebo nahlížet na internetové stránky. Tak tedy většina dětí raději sedí doma u počítače, místo toho, aby šly ven se svými kamarády na čerstvý vzduch a hrály nějaké hry venku a pohybovaly se u toho. V této problematice

však hrají důležitou roli i rodiče, kteří často svým dětem toto sezení u počítače trpí, jelikož mají dítě na očích a nemusejí se o ně tedy bát. Proto je velmi nutné, aby sestra poučila rodiče o tom, jaká rizika s sebou dlouhé sezení u počítače a nedostatečný pohyb přinášejí. Prevence obezity spočívá v prevenci vzniku obezity, v prevenci opakovaného vzestupu váhy po redukci hmotnosti a v prevenci dalšího vzestupu hmotnosti u obézních dětí, které nejsou schopni redukce sami. Na všechny tyto faktory by se sestra měla zaměřit (6, 14)

Sestra a lékař by si měli jako první všimnout nárůstu hmotnosti u dítěte, k tomu jim slouží percentily výšky a hmotnosti, které by se měly zapisovat při každé návštěvě dítěte u praktického lékaře do zdravotního průkazu dítěte, podle kterých by se měla sestra řídit a včas odhalit toto riziko. Poučení by však měli být hlavně rodiče dítěte, kteří se svým potomkem tráví nejvíce času a můžou tak vzestup váhy zpozorovat dříve než sestra. K edukaci a výchově ke zdraví, by mělo docházet již v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost. Velkou pozornost by sestra měla věnovat především dětem, jejichž rodiče jsou sami obézní. Sestra by měla edukovat i nastávající rodiče, hlavně těhotné matky, které by měly vědět jak se mají správně stravovat v těhotenství. Byla-li matka obézní v těhotenství, měla by věnovat velkou pozornost výživě svého dítěte v kojeneckém a batolecím věku. Prevence má taktéž svůj význam tehdy, bylo – li dítě obézní a jeho váhu se podařilo zredukovat, takové dítě se pak musí hlídat celoživotně, aby opět nedošlo k obezitě. Prevence lze ale ještě rozdělit na tzv. všeobecnou prevenci, ta se týká celé populace. Měla by v ní být zahrnuta výchova ke správnému stravování a dostatečnému pohybu. Své uplatnění by také měla mít regulace reklamy na nevhodné potraviny a nápoje. Dalším druhem prevence je prevence selektivní, ta je zaměřena na skupiny osob, u kterých hrozí veliké riziko vzniku obezity. Patří sem osoby, u kterých se v rodinné anamnéze vyskytuje obezita, nebo diabetes mellitus II. typu, obezita u žen v těhotenství atd. Třetí druh prevence je tzv. indikovaná prevence, která se zaměřuje na jednotlivé osoby, které již mají některý z příznaků obezity. Tato prevence by měla probíhat v ordinacích praktických lékařů, u těžších stupňů obezity probíhá u specialisty – obezitologa. Do indikované prevence řadíme například různé léčebné programy pro děti. (20)

Nejlepším způsobem je informovat celou společnost o rizicích obezity prostřednictvím sdělovacích prostředků, děti pak dále měly být informovány a vedeny ke správnému životnímu stylu ve škole a především také u svých lékařů. Z televizních reklam by pak měly zmizet reklamy, které lákají děti na své nezdravé výrobky a naopak by se mělo objevit více reklam na výrobky zdravé.( 10)

### ***1.6 Úloha sestry v diagnostice dětské obezity***

Mezi první vyšetření, které by mělo být provedeno patří pohled. Sestra by si měla všimnout vzhledu obézního dítěte. Bývá měsícovitý obličej, visící břicho, rysy obličeje jsou jemné, často bývají ploché nohy, na kůži jsou někdy patrné strie. U chlapců bývá tuk nakupen v krajině prsou, zevní pohlavní ústrojí je malé a zanořené do tukové vrstvy. Dále by se sestra společně s lékařem měla ptát rodičů dítěte na rodinnou anamnézu, ve které se zaměřuje na nadměrnou hmotnost členů rodiny, dále se ptáme na způsob stravování a režim život, na výskyt chorob v rodině, které mají vztah k obezitě (diabetes mellitus , kardiovaskulární choroby, choroby žlučníku atd.) a na funkčnost rodiny. Vedle rodinné anamnézy hraje důležitou roli i osobní anamnéza, při které si sestra všímá hmotnosti matky, jejího přírůstku váhy během těhotenství, porodní hmotnosti a délky dítěte, délky kojení a způsobu stravování, fyzické aktivity a celého režimu dne, proběhlých chorob, zvláště těch, které byly spojené s imobilizací dítěte, přírůstku hmotnosti dítěte v prvním roce života a délky trvání obezity.

U dětí vztahujeme hmotnost těla vždy k výšce, věku a pohlaví. (10)

Obezitu diagnostikuje sestra a lékař na základě klinického vyšetření a potvrzena je určením BMI. U dětí a adolescentů se však nepoužívají stejné hodnoty jako pro dospělé. K určení stupně obezity u dětí slouží tzv. Percentilové (růstové) grafy, které slouží pro děti od narození až do 18 let. Měření tělesné výšky, hmotnosti, výpočet BMI a jejich vyhodnocení v percentilových grafech by měla sestra a lékař provádět při každé preventivní prohlídce dětí a mladistvých. Jedinci se zvýšenou hmotností se na hmotnostně výškovém poměru a BMI pohybují v rozmezí 75. – 90. Percentilu.

Hodnoty nad 90. Percentil znamenají nadměrnou hmotnost. Nad 97. Percentilem, pak mluvíme o obezitě. Dalším důležitým indexem tělesné hmotnosti je Rohrerův index. Ten je definován jako podíl tělesné hmotnosti v kg a tělesné výšky v metrech na třetí. Dalším vyšetřením, které provádí dětská sestra je vyšetření hmotnosti těla, to sestra provádí u dětí do 18 měsíců na kojenecké váze s přesností na 0,1 kg, u dětí schopných samostatného stání na pákové lékařské váze s přesností na 0,1 kg nebo na osobní nášlapné váze, která byla předem vyzkoušena a je položena na pevném rovném podkladu, s přesností na 0,5 kg. Kojence by sestra měla vážit pouze s plenou, jejíž hmotnost se odečítá, ostatní děti sestra váží pouze ve spodním prádle, vždy bez obuvi. Dále sestra provádí měření tělesné výšky dítěte. U dětí do 24 měsíců se provádí vleže. K měření v leže používá sestra tzv. korytko nebo na přebalovacím stole upevněný dolní díl pásového měřidla či krejčovské míry. U kojenců je potřeba k měření dvou osob, sestry a matky dítěte. Jedna drží hlavičku dítěte, tak aby se temeno dotýkalo svislé plochy u nulového bodu měřidla, osa ramen a osa kyčlí jsou v kolmé poloze k dlouhé ose těla. Druhá osa drží natažené dolní končetiny dítěte u kotníků a přisune posuvnou kolmou plochu k patičkám a odečte délku na stupnici. Podmínkou správného měření je, aby končetiny dítěte byly natažené v kolenou, a aby se obě paty dotýkaly svislé plochy současně. U dětí starších dvou let sestra měří výšku těla vstoje antropometrem nebo stadiometrem. Pokud není k dispozici ani jedno toto zařízení, měří sestra tělesnou výšku u svislé stěny, na které je upevněný papírový měřicí pás. Dítě se měří bez obuvi, stojí maximálně vzpřímeně, paty má u sebe, stěny se dotýká patami, hýžděmi a lopatkami.

(20)

Nadměrná výživa lze také určit podle vrstvy podkožního tuku. Ten se určuje pomocí kaliperu, kdy se měří vrstvy tukové na několika místech těla (na tváři, pod bradou, na hrudníku, suprailiackální řasa, na bříše, nad tricepsem, suprakapulární řasa, na lýtku, na stehně) a porovnávají se s hodnotami zdravého jedince. U dívek je větší procento tuku na trupu, u chlapců naopak mimo trup. Kožní řasa zůstává větší u dívek během celé ontogeneze. Existuje několik druhů kaliperů. Aby toto vyšetření bylo provedeno důkladně, musí být shrnuta kožní řasa. Tu sestra uchopí mezi palec a ukazovák a tahem vzdálenosti 1 cm od místa měření její tloušťky a tahem oddělí

od svalové vrstvy. Řasu drží po celou dobu měření. Další možnou metodou je tzv. součet čtyř kožních řas, kdy se sčítají hodnoty naměřených hodnot na bicepsu, tricepsu, subscapulare a suprailiacale. Krom těchto vyšetření se provádí taktéž laboratorní vyšetření, kde se zaměřujeme na cholesterol (10)

### ***1.6 Úloha sestry v léčbě dětské obezity***

Obezita patří mezi choroby, na něž si musí každý najít svůj lék sám. Tím je především pevná vůle a rozhodnutí udělat něco pro své tělo, což bývá u dětí často obtížné, protože si nedokáží představit možné následky, které sebou obezita přináší. Sestra může být jen rádcem a oporou. (7)

Dětem se nepředepisují žádné léky, které by omezovaly chuť k jídlu. Pouze v případech, kdy jde současně o poruchu štítné žlázy, či jiné hormonální onemocnění, se užívají vhodné preparáty. Jediným možným a účinným způsobem léčby otylosti se stává zásadní změna dosavadní životosprávy. Tato změna se však netýká pouze postiženého dítěte, ale týká se celé rodiny. Sestra může dítěti vypracovat jídelníček, s přesnými denními dávkami. Upraví stravu, doporučí vhodný výběr potravin a změnu stravovacích návyků. Mnohé rodiny jsou ochotné začít zdravě žít, ale chybí jim potřebné vědomosti. Zde pak opět sehrává důležitou roli sestra, odborná literatura a speciální kurzy, které se zabývají tzv. behaviorální léčbou obezity. Pomoci může také pobyt dítěte ve specializované lázeňské léčebně, kde se zbaví nejen části přebytečných kilogramů, ale dostane i dostatečné informace o zásadách správné životosprávy. Nejdůležitější změny v životosprávě lze shrnout do 3 základních bodů: změna stravování, zvýšení pohybové aktivity a vytvoření příznivého citového zázemí. (11).

#### ***1.7.1 Dietní režim***

Děti nelze omezovat přísnou redukční dietou, neboť by mohlo dojít k poškození jejich fyzického vývoje i duševních schopností. Dětský organismus

potřebuje všechny základní živiny (bílkoviny, sacharidy, tuky, minerály, vitamíny i stopové prvky) a to ve vhodném poměru. Celková energetická spotřeba by měla být kryta v souladu s věkem a pohlavím. Protože otulé děti jedí vždy o něco víc, než potřebují, stačí ve většině případů omezit celkové množství přijímaného jídla zhruba o jednu čtvrtinu. To se netýká zeleniny a nesladkého ovoce, ale je třeba zcela vyloučit veškeré slazené nápoje a cukrovinky, jež lze nahradit například sušeným ovocem. U mírnějších forem obezity, či pouhé nadváhy postačí toto jednoduché opatření, které povede k postupné redukci tukové tkáně – pokud bude uplatňováno důsledně a dlouhodobě. (11)

Sestra by měla řádně poučit rodiče obézního dítěte o nutnosti dodržování zásad pro správnou životosprávu, může dítěti vypracovat vhodný jídelníček a vysvětlit nutnost dodržování pitného režimu, vhodné jsou neslazené a neperlivé nápoje. Všechny tyto informace podává sestra rodičům dítěte, nebo je-li dítě větší přímo dítěti. Sestra by taktéž měla rodičům nebo dítěti doporučit odbornou literaturu, poskytnout různé informační letáky, nebo brožury, popřípadě doporučit vhodné internetové stránky. (8,11)

Ukazuje se, že nové jídlo je nutné nenásilně nabídnout přibližně 7x, aby dítěti začalo chutnat. Lze využít i psychologických poznatků, že např. u dětí do 4 let se preference se utváří podle barev. Nejraději mají červenou, žlutou, oranžovou, nejméně rádi zelenou. S věkem se preference mění, zvětšují se rozdíly v oblíbenosti barev a děti kladou větší důraz na tvary a velikost. Lásku k zelenině můžeme pěstovat v podobě talířů se zeleninou ve tvaru panáčka, zvířátek, srdíček, formičkami na vánoční cukroví můžete vykrájet okurku apod. Dítě můžeme již zhruba od tří let zapojit do přípravy jídla. Pokud nechce pít mléko, může si samo namixovat koktejl v dětském mixéru či šejkru. Pokud chceme podpořit konzumaci ovoce, může si samo umýt ovoce a z nakrájených částí si udělat na talíři obličej panáčka, může vyrábět ovocné špízy apod. Maximální úbytek váhy by měl být 0,5 – 2 kg za měsíc. Protože dítě roste, musí se změny váhy vyhodnocovat jako funkce výšky. Je vhodné, aby sestra doporučila následující postupy: k odbourání nadváhy je za potřebí, aby dítě jedlo méně často, v pravidelných intervalech, kvalitně a uvážlivě. Jako první věc, kterou by měl člověk,

který chce snížit svoji hmotnost udělat, je odstranit ze svého jídelníčku jídla, která obsahují příliš kalorií, ke kterým patří sladkosti a jídla bohatá na tuk. (11, 5)

Konzumovat stravu pestrou, ale v menším množství, jíst pravidelně 5 x denně a mezi těmito jídly zásadně nic jiného nejíst. Důsledně omezit tuky a volné cukry a při výběru vybírat výhradně nízkotučné mléčné výrobky, libové maso, ryby a raději zapomenout na uzeniny, majonézové saláty a oplatky, dorty, koláče... Při jídle se dítě nesmí rozptylovat. Je důležité získat podporu v rodině a pamatovat na dostatečné zavodnění organismu a vypít denně 2 až 2,5 litrů neslazených tekutin denně. Hlad lze stejně dobře utišit i zeleninou a nesladkým ovocem. Při kuchyňských úpravách zásadně nesmažit a co nejméně používat jíšku.

(3, 17)

Extrémně otlé děti patří do rukou odborníka, neboť je potřeba provést podrobné vyšetření a vyloučit případné hormonální poruchy či jiná závažná onemocnění. Úprava jejich jídelníčku je složitější a vyžaduje určité odborné znalosti nejen o vhodném množství jídla, ale i o provedení nutných změn ve skladbě jídelního lístku a způsobu kuchyňské úpravy potravin. (5)

### ***1. 7. 2 Fyzická aktivita***

Nedílnou složkou léčby dětské obezity je zvýšení fyzické aktivity a tělocvik. Obézní dítě je línější, nesnadno se pohybuje, již z toho důvodu, že ho pohyb více namáhá než dítě zdravé. Sestra by měla dítěti, nebo rodičům vysvětlit, že zařazený tělocvik by neměl být příliš intenzivní, neboť čím intenzivnější trénink je, tím je větší pravděpodobnost, že dítě přestane bavit cvičit. Vhodné je, aby dítě cvičilo ve skupině dětí, které jsou také obézní anebo aby cvičilo se sourozenci, nebo s rodiči. Ke spalování tuků je nutný pohyb. Otlé dítě bývá často méně pohyblivé a často se vymlouvá na nedostatek příležitostí ke sportování. Nejvhodnějším způsobem zvýšení pohybové aktivity je chůze. (6)

U dětí, jejichž pohybová aktivita byla dosud velmi malá, by sestra měla doporučit, aby cvičení bylo rozděleno do 3 fází. První fáze je protahovací, trvá 2 – 4



týdny. Jejím cílem je dosáhnout zlepšení rozsahu kloubů a páteře, který bývá značně omezený. Intenzita zátěže je v této fázi velmi nízká. Druhá fáze je fáze posilovací, trvá 6 – 10 týdnů a jejím cílem je zvýšit procento aktivní tělesné hmoty, obnovit svalovou sílu, oddálit bolesti kloubů a svalů spojené se svalovým zatížením. Jako třetí fázi označujeme fázi dlouhodobého pohybového režimu, tato fáze by již měla trvat bez časového omezení až do dospělosti. Pro tuto fázi sestra doporučí tyto sporty: plavání, vodní hry, chůzi, cyklistiku, bruslení, stolní tenis, badminton, squash a tanec. Vedle sportovních aktivit je vhodné nahradit způsob trávení volného času zábavou aktivní. Vhodné je i cvičení, při kterém se zapojuje co nejvíce svalů. Důležitá je přiměřená délka cvičení a pravidelnost, nejlépe každý den. U těžce obézních pacientů nebo

u pacientů se zdravotními komplikacemi sestra musí zdůraznit nutnost pozvolného nástupu cvičení s nízkou intenzitou. Cvičení je důležité i proto, že současně zvyšuje tělesnou zdatnost dítěte a napomáhá rozvoji svaloviny. Otlé dítě nadměrně zatěžuje dolní končetiny, proto není příliš vhodné, aby dítě běhalo. Z těchto poznatků vyplývá, že je snadnější obezitě předcházet, než se s ní později léčit. ( 20)

Dítě s nadváhou nemůže být vystaveno fyzické činnosti náhle. Zátěž se musí postupně zvyšovat, aby se organismus tohoto dítěte mohl adaptovat. Při pohybu nesmí dojít k dušnosti a anaerobním podmínkám. Fyzická aktivita není nutná jen pro redukci váhy, ale i pro optimální růst a vývoj dítěte. Medikamentózní léčba se v dětském věku příliš nepoužívá. U dospělých pacientů tato léčba však možná je. Dětem se však léky na hubnutí nepodávají z toho důvodu, že mohou mít vedlejší účinky, které děti špatně nesou. Například anorektika snižují pocit hladu a chuť k jídlu, působí i psychostimulačně. Vyvolávají vyšší aktivitu nemocného, u dětí pak pocit neklidu, úzkostné stavy, nespavost. Může u nich dojít i k návyku. V některých případech je možné podat diuretika, která zbaví nemocného otoků a pocitu tíhy v dolních končetinách. Vedle těchto léčebných postupů je také možná lázeňská léčba.(4)

Úspěšnost prevence a následně léčby dětské obezity nemá příliš dobré výsledky a to z mnoha důvodů. Jednak dítě většinou nemá zájem o snížení hmotnosti, nebo spolupráce s rodiči není na dobré úrovni. Další bariérou může být i neznalost dietních

postupů a vhodného cvičení nebo nedostatečná motivace dítěte. Problém však může být i na straně sestry nebo lékaře, kteří nemusí jevit zájem o to, aby u dětí nedocházelo k takovýmto onemocněním, která jim značně komplikují život. Proto je nutné, aby se o obezitě a hlavně o jejích následcích mluvilo více a bylo jí věnováno více pozornosti, ze strany rodičů, dětí i zdravotníků. (10)

## **2. Cíle práce a hypotézy**

### **2.1 Cíle**

Prvním cíle bylo zjistit, jaká je informovanost sester pracujících u praktických lékařů pro děti a dorost v Jihočeském kraji o problematice obezity u dětí.

Druhým cílem bylo zjistit, jaká je realizovaná úloha sester pracujících v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost v Jihočeském kraji v prevenci obezity u dětí.

### **2.2 Hypotézy**

Hypotéza 1: Sestry, které pracují v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost v Jihočeském kraji jsou o problematice prevence obezity u dětí informovány.

Hypotéza 2: Sestry, které pracují v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost v Jihočeském kraji, se aktivně nepodílejí na prevenci obezity u dětí.

### **3. Metodika**

#### **3.1 Metodika**

Pro získání potřebných dat ke zpracování praktické části této bakalářské práce byl použit kvantitativní výzkum. V rámci kvantitativního výzkumu byla použita technika dotazníku (viz příloha č.1). Dotazník byl sestaven z uzavřených, polootevřených a otevřených otázek. Dotazník obsahoval 25 otázek. V úvodu dotazníku je uvedeno kdo a proč výzkum provádí, k čemu je dotazník určen a ujištění respondenta o jeho anonymitě, včetně poděkování za spolupráci. První část dotazníku je věnována identifikačním údajům dotazovaných sester. Druhá část dotazníku je věnována otázkám, které mají zjistit jak jsou sestry informované o dětské obezitě a zda používají preventivní opatření proti dětské obezitě. Celkem bylo nabídnuto 90 dotazníků, 65 dotazníků sestry přijaly, vráceno bylo 63 dotazníků. Návratnost dotazníků byla tedy 96 %.

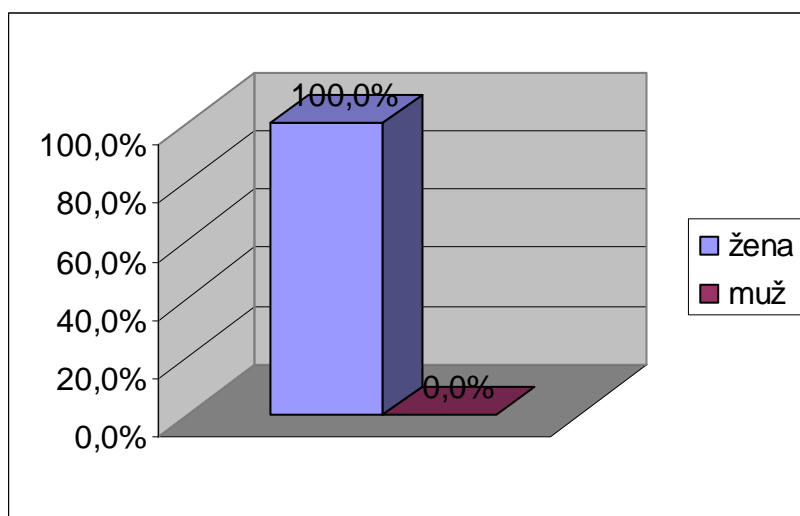
#### **3.2 Charakteristika souboru**

Výzkumný soubor tvořilo 63 sester pracujících v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost v Českých Budějovicích, Strakonících, Prachaticích, v Jindřichově Hradci, v Písku a v některých menších městech.

#### 4. Výsledky

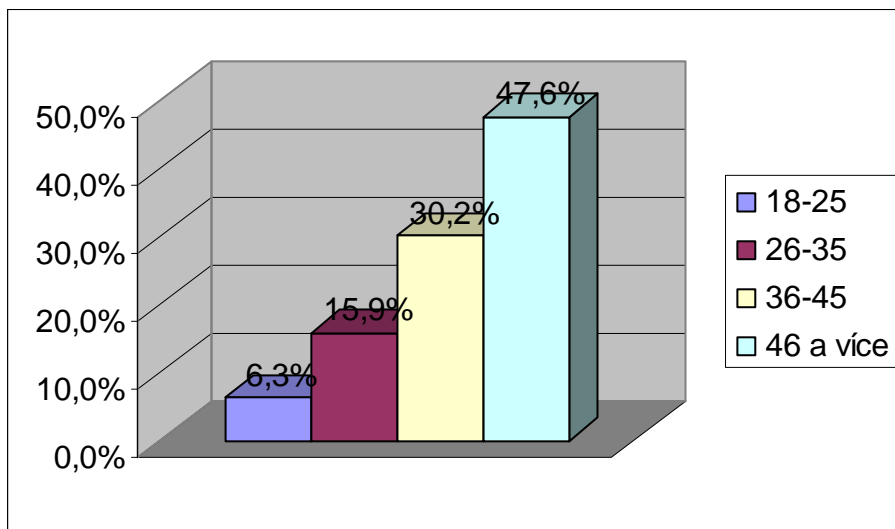
Výsledky dotazníkového šetření jsou v této části práce vyhodnoceny v grafech, které jsou vytvořeny v programu MS Excel. Ke každé otázce náleží příslušný graf.

**Graf 1 Pohlaví sester**



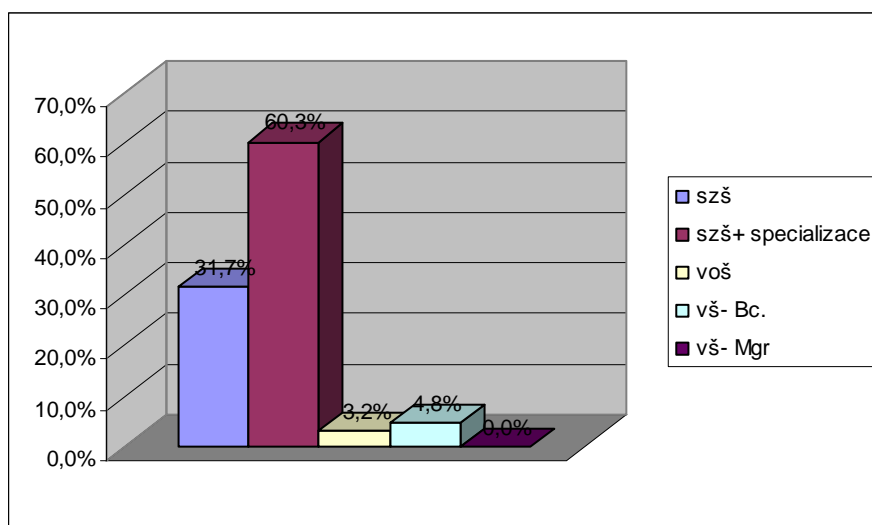
Výzkumný soubor tvořilo 63 (100 %) sester ženského pohlaví.

**Graf 2 Věková kategorie sester**



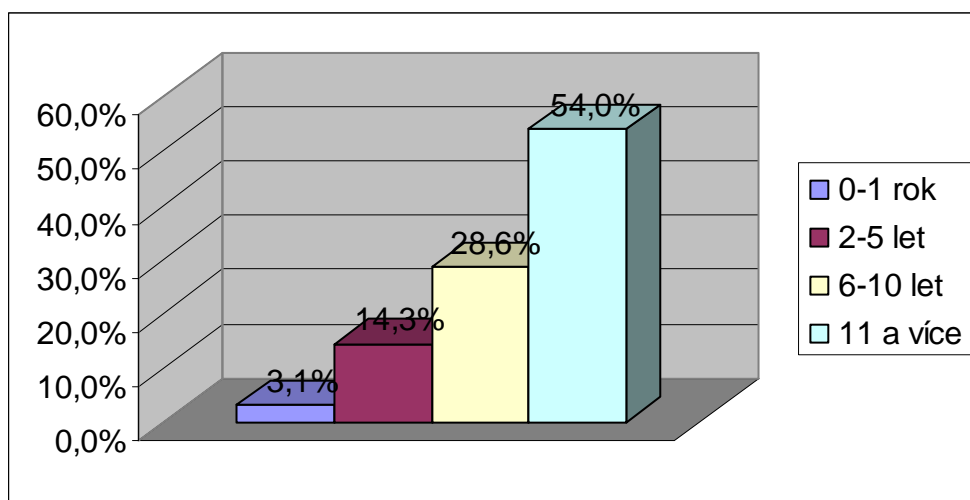
Ze 63 (100 %) sester patřily 4 sestry (6,3 %) do věkové kategorie od 18 – 25 let, 10 sester (15,9 %) patřilo do věkové kategorie mezi 26- 35 lety, 19 sestrám (30,2 %) bylo mezi 36-45 lety a nejpočetnější skupinu tvořily sestry, kterým bylo 46 let a více, takových bylo 30 (47,6 %).

**Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání sester**



Nejvíce sester, 8 (60,3 %) mělo dokončené středoškolské vzdělání se specializací, druhou nejčastější skupinou byly sestry se středoškolským vzděláním, těch bylo 20 (31,7 %), 3 sestry (4,8 %) mělo dokončené bakalářské vzdělání a 2 sestry (3,2 %) měly vyšší odborné vzdělání, magisterské vzdělání neměla žádná sestra.

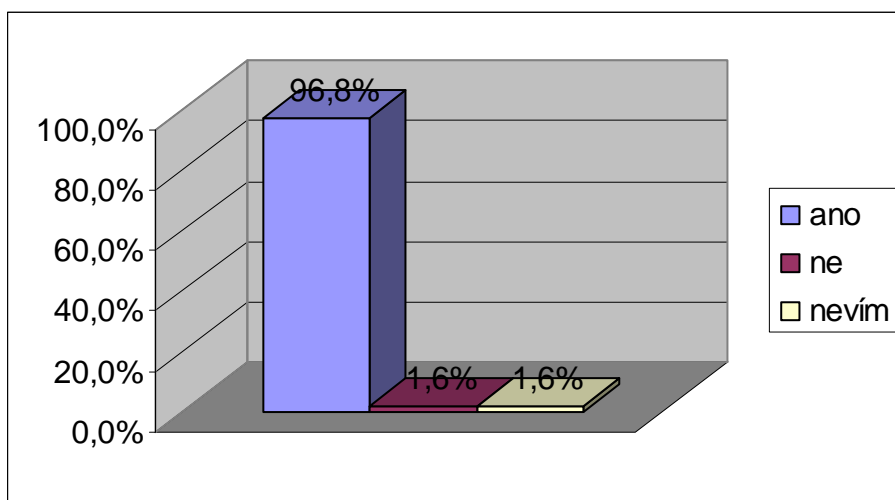
**Graf 4 Praxe sester**



Nejvíce sester, 34 (54,0 %) odpovědělo, že mají 11 a více let praxe, druhou nejpočetnější skupinou byly sestry s 6–10 lety praxe, těch bylo 18 (28,6 %), třetí v pořadí byly sestry, jejichž praxe je 2–5 let, takovýchto sester bylo 9 (14,3 %) a nejméně sester mělo praxi je 0–1 rok, takovou praxi měly pouze 2 sestry (3,1 %).

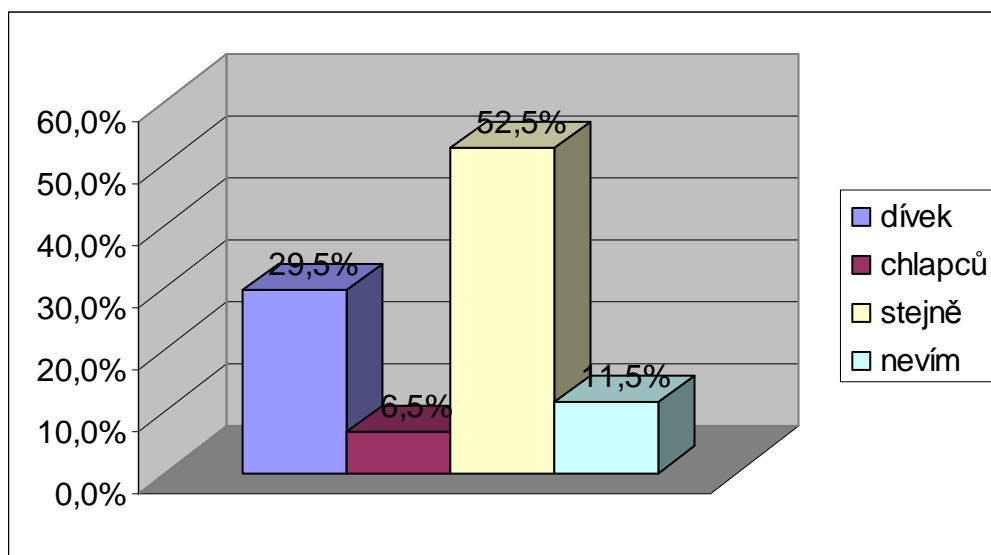


**Graf 5** Návštěvy obézních dětí v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost



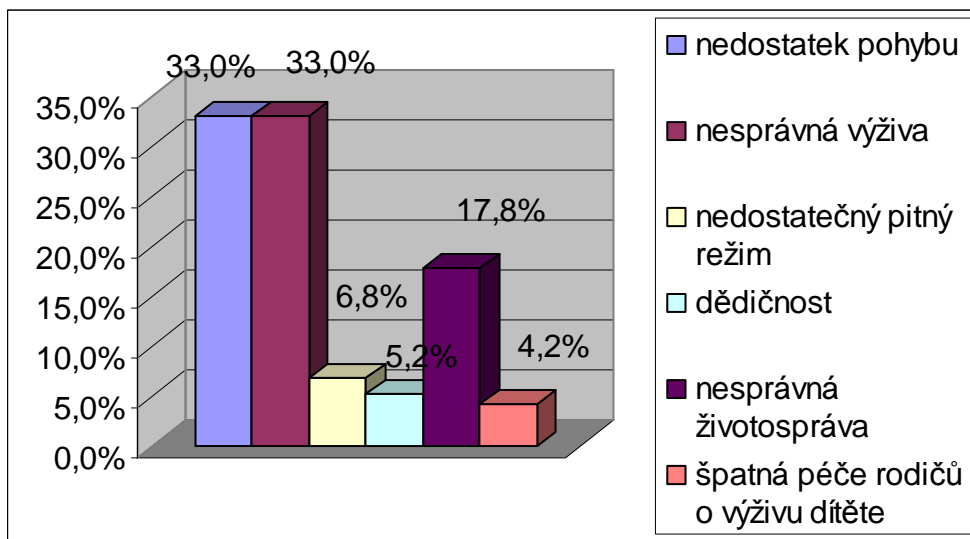
Z celkového počtu 63 sester (100 %), uvedlo 61 sester (96,8 %), že jejich ordinaci navštěvují obézní děti, pouze 1 sestra (1,6 %) uvedla, že obézní děti jejich ordinaci nenavštěvují a 1 sestra (1,6 %) zvolila možnost nevím.

**Graf 6 Zastoupení pohlaví u obézních dětí v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost**



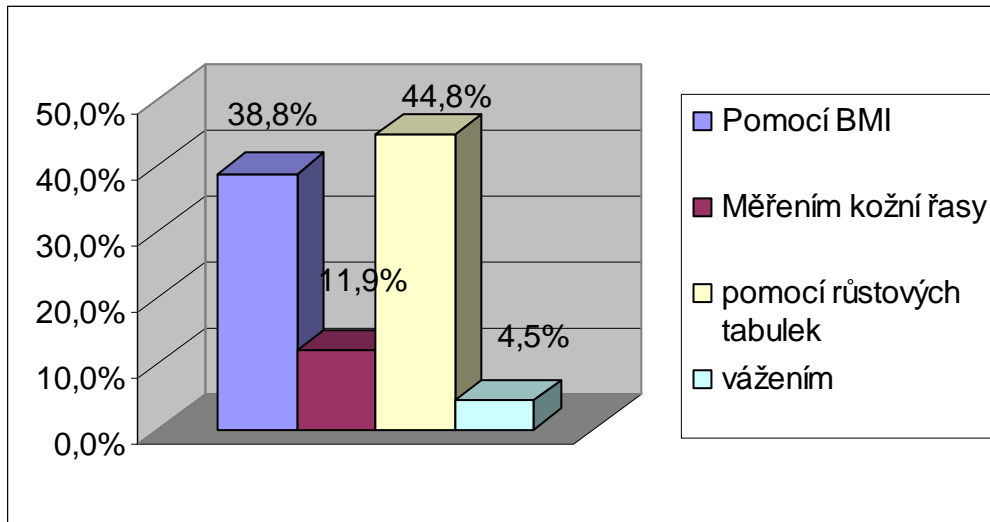
Z výzkumu vyplynulo, že mezi dětmi, které trpí obezitou je nejméně chlapců, tuto možnost zvolily 4 sestry (6,5 %), dívek je více, to tvrdí 18 sester (29,5 %), 32 sester (52,5 %) si myslí, že výskyt obezity je u obou pohlaví stejná a 7 sester (11,5 %) zvolilo možnost nevím.

**Graf 7 Názory sester na nejčastější příčiny obezity u dětí**



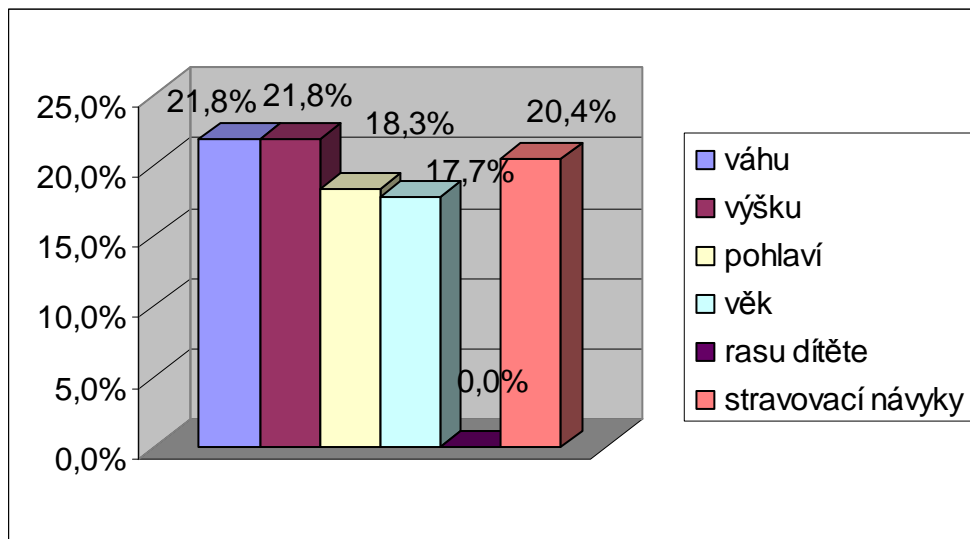
V této otázce měly respondenti (sestry) možnost označit více odpovědí. Mezi nejčastější příčiny obezity u dětí může podle 63 sester (33 % odpovědí) nedostatek pohybu a nesprávná výživa, jako druhá nejčastější příčina je podle sester nesprávná životospráva, to si myslí 34 sester (17,8 % odpovědí), následuje nedostatečný nebo chybný pitný režim, tuto možnost zvolilo 13 sester (6,8 % odpovědí), dědičnost označilo 10 sester (5,2 % odpovědí) a 8 sester (4,2 % odpovědí) si myslí, že za obezitu může špatná péče rodičů o výživu dítěte.

**Graf 8 Metody používané ke stanovení stavu výživy**



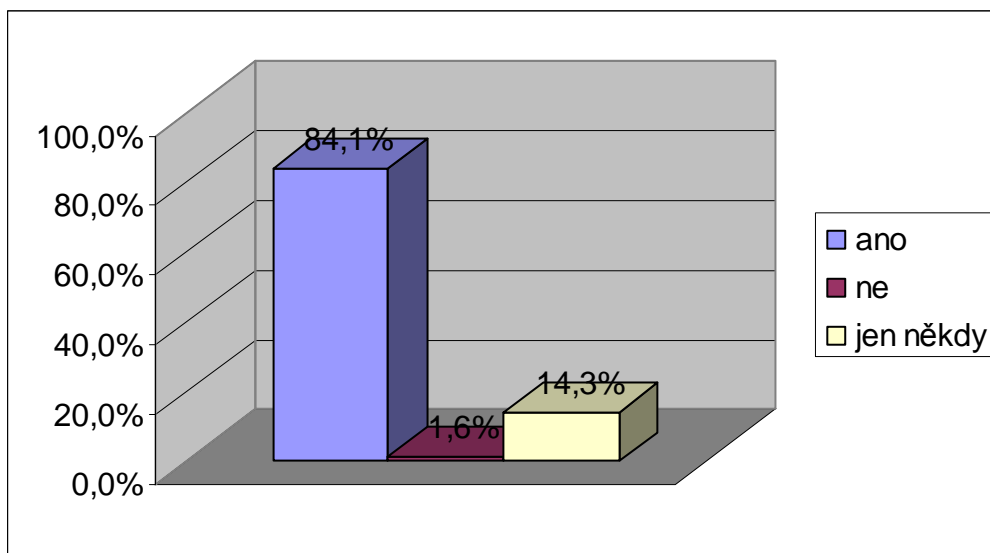
Nejčastější metodou, která se používá pro stanovení stavu výživy u dětí jsou podle výsledků dotazníku růstové tabulky, ty používá 52 sester (44,8 % odpovědí), 52 sester (38,8 % odpovědí) používá metodu BMI, 16 sester (11,9 % odpovědí) měří kožní řasu a 6 sester (4,5 % odpovědí) dítě váží.

**Graf 9 Údaje potřebné pro stanovení stavu výživy u dítěte sestrou**



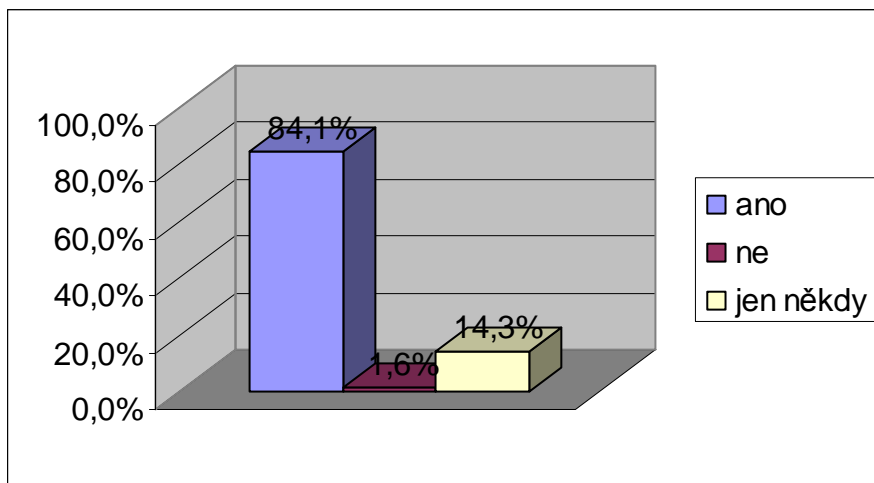
Nejvíce sester 63 (21,8 % odpovědí) potřebuje znát váhu a výšku dítěte k tomu, aby stanovily stav výživy dítěte, 53 sester (18,3 % odpovědí) potřebuje znát pohlaví dítěte pohlaví, 51 sester (17,7 % odpovědí) potřebuje znát věk dítěte a 59 sester (20,4 % odpovědí) potřebuje znát stravovací návyky dítěte.

**Graf 10 Vážení dítěte při každé preventivní prohlídce**



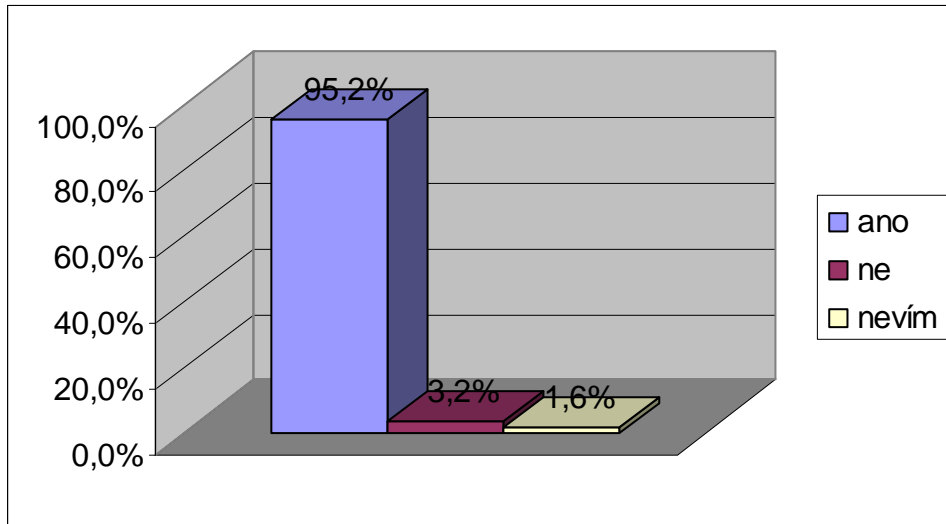
Převážná většina sester 53 (84,1 %) dítě při každé preventivní prohlídce váží, 9 sester (14,3 %) sester dítě váží jen někdy a pouze 1 sestra (1,6 %) dítě neváží při každé preventivní prohlídce.

**Graf 11 Měření dítěte při každé preventivní prohlídce**



Sester, které měří dítě při každé preventivní prohlídce je 53 (84,1 %), 9 sester (14,3 %) sester dítě měří jen někdy a 1 sestra (1,6 %) dítě neměří při každé preventivní prohlídce.

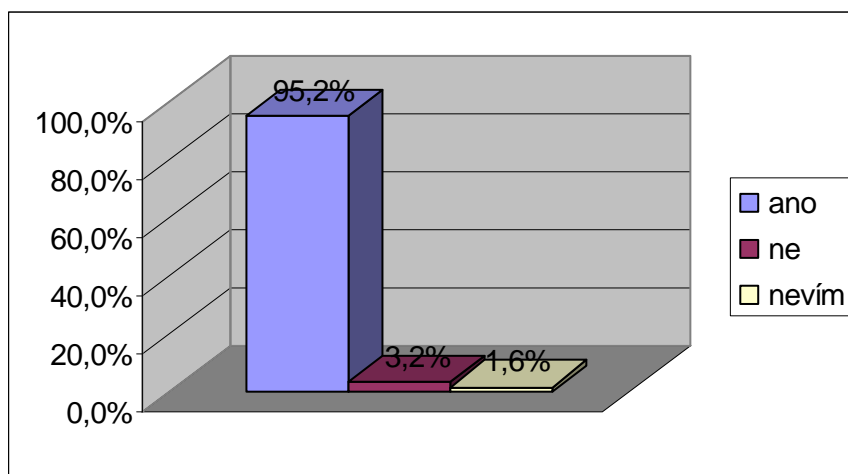
**Graf 12 Zjišťování stravovacích návyků sestrou**



Stravovací návyky obézního dítěte, zjišťuje 60 sester (95,2 %), 2 sestry (3,2 %) tyto návyky nezjišťují a pouze 1 sestra (1,6 %) odpověděla, že neví.

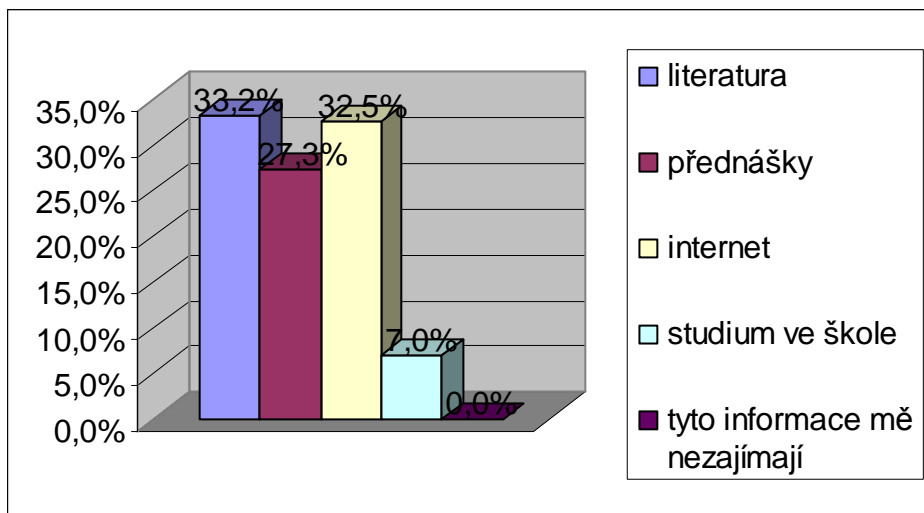


**Graf 13 Zjišťování pohybového režimu dítěte sestrou**



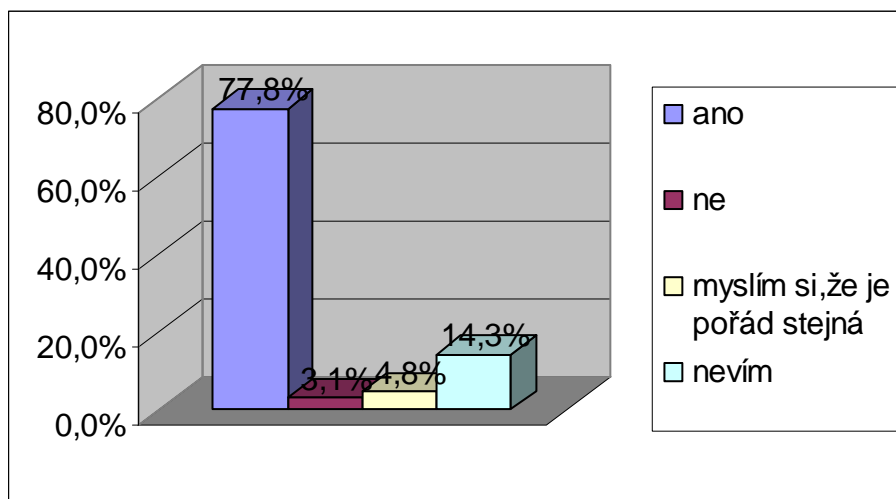
Pohybový režim u obézních dětí zjišťuje 60 sester (95,2 %), 2 sestry (3,2 %) nezjišťují jaké má obézní dítě pohybový režim a 1 sestra (1,6 %) odpověděla, že neví.

**Graf 14 Získávání informací o obezitě**



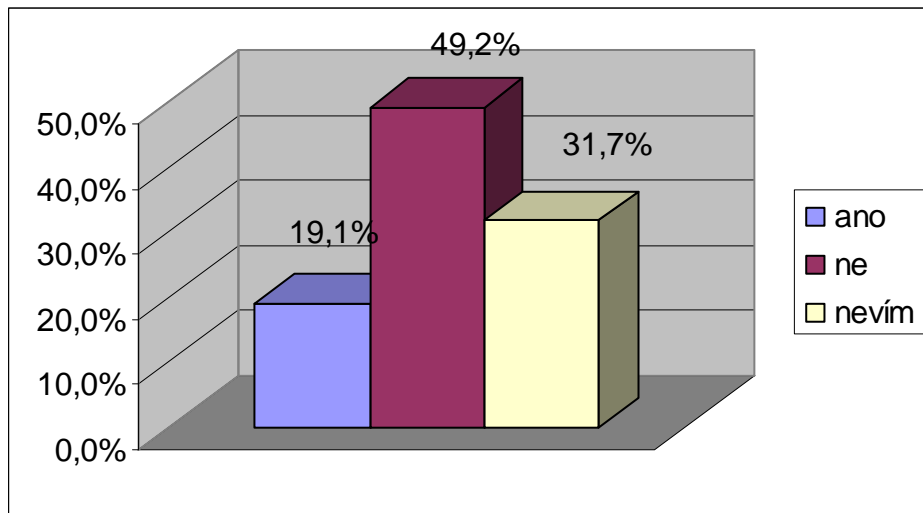
V této otázce byla možnost zvolit více odpovědí. Informace o problematice obezity získává 62 sester (33,2 % odpovědí) pomocí odborné literatury, 61 sester (32,5 % odpovědí) získává tyto informace na internetu, 51 sester (27,3 % odpovědí) formou přednášek a 13 sester (7 % odpovědí) získává tyto informace formou studia ve škole.

**Graf 15 Názor sester na růst výskytu obezity u dětí**



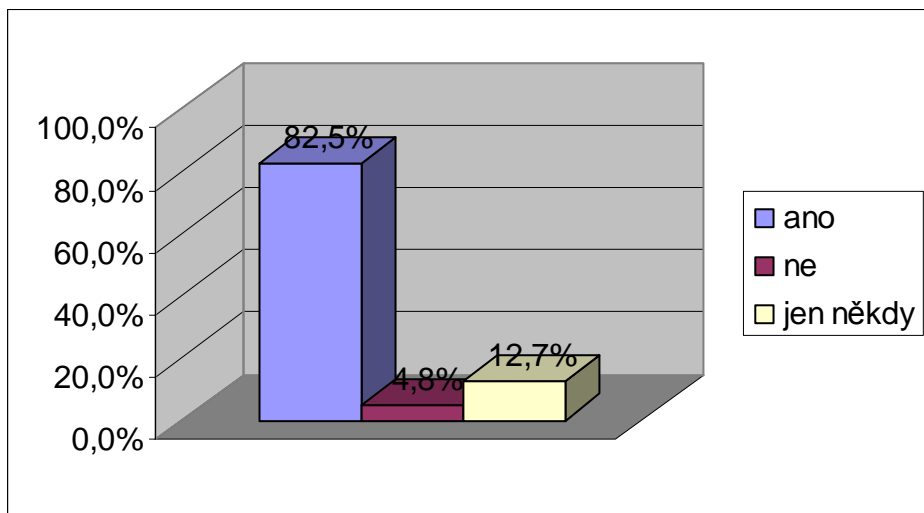
Převážná část sester, 49 (77,8 %) se domnívá, že obezita u dětí každým rokem stále roste, 2 sestry (3,1 %) se domnívají, že počet obézních dětí nestoupá, 3 sestry (4,8 %) si myslí, že je počet obézních dětí stále stejný a 9 sester (14,3 %) neví zda obezita u dětí rok od roku stoupá.

**Graf 16 Význam spolupráce sester se školskými zařízeními**



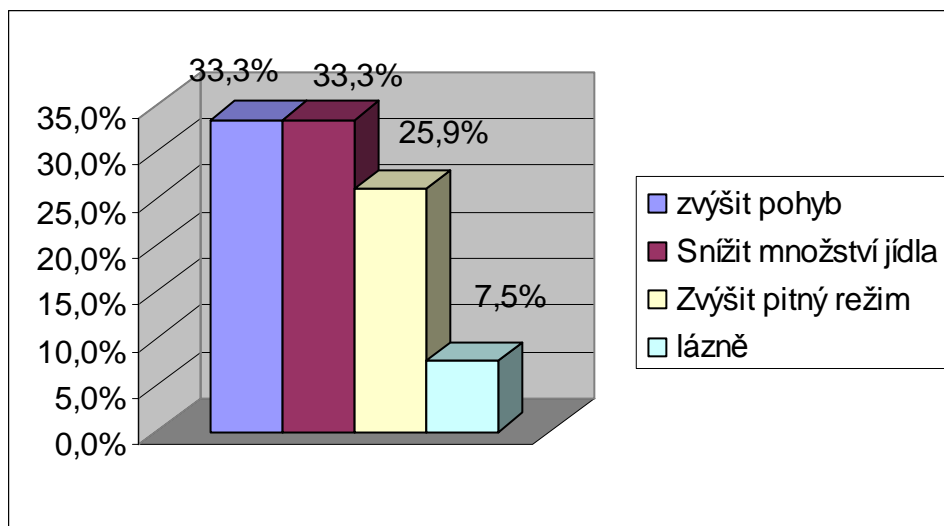
Význam spolupráce se školskými zařízeními potvrdilo 12 sester (19,1 %), 20 sester (31,7 %) neví, zda má spolupráce sester se školskými zařízeními význam a nejvíce sester, 31 (49,2 %) se domnívá, že spolupráce se školskými zařízeními nemá smysl.

**Graf 17 Informování kojících matek**



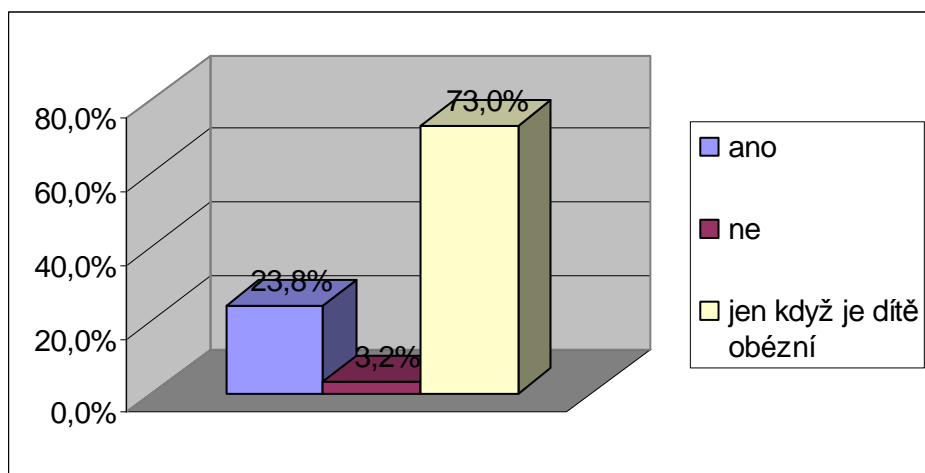
52 (82,5 %) sester pracujících v ordinacích praktických lékařů informuje kojící matky o vlivu kojení na vývoj jejich dítěte, 8 sester (12,7 %) tyto informace podává jen někdy a pouze 3 sestry (4,8 %) tyto informace nepodává vůbec.

**Graf 18 Doporučená opatření pro snížení obezity sestrou**



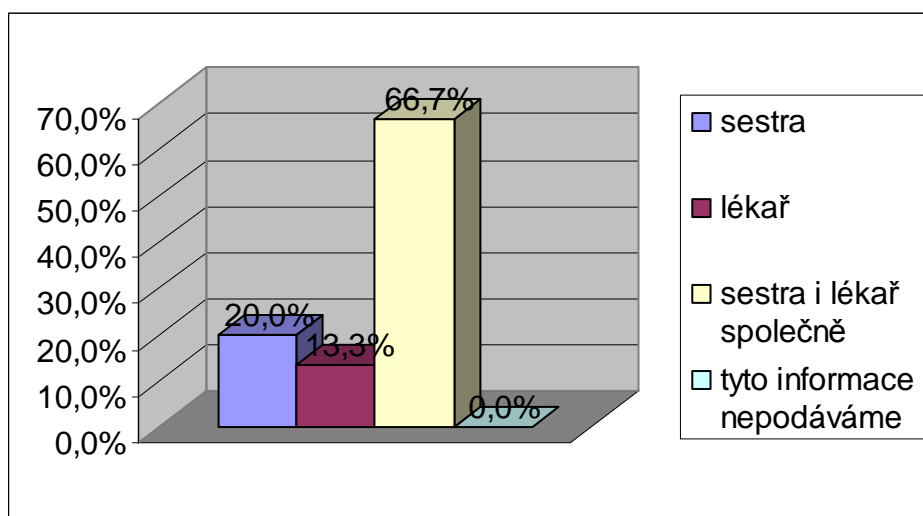
V této otázce měly sestry možnost označit více odpovědí. Pro snížení obezity u dětí doporučuje 63 sester (33 % odpovědí) zvýšit pohyb a snížit množství jídla, 49 sester ze 63 (25,9 % odpovědí) doporučuje zvýšit pitný režim a 14 sester (7,5 % odpovědí) doporučuje lázeňskou léčbu.

**Graf 19 Podávání informací o prevenci obezity u dětí**



Pouze 15 sester ze 63 (23,8 %) podává informace o prevenci obezity vždy a každému dítěti nebo rodičům, 2 sestry (3,2 %) tyto informace nepodávají vůbec a většina sester 46 (73 %) podává informace o prevenci obezity pouze tehdy, je-li dítě obézní.

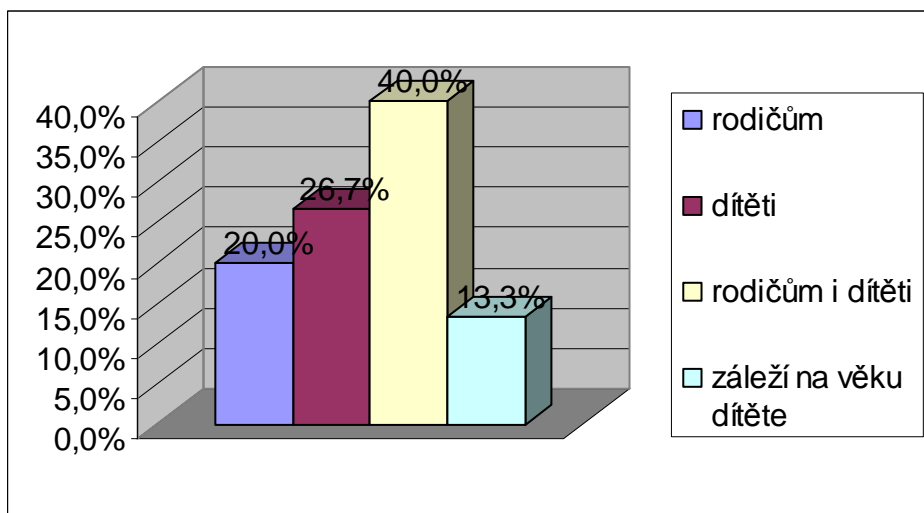
**Graf 20 Zdravotničtí pracovníci podávající informace o prevenci obezity u dětí**



Z celkového počtu 15 sester, podávají informace o prevenci obezity sestra i lékař společně, tuto možnost zvolilo 10 sester (66,7 %), 3 sestry (20 %) zvolily možnost, že podává tyto informace pouze sestra a 2 sestry (13,3 %) uvedly, že informace o prevenci obezity podává pouze lékař.

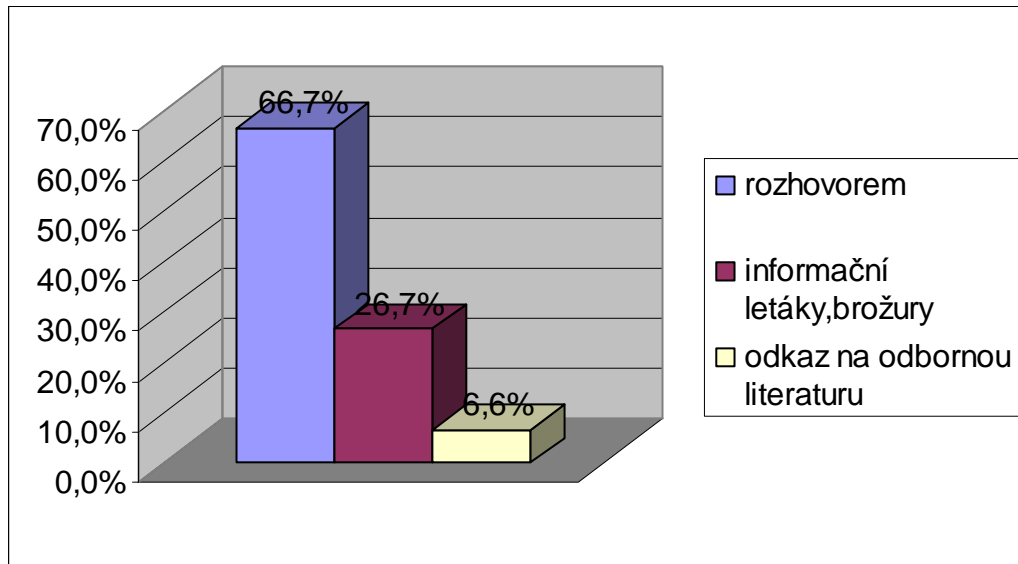


**Graf 21 Informace jsou podávány**



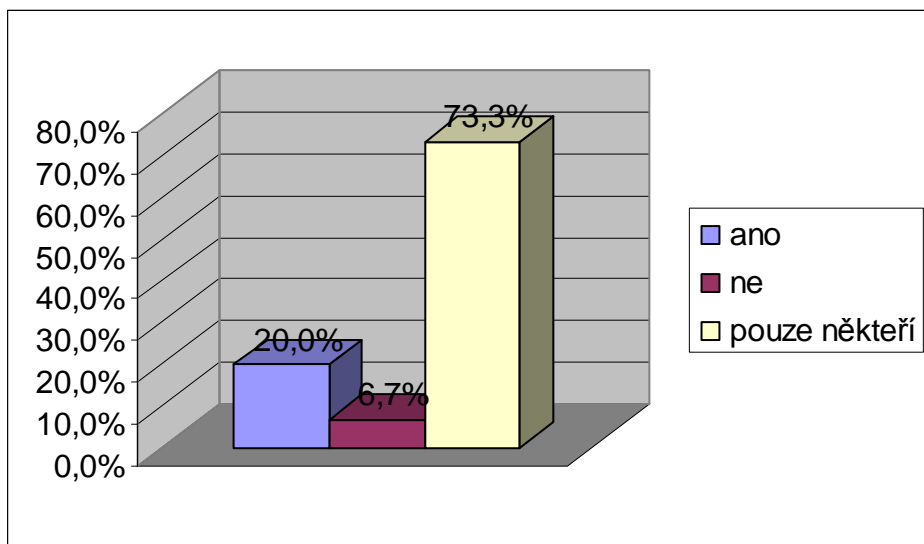
Z celkového počtu 15 sester, které podávají informace o prevenci obezity u dětí vždy a každému dítěti, 6 sester (40 %) podává tyto informace rodičům i dítěti současně, 4 sestry (26,7 %) podávají tyto informace pouze dítěti, 3 sestry (20 %) podává tyto informace pouze rodičům a 2 sestry (13,3 %) odpověděly, že záleží na věku dítěte.

**Graf 22 Způsob podávání informací o prevenci obezity u dětí**



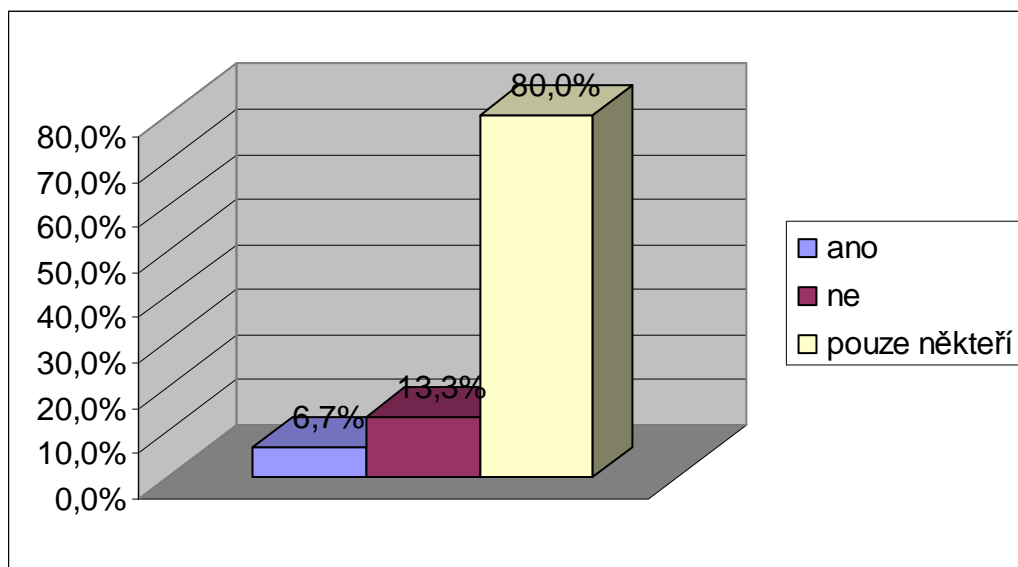
Z celkového počtu 15 sester, jich 10 (66,7 %) podává informace o prevenci obezity formou rozhovoru, druhou nejčastější formou podávání informací o prevenci obezity je poskytnutí informačních letáků a brožur, ty poskytují 4 sestry (26,7 %) a pouze 1 sestra (6,6 %) sestra odkazuje rodiče a děti na odbornou literaturu.

**Graf 23 Spolupráce rodičů se sestrou a lékařem**



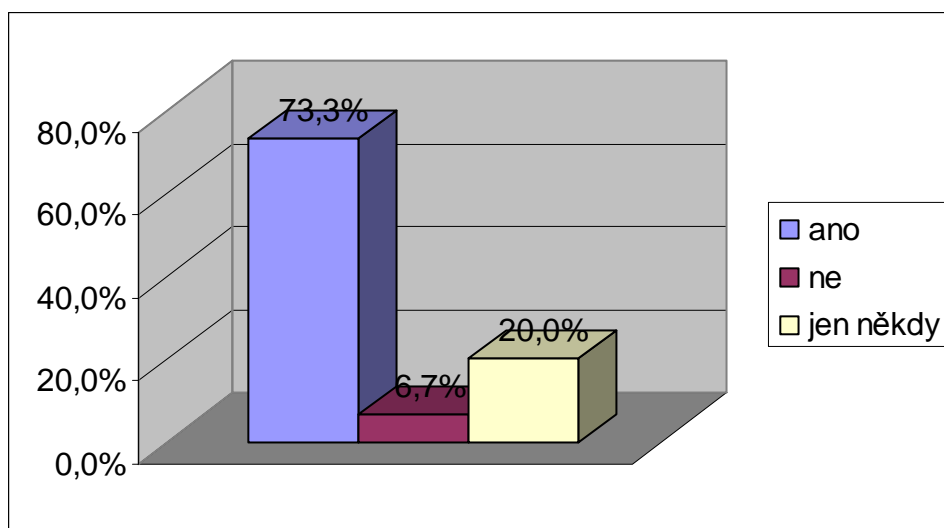
Z celkového počtu 15 sester odpovědělo 11 sester (73,3 %), že se sestrou a lékařem spolupracují pouze někteří rodiče, 3 sestry (20 %) odpověděly, že rodiče spolupracují vždy a 1 sestra (6,7 %) odpověděla, že rodiče se sestrou lékařem ochotně nespolupracují.

**Graf 24 Dodržování pokynů rodiči**



Z celkového počtu 15 sester, se jich 12 (80 %) domnívá, že pokyny, které rodičům sestra a lékař zadají, dodržují jen někteří rodiče, 1 sestra (6,7 %) se domnívá, že rodiče tyto pokyny dodržují a 2 sestry (13,3 %) se domnívají, že rodiče tyto pokyny nedodržují.

**Graf 25** Názor sester na účinnost opatření



Z celkového počtu 15 sester se většina sester 73,3 % (11) domnívá, že jejich preventivní opatření jsou účinná, 1 sestra (6,7 %) se domnívá, že jejich preventivní opatření účinná nejsou a 3 sestry (20 %) se domnívají, že jejich preventivní opatření jsou účinná pouze někdy.

## 5. Diskuze

Cílem práce bylo zjistit, zda jsou sestry v primární péči informovány o problematice obezity u dětí a zda se aktivně podílejí na prevenci obezity u dětí. Pro zjištění těchto údajů byl vypracován dotazník pro sestry pracující u praktických lékařů pro děti a dorost. Dotazník obsahoval 25 otázek. První část dotazníku byla zaměřena na identifikační údaje (věk, pohlaví, délka praxe..) a druhá část dotazníku byla zaměřena na to, jaká je informovanost sester v primární péči o obezitě u dětí a na to, zda sestry v primární péči bojují proti vzniku obezity u dětí. Celkem bylo rozdáno 90 dotazníků, které byly nabídnuty 90 sestrám v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost v Jihočeském kraji, ve městech České Budějovice, Strakonice, Prachatice, Jindřichův Hradec, Písek a v některých menších městech. Pouze 65 sester dotazník přijalo, nejčastějším důvodem, které sestry udávaly, když dotazník nechtěly přijmout, byl nedostatek času na vyplnění dotazníků. Třetina sester, které můj dotazník odmítly, pak uváděly jako důvod fakt, že již několik dotazníků od studentů zdravotně sociální fakulty přijaly a nemají je ještě vyplněné. S touto odpovědí jsem se nejčastěji setkávala u sester pracujících v Českých Budějovicích. V dalších městech již sestry dotazníky přijímaly téměř bez problémů. Nakonec bylo z 90 dotazníků rozdáno 65. Z těchto 65 rozdaných dotazníků bylo 63 vyplněných dotazníků vráceno. návratnost dotazníků byla tedy 97 %.

Výzkumu se účastnily pouze sestry. Nejvíce dotázaným sestrám bylo mezi 36 – 45 lety, což je pravděpodobně dáno tím, že sestry mladší musí mít praxi u lůžka, aby mohly pracovat u praktického lékaře. Praxi ve zdravotnictví mělo nejvíce sester 34 (54 %) 11 let a více, to je dáno věkem sester, který byl nejčastější mezi 36 - 45 lety. Právě délka praxe je také velmi důležitá pro poskytování kvalitní péče. Čím déle sestra pracuje ve zdravotnictví, tím více má zkušeností. Většina

sester (téměř 97 %) uvedla do dotazníku, že jejich ordinace navštěvují obézní děti, což uvádí ve své knize i Heiner.

Za nejčastější příčinu vzniku obezity u dětí pokládají sestry nedostatek pohybu současně s nesprávnou výživou, takovýchto sester bylo 63 (33 % odpovědí), hodně sester také uvádělo, že chyba je na straně rodičů, kteří příliš nedbají na správnou výživu dítěte. Velký důraz kladly sestry také na nedostatečný pitný režim, tuto možnost uvedlo 13 sester (7 % odpovědí), kde uváděly, že děti vypijí za den méně než 1 litr tekutin a nesprávná je taktéž volba tekutin. Děti, ale bohužel často i rodiče nejčastěji volí sladké nápoje. Z celkového počtu 63 sester se jich 32 (52 %) domnívá, že výskyt obezity u dětí je stejný u obou pohlaví, jako další možnost uváděly sestry, že je více obézních dívek, tuto možnost volilo 18 sester (29,5 %).

Nejčastější metodou, kterou sestry používají pro zjištění stavu výživy jsou růstové tabulky, tuto metodu používá 60 sester, druhou nejčastější metodou je vypočítání BMI, tu používá 52 sester, metoda měření kožní řasy se moc nepoužívá a malá část sester dítě váží na váze. Viegnerová ve své knize Sledování růstu českých dětí uvádí, že růstové tabulky by se měly používat nejčastěji, jelikož váha se u dětí vztahuje vždy k výšce, věku a pohlaví, podle těchto údajů pak můžou sestry nejpřesněji stanovit stav výživy u dítěte. Bohužel však tuto metodu používá pouze necelá polovina sester.

Převážná část sester, 53 (84 %) uvádí, že váží i měří dítě při každé preventivní prohlídce, tím by se mělo snížit riziko obezity, sestra si tak může všimnout přírůstku, nebo úbytku na váze při každé návštěvě dítěte. Ze 63 sester, jich většina 52 uvedla, že informují kojící matky o vlivu kojení na snižování rizika obezity dítěte v budoucnosti. Při rozdávání dotazníků u praktických lékařů pro děti a dorost jsem si však ani v jedné ordinaci nevšimla například nástěnky, kde by bylo popsáno například 10 kroků ke správnému kojení, které uvádím v příloze č. 2, naopak místo takovýchto nástěnek zde visely takové, které propagují umělou výživu dětí, to je podle mého názoru velmi špatný postup sester.

Výzkumem bylo zjištěno, že sestry získávají nejvíce informací o dětské obezitě pomocí odborné literatury, takovýchto sester je 62, a nebo pomocí internetových

stránek, tuto metodu využívá 61 sester. Z výzkumu vyplynulo, že sestry z dětských obvodů příliš nestojí o to, aby spolupracovaly se školskými zařízeními, pouze 12 sester (19 %) by tuto spolupráci uvítalo, zbytek sester odpovědělo, že neví, zda by měly spolupracovat se školskými zařízeními, nebo že nechtějí s těmito zařízeními spolupracovat, tuto možnost zvolilo 31 sester. Jako nejčastější důvod, proč nechtějí spolupracovat s těmito zařízeními, uváděly sestry, že by na to nezbývalo příliš času a že by to byla zbytečná práce navíc. Podle mého názoru by to však pomohlo v mnohých situacích, poněvadž v některých zemích již existuje funkce tzv. školní sestry, která se stará o děti ve škole. Tato metoda se velmi osvědčila.

Při léčbě dětské obezity postupují téměř všechny sestry stejným způsobem, v první řadě se zajímají o pohybový režim a stravovací návyky dítěte, tuto skutečnost uvedlo 60 sester ze 63. Poté doporučí zvýšit pohybovou aktivitu a snížit množství jídla, to doporučují všechny sestry, tedy 63. Zvýšit pitný režim doporučuje obéznímu dítěti 49 sester a v poslední řadě doporučují sestry lázeňskou léčbu, tu doporučuje 14 sester.

Poslední část dotazníku byla zaměřena na preventivní opatření proti dětské obezitě. Po vyhodnocení dotazníku bylo zjištěno, že informace o prevenci obezity u dětí podává pouze 15 sester z celkového počtu 63 sester vždy, menší část sester nepodává tyto informace vůbec a největší část sester, 46 ze 63 sester, podává tyto informace jen když je dítě obézní. Z toho plyne, že sester, které provádí primární preventivní opatření proti obezitě je velmi málo. Většina sester provádí preventivní opatření proti dětské obezitě až tehdy, je-li dítě obézní, sestry tedy provádějí sekundární prevenci, která však již není tak účinná, jako prevence primární. Nutnost primární prevence zdůrazňuje ve své knize i prof. Velemínský. Nejčastěji informace o prevenci obezity podávají sestry společně s lékařem, nebo s lékařkou, formou rozhovoru nebo pomocí informačních letáků a to převážně rodičům i dítěti současně, takových sester je 10 z 15. Jak však uvádí Tóthová, profese sestry v primární péči by měla být zaměřena především na podporu zdraví a prevenci. Vysvětlí-li sestra rodičům dítěte, jaká rizika sebou určitá nemoc přináší, budou se určitě snažit takovéto nemoci raději předejít. Podle sester však rodiče často nechtějí



přijmout skutečnost, že jejich dítě by mohlo být obézní. Mezi další důležitou roli sestry v primární péči patří role edukátorky. Sestra by pomocí edukace měla předávat informace o prevenci obezity a vést rodiče, nebo dítě k výchově nových návyků. Jak však vyplynulo z tohoto výzkumu, sestry tyto postupy příliš nepoužívají. (2, 16)

Podle většiny sester je však chyba na straně rodičů, kteří nejsou příliš ochotní spolupracovat, nebo nemají na dítě příliš času. Mnoho rodičů pak nedodržuje pokyny, které jim sestra a lékař doporučí a mnoho jich také nechce přijmout fakt, že jejich dítě je obézní, nebo tvrdí, že z toho dítě vyroste, tyto reakce rodičů popisuje ve své knize i Heiner.

Z tohoto výzkumu tedy vyplynulo, že sestry, pracující u praktických lékařů pro děti a dorost v Jihočeském kraji jsou dostatečně informovány o problematice obezity u dětí, čímž byla potvrzena první hypotéza. Druhá hypotéza se také potvrdila, z dotazníku vyplynulo, že preventivní opatření proti obezitě u dětí provádí vždy pouze 15 (23,8 %) sester, většina sester provádí tato opatření jen tehdy, je-li dítě obézní. Což už je ovšem pozdě a nejedná se tak o prevenci primární, ale o sekundární prevenci. (18). Myslím si, že nejčastější příčinou, proč sestry v primární péči neprovádí preventivní opatření proti dětské obezitě je přístup rodičů, hlavně pak jejich neochota a nedodržování pokynů. Kdyby rodiče postupovali tak, jak mají, určitě by sestry měly větší motivaci bojovat proti tomuto onemocnění. Na základě tohoto výzkumu bude vypracován edukační program pro sestry v primární péči a pro rodiče dětí, kde bude zdůrazněna nutnost primárních preventivních opatření proti dětské obezitě.

## 6. Závěr

Prvním cílem práce bylo zjistit jaká je informovanost sester pracujících v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost v Jihočeském kraji o problematice obezity u dětí. Tento cíl byl splněn. Výzkumem bylo zjištěno, že sestry pracující v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost v Jihočeském kraji jsou informovány o problematice obezity u dětí.

Druhým cílem této práce bylo zjistit, jaká je realizovaná úloha sester pracujících v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost v Jihočeském kraji v prevenci obezity u dětí. Tento cíl byl taktéž splněn. Výzkumem bylo zjištěno, že realizovaná úloha sester je velmi nízká.

První hypotéza zněla, že sestry pracující v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost v jihočeském kraji, jsou o problematice obezity informovány. Tato hypotéza byla potvrzena, z dotazníku vyplynulo, že sestry v primární péči mají dostatek informací o problematice prevence obezity u dětí.

Druhá hypotéza zněla: Sestry pracující v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost v Jihočeském kraji, se aktivně nepodílejí na prevenci obezity u dětí. Tato hypotéza se bohužel také potvrdila, výzkumem bylo zjištěno, že sestry v primární péči se aktivně nepodílejí na prevenci obezity u dětí. Sestry zahajují svá preventivní opatření až tehdy, je-li dítě obézní. Tím se však podílejí pouze na prevenci sekundární, která však není tak účinná jako prevence primární.

Na základě tohoto výzkumu bude vypracován edukační program pro sestry v primární péči a pro rodiče dětí, kde bude zdůrazněna nutnost primárních preventivních opatření v oblasti výživy a opatření zaměřených na obezitu.

## 7. Seznam použité literatury

1. ADÁMKOVÁ, V., ZIMMELOVÁ, P. *Výživa – nedílná součást léčby závažných chorob*. 1. vydání JČU v Českých Budějovicích, 2005, 72 s., ISBN 80-7040-820-0.
2. BÁRTLOVÁ, A. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 1. vydání Grada Publishing 1999, 238 s., ISBN 80-247-1197-4.
3. CARE, A. *Snadná cesta k ideální váze*. 1. vydání Eart Save 2003, 156 s., ISBN 80-903085-3-8.
4. FOŘT, P. *Stop dětské obezitě*. 1. vydání Euromedia Group v Praze 2004, 208 s., ISBN 80-249-0418-7.
5. HEINER, V. *Obezita*. 1. vydání Triton 2001, 118 s., ISBN 80-7254-168-4.
6. HEINER, V., KUNEŠOVÁ, M. *Obezita*. 1. vydání Praha, Galén 1997, 126 s., ISBN 80-85824-67-1.
7. KOHOUT, P., PAVLÍČKOVÁ, J. *Obezita- rady od pramene*. 1. vydání Filip Trend Publishing 2001, 114 s., ISBN 80-86282-14-7.
8. KRCH, F. a kol. *Poruchy příjmu potravy*. 1. vydání Nakladatelství Grada Publishing 1999, 238 s., ISBN 80-7169-627-7.
9. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 1. vydání Grada Publishing 1998, 344 s., ISBN 80-7169-195-x.
10. LISÁ, L., KŇOURKOVÁ, M., DROZDOVÁ, V. *Obezita v dětském věku*. 1. vydání Avicenum 1990, 144 s., ISBN – neudáno.

11. MÜLLEROVÁ, E. *Diety při dětské obezitě*. 1. vydání Vydavatelství a nakladatelství MAC 1998, 89 s., ISBN – neudáno.
12. NEVORAL, J. *Výživa v dětském věku*. 1. vydání Jinočany, nakladatelství H&H 2003, 434 s., ISBN 80-86-022-93-5.
13. PROVAZNÍK, K. *Manuál prevence v lékařské praxi. VI. Prevence poruch zdraví dětí a mládeže*. 1. vydání Státní zdravotní ústav Praha, Fortuna 1998, 144 s., ISBN 80-7071-108-6.
14. PROVAZNÍK, K. *Manuál prevence v lékařské praxi. VII. Doporučené preventivní postupy v primární péči*. 1. vydání Státní zdravotní ústav Praha, Fortuna 1999, 56 s., ISBN 80-7071-135-3.
15. SVAČINA, Š., BRATŠNAJDROVÁ, A. *Cukrovka a obezita*. 1. vydání Maxdorf 2003, 246 s., ISBN 80-85912-58-9.
16. TÓTHOVÁ, V. *Ošetřovatelství*. 1. vydání JČU v Českých Budějovicích 2006, 293 s., ISBN 80-7040-454-x.
17. VELEMÍNSKÝ, M. *3x 333 otázek pro dětského lékaře*. 1. vydání Praha, Triton 2002, 241 s., ISBN 80-7254-290-7.
18. VELEMÍNSKÝ, M. a kol. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 5. vydání JČU v Českých Budějovicích 2005, 136 s., ISBN 80-7040-813-8.
19. VELEMÍNSKÝ, M. *Anticholesterolová kuchařka*. 1. vydání Nakladatelství Dona 1993, 118 s., ISBN 80-85463-30-x.

20. VIGNEROVÁ, J., BLÁHA, P. *Sledování růstu českých dětí a dospívajících. Norma, vyhublost, obezita*. 1. vydání Státní zdravotnický ústav Praha 2001, 173 s., ISBN 80-7071-173-6.

21. VOLF, V., VOLFOVÁ, H. *Pediatric I*. 1. vydání Informatorium Praha 2003, 112 s., ISBN 80-7333-021-0.

## **8. Klíčová slova**

Sestra v primární péči

Prevence

Obezita

Dítě

Edukace

## **9. Přílohy:**

Příloha 1- Dotazník

Příloha 2 – 10 kroků ke správnému kojení

Příloha 3 – Body mass index u chlapců

Příloha 4 – Body mass index u dívek

## Příloha 1 - Dotazník

Dobrý den,

Jmenuji se Alena Pulzová a jsem studentkou 3. ročníku zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích, obor všeobecná sestra. Prosím Vás o vyplnění tohoto dotazníku, který bude sloužit jako podklad pro bakalářskou práci. Tématem práce je „Role primární sestry v prevenci obezity u dětí „. Tento dotazník je anonymní a nebude použit k jiným účelům. Vybranou odpověď zakroužkujte, nebo zaškrtněte. Předem Vám děkuji za vaši spolupráci.

- 1) Jste :
  - a) žena
  - b) muž
  
- 2) Do jaké věkové kategorie patříte?
  - a) 18 – 25 let
  - b) 26 – 35 let
  - c) 36 – 45 let
  - d) 46 a více
  
- 3) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené zdrav. vzdělání?
  - a) SZŠ
  - b) SZŠ + specializace
  - c) VOŠ
  - d) VŠ- Bc.
  - e) VŠ– Mgr.
  - f) jiné.....
  
- 4) Jak dlouhá je Vaše praxe ve zdravotnictví ?
  - a) 0-1 rok
  - b) 2-5 let
  - c) 6-10 let
  - d) 11 a více
  
- 5) Navštěvují vaší ordinaci děti s ošetřovatelskou diagnózou nadměrná výživa ?
  - a) ano
  - b) ne
  - c) nevím

Na tuto otázku odpovězte jen tehdy, odpověděla- li jste na otázku č. 5 ano



6) Mezi dětmi s oše. diagnózou nadměrná výživa, které navštěvují vaší ordinaci je více :

- a) dívek
- b) chlapců
- c) stejně
- d) nevím

7) Co podle Vás ovlivňuje vznik obezity u dětí? (doplňte)

.....

8) Jakým způsobem ve Vaší ordinaci zjišťujete stav výživy u dětí ? (možnost více odpovědí)

- a) Pomocí BMI
- b) Měřením kožní řasy
- c) Pomocí růstových tabulek.
- d) Jinak.....

9) Co všechno potřebujete znát, abyste stanovily stav výživy daného dítěte? (možnost více odpovědí)

- a) váhu
- b) výšku
- c) pohlaví
- d) věk
- e) rasu dítěte
- f) stravovací návyky

10) Vážíte dítě při každé preventivní prohlídce?

- a) ano
- b) ne
- c) jen někdy

11) Měříte dítě při každé preventivní prohlídce?

- a) ano
- b) ne
- c) jen někdy

12) Zjišťujete u dětí s oše diagnózou nadměrná výživa jejich stravovací návyky ?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

- 13) Zjišťujete u dětí s ošed diagnózou nadměrná výživa jejich pohybový režim?  
 a)ano  
 b)ne  
 c)nevím
- 14) Jakým způsobem získáváte informace o problematice obezity u dětí ?  
 (možnost více odpovědí)
- a)literatura  
 b)přednášky  
 c) internet  
 d) studiem ve škole  
 e) tyto informace mě nezajímají  
 f) jinak.....
- 15) Myslíte si, že obezita u dětí rok od roku roste?  
 a) ano  
 b) ne  
 c) myslím si, že je pořád stejná  
 d) nevím
- 16) Měly by podle Vás spolupracovat sestry z dětských obvodů se školskými zařízeními (jesle, mateřské školy, základní školy)?  
 a)ano  
 b)ne  
 c)nevím
- 17)Informujete kojící matky o vlivu kojení na snižování rizika vzniku obezity v pozdějším věku dítěte ?  
 a) ano  
 b) Ne  
 c) jak kdy
- 18 ) Jaká opatření doporučujete v případě obezity u dětí? (doplňte)  
 .....
- 19) Podáváte ve Vaší ordinaci informace o prevenci obezity?  
 a) ano  
 b) Ne  
 c) Jen když má dítě předpoklady pro obezitu

Na následující otázky odpovězte jen tehdy, odpověděla-li jste ANO na otázku číslo 19

20) Kdo ve Vaší ordinaci podává informace o prevenci obezity?

- a) sestra
- b) lékař
- c) sestra i lékař společně
- d) tyto informace nepodáváme

21) Komu podáváte informace o prevenci obezity?

- a) rodičům
- b) dítěti
- c) rodičům i dítěti
- d) záleží na věku dítěte

22) Jakým způsobem podáváte informace o prevenci obezity?

- a) rozhovorem
- b) informační letáky, brožury
- c) odkazem na odbornou literaturu
- d) jinak.....

23) Spolupracují s Vámi ochotně rodiče dětí při poskytování informací?

- a) ano
- b) ne
- c) pouze někteří

24) Myslíte si, že rodiče a děti Vaše pokyny ohledně prevence obezity dodržují?

- a) ano
- b) ne
- c) pouze někteří

25) Myslíte si, že Vaše preventivní opatření jsou účinná?

- a) ano
- b) ne
- c) jak kdy

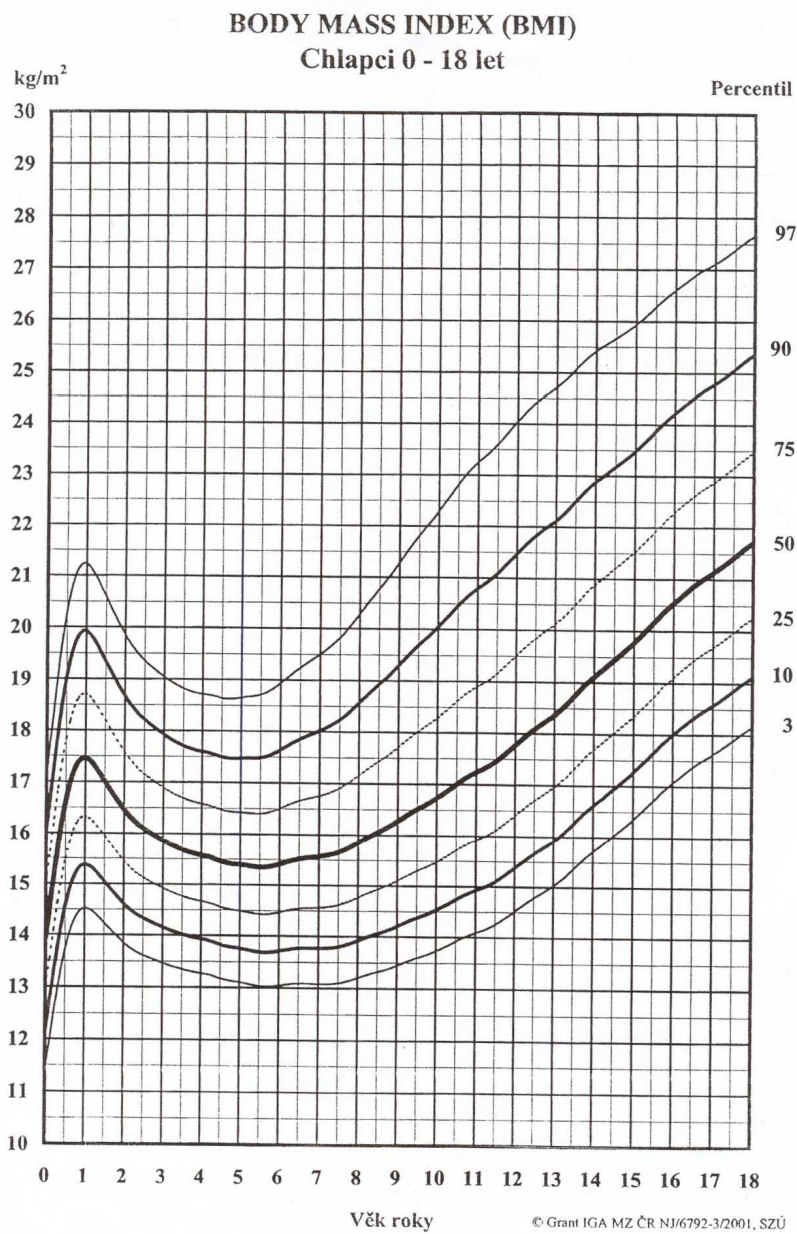
## **Příloha 2 : 10 kroků k úspěšnému kojení**

Základem kojení je těchto 10 kroků:

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 roaming in a umožnit matkám i dětem zůstat pohromadě 24 hodin denně,
8. podporovat kojení podle potřeby dítěte a ne podle předem stanoveného harmonogramu,
9. nedávat kojenným novorozencům žádné náhražky, šidítka, dudlíky a podobně,
10. povzbuzovat zakládání dobrovolných skupin matek pro podporu kojení a upozorňovat na jejich existenci při propuštění z porodnice.(17)

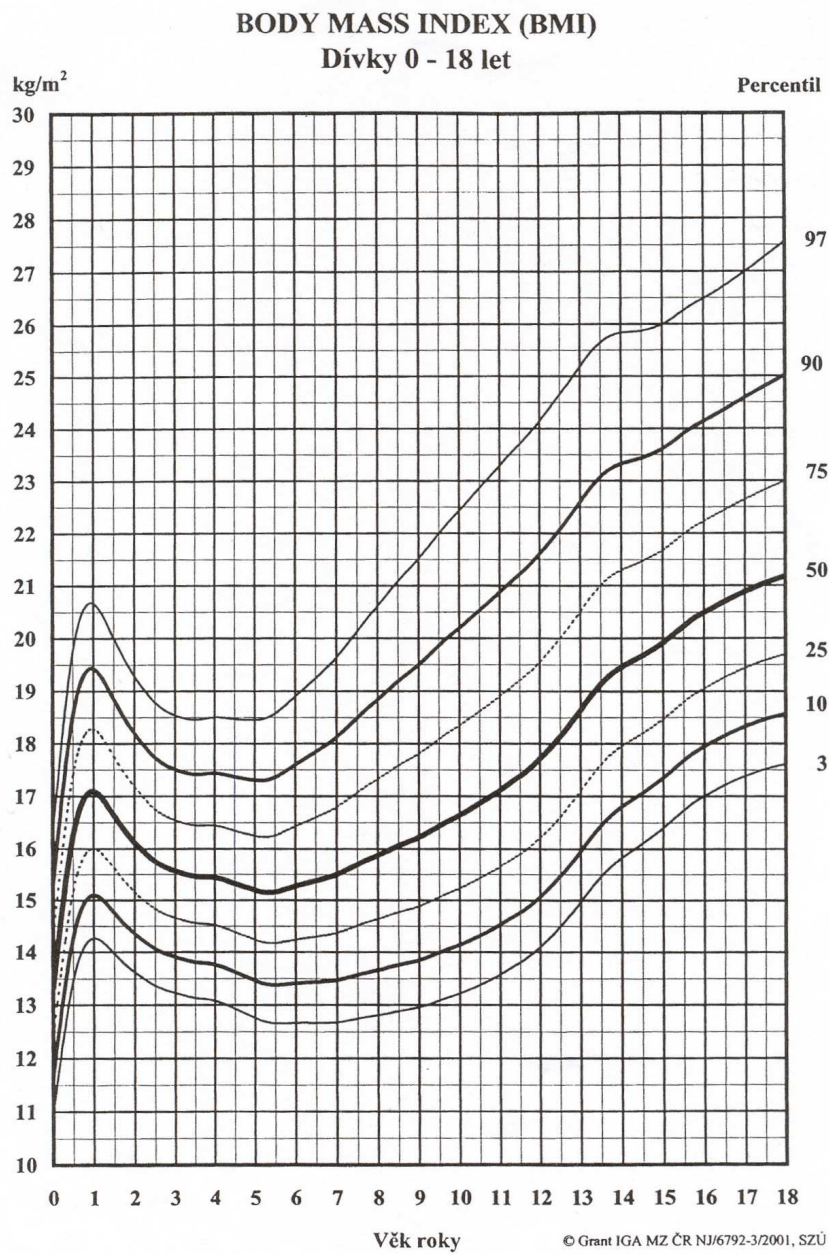
Velemínský 333 x 3 otázek pro dětského lékaře 2002

### Příloha 3 - Body mass index - chlapci



Percentilové tabulky používané v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost

## Příloha 4 - Body mass index - dívky



Percentilové tabulky používané v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost

