Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Dítě s obezitou – edukace rodičů

bakalářská práce

Vedoucí práce
Mgr. Dita Nováková, DiS., R.N.

Autor
Jindra Blechová

2008

Abstrakt

A child with obesity - education of parents

In recent years children obesity is taking the character of worldwide epidemics. This tendency is among others caused by the change of eating habits and composition of diet rich in fats and sugars. The occurrence of obesity is further caused by gene base of a child and lifestyle in which the physical activity of children is decreasing and children spend their free time especially in front of televisions and computers. Obesity itself worsens health state and the life quality of a child, who consequently suffers from health and psychical problems. These children are often exposed to laughter and bully by their contemporaries. This condition leads to their effacing themselves to seclusion, feelings of anxiety; the children become solitaires and compensate everything by higher intake of food. Obesity in children is a very hardly curable diagnosis. In quite a lot of them combating obesity is not successful and obesity outlasts in adulthood. Health complications as disorders of joints, diabetes mellitus, high blood pressure or various heart problems are also linked to this disorder.

A nurse plays an important role in care of children with obesity. Together with a doctor she works on detecting children with obesity and his or her preventive actions can lead to decreasing of risks and complications connected with children obesity. A nurse educates children and parents about the problem of obesity, possible consequences and complications connected with this diagnosis, and provides advice and emotional support at changes of lifestyle of obese children and their families.

The thesis was processed using quantitative research by the method of questioning and the technique of a questionnaire. Researched group was composed of children with obesity or overweight children and their parents. Questionnaires were distributed in outpatient clinics of general practitioners for children and teenagers and also children hospitalized in teaching hospital in Pilsen.

We chose two aims of the thesis. First we wanted to find out the parents´ informedness of the problem of obesity and second to find out lifestyle in the family with an obese child. We can conclude that parents are informed of the problem and complications of obesity; however they do not follow healthy lifestyle. Further we chose three hypotheses. Parents are informed of the problem of obesity. This hypothesis was proved. Parents are not informed of complications in connection with obesity in their children. This hypothesis was disproved. Children with obesity do not follow healthy lifestyle principles. This hypothesis was also proved.

The results of this thesis research can serve as a study material and are offered to parents who participated in the research.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Dítě s obezitou – edukace rodičů vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích 18. 8. 2008

…….....…….……

Podpis studenta

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Ditě Novákové, DiS., R.N. za trpělivost, odborné vedení a za cenné rady při zpracování a vyhodnocení této práce. Dále pak děkuji respondentům za jejich ochotnou spolupráci při dotazníkové akci a všem, bez jejichž pomoci by tato práce nevznikla.

Obsah

Úvod

1. Současný stav ... 4

1.1 Dětská obezita ... 4

1.1.1 Typy obezity ... 5

1.1.2 Příčiny dětské obezity ... 5

1.1.3 Anamnéza ... 6

1.1.4 Diagnostika ... 7

1.1.5 Komplikace ... 8

1.1.6 Léčba ... 9

1.1.6.1 Společnosti zabývající léčbu obezity u dětí ... 11

1.2 Prevence ... 12

1.2.1 Informovanost ... 13

1.2.2 Úloha praktického lékaře a sestry ... 13

1.3 Životní styl ... 14

1.3.1 Zdravá výživa dětí ... 14

1.3.1.1 Glykemický index potravin ... 16

1.3.1.2 Výživová pyramida ... 16

1.3.1.3 Metoda semaforu ... 18

1.3.1.4 Reklama ... 18

1.3.2 Pitný režim a nápoje ... 19

1.3.3 Cvičení a pohybová aktivita ... 19

1.4 Edukace ... 20

1.4.1 Edukační proces ... 21

1.4.2 Edukace rodičů ... 22

1.4.3 Motivace obézního dítěte v rodině ... 25

1.4.4 Doporučené metody při rodinném hubnutí ... 26

2. Cíle práce a hypotézy ... 29

2.1 Cíl ... 29

2.2 Hypotézy ... 29

3. Metodika 30
3.1 Použité metody 30
3.2 Charakteristika výzkumného souboru 30
4. Výsledky 31
4.1 Výsledky dotazníkového šetření - děti 31
4.2 Výsledky dotazníkového šetření - rodiče 44
5. Diskuze 55
6. Závěr 61
7. Seznam použitých zdrojů 63
8. Klíčová slova 66
9. Přílohy 67
9.1 Seznam příloh 67

Úvod

Dětská obezita v posledních letech nabývá charakteru celosvětové epidemie. Tento trend je mimo jiné zapříčiněn změnou stravovacích návyků a změnou složení stravy, která je bohatá na tuky a sacharidy. Na vzniku obezity se dále podílí genový základ dítěte a životní styl, kdy se snižuje fyzická aktivita dětí a děti tráví svůj volný čas zejména u televize a počítače. Obezita jako taková zhoršuje zdravotní stav a kvalitu života dítěte, které následně trpí zdravotními i psychickými problémy. Tyto děti jsou často vystavovány výsměchu a šikaně od svých vrstevníků, což vede k jejich stahování do ústraní, pocitům úzkosti, z dětí se stávají samotáři a vše kompenzují ještě větším příjmem potravy.

Obezita u dětí je velmi těžce léčitelná diagnóza. U celé řady z nich není boj s obezitou úspěšný a obezita přetrvá i v dospělosti. S tímto onemocněním souvisí i zdravotní komplikace jako jsou onemocnění kloubů, diabetes mellitus, vysoký krevní tlak a srdeční potíže.

Nezastupitelnou roli v péči o děti s obezitou hraje sestra. Pracuje spolu s lékařem na včasném odhalování dětí s obezitou a její preventivní zásahy mohou vést ke snižování rizik a komplikací spojených s dětskou obezitou. Sestra edukuje děti i rodiče o problematice obezity, o možných následcích a komplikacích spojených s touto diagnózou a poskytuje rady a emoční podporu při změnách životního stylu obézního dítěte a jeho rodiny.

Toto téma mé bakalářské práce jsem si vybrala, protože se stále častěji setkávám (jak v naší rodině, tak i na praxi v nemocnicích) s dětmi, kteří mají nadváhu nebo jsou obézní. Nejvíce by na svoje obézní děti měli působit rodiče a jít jim příkladem. Ale opak je pravdou, protože většina rodičů si nepřipouští fakt, že jejich děti mají obezitu, argumentují tvrzením, že jejich děti nemají žádný problém s obezitou, a že pokud jsou trochu při těle, tak z toho vyrostou. Proto mě téma související s edukací dětí a jejich rodičů zaujalo a výsledky práce bych chtěla použít jako edukační materiál v rodině i ve své budoucí praxi.

1. Současný stav

U nadváhy a obezity dětí se hovoří o epidemii, která se šíří ve všech vyspělých zemích světa. V současné době se obezita u dětí v USA zvýšila 3,3x a v poslední dekádě stoupá i Evropě 2,5 – 3,9x. Tato epidemie postihla děti širokého věkového rozmezí, mnohých etnik, ale i socioekonomických podmínek. Kontroverzně ale dětská obezita postihuje častěji horní socioekonomické vrstvy rozvinutých zemí, kde koexistuje podvýživa s nadvýživou, pravděpodobně následkem přijetí zvyšujícího se západního životního stylu. Děti, které byly dřív „oplácané“, jsou dnes silné, a ty, které dřív byly silné, jsou dnes obézní. V současné době je v České republice asi 10 % dětí obézních. Z nich zůstává 70 – 80 % obézních i v dospělosti. Je nutné, aby děti a rodiče pochopili závažnost tohoto onemocnění a byli spoluodpovědní v péči o své zdraví (16, 23, 26).

1.1 Dětská obezita

Obezita zvaná též otylost definována jako nadměrné hromadění energetických zásob v podobě tuku, což vede ke zvýšení tělesné hmotnosti.

Je ovšem nutné rozlišovat pojmy nadváha a obezita a uvědomit si jejich vzájemné rozdíly. Nadváhou rozumíme nadbytek hmotnosti, obezitou nadměrnou akumulaci tukové tkáně, v obou případech se však jedná o poruchu výživy, která s sebou nese významné zdravotní riziko.

Dětská obezita je komplexní multifaktoriální chronické onemocnění, zahrnující vztahy mezi faktory biologickými a psychologickými, prostředím a chováním jedince, je charakterizována zmnožením tuku v organismu. Etiopatogeneze u dětí poukazuje na zásadní vliv genetických faktorů (obezita u jednoho nebo obou rodičů, zmnožení tuku před 6 rokem života) a zevních faktorů (způsob života rodiny, „chaos" ve stravování, nízká fyzická aktivita dítěte). Je určitým pravidlem, že čím dříve dochází u dětí k projevu obezity, tím závažnější stupeň obezity se v pozdějším období rozvíjí. Kvantitativní stanovení množství tuku v organismu je obtížné, a tak pro běžnou potřebu a orientaci posuzujeme míru obezity podle tzv. hmotnostních indexů. Nejvíce používaným je index tělesné hmotnosti Body Mass Index (BMI),

který porovnává váhu k výšce pacienta. Na základě národních studií byly sestaveny tak zvané percentilové grafy BMI. Dalším nepřímým ukazatelem množství tuku je poměr obvodů pasu a boků. Ještě vhodnějším ukazatelem je sám obvod pasu, který lépe koreluje s výskytem poruch látkové výměny jako komplikací obezity. Absolutní hodnotu obvodu pasu je nutné porovnat s věkovými normami (13, 17).

1.1.1 Typy obezity

Obezitu dělíme na základě rozložení tuku v organismu. Na prostou obezitu, která je nejběžnějším typem. Je charakterizována rozložením tuku v podkoží, na břiše, hýždích, pažích a hrudníku.

Obezita ženského typu (gynoidního, česky „hruškovitého“) je charakteristická silnými stehny a zadkem, boky a případně i prsy. Z určitých fyziologických důvodů je méně riziková, alespoň do přechodu.

Obezita mužského typu (androidního) je stav typický především pro muže, charakteristický relativně hubenými dolními končetinami a velkým vystupujícím břichem, tuk je nakupen v oblasti prsou, zevní pohlavní ústrojí je malé a zanořené do tukové vrstvy.

Mužský typ nadváhy a obezita je spojen s vyšším rizikem vzniku nebo zhoršením některých chorob jako jsou: oběhová onemocnění, diabetes, nádory tlustého střeva, impotence, astma.

Ženský typ nadváhy a obezity je spojen s vyšším rizikem vzniku nebo zhoršení těchto chorob: osteoporóza, sterilita, žlučníkové kameny, artróza, křečové žíly, rakovina prsu, dělohy a vaječníků, vznik nebo zvýraznění celulitidy (22).

1.1.2 Příčiny dětské obezity

Hlavní a nejčastější příčinou obezity je vysoký energetický příjem a její malý výdej. Tato příčina se vztahuje k životnímu stylu. Příčiny obezity, které nemají vztah ke zdravotnímu stavu:

- nedostatek pohybu a sedavý způsob života (aneb Škola, televize, počítač)
- sociálně-ekonomické podmínky života dítěte (aneb Chudé rodiny)

- nevhodné výživové zvyklosti a přejídání (aneb Jezme, co hrdlo ráčí)
- tlak prostředí (vliv reklam na nevhodné potraviny, přejídající se rodiče, nevhodné společenské zvyklosti a životní styl)

1. Ovlivnitelné zdravotní příčiny vzniku obezity

- mimořádně snížený klidový výdej energie - příčina je v poruše funkce štítné žlázy (Hypotyreóza)
- nadbytek kortizolu - vzniká poruchou činnosti nadledvin, nebo jako důsledek dlouhodobého užívání kortikoidů (Cushingova nemoc)
- nedostatečná produkce růstového hormonu
- porucha činnosti mozku - z jakýchkoli příčin
- podávání psychofarmak
- předčasné podávání antikoncepce

2. Neovlivnitelné příčiny vzniku obezity

- genetické dispozice – vyšší výskyt obezity u dětí, jejichž rodiče jsou obézní nebo trpí výraznou nadváhou,
- genový efekt MC-4 R – 4. typ receptoru pro melanokortin se projevuje patologickou žravostí a časným nástupem obezity (8, 23).

1.1.3 Anamnéza

Anamnéza neboli předchorobí je soubor příznaků předcházející propuknutí choroby. Dále je důležitou součástí vyšetřování, při němž se lékař dotazuje pacienta na onemocnění.

Rozlišujeme:

1. osobní anamnéza, která zahrnuje průběh těhotenství (diabetes těhotné matky). Porodní hmotnost a délku, zhodnocení dosavadního způsobu výživy a životního stylu, zjištění stravovacích návyků a pohybové aktivity, množství a druh stravy, denní nebo noční hodina stravování, místo kde dítě jí, množství přijatých tekutin, případně druh a četnost tělesné aktivity, závažná onemocnění, psychosociální problémy (deprese, poruchy přijímání potravy).

2. rodinnou anamnézu, která se zabývá genetickým výskytem obezity a jejich komplikací u členů rodiny.
3. Fyzikální vyšetření – tělesná výška a hmotnost, výpočet BMI (u dětské a dospívající populace nelze použít normální hodnoty pro dospělé, k dispozici jsou percentilové grafy pro děti od narození do 18 let).
4. Laboratorní vyšetření – celkový cholesterol, HDL – lipoprotein o vysoké hustotě (high – denzity lipoprotein), LDL – lipoprotein s nízkou hustotou (low – denzity lipoprotein), TG (tyreoglobulín), HbAlc (glykogenovaný hemoglobin), glukóza, kyselina močová, jaterní testy, testy na štítnou žlázu (22, 23).

1.1.4 Diagnostika

Pro určení diagnostiky obezity u dětí nám slouží algoritmy (příloha č. 3). Mezi první vyšetření dítěte patří pohled. Sestra by si měla všimnout vzhledu obézního dítěte: visící břicho, měsícovitý obličej, ploché nohy a na kůži jsou nepatrné strije. Obezitu diagnostikuje sestra a lékař na základě klinického vyšetření a určením Body Mass Indexu. Vzhledem k tomu, že určování stupně obezity zjišťováním podílu tuku v organismu není obvykle v klinické praxi běžně dostupné, využívá se ke klasifikaci obezity hmotnostních indexů. Index tělesné hmotnosti se vypočte tak, že se hmotnost vyjádřená v kilogramech vydělí výškou vyjádřenou v metrech a umocněnou na druhou. Zkratka BMI z anglického Boby Mass Index, byla definována v minulém století Belgičanem Queteletem, a tak se můžeme někdy setkat i s označením Queteletův index.

U dětí a adolescentů se však nepoužívají stejné hodnoty jako pro dospělé. K určení stupně obezity u dětí slouží tak zvané Percentilové (růstové grafy) grafy (příloha č. 13), které slouží pro děti od narození do osmnácti let. Jedinci se zvýšenou hmotností se na hmotnostně výškovém poměru a BMI pohybují v rozmezí 75. – 90. percentilu. Jak s grafy pro určení správné hmotnosti nebo BMI pracovat a co z nich můžeme vyčíst? Na vodorovné ose se sleduje věk dítěte a na svislé ose je hodnota sledovaného parametru (např. hmotnosti). Grafy jsou jiné pro chlapce a dívky, je nutné si zvolit správný graf podle pohlaví dítěte. V grafu najdeme bod, který je spojnicí věku dítěte a sledovaného parametru (v našem případě hmotnosti).

Pokud se nachází třeba na místě odpovídajícím 25. percentilu, znamená to, že je hmotnost dítěte vyšší nebo stejná jako u čtvrtiny (25 %) jeho vrstevníků. 75 % stejně starých dětí je však těžších. V rámci percentilových grafů byly vymezeny pásma: obézní (nad 97 %), robustní (75 % až 97 %), proporcionální (25 % až 75 %), štíhlé (3 % až 25 %) a hubené (pod 3 %) (12, 23).

Z antropometrických parametrů využíváme měření tloušťky kožních řas a vybraných tělesných obvodů. Orientační body: Podle mezinárodní konvence měříme všechny kožní řasy na levé straně těla. Tricipitální kožní řasu měříme nad tricepsem v úrovni poloviny relaxované levé paže visící volně podél těla. Tloušťku kožních řas měříme tak zvaným kaliperem, v současnosti nejčastějším typem je kaliper Holtain švýcarské výroby. Kaliper (příloha č. 9) se skládá z rukojeti, cejchované stupnice a dvou branží, jejichž standardnost stisku řasy při měření zajišťuje pružina. Tloušťku kožní řasy měříme v milimetrech s přesností na 0,1 mm (5).

U dětské obezity nacházíme změny v chování dětí. Jsou nápadně smutné, osamělé, uzavřené do sebe, nebo jsou naopak agresivní, mají sníženou energii, redukují své zájmy, zdráhají se zapojovat do sociálních vztahů a jiných aktivit. Mají málo přátel mezi vrstevníky, mají obsese ve vztahu k jídlu, zdráhají se chodit do školy, projevují destruktivní tendence ubližovat sobě nebo druhým, příliš mnoho, nebo naopak vůbec nespí.

To vede k tomu, že se dítě buď stáhne do ústraní anebo svůj odlišný vzhled řeší rolí třídního šaška, jeho sebevědomí stále klesá a vše vede k depresivním stavům, které opět kompenzuje jídlem. Dítě se tak dostane do začarovaného kruhu (3, 19, 22).

1.1.5 Komplikace

Hlavní nebezpečí obezity spočívá v řadě dalších onemocnění, která se s obezitou pojí a komplikují její průběh. Lze vymezit čtyři takovéto oblasti:

1) obecné komplikace dětské obezity (nižší pohyblivost, vyšší nároky a zhoršená činnost dýchání, menší fyzický výkon a snížená tělesná zdatnost, zhoršení obranyschopnosti, častější nemoci, zhoršení hojení ran),

2) přetížení orgánových systémů (kardiovaskulárního, gastrointestinálního ústrojí, opěrného, venosního, pulmonálního, obraného a imunitního systému; kožní a gynekologické komplikace)
3) metabolické komplikace (diabetes 2. typu, hypertenze, hyperlipidémie, hyperurikémie, jaterní steatóza s cholelithiasou, syndrom polycystických ovarií)
4) psychické komplikace (deprese, poruchy meziosobních vztahů, poruchy vnímání skutečného stavu těla) (26).

1.1.6 Léčba

Pro léčbu dětské obezity nám slouží algoritmy (příloha č. 4). Léčba obezity je u dětí individuální. Bývá obtížná, protože si děti nedokáží představit možné následky, které obezita přináší. Tím je především pevná vůle a rozhodnutí udělat něco pro své tělo. Léčba obezity není jednoduchá a vyžaduje týmovou souhru specialistů (z oblasti zdravotnictví, školství a dalších odborníků na výživu) a spolupráci dítěte i rodiny. Nejvhodnější léčbou obezity v dětském věku je spojení diety se zvýšenou pohybovou aktivitou a nácvik správných stravovacích návyků. Dětem se nepředepisují žádné léky na snížení chuti k jídlu, pouze v případech, kdy jde současně o poruchu štítné žlázy nebo hormonální onemocnění. Také musí mít stanovené reálné cíle: za bezpečný je považován hmotnostní úbytek přibližně 0,5 kg za týden, maximální hmotnostní úbytek by se měl pohybovat mezi 0,5-2 kg za měsíc. V pubertě, kdy dítě rychle roste, postačí udržovat stávající hmotnost. Léčba obézního dítěte by měla být stanovena specialistou endokrinologem, který úzce spolupracuje s lékařem pro děti a dorost (11, 18).

Vhodná je změna dosavadní životosprávy. Tato změna se netýká pouze obézního dítěte, ale celé jeho rodiny. Sestra může dítěti vypracovat jídelníček s přesnými denními dávkami, upraví stravu, doporučí vhodný výběr potravin. Mnohé rodiny jsou ochotny začít zdravě žít, ale chybí jim potřebné informace, které jim lékař a sestra podá.

Cílem dietní léčby je postupný pokles hmotnosti podle věku, stupně obezity a výskytu komplikací. Dosažení rovnováhy mezi příjmem a výdejem energie pomocí

změny životosprávy a jídelních zvyklostí. Navodit tak úbytek tukové tkáně, zachovat kontinuální lineární růst a upravit příjem potravy, aby obsahoval optimální zastoupení živin a doporučené denní dávky vitamínů a minerálů (23, 25).

Součástí procesu léčby dětské obezity je lázeňská péče, kterou doporučuje praktický lékař pro děti a dorost nebo odborný pediatr a potvrzuje ho revizní lékař zdravotní pojišťovny, u níž je dítě registrováno. Lázeňská léčba obezity je komplexní, tedy plně hrazená z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Je určena dětem a dorostu ve věku 3 – 18 let (ve věku 3 – 6 let v doprovodu zákonného zástupce) a její obvyklá délka je 6 týdnů. Redukční program není vytržen z kontextu moderního zdravého životního stylu, proto zahrnuje individuální péči o pohybový systém a relaxační procedury, které uvolňují přebytečné svalové i psychické napětí. Zároveň tyto procedury napomáhají procesu hubnutí, jako např. manuální lymfodrenáž podporující návrat lymfy z oblastí postižených celulitidou (4).

Kognitivně behaviorální léčba obezity je nedílnou součástí léčby obezity i správného nácviku procesu jedení. Nevhodné stravovací a pohybové návyky jsou naučené a je tedy možné se je odnaučit. V behaviorální psychoterapii obezity je možné rozlišit osm složek léčby.

1. Sebepozorování napomáhá dítěti uvědomit si své chování při jídle. Obézní dítě si denně zaznamená množství, složení, dobu jídla a své pocity při jídle.
2. Kontrola samotného procesu jedení je další složka při léčbě dětské obezity. Více než 50% obézních dětí nesnídá a hlavní energetický příjem přesunuje do večerních hodin. Řada dětí konzumuje energeticky bohaté potraviny u televize. Obézní děti jedí často rychle, aniž by měly možnost přestat v okamžiku nasycení. Učí se jíst 5x denně menší porce, snídat, nevečeřet po 18. hodině. Doma by se měly stravovat na jednom určeném místě, pomalu, mezi sousty odkládat příbor a každé sousto pečlivě rozkousat apod.
3. Dalším bodem při léčbě dětské obezity je aktivní kontrola vnějších podnětů, kdy je nutné získat ke spolupráci rodinu. Je nesmírně složité dodržovat restriktivní

dietu a mít neustále na očích “červené potraviny”. Dítě se také učí zvládat rizikové situace (oslavy, návštěvy). Poznává vhodné potraviny a učí se nakupovat.

4. Podpora rodiny a přátel představuje techniku sebeposilování dítěte s obezitou (drobné odměny za splnění dílčího cíle).
5. Kognitivní techniky se zabývají nereálnými cíli dítěte (příliš rychlý hmotnostní úbytek). Obézní dítě by se mělo vyvarovat sebeobviňování.
6. Při relaxační technice se dítě učí zvládat stresové situace jinak než přejídáním.
7. Výuka základů výživy, dietetiky a přípravy nízkoenergetických pokrmů pomáhá při snížení dětské obezity. Na úrovni svého věku se dítě učí základům racionální výživy a správného zpracování potravin.
8. Pravidelná fyzická aktivita je součástí behaviorální terapie (22, 23).

Chirurgická léčba je u dětí kontraindikována. U adolescentů vyžaduje přísně individuální přístup (12).

1.1.6.1 Společnosti zabývající se léčbou obezity u dětí

Společnost STOB obezita: jejím cílem je pomáhat obézním dětem a jejich rodičům v boji s nadbytečnými kilogramy. Aktivity společnosti jsou založeny na kognitivně – behaviorální psychoterapii. Nejefektivněji se uplatňují skupinové kurzy pro děti s nadváhou a jejich rodiče. Hodiny jsou věnovány pohybové aktivitě, kde se děti a rodiče naučí správné zásady výživy a seznámí se s energetickými hodnotami potravin. Hrají různé hry jako je třeba pexeso (příloha č. 10), kde se děti přímo učí zdravé a nezdravé potraviny. Hlavními cíli společnosti jsou: kurzy snižování nadváhy, organizování redukčně – kondičních pohybových kurzů, organizování speciálních cvičení pro obézní, poradny, vydávání časopisu „Hubneme s rozumem“, organizování celostátních akcí propagující zdravé hubnutí, školení odborníků pro vedení kurzů, příprava a vydávání pomůcek usnadňující hubnutí například: audiokazety, videokazety, brožury a kalendáře.

Hubneme s Bumbrlíkem - program zahrnující metodické postupy v léčbě dětské obezity a nadváhy (20).

1.2 Prevence

Prevence obezity u dětí je celospolečenským problémem a má se na ní vedle zdravotníků (lékař a sestra) podílet i vláda, zákonodárci, orgány místní správy, zaměstnavatelé, potravináři, zemědělci, školy, sdělovací prostředky, tvůrci dopravních systémů, tělovýchovné jednoty, občanská sdružení a rodiče. Hlavním prostředkem v prevenci u obézního dítěte je propagace zdravého životního stylu včetně zajištění dostupnosti nízkoenergetických potravin a příležitostí ke zvýšení pohybové aktivity (pěší zóny, stezky pro cyklisty, sportovní areály apod.) (13, 28).

Prevenci můžeme rozdělit na několik skupin: 1. Všeobecnou – týkající se celé veřejnosti, ale i specifických skupin. 2. Selektivní – zaměřující se na děti, které mají zvýšené nebo vysoké riziko vzniku obezity. 3. Indikovanou – zaměřující se na jednotlivé děti, které už mají nadváhu nebo obezitu. 4. Primární prevence (neboli incidence – udává počet nově nemocných jedinců (nových případů) k celkovému počtu jedinců ve sledované populaci za určité časové období) – má zabránit vzniku onemocnění. Zde hraje důležitou roli sestra, která společně s rodiči dítěte a lékařem může zabránit vzniku celé oblasti nemocí. Jejím cílem je předcházet zdravotním problémům. Sestra se v této prevenci snaží ovlivňovat faktory obezity u rizikových dětí. 5. Sekundární prevence (neboli prevalence – udává poměr nemocných jedinců k celkovému počtu jedinců ve sledované populaci, je vztažena k určitému časovému okamžiku (momentu), nejčastěji se vyjadřuje v procentech) – je zaměřena na včasné odhalení onemocnění. Cílem je zabránit dalšímu rozvoji obezity. Léčba pokročilého onemocnění je nákladnější než léčba časného stádia. 6. Terciální prevence – se zaměřuje na problémy, které s sebou přináší nemoc, která již propukla, které již nelze zabránit. Cílem je odstranit následky vzniklé nemoci, nebo je úplně odstranit a zabránit tím vzniku handicapu (8, 9, 14).

Mezi programy zabývající se prevencí obezity u dětí patří Stobík. Vyjadřuje stop dětské obezitě. Jak je již z názvu patrné, tento program se snaží o včasnou prevenci

obezity, zaměřenou již na dětský věk. Program realizuje mnoho kurzů, které slouží k včasnému podchycení projevů obezity (20).

1.2.1 Informovanost

Informovanost by měla být využita v prevenci obezity u dětí. V naší populaci jsou tyto znalosti poměrně dobré, o zhoršení zdravotního stavu souvisejícím s obezitou je u nás informováno 96,7 % populace. O příjmu potravy a výdeji energie je předávána spousta informací, z nichž řada je adekvátních, ale i zavádějících. Mezi těmito informacemi, subjektem a společenskými vlivy existuje řada interakcí, které ovlivňují jedince v příjmu potravy a výdeji energie. Sociálně zvýhodnění jedinci, kteří mají dostatečné informace o obezitě svých dětí, se snaží dodržovat zdravý životní styl (6, 8).

1.2.2 Úloha praktického lékaře a sestry

Úloha praktického lékaře a sestry v péči o obézní dítě je nezastupitelná. V souvislosti s preventivními prohlídkami i běžným kontaktem s dítětem je monitorována hmotnost, dále jeho index tělesné hmotnosti a obvodu pasu. Na základě antropometrických měření by měl lékař informovat dítě a jeho rodiče o eventuální nadváze či obezitě a o možných zdravotních rizicích, které tento stav s sebou přináší. Sestra s lékařem monitoruje hlavní rizikové faktory (glykémii, krevní tlak, lipidy). V případě nadváhy a obezity je třeba seznámit dítě a jeho rodiče s vhodnou hmotností redukce a s reálným cílem hmotnostní redukce. Sestra poskytne případně letáky informující o zdravém životním stylu a o zásadách redukčního režimu – vhodné jsou tabulky energetických hodnot dělící semaforovým systémem potraviny podle obsahu energie a tuku na vhodné, méně vhodné a nevhodné.

Zdravotníci jsou často zdrženliví, když mají hovořit o tématu obezity s dětmi s nadváhou a jejich rodinami. Lékaři, kteří pečují o tyto rodiny, musejí ukázat citlivost, empatii a přesvědčení, že obezita je významný chronický zdravotní problém, který je léčitelný. Otázky o energetickém příjmu a aktivitě by měly být formulovány

nestranným a neobviňujícím způsobem. Tím, že mohou zhodnotit, jak rodiče chápou problém s hmotností jejich dítěte, mohou lékaři lépe porozumět charakteristikám rodiny, aniž by odsuzovali rodiče nebo na ně činili nátlak. Protože slovo obezita má často hanlivý význam, je v diskusích s rodiči vhodnější použít termín nadváha (12, 23).

1.3 Životní styl

Životní styl je něco, co si každý člověk volí sám, o čem si rozhoduje a může jej významným způsobem ovlivnit. Jeho vliv na zdravotní stav je velký, pohybuje se mezi 60 až 70 %. Můžeme tedy říci, že svůj zdravotní stav ovlivňujeme, a to velmi výrazně, až skoro ze 2/3. Do pozitivního životního stylu je možné zařadit: odpovídající denní režim, strava a stravovací zvyklosti, pitný režim, dostatek tělesné (pohybové) aktivity, spánek a jeho dostatek, hygiena tělesná a duševní, chování a zvyklosti té které rodiny – „co jsme dostali do vínku geneticky i výchovou", pohoda v mezilidských vztazích. Mezi negativní faktory životního stylu, které na nás působí, patří: stres, alkohol, kouření, drogy, choroby, úrazy, otravy (27).

1.3.1 Zdravá výživa dětí

Mezi správnou životosprávu patří pravidelné snídání, rozdělení jídla do pěti menších porcí s tím, že večeře musí být podána před 18. hodinou, po které již energeticky bohaté jídlo nenásleduje. Na jídlo musí být dostatek času. Bez spolupráce celé rodiny se léčba obezity nezdaří (11).

Už od počátku života dětí mezi zdravou výživu patří mateřské mléko zaručující optimální vývoj dítěte. Mateřské mléko poskytuje dítěti nejenom potřebnou energii, živiny (hlavně tuk a bílkoviny, v menší míře sacharidy, dále vitaminy, minerální látky a enzymy) a vodu, ale také důležité ochranné látky, díky kterým se u kojených dětí vyskytují v menší míře průjmy a infekce dýchacích cest a nebývají tak často obézní jako děti, které záhy dostávaly umělou výživu. Mateřské mléko přispívá rovněž k ochraně dítěte před alergiemi a je prokazatelným ochranným faktorem cévních onemocnění (aterosklerózy) v dospělosti (7).

Z toho důvodu se doporučuje, aby doba výlučného kojení nebyla kratší než 4 – 6 měsíců. Pokud matka nemůže kojit, jsou již dnes k dispozici plně adaptovaná mléka, která se svým složením velmi blíží mléku mateřskému. Během prvních 6 měsíců života nepotřebuje dítě žádné příkrmy, čaj, ovocné šťávy ani jiné přídavky. Do 3 let dítěte si musíme uvědomit, že dítěti nestačí jen menší porce našeho obvyklého pokrmu, ale že má specifické nároky a potřeby dané intenzivním růstem a vývojem dětského organizmu. V období vývinu potřebuje dítě zejména větší přívod kvalitních živin, které zaručí jeho růst a správný vývoj orgánů.

Předškolní děti (3 – 6 let): V tomto období života intenzivně rostou, proto potřebují dostatek mléka a mléčných výrobků, které obsahují vápník, kvalitní bílkoviny a tuky. Stravují se nejčastěji v mateřské školce a jejich jídelníček během dne nemohou rodiče ovlivnit. Přesto je dobré aktivně se zajímat o to, co dítě přes den skutečně snědlo, a domácí stravou pak doplnit to, čeho má nedostatek. Právě v předškolním věku si děti utvářejí návyky a je hlavně na rodičích, jaké budou. Nesmí se zapomínat, že se malé děti učí nové věci nejlépe pozorováním a okoukáváním.

Mladší školáci (7 – 10 let, případně před 12. rokem): Rostou pomaleji, méně se tedy navyšuje příjem energie oproti předchozímu věkovému období (energetický příjem ale samozřejmě závisí i na celkové fyzické aktivitě). Pokud se Vaše děti stravují ve školní jídelně, je opět na Vás, jak ovlivníte jejich další stravování. Ovlivnit můžete snídani, svačinu a odpolední jídla. Pokud má Vaše dítě ve školní jídelně možnost vybrat si z několika pokrmů, pomáhejte mu s výběrem vhodnějších jídel.

Starší školáci (11 – 15 let): Okolo 12. roku se u dětí objevuje tzv. růstový skok, proto mohou mít najednou potřebu jíst více, než bylo obvyklé. Dítě, které navíc i sportuje, může mít daleko vyšší spotřebu energie než dospělý pracující v kanceláři. Kromě vápníku a fosforu (z mléčných výrobků) pro růst kostí potřebují především dívky dostatečné množství železa (z masa, vnitřností) a vitamínu B_{12} (je obsažen

v mase, vajíčkách, mléčných výrobcích). V tomto období si mohou velmi uškodit nevhodným zásahem do jídelníčku a nevyváženou stravou.

Dopívající děti (16 – 18 let): Nemusejí mít odlišný jídelníček od dospělých. Rozhodně by měly i nadále dodržovat zásady zdravé výživy, aby jejich strava byla pravidelná bez zbytečně velkého množství jednoduchých sacharidů a tuků. Mnohé dívky drží nejrůznější diety, aniž by jejich hmotnost byla vysoká. Tím se vystavují riziku nejrůznějších potíží (podváha, rychlé a časté ubývání a přibývání na váze, anorexie, ztráta menstruace apod.), které jsou způsobeny nedostatkem energie a důležitých živin. Velká část dětí má ale hmotnost vyšší, a proto je třeba zásady zdravé stravy skutečně dodržovat a nadměrným kilům se raději vyhnout vhodně sestaveným jídelníčkem a dostatkem pohybu (2, 21, 24).

1.3.1.1 Glykemický index potravin

Udává, do jaké míry je sacharidová potravina schopna zvýšit hladinu cukru v těle. Bylo zjištěno, že některé sacharidy zvyšují hladinu krevního cukru více, jiné méně. Čím více po jídle stoupne glykemie, tím více se musí vyplavit inzulínu (hormonu, který produkuje slinivka břišní). Čím více inzulínu, tím větší je tendence k ukládání tuku v organismu. Lze tedy říci, že pokud budou dva lidé držet dietu o stejné energetické hodnotě, zhubne více ten, který bude jíst potraviny s převážně nižším glykemickým indexem (18, 23).

1.3.1.2 Výživová pyramida

Základní doporučení správné výživy je charakterizováno v tak zvané Pyramidě výživy (příloha č. 7), která názorným způsobem vysvětluje ideální složení naší stravy. V jejích patrech jsou podle doporučovaného množství spotřeby uspořádány různé druhy potravin tak, že tvoří co největší podíl zkonzumovaného jídla, dále jsou zde potraviny, které by se měly v našem jídelníčku objevovat co nejméně.

Základ představují obilniny, chléb, těstoviny, rýže jako zdroj sacharidů, energie pro organismus, ale s důrazem na celozrnné výrobky, které obsahují hodně vlákniny, která zlepšuje trávení a snižuje nebo zpomaluje vstřebávání některých látek.

Kromě celozrnných obilnin jsou na stejném místě ve výživové pyramidě rostlinné oleje (olivový, sójový, kukuřičný, slunečnicový, řepkový), jsou zdrojem pro organismus nezbytných nenasycených mastných kyselin.

Zelenina se doporučuje hodně jako příloha k většině jídel. Rezervovanější přístup je k nadužívání brambor, u nichž velmi záleží na způsobu přípravy, jsou vzhledem k obsahu škrobu významným zdrojem energie a díky rychlé metabolické přeměně značně zvyšují hladinu krevního cukru po jídle.

Ovoce má mnoho ochranných vlivů pro organismus, jako například zdroj vitamínů. Spolu se zeleninou chrání před některými nádorovými onemocněními a nemocemi srdce a cév.

Ořechy jsou sice tučné, ale obsahují nenasycené mastné kyseliny, které upravují rovnováhu cholesterolu v organismu, a jejich konzumace je proto prospěšná.

Ryby, drůbež, bílé maso a vejce se doporučují v 1 – 2 porce denně. Vejce jsou pro dítě prospěšná, protože cholesterol je nutný pro stavbu buněk rostoucího organismu.

Mléko a mléčné výrobky jsou spíše nadužívány. Dítě potřebuje vápník pro stavbu kostí, vhodné jsou zejména zakysané mléčné výrobky obohacené probiotickými bakteriemi.

Na vrcholu pyramidy jsou červené maso, máslo, bílá rýže, brambory (připravené smažením), těstoviny (ne celozrnné) a sladkosti. Měly by se jíst střídmě.

Pyramidáček je další z řady projektů zabývající se problematikou nezdravé konzumace potravin. Je to edukační program v oblasti správné výživy určený dětem předškolního věku, který je podporován Ministerstvem zdravotnictví ČR. Projekt je zaměřený na systematickou výuku základů správné výživy (potravinové pyramidy), podpoře a rozvoji pohybové aktivity (6, 7).

1.3.1.3 Metoda semaforu

Pro předškolní a školní děti je tato metoda jednoduchá a pochopitelná. Představuje strukturovaný stravovací plán s energetickým příjmem podle věku dítěte (příloha č. 8). Je založena na rozdělení potravin podle obsahu energie do tří skupin. Dítě počítá počet porcí, které během dne snědlo. Zelené potraviny (jeď!) jsou povoleny v neomezeném množství. Mají velmi malé množství energie. Není v nich obsažen tuk, jsou bohaté na vitamíny, minerály a vlákninu (zejména zelenina). Žluté potraviny (pozor!) jsou potraviny s průměrnou nutriční hodnotou. Do této skupiny patří většina potravin. Jsou vhodné pro redukční dietu, přesto je není možně konzumovat v neomezeném množství (netučné mléčné výrobky, ovoce, celozrnné pečivo, těstoviny). Červené potraviny (stop!) jsou potraviny s vysokým obsahem tuku nebo jednoduchých cukrů. Červené potraviny jsou povoleny maximálně 4x týdně (6).

1.3.1.4 Reklama

V rozvinutých zemích se na aktivní přejídání podílí reklama, která u citlivých jedinců způsobí zvýšený příjem potravy nebo konzumaci nevhodných potravin. Ovlivňuje nákupní chování dětí a jejich rodičů. Dětské reklamy ukazují nezdravá jídla, jako by neexistovalo nic lepšího. Spojení cukernatých výrobků s popularitou, sportovními úspěchy a šťastnými vztahy je zavádějící a lidé se jimi ovlivňují. Děti totiž často opakují to, co vidí na obrazovce. Děti jsou schopny až od osmého věku svého života rozlišit reklamu od skutečnosti. Ale pokud budou děti a jejich rodiče vyhledávat nezdravé potraviny a nebudou přemýšlet o tom, co dají do úst, budou výrobci chrlit další a další nezdravé reklamy. Nejde jenom o to, aby byly potraviny nezávadné po stránce kontaminace choroboplodnými zárodky. Na zdravou potravinu se kladou daleko vyšší nároky než na sport (1).

1.3.2 Pitný režim a nápoje

Nedílnou součástí zdravé výživy dětí a dospělých je správný pitný režim. Zatímco pro dospělé se běžně doporučuje vypít 2,5 – 3 litry tekutin, pro děti by to mohlo být až příliš. Množství tekutin u dětí je závislé na jejich věku a hmotnosti. Zatímco dítě vážící 30 kg potřebuje denně 1,7 l tekutin, 45 kg vážící dítě již vyžaduje minimálně 2 litry (3).

Pitný režim by měl být hrazen hlavně neperlivou stolní vodou, 100% ovocnými džusy nebo šťávou, kterou ředíme vodou, ovocnými, zeleninovými nebo bylinnými čaji, slabým černým čajem nebo mléčnými nápoji. Mezi nevhodné nápoje pro děti patří: přeslazené limonády nebo limonády s kofeinem nebo chininem. Vysoký obsah cukru dodá dětem energii, která je dělá hyperaktivními nebo obézními. Vyvolá pocit nasycení a děti nechtějí jíst. Sycené limonády dráždí žaludeční sliznici. Šumivé nápoje v prášku, energetické a iontové nápoje, limonády slazené umělými sladidly a alkohol jsou pro dítě velice nezdravé (2, 8, 14).

1.3.3 Cvičení a pohybová aktivita

Pohyb a s ním související tělesná zdatnost je součást zdravého životního stylu. Pohybová aktivita a dovednosti jsou výrazně ovlivněny nadměrnou hmotností a zvýšeným ukládáním tuku. Při volbě tělesných cvičení a sportů je nutno u obézních přihlížet ke vhodnosti a specifickému působení jednotlivých sportovních činností (fotbal, běh na dlouhé vzdálenosti a tak dále), aby nedošlo ke zhoršení stavu. Jako nejvhodnější se jeví dynamické disciplíny (cyklistika, vodní sporty, házená, golf a tak dále), které nejvíce zvyšují výdej energie a vedou tak ke snižování obsahu tuku v těle. Zvýšená pohybová aktivita a vhodné sporty přispívají signifikantně k redukci nadměrného tuku (8, 10, 15).

V případě nízké fyzické aktivity by měli rodiče u dítěte reagovat již na první známky nadváhy. Na druhou stranu aktivně sportující děti zase často spotřebují více energie než dospělý člověk se sedavým způsobem života, a tak je důležité dbát na to, aby dítě díky náročnému sportu nehublo nebo nemělo nápadně

zpomalený růst oproti svým vrstevníkům. Abychom docílili pozitivního účinku, je vhodné cvičit minimálně 3-4x týdně vždy alespoň 30-45 minut (3, 4, 5) v intenzitě odpovídající 50-70% maximální funkční kapacity (tepová frekvence 140/min). Vzestup zátěže musí být pozvolný podle individuální tolerance obézního dítěte (8).

1.4 Edukace

Vzdělání (edukace) zahrnuje vyučování a studium specifických vědomostí a též něčeho méně patrného, ale víc důležitého: odevzdávání poznání, dobrého odhadu a moudrosti. Jedním ze základních cílů vzdělávání je odevzdávat principy civilizace z generace na generaci. Vzdělávání jednotlivce začíná po narození a pokračuje během života. Existují však teorie, že vzdělání začíná už před porodem, jak bylo zaznamenáno některými rodiči hrajícími hudbu nebo mluvícími na dítě v děloze doufajíc, že tím ovlivní vývoj dítěte. Pro některé lidi úsilí a úspěchy denního života poskytují mnohem víc informací než formální škola. Členové rodiny mohou prohloubit efekt vzdělání – často víc než sami postřehnou – i když rodinné vyučování může fungovat velmi neformálně. Původ slova vzdělání – „edukace“ odkrývá teorii její funkce: latinské slovo educare pochází z kořenů znamenajících „vedení ven“ nebo „vedení vpřed“ s možnými implikacemi vývoje vrozených schopností a rozšíření horizontů (29).

Edukace v ošetřovatelství může být základní, komplexní nebo reedukační. Edukant je kterýkoliv subjekt učení bez ohledu na věk či typ povolání (např. klient, starý člověk). Edukátor je kterýkoliv aktér edukační aktivity (např. sestra, rodič, učitel). Edukační prostředí je místo, kde se edukace vykonává. Optimální prostředí na edukaci musí mít správné osvětlení, teplotu, musí být bez hluku a v nemocničním prostředí zaručovat i případnou intimitu (29).

1.4.1 Edukační proces

Edukační proces představuje určitou formu konkrétních informací, uskutečňuje se ve specificky připraveném prostředí v rámci vzájemné interakce sestry a rodiče. Je vytvořený záměrně proto, aby se rodič naučil něco nového. Je to dynamický vzájemný vztah mezi sestrou a klientem, výchovný a vzdělávací proces a jako takový je ho třeba chápat. Principy učení rozdělujeme do 3 typů:

Edukační proces typu A – edukační procesy, v nichž dochází k bezděčnému (náhodnému, spontánnímu) učení. Jsou to situace, při nichž si subjekt nějaké učení, osvojování poznatků či zkušenosti ani neuvědomuje (př. čtu si noviny, aniž bych si uvědomoval, že dochází k učení nebo dokonce aniž bych se chtěl učit).

Edukační proces typu B – edukační procesy, v nichž se výrazně uplatňuje intencionální (záměrné) učení. Jde o případy, kdy učící se subjekt vědomě usiluje o to, aby se učil. Dochází k vědomé autoregulaci učení. Využívá k tomu jak svých vnitřních dispozic (inteligence, aspirační a motivační podněty), tak vnějších prostředků (učební text, počítač, technické zařízení).

Edukační proces typu C – edukační procesy, které obsahují řízené učení. Je to takové učení, které je zvnějšku nějakým způsobem regulováno, organizováno

Edukační proces je součástí ošetřovatelského procesu. Začíná sběrem údajů, analýzou klientových schopností učit se. Pokračuje stanovením diagnózy, určením cílů edukace, připravením edukačního plánu a realizací edukace. Dále je důležitá analýza a zhodnocení klientových vědomostí, postojů, zručností a efektivností edukačního plánu.

Edukační plán klienta s diagnózou obezita.

Diagnostika: Nedostatek vědomostí o potřebě snížení tělesné hmotnosti v souvislosti se základním onemocněním.

Edukační cíl – Zlepšit vědomosti klienta o potřebě a možnostech snižování hmotnosti.

1. Klient si uvědomuje potřebu redukce hmotnosti.
2. Klient pozná vhodné a nevhodné potraviny a technologické přípravy jídel.
3. Klient umí sestavit jídelní lístek.

4. Klient si snížil tělesnou hmotnost o 2 kilogramy.

Příprava edukačního plánu: Je třeba připravit potřebný propagační materiál o redukční dietě a připravit klientovi individuální program redukce hmotnosti. Konzultovat složení potravy, vhodnost potravin a technologií jídel s asistentkou výživy (nutriční terapeutka). Intervence: 1. edukační střetnutí: Posuď klientovi vědomosti o riziku obezity a o nutriční potřebě. Přezkoumej klientův jídelní lístek, zjisti úroveň vědomostí klienta o vhodnosti potravin a technologie jejich přípravy. Vypočítej klientovi BMI a celkový denní nutriční příjem. Poskytni klientovi písemné materiály o redukční dietě.

2. edukační střetnutí: Ověřit vědomosti klienta z předchozího střetnutí. Posoudit motivaci klienta ke snižování hmotnosti a obeznámit ho s programem redukce hmotnosti. Zaznamenat hmotnost a výšku, vypočítat energetickou potřebu. Prediskutuj nevhodné stravovací návyky. Zdůraznit důležitost kombinace tělesné aktivity a diety při redukci hmotnosti.

3. edukační střetnutí: Využití předcházejícího střetnutí na sestavení jídelního lístku. Zdůraznit klientovi, aby se pravidelně vážil jednou za týden. Poskytnout klientovi další informace o literatuře a kontaktu na asistentku výživy, dietologa. Realizace edukace – Klientovi byl připravený individuální program redukce hmotnosti. Vyhodnocení edukace – klient si uvědomuje důležitost redukce hmotnosti a spolupracuje při vypracování individuálního programu redukce hmotnosti. Klient pozná vhodné a nevhodné potraviny (29).

1.4.2 Edukace rodičů

Vztah rodičů k obezitě a k nadváze jejich dítěte není jednoznačný. Jedním z jejich problémů je i kulturní a socioekonomické pozadí, postoj vůči obezitě může být v rámci jednoho státu odlišný, což se projevuje i u nás např. rozdíl obyvatel venkova a velkoměst. Další problém je to, že rodiče nedovedou včas rozpoznat riziko obezity u dítěte. Podcenění nadváhy může být dáno i tím, že se smířili se svojí obezitou,

považují ji za geneticky danou, protože se vyskytuje v jejich rodině u více generací a blízkých příbuzných. Nejsou si vědomi sociální stigmatizace dítěte, jež je v současné době důležitější než v jejich dětství a mládí.

Behaviorální strategie, které by měli volit rodiče vzhledem k obéznímu dítěti, závisí na úrovni jejich vzdělání, znalostí, zvyklostí, na ekonomických a časových možnostech. Mohou se jim předložit různé pokyny a poskytnout návody ke konkrétním aktivitám. Zkoumat situace vedoucí k přejídání. Redukovat dostupnost nevhodných potravin. Hovořit s dětmi o jejich problémech, analyzovat příčiny jejich nevhodného nebo nadměrného příjmu potravin. Snažit se pochopit problémy a pocity dítěte, které se musí omezovat v jídle. Naučit je, jak zvládnout nepříznivé psychické reakce a stavy v průběhu léčby. Zvyšovat znalosti dítěte o složení potravy, probírat s ním výživovou pyramidu. Vychovávat dítě k samostatnosti a odpovědnosti v rozhodování o jídle, aby se naučilo samo správně určovat, kolik, kdy, jak a co jíst, jak jídlo zapojit do denního režimu.

Z chování rodičů by měla vymizet kritika fyzického zjevu, kárání dítěte, jídelního chování, dočasných neúspěchů při snaze o redukci hmotnosti. Dítě by mělo být povzbuzováno, zdůrazňovat jeho pozitivní vlastnosti. Rodiče by měli u svého dítěte podporovat rozvoj volných aktivit, oceňovat i nepatrné zlepšení jeho fyzického stavu. Podporovat pohybové aktivity dítěte k jeho možnostem, zaměřit se na hry a sporty, ve kterých může dosáhnout uspokojivých výsledků. Podporovat rozvoj sociálních aktivit, dbát na to, aby se dítě neuzavíralo do sebe, nebálo se vrstevníků a nenechalo se odradit případnými kritikami. Kultivovat přátelské vztahy, pobyty v dětském kolektivu na táborech, společenské hry, v různých dětských organizacích (Junák, turistické oddíly a jiné). Rodiče by měli podporovat vlohy a schopnosti svého dítěte, rozvíjet jeho kreativní aktivity a zájmy, vztah ke kultuře, přírodě, zvířatům (23).

Rodiče si musí uvědomit, že mají být autoritou, jít příkladem a stát modelem svému dítěti. Každá změna v jídelním chování a postojů k jídlu i způsobu života by měla být přijata jako životní styl celé rodiny, všechny výzkumné studie a zkušenosti terapeutů se shodují v tom, že redukční program je úspěšný tam, kde participuje na léčbě celá rodina, než když je léčba omezena pouze na dítě a rodiče o ni nemají větší zájem (15).

Výchovné metody pro rodiče: - vysvětlování – jedinci sdělujeme co, proč, kdy, kde a jak se má udělat - výsledkem je pochopení a plnění daného požadavku

- přesvědčování – dítěti se předkládají doporučení a pokyny takovým způsobem a tolikrát, že je nakonec o jejich správnosti přesvědčen – používat správné údaje, argumenty, mluvit důrazně ne podrážděně

- předvádění činností – máme – li dítě naučit novou činnost, je třeba činnost názorně popsat nebo i předvést, první předvádění má být pomalé, pečlivé a správné, postup má mít řád a systém, dítě má napodobit co jsme mu předvedli, pozorně sledujeme, ihned důsledně opravujeme případné chyby

- odměna = pochvala je vyjádřením kladného společenského hodnocení, přináší dítěti uspokojování potřeb, odměnou je pochvala – u nemocného to může být úsměv, souhlasné pokývnutí hlavy, uznání vyslovené mezi čtyřma očima, pochvala je posilou, vzpruhou, a účinnou motivací pro další činnost, rodič ji má při jednání s dítětem používat co nejvíce

- trest – vyjadřuje negativní hodnocení, pro jedince znamená nelibost, frustraci, omezení potřeb- trest se projeví zamračením, odmítavý pohyb hlavy, domluva, výrazné napomenutí či důrazná domluva, příkazy, zákazy, nesouhlas či rozhořčení rodiče s jednáním dítěte, nesmí být vysloveno v afektu, dítě musí pociťovat, že rodiči na něm záleží.

Edukační plán pro rodiče:

1. pokuste se o komplexní přístup,
2. změňte životní styl,
3. zajistěte si podporu okolí,

4. naučte se mít pevnou vůli a vytrvalost,
5. omezte příjem energie,
6. nepoužívejte léky na hubnutí,
7. choďte do psychologické poradny nebo na skupinovou behaviorální terapii,
8. nepoužívejte „diety slavných“, (ve smyslu diety filmové hvězdy apod., ale jen diety odborníků na výživu),
9. nezkoušejte „zaručeně zázračně působící“ doplňky stravy, zasílané na dobírku,
10. k redukci nepoužívejte dehydrataci (nedostatek tekutin), včetně sauny (8).

1.4.3 Motivace obézního dítěte v rodině

Učení je založeno na aktivitě účastníků, která je vyvolána vnitřními motivy. Vnitřní motivace je stav nutící účastníka něčemu se naučit pro vlastní uspokojení. Vnitřně motivovaný účastník se učí rád, cítí potřebu osvojit si nové poznatky. Vnější motivace usiluje navodit zájem účastníka o učení.
Motivace, která se nejčastěji vyskytuje u obézních dětí a která vede k vyhledání odborné pomoci ve snaze o snížení váhy.

Existuje mnoho důvodů, kvůli nimž stojí za to hubnout. Velmi závažný důvod, uvedený na prvním místě, je důvod zdravotní. Pokud motivace dítěte k hubnutí není z důvodů zdravotních, začalo na sobě pracovat včas. Je totiž daleko snazší zdravotním obtížím pramenícím z obezity předcházet, než je odstraňovat.

Pro někoho jsou nadbytečné kilogramy zátěží v pohybu, zvláště pokud dříve aktivně sportoval. Zadýchávání se do schodů nebo potíže se zavazováním tkaniček, to vše může být důvodem a motivací k hubnutí – pro zvýšení fyzické kondice.

Jiné děti zase chtějí hubnout z důvodů společenských. Ostýchají se před svými spolužáky, kteří je dříve znali poněkud štíhlejší. Trpí pocity osamělosti, myslí si, že nemají tolik kamarádů a tolik příležitostí navazovat společenské kontakty.

Někdo může být motivován důvodem citovým – má problémy s navázáním partnerských vztahů nebo jeho postava vadí příteli, přítelkyni. Nebo je to důvod estetický – dítě se stydí jít na plovárnu v plavkách, děvčatům je líto, že si nemohou koupit slušivé módní šaty (8).

Častým důvodem je vnější tlak, obezita překáží v hodinách tělesné výchovy či okolí na účet naší obezity nevhodně vtipkuje. Konečně to může být i subjektivní nespokojenost, kdy obezita vadí především dítěti samotnému, nemůže se na sebe podívat do zrcadla, je nespokojeno s tím, že se nedovede kontrolovat, touží po nižší váze, kterou mělo dřív.

Rodina je prvním a dosti závazným modelem společnosti, s jakým se dítě setkává. Předurčuje jeho osobnostní vývoj, jeho vztahy k jiným skupinám lidí. Rodina dítě orientuje na určité hodnoty, vystavuje ho určitým konfliktům, poskytuje mu určitý typ podpory. Tímto způsobem osobně zabarvuje to nejpodstatnější, co dítěti předává – sociální dovednosti, bez kterých se ono v dospělosti neobejde.

Rodinné faktory hrají v patogenezi obezity dítěte důležitou roli, patří mezi ně tradiční kuchyně, vysoký význam jídla, úzké spojení s domovem, rozvrácené rodiny, narušené mezilidské vztahy, autoritativní výchova, velkorysá výchova, odměňování, útěcha, přísné dodržování času k jídlu, nucení k jídlu atd.

Jsou to právě rodiče, kteří ochotně odpovídají na otázky svých dětí, podporují a rozvíjí jejich zájmy, jsou jím vzorem k chování, způsobu života, učí je základním stravovacím návykům a předávají pozitivní postoje ke zdraví a péči o něj.

Jsou to právě rodiče, kteří koupí dětem spoustu čokolád a sladkostí! Dítě, když vidí tyto sladkosti, neodolá a jí. Je dobré si uvědomit, že právě rodiče mají vládu nad tím, co dítě jí. Někdy se může stát, že rodiče ani nemají ponětí o svých dětech, neví, co jejich děti jedí. Jsou zaneprázdnění a spíš dají dítěti peníze než správný příklad. Další možnost je, že rodiče své dítě nechápou, protože sami problém s váhou nikdy neměli a o sebe na rozdíl od dítěte dostatečně pečují (16).

1.4.4 Doporučené metody při rodinném hubnutí

Pediatr by měl podle vývoje dítěte stanovit optimální dávky živin i dalších látek (vitaminů, minerálních látek) ve vazbě na aktivitu dítěte i na jeho aktuální potřeby. Děti jsou citlivější k jakémukoliv nedostatku ve výživě mnohem více.

Při redukci váhy nemusíte dělat v jídelníčku žádné dramatické změny – často stačí ke snížení energetické hodnoty zaměnit sladké nápoje za nekalorické,

snížit příjem cukrovinek a tučných jídel z „fastfoodu“, postupně odvykat konzumaci energeticky bohatých a reklamou vnucovaných pamlsků a zvýšit příjem zeleniny. Spíše než zakazovat se snažte jídelníček obohacovat o nové chutné zdravé potraviny.

Buďte dítěti vzorem při změně stravovacích návyků. Ukazuje se, že nové jídlo je potřeba dítěti předložit nejméně sedmkrát, aby si ho oblíbilo.

Rodiče by měli být vzorem nejenom ve stravovacích návycích, ale i v pohybové aktivitě. Uvidíte, že společně prováděná aktivita upevní i rodinné vztahy.

Nešetřete chválou, oceňujte, chvalte dítě nejenom za zhubnuté kilogramy, ale i za plnění dílčích cílů, které si dítě spolu s vámi stanoví.

Zkuste porušit rodinné tradice a při rodinných oslavách si předem naplánujte činnosti, při kterých nestrávíte mnoho času u stolu. Možná zjistíte, že si dítě nakonec bude s vámi radši hrát než sedět přejedené nečinně u stolu.

Nepodceňujte množství jídla, které dítě sní u kamarádů, u prarodičů a když je samo doma. Připravte mu do ledničky talířek s chutně vyhlížející zeleninou, netučný tvaroh s ovocem, aby – až přijde třeba hladové ze školy – mělo kam sáhnout. Vyhraďte mu oddělení v ledničce, ze kterého si může potraviny vybírat. Nechte ho samotné občas připravit zdravou večeři pro rodinu („zelenino ovocného panáčka“, ovocný koktejl apod.)

Neklaďte si nadměrné cíle, čím menší postupné změny dítě udělá, tím je větší naděje na udržení změněného chování.

Veďte denní záznam o všem, co vaše dítě snědlo, včetně drobností (pár sušenek, chipsů, ořechů).

Snažte se přesvědčit své dítě, aby si postupně takový záznam vedlo samo. Potom žasnete, co všechno dítě spořádalo. Také si s ním popovídejte, zda ve školce či škole nemělo nějaký problém.

Jídlo podávejte vždy ve stejnou dobu, doma dbejte na to, aby dítě při jídle nečetlo, nesledovalo televizi a nediskutovalo.

Poučte dítě, aby jedlo klidně, pomalu žvýkalo, během jídla udělat pauzu, také je vhodné začít oběd či večeři trochou zeleninového salátu.

Zpočátku omezujte množství jídla - místo 5 knedlíků jen dva, postupně je vynechejte úplně a nahraďte bramborami vařenými ve slupce (ale opět snížit množství) a přidejte více zeleniny.

V mezidobí mezi jídly nesmí dítě konzumovat žádnou jinou potravu.

Každodenně je nutná fyzická aktivita. Je však třeba si uvědomit, že ne všechny druhy sportu jsou pro obézní dítě vhodné, a to pro nadměrnou zátěž kosterního a svalového systému nadměrně vytvořenou tukovou tkání. Vhodná je chůze, ale svižná, jízda na kole, plavání, aerobik. Pěší túra jednou za týden je k ničemu. Každé dítě by se mělo aktivně pohybovat minimálně 6-8 hodin týdně. Za minimální pohybovou aktivitu je považováno soustavné (nepřerušované) cvičení nebo sportování 3x týdně po dobu alespoň 30 minut. To se pak rozšiřuje podle tolerance a možností obézního dítěte na každý den. Velmi dobře působí i pohybová aktivita, která nemá vysloveně charakter cvičení, např. tanec. Také pěší chůze do školy místo autobusem nebo chůze po schodech místo používání výtahu by měla patřit k dalším opatřením zvýšené aktivity.

Nevíte-li si rady s čímkoli, odmítá-li dítě podřídit se nutnému režimovému opatření, zjistíte-li, že má problémy se spolužáky nebo upadá do depresivních stavů, konzultujte svého dětského lékaře, protože někdy je třeba dítě svěřit do péče odborníka - lékaře, eventuálně psychologa. Určitým nebezpečím totiž může být hlavně u dospívajících dětí přemrštěná reakce, především u děvčat, kdy při opakovaných poznámkách okolí na nadváhu může následovat cílené vědomé nechutenství, které může vést k rozvoji mentální anorexie či bulimie s dalším ohrožením života takto postiženého dítěte.

Po poradě s lékařem lze samozřejmě zkusit léčbu v ozdravovně či lázních, ale bohužel, i když během pobytu se podaří váhu zredukovat, efekt bývá většinou krátkodobý. Často totiž není dodržován stravovací a pohybový režim v rodině.

Na minimum zredukujte čas dítěte strávený u televize či počítače (20).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, jak jsou edukováni rodiče o problematice obezity u dětí.

Cíl 2: Zjistit životní styl v rodině s obézním dítětem.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1: Rodiče jsou edukováni o problematice obezity u dětí.

Hypotéza 2: Rodiče nejsou informováni o komplikacích v souvislosti s obezitou u svých dětí.

Hypotéza 3: Děti s obezitou nedodržují zásady zdravého životního stylu.

3. Metodika

3.1 Použité metody

Pro potřeby této bakalářské práce byl zvolen kvantitativní výzkum. Jako technika sběru dat byly použity dva dotazníky s uzavřeným a polootevřeným typem otázek pro děti a rodiče. Dotazník byl zcela anonymní. Otázky v dotazníku se zabývaly prevencí a edukací v problému obezity u dětí a jejich rodičů. Otázek v dotazníku pro děti bylo celkem 25. V dotazníku pro rodiče bylo 21 otázek.

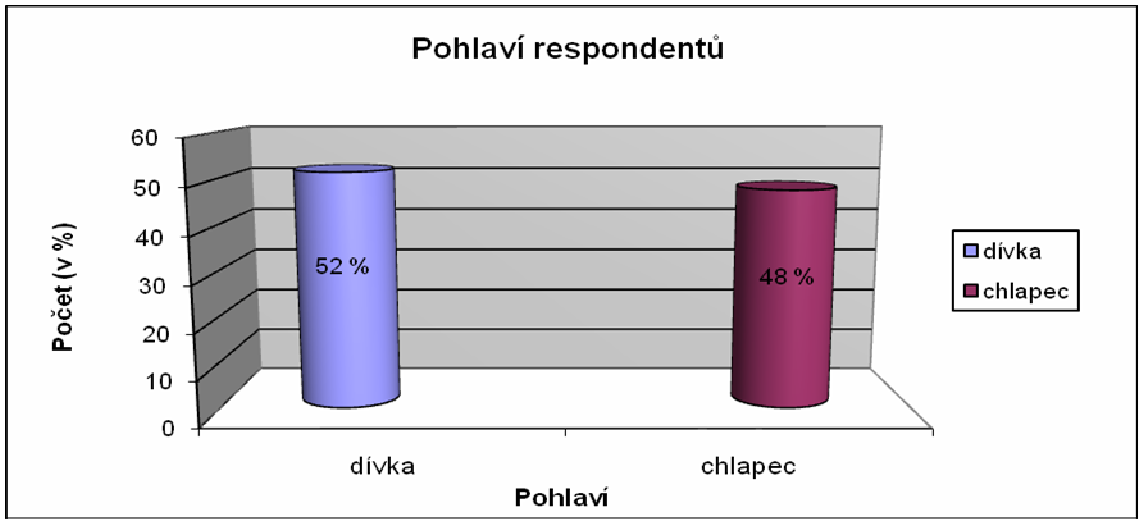
3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo 52 dětí, z toho bylo 15 dětí s nadváhou a 37 s obezitou a 52 rodičů těchto dětí. Do výzkumného souboru byly zařazeny i děti s nadváhou, neboť nadváha je předzvěstí obezity a edukace těchto dětí i jejich rodičů probíhá stejně jako u obézních dětí, proto jsme tyto respondenty nevyřadili z výzkumného souboru. Dotazník byl rozdán ve Fakultní nemocnici v Plzni, u praktické lékařky pro děti a dorost MUDr. Kristýny Kozderkové v Kaznějově a MUDr. Aleny Šebkové v Plzni. Dále byly dotazníky zasílány do Obezitologické společnosti STOB obezita, ale bohužel se nevrátily nazpět. Z celkového počtu 60 rozdaných dotazníků pro děti s obezitou se jich vrátilo 52, což odpovídá 87 % návratnosti. Z počtu 60 rozdaných dotazníků pro rodiče se jich vrátilo 52, což odpovídá 87 % návratnosti.

4. Výsledky

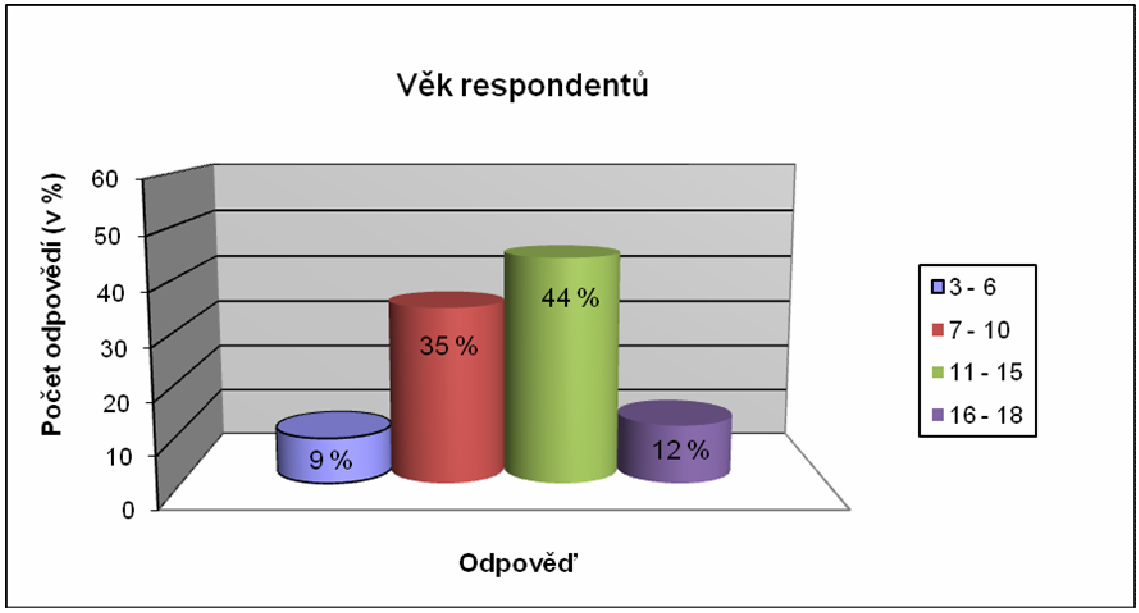
4.1 Výsledky dotazníkového šetření – děti

Graf 1



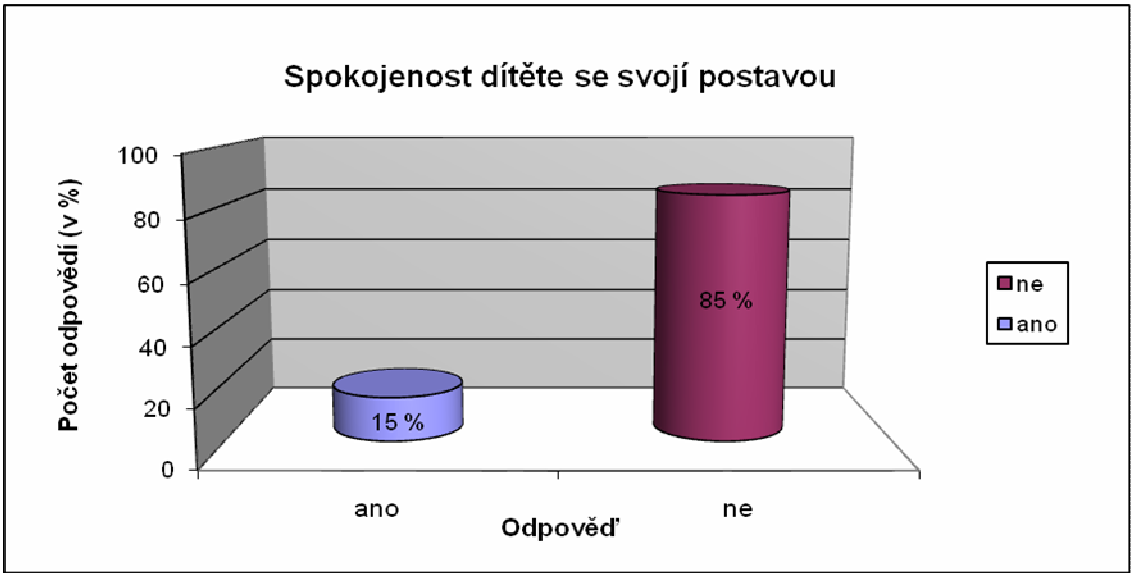
Z celkového počtu 52 dětí, což je 100%, bylo 27 (52 %) dívek a 25 (48 %) chlapců.

Graf 2



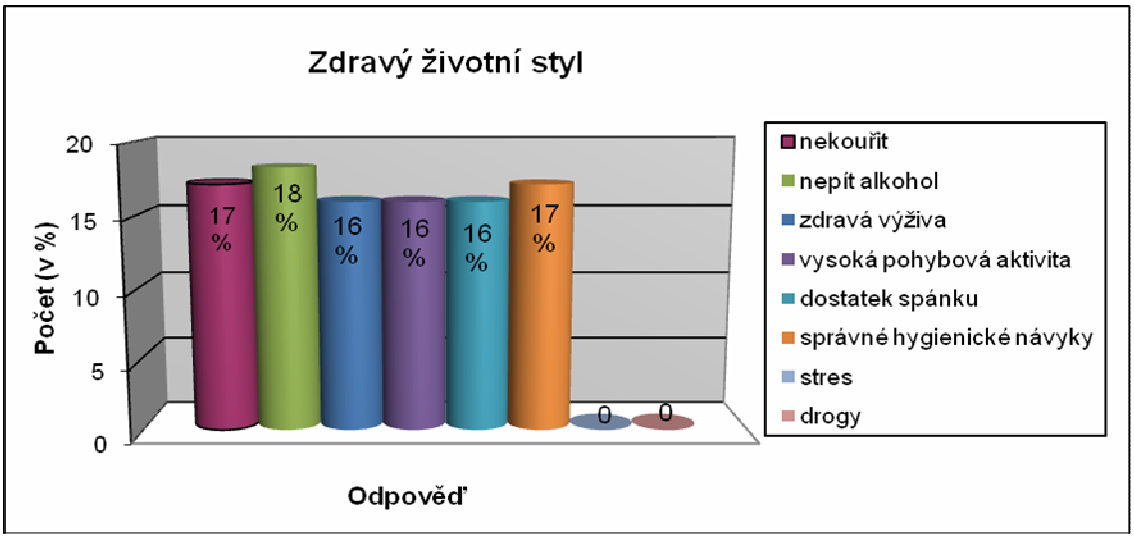
Z celkového počtu 52 dětí bylo ve věku 3 – 6 (předškolní věk) 5 (9 %), ve věku 7 – 10 let (mladší školáci) 18 (35 %), ve věku 11 – 15 let (starší školáci) 23 (44 %) a ve věku 16 – 18 let (dospívající děti, adolescenti) 6 (12 %).

Graf 3



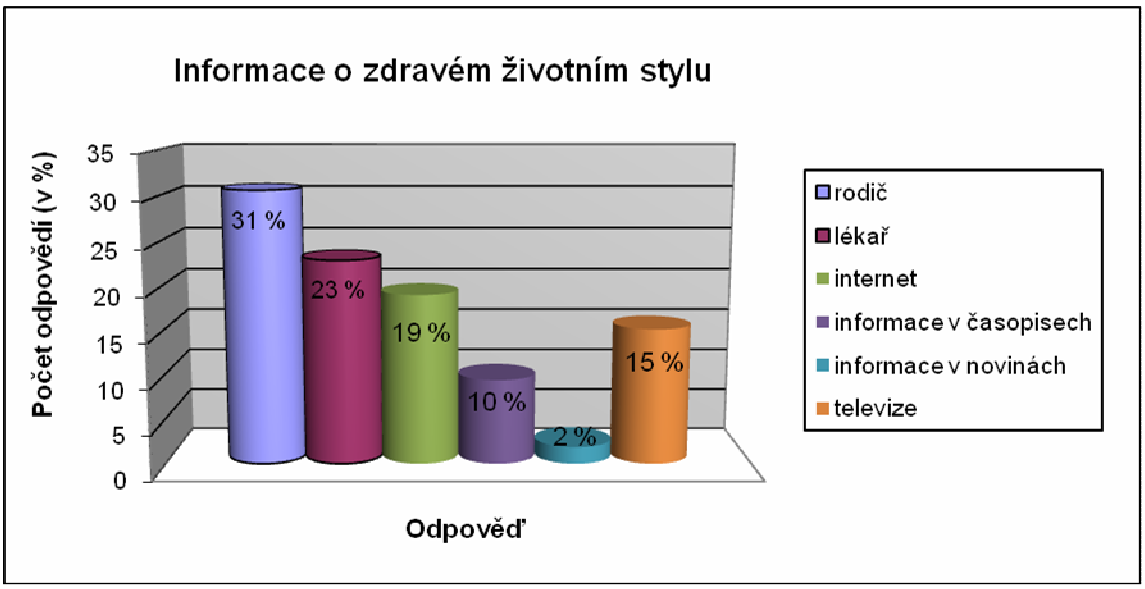
Na otázku, jestli jsou děti spokojeny se svou postavou, odpovědělo z 52 dotazovaných ano 8 (15 %) a ne 44 (85 %).

Graf 4



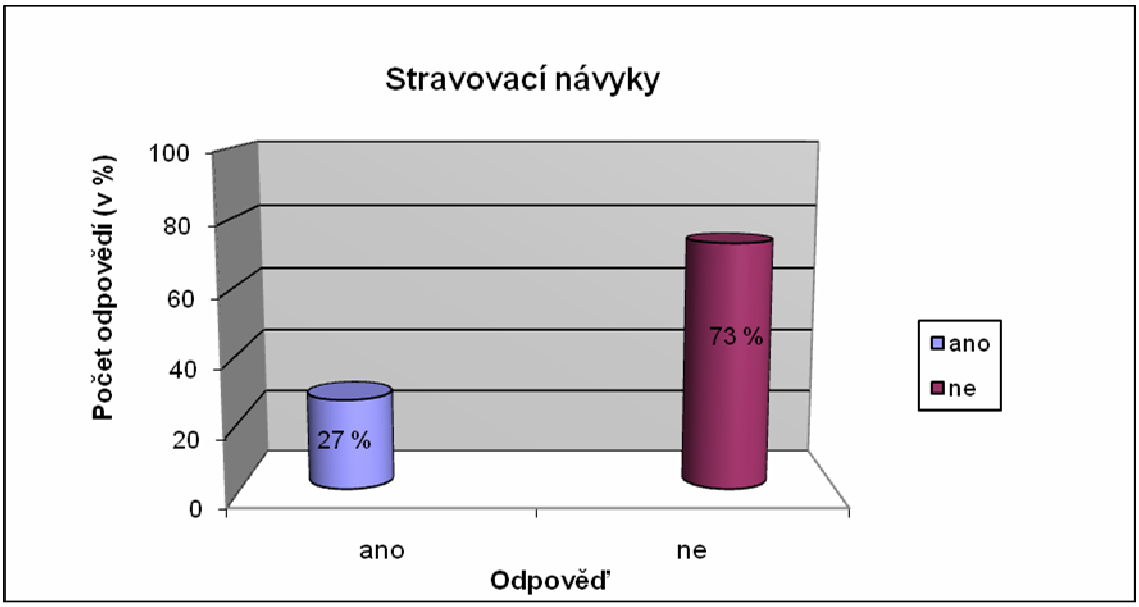
Na otázku, víte, co to patří do zdravého životního stylu, odpovědělo nekouřit 45 (17 %) repondentů, nepít alkohol 48 (18 %), zdravá výživa 43 (16 %), vysoká pohybová aktivita 41 (16 %), dostatek spánku 40 (16 %), správné hygienické návyky 45 (17 %), stres 0 (0 %), drogy 0 (0 %) dětí. V této otázce měly možnost děti označit více odpovědí.

Graf 5



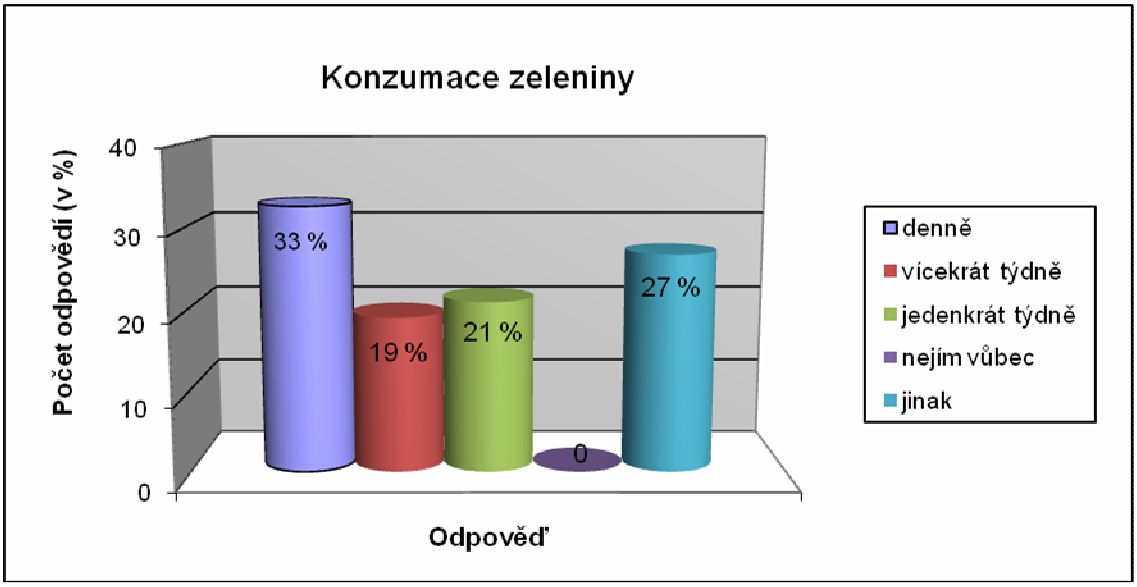
Na otázku, informace o zdravém životním stylu ti nejvíce poskytl, nejčastější odpovědí bylo: rodič 16 (31 %), lékař 12 (23 %), internet 10 (19 %), informace v časopisech 5 (10 %), informace v novinách 1 (2 %), televice 8 (15%).

Graf 6



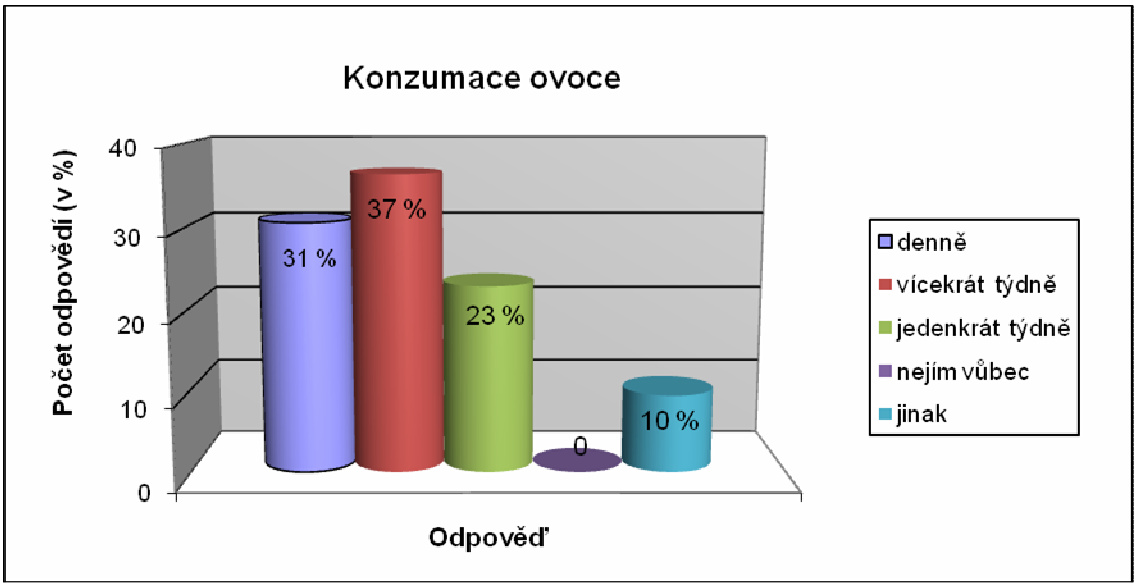
Na otázku domníváš se, že tvoje stravovací návyky odpovídají zásadám správné životosprávy, odpovědělo ano 14 (27 %) a ne 38 (73 %) z dotazovaných dětí.

Graf 7



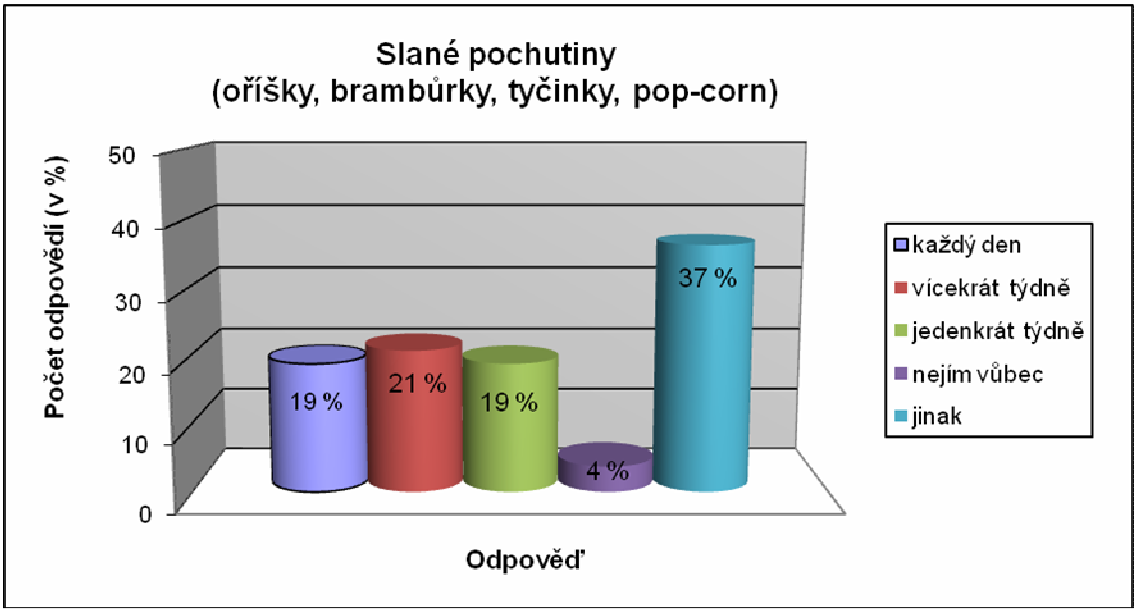
Na otázku, jak často jíš zeleninu, odpovědělo z 52 dětí, denně 17 (33 %), vícekrát týdně 10 (19 %), jedenkrát týdně 11 (21 %), nejím vůbec 0 (0 %), jinak 14 (27 %).

Graf 8



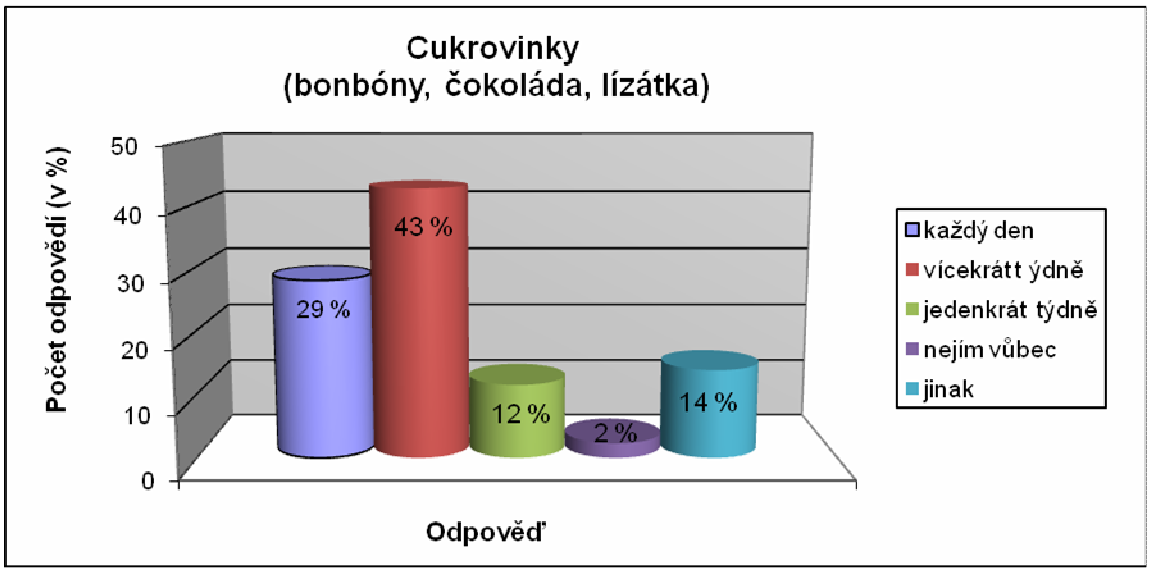
Na otázku, jak často jíš ovoce, odpovědělo denně 16 (31 %), vícekrát týdně 19 (37 %), jedenkrát týdně 12 (23 %), nejím vůbec 0 (0 %), jinak 5 (10 %) dětí.

Graf 9



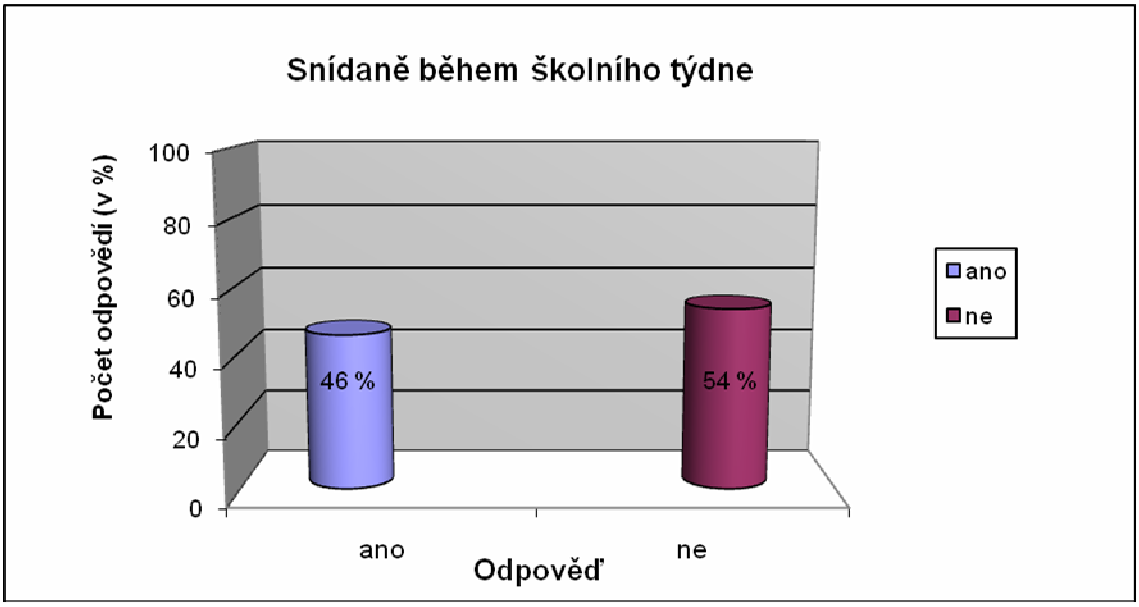
Na otázku, jak často jíš slané pochutiny, odpovědělo z 52 dětí, každý den 10 (19 %), vícekrát týdně 11 (21 %), jedenkrát týdně 10 (19 %), nejím je 2 (4 %), jinak 19 (37 %).

Graf 10



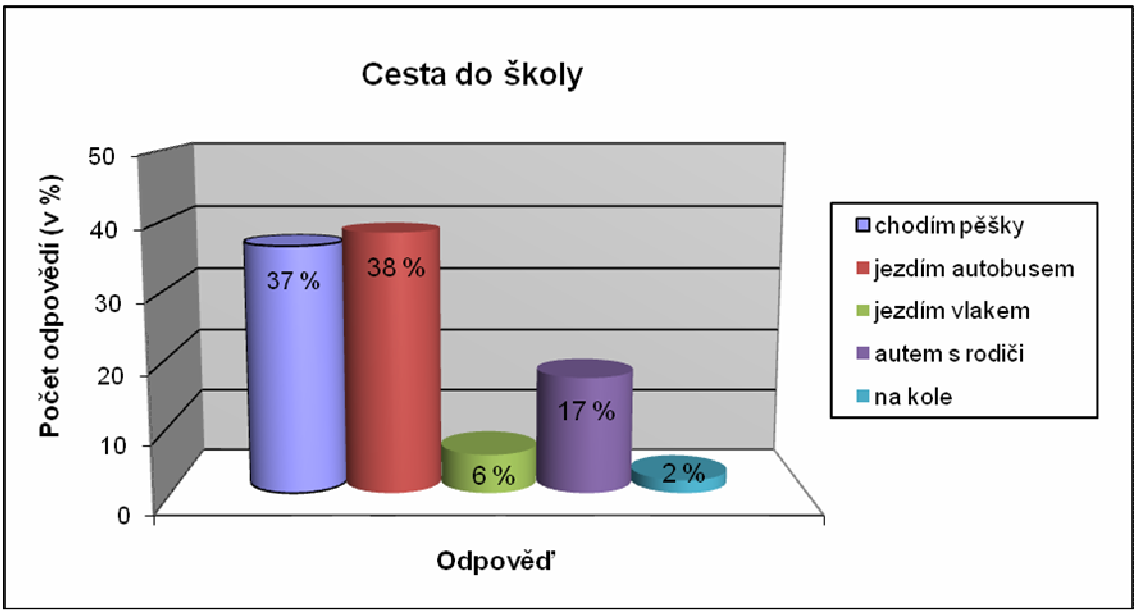
Na otázku, jak často jíš cukrovinky, odpovědělo každý den 12 (29 %), vícekrát týdně 18 (43 %), jedenkrát týdně 5 (12%), nejím je 1 (2 %), jinak 6 (14 %) dětí.

Graf 11



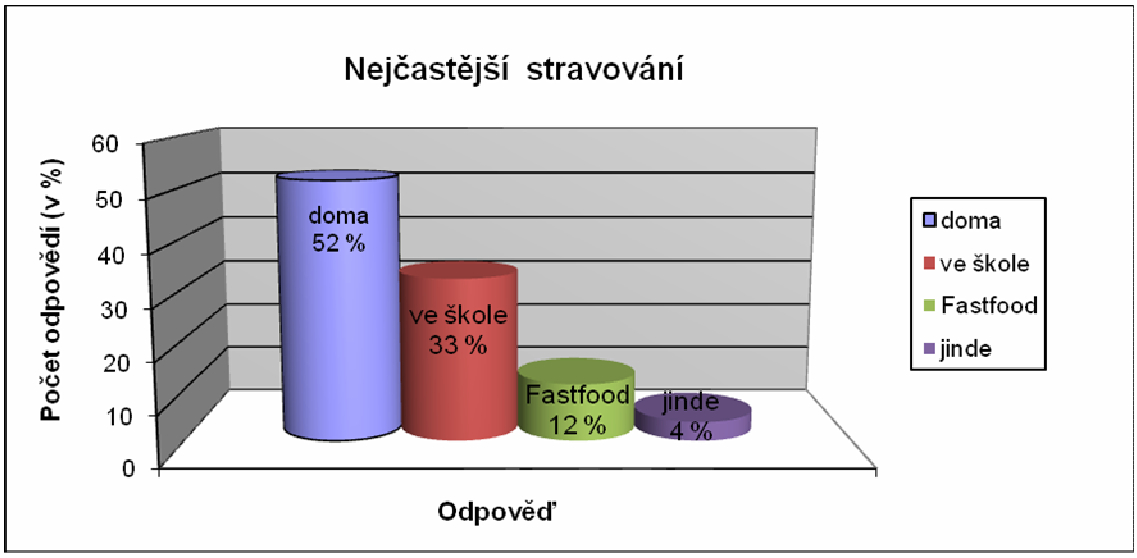
Na otázku č. 11. Snídáš během školního týdne pravidelně, odpovědělo z 52 dětí ano 24 (46 %) a ne 28 (54 %).

Graf 12



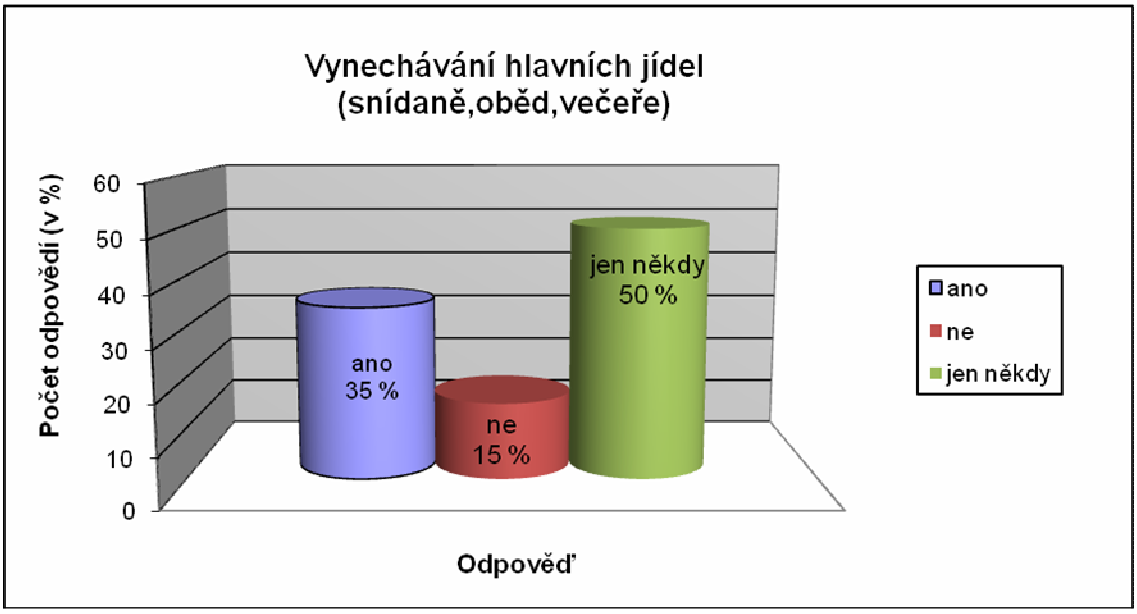
Na otázku č. 12. Odpovědělo 19 (37 %) dětí chodím pěšky, jezdím autobusem 20 (38 %) dětí, jezdím vlakem 3 (6 %), jezdím autem s rodiči 9 (17 %), jezdím na kole 1 (2 %) dětí.

Graf 13



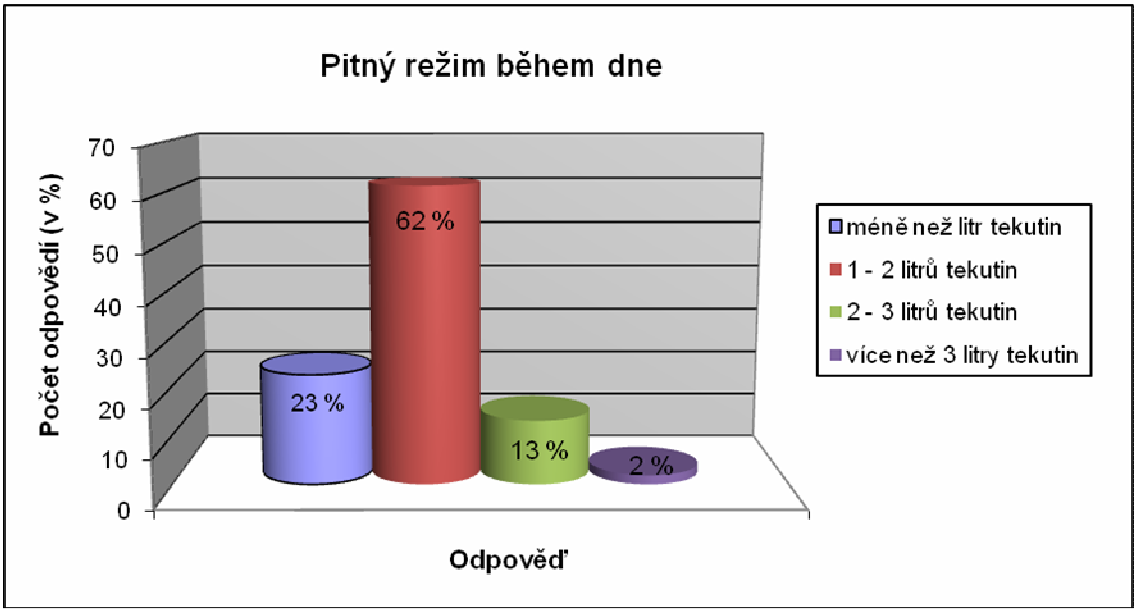
Na otázku, kde se nejčastěji stravuješ, odpovědělo z 52 respondentů, doma 27 (52 %), ve škole 17 (33 %), Fastfood 6 (12 %), jinde 2 (4 %).

Graf 14



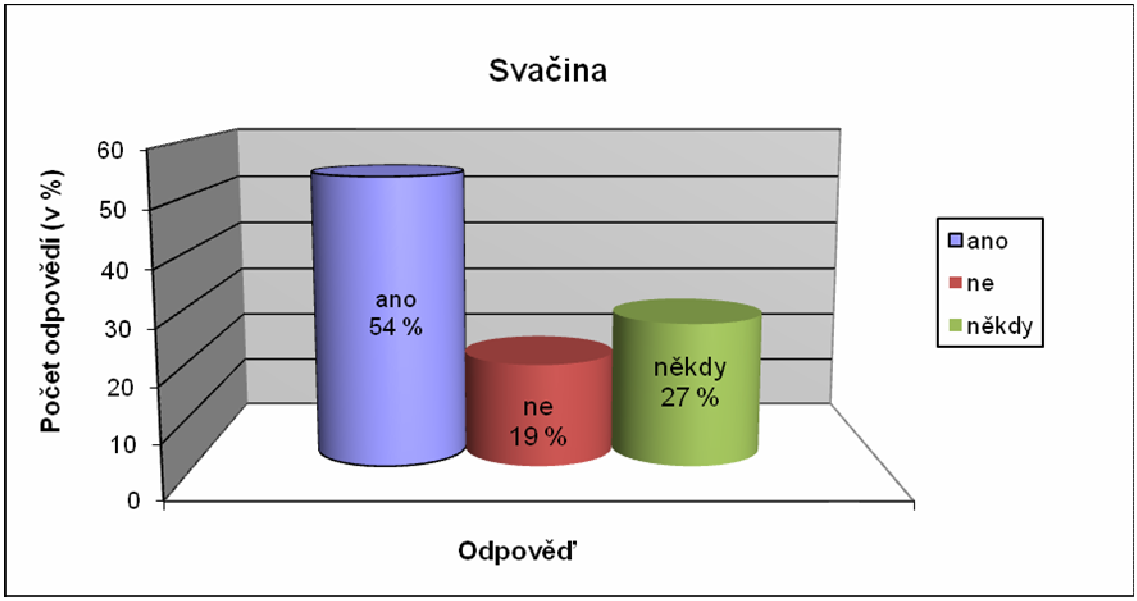
Na otázku, vynecháváš některé z hlavních jídel, odpovědělo ano 18 (35 %), ne 8 (15 %), jen někdy 26 (50 %) z 52 dotazovaných dětí.

Graf 15



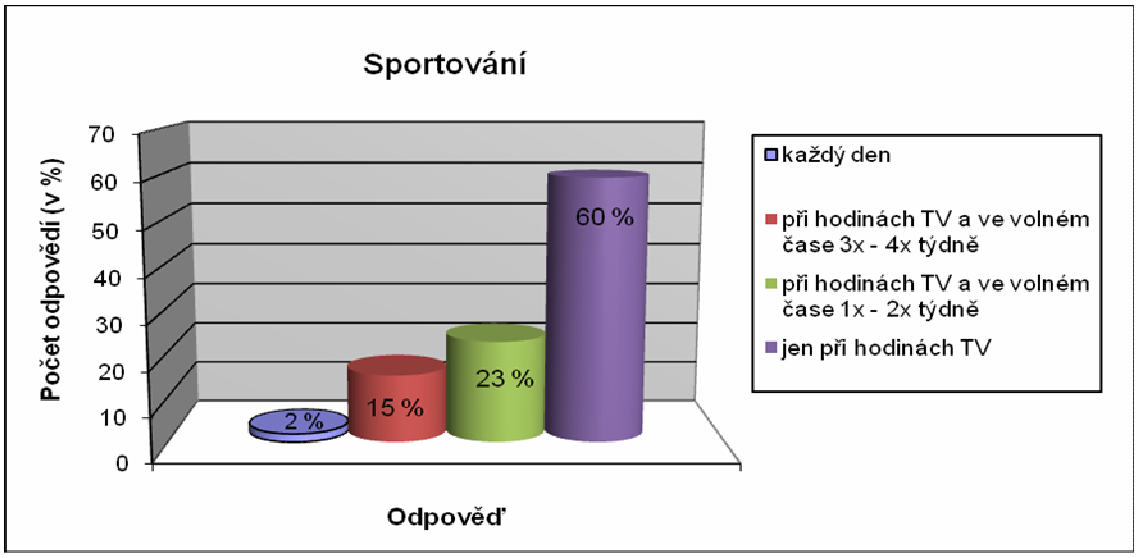
Na otázku, kolik denně asi vypiješ litrů tekutin, odpovědělo méně než litr tekutin 12 (23 %), 1 – 2 litrů tekutin 32 (62 %), 2 – 3 litrů tekutin 7 (13 %), více než 3 litry tekutin 1 (2 %) z 52 dotazovaných dětí.

Graf 16



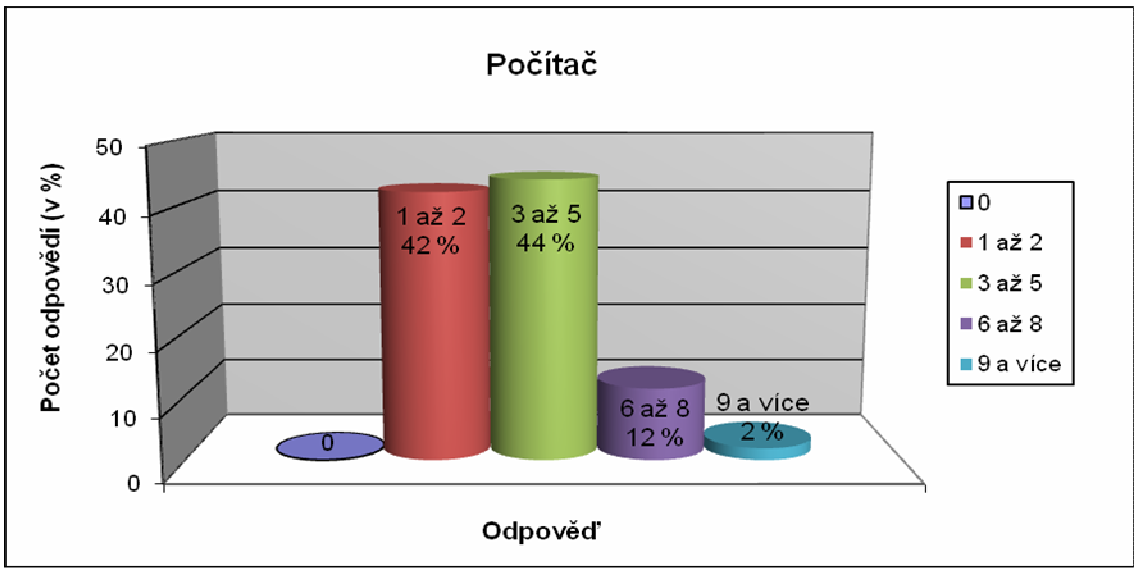
Na otázku, nosíš do školy denně svačinu, odpovědělo ano 28 (54 %), ne 10 (19 %), někdy 14 (27 %) dětí.

Graf 17



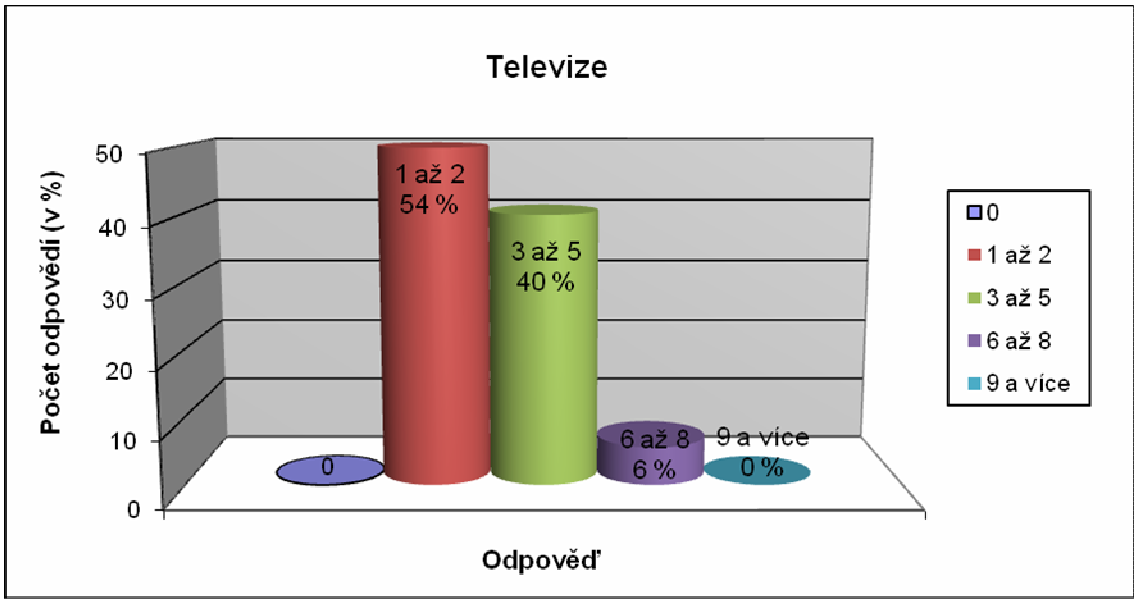
Na otázku, kolikrát týdně sportuješ, odpověděl každý den 1 (2 %) respondent, při hodinách tělesné výchovy a ve volném čase 3x – 4x týdně 8 (15 %), při hodinách tělesné výchovy a ve volném čase 1x – 2x týdně 12 (23 %), jen při hodinách tělesné výchovy 31 (60 %) z 52 dotazovaných dětí.

Graf 18



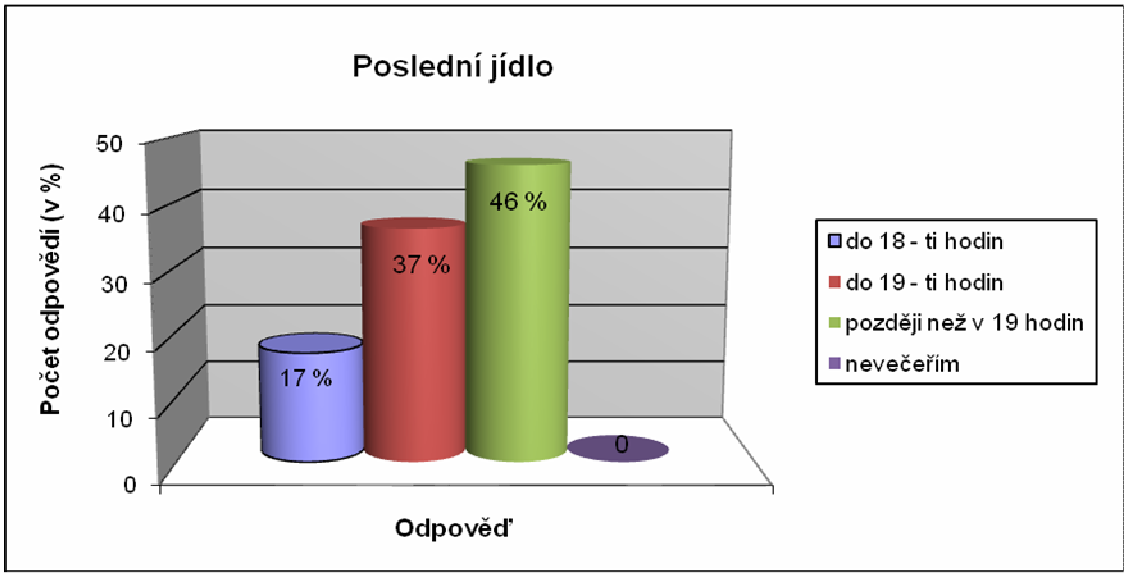
Na otázku, kolik hodin trávíš denně u počítače, z 52 dětí odpovědělo: 0 hodin 0 (0 %), 1 – 2 hodin 22 (42 %), 3 – 5 hodin 23 (44 %), 6 – 8 hodin 6 (12 %), 9 a více hodin 1 (2 %).

Graf 19



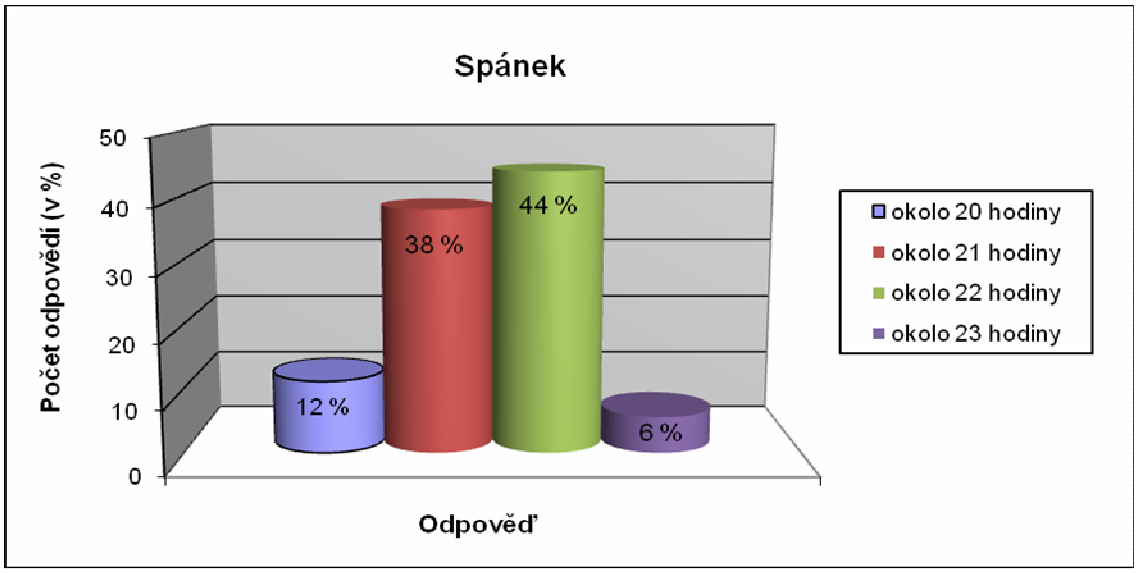
Na otázku, kolik hodin trávíš denně u televize, z 52 dětí odpovědělo: 0 hodin 0 (0 %), 1 – 2 hodin 28 (54 %), 3 – 5 hodin 21 (40 %), 6 – 8 hodin 3 (6 %), 9 a více hodin 0 (0 %).

Graf 20



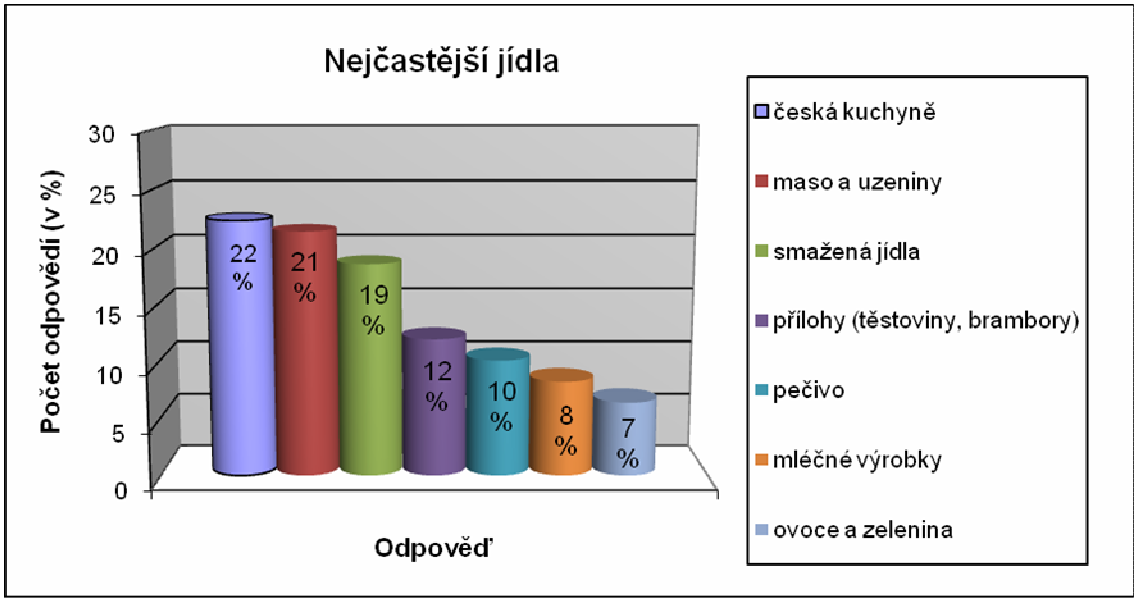
Na otázku, v kolik hodin máš poslední jídlo odpovědělo z 52 dotazovaných do 18 – ti hodin 9 (17 %), do 19 – hodin 19 (37 %), později než v 19 hodin 24 (46 %), nevečeřím 0 (0 %).

Graf 21



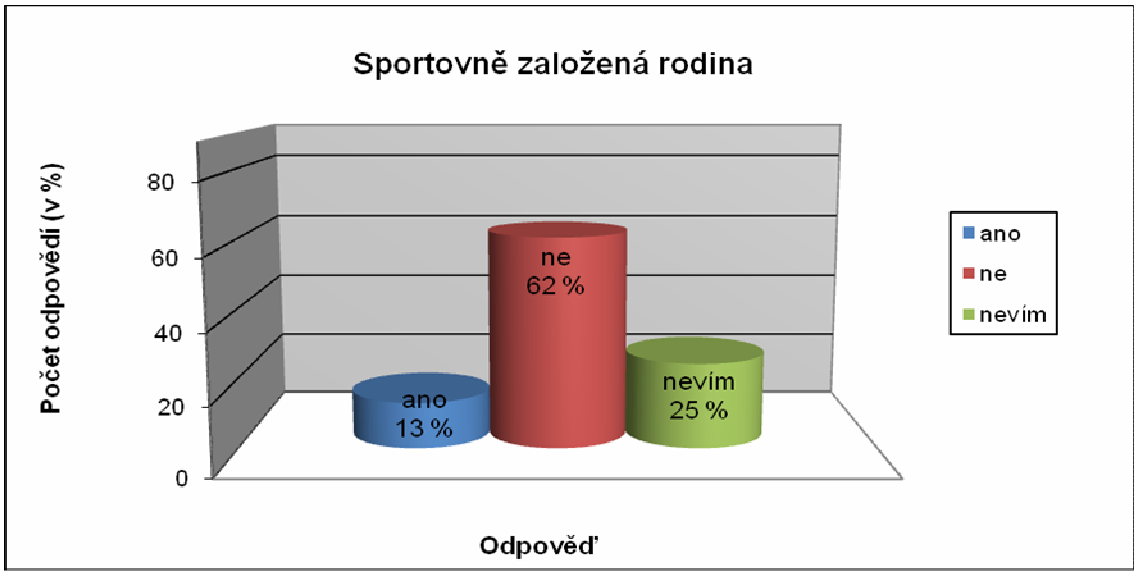
Na otázku, v kolik chodíš spát, odpovědělo z 52 dětí okolo 20 hodiny 6 (12 %), okolo 21 hodiny 20 (38 %), okolo 22 hodiny 23 (44 %), okolo 23 hodiny 3 (6 %).

Graf 22



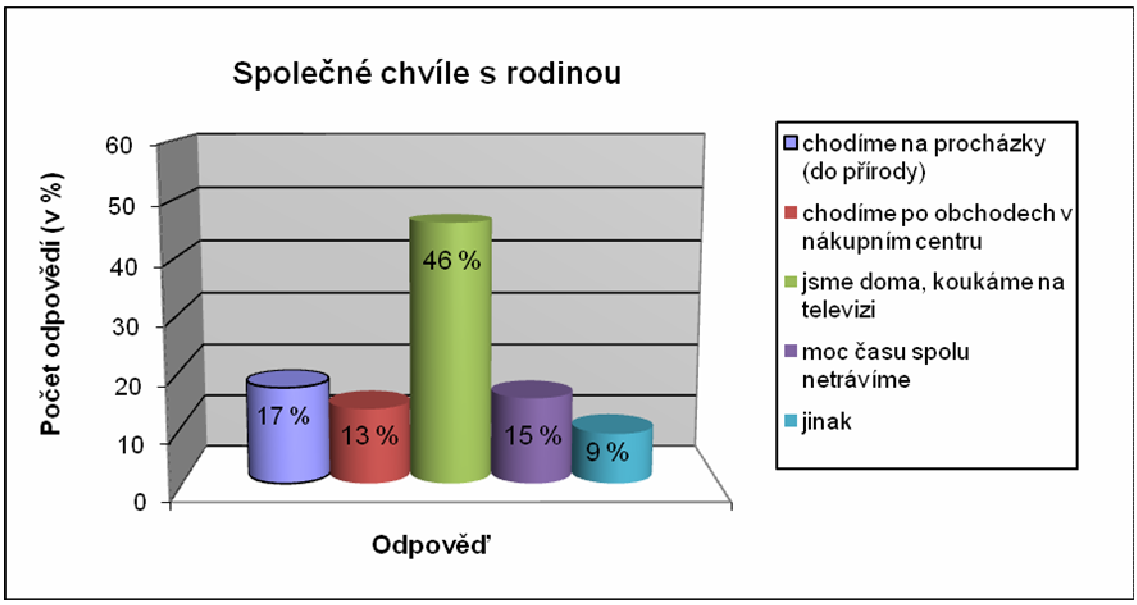
Na otázku, co se u Vás doma jí nejčastěji, uvedlo, českou kuchyni 24 (22 %), maso a uzeniny 23 (21 %) dětí, smažená jídla (Fastfood) 20 (19 %) dětí, přílohy 13 (12 %) dětí, pečivo 11 (10 %) dětí, mléčné výrobky 9 (8 %) dětí, ovoce a zelenina 7 (7 %) dětí. Zde měli děti možnost více odpovědí.

Graf 23



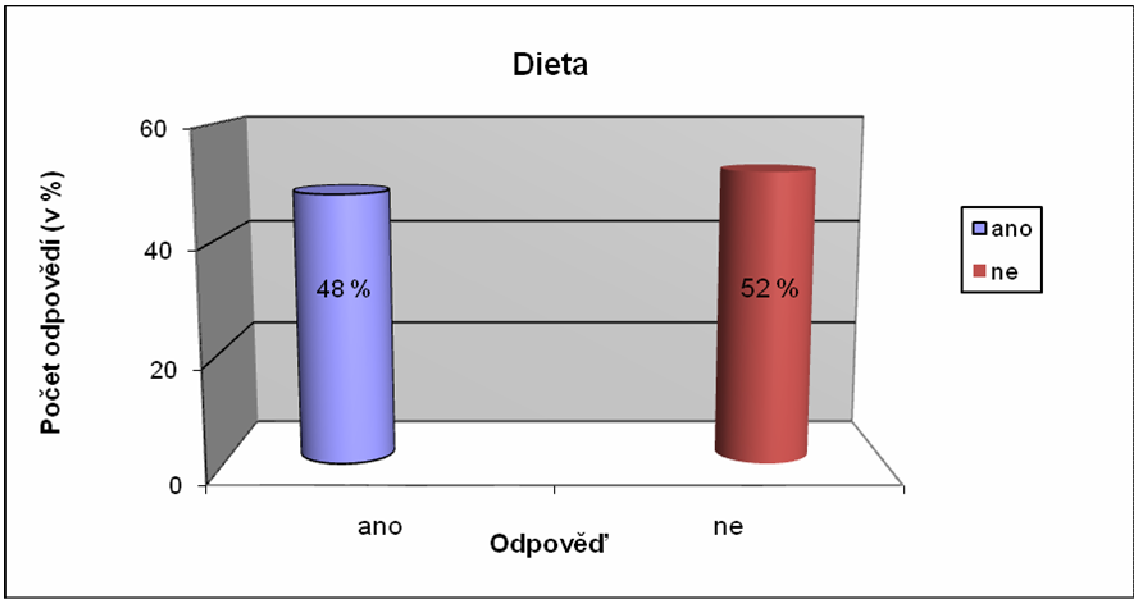
Na otázku, je tvoje rodina sportovně založená, odpovědělo ano 7 (13 %), ne 32 (62 %) a nevím 13 (25 %) dětí.

Graf 24



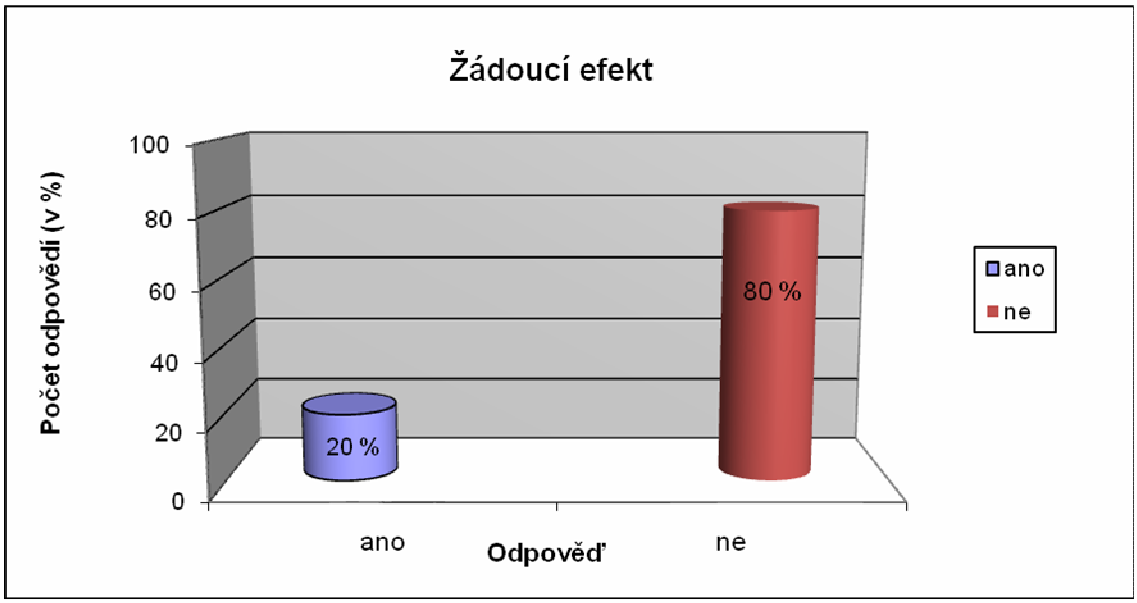
Na otázku, jak děti tráví společné chvíle s rodiči, odpovědělo: chodíme na procházky (do přírody) 9 (17 %), chodíme po obchodech v nákupním centru 7 (13 %), jsme doma a koukáme na televizi 24 (46 %), moc času spolu netrávíme 8 (15 %), jinak 4 (9 %) dětí.

Graf 25



Na otázku, zkusil(a) jsi někdy nějaký druh diety, odpovědělo ano 25 (48 %) a ne 27 (52 %) z 52 dotazovaných dětí.

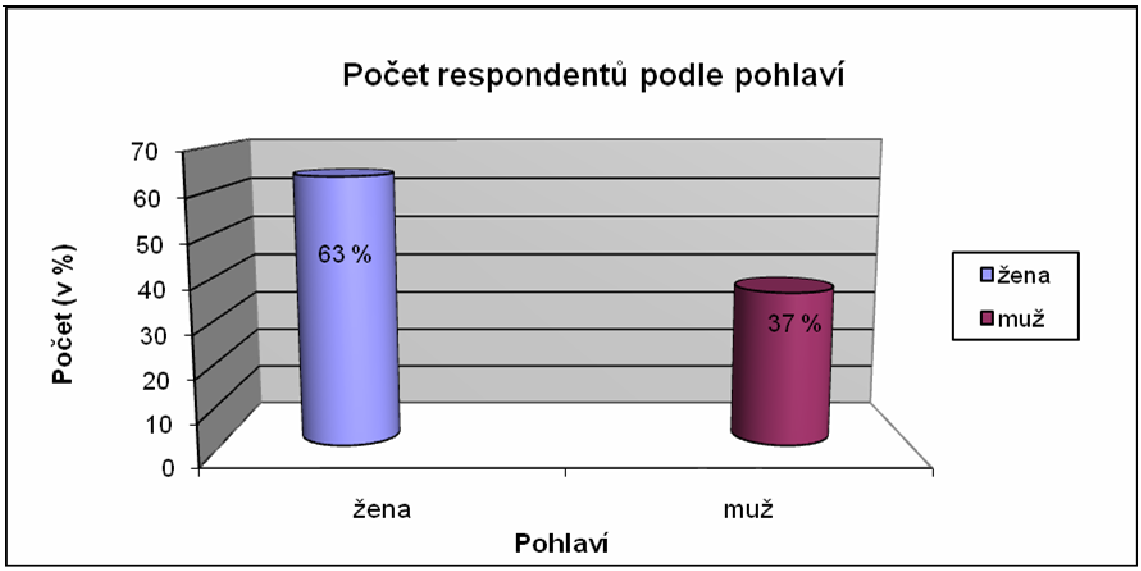
Graf 26



Na otázku, pokud jsi někdy dietu zkusil(a), měla žádoucí efekt, která vychází z předchozí otázky, odpovědělo z 25 dětí ano 5 (20 %) a ne 20 (80 %).

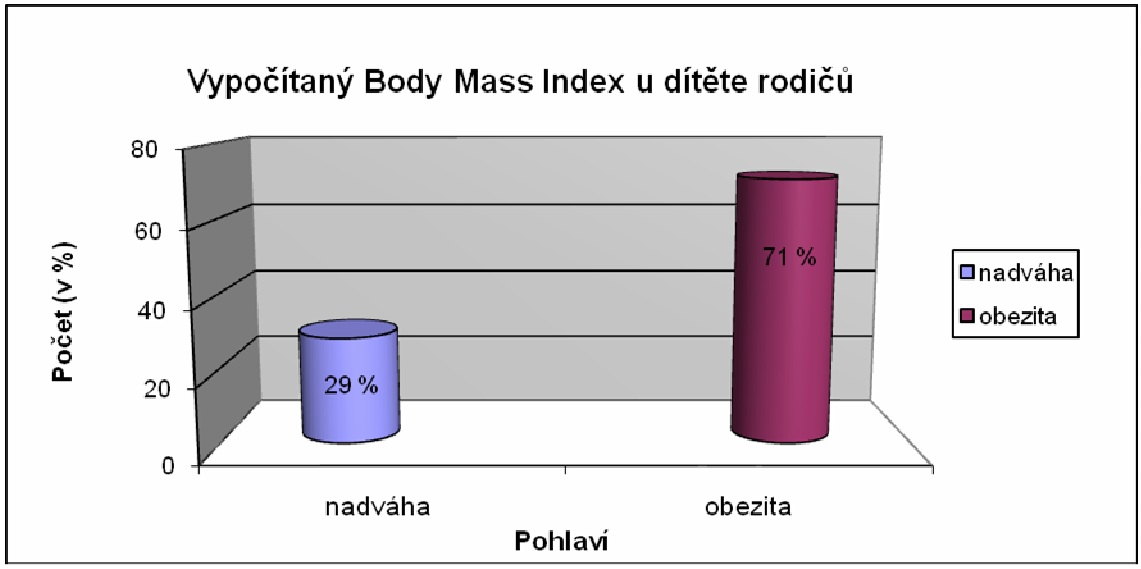
4.2 Výsledky dotazníkového šetření - rodiče

Graf 27



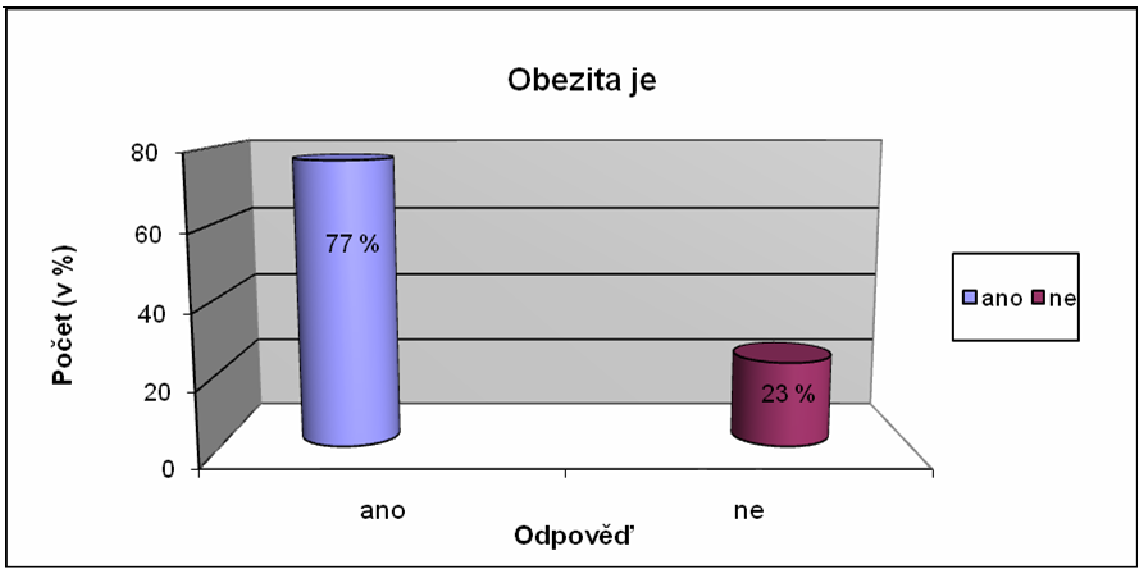
Z celkového počtu 52 respondentů (rodičů) bylo 33 (63 %) žen a 19 (37 %) můžu.

Graf 28



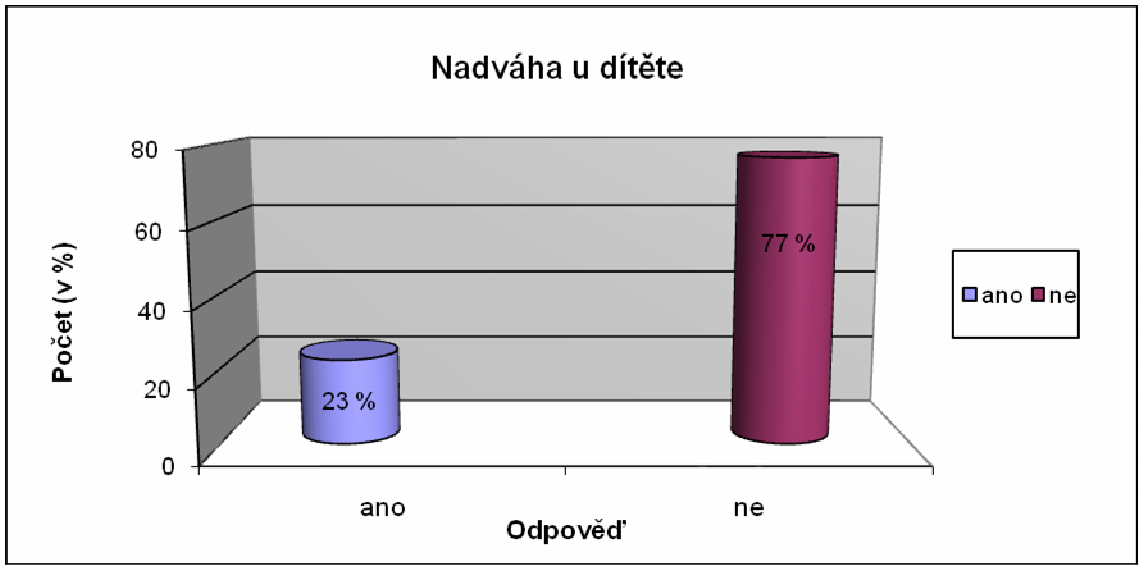
Na zpracování hodnot uvedených v grafu 28 jsme použili otázky 2., 3. a 4. z dotazníku pro rodiče a vypočítala jsem Body Mass Index u jejich dětí, nadváhu má 15 (29 %) a obezitu 37 (71 %) z 52 dotazovaných dětí.

Graf 29



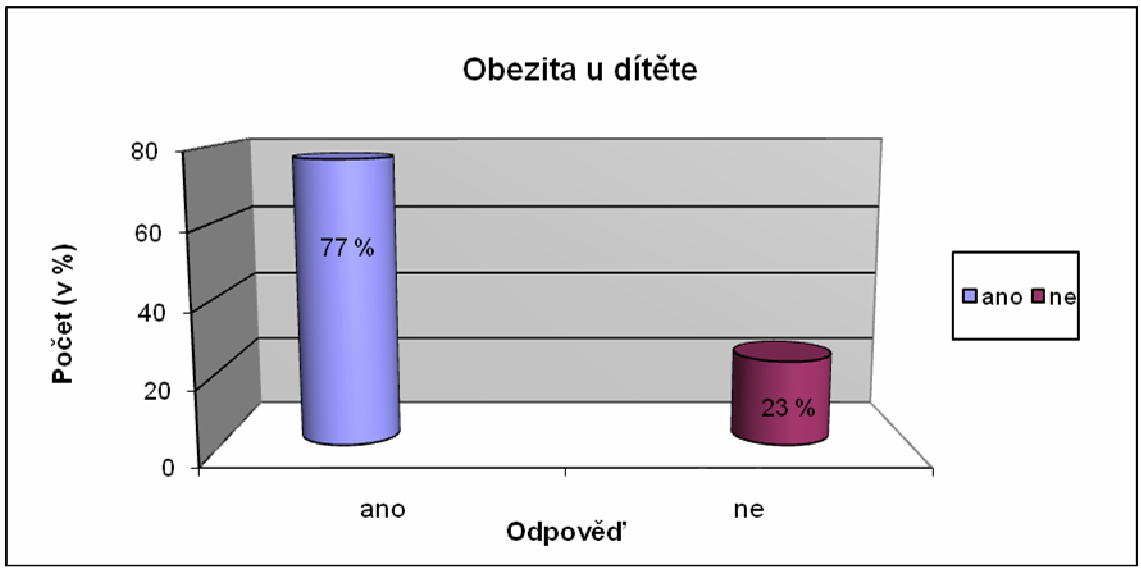
Na otázku, víte, co je to obezita, odpovědělo z 52 respondentů ano 40 (77 %), ne 12 (23 %).

Graf 30



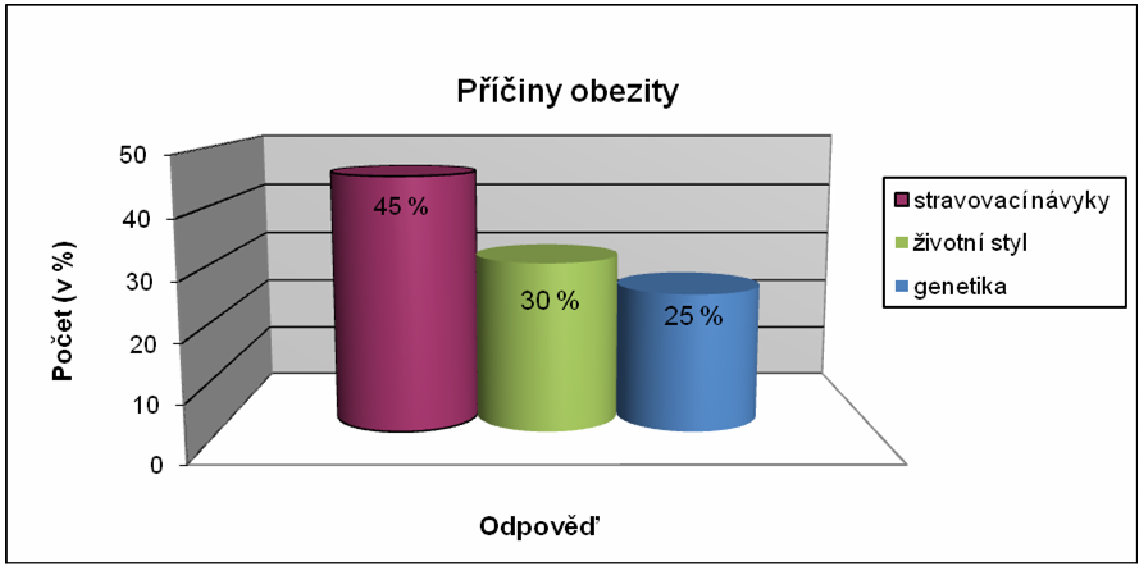
Na otázku, má Vaše dítě nadváhu, odpovědělo ano 12 (23 %) a ne 40 (77 %) z 52 dotazovaných.

Graf 31



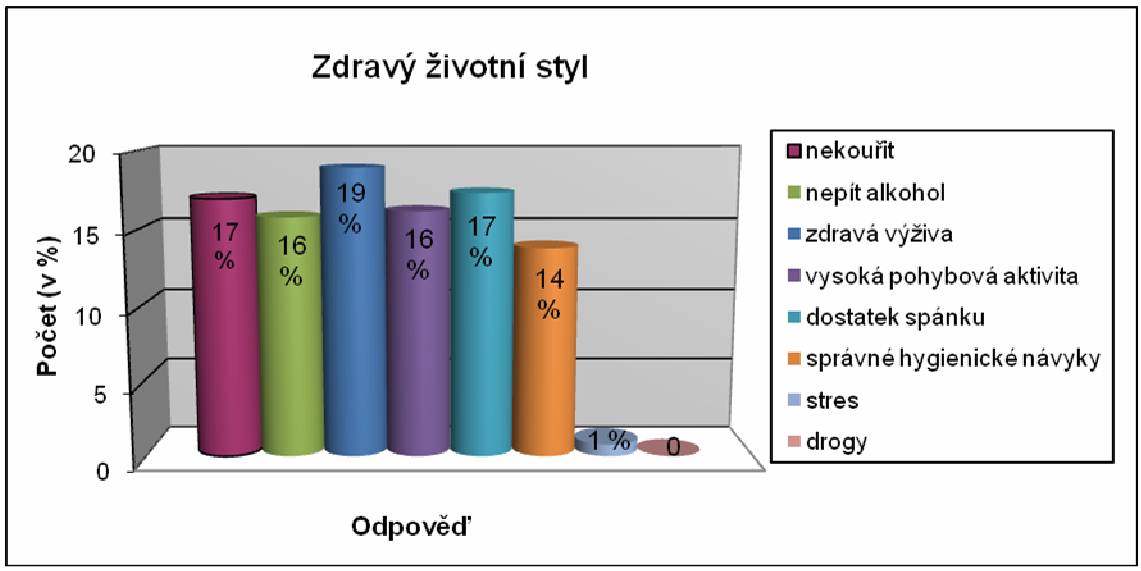
Na otázku, má Vaše dítě obezitu, odpovědělo z 52 respondentů ano 40 (77 %) a ne 12 (23 %).

Graf 32



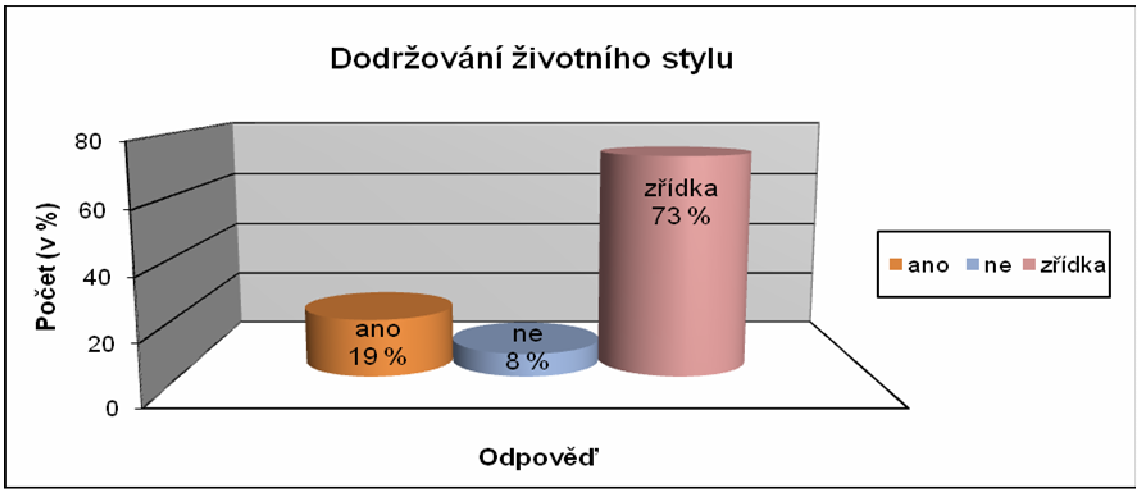
Na otázku, co podle Vás ovlivňuje vznik obezity u dětí, vypsali rodiče tyto možnosti: stravovací návyky 33 (45 %), životní styl 22 (30 %), genetika 18 (25 %).

Graf 33



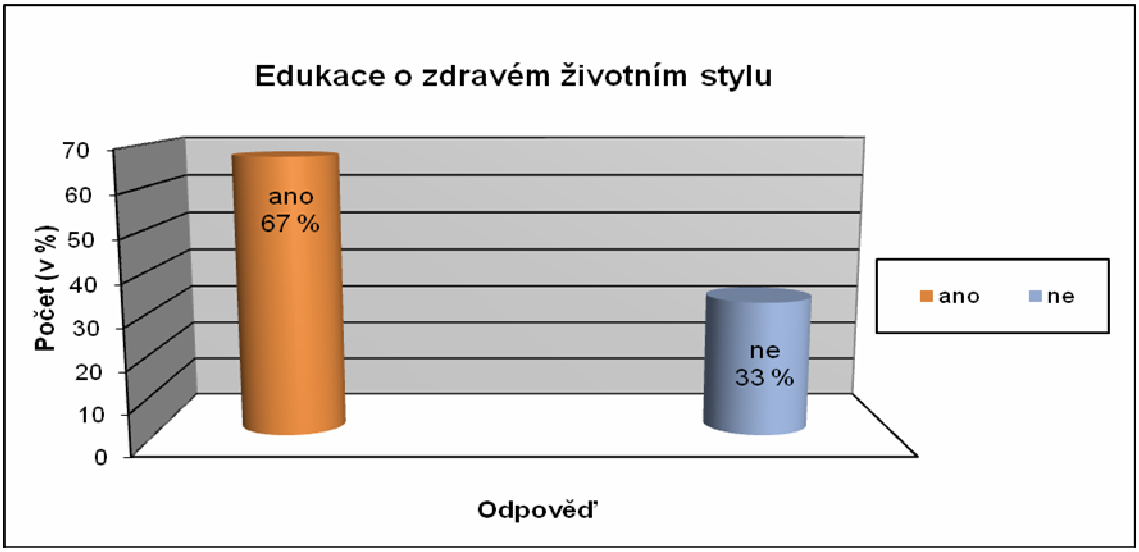
Na otázku, víte, co to patří do zdravého životního stylu, odpovědělo nekouřit 43 (17 %) repondentů, nepít alkohol 40 (16 %), zdravá výživa 48 (19 %), vysoká pohybová aktivita 41 (16 %), dostatek spánku 44 (17 %), správné hygienické návyky 35 (14 %), stres 2 (1 %), drogy 0 (0 %) resondentů.V této otázce měli možnost respondenti označit více odpovědí.

Graf 34



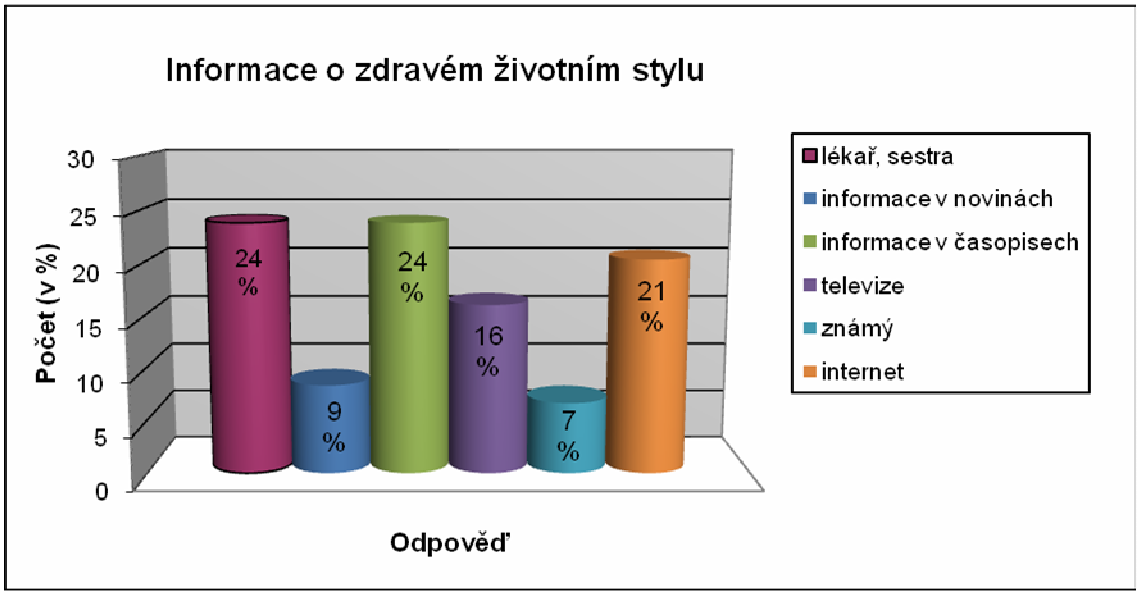
Na otázku, dodržujete zdravý životní styl, odpovědělo z 52 respondentů ano 10 (19 %), ne 4 (8 %), zřídka 38 (73 %).

Graf 35



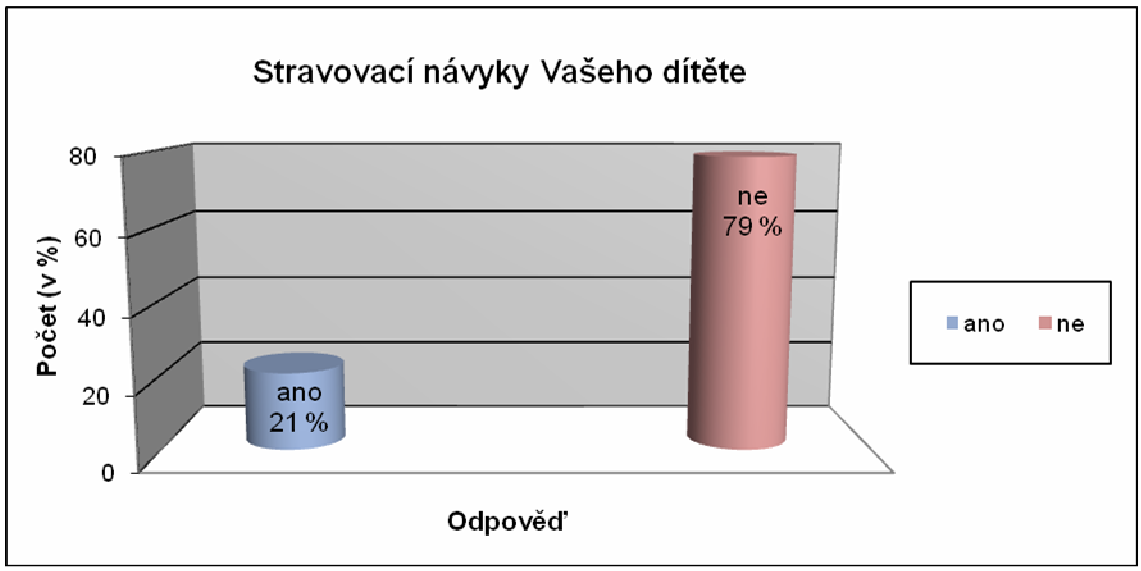
Na otázku, edukovali jste své dítě o zdravém životním stylu, odpovědělo z 52 respondentů ano 35 (67 %) a ne 17 (33 %).

Graf 36



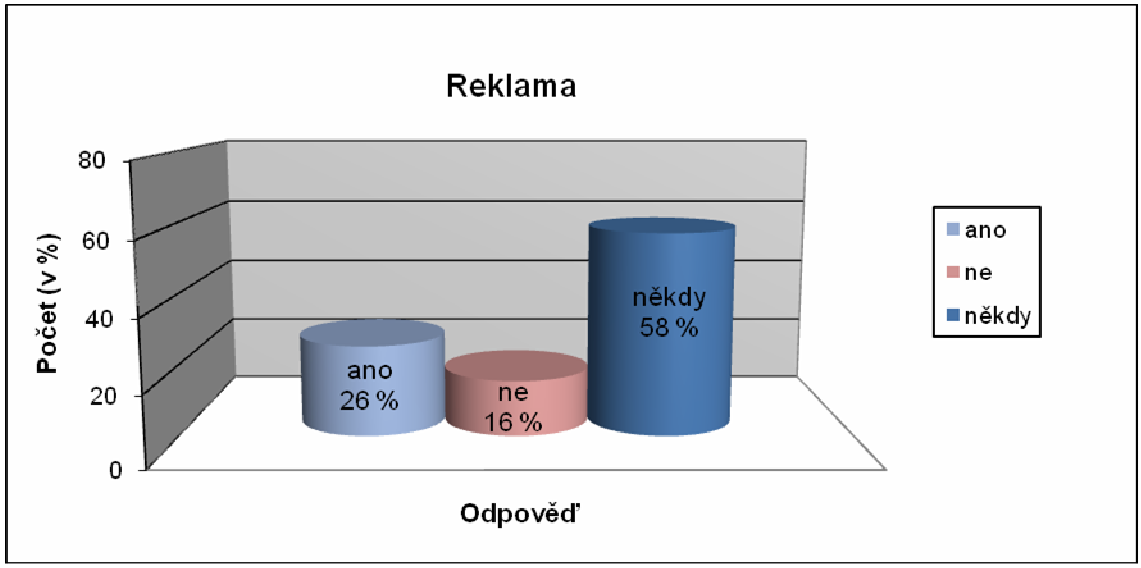
Na otázku, Informace o zdravém životním stylu Vám nejvíce odpověděli, (zde měli možnost respondenti označit více odpovědí), lékař - sestra 28 (24 %), informace v novinách 10 (9 %), informace v časopisech 28 (24 %), televize 19 (16 %), známý 8 (7 %), internet 24 (21 %).

Graf 37



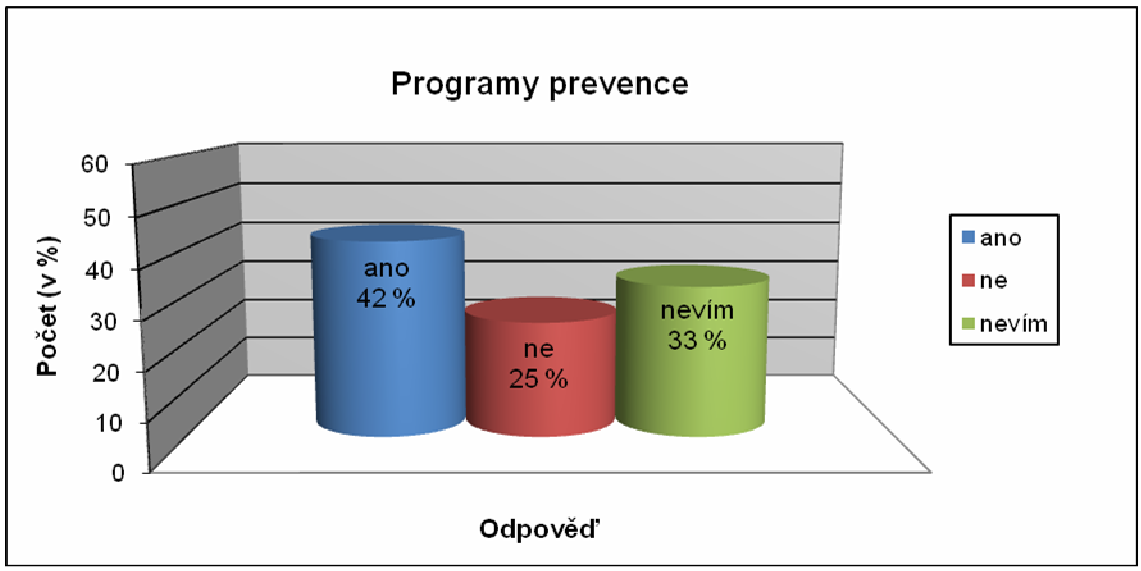
Na otázku, domníváte se, že stravovací návyky Vašeho dítěte odpovídají zásadám správné životosprávy odpovědělo ano 11 (21 %), ne 41 (79 %) z 52 respondentů.

Graf 38



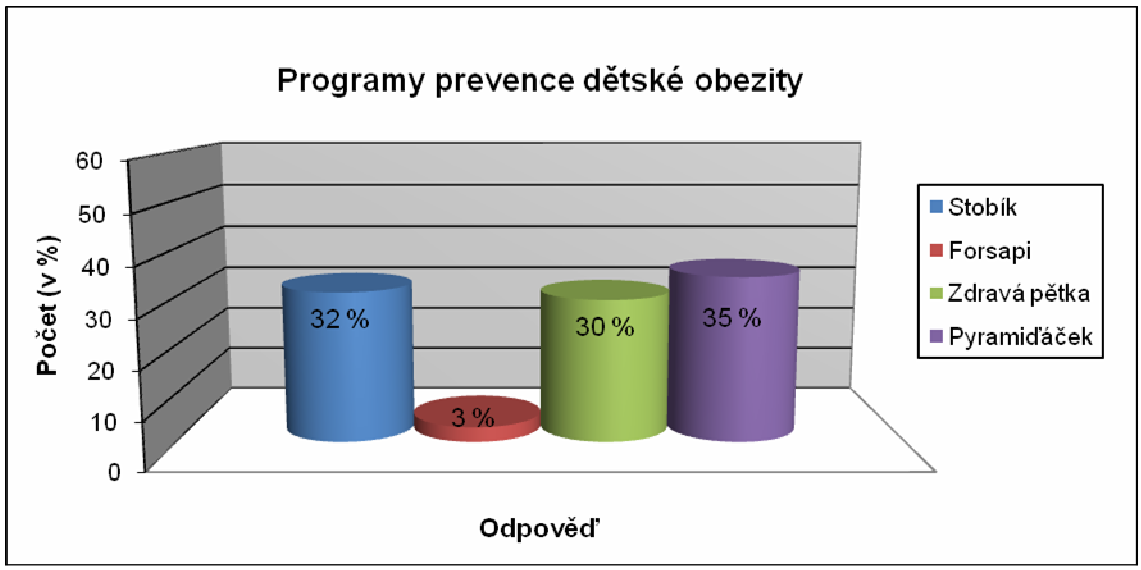
Na otázku, má dle Vašeho názoru reklama vliv na nákup potravin do Vaší rodiny, odpovědělo ano 13 (26 %), ne 8 (16 %) a někdy 29 (58 %) z 52 respondentů.

Graf 39



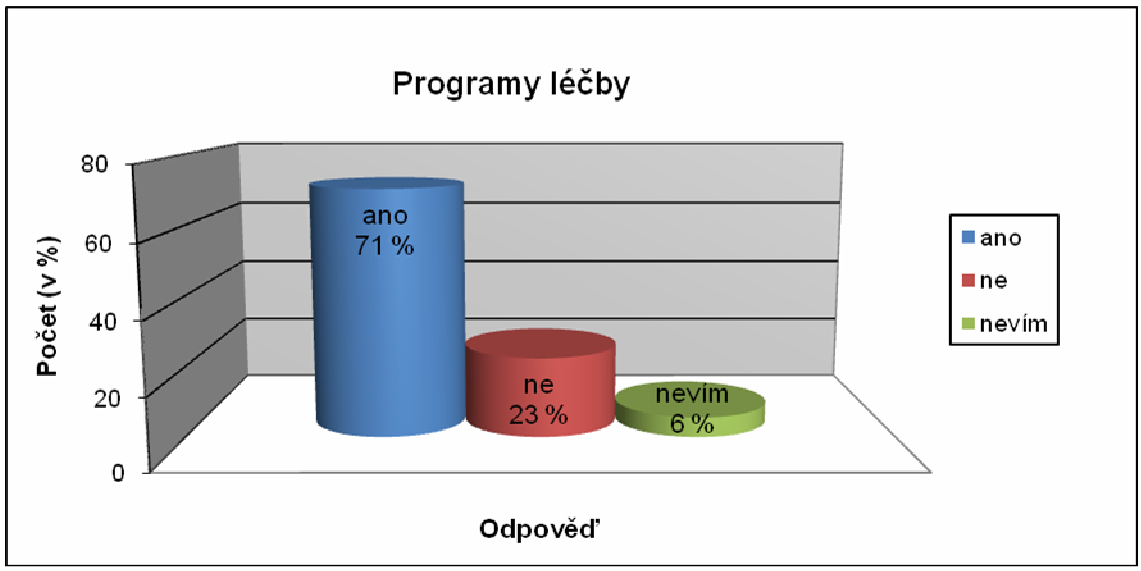
Na otázku, jestli jsou respondenti seznámeni s programy zabývajícími se prevencí dětské obezity, odpovědělo ano 22 (42 %), ne 13 (25 %), nevím 17 (33 %) respondentů.

Graf 40



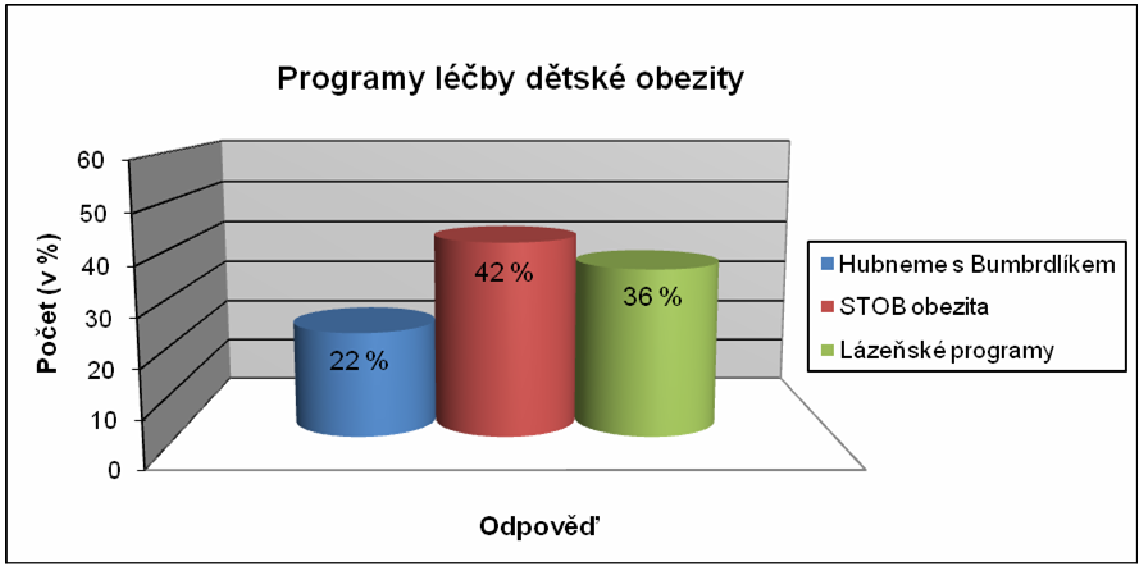
Otázka, jaké znají respondenti programy zabývající se prevencí dětské obezity, která je znázorněna v grafu 40 navazuje na odpověď u předchozího grafu 39. 22 rodičů, kteří odpověděli ano, měli možnost vypsat více odpovědí: Stobík 20 (32 %), Forsapi 2 (3 %), Zdravá pětka 19 (30 %), Pyramiďáček 22 (30 %).

Graf 41



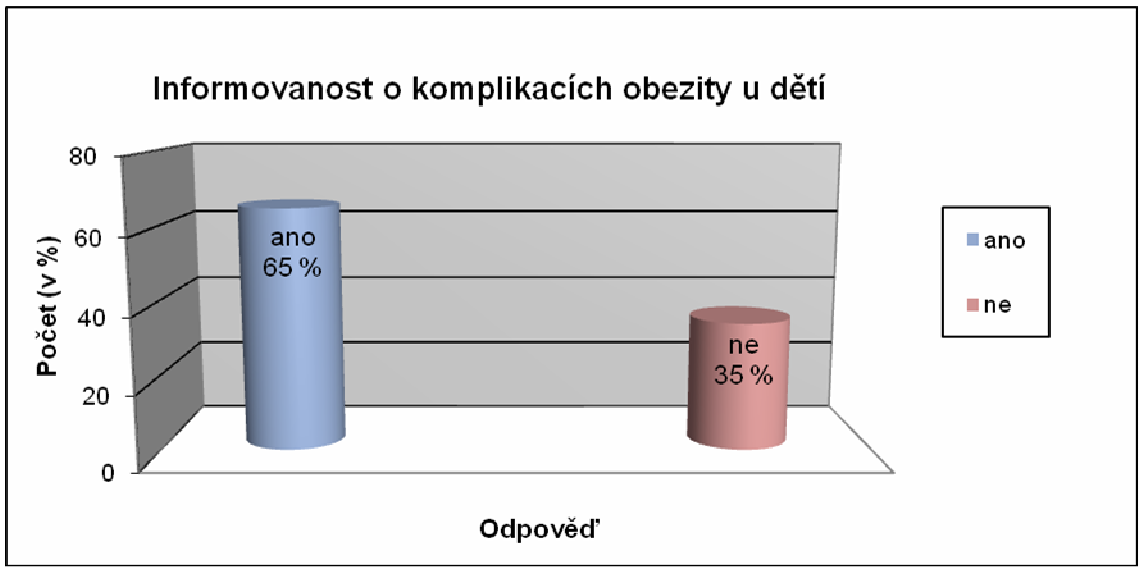
Na otázku, jestli jsou respondenti seznámeni s programy zabývajícími se léčbou dětské obezity, odpovědělo ano 37 (71 %), ne 12 (23 %), nevím 3 (6 %) respondentů.

Graf 42



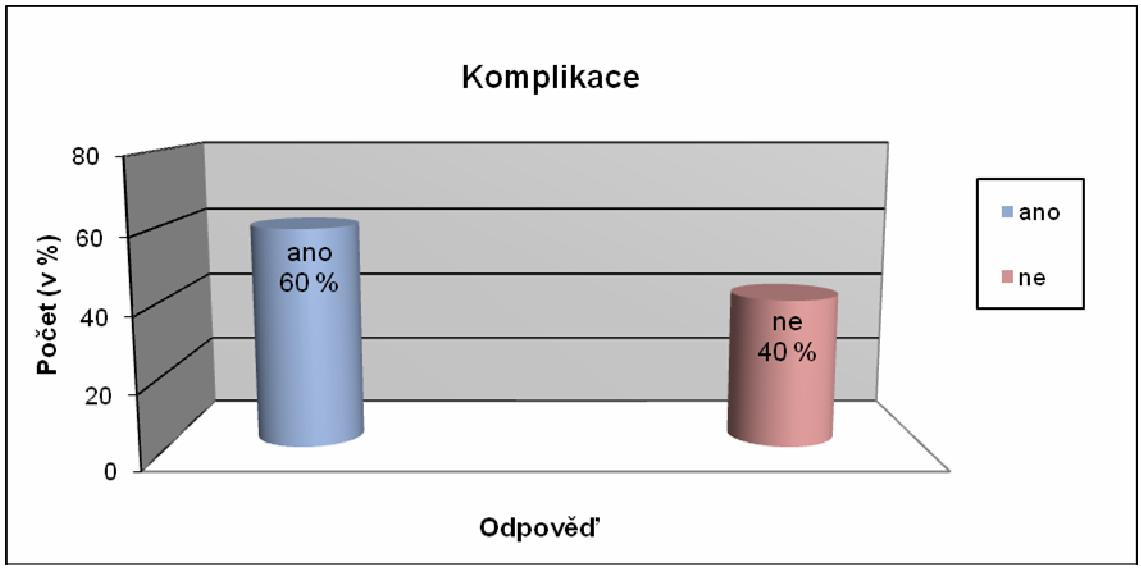
Otázka, jaké znají respondenti programy zabývající se léčbou dětské obezity, která je znázorněna v grafu 42 navazuje na odpověď u předchozího grafu 41. 37 rodičů, kteří odpověděli ano, měli možnost vypsat více odpovědí: Hubneme s Bumbrdlíkem 20 (22 %), STOB obezita 37 (42 %), Lázeňské programy 32 (36 %).

Garf 43



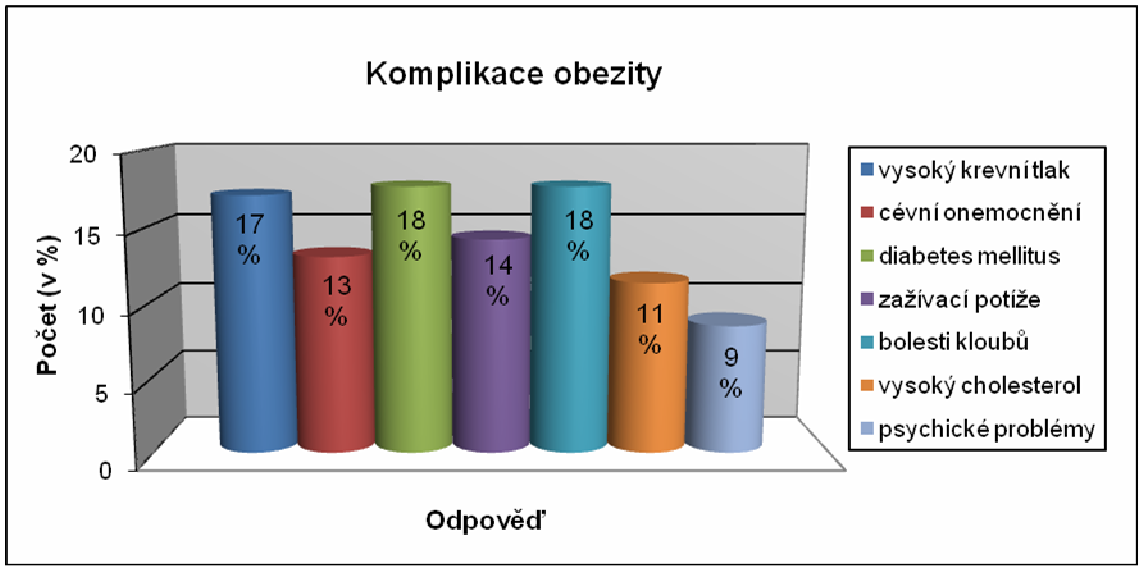
Na otázku, jestli mají respondenti informace o možných komplikacích obezity u dětí, odpovědělo ano 34 (65 %), ne 18 (35 %).

Graf 44



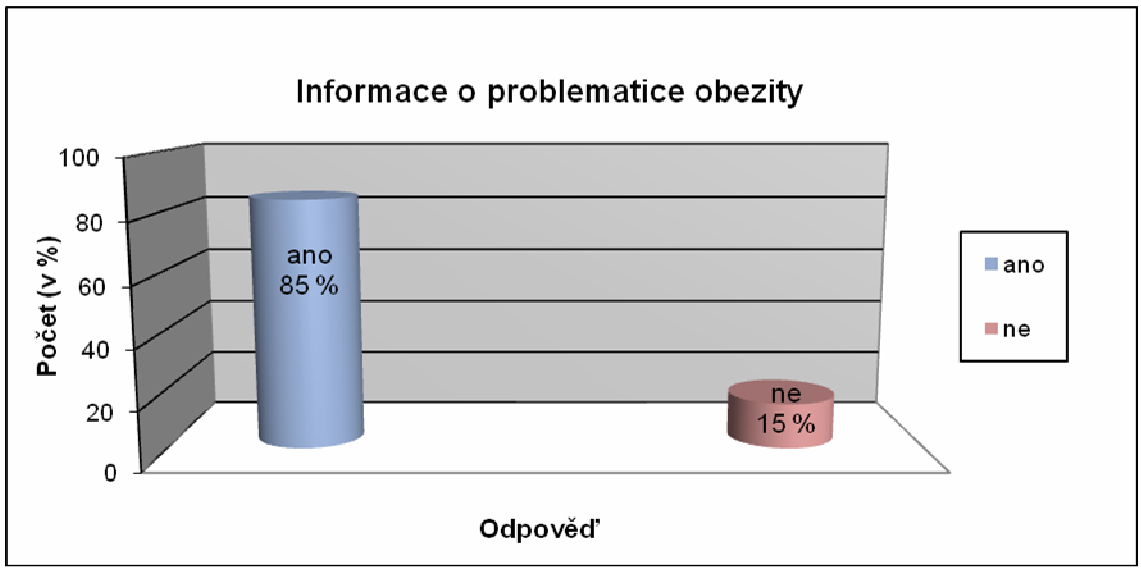
Na otázku, znáte nějaké komplikace obezity u dětí, odpovědělo ano 31 (60 %) a ne 21 (40 %) z 52 respondentů.

Graf 45



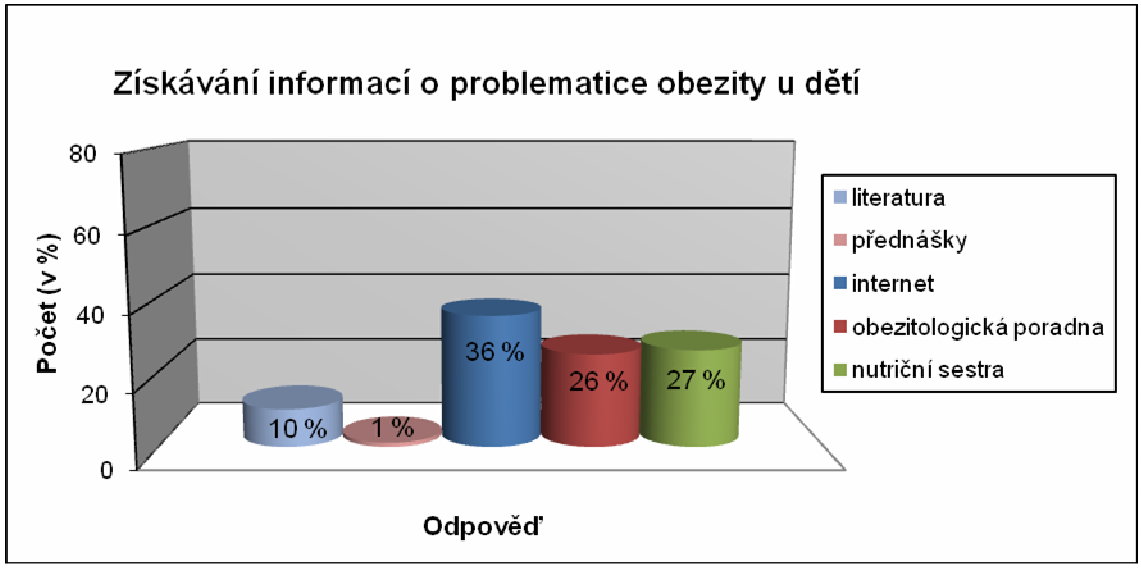
Otázka, jaké znáte komplikace obezity u dětí, která je znázorněna v grafu 43 navazuje na odpověď u předchozího grafu 42. 31 rodičů, kteří odpověděli ano, měli možnost vypsat více odpovědí: vysoký krevní tlak 30 (17 %), cévní onemocnění 23 (13 %), diabetes mellitus 31(18 %), zažívací potíže 25 (14 %), bolesti kloubů 31 (18 %), vysoký cholesterol 20 (11 %), psychické problémy 15 (9 %).

Graf 46



Na otázku, máte informace o problematice obezity, odpovědělo z 52 respondentů ano 44 (85 %) a ne 8 (15 %).

Graf 47



Na otázku, jakým způsobem získáváte informace o problematice obezity u Vašeho dítěte, měli možnost respondenti odpovídat více možnostmi: literatura 9 (10 %), přednášky 1 (1 %), internet 31 (36 %), obezitologická poradna 22 (25 %), nutriční sestra 23 (26 %).

5. Diskuze

Diskuze se zabývá výsledky výzkumu zaměřeného na problematiku dětí s obezitou a edukaci rodičů. Prostřednictvím dotazníků byly osloveny děti s obezitou a jejich rodiče. Dotazníky byly rozdány ve Fakultní nemocnici Plzeň a u dvou praktických lékařek pro děti a dorost. Celkově bylo rozdáno 120 dotazníků, 60 pro děti s obezitou a 60 pro jejich rodiče, z tohoto počtu se jich vrátilo 16 nevyplněných, což odpovídá 87 % návratnosti.

První dotazník byl určen dětem s obezitou a zaměřen na hypotézu č. 3. (děti s obezitou nedodržují zásady zdravého životního stylu). První graf je zaměřen na pohlaví respondentů. Graf 2 znázorňuje věk respondentů. Třetí graf poukazuje na spokojenost dětí se svou postavou, kde nás překvapilo, že 85 % dětí není spokojeno s tím, jak vypadají.

Graf 4 byl zaměřen na zdravý životní styl, kde jsme se dětí dotazovali, co patří do zdravého životního stylu, 16 % dětí ví, z čeho se skládá zdravý životní styl.

V páté otázce (graf 5) jsme se ptali, kdo jim nejvíce poskytl informace o zdravém životním stylu, 31 % dětí odpovědělo, že rodič, proto nás překvapila odpověď z druhého dotazníku, kde jsme se ptali rodičů, co vše patří do zdravého životního stylu, pouze 14 % rodičů vědělo správné složení zdravého životního stylu.

Graf 6 znázorňuje dodržování správných stravovacích návyků v rodině. 73 % dětí odpovědělo, že nedodržují zásady správné životosprávy, což nám potvrzuje hypotézu č. 3. Graf 7, 8, 9 a 10 znázorňují častost potravin obsažených ve stravě, jako je zelenina, ovoce, slané pochutiny, cukrovinky. Výsledky poukázaly na nedostatečné zastoupení zeleniny a ovoce ve stravě dětí. Složení výživové pyramidy uvádí důležitost zeleniny a ovoce v potravě u dětí a doporučuje omezení sladkostí. Z našeho výzkumu konzumuje 43 % dětí sladkosti vícekrát týdně. Zde se nám opět potvrdila hypotéza č. 3. Fořt ve své knize „Tak co mám jíst?“ upozorňuje na nutnost učit se jíst a zařazovat zeleninu do jídelníčku v co nejnižším věku, což stále v mnoha rodinách není běžné.

Od nutriční sestry paní Vítové z Plzeňské fakultní nemocnice jsme se dozvěděli, že některé děti, které se svými rodiči žijí na vesnici, nemají dostatečný příjem ovoce

a zeleniny. Vždy, když tyto rodiny jedou na nákup do města, nakoupí dostatek zeleniny a ovoce. Ta se ale během několika dnů sní a děti nemají doporučený denní přísun důležitých látek a vitaminů v dalších dnech. Slané pochutiny konzumuje 21 % dětí s obezitou vícekrát týdně. Podle Fořta, který ve své knize „Tak co mám jíst?“ poukazuje na velmi vysokou konzumaci těchto pochutin, jimi děti často nahrazují dopolední či odpolední svačiny.

Graf 11 znázorňuje pravidelnost snídaní během školního týdne. 54 % dětí uvedlo, že během školního týdne pravidelně nesnídají. Pařízková, Lisá ve své knize „Obezita v dětství a dospívání: terapie a prevence“ a Fořt ve své knize „Stop dětské obezitě: co vědět, aby nebylo pozdě“ se shodují, že snídaně je nejdůležitějším jídlem z celého dne. U dětí, které nesnídají, je vysoká pravděpodobnost, že si dopoledne dokupují různé sladkosti či nezdravé potraviny, protože se u nich projeví pocit hladu. V danou chvíli si koupí to, co jim nejvíce chutná a ne to, co je zdravé.

V grafu 12 jsme došli k závěrům, že se děti do školy dopravují nejčastěji autobusy - 38 %, na druhém místě byla chůze 37 %. Velice záleží na tom, jaké mají děti možnosti dopravy a vzdálenost školy od bydliště. Následující graf 13 znázorňuje oblast, kde se děti nejčastěji stravují: 52 % doma, hned za touto odpovědí se 33 % dětí stravuje v jídelnách. Netvora ve své knize „Výživa v dětském věku“ tvrdí, že školní stravování je dalším významným momentem ve výživě dítěte, mělo by zabezpečovat adekvátní potřeby dětí. Výběr stravy není vždy ideální. Školní stravování stále připomíná více českou kuchyni. Děti jsou při příchodu do jídelny vyhladovělé a namísto toho, aby si daly zeleninu, snaží si „zaplácat“ žaludek množstvím knedlíků a jiných příloh, které jsou nevhodné pro jejich organismus.

V grafu 14 se ukázalo, že hlavní jídla (snídaně, oběd, večeře) vynechává až 50 % dětí. Zde nás překvapila pouze malá skupina dětí - 15 %, které nevynechávají hlavní jídla, s ohledem na to, jaký se klade důraz na správnou životosprávu dětí, zde se nám potvrdila hypotéza č. 3.

Při dotazování se na množství vypitých tekutin během dne (graf 15), jsme zjistili, že 23 % dětí vypije méně než litr tekutin denně. Fořt v knize „Stop dětské obezitě: co vědět, aby nebylo pozdě“ upozorňuje na nedostatky v pitném

režimu dnešních dětí. Právě nedostatek tekutin totiž způsobuje únavu a sníženou koncentraci při vyučování. Dále klade důraz na nezdravé pití ve smyslu vysokého obsahu cukrů, které má také vliv na obezitu.

Z grafu 16 vyplývá, že si do školy nosí svačinu 54 % dotazovaných dětí. Dále jsme se zabývali sportovními aktivitami během týdne (graf 17). Nejvíce dětí (60 %) sportuje pouze při hodinách tělesné výchovy ve škole. Rokyta v knize „Fyziologie pro bakalářská studia v medicíně, přírodovědných a tělovýchovných oborech“ klade důraz na přiměřenou fyzickou aktivitu dle věku dítěte. Děti by měly mít více sportu během týdne, ať jsou to sportovní hry nebo různé koníčky. V grafu 18 jsme dospěli k pozitivním výsledkům - 44 % dotazovaných dětí tráví u počítače pouze 2 – 3 hodiny denně. Fořt v knize „Stop dětské obezitě: co vědět, aby nebylo pozdě“ konstatuje, že počet hodin strávených u počítače narůstá díky stále většímu počtu domácností, které jsou osobním počítačem vybaveny. Graf 19 zobrazuje 54 % dotazovaných dětí, které sledují televizi 1 – 2 hodiny denně. Dnes není žádnou výjimkou mít televize přímo v dětském pokoji.

Do zdravého životního stylu patří i dostatek spánku. Z grafu 20 vyplynulo, že 44 % dětí chodí spát až okolo 22. hodiny večer, kdy skončí zábavné pořady. Zde se nám opět potvrdila hypotéza č. 3. Z grafu 21 se s rodiči stravuje pouze 11 % dotazovaných dětí. Na další otázku, co se u Vás jí nejčastěji, nám graf 22 zobrazuje, že 22 % dětí vypsalo českou kuchyni, což potvrzuje spíše nezdravější konzumování potravin, hned za touto odpovědí byly vypsány různé druhy masa a uzeniny u 21 %.

Po zpracování výsledků z grafu 23 jsme zjistili, že celých 62 % rodin není sportovně založeno. Nemusí však platit, že pokud jsou rodiče nesportovně založeni, musí být nutně i jejich dítě. Dle mého názoru by měli rodiče svého potomka vést ke sportovní aktivitě nebo začít sportovat s ním. Z grafu 24 je zřejmé, co dělají rodiny ve společných chvílích. 46 % dětí odpovědělo: „Jsme doma a koukáme na televizi.“

Z grafu 25 vyplývá, že 52 % dětí nezkusilo žádný druh diety. Podle mého názoru by děti ani neměly diety zkoušet, pořád se vyvíjejí a není to dobré pro jejich organismus. Spíše by se měly zaměřit na dodržování správného životního stylu.

Z celkového počtu 48 % dětí, které dietu zkoušely, měla dieta žádoucí efekt pouze u 20 % dotazovaných dětí.

Výsledky získané z dotazníku pro děti nám potvrdily hypotézu č. 3. (dítě s obezitou nedodržuje zásady zdravého životního stylu).

Druhý dotazník byl určen rodičům dětí s obezitou, dále byl zaměřen na hypotézu č. 1 (rodiče jsou edukováni o problematice obezity u dětí) a hypotézu č. 2 (rodiče nejsou informováni o komplikacích v souvislosti s obezitou u svých dětí).

Graf 27 je identifikační. Z 2, 3 a 4. otázky jsme vypočítali Body Mass Index (BMI) jejich dítěte, který nám znázorňuje graf 28, zároveň nám kontroluje odpověď rodičů, jestli má jejich dítě obezitu či nadváhu. Zde nás překvapily výsledky, že i když si rodiče myslí, že jejich děti mají nadváhu, měly obezitu. Celkově vyšlo z výzkumné části 19 % dětí s nadváhou a 71 % dětí s obezitou. Domníváme se, že si rodiče nechtějí přiznat, že jejich dítě má s váhou problémy. Do výzkumného souboru byly zařazeny i děti s nadváhou, neboť nadváha je předzvěstí obezity a edukace těchto dětí i jejich rodičů probíhá stejně jako u obézních dětí, proto jsme tyto respondenty nevyškrtli z výzkumu.

V grafu 29 jsme zjišťovali, jestli rodiče ví, co to je obezita. Bylo překvapující, že „ano“ odpovědělo 77 % dotazovaných, ale je smutné, že skoro 23 % neví, co to obezita je. V grafu 30 a 31 se potvrdilo vypočítání BMI s jejich odpověďmi. Dále jsme zjišťovali, co podle rodičů ovlivňuje vznik obezity. Nejvíce rodičů si myslí (graf 32), že jsou to stravovací návyky - 45 % a hned za nimi životní styl - 30 % a genetika - 25 %. Pokusili jsme se dále zjistit, jestli vědí, co všechno patří do zdravého životního stylu (graf 33). Velemínský v knize „Sociální pediatrie“ popisuje důležitost životního stylu, který se skládá ze zdravé výživy, vysoké pohybové aktivity, dostatečného spánku a správných stravovacích návyků. Z grafu 33 vyplývá, že z dotazovaných rodičů pouze 14 % vědělo správné odpovědi, což je až alarmující.

Graf 34 zjišťuje, jestli rodiče dodržují zdravý životní styl. U 73 % rodičů se dodržuje zdravý životní styl zřídka. Což nás přivádí k otázce: „Můžou děti zdravý životní styl dodržovat, když jejich rodiče ho nedodržují?“ Hainer v knize „Jídlo a pití malých dětí“ uvádí, že obezita je méně častá u jedinců s vyšší pohybovou aktivitou.

Doporučuje, aby děti a vůbec všechny osoby trpící obezitou zvýšily svou pohybovou aktivitu. Například chůzi jako přístupnou a pro populaci dobrou formu pohybové aktivity. Měla by být provozována denně po dobu 40 minut. Jak dále Hainer uvádí, pohyb je dítěti vlastní a je jeho přirozenou součástí až do doby počátku školní docházky. V této době se pohybová aktivita mění v sedavý způsob života.

V grafu 35 jsme zjišťovali edukaci dítěte rodičem o zdravém životním stylu. Překvapila nás odpověď „ano“ u 67 %. Závodná ve své knize „Pedagogika v ošetrovateľstve“ klade důraz na edukaci ať už dětí nebo rodičů. Získané informace o zdravém životním stylu (graf 36) poskytli rodičům nejvíce lékař a sestra - u 24 %, dále získávají informace v časopisech - 24 % dotazovaných. Graf 37 ukázal na špatné stravovací návyky u 79 % rodičů. Bohužel chyba je především na jejich straně, protože nejenže dětem jídlo sami odhlašují v jídelnách, ale dokonce jim schvalují jídlo v rychlém občerstvení, které dětem nedá žádné živiny. Rodiče by měli více apelovat na své děti, aby navštěvovaly školní jídelny. Mají dětem pomáhat s výběrem vhodných jídel. V mnoha případech jsou školní jídelny tlačeny rodiči k tomu, aby vařily jídla, která dětem chutnají, ovšem zdravá nejsou. Většina dětí v tomto věku není schopna zcela adekvátně vyhodnotit situaci a uvědomit si rizika vyplývající ze zvýšené tělesné hmotnosti v budoucnu. Od toho jsou tu rodiče, kteří by měli danou situaci u dítěte řešit. Při různých výzkumech zůstává podstatná část obézních dětí skryta. Myslím si, že rodiče by měli projevit iniciativu, promluvit si s dětmi a navrhnout možná řešení. Začít musí sami u sebe. Nutné je změnit stravovací návyky celé rodiny, způsob stravování a výběr potravin. Bohužel i média se podílejí na nevhodném výběru potravin rodiny (graf 38), díky reklamám během pořadů. Nevhodná je reklama nezdravých nápojů, manipulace s velikostí porcí, přidávání cukrů a tuků do špatně označovaných nebo nutričně vůbec nedeklarovaných jídel k rychlé konzumaci.

Graf 39 byl zaměřen na znalost programů zabývajících se prevencí obezity u dětí. 42 % rodičů odpovědělo ano. Graf 40 znázorňuje programy, které rodiče napsali, že znají. Graf 41 zjišťuje znalost rodičů o programech pro léčbu dětí s obezitou. 71 % rodičů napsalo ano a zároveň je vypsali (graf 42).

V grafu 43 jsme zjišťovali, jestli rodiče znají komplikace obezity. 65 % dotazovaných rodičů odpovědělo ano. Otázka č. 18 (graf 44) byla otevřená a týkala se možných komplikací obezity u dětí. Rodiče měli za úkol vypsat, jaké znají komplikace u dětí s obezitou: vysoký krevní tlak – napsalo 17 % rodičů, cévní onemocnění - 13 %, diabetes mellitus - 18 %, zažívací obtíže 14 - %, bolesti kloubů 18 - %, vysoký cholesterol - 11 % a psychické problémy - 9 %. Po zpracování odpovědí byla vyvrácená hypotéza č. 2 (rodiče nejsou informováni o komplikacích v souvislosti s obezitou u svých dětí).

Z grafu 45 jsme zjistili, že informace o problematice obezity má 85 % rodičů. Dále navazoval graf 46, kde nejvíce odpovědí o problematice obezity jsou edukováni respondenti z internetu - 36 %, dále v obezitologické poradně - 25 % a od nutriční sestry - 26 %. Zde se nám potvrdila hypotéza č. 1. Pozitivně nás překvapily výsledky výzkumu, i když jsou rodiče edukováni o problematice obezity, jak je potom možné, že v populaci přibývá obézních dětí? Podle mého názoru si rodiče nepřipouští fakt, že jejich děti mají problémy s tělesnou váhou, argumentují tvrzením, že jejich děti nemají žádný problém, a že pokud jsou trochu při těle, tak z toho vyrostou. Proto je důležité sledovat růst a vývoj dětí, jak uvádí internetové stránky „moje Rama“ v literatuře (5) a včas předejít nadváze nebo obezitě u dětí.

6. Závěr

Teoretická část bakalářské práce přibližuje rozsáhlou problematiku obezity u dětí. Zahrnuje výživu a stravování dětí, vliv reklamy, pohybovou aktivitu a edukaci rodičů. Cíle a hypotézy byly vyhodnoceny na základě údajů získaných při analýze dat z dotazníků.

Prvním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak jsou edukováni rodiče o problematice obezity u dětí. Tento cíl byl podle mého názoru splněn. Výzkumem bylo zjištěno, že rodiče jsou edukováni v dostatečné míře o problematice týkající se obezity u dětí. V souvislosti s cílem práce byly stanoveny dvě hypotézy. 1. Rodiče jsou edukováni o problematice obezity, tato hypotéza se po vyhodnocení výzkumného šetření potvrdila. 2. Rodiče nejsou informováni o komplikacích v souvislosti s obezitou u svých dětí. Tato hypotéza byla po vyhodnocení výzkumného šetření vyvrácena. Rodiče jsou si vědomi komplikací obezity u svých dětí.

Druhý cíl bakalářské práce se zabýval životním stylem v rodině s obézním dítětem, tento cíl byl podle mého názoru splněn. Navazující na cíl byla hypotéza 3 – děti s obezitou nedodržují zásady zdravého životního stylu, která se po vyhodnocení výzkumného šetření potvrdila.

Děti obézních rodičů mají mnohem větší předpoklady k tomu být také obézní. Děti si ze své rodiny často odnášejí nevhodné stravovací návyky a pasivní způsob trávení volného času. Pokud si toto rodiče uvědomují, měly by své nesprávné zvyklosti upravit již matky v době těhotenství, neboť prevence obezity je účinná již v prenatálním období. Řešení celého problému stále se zvyšující prevalence obezity je úkolem celé společnosti. Je potřebné zajistit větší množství dostupných informací pro širokou veřejnost. Za důležitou považuji i propagaci zdravého životního stylu. V médiích by měly reklamu na různé limonády, hamburgery, brambůrky, sladkosti a jiné nezdravé pochutiny vystřídat reklamy na racionální výživu, vhodné využívání volného času a dostatek pohybu.

Ke zdravé výživě by měly být děti vychovávány především v rodinách, v tomto ohledu by měli rodičům pomáhat i v mateřské škole. Školy by měly do svých vyučovacích hodin zahrnout propagaci zdravého životního stylu a apelovat

na racionální výživu. Také stravování ve školních jídelnách by mělo být pod dohledem odborníka. Města a obce by se měly snažit budovat dostatek příležitostí pro aktivní využívání volného času dětí. Patří sem podpora budování sportovních areálů, dětských hřišť, cyklistických stezek a dalších míst, kde by měly děti možnost aktivně se pohybovat. Nejen doma sedět a dívat se na televizi nebo hrát na počítačích hry.

Přála bych si, aby tato práce byla průvodcem zdravého životního stylu pro všechny rodiče a prarodiče, kteří jsou postaveni před nelehký úkol pomoci svému obéznímu dítěti, ale také všem ostatním rodičům, kteří se chtějí vyvarovat chyb a chtějí pro zdraví svých dětí jen to nejlepší. Nezapomínejme na to, že nejlepší cesta k tomu nemít obézní dítě je nemít obézní rodiče.

7. Seznam použitých zdrojů

1) Autor neuveden. *Jak děti vnímají reklamu* [online]. 2004 Dostupné z WWW: <http://www.duhovakulicka.cz/article/5019/>. [cit. 2007 - 12 - 21].
2) Autor neuveden. *Jak naučit děti lépe jíst.* Dostupné z WWW: <http://www.vyzivadeti.cz/zdrava-vyziva/zdrava-vyziva-deti/jidelnicek-podle-veku.html>. [cit. 2008 – 1 – 3).
3) Autor neuveden. *Jak sledovat vývoj dítěte.* [online]. Dostupné z WWW: <http://www.vyzivadeti.cz/poradenstvi/jaksledovat - vyvoj-ditete.html>. [cit. 2007 – 11 – 20].
4) Autor neuveden. *Léčba obezity.* [online]. Dostupné z WWW: <http://www.lazne.cz/?Pobyty-Lecebne_pobyty-Lecba_ obezity>. [cit. 2008 – 1 – 3].
5) Autor neuveden. *Růst a vývoj dětí.* [online]. Dostupné z WWW: <http://www.mojerama.cz/rust-a-vyvoj-deti/>. [cit. 2008 – 1 – 3].
6) Autor neuveden. *Výživové poznatky.* [online]. Dostupné z WWW: <http://www.obezita.cz/hubnuti/vyzivove-poznatky/>. [cit. 2008 – 1 – 3].
7) BEŇO, I. *Nauka o výživě: fyziologická a liečebná výživa.* 1. vydání. Martin: Osveta, 2001. 141 s. ISBN 80–8063-089–5.
8) FOŘT, P. *Stop dětské obezitě: co vědět, aby nebylo pozdě.* 1. vydání. Praha: Ikar, 2004. 206 s. ISBN 80–249-0418–7.
9) FOŘT, P. *Tak co mám jíst?* 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 417 s. ISBN 978–80-247–1459-2.
10) GALLOWAY, J. *Děti v kondici – zdravé, šťastné, šikovné.* 1. vydání. Grada Publishing, 2007. 144 s. ISBN 978- 80-247-2134-7.
11) GREGORA, M. *Výživa malých dětí.* 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2004. 96 s. ISBN 80–247-9022X.
12) HAINER, V. a kol. *Základy klinické obezitologie.* 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2004. 356 s. ISBN 80–247-0233–9.

13) HAINER, V. *Obezita.* 2. vydání. Praha: Triton, 2001. 118 s. ISBN 80–7254-384–9.
14) HANREICH, I. a kol. *Jídlo a pití malých dětí.* 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2001. 106 s. ISBN 80–247-0100–6.
15) HASLAM, D. a kol. *Bojujete s dětmi při jídle?: praktický průvodce pro rodiče, kteří chtějí mít zdravé děti.* 1. vydání. Praha: Global, 1996. 142 s. ISBN 80–85870-08–8.
16) CHALOUPKA, V. *Jak nenakrmit otesánka. Praktický rádce pro boj s dětskou obezitou.* 1. vydání. Praha: XYZ, 2007. 208 s. ISBN 978–80-87021–22-4.
17) KOHOUT, P., PAVLÍČKOVÁ. J. *Obezita.* 1. vydání. Pardubice: Filip Trend, 2001. 114 s. ISBN 80–86282-14–7.
18) KUNOVÁ, V. *Zdravá výživa.* 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2004. 136 s. ISBN 80–247-0736–5.
19) LEBL, J. a kol. *Diferenciální diagnostika dětské obezity.* [online]. 2005. Dostupné z WWW: <http://www.detskylekar.cz/ cps/rde/xbcr/ dlekar/ 2005_vox9.pdf>. [cit. 2008 – 3 – 5].
20) MÁLKOVÁ, I. *Rady rodičům: sedmero rad při rodinném hubnutí.* [online]. 2007. Dostupné z WWW: <http://www.istob.cz/ index.php? option=com_content&task=view&id=1028&Itemid=57>. [cit. 2008 – 3 – 3].
21) MÚLLEROVÁ, D. *Zdravá výživa a prevence civilizačních nemocích ve schématech.* 1. vydání. Triton, 2003. 99 s. ISBN 80-7254-421-7.
22) NEVORAL, J. a kol. *Výživa v dětském věku.* 1. vydání. Jihočany: Nakladatelství H§H. 2003. 434 s. ISBN 80–86-022–93-5.
23) PAŘÍZKOVÁ, J., LISÁ, L. *Obezita v dětství a dospívání: terapie a prevence.* 1. vydání. Praha: Galén, 2007. 239 s. ISBN 978–80-7262–466.
24) SVAČINA, Š. a kol. *Klinická dietologie.* 1. vydání. Grada Publishing, 2008. 384 s. ISBN 978-80-247-2256-6.
25) SVAČINA, Š., BRETŠNAJDROVÁ, A. *Dietologický slovník.* 1. vydání. Triton, 2008. 271 s. ISBN 978-80-7387-062-1.

26) ŠÁCH, P. *Komplikace dětské obezity*. [online]. 2003. Dostupné z WWW: <http://www.symbinatur.com/clanek.php?id=94>. [cit. 2007 – 12 – 27].
27) VELEMÍNSKÝ, M. *Sociální pediatrie.* [online]. Dostupné z WWW: <http://www.eamos.cz/amos/kpk/externi/kpk_8811/>. [cit. 2007 – 11 – 30].
28) VELEMÍNSKÝ, M., VELEMÍNSKÝ, M. ml. *3x333 otázek pro dětského lékaře*. 1. vydání. Praha: Triton, 2007. 267 s. ISBN 978–80-7254–929-0.
29) ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovateľstve.* 2. vydání. Martin: Osveta, 2005. 117 s. ISBN 80–8063-193X.

8. Klíčová slova

Obezita dětského věku

Komplikace

Terapie

Prevence

Životní styl

Edukace

9. Přílohy

9.1 Seznam příloh

Příloha 1: Dotazník pro děti s obezitou

Příloha 2: Dotazník pro rodiče

Příloha 3: Algoritmus diagnostiky u dítěte s obezitou

Příloha 4: Algoritmus léčby u dítěte s obezitou

Příloha 5: Fyziologie výživy

Příloha 6: Potraviny

Příloha 7: Potravinová pyramida

Příloha 8 : Semaforový systém

Příloha 9: Kaliper

Příloha 10: Pexeso

Příloha 11: Seznam obezitologických pracovišť v České republice

Příloha 12: Dítě s obezitou

Příloha 13: Percentilové grafy

Příloha 1

Dotazník

Ahoj, jmenuji se Jindra Blechová a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty, obor všeobecná sestra. Tento dotazník potřebuji pro vypracování praktické části mé bakalářské práci. Vyplň prosím tento dotazník, který je pro mou práci velice důležitý. Na otázky odpovídej pravdivě a co nejpřesněji. Veškeré informace, které mi poskytneš, budou zcela anonymní a budou použity pouze jen pro účely mé bakalářské práce.

Zakroužkuj vždy prosím pouze jednu odpověď nebo ji doplň.

Velmi děkuji za čas strávený nad tímto dotazníkem.

……..

Jindra Blechová

Zde prosím vyplň následující údaje:

Věk:

Výška: cm

Váha: kg

1. Pohlaví: a) dívka b) chlapec

2. Jsi spokojený(á) se svojí postavou?

a) ano b) ne

3. Víte, co patří do zdravého životního stylu? (možno označit více odpovědí)

a) nekouřit
b) nepít alkohol
c) zdravá výživa
d) vysoká pohybová aktivita
e) dostatek spánku
f) správné hygienické návyky
g) stres
h) drogy

4. Informace o zdravém životním stylu ti nejvíce poskytl?

a) rodič
b) lékař
c) internet
d) informace v časopisech

e) informace v novinách

f) televize

5. Domníváš se, že tvoje stravovací návyky odpovídají zásadám správné životosprávy?

a) ano b) ne

6. Jak často jíš zeleninu?

a) denně

b) vícekrát týdně

c) jedenkrát týdně

d) nejím vůbec

e) jinak

7. Jak často jíš ovoce?

a) denně

b) vícekrát týdně

c) jedenkrát týdně

d) nejím vůbec

e) jinak

8. Jak často jíš slané pochutiny (oříšky, brambůrky, tyčinky, popcorn atd.)?

a) každý den

b) vícekrát týdně

c) jedenkrát týdně

d) nejím je

e) jinak

9. Jak často jíš cukrovinky (bonbóny, čokoládu, lízátka atd.)?

a) každý den

b) vícekrát týdně

c) jedenkrát týdně

d) nejím je

e) jinak

10. Snídáš během školního týdne pravidelně (každý den)?

a) ano b) ne

11. Do školy zpravidla: (se dostávám)
    a) chodím pěšky
    b) jezdím autobusem
    c) jezdím vlakem
    d) autem s rodiči
    e) na kole
12. Kde se nejčastěji stravuješ?
    a) doma
    b) ve škole
    c) Fastfood
    d) Jinde
13. Vynecháváš některé z hlavních jídel (snídaně, oběd, večeře)?
    a) ano b) ne c) jen někdy
14. Kolik denně asi vypiješ litrů tekutin?
    a) méně než litr tekutin
    b) 1 – 2 litrů tekutin
    c) 2 – 3 litrů tekutin
    d) více než 3 litry tekutin
15. Nosíš do školy denně svačinu?
    a) ano b) ne c) někdy
16. Kolikrát týdně sportuješ?
    a) každý den
    b) při hodinách TV a ve volném čase 3x – 4x týdně
    c) při hodinách TV a ve volném čase 1x – 2x týdně
    d) jen při hodinách TV
17. Kolik hodin denně trávíš u počítače?
    a) 0 hod.
    b) 1 – 2 hod.
    c) 3 – 5 hod.

d) 6 – 8 hod.

e) 9 a více hod.

18. Kolik hodin denně trávíš u televize?

a) 0 hod.

b) 1 – 2 hod.

c) 3 – 5 hod.

d) 6 – 8 hod.

e) 9 a více hod.

19. V kolik hodin máš poslední jídlo?

a) do 18 - ti hodin

b) do 19 - ti hodin

c) později než v 19 hodin

d) nevečeřím

20. V kolik hodin chodíš spát?

a) okolo 20 hodiny

b) okolo 21 hodiny

c) okolo 22 hodiny

d) okolo 23 hodiny

21. Co se u Vás doma jí nejčastěji (vypsat):

……

22. Je tvoje rodina sportovně založena?

a) ano b) ne c) nevím

23. Ve společných rodinných chvílích:

a) chodíme na procházky (do přírody)

b) chodíme po obchodech v nákupním centru

c) jsme doma a koukáme na televizi

d) moc času spolu netrávíme

e) jinak

24. Zkusil (a) jsi někdy nějaký druh diety?

a) ano b) ne

25. Pokud jsi někdy dietu zkusil (a), měla žádoucí efekt?

a) ano b) ne

Zdroj: Vlastní

Příloha 2

Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Jindra Blechová a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích, obor všeobecná sestra. Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění níže uvedeného dotazníku, jehož výsledky budou použity pouze ke zpracování mé bakalářské práce na téma: „Dítě s obezitou – edukace rodičů“. Dotazník je anonymní. Zakroužkujte prosím jednu nebo více odpovědí, popřípadě doplňte.

Předem děkuji za vyplnění dotazníku.

……

Jindra Blechová

1. Vaše pohlaví:
   a) žena b) muž
2. Věk Vašeho dítěte:
3. Výška Vašeho dítěte: cm
4. Váha Vašeho dítěte: kg
5. Víte, co je to obezita?
   a) ano b) ne
6. Má Vaše dítě nadváhu?
   a) ano b) ne
7. Má Vaše dítě obezitu?
   a) ano b) ne
8. Co podle Vás ovlivňuje vznik obezity u dětí? (doplňte)

……

10. Víte, co patří do zdravého životního stylu? (možno označit více odpovědí)

b) nekouřit	b) nepít alkohol
d) zdravá výživa	d) vysoká pohybová aktivita
f) dostatek spánku	f) správné hygienické návyky
h) stres	h) drogy

11. Dodržujete zdravý životní styl?

a) ano b) ne c) zřídka

12. Edukovali (poučili) jste své dítě o zdravém životním stylu?

a) ano b) ne

13. Informace o zdravém životním stylu Vám nejvíce poskytli? (možno označit více odpovědí)

a) lékař, sestra
b) informace v novinách
c) informace v časopisech
d) televize
e) známý
f) internet

14. Domníváte se, že stravovací návyky Vašeho dítěte odpovídají zásadám správné životosprávy?

a) ano b) ne

15. Má dle Vašeho názoru reklama vliv na nákup potravin do Vaší rodiny?

a) ano b) ne c) někdy

16. Byli jste seznámeni s programy zabývajícími se prevencí dětské obezity?

a) ano b) ne c) nevím

Pokud ano, vypište je:

.....

17. Byli jste seznámeni s programy zabývajícími se léčbou dětské obezity?

a) ano b) ne c) nevím

Pokud ano, vypište je:

.....

18. Myslíte si, že máte informace o možných komplikacích obezity u dětí?

a) ano b) ne

19. Znáte nějaké komplikace obezity u dětí?

a) ano b) ne

Pokud ano, vypište je:

……

……

…….

20. Máte informace o problematice obezity?

a) ano b) ne

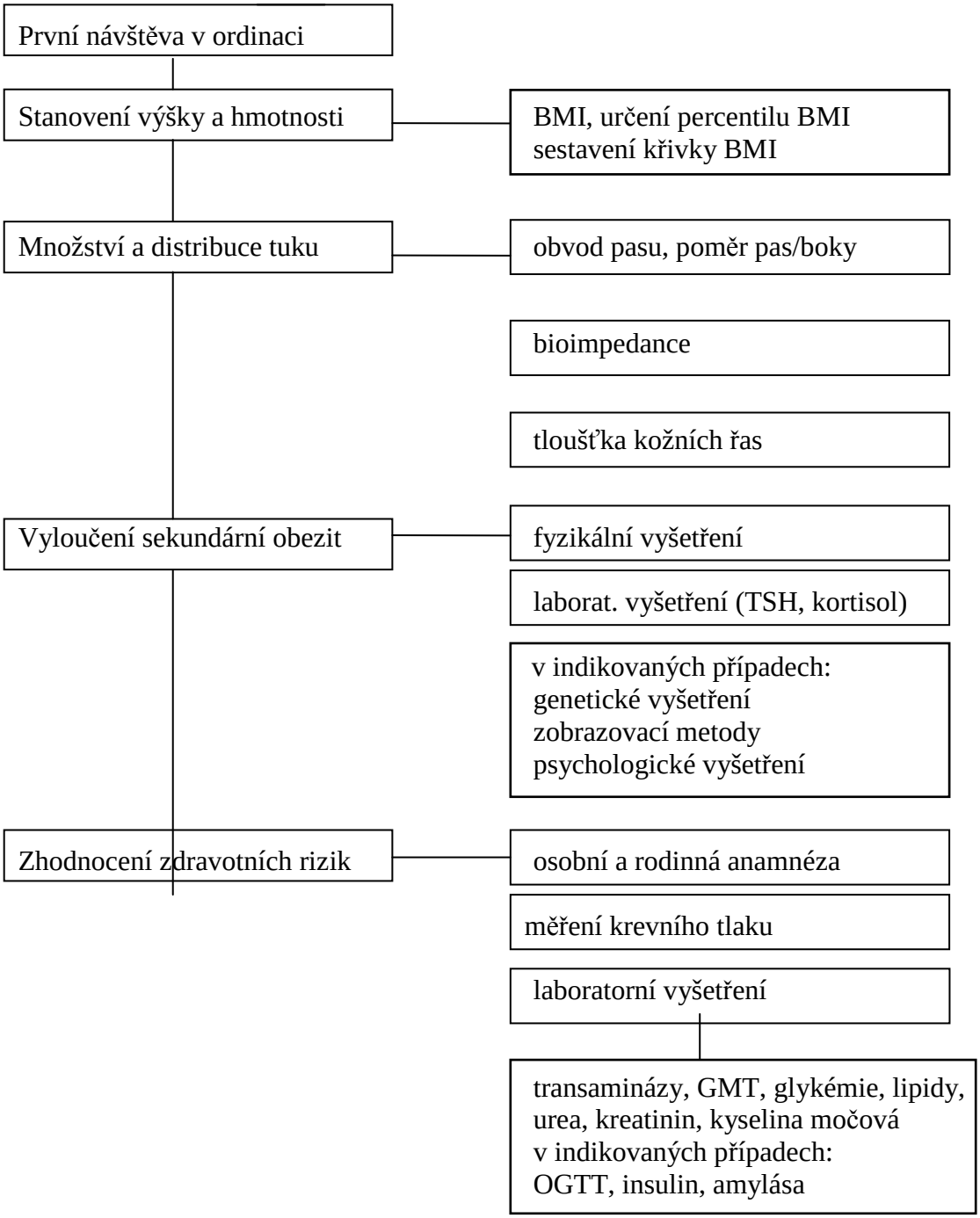
21. Jakým způsobem získáváte informace o problematice obezity u Vašeho dítěte? (možno označit více odpovědí)

a) literatura
b) přednášky
c) internet
d) obezitologická poradna
e) nutriční sestra

Zdroj: Vlastní

Příloha 3

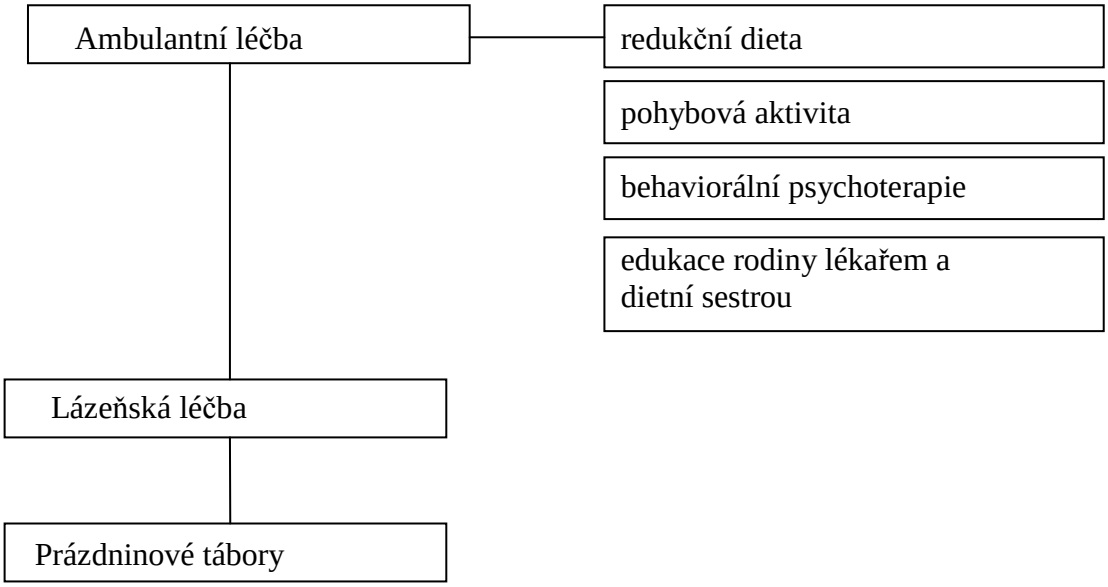
Algoritmus diagnostiky u dítěte s obezitou



Zdroj: <http://is.muni.cz/th/63699/fsps_b/Bakalarska_prace_-_Katerina_Slesingerova_-_Detska_obezita.pdf>.

Příloha 4

Algoritmus léčby u dítěte s obezitou



Zdroj: <http://is.muni.cz/th/63699/fsps_b/Bakalarska_prace_-_Katerina_Slesingerova_-_Detska_obezita.pdf>.

Příloha 5

Fyziologie výživy

Trávicí ústrojí se skládá z trávicí trubice (dutina ústní, hltan, jícen, žaludek, tenké a tlusté střevo) a žlázových orgánů (slinné žlázy, slinivka břišní, játra). Trávicí ústrojí zpracovává potravu jednak mechanicky, jednak chemicky. Při mechanickém zpracování se potrava drtí, rozmělňuje, hněte a promíchává s trávicími šťávami. Při chemickém zpracování se různé části potravy převádějí v takovou podobu, aby se mohly vstřebat a aby je organismus mohl dále použít podle svých potřeb. Potrava se dostává do trávicího systému, kde se zpracovávají složité látky na jednodušší, aby se mohly vstřebat a organismus je mohl využít. Nestrávené složky a nevyužité jsou z těla odstraňovány. Trávení je proces, při kterém se jednotlivé části potravy přizpůsobují tak, aby je organismus mohl využít.

Trávicí trubice je systém dutých orgánů, který začíná dutinou ústní a končí tlustým střevem. Trávicí trubice má ve svých jednotlivých částech množství drobných žlázek, které vylučují šťávy potřebné ke zpracování potravy. Dutina ústní je vpředu ohraničena dásněmi a zuby, nahoře patrem, dole jazykem. Ústí do ní vývody slinných žláz (3 páry-příušní, podjazykové, podčelistní). Produktem slinných žláz jsou sliny. Jazyk je svalový orgán řeči, chuti a posouvá potravu do hltanu. Povrch jazyka pokrývá sliznice s drobnými bradavkovitými výběžky, ve kterých jsou uloženy smyslové chuťové orgány. Potrava se v dutině ústní rozmělňuje pomocí zubů, zároveň se promíchává se slinami a pomocí jazyka se posouvá do hltanu. Sliny se vylučují v ústech po dotyku potravy se sliznicí pomocí tzv. nepodmíněných reflexů, tento děj je vrozený. Než se potrava dostane do úst, dochází k vylučování slin na základě podmíněných reflexů, když potravinu vidíme, při čichovém vjemu nebo i při pomyšlení na jídlo. Tento podmíněný reflex se vytváří v průběhu života, musí se často opakovat, jinak se ztrácí. Při polykání se rozžvýkaná a slinami obalená potrava posouvá do hltanu.

Žaludek je vak hruškovitého tvaru uložený pod levou klenbou bránice. Žaludek je od jícnu oddělen svěračem. V dolní části je od dvanáctníku oddělený tzv. vrátníkem. Stěna žaludku je složena z několika vrstev. Vnitřní strana tzv. sliznice je v prázdném

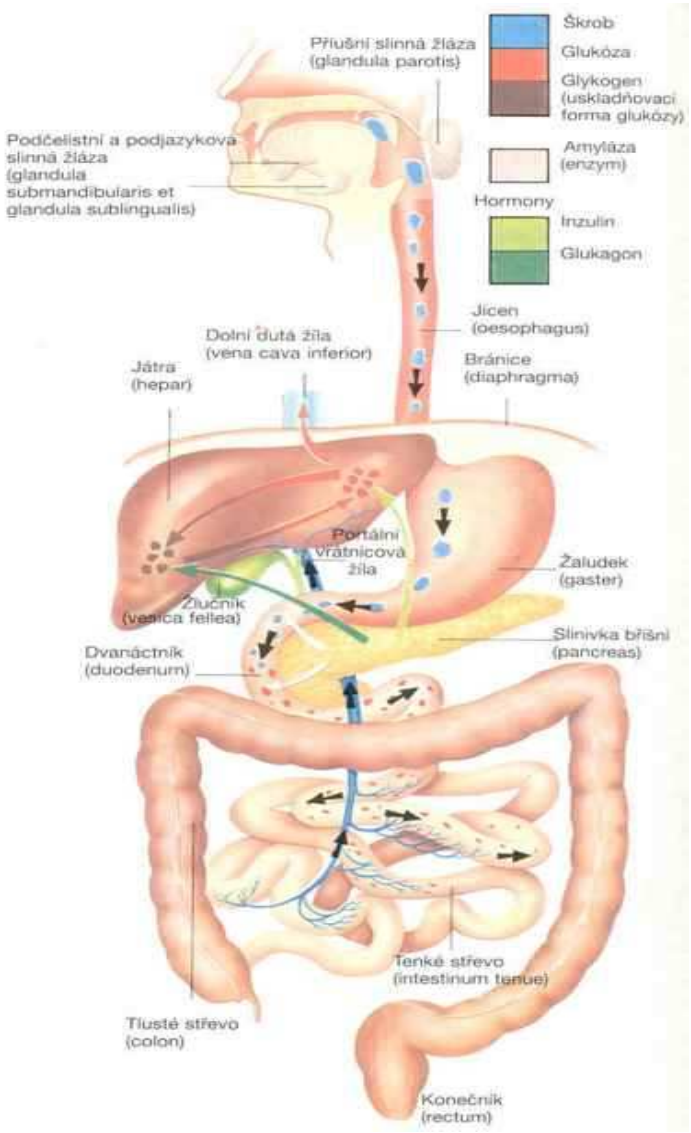
žaludku zřasená a po jeho naplnění a roztažení se vyrovnává. Ve sliznici jsou uloženy drobné žlázky, které vylučují žaludeční šťávu. Pod sliznicí je vrstva podslizniční, další vrstvu tvoří hladká svalovina a na povrchu je vrstva vazivová. Při naplnění žaludku se stěna začne prstencovitě stahovat, prstencovitý stah se vlnovitě posouvá dolů. Těmito peristaltickými pohyby se obsah v žaludku promíchává a posouvá dolů. Potrava se v žaludku mění na kašovitý natrávený obsah tzv. tráveninu. Žaludek denně vytvoří 1 až 2 litry žaludeční šťávy. Žaludeční šťáva obsahuje enzymy (pepsin – štěpí bílkoviny, chymozin-sráží bílkoviny mléka, lipázu – pouze u dětí), kyselinu chlorovodíkovou a hlen mucin. Kyselina chlorovodíková mění pepsin na účinnou formu. Pepsin ničí choroboplodné mikroby a zlepšuje vstřebávání některých minerálních látek (Ca, Fe). Vylučování žaludeční šťávy probíhá pod nervovým a chemickým vlivem v několika fázích (reflexní, žaludeční, střevní). Vchod do tenkého střeva je uzavřen vrátníkem. Vrátník se po přeběhnutí peristaltické vlny vždy trochu pootevře a propustí do další části trávicího systému malou část tráveniny ze žaludku. Prostředí v žaludku je kyselé a ve dvanáctníku zásadité. Jestliže se obsah v žaludku více okyselí, vrátník se otevře. Jakmile se malé množství tráveniny dostane do dvanáctníku, vrátník se opět uzavře. V žaludku se vstřebává alkohol, některé jedy, případně část některých solí.

Tenké střevo je 3 až 5 m dlouhá trubice, 3 až 4 cm široká. Je kličkovitě stočené a rozděluje se na dvanáctník, lačník a kyčelník. Dvanáctník je asi 25 cm dlouhý, je hlavním místem trávení a vstřebávání živin. Do dvanáctníku vyúsťuje pankreatická šťáva a žluč. Ve střevě se smísí se střevní šťávou a působí na trávení potravy. Stěna tenkého střeva se skládá ze čtyř vrstev: sliznice, řídkého podslizničního vaziva, hladké svaloviny, serózní blány. Funkce tenkého střeva*:* Pohybová – vykonává peristaltické pohyby, posouvá obsah asi 1 cm za 1 minutu. Vylučovací (sekreční) – vylučuje střevní šťávu, která obsahuje enzymy a hlen. Vstřebávací (resorpční) – většina látek z potravy se vstřebává v tenkém střevě. Proto je jeho vnitřní povrch zvětšený klky.

Tlusté střevo je pokračováním střeva tenkého, je širší a jeho jednotlivé části tvoří obrácené písmeno U. Tlusté střevo začíná tračníkem vzestupným, jehož slepým

výběžkem je apendix (červovitý přívěsek slepé střevo). Po vzestupné části následuje příčná, sestupná a esovitá část tlustého střeva a konečník. Stejně jako u tenkého střeva má stěna 4 vrstvy, ve sliznici jsou drobné žlázky, které produkují hlen. Tlusté střevo o délce asi 1,5 m má stejně jako tenké střevo funkci: Pohybovou – pohyby jsou pomalejší než v tenkém střevě, úlohou je obsah míchat a posouvat, vylučovací – v tlustém střevě nejsou produkovány enzymy, trávení již je ukončeno, vylučován je hlen, který ulehčuje průchod stolice, vstřebávací – vstřebává se převážně voda a tím se stolice zahušťuje, dále se vstřebávají soli a malé množství cukrů. Dále v tlustém střevě probíhají vlivem mikrobiální flory kvasné (cukry) a hnilobné (bílkoviny) procesy. Funkce vyměšovací slouží k vyměšování stolice. Stolice se skládá z nestravitelných zbytků potravy, částí potravy, které nebyly stráveny (např. při větším množství), odumřelých buněk sliznice, hlenu a solí, odumřelých bakterií a dalších zbytků látek (např. žluči). Barva stolice je dána rozpadajícími se žlučovými barvivy, konzistence obsahem vody. Vstřebávání živin a ostatních složek potravy. Po skončení trávení je většina potravy připravena tak, aby ji organismus mohl využít. Rozštěpené jednoduché látky se vstřebávají stěnou trávicí trubice do oběhu. Části potravy, které náš organismus nedovede rozložit, odcházejí z těla nevyužity. Proces vstřebávání začíná v žaludku, množství vstřebaných živin je velmi malé. Vstřebává se zde část alkoholu, některé jedy, částečně voda a některé soli. Největší vstřebávání probíhá v tenkém střevě**.** Látky se vstřebávají pronikáním sliznicí tenkého střeva a stěnami krevních vlásečnic. Při poruše trávení (např. při nedostatku některých důležitých enzymů, průjmovém onemocnění) se zhoršuje i vstřebávání a část živin odchází nevyužitá z těla ven. Bílkoviny se po rozložení na aminokyseliny vstřebávají nejvíce v horní části tenkého střeva. Glycidy (sacharidy) se musí rozložit na monosacharidy a ty se teprve vstřebávají. Nejrychleji se vstřebává glukóza. Nevstřebává se celulóza a pektin. Glycidy se nejvíce vstřebávají v horní části tenkého střeva. Tuky se štěpí na glycerol a mastné kyseliny. Glycerol je rozpustný ve vodě a ve střevě se dobře vstřebává. Mastné kyseliny se vstřebávají pomocí žlučových kyselin, které z nich tvoří ve vodě rozpustné komponenty a mohou procházet střevní stěnou. Žlučové kyseliny se po vstřebání odpojí a dostávají se do jater, odkud jsou žlučí vyloučeny do střeva.

Mastné kyseliny se ve stěně střeva spojují s glycerolem a vytvářejí tak opět tuk, který se dostává do mízního oběhu a odtud do krevního oběhu. Vitamíny se také vstřebávají v tenkém střevě. Vitamíny rozpustné ve vodě se vstřebávají s vodou, vitamíny rozpustné v tuku se vstřebávají s tukem. Většina minerálních látek se vstřebává v tenkém střevě. V tlustém střevě se vstřebává především voda a s ní i soli a malé množství cukru. Vstřebáváním vody se postupně zahušťuje stolice. Při rychlém průběhu stolice tlustým střevem se vstřebá méně vody a stolice je řidší. Při pomalém průběhu stolice se více vstřebává voda a stolice je tužší.



Zdroj: <http://www.vladahadrava.xf.cz/fiziologie.html#zalozka_hlavicka>.

Příloha 6

Potraviny

Obiloviny a pečivo jsou základem naší stravy, protože představují dobrý zdroj energie a snadno využitelných sacharidů. Hodí se nejen k snídani nebo ke svačině, ale mohou být také součástí večeří a obědů. **Světlé pečivo:** dodává lidskému organizmu pouze energii a sacharidy. Z výživového hlediska jsou daleko vhodnější potraviny celozrnné, které navíc obsahují vitaminy, minerální látky a vlákninu.

V dětské výživě jsou **mléko a mléčné výrobky** důležitými potravinami. Pro rostoucí dětský organizmus jsou významným zdrojem vápníku, který je potřebný pro zdravý růst a vývoj kostí a zubů. Pro zdravé děti jsou tedy nízkotučné mléčné výrobky v podstatě zbytečné, navíc hlavně ty malé potřebují pro svůj růst a vývoj velké množství energie i tuků. Přednost by měly mít polotučné jogurty a sýry s obsahem tuku do 45 % v sušině. Aby byly tavené sýry měkké a snadno roztíratelné, při jejich výrobě se používají tzv. tavicí soli, nejčastěji fosforečnany. Tyto látky jsou sice důležité pro správné ukládání vápníku do kostí, ale ve velkém množství mu mohou naopak škodit. Pokud je jich totiž ve stravě nesprávný poměr (více fosforu než vápníku), mohou způsobovat odplavování vápníku z těla a dokonce jeho odebírání z kostí.

Maso je cenným zdrojem plnohodnotných bílkovin a některých vitaminů a minerálních látek, které jsou pro náš organizmus důležité. Není tedy dobré, byť z dobré vůle, maso z dětského jídelníčku vyloučit. Maso je také zdrojem některých minerálních látek – např. železa, fosforu, zinku, hořčíku. Obsahuje také vitaminy skupiny B, vitamin A a D. Drůbeží maso neobsahuje všechny vitaminy a minerální látky (především železo) v takovém množství, aby byla jejich potřeba v těle trvale pokryta, je vhodné jíst i tmavé druhy masa. Z nich je nejvhodnější libové hovězí nebo telecí. Důležitou roli ve stravě hrají také ryby. Ve zdravém jídelníčku dětí by měly být zastoupeny alespoň 2x týdně. Rybí maso obsahuje ve svém tuku mastné kyselin, které jsou důležité pro zdraví srdce a cév a u dětí podporují správný růst a duševní vývoj. Je v něm také větší množství vitaminů D a E a v mořských rybách jodu.

U dětí by měly **tuky** tvořit 30–40 % denního příjmu, dále i podle věku. Děti pro svůj správný růst potřebují větší množství tuku, jakožto nositele energie, vitaminů a dalších látek potřebných pro vývoj a růst těla (např. nenasycených mastných kyselin). Tuky také zajišťují správné využití vitaminů rozpustných v tucích, tvorbu některých hormonů, mechanickou ochranu vnitřních orgánů, tepelnou rovnováhu těla aj. Neměli bychom tedy dětem příjem tuku nějak zásadně omezovat. Pro děti platí, že jsou pro ně zdravější tuky rostlinné než tuky živočišné. Tuky jsou složeny z mastných kyselin. Některé z nich jsou tzv. esenciální, to znamená, že si je naše tělo nedokáže vytvořit z jiných mastných kyselin. Protože jsou pro správnou funkci našeho organizmu velmi důležité, musíme je přijímat stravou – nejlépe právě z rostlinných tuků.

Vejce jsou v poslední době velmi diskutovanou potravinou. Obsahují totiž také látky, které hladinu cholesterolu zase snižují. Mimo to mají také velké množství lehce stravitelných bílkovin, vitaminů a minerálních látek. Jsou totiž velmi bohatá na tuk. Podle zásad zdravé stravy by zdravé děti měly mít maximálně 4 vejce týdně a přednostně v rozptýlené formě, tj. použité při přípravě pokrmů.

Snad všichni již dnes vědí, že **zelenina** je nedílnou součástí zdravého jídelníčku dětí. Kromě vitaminů a minerálních látek je bohatá také na vlákninu, má nízkou energetickou hodnotu a snadno zasytí. Měli bychom ji jíst v několika porcích denně a nejlépe čerstvou. Ani proti zelenině dušené, vařené nebo restované není co namítat. Na jednu stranu platí, že v syrové zelenině je nejvíce vitaminů a tepelnou úpravou se některé z nich mohou více či méně ničit.

Velmi cennou složkou **luštěnin** je vláknina. Trávicí systém malých dětí, ale může mít s větším množství vlákniny problémy. Proto je lepší dětem podávat daleko menší porce luštěnin a nejlépe mechanicky upravených (např. v mixeru).

Stejně jako zelenina je také **ovoce** nedílnou součástí zdravé stravy. I ovoce by se v našem jídelníčku mělo objevit několikrát denně. A to i v jídelníčku dětském, pro děti je snadněji stravitelné než zelenina. „Protože obsahuje více jednoduchých sacharidů a má celkově vyšší energetickou hodnotu.“ Ovoce je také zdrojem vitaminů,

minerálních látek a samozřejmě i vlákniny. Asi nejznámějším vitaminem v ovoci je vitamin C.

Bílý (rafinovaný) **cukr** jako takový je pro naše tělo pouze zdrojem energie a jednoduchých sacharidů. Nadměrné množství cukru přispívá ke vzniku zubních kazů, ke zvyšování tělesné hmotnosti a hladiny krevních tuků. Kromě běžného cukru (sacharózy) je možné ke slazení používat také cukr ovocný (fruktózu). Pro prevenci zdravotních potíží v pozdějším věku je nejlepší, když si děti na sladkou chuť příliš nezvyknou. Ve zdravém jídelníčku dětí bychom proto měli co nejvíce omezit slazení a příjem sladkostí, a to i těch, které jsou slazeny náhradními sladidly. Sladkosti patří mezi potraviny s tzv. vysokým glykemickým indexem (GI), který mimo jiné určuje, na jak dlouhou dobu nás daná potravina zasytí. Čím vyšší je GI potraviny, tím kratší dobu zasycení vydrží. Po sladkostech tedy dostaneme hlad velmi rychle. Sladkosti navíc nemusí být pouze zdrojem cukru, ale také nevhodných tuků s nasycenými kyselinami, které se na našem zdraví podepisují negativně. Sladkosti do dětského jídelníčku patří – ovšem jenom jako zpestření. Přednost dávejte kvalitním čokoládám s vyšším podílem kakaa, oříšků a ovoce, müsli tyčinkám bez polevy, sušenému ovoci nebo ořechům, dortům s ovocem a želé.

Sůl je velmi důležitou složkou naší stravy, protože obsahuje sodík a chlor, které jsou pro náš organizmus potřebné. Sodík zabraňuje ztrátám vody z těla a udržuje v pozoru naši nervosvalovou dráždivost, chlor je zase součástí žaludeční šťávy a udržuje rovnováhu mezi kyselým a zásaditým prostředím v našem těle. Dětem do jednoho roku se nedoporučuje solit vůbec. Jejich ledviny totiž ještě nejsou připraveny na zátěž, kterou s sebou trávení soli přináší a snadno tak může dojít k porušení jejich funkce. Ani větším dětem se nedoporučuje výrazně solit. Zvykne-li si totiž dítě na slanou chuť už jako malé, bude ji vyhledávat i později, začne si samo přisolovat pokrmy. Omezte také potraviny, které jsou na sůl velmi bohaté – k těm patří především uzeniny, chipsy, křupky, solené oříšky a popcorn, hranolky, ale i slané pečivo a některé minerální vody s vyšším obsahem sodíku.

Zdroj: <http://www.vyzivadeti.cz/poradenstvi/jak-sledovat-vyvoj-ditete.html>.

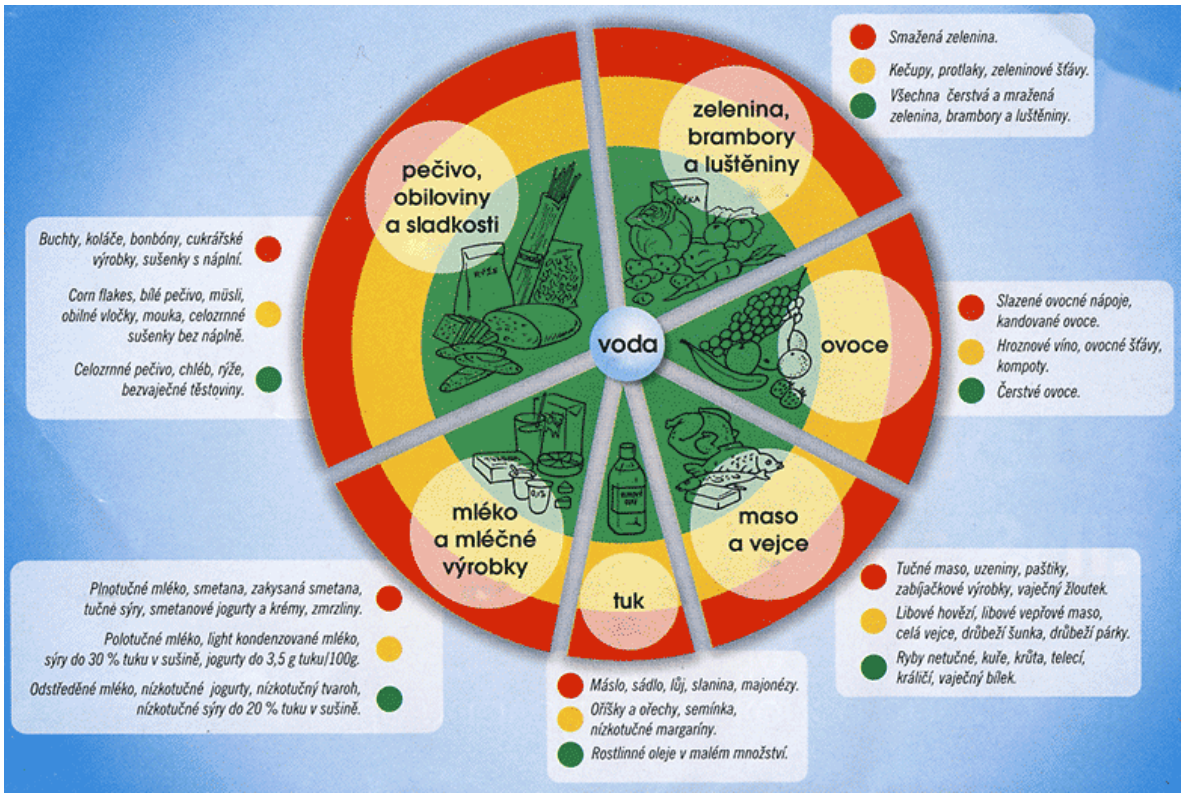
Příloha 7

Potravinová pyramida

Zdroj:<http://www.vyzivadeti.cz/zdrava-vyziva/zdrava-vyziva-deti/potravinova-pyramida /potravinova-pyramida.html>.

Příloha 8

Semaforový systém



Zdroj: <http://www.obezita.cz/hubnuti/vyzivove-poznatky/>.

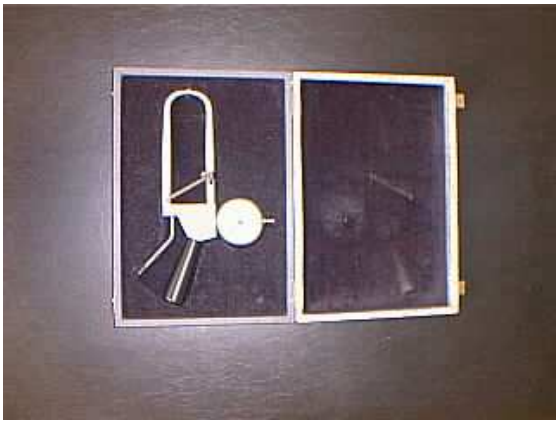
Semaforový systém

Zdroj: <http://www.obezita.cz/hubnuti/vyzivove-poznatky/>.

Příloha 9

Kaliper SK (plast)

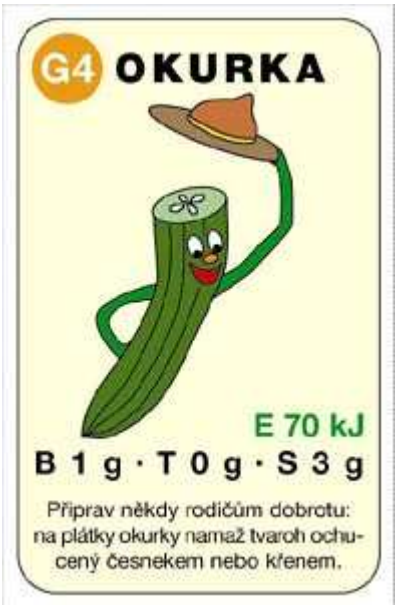
Kaliper Somet



Zdroj:<http://www.eamos.cz/amos/kat_tv/externi/antropomotorik/morfologicka_stavba/stranky/morfologicka_stavba.htm>.

Příloha 10

Pexeso



Zdroj:<http://www.istob.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=1380&Itemid=57>.

Příloha 11

Seznam obezitologických pracovišť v České republice

Endokrinologický ústav
Národní 8
116 94 Praha 1
Tel. 224905350
http://www.endo.cz

III. interní klinika 1. LF UK
Karlovo nám. 32
Praha 2
Tel. 224966693
http://www.lfl.cuni.cz/default.asp?nDepartmentID=343&nLanguageID=1

Fyziologický ústav Akademie věd ČR
Vídeňská 1083
142 20 Praha 4
Tel. 241062554
http://sun2.biomed.cas.cz/fgu

Centrum diabetologie IKEM
Vídeňská 1958/9
140 21 Praha 4
http:www.ikem.cz

Centrum pro léčbu obezity Iscare
Klinické centrum Iscare Lighthouse
Budova Lighthouse, Jankovcova 1569/2c
170 04 Praha 7
Tel. 234379260 nebo 234379261
Bezplatná telefonní linka: 800203233
http://www.cplo.cz/

I. interní klinika FN & LF UK v Plzni
Alej Svobody 80
304 60 Plzeň
Tel. 377103511
http://www.lfp.cuni.cz

Obezitologické centrum při II. Interní klinice
FN U sv. Anny v Brně
Pekařská 53
656 91 Brno
Tel. 543184284

Fakultní nemocnice s poliklinikou
Interní klinika
tř. 17. listopadu 1790
708 52 Ostrava – Poruba
Tel. 596981111
Doc. MUDr. Arnošt Martínek, CSc.

Obezitologické ambulance:

MUDr. Helena Kajtmanová
Obezitologická poradna
Čapkova ul. 2549
397 01 Písek
Tel. 777115228

MUDr. Bohumila Košická
Interní ambulance – obezitologické poradna
Dukelská 456
790 01 Jeseník

MUDr. Pavel Pávek
Obezitologická ambulance
Vratislavovo nám. 12
592 31 Nové Město na Moravě
Tel. 566616903

Městská nemocnice Turnov
Ul. 28. října 1000
511 16 Turnov
Tel. 481446111
www.mnturnov.cz
MUDr. Daniel Pospíšil
Tel. 481446202

Zdroj: KUNOVÁ, V. *Zdravá výživa a hubnutí v otázkách a odpovědí.* 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. 128 s. ISBN 80–247-1050–1.

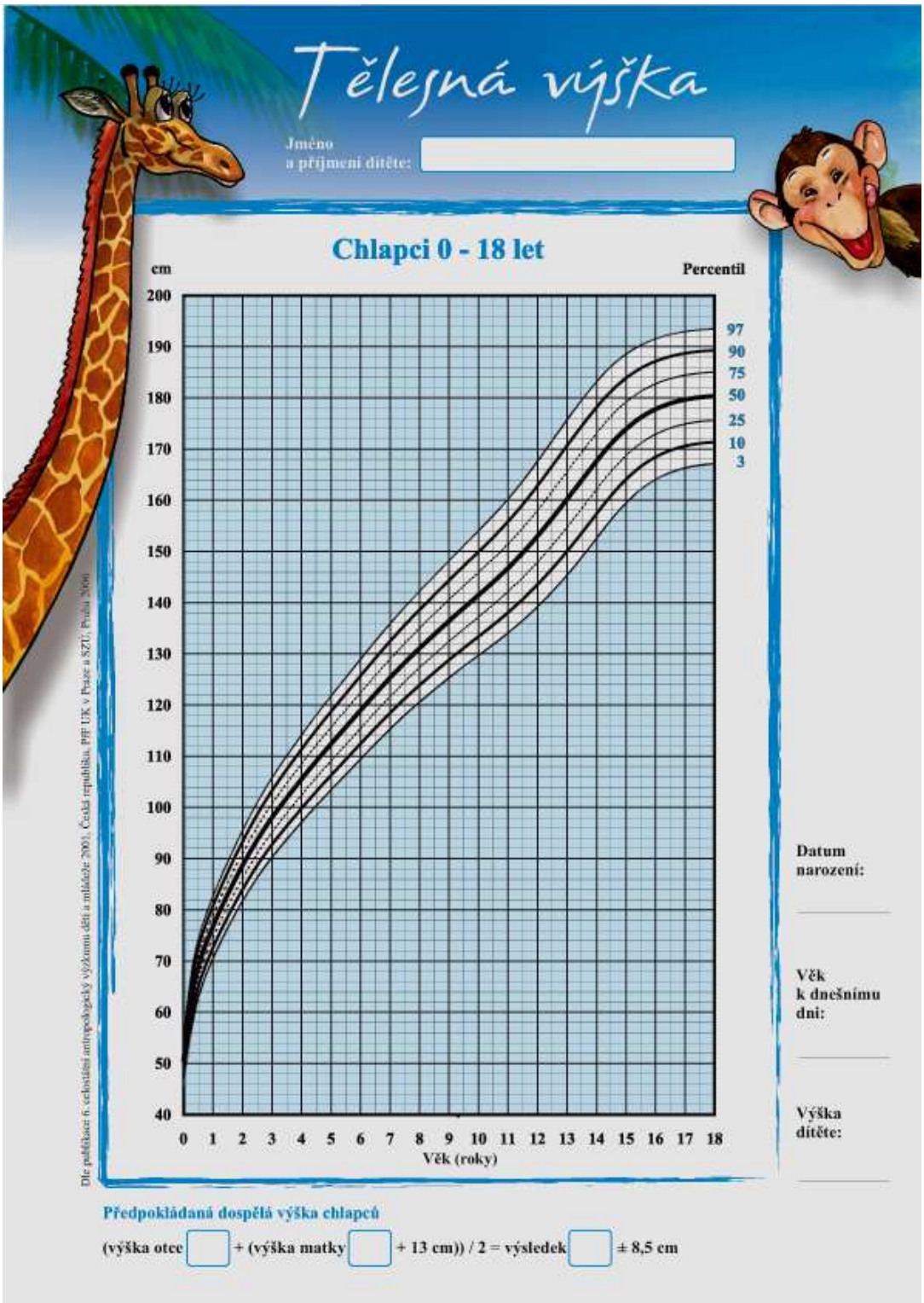
Příloha 12

Dítě s obezitou

Zdroj: <http://zdravi.dama.cz/clanek.php?d=2560>.

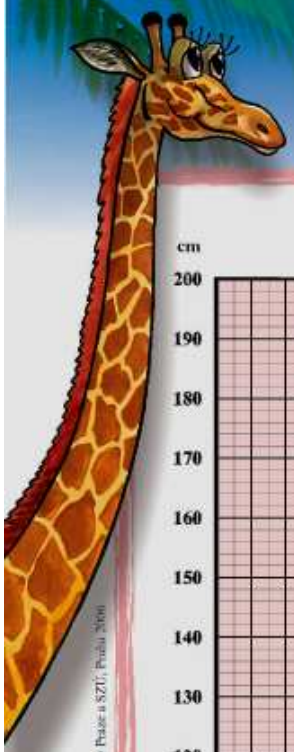
Příloha 13

Percentilové grafy

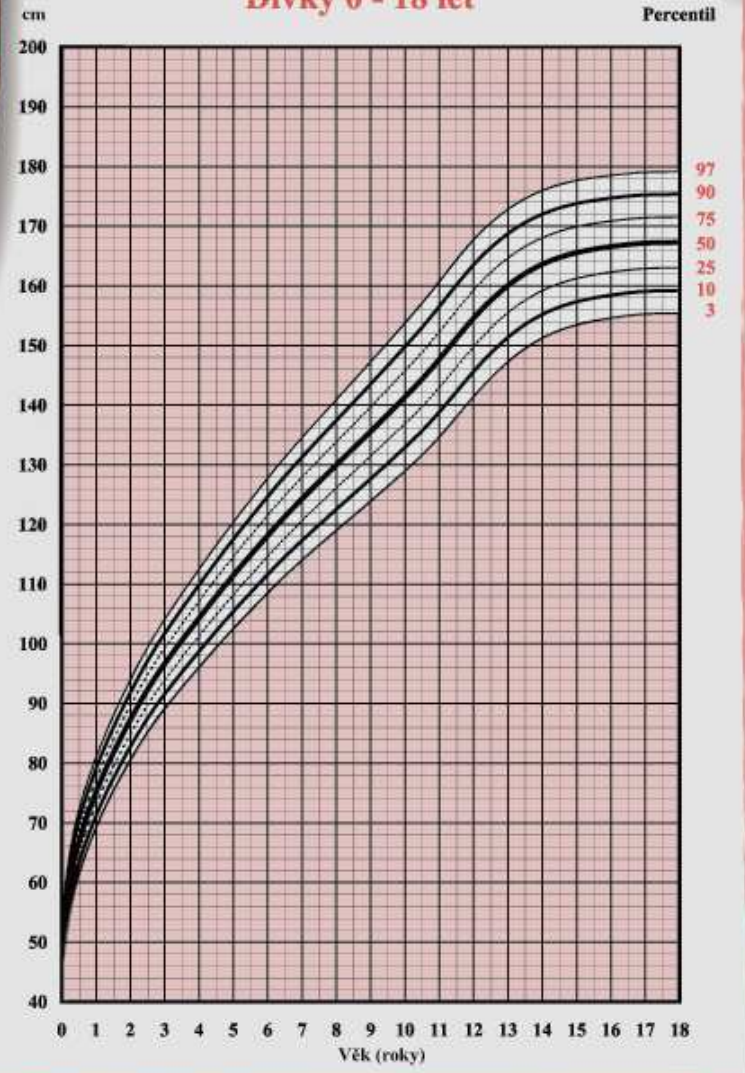


Tělesná výška

Jméno a příjmení dítěte:



Dívky 0 - 18 let



Datum narození:

Věk k dnešnímu dni:

Výška dítěte:

Dle publikace 6. celostátní antropologický výzkumu dětí a mládeže 2001, Česká republika, PřF UK v Praze a SZÚ, Praha 2006

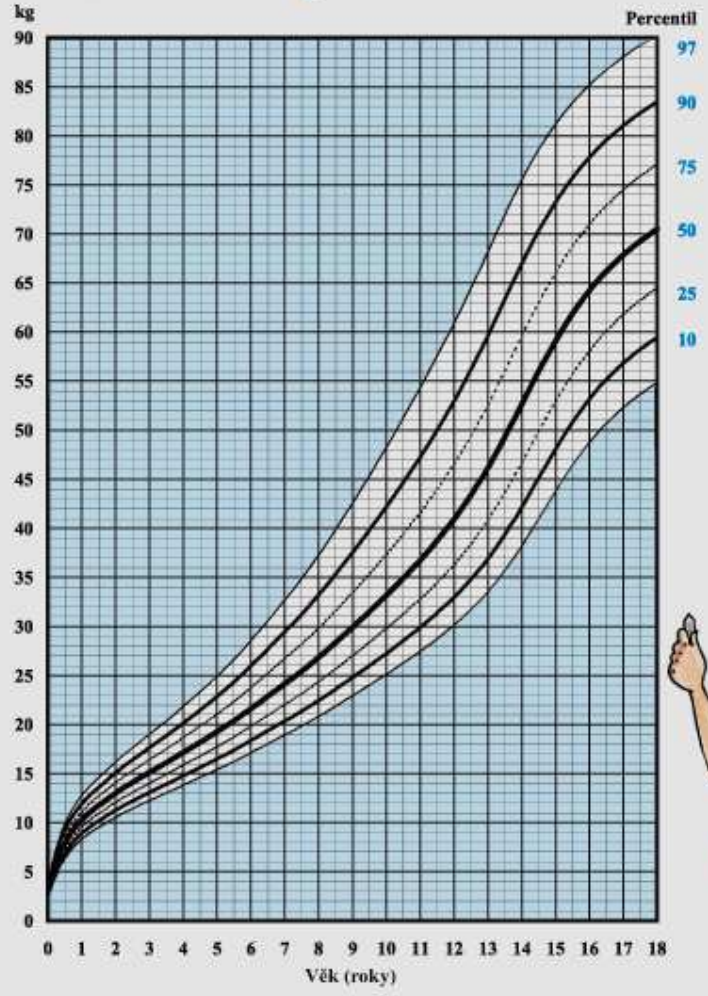
Předpokládaná cílová výška dívek

(výška matky ☐ + (výška otce ☐ – 13 cm)) / 2 = výsledek ☐ ± 8,5 cm

Hmotnost

Jméno a příjmení dítěte:

Chlapci 0 - 18 let



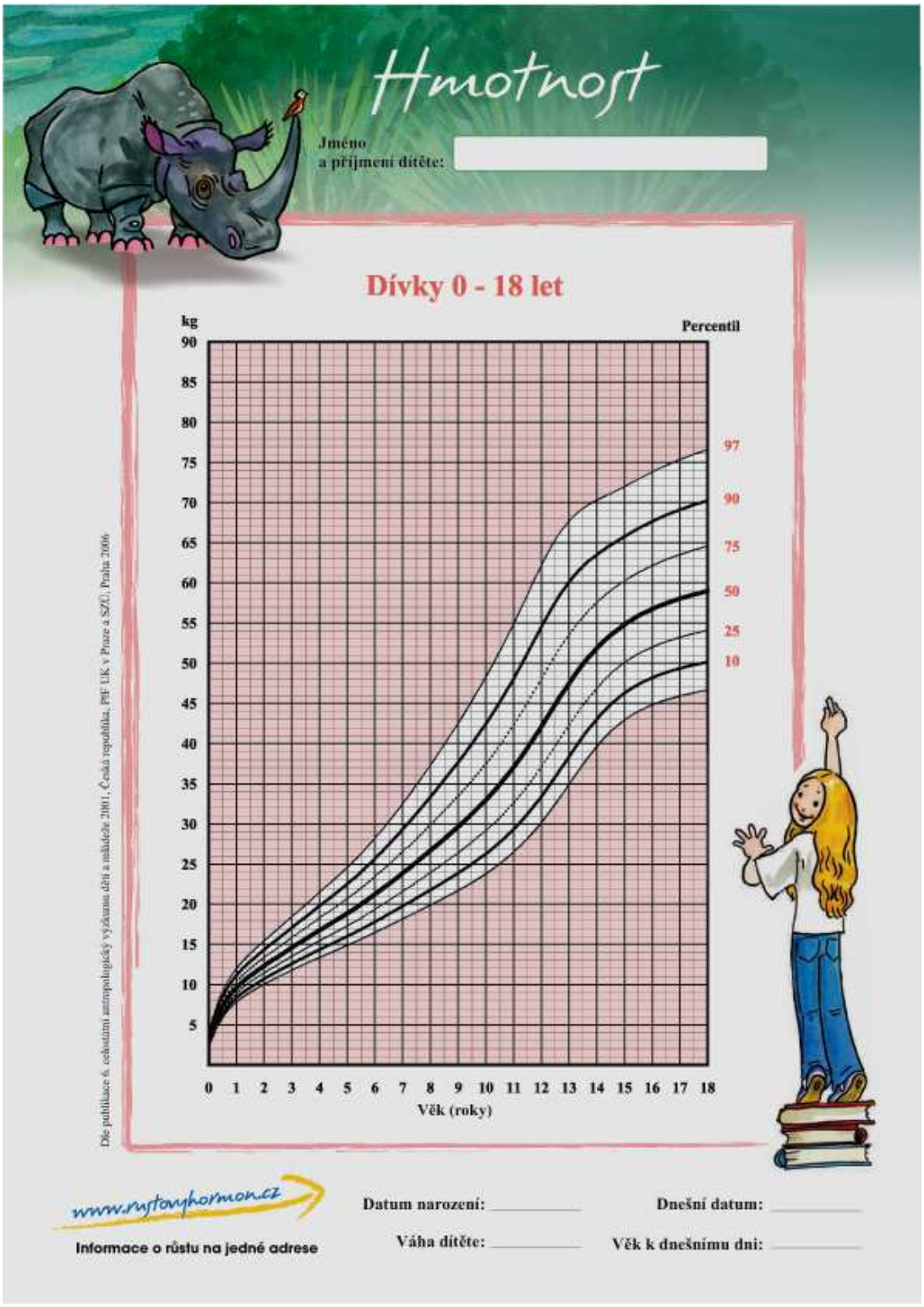
Dle publikace 6. celostátní antropologický výzkumu dětí a mládeže 2001, Česká republika, PřF UK v Praze a SZÚ, Praha 2006

www.rustovyhormon.cz

Informace o růstu na jedné adrese

Datum narození: _____ Dnešní datum: _____

Váha dítěte: _____ Věk k dnešnímu dni: _____



Zdroj: <http://www.rustovyhormon.cz/percentilove-grafy-k-tisku>.