



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Fakulta zdravotně sociální

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Diplomová práce

Role sestry v péči o adolescenty s nadváhou či obezitou

Vypracovala: Bc. Viktorie Sorokanets

Vedoucí práce: doc. PhDr. Sylva Bártlová, Ph.D.

České Budějovice 2015

Abstrakt

Tato diplomová práce je zaměřená na roli dětské sestry v péči o adolescenty s nadváhou či obezitou. Dětská sestra hraje klíčovou úlohu v podpoře zdraví dětí a dospívajících v primární péči. Sestra je v mnoha případech prvním člověkem, kterému se rodina nebo dítě svěří se svými starostmi a obavami týkajícími se zdraví. Dětská sestra je osobou, jejíž profesní zaměření je určováno potřebami dětí, je odborníkem, který by měl využít každou příležitost ke konzultaci o zdravém životním stylu dítěte a rodičů, je podstatným a nenahraditelným členem týmu, jenž o dítě či dospívajícího pečuje (Sikorová, 2012).

Práce se skládá ze dvou částí. Teoretická část je zaměřená na obezitu jako takovou, je zde popsána patogeneze, komplikace a následky, dále prevence a léčba. V další kapitole jsme se zaměřili na úlohu sestry v ordinaci dětského lékaře a popsali jsme v ní roli sestry při vyšetření adolescenta s obezitou či nadváhou, informovanost sestry a adolescenta v oblasti dětské obezity, zásady komunikace sestry s obézním adolescentem a jeho edukace. V závěru teoretické části jsou zmíněny psychosociální dopady obezity na adolescenta, jako je sociální izolace, diskriminace a riziko vzniku poruchy přijímání potravy.

Druhou polovinu práce tvoří empirická část, která byla prováděná dvěma způsoby výzkumu. První část výzkumu byla realizovaná kvantitativní formou šetření, v rámci kterého byly pomocí elektronických dotazníků osloveny dětské sestry v ordinacích praktických dětských lékařů. Otázky v dotazníku byly zaměřeny na vzdělání sester v oblasti dětské obezity, edukaci adolescentů, spolupráci s rodinou a jinými odborníky. Výzkumný soubor tedy tvořily dětské sestry, které vykonávají svou profesi v celé České republice. V druhé části výzkumného šetření byla použita metoda dotazování, a to technikou rozhovoru. Jednalo se o polostrukturovaný rozhovor s obézními adolescenty. Každý rozhovor obsahoval 24 otázek a trval v průměru 20 - 25 minut. Rozhovory s adolescenty byly zaměřeny na znalost pojmu Body Mass Index, na zdravotní a psychické následky, na jejich osobní život, vztahy s vrstevníky, partnerské vztahy i možnosti využití služeb výživového poradce. Oslovili jsme 15 respondentů ve věku od 16 do 20 let, všichni byli z Jihočeského kraje. U nezletilých adolescentů museli s výzkumem souhlasit rodiče.

Dotazník byl přístupný online a jeho vyplnění nezabralo příliš času, přesto z přibližně 400 rozeslaných, se vrátilo pouze 154 plně vyplněných. Návratnost dotazníků tedy činila přibližně 40 %.

Na začátku jsme si stanovili dva cíle. Účelem prvního cíle bylo zmapovat roli sestry v přístupu k obézním adolescentům. Z výsledků vyplynulo, že dětské sestry se snaží v oblasti dětské obezity vzdělávat, zajímají se o problematiku dětské obezity, dále se snaží adolescenty trpící nadváhou edukovat o správné životosprávě. Dále také usilují o spolupráci s rodinou dítěte a i s dalšími odborníky, jakými jsou endokrinolog, kardiolog, výživový poradce atd. Druhým cílem práce bylo zjistit, jak obézní adolescenti vnímají vlastní osobu. Názory byly samozřejmě různé, někteří jedinci si nadváhu (obezitu) nepřipouštěli, jiní v sobě spatřovali „tloušťky“, „valící se koule“, „ošklivé a zbytečné, kterým nic nesluší“. Někteří trpí depresemi, jiní se to snaží neřešit.

Pro naplnění účelu kvantitativního šetření jsme si stanovili celkem tři hypotézy. H1: Sestra edukuje adolescenty v oblasti zdravé výživy. Hypotézu jsme statisticky potvrdili, protože z výzkumu vyplynulo, že sestry opravdu adolescenty edukují o správné životosprávě. H2: Sestra se neustále vzdělává v oblasti problematiky obezity. Výsledky ukázaly, že sestry se účastní vzdělávacích seminářů s danou problematikou a že se i dále vzdělávají. I tuto hypotézu jsme potvrdili. H3: Sestra spolupracuje s rodinou obézních adolescentů. Také v tomto případě se stanovená hypotéza potvrdila. Bývá to sice dost náročné, ale i tak se dětské sestry snaží zapojit do léčebného procesu celou rodinu.

Pro naplnění účelu kvalitativního šetření jsme si stanovili dvě výzkumné otázky. VO1: Pociťují obézní adolescenti vyčlenění z kolektivu? Většina dotázaných si nemyslí, že by pro svou nadváhu byli nějakým způsobem opomíjeni nebo vyčleněni z kolektivu. Jedna respondentka uvedla, že na základní škole se s ní spolužáci moc nebavili, ale po nástupu na střední školu už takový pocit nemá. Jiná se přiznala k tomu, že na základní škole byla dokonce šikanována kvůli své vyšší váze. Na základě těchto výsledků by se dalo soudit, že obézní adolescenti nebývají svými vrstevníky z kolektivu vyčleňováni. VO2: Využívají obézní adolescenti možnou spolupráci s nutričním terapeutem? Pouze 4 adolescenti uvažují o návštěvě nutričního terapeuta, zbytek o něm sice slyšel, ale nemá

zájem si sjednat schůzku či si zjišťovat nějaké další informace. Na výše zmíněnou otázku se tedy dá odpovědět tak, že adolescenti, byť by měli možnost se o nadváze a obezitě poradit s odborníkem, jeho služeb nevyužívají.

Dle výsledků získaných z dotazníkového šetření sestry adolescenty na jejich nadváhu upozorňují, edukují je v oblasti zdravé výživy, spolupracují s různými odborníky a také rodinou. Naproti tomu stojí výsledky rozhovorů s adolescenty, kdy větší část z nich tvrdí, že nikdy žádné doporučení o hubnutí od pediatra ani dětské sestry nedostali. Dětská obezita stále stoupá a s ní bohužel i další onemocnění související s nárůstem hmotnosti. Děti i dospívající stále více času tráví u televize, u počítače a jedí u toho různé slané a přelázané pochutiny. Mnohdy si ani rodiče neuvědomují, že na daném stavu se z velké části podílí i jejich výchova.

Výsledky této bakalářské práce mohou posloužit jako podklad pro sepsání článku do odborného časopisu nebo jako návod pro prevenci dětské obezity. Rovněž by mohly být prezentovány formou přednášek.

Abstract

This thesis is focused on the role of a pediatric nurse in the care of overweight and obese adolescents. A pediatric nurse plays a key role in promoting the health of children and adolescents in primary care. A nurse is in many cases the first person the family or a child confide their worries and health concerns in. A pediatric nurse is a person whose professional focus is determined by the needs of children; he or she is an expert who should seize every opportunity for consultation on healthy lifestyles of children and parents; he or she is an essential and irreplaceable member of the team caring for a child or an adolescent (Sikorová, 2012).

This thesis consists of two parts. The theoretical part is focused on obesity itself, it describes pathogenesis, complications and consequences, as well as prevention and treatment. In the next chapter we focus on the role of the nurse in the pediatrician's office. There we described the role of nurses in the examination of an obese or overweight adolescent, the awareness of a nurse and adolescent in the field of childhood obesity, the principles of communication of nurses with the obese adolescent and his or her education. At the end of the theoretical part the psychosocial impacts on obese adolescents, such as social isolation, discrimination and the risk of developing eating disorders, are described.

The second half of the thesis is empirical. Research was carried out in two ways. The first part of the research was realized in the form of a quantitative survey, in which nurses in general pediatricians offices were approached using electronic questionnaires. The questions in the questionnaire were focused on the education of nurses in the field of childhood obesity, education of adolescents, cooperation with families and other professionals. The research group therefore consisted of pediatric nurses who pursue their profession in the Czech Republic. In the second part of the research the method of questioning, namely the interview technique was used. It was a semi-structured interview with obese adolescents. Each interview consisted of 24 questions and lasted an average of 20 - 25 minutes. Interviews with adolescents were focused on the knowledge of the term Body Mass Index, health and psychological consequences, their personal lives, relationships with peers and partners, the possibility of using the services

of a nutritional consultant. We contacted 15 respondents aged 16 to 20 years, all were from South Bohemia. In case of minor adolescents parental agreement with the research had to be acquired.

The questionnaire was accessible online and its completion was not time consuming; however out of approximately 400 distributed questionnaires only 154 returned fully completed. The return of questionnaires was approximately 40 % and reflects the ratio of completed and mailed questionnaires.

At the beginning two goals were set. The purpose of the first objective was to explore the role of nurses in the approach to obese adolescents. The results showed that nurses are trying to educate themselves in the field of child obesity, they are interested in the issue of childhood obesity, what is more they are trying to educate the overweight adolescents in good nutrition. Furthermore, they also aim to cooperate with the child's family and even with other professionals, such as an endocrinologist, cardiologist, nutritionist etc. The second objective was to determine how obese adolescents perceive themselves. Opinions obviously differed, some children did not admit to being overweight/obese, while others saw themselves as the "fatsoes", "whales" ugly and useless, and that nothing suits them". Some suffer from depression, others try not trouble themselves with it.

To fulfill the purpose of quantitative research 3 hypotheses were set. H1: Nurse educates adolescents about healthy eating. The hypothesis was statistically confirmed because research showed that nurses really do educate teenagers about good nutrition. H2: Nurse constantly educates herself in the field of obesity. Results showed that nurses participate in educational seminars on this issue and that they continue to educate themselves. This hypothesis was confirmed. H3: Nurse cooperates with the family of obese adolescents. In this case, the given hypothesis was also confirmed. Although it sometimes is quite difficult, nurses try to engage the whole family in the treatment.

To fulfill the purpose of qualitative research, two research questions were set. RQ1: Do obese adolescents feel excluded from their peer group? Most of the adolescents surveyed do not think that they would be somehow neglected or excluded from their

peer group because of their weight. One respondent stated that in elementary school her classmates did not associate with her much, but this changed after going to college. Another confessed that in elementary school she was even bullied because of her weight. Based on these results, one could assume that obese adolescents are not excluded from their group by their peers. RQ2: Do obese adolescents utilise potential cooperation with nutritional therapist? Only 4 adolescents are thinking of visiting a dietician, the rest have heard of such specialist, but are not interested in arranging a meeting or learning more. The answer to this question is that although they have the opportunity of consulting an expert, obese/overweight adolescents do not use his services.

According to the results obtained from the survey, nurses draw adolescents' attention to their overweight, they educate them in healthy eating, cooperate with various professionals and family, etc. In contrast, the results of interviews with adolescents state that majority of them have never received any recommendations about weight loss from a pediatrician or pediatric nurse. Childhood obesity is increasing and with it unfortunately also other weight related diseases. Children and adolescents increasingly spend more time on the couch watching TV or at their computers, eating various savoury and sweet snacks. Oftentimes parents do not even realize that their upbringing is also a contributing factor.

The results of the thesis may serve as a basis for writing an article for a specialized journal, as a guide in the prevention of childhood obesity. They may also be presented through lectures.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně a čerpala jsem výlučně z pramenů uvedených v seznamu citované literatury. Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz, provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 13.8.2015

.....

Bc. Viktorie Sorokanets

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala své vedoucí práce doc. PhDr. Sylvě Bártlové, Ph.D. za odborné vedení a cenné rady. Rovněž děkuji panu Mgr. Davidovi Kimmerovi za lidský přístup, trpělivost a pomoc i během jeho dovolené. Dále bych chtěla poděkovat paní Mgr. Dvořáčkové za cenné rady a pomoc při statistickém zpracování výsledků této práce. Velký dík patří mému přítelovi a rodině, neboť mě při tvorbě práce hodně podporovali. Děkuji dále všem dětským sestrám, které se zúčastnily mého dotazníkového šetření, a také adolescentům, kteří byli ochotní mi věnovat půl hodiny svého volného času. Bez pomoci a podpory těchto lidí, by práce nikdy nevznikla. Ještě jednou všem mockrát děkuji.

Obsah

1 SOUČASNÝ STAV	14
1.1 Etiologie obezity u dětí	14
1.1.1 Patogeneze obezity	14
1.1.2 Komplikace a následky obezity	18
1.1.3 Prevence dětské obezity	20
1.1.4 Léčba dětské obezity	23
1.2 Úloha sestry v ordinaci dětského lékaře.....	26
1.2.1 Úloha sestry při vyšetření adolescenta s obezitou či nadváhou	26
1.2.2 Informovanost sestry v oblasti dětské obezity.....	27
1.2.3 Informovanost adolescenta v oblasti obezity	29
1.2.4 Zásady komunikace sestry s obézním adolescentem.....	30
1.2.5 Edukace adolescenta s obezitou či nadváhou	32
1.3 Psychosociální dopad obezity na adolescenta.....	34
1.3.1 Sociální izolace.....	34
1.3.2 Diskriminace jedince	35
1.3.3 Riziko vzniku poruch příjmu potravy.....	37
2 CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY	40
2.1 Cíle práce	40
2.2 Výzkumné otázky.....	40
2.3 Hypotézy	40
3 METODIKA	41
3.1 Metodika výzkumného šetření	41
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	42
4 VÝSLEDKY	43
4.1 Grafické znázornění výsledků šetření	43
4.2 Statistické testování hypotéz	56

4.3 Identifikační údaje respondentů	58
4.4 Kategorizace dat.....	60
5 DISKUZE	69
6 ZÁVĚR.....	77
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	79
8 KLÍČOVÁ SLOVA	86
9 PŘÍLOHY	87

Seznam použitých zkratk

FTO – Fused Toes and Other abnormalities

BMI – Body Mass Index

DM II. typu – diabetes mellitus II. typu

OSAS – Obstructive Sleep Apnea Syndrome

SZO – Světová zdravotnická organizace

ČPS – Česká pediatrická společnost

Úvod

Ve většině zemí světa již několik desetiletí stoupá prevalence nadváhy a obezity u dětí a dospívajících. Hlavní příčinou je nezdravé stravování dětí v rodinách, ve škole a ve volném čase. Dále je na vině nedostatek fyzické aktivity, pití přeslazených nealkoholických nápojů a častá konzumace jídla ve fast foodech. V důsledku nezdravé životosprávy stoupá počet dětí s latentním nebo zjevným diabetem 2. typu. Ten pak v dospělosti pokračuje vznikem závažných komplikací. Kardiovaskulární komplikace nadváhy a obezity jsou dobře známé, ovlivňují morbiditu a mortalitu v pozdním věku.

Práce se skládá ze dvou částí, teoretické a empirické. Teoretická část je zaměřená na obezitu jako takovou, a to jak na patogenezi, tak i komplikace, důsledky, prevenci a léčbu dětské obezity. Dále pak se práce zabývá úlohou sestry při vyšetření adolescenta s obezitou či nadváhou, informovaností sester v oblasti dětské obezity a zásadami komunikace s obézním adolescentem. Závěr teoretické části je věnován sociálním dopadům obezity na dospívající mládež.

Druhou polovinu práce tvoří empirická část, která se rozděluje ještě na další dvě části. V té první zaměříme svoji pozornost na dětské sestry, pracující v ordinacích praktických dětských lékařů. Šetření probíhalo formou anonymních dotazníků, rozesílaných pomocí emailu. Druhá polovina výzkumu bude probíhat formou rozhovoru s obézními adolescenty.

Cílem této diplomové práce je zmapování role dětské sestry při prevenci v životním stylu adolescentů. Dále sleduje pocity opomíjení, vyčlenění z kolektivu či sociální izolace adolescentů z důvodu nadváhy či obezity.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Etiologie obezity u dětí

1.1.1 Patogeneze obezity

Obezitu definujeme jako nadměrné zmnožení tuku v těle. Její výskyt je zaznamenán nejméně u 20 % dětské populace. Nejčastěji se vyskytuje u dětí obézních rodičů, v rodinách menších, s vyšším socioekonomickým stavem, vyšším vzděláním rodičů, se sklony k tělesné inaktivitě. Obezita je třetím nejčastějším chronickým onemocněním ve vyspělých zemích. Velmi dlouho nebyla pokládána za nemoc, ale pouze za kosmetický defekt. Toto závažné onemocnění však přináší mnoho komplikací a zkracuje život (Klíma, 2003; Svačina, 2008).

Obezita se stává nejčastější metabolickou nemocí v zemích rozvinutého a postupně i rozvíjejícího se světa, její prevalence stoupá ve všech věkových skupinách u obou pohlaví. Obézní děti mají zhoršenou kvalitu života, protože trpí řadou zdravotních a psychosociálních problémů. V Evropské unii v dnešní době trpí přes 20 000 obézních dětí cukrovkou 2. typu, 400 000 vykazuje poruchu glukózové tolerance. Přes milion obézních dětí má známky kardiovaskulárního onemocnění, včetně vysokého krevního tlaku a cholesterolu. Tyto poruchy a nemoci bývaly dříve typické až pro pacienty v důchodovém věku (Štejf, 2007; Marinov, 2010).

Primárním faktorem vzniku obezity je nepoměr mezi energetickým příjmem a výdejem s vychýlením ke straně energetického příjmu. Obě tyto složky jsou ovlivňovány exogenními a endogenními faktory. Vztah a chuť k jídlu závisí především na genetické predispozici, psychických poruchách a stresu, poškození hypotalamu, ve kterém se nacházejí centra regulace příjmu potravy. Obě tyto složky jsou ovlivňovány exogenními a endogenními faktory. Vztah a chuť k jídlu závisí především na genetické predispozici, psychických poruchách a stresu, poškození hypotalamu, ve kterém se nacházejí centra regulace příjmu potravy. Obezita vzniká zvýšením počtu či velikosti tukových buněk. Zakládá se již v dětství, pokud má dítě vyšší kalorický příjem.

Nejčastější chybou v tomto věku je využití jídla k uklidnění dítěte, tento návyk pak vede k vyhledávání potravy za situace frustrace i v pozdějším životě. V kojeneckém věku k obezitě vede časné zavedení tuhé, nadměrně energeticky bohaté stravy (Lukáš, Žák, 2015; Klíma, 2003).

Tělesnou hmotnost jedince určuje více než 100 genů, které působí primárně nebo cestou centrální nervové soustavy (především přes hypotalamus a mozkový kmen). Tyto geny ovlivňují vědomé či nevědomé aspekty příjmu potravy a výdeje energie (např. tok kalorií do střeva, ukládání tukových zásob, množství vydané energie, sklony k fyzické aktivitě, odpověď na specifické jídlo). Změna tukové masy a genu, který je spojený s obezitou (FTO - gen lokalizovaný na 16. chromozomu, významný pro vztah k obezitě, název pochází z výzkumu na myších - angl. **F**used **T**oes and **O**ther abnormalities), prokázala nejsilnější souvislost se všeobecnou obezitou. Riziková varianta FTO genu se v populaci vyskytuje hojně. 17 % lidí má rizikovou variantu dokonce dvakrát (tzn., že zdědili tu nesprávnou alelu jak od otce, tak od matky), 40 % populace má jen jednu škodlivou variantu FTO genu. Pokud člověk zdědí obě alely genu FTO, které v sobě nesou predispozici k obezitě, riziko, že se stane také obézním, je 2,5x vyšší. Platí to ale jen za předpokladu, že příjem potravy u něj bude také „nadstandardní“. Strava chudá na tuky může škodlivý efekt rizikových genů vymazat (Stránský, 2010; Pazdera, 2009).

Obezita je také součástí některých geneticky podmíněných syndromů: Cohenův syndrom, Bardetův - Biedlův syndrom, přičemž oba tyto syndromy jsou spojeny s dysmorfními rysy, psychomotorickou retardací a někdy s hluchotou a změnami na sítnici. Další syndrom spojený s obezitou je Praderové - Williho, mezi jeho projevy patří centrální svalová hypotonie, mírná mentální retardace/vývojové vady, charakteristická porucha chování, nedostatečný růst, obezita umocněná centrálně řízenou nadměrnou chutí k jídlu, nedostatek růstového hormonu a hypogonadismus. K endokrinním příčinám obezity patří hypotyreoidismus a Cushingův syndrom, tyto obě poruchy se vyznačují růstovou retardací. Fyziologická růstová rychlost je proto ukazatelem nepravděpodobnosti organické příčiny obezity. S obezitou souvisí taktéž

psychické poruchy, respektive psychiatrická onemocnění spojená s poruchou příjmu potravy – bulimie, anorexie (Fabichová, 2005; Ekwall, 2005).

K hodnocení nadváhy lze dojít mnoha lékařskými metodami, v praxi však používáme Body Mass Index. Problém ale nastává ve chvíli, kdy se zamyslíme nad tím, jak se dá dětská obezita definovat. V dospělosti BMI stoupá s věkem jedince, zatímco u dětí do tří let BMI poměrně rychle stoupá, poté do šesti let klesá a následně opět roste. To samo sebou nese určité problémy s hodnocením stavu výživy u dětí. Musí se tedy individuální data jednotlivce porovnat s daty ve stejné populaci. Měření hodnoty BMI je odlišné u dětí do dvou let a starších (Příloha 1). U dětí do dvou let se k hmotnosti a délce těla přidává ještě obvod hlavy. Prospívání dětí ve všech kategoriích se hodnotí podle grafů, které se obnovují každých deset let. BMI se počítá dle stejného vzorce jako u dospělých, ale hodnotí se podle percentilů. U tohoto hodnocení je rozlišováno pohlaví dítěte, protože tělesný vývoj se liší u chlapců a dívek (Příloha 2) (Vítek, 2008; Nalezencová, 2012).

Výsledky BMI nemusí být vždy objektivní a správné, a to z toho důvodu, že nehodnotí množství tukové a svalové tkáně. Např. sportovci jsou velmi často dle BMI zařazeni do skupiny populace s nadváhou, nebo dokonce s obezitou. Takové příklady nepřesností v hodnocení lze pozorovat i v běžné populaci. Tuková tkáň v organismu už může přesáhnout ideální množství a přesto, kvůli nedostatečnému svalovému aparátu, je jedinec dle BMI zařazen do skupiny s normální hodnotou. Kvůli nedostatečnému hodnocení tukové tkáně se tak BMI stává neobjektivním a nesprávným pro vyhodnocení tělesné konstituce měřené osoby. Nelze tak ani díky naměřeným hodnotám BMI zvažovat možná rizika onemocnění vyplývajících z obezity (Rothman, 2008; Wolin, Petrelli, 2009).

V diagnostice je také důležité stanovit příjem a výdej energie. Příjem energie lze zjistit zadáním záznamu příjmu potravy a dále četosti příjmu potravy v průběhu 3 - 7 dnů. Výdej je možno hodnotit ve specializovaných ordinacích metodou nepřímé kalorimetrie. V rámci fyzikálního vyšetření je důležité zjistit hodnotu krevního tlaku a následně ho porovnat s hodnotami v příslušných percentilových grafech dle Seemana

a Jandy. Růstové grafy jsou součástí Zdravotního a očkovacího průkazu dítěte a mladistvého, pediatři je mají k dispozici v různých formách. Grafy jsou využívány zejména při léčbě růstových poruch, při léčbě obezity, v endokrinologii, chirurgii atp. Tělesný růst dítěte je nutno posuzovat vždy v souvislosti s dalšími okolnostmi (Kytarová, 2013; Marinov, Pastucha, 2012).

V roce 1993 Světová zdravotnická organizace přezkoumala antropometrická měření z konce 70. let 20. století. V roce 2003 tak vznikly nové růstové grafy s mezinárodní platností pro hodnocení vývoje a růstu dětí. Pro objektivizaci grafů byly vybrány děti všech etnických skupin z různých kultur. Po změření daného vzorku se vyhodnotila průměrná hodnota a vypočítala se určitá odchylka, která určuje normu vhodnou pro hodnocení dětí do pěti let věku (Onis De, 2007).

K dalším postupům diagnostiky dětské obezity řadíme důkladnou rodinnou anamnézu, kde sledujeme výskyt obezity, diabetu mellitu, dyslipidemie, časné aterosklerózy, centrální mozkové příhody, pomocí dotazníku způsob života rodiny, především výživové a pohybové návyky. Dále vyhledáváme závažná data o androidní obezitě, metabolickém syndromu, infarktech myokardu, hypertenzi, dně, hirsutismu a neplodnosti. V osobní anamnéze se zaměřujeme na průběh těhotenství matky, na zvýšení hmotnosti především ke konci těhotenství, porodní hmotnost a délku dítěte, délku kojení, začátek nástupu zvyšování tělesné hmoty, užívané léky, prodělané choroby, způsob stravování. Zjišťujeme také, kolik času věnuje dítě pohybové aktivitě a jak využívá svůj volný čas (Kytarová, 2011; Marinov, Pastucha, 2012).

Nadváha se dá zhodnotit podle procenta tělesného tuku. Dle jedné metodiky jsou děti ve věku 3 - 18 let s obsahem tělesného tuku 25 % (chlapci) a 30 % (dívky) považovány za obézní. Tato metodika má samozřejmě také své nedostatky, protože nezohledňuje věk dětí a svá úskalí má i vlastní měření obsahu tuku. K méně náročným metodám patří například stanovení vrstvy podkožního tuku pomocí měření kožní řasy kaliperem (Příloha 3). Nepřímým ukazatelem je také poměr obvodu pasu a boků, nebo i jen samotný obvod pasu. Absolutní hodnotu obvodu pasu je proto nutné porovnat s věkovými normami (Příloha 4) (Vítek, 2008; Gregora, 2014).

1.1.2 Komplikace a následky obezity

Komplikace obezity můžeme rozdělit na mechanické a metabolické. Na pojem metabolické komplikace obezity je ale nutno pohlížet kriticky, protože se jedná spíše o výskyt nemocí, které mají s obezitou společnou patogenezi a k jejich léčbě stačí jen menší redukce hmotnosti. Do této skupiny můžeme zařadit hypertenzi, hypercholesterolemii a hyperinzulinismus, které ve svém vývoji postupně vedou k ischemické chorobě srdeční a diabetu. Léčba mechanických komplikací obezity vyžaduje větší redukci hmotnosti. Patří sem například problémy v oblasti zažívacího traktu a to cholelitiáza a steatóza jater. Obezita u dětí může také zapříčinit spánkové apnoe a vznik intrakraniální hypertenze. Nadměrná hmotnost působí jako velká zátěž na páteř a dolní končetiny. Způsobuje velkou bederní lordózu, skoliotické vybočení páteře do strany, kulatá záda, vbočená kolena a plochou nohu (Svačina, 2006; Rucki, Stožický, 2003; Machová, 2009).

Obezita u dětí obnáší také psychosociální dopady, kdy tyto děti jsou terčem posměchu, diskriminace a dalšího negativního zacházení, vedoucího často k poruchám sebehodnocení a depresi. Bezvýznamné není ani spojení dětské obezity s poruchami příjmu potravy (např. bulimií) (Rucki, Stožický, 2003).

Děti s nadměrnou hmotností mají větší riziko obezity v dospělosti a až u 80 % dětí obezita do dospělosti opravdu přetrvává. Obezita, která začíná již v dětském věku, má mnohem horší následky než obezita začínající v dospělosti. Zmnožení tukové tkáně u obézních jedinců ovlivňuje oběhový systém zvyšováním srdečního výdeje, přispívá tomu i zmnožení beztukové hmoty, kterou reprezentuje zejména kosterní svalstvo. Kardiovaskulární komplikace obezity jsou z větší části vázány na tzv. Reavenův metabolický syndrom. Hypertrofie srdce pak patří částečně k mechanickým komplikacím obezity. Nejdůležitější komplikací metabolického syndromu je ateroskleróza, proto i androidní obezita je klíčový rizikový faktor kardiovaskulárních onemocnění. Metabolickým syndromem nebo některou z jeho složek, během života onemocní více než 70 % populace (Machová, 2009; Rucki, Stožický, 2003; Hainer, 2011; Svačina, 2006).

Obezita je spojena se zvýšenými hladinami krevního tlaku, a to jak u dětí, tak i dospělých. Proto je zapotřebí u všech obézních dětí a dospívajících sledovat kontinuálně hodnotu krevního tlaku. Přibližně 20 až 30 % obézních dětí trpí hypertenzí, což zvyšuje riziko hypertenze v dospělosti. K dalším následkům dětské obezity patří také zvětšená hmotnost levé komory. Výhodou léčby vysokého krevního tlaku ale je, že ve většině případů postačí pouze redukce hmotnosti (Kopelman, 2010; Rucki, Stožický, 2003).

Klinický syndrom diabetu sdílel hluboké kořeny s obezitou již v prehistorické době, jasně zdokumentovaný byl ale mnohem později. Dramatický nárůst obezity a změna životního stylu jsou významnými příčinami vzniku diabetu mellitu 2. typu. Při vzniku obezity i diabetu 2. typu hraje velmi významnou roli i genetická predispozice (například u obezity se podle některých autorů předpokládá až 50 % podíl dědičnosti). Jedná se o dědičnost polygenní, danou kombinací několika desítek až stovek různých genů. Zcela zásadním mechanismem při vzniku inzulinové rezistence je snížená metabolická flexibilita diabetiků 2. typu. Ta se projevuje mimo jiné neschopností efektivně metabolizovat lipidy, zejména jsou-li ve tkáních a cirkulaci přítomny v nadbytku, což je typické právě pro pacienty s obezitou (Mantzoros, 2006; Haluzík, 2008).

Metabolické a endokrinní komplikace můžeme zachytit laboratorně již v raném dětství, i když klinicky prokazatelné následky jsou patrné až v dospělosti. U obézních chlapců nacházíme často hypogenitalismus, kdy zevní genitál bývá zanořen do hypertrofické vrstvy podkožního tuku na mons pubis. U obézních pubertálních dívek dochází k poruchám menstruačního cyklu, při nižším stupni obezity dochází naopak k urychlení vyzrání pubertas praecox (Pastucha, 2011).

Mezi respirační komplikace patří syndrom obstrukční spánkové apnoe (OSAS – Obstructive Sleep Apnea Syndrome). Toto onemocnění vzniká jako důsledek nadměrné obezity a postihuje děti všech věkových kategorií, včetně kojenců. Tuková tkáň se ukládá do svalstva a tkání v okolí dýchacích cest, to má za následek zmenšování velikosti dýchacích cest a zároveň zvyšování rezistence horních dýchacích cest. Nekvalitní spánek u obézních dětí se může projevovat hyperaktivitou s poruchou

soustředění. U dětí s vyšším stupněm obezity dochází k obstrukci dýchacích cest, je ztíženo dýchání a nastává hypoventilace. V těle se začíná hromadit oxid uhličitý, který způsobuje výraznou spavost s usínáním během dne. Dochází k postižení plic, které se nemohou dostatečně rozepnout, a srdce (pravostranné selhání) (Pack, 2012; Pastucha, 2011).

Obezita v dnešní společnosti působí jako stigma. Obézní děti a dospívající mají dost často problémy s vrstevníky, kterými bývají odmítáni. V těchto případech může dojít až k sociální izolaci. Mezi dětmi je oceňována zejména tělesná zdatnost a sportovní úspěchy, proto děti s nadváhou bývají v této oblasti handicapované. Díky tomu mají snížené sebehodnocení, mohou se u nich rozvinout až depresivní symptomatika. Občas mohou na odmítání spolužáků reagovat i agresivitou. Frustraci proto mohou kompenzovat nadměrným příjmem potravy a vyhýbáním se tělesným aktivitám. Tím je uzavřen bludný kruh, který vede ke zvyšování a udržování nadváhy (Hort, 2008).

1.1.3 Prevence dětské obezity

Prevence obezity znamená prevenci nadměrného váhového přírůstku, kde přebytek znamená přibývání na váze nad rámec. Klíčovou úlohu v boji proti obezitě by měla hrát podpora ze strany rodiny, komunitních a náboženských organizací, škol, pojistitelů, vlády, potravinářského průmyslu, poskytovatelů zdravotní péče a všeobecné veřejnosti. Prevence je nejlepším způsobem, jak předejít komplikacím a nutnosti léčby obezity. Její základ je tvořen výchovným působením rodičů a okolí na děti v rámci utváření jednotlivých zásad zdravého životního stylu. Důležité je uvést, že řada dětí nesnídá, nesvačí a někteří ani neobědvají, nebo si některé děti oběd samy kupují – rohlík, sušenky, majonézový salát. Alarmující je také nadměrná spotřeba slazených nápojů, kdy tyto prázdné kalorie dětskému organismu nepřinášejí žádné vitamíny ani minerální látky. V domácím prostředí, pokud mají hlad, snědí „všechno možné“, nejčastěji jídla moučná, sladká, tučná. Nevhodná je také vydatná večeře, po které často následuje

sledování televize, spojené s konzumací slaných a kořeněných pochutin (Shiriki Kumanyika, 2007; Košta, 2013; Kulanová, 2013).

Včasná prevence může snížit riziko řady závažných onemocnění v dospělosti. Primární prevence je důležitá již v kojeneckém věku, proto důležitou roli zde hraje rodina a praktičtí lékaři pro děti a dorost. Od rodiny přebírá dítě stravovací návyky a získává vztah k pohybové aktivitě. Praktický dětský lékař je ideální osoba, která může propagací kojení, doporučením vhodných příkrmů v přiměřeném věku ovlivnit stravovací návyky dítěte. Díky tomu, má také možnost ovlivnit životní styl celé rodiny. Může vyhledávat rizikové skupiny a vést je k racionálnímu životnímu stylu. Všechny problémy týkající se výživy dětí by měly být na prvním místě řešeny v ordinaci praktického dětského lékaře, který nejlépe zná zázemí dítěte a může mu tak lépe poradit. V České republice je velmi dobře propracovaný systém preventivních lékařských prohlídek u dětí. Velké úsilí je věnováno jídelnímu a pohybovému režimu dětí do 1 - 2 let věku. Pak ale dochází k jakémusi zvolnění, a právě proto je potřebné děti i nadále intenzivně sledovat a adekvátně edukovat rodiče, u starších potom i samotné děti. Mnohdy rodičům skutečnost, že dítě má nadváhu, uniká, proto je potřeba na tuto skutečnost upozornit a problém aktivně řešit (Kytnarová, 2013; Marinov, Pastucha, 2012).

Z dalších faktorů zdravého životního stylu jsou v popředí stravovací návyky, energetický obsah a nutriční skladba výživy. Stravovací návyky se učíme již od útlého dětství, zpravidla od matky. V období školního věku ovlivňuje formování stravovacích návyků i školní jídelna. Nemalý vliv na jejich stravování začíná mít reklama a stravovací zvyky spolužáků. K rozvoji obezity napomáhají zejména jídla s vysokou kalorickou densitou na jednotku objemu a nízkou nutriční hodnotou mikronutrientů (coly, džusy, uzeniny, hamburgery, majonézy, sladkosti – sušenky, jemné pečivo, dorty, čokolády apod.). Dále mají děti nedostatek stravy bohaté na vlákninu, jako je zelenina, ovoce, celozrnné výrobky, a tzv. „chaos v jídle“, který je charakterizovaný časovou nepravidelností, vynecháváním snídaní, převahou jídla večer (Chrpová, 2010; Müllerová, 2009).

Výbor pro výživu Evropské společnosti pro pediatrickou gastroenterologii, hematologii a výživu vydal v roce 2011 stanovisko k prevenci u dětí ve věku 2 - 18 let a k dietním faktorům ovlivňujícím vývoj dětské obezity. Energetická potřeba musí být určena vždy s ohledem na výdej energie a růst dítěte. Je nutné dávat přednost pomalu se vstřebávajícím sacharidům před rychle se vstřebávajícími, jednoduchými cukry. Rostlinné potraviny musí být využity ve velmi dobře vyvážené stravě při přiměřené kontrole příjmu jednotlivých živin. Děti by měly pít pitnou vodu a jíst čtyřikrát denně, a to včetně snídaně. Zásady správného stravování je nutné uplatňovat i při svačinách dětí, porce jídla musí vždy odpovídat věku a velikosti dítěte. Nezbytnou součástí prevence obezity u dětí jsou dostatečné informace o zdravé výživě a zdravém životním stylu (Nevoral, 2013).

Důležité je uvědomit si, že právě zdánlivě jednoduché změny a režimová opatření dokáží zastavit nebo přibrzdit negativní trend nárůstu počtu obézních dětí. V rámci škol je velkým nedostatkem frekvence a způsob výuky tělesné výchovy. Ve škole tráví děti čas vsedě, po návratu domů opět sedí při přípravě úkolů. Často jsou přetěžované a organizačně je velmi náročné zabezpečit adekvátní pohybovou aktivitu. S tělesnou výchovou by se mělo začít již v mateřských školkách, protože děti s velkou radostí přivítají pravidelné rozcvičky a pohybové hry a velmi rychle si osvojí základní pohybové vzorce. Potřebné je i navýšení počtu hodin tělocviku na školách. Není třeba klást důraz na výkony a bodové hodnocení, nýbrž na radost dětí z pohybu, pestrost pohybových aktivit, přinášejících relaxaci organismu a adekvátní posilování svalového korzetu a držení těla. Sportovní kroužky, soutěže a pohybové aktivity je potřeba organizovat tak, aby byly reálné i pro pohybově méně nadané děti (Marinov, Pastucha, 2012).

Obezita je již v dětství spojena s různými zdravotními následky včetně negativního vlivu na kardiovaskulární systém. S nárůstem dětské obezity, s poznáním její rizik a dlouhodobého vlivu výživy na hmotnost se pozornost přesouvá postupně na nižší věkové skupiny. Základním klíčem prevence obezity u dětí je sledování parametrů růstu, výpočet hodnoty BMI a zhodnocení jeho percentilu. Obezita je u dětí definována

jako hodnota BMI větší než 97. percentil vzhledem k věku a pohlaví. Pokud je hodnota BMI větší než 90. percentil, hovoří se o nadměrné hmotnosti a doporučuje se pečlivé sledování (Gillernová, 2011; Rucki, Stožický, 2003).

1.1.4 Léčba dětské obezity

Obezita patří k onemocněním, u kterých je nejvýznamnější dietní léčba. Základní cílem v léčbě dítěte s nadváhou a obezitou je charakterizovat jídelní chování, životní styl, zhodnotit konkrétní jídelníček, nalézt rizikové potraviny, časnou intervencí dosáhnout primární i sekundární prevence komplikací zvýšené hmotnosti, dlouhodobě udržet stabilní hmotnost, a tím docílit poklesu BMI. Léčba by měla být zahájena u dětí s nadváhou ve věku vyšším než 3 roky (Svačina, 2008; Pařízková, 2007).

Při ovlivnění nadváhy či obezity platí, že ve většině případů je třeba snížit množství energie dodávané tělu, aby bylo dosaženo poměru mezi příjmem a výdejem energie. Nutné je přejít na racionální stravu, snížit energetický příjem, omezit cukry, tučné potraviny, přílohy, zvýšit příjem vlákniny, ovoce a zeleniny. Důležité je také zvýšení fyzické aktivity. Primárním cílem léčby nekomplikované obezity tedy není dosažení ideální tělesné hmotnosti. U dětí se sekundárními komplikacemi obezity je důležité zmírnit nebo odstranit tyto problémy. V léčbě nekomplikované obezity u dětí se doporučuje udržení stávající hmotnosti. Rostoucí dětský organizmus tak „zeštíhlí“ a dojde k poklesu hodnoty BMI. Pro zhodnocení a léčbu obezity doporučuje americká komise expertů tento přístup u obézních dětí ve věku od 2 do 7 let. Pro děti starší 7 let je výše zmíněná strategie doporučována u dětí s nadměrnou hmotností (hodnota BMI mezi 90. - 97. percentilem), pokud současně nejsou přítomny komplikace. Pokud k nějakým komplikacím přece jen dojde, je doporučováno v tomto věku snížení hmotnosti. U adolescentů po ukončení růstu přichází v úvahu vždy redukce váhy (Adámková, 2009; Rucki, Stožický, 2003).

Hlavní důvody léčby obezity spoívají v zabránění rozvoje zdravotních následků. Obezitologie se věnuje redukci metabolicky aktivní tukové hmoty v řádu kilogramů.

Dětská obezitologie jen ve vzácných případech využívá medikamentózní léčbu a v raritních případech chirurgická řešení. Zásadně odmítá redukční diety, které organismus ve vývoji poškozují. Dětská obezitologie je efektivnější než dospělá, protože stravovací návyky, metabolické pochody a pohybové vzorce, které vedou k rozvoji obezity, nejsou u dětí fixovány a lze je zvrátit žádoucím směrem (Nevoral, 2013).

Dieta při obezitě obnáší podávání stravy v malých porcích a to nejméně 6x denně. Důležité je mít na mysli, že dítě potřebuje kvalitní a vyváženou stravu s dostatkem bílkovin. Pokud se rodina stravuje typicky českým způsobem, je obtížné chtít po dítěti, aby se stravovalo zdravě. Je zapotřebí změnit stravovací režim celé rodiny. Obéznímu dítěti je potřeba vysvětlit, proč se má začít stravovat jinak, je třeba ho získat pro racionální stravu a správně jej motivovat. Velký význam má také správná taktika při jídle, má se jíst významně pomalu, v průběhu jídla odkládat příbor, dlouho žvýkat. Důležitý je také dostatek pohybu. Výsledkem dietní léčby u malých dětí a předškoláků je setrvání na stejné váze s tím, že růst dítěte dále pokračuje a dítě se tím dostává do lepší pozice v proporcionalitě. U starších školních dětí je možné snižovat postupně váhu pod lékařskou kontrolou (Olchava, 2007; Štejfa, 2007).

Motivace obézních dětí a změna jejich životního stylu je velmi náročná. Jen velmi malé procento dětí chce redukovat svou váhu, dostatečně silnou vůli projeví jedinci, kteří mají zvlášť silnou zdravotní či jinou motivaci. Proto je důležité se zaměřit na motivaci dítěte ke změně, pozitivně ovlivnit jeho postoje a cíle. Jak motivace, tak podpora jsou součástí komplexního procesu navýšení celkové pohybové aktivity obézního dítěte. Nejdůležitějším přínosem pohybové aktivity je zvýšení tělesné zdatnosti obézních dětí a mládeže na optimální úroveň. Při zatěžování mladého organismu je potřeba dodržovat určité zásady. Důležité je vycházet z limitů dětských možností – náradí, náčiní, pravidla, prostor a čas těmto limitům přizpůsobit. Volit krátká a jednoduchá cvičení, zejména u žáků mladšího školního věku, u kterých rychle klesá pozornost a soustředění. Nejdříve se musí nacvičit pohyby velké a jednoduché, později složitě a více diferencované. Poskytnout dostatečný čas k učení a u mladších

děti využít hru. Při nácviku nových dovedností je potřeba zachovat trpělivost, opravovat chyby, dávat naději na úspěch. Pohybová aktivita musí být také zaměřená na rozvoj a udržování správné postury, dosažení symetrické a stabilní chůze, držení těla při chůzi a napomáhání nápravě potencionálních funkčních poruch pohybového aparátu (Pastucha, 2011; Kytarová, 2013).

Lázeňská léčba dětské obezity patří k pobytovým léčbám dětské obezity a je vhodná pro všechny typy obezity s výjimkou morbidní obezity s komplikacemi. Pro dítě má být tato léčba odměnou, nikoliv trestem, jak to bohužel některé děti vnímají. Je důležité dítěti vysvětlit vhodným a přijatelným způsobem, proč do lázeňské léčebny nastupuje. Lázeňskou léčbu navrhuje obvodní pediatr na základě vlastního posouzení nebo na základě doporučení specialisty. Tato léčba je ideální v případě pokračování ambulantní léčby obvodního lékaře, kardiologa, endokrinologa, obezitologa. Mnohdy je lázeňská léčba prvním „startem“ léčby obézního dítěte, zahrnuje dietní léčbu, pohybovou aktivitu, edukační léčbu a balneoterapii. Je však důležité zdůraznit, že tato léčba je pouze podpůrná a je určena především těm pacientům, u kterých se dá přepokládat aktivní spolupráce ve vlastním léčebném programu (Marinov, Pastucha, 2012; Rybka, 2006).

Farmakologickou léčbu obezity podstupují děti, u kterých předchází přesné a přísné dodržování dietních a režimových opatření po dobu 6 - 12 měsíců nebylo úspěšné. Farmakoterapie může redukovat, nebo dokonce odstranit závažné komorbidity obezity. Farmakologická léčba je vždy spojena s dietoterapií a příslušnými režimovými opatřeními ve smyslu zvyšování pohybové aktivity. Mezi léky používané k redukcii váhy patří např. sibutramin, který ale není indikován u dětí mladších 12 let. Tento lék navozuje pocit sytosti a k jeho nežádoucím účinkům patří tachykardie, hypertenze, neklid a nespavost. Orlistat se ukázal v klinických studiích jako účinný u dětí starších 12 let. Neredukuje jen obezitu, ale upravuje také dyslipoproteinemii, snižuje rezistenci vůči inzulinu a vysoké hodnoty krevního tlaku. Mezi nežádoucí účinky patří zejména bolesti břicha a průjem. Pouze tyto dva léky byly doporučeny Pracovní skupinou pro

prevenci a léčbu obezity u dětí ČPS k použití u indikovaných pacientů (Müllerová, 2009).

1.2 Úloha sestry v ordinaci dětského lékaře

1.2.1 Úloha sestry při vyšetření adolescenta s obezitou či nadváhou

Před rozhodnutím o léčebném postupu je důležité u obézního adolescenta zjistit aktuální zdravotní stav a přítomnost komplikací spojených s obezitou. V rodinné anamnéze se sestra musí zaměřit na výskyt obezity u obou rodičů, sourozenců, prarodičů a jejich zdravotní stav. V osobní anamnéze zjistí sestra výskyt gestačního diabetu u matky a intrauterinní růstové retardace, dále pak porodní hmotnost, termín porodu, růstový „catch-up“, přítomnost neprospívání a hypotonie v novorozeneckém věku, délku kojení a věkové období, kdy došlo k zavedení příkrmů. Cíleně se dotazuje na začátek puberty, u dívek pak na začátek menarché a na pravidelnost menstruačního cyklu. Dále se zaměří na to, zda adolescent je léčen a sledován pro chronická onemocnění a zda dlouhodobě užívá nějakou medikaci včetně jejího dávkování. Zjišťujeme také stravovací návyky, počet hodin strávených u televize či počítače denně, pravidelnou pohybovou aktivitu během týdne, zájmy a koníčky dítěte (Kytarová, 2013).

Při posouzení stavu výživy dítěte jsou rozhodující údaje o tělesné výšce a tělesné hmotnosti. V dětském věku se nejlépe osvědčují dvě metody, a to hmotnost vztažená k výšce a index tělesné hmotnosti (BMI). Hmotnost vztažená k výšce se vypočítá tak, že v percentilovém grafu hmotnosti stanovíme ideální tělesnou hmotnost ve vztahu k dané výšce dítěte a vypočítáme procento nadváhy. Mírná obezita je stav 120 - 130 % ideální tělesné hmotnosti, těžká obezita je stav s více než 130 % ideální tělesné hmotnosti (Lebl, 2008; Gregora, 2014).

Stupně obezity u dětí lze stanovit dle hodnot směrodatné odchylky (SD) BMI, jinak řečeno podle hodnoty z - skóre. Vzhledem k tomu, že se ale jedná o hodnoty vysoce extrémní, bude toto členění předmětem dalšího výzkumu. Přesto, že se rozdíly mezi

jednotlivými stupni obezity jeví jako minimální, rozdíl v absolutních hodnotách BMI je v okrajové části grafu velký. Přesný výpočet z - skóre je možné provést v programu RůstCZ. Další pomůckou k rychlému výpočtu BMI je kolečko pro výpočet BMI (Příloha 5). Nastavíme-li tělesnou výšku proti hmotnosti, získáme pod černou šipkou hodnotu BMI. Tato šipka zároveň protíná barevně vyznačená percentilová pásma a po obou stranách výseče s percentilovými pásmy je věková stupnice. Kruhová výseč, která odpovídá věku dítěte, se protíná s černou šipkou označující vypočtenou percentilovou hodnotu v místě, které označuje zařazení dítěte do percentilového pásma (Marinov, Pastucha, 2012).

Následuje posouzení výšky dítěte a jeho biologického věku. Děti s prostou obezitou jsou obvykle středního nebo vyššího vzrůstu, mají mírně urychlený biologický věk – relativně časný nástup puberty a hraničně urychlené zrání kostí. Děti s patologickými příčinami obezity mívají sníženou růstovou rychlost a opožděné biologické zrání. Sestra změří výšku jedince a pečlivě ji zaznamená do dokumentace, lékař dle naměřených hodnot zjistí stav dítěte. Mezi další diagnostické metody patří laboratorní vyšetření, která jsou nápomocná při zjištění komplikací jako je steatóza, hyperlipidemie, hyperinzulinemie nebo syndrom polycystických ovarií. K častým nálezům patří zvýšené hodnoty jaterních testů, zvýšené hodnoty inzulínu. Zvýšené hodnoty glukózy svědčí pro poruchu glukózové tolerance, resp. pro počínající diabetes. Jako poslední vyšetření, které u obézních dětí provádíme, jsou např. endokrinologické vyšetření, kostní věk, oční vyšetření, magnetická rezonance mozku, sonografie břicha a nadledvin, ekg, echokardiografie, spánková studie a psychologické vyšetření (Lebl, 2008; Rucki, Stožický, 2003).

1.2.2 Informovanost sestry v oblasti dětské obezity

Informovanost je množství znalostí, kterými jedinec nebo určitá skupina disponují a které mohou aktivně šířit. Informovanost je úzce vázaná na pojem kompetence, je objektivně determinována dostupností informací, jejich pravdivostí a úplností. Náplň informovanosti nemusí obsahovat jen pravdivé informace, může zahrnovat různé

zkreslené údaje, hypotézy, neadekvátní představy. Za informovaného jedince se považuje takový člověk, který disponuje těmito znalostmi a má přístup k jejich zdrojům (Slovník spisovného jazyka českého, 1971).

Péče v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost zahrnuje takové aktivity dětské sestry, které se v praxi vzájemně více či méně prolínají. Mezi aktivity primární prevence patří hodnocení a podpora normálního růstu a vývoje dítěte, podpora uspokojování potřeb dítěte v rodině, ochrana zdraví a předcházení zdravotním problémům dětí a dorostu, účast na preventivních prohlídkách, zdravotní výchova. Aktivity sekundární prevence jsou podpora při tvorbě přesných ošetřovatelských diagnóz dysfunkčních potřeb dětí, ulehčení léčby a péče u dětí s již existujícím zdravotním problémem, eliminace existujících ošetřovatelských problémů při zdravotních potížích dítěte. A jako poslední terciární prevence je stabilizace ošetřovatelských problémů při poškozených funkcích organismu, prevence opakování problémů a zhoršování zdravotního stavu dítěte, prevence komplikací existujících zdravotních problémů, podpora adaptace dítěte na chronický stav (Sikorová, 2012).

Dle vyhlášky č.55/2011 Sb., může dětská sestra v rámci ošetřovatelské péče o obézního adolescenta vykonávat bez dohledu tyto činnosti: spolupracovat s fyzioterapeutem, nutričním terapeutem, klinickým psychologem nebo zdravotně-sociálním pracovníkem. Dále může edukovat rodiče nebo jiného zákonného zástupce dítěte ve výchově a ošetřovatelské péči o dítě v jednotlivých vývojových obdobích, a to převážně ve výživě, včetně kojení, hygieny a dále v oblasti preventivních prohlídek a dispenzární péče (Vyhláška ministerstva zdravotnictví České republiky, 2011).

Obezita je nemoc hromadného výskytu, která má značné zdravotní a socioekonomické důsledky. Základním preventivním opatřením pro dětskou sestru musí být znalost toho, co je normální tělesná hmotnost. Pravidelné vážení umožní kontrolu a udržení normální hmotnosti. Zpozoruje-li postupné narůstání hmotnosti, musí adolescenta, popřípadě rodiče upozornit na regulaci příjmu potravy. Dalším důležitým aspektem je znalost příčin vzniku obezity. Velkou chybou je nepravidelný a nevyrovnaný jídelní režim, proto dětská sestra by měla upozornit na důležitost pravidelného stravování a rozdělení denní dávky do pěti porcí. Informace o správné

výživě musí být také doplněné informacemi o nezbytnosti pravidelné tělesné aktivity. Důležité je dále zapojení do léčebného režimu všech členů rodiny obézního adolescenta. Velkou výhodou v dnešní době je možnost dalšího vzdělání v oblasti dětské obezitologie, na internetu je spousta nabídek seminářů, přednášek či vzdělávacích kurzů na danou problematiku (Machová, Kubátová, 2011).

1.2.3 Informovanost adolescenta v oblasti obezity

Na našem trhu je v současné době velké množství publikací, které se týkají zdravotní problematiky obezity a informují laiky, jak postupovat v případě zdravotních problémů. Informovaný adolescent je pro lékaře lepším partnerem jak v oblasti prevence, tak v oblasti klinického rozhodování. Při vzrůstajícím zájmu o informace k ochraně a podpoře zdraví a trendu vyšší odpovědnosti za své zdraví představují především praktičtí dětské lékaři materiály, tzv. „informovanou sebekpéči“. Ty jsou vhodné jako podklad pro laický výklad a návod k informované sebekpéči a k účelnému využití zdravotních služeb. Termín „informovaná sebekpéče“ vyjadřuje odpovědný postoj a aktivity k vlastní osobě, zahrnuje také ochranu a podporu zdraví, cílenou prevenci, podíl na včasné diagnostice a léčbě (Hošková, 2010).

Primární prevence obezity je součástí preventivních prohlídek, spočívá v pravidelném měření výšky a hmotnosti a sledování dynamiky BMI (resp. hmotnostně - výškového poměru), a tím včasný záchyt dětí s rozvíjející se obezitou. Součástí primární prevence by měla být edukace správného životního stylu a výživy v rodině, podpora sportovních aktivit v dané lokalitě (Kytarová, 2013).

Den boje proti dětské obezitě je zaměřen na dětskou populaci a je vnímán jako soubor opatření k prevenci rozvoje dětské obezity, a tím i dalších nemocí, které ohrožují život člověka do dospělosti, zhoršují jeho výkonnost a jsou tak i pro stát ekonomicky zatěžující. Je také výzvou pro rodiny, školy, instituce, státní i nestátní organizace a další subjekty k pozitivnímu ovlivňování životního stylu dětí, budoucí generace naší společnosti (Tláškal, 2011).

1.2.4 Zásady komunikace sestry s obézním adolescentem

Podpora zdraví souvisí se zdravotní výchovou, která je považována za nejeфекtivnější preventivní metodu. Cílem zdravotní výchovy je pozitivně ovlivňovat chování lidí k udržení a osvojení zdravého způsobu života. Výchova ke zdraví by měla patřit mezi základní výchovy již od předškolního věku. Jedinec se často začne zabývat vlastním zdravím, až když se vyskytnou zdravotní problémy. Povinností všech zdravotníků je vést obyvatelstvo ke zdraví. Výchova ke zdraví zahrnuje činnosti, jejichž cílem je zvýšit zdravotní uvědomění obyvatel, rozšířit znalosti o faktorech, které ovlivňují zdravotní stav, naučit lidi žít zdravějším životním stylem, pečovat o své zdraví a být za své zdraví zodpovědný (Plevová, 2011; Čeledová, 2010).

U adolescenta dochází k ukončení jak fyzického, tak i psychického růstu. V tomto věku spolupracujeme s člověkem, který si už sám dokáže udržet určité zásady životního stylu. Ale i zde je velmi důležité rodinné zázemí a jeho podpora. Adolescenti se mohou aktivně účastnit nákupů, celé řady domácích činností včetně vaření. Tato věková skupina je velmi specifická a často je velmi problematické získat ji ke spolupráci, proto je zde na místě trpělivost, která se u většiny vyplácí. V tomto období je možné využít autority a respektu, který se v ideálním světě chová ke svému ošetřujícímu lékaři (Marinov, Pastucha, 2012).

Špatenková s Královou doporučují zdravotnickému personálu, aby vybudování vztahu mezi nimi a dospívajícím dítětem dopřáli čas už jenom tím, že ho vyslechnou a nebudou soudit (odsuzovat). Dospívajícího oslovujeme jménem a vykání je zde na místě. Dovolujeme mu, aby se podílel na diskusi o poskytované ošetrovatelské péči, podporujeme ho v zodpovědnosti za jeho tělo a jeho zdravotní stav. Používáme správné odborné výrazy týkající se jeho těla či zdravotního stavu. Vyhýbáme se direktivnímu a autoritativnímu stylu komunikace a vždy si ověříme, zda nám dotyčný porozuměl. Musíme si uvědomit, že adolescent je plnohodnotný účastník komunikace, a dovolit mu, aby se mohl kdykoliv projevit a vyslovit. Respektujeme jeho soukromí a pocit studu. Ke každému dospívajícímu přistupujeme jako k jedinečné osobnosti, i přes jeho oděv, vzhled, úpravu zevnějšku a chování (Špatenková, Králová, 2009).

Pokud chceme, aby naše komunikace byla efektní a přinesla, co očekáváme,

musíme sledovat řadu prvků z oblasti verbální i neverbální. Dobře komunikovat neznamená jen zvolit slova, ale důležité je věnovat pozornost dalším prvkům jako jsou rychlost řeči, hlasitost, pomlky, výška hlasu, přítomnost embolických slov, délka projevu a intonace. Rychlost řeči musí být úměrná naší znalosti tématu. Hlasitost je rozdílná podle povahy sdělení, jinou hlasitost zvolíme v případě upoutání pozornosti či ve větších prostorách. Během rozhovoru pozorujeme reakci svého posluchače, neklid, nervozitu, známky nudy. Kritéria úspěšné verbální komunikace jsou jednoduchost, stručnost, zřetelnost, vhodné načasování, adaptabilita (přizpůsobivost). Dále používáme neverbální komunikaci, která se podílí na ovlivnění protějšku v komunikaci až z 93 %. Je dobré znát, které oblasti spadají do neverbálního sdělování – proxemika, mimika, oční kontakt atd. Díky tomu víme, co sledovat u druhých, co registrovat a případně korigovat u sebe. Nikdy se neuchylujeme k jednoduchým interpretacím typu - má založené ruce, to znamená je uzavřený. Vždy se snažíme pozorovat to, co se děje okolo, co předcházelo, co následuje. Důležité je všimnout si změny a ne ji interpretovat (Venglářová, Mahrová, 2006; Černý, 2012).

Adolescenti si nejlépe zapamatují informaci, když ji považují za užitečnou pro své vlastní potřeby a cíle. Pokud chcete, aby vám naslouchali, spojte svou informaci s jejich potřebami, cíli a přáními. V průběhu celého projevu a zvláště na začátku zajistěte, aby dospívající věděli, že informace, které jim chcete předat, pro ně budou relevantní a užitečné. Pokud nové informace spojíte s tím, co již znají, bude se jim to snadněji učit a mnohem déle si to zapamatují. Spojte tedy neznámé se známým, neviděné s viděným, nové se starým, nezažité se zažitým. Úspěch komunikace významně ovlivňuje také vzájemná citlivost pro prostorové chování. Pro zdravotníky je v praxi velmi důležitá teorie osobní zóny člověka. Při prvním kontaktu s adolescentem musí být sestra schopná se představit a podat si s ním ruku. Doporučuje se především suchá ruka, střední stisk a přiměřená délka stisku. Dále je důležitý oční kontakt, své pacienty tedy pozorujeme, ale „necívíme“ na ně. Upřímný pohled z očí do očí někdy řekne víc než tisíc slov (Devito, 2008; Venglářová, Mahrová, 2006).

1.2.5 Edukace adolescenta s obezitou či nadváhou

U většiny onemocnění si jedinec uvědomuje, že jeho zdravotní stav není v pořádku. Necítí se dobře, chce se léčit a je vděčný za odbornou pomoc. Odlišná situace nastává u poruch příjmu potravy. Ze začátku bývá nespokojenost jedince se svým tělem a nevhodné reakce sociálního okolí. Se vzrůstající hmotností narůstá většinou nespokojenost s vlastním tělem zejména u dívek. Významně častěji chtějí zhubnout, drží diety a cvičí. S vyšší hmotností souvisí také nižší sebedůvěra, pochybnosti o vlastní osobě, zhoršuje se kvalita sociálních vztahů (Mareš, 2006).

Edukace adolescenta i jeho rodiny hraje bezesporu důležitou roli v ošetrovatelském procesu. Správně vedenou edukací nejen poskytujeme informace či rady, ale dokážeme si získat i důvěru mladistvého. Cílem edukace je pozitivně působit na chování nemocného, a to takovým způsobem, aby léčba byla maximálně úspěšná. Edukace je často velmi namáhavá a časově náročná, zdánlivě bez výrazných konkrétních výsledků. Mnohdy se může zdát, že je i zbytečná. Avšak správně vedená edukace má prokazatelný vliv na zdravotní stav pacienta a také na jeho náhled na onemocnění. Je důležité pacientovi ohleduplně vysvětlit jeho onemocnění a především mu ukázat způsob, jak může sám ovlivnit kvalitu svého života (Míčková, 2009).

Edukační proces je forma předávání konkrétních informací, která se uskutečňuje ve specifickém prostředí v rámci interakce, např. sestra, dítě a rodič. Je to výchovný a vzdělávací proces. Edukant je v našem případě adolescent, trpící nadváhou či obezitou, edukátor je lékař nebo dětská sestra. Edukační prostředí je místo, kde probíhá edukace (správně osvětlená místnost, vhodná teplota místnosti, bez hluku, soukromí). Edukačními faktory jsou všechny teorie, modely, plány, scénáře, předpisy, které nějakým způsobem vymezují nebo ovlivňují reálné edukační procesy. V rámci činnosti sestry to mohou být knihy, edukační plán, vzdělávací programy, normy, standardy, výukové filmy, diapozitivy atd. (Solárová, 2010).

Edukace má zpravidla 5 fází. První je fáze počáteční pedagogické diagnostiky, kdy se sestra snaží odhalit úroveň vědomostí, dovedností, návyků a postojů. K zjištění potřebných informací využívá zejména pozorování a rozhovor. V každém sdělení edukanta jsou obsaženy nejen informace o věcném obsahu, ale také informace o osobě

zdroje. V každém sdělení je kus sebesprojevu zdroje, který zahrnuje jak chtěné sebezpředstavení, tak nechtěné sebeodhalení. Ze sdělení se dá dále zjistit, jaký má zdroj vůči příjemci postoj a co si o něm myslí. Proto je velmi důležité v této fázi naslouchat adolescentovi a dozvědět se od něj co nejvíce potřebných informací pro stanovení budoucích cílů edukace (Schulz von Thun, 2005; Juřeníková, 2010).

Druhá fáze je fáze projektování, ve kterém se edukátor snaží naplánovat cíle, zvolit metody, formu, obsah edukace, pomůcky, časový rámec a způsob edukace. Obsah edukace musí u adolescenta vzbudit zájem, motivovat ho, podnítit v něm zvědavost. Důležité také je, aby edukant byl zainteresovaný a sám měl potřebu léčbu zvládnout. Účelem je, aby edukace byla co nejefektivnější. Efektivitu vyučování zvyšuje vhodně zvolená motivace (Juřeníková, 2010; Kolář, 2007).

Prvním krokem třetí fáze je vnitřní a vnější motivace edukanta. Na tu navazuje expozice, při které adolescentovi zprostředkováváme nové informace. V tomto kroku nejde jen o předávání informací ze strany edukátora, ale také edukant by se měl aktivně zapojovat do konverzace. Na expozici navazuje fixace, kdy dochází k procvičování a opakování nově získaných informací. V průběhu procesu se snažíme diagnostikovat, prověřit a testovat pochopení daného učiva a zájem adolescenta. Dále následuje aplikace, kdy se snažíme, aby edukant dokázal získané vědomosti a dovednosti použít (Juřeníková, 2010).

V další, tedy čtvrté fázi se zaměřujeme na uchování vědomostí v dlouhodobé paměti. Musíme si uvědomit, že 50 % osvojeného učiva člověk do druhého dne zapomene. Proto je nutné ho systematicky opakovat a procvičovat tak, aby docházelo k jeho fixaci. V poslední fázi, kterou nazýváme fází zpětné vazby, sestra hodnotí výsledky edukačního procesu, uskutečňuje sebereflexi a uvažuje o optimalizaci procesu (Juřeníková, 2010; Sikorová, 2012).

Je velmi důležité, aby rodiče i dítě měli základní informace o obezitě, příznacích, léčbě a možných komplikacích. Tyto informace získají prostřednictvím edukace, která je neoddělitelnou součástí léčebného procesu. Je založená na motivaci, aktivní spolupráci s dietologem, dietní sestrou a edukátorem. Směřuje adolescenta k prevenci akutních a chronických komplikací, a pozitivně ovlivňuje kvalitu života (Solárová,

2010).

1.3 Psychosociální dopad obezity na adolescenta

1.3.1 Sociální izolace

Obezita je nemocí, která své nositele stigmatizuje a vystavuje je řadě předsudků, ty ovlivňují možnost získání zaměstnání, lékařské péče nebo vzdělání. Rovněž možnost najít partnera je těžká. Obézní osoby jsou diskriminovány nejen při hledání zaměstnání, ale také spolupracovníky, zaměstnavateli či jejich nadřízenými. Jedná se o dehonestující poznámky od spolupracovníků či jiné zacházení z důvodu vyšší hmotnosti (Hainer, 2011).

Diagnóza „Sociální izolace“ je definována jako stav, kdy je člověk v důsledku nějaké situace nebo v důsledku chování lidí osamocený a tato situace má na jeho stav negativní nebo ohrožující vliv. Příčiny vzniku mohou být různé, ale v souvislosti s obezitou sem můžeme zařadit narušení fyzického vzhledu, ztráta pocitu pohody, nepřijatelné společenské chování, neschopnost navázat uspokojivé osobní vztahy. Děti mají přirozenou potřebu být obdivovány, když se jim ale relevantní pozornosti a pochvaly nedostává a místo toho jsou vystaveny kritickým poznámkám (o postavě, povahových rysech apod.), jsou frustrované. Jediněc postupně začne být kritický k sobě samému, bude si myslet, že si žádnou pozornost nezaslouží, protože na něm není co k obdivování. Do dospělosti si může nést pošramocené sebevědomí v podobě zvýšené kritičnosti k sobě samému i k ostatním. V důsledku toho se stane pro okolí spíše nepřátelským a opomíjeným. Sám se kontaktu s lidmi bude spíše vyhýbat, i když by o něj moc stál. V soukromí může tuto situaci řešit „zajídáním“ problému. Taková osoba se musí za pomoci empatického člověka a nového prožitku naučit, jak si o pozornost a obdiv říkat jinak, aby byl pro okolí i sebe sama akceptovatelný (Ošetřovatelské diagnózy, 2013; Růžičková, 2015).

Mezi objektivní určující znaky této diagnózy patří například projevy nepřátelství v hlase nebo chování adolescenta. Klient je stažený sám do sebe, nespolečenský, duchem nepřítomný, neudrží žádný oční kontakt, vyhledává samotu. K subjektivním

příznakům řadíme pocit osamocení vyvolané jinými osobami, pocit odmítnutí, pocit rozdílnosti od jiných osob, cítí se na veřejnosti nejistě, pocit vlastní zbytečnosti. Související faktory v sobě zahrnují neschopnost dosáhnout spokojenosti v osobních vztazích, změny v tělesném zjevu, změny stavu zdraví a sociální pohody (Marečková, 2006).

Osobnostní vlastnosti adolescenta představují v interakci s životními událostmi a mikrostressory důležitý moderující faktor, ovlivňující schopnost jedince zvládat náročné životní situace. Mezi obézními klienty jsou ve zvýšené míře popisovány afektivní poruchy, impulzivita, nižší subjektivně vnímaná kvalita života, pocity izolace, diskriminace a ztíženého společenského uplatnění, nižší sociabilita, převažující depresivní prožívání. Tyto psychické problémy a poruchy však mohou být důsledkem nadváhy nebo také neúspěchu při její léčbě. Výborným prostředkem, jak adolescentovi pomoci začlenit se do sociálních aktivit a zastavit tak jeho sociální izolování, je zajistit mu různé mimoškolní aktivity buďto ve formě volnočasových kroužků nebo jakéhokoli kontaktu s vrstevníky, kamarády a blízkými, se kterými by mohl trávit čas. Kromě psychologického efektu by se tak tyto aktivity mohly skloubit se zdravějším životním stylem (procházky, sport apod.), a tím přispět ke zmírňování negativních somatických projevů obezity po zdravotní stránce (Hlúbík, 2002; Hanzlovský, 2012).

1.3.2 Diskriminace jedince

Šikana je nejhorším projevem agresivity. Jedná se o chování, jehož cílem je ublížit, ohrožit, ponižovat nebo zastrašovat jiného člověka nebo skupinu lidí. Je to závažná agresivní porucha, vyskytující se v sociálním prostředí od útlého dětského věku až po stáří. Hlavními rysy jsou patrný úmysl ublížit, útoky jsou opakované a vždy existuje nepoměr síly mezi útočníkem a obětí. Rozlišujeme dva druhy šikany, přímou a nepřímou. Přímá šikana je velmi rozmanitá a spočívá zejména v násilí všeho druhu: působení bolesti bitím, kopáním, bodáním, pálením, tělesná manipulace obnažováním, nucením sníst nebo vypít něco odporného, poškozování a brání osobních věcí, napadání

nadávkami, posměchem, urážením postiženého a jeho rodiny. Nepřímá šikana spočívá v sociální izolaci dotyčného, kterého druzí neberou na vědomí, nemluví s ním, je vylučován z činností skupiny atd. Tato forma, která je používána nejčastěji dívkami, je někdy trýznivější než přímá šikana. Dítě se zoufale snaží zavděčit a přizpůsobit, začne např. zlobit a lajdat, jen aby tak projevilo solidaritu se „stádem“ a zavděčilo se. Neuvědomuje si ale, že svým chováním se jen víc zesměšňuje a v očích třídy ztrácí prestiž (Čapek, 2014; Říčan, 2010).

Obézní dítě, vyrůstající v dobrém rodinném prostředí, bývá často samo se sebou spokojeno a je tak do jisté míry chráněno před negativními postoji okolí. Až kontakt s vrstevníky a hodnocení jeho nadváhy okolím je nutí vypořádat se s odmítavými postoji a kritikou. Obézní jedinci jsou méně oblíbení spolužáky, proto bývají mnohdy vyloučení ze společných her. Jak mezi dětmi, tak i mezi dospělými traduje představa, že tělesný tuk je synonymem pro hloupost. To vše se může odrazit na vlastním sebehodnocení, vyvolávat pocity méněcennosti a nakonec vede i k izolování se od kolektivu. V dospívání se mohou problémy v sociálních interakcích prohloubit (Gillernová, 2011).

Jak jsme výše zmínili, děti s nadváhou mají často snížené sebevědomí a cítí se nejisté. Nejistotu však často mohou pociťovat i ty děti, které šikanují, které si dělají posměšky ze svého spolužáka či spolužačky s nadváhou. Vlastní nejistotu skrývají za „silné řeči“ a napadáním slabšího/zranitelnějšího spolužáka se snaží zvýšit svoji hodnotu v očích ostatních. Je proto dobré, aby dítě, které je pro svoji nadváhu šikanované, poznalo, že to není jeho nízké sebevědomí, které je kamenem úrazu, ale že nízké sebevědomí může mít v mnohém právě ten, kdo ho šikanuje. Ponížení, stud, strach je to, co šikanovatel od oběti často očekává. Je dobré, aby dítě tyto projevy a emoce na sobě před ním nedalo znát a neprojevilo či neukázalo žádnou emoci, která by živila a podporovala to, čeho šikanovatel vlastně u něj chce dosáhnout. Na místě je také, aby se dítě nebálo zajít za učitelem nebo jinou dospělou osobou, aby to nechápalo jako projev slabosti, donášení či žalování, ale právě naopak, jako projev toho, že ho šikanovatel dál nesmí zastrašovat (Hanzlovský, 2012).

Šikana má určitá stádia vývoje. Ostrakismus je fáze mírných náznaků šikany, které potkává okrajové členy třídy, outsidersy, obětní beránky, tiché podivíny apod. Většinou se vůči nim používají lehčí formy psychického násilí, kanadské žertíky, posmívání a pomluvy, vytěsňují je ze společného života skupiny a nebaví se s nimi. Ve druhé fázi dochází k fyzické agresi a přitvrzování manipulace. Šikanovaný jedinec začne sloužit jako ventil, spolužáci si na něm začínají odreagovávat své nepříjemné pocity ze školy (těžké písemky, konflikty s učitelem...) Třetí stádium je klíčovým momentem, kdy dojde k vytvoření „úderného jádra“. Dochází k systematickému šikanování nevinné oběti. Pokud se nezformuje silná pozitivní skupina, tažení tyranů pokračuje. Ve čtvrté fázi většina přijímá normy agresorů, jejich normy se stávají nepsaným zákonem. Nakonec dochází k totalitě, neboli dokonalé šikaně. Agresoři ztrácejí zbytky zábran, brutální násilí začíná být považováno za normální, není místa pro soucit a pocity viny (Čapek, 2014; Kolář, 2001).

Odhalení šikany bývá obtížné. Významnou roli při jejím zjišťování hraje strach, a to nejen strach obětí, ale i šikanovatele a dalších účastníků. Účinné a bezpečné vyšetření šikany vychází z přesného odhadu stádia a formy šikanování. Existuje velký rozdíl mezi vyšetřováním počátečních a pokročilých stádií šikanování. Základem prevence šikanování a násilí na školách je podpora pozitivních vzájemných vztahů mezi žáky a mezi žáky a učiteli. Školy a školská zařízení při efektivní realizaci prevence šikanování by měly usilovat o vytváření bezpečného prostředí. Podporovat solidaritu a toleranci, vědomí sounáležitosti, posilovat a vytvářet podmínky pro zapojení všech žáků do aktivit třídy a školy, uplatňovat spolupráci mezi dětmi a rozvíjet jejich vzájemný respekt, rozvíjet jednání v souladu s právními normami a s důrazem na právní odpovědnost jedince (Věstník, 2001).

1.3.3 Riziko vzniku poruch příjmu potravy

V této kapitole se budeme zabývat problémy, které mohou nastat v souvislosti s poruchami příjmu potravy. Jako první přichází v úvahu ošetřovatelská diagnóza „Nadměrná výživa“. Mezi určující znaky patří přijímání větší části stravy večer,

stravování spojené s dalšími aktivitami (čtení, televize, počítač atd.), využívání jídla jako odměny nebo jako míry komfortu, časté konzumování potravin z jiných vnitřních podnětů, než je hlad (např. úzkost), dysfunkční vzorec stravování, sedavý způsob života. Další problém, který může nastat, je „Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu“. Určujícími znaky jsou snížená tělesná hmotnost o 20 % a více oproti ideálnímu stavu, odpor k jídlu, nedostatek jídla, mylné představy, dezinformace, vnímaná neschopnost přijímat potravu. Související a hlavní faktor v tomto případě je psychika daného jedince (Marečková, 2006; Ošetřovatelské diagnózy, 2013).

Charakteristickým rysem poruch příjmu potravy jsou poruchy myšlení a jednání ve vztahu k vlastnímu tělu a především k jídlu. Jedná se o neustálé zabývání se jídlom na úkor jiných sociálních aktivit. Poruchy příjmu potravy se nejčastěji vyskytují u adolescentních dívek, výjimkou však není ani období dětství a počátku dospívání. Je to období, které vykazuje velkou citlivost na vývojové změny. Porucha příjmu potravy zde působí na biologické, psychologické i sociální úrovni dospívání. Tyto poruchy se identifikují dost obtížně, a to z toho důvodu, že děti svoje důvody k omezování příjmu potravy uvádějí v jiných termínech, často je popírají nebo si stěžují na nechutenství či různé somatické obtíže spojené s jídlom. Kromě mentální anorexie a mentální bulimie se v dětském věku nacházejí ještě další atypické poruchy příjmu potravy, např. obezita, ruminace, pika (Marková, 2006; Hort, 2008).

Mentální anorexie je záměrné snižování hmotnosti o více než 15 %, podváha s BMI pod 17,5, amenorea, trvalé myšlenky na jídlo, váhu, vzhled a narušené vnímání tělesného schématu. Onemocnění mohou přecházet tenze, poruchy spojené se strachem a deprese. Snížené vnímání vlastní osoby podporuje manifestaci poruchy příjmu potravy. Psychodynamicky jsou důležité jak porucha autonomie, tak odmítání ženské pohlavní role. Pacientky s mentální anorexií omezují kalorický příjem konzumací potravin, které nejsou bohaté na cukry a tuky. Zabývají se pořád vlastní tělesnou hmotností, kterou považují vždy za příliš vysokou. Spotřebu energie se často pokouší zvýšit dlouhými sportovními aktivitami. Postupně se z nich stávají hysterické nebo schizofrenické osoby. Doprovodnými somatickými symptomy jsou amenorea, vypadávání vlasů, osteoporóza a reverzibilní atrofie mozku. Léčba je velmi obtížná

a prvním krokem je vybudování motivace k léčbě. Dává se přednost ambulantní léčbě před hospitalizací. Hlavním cílem je navýšení tělesné hmotnosti a normalizace postoje k jídlu. Psychoterapie probíhá v podobě léčby chování, pohovorem, rodinnou terapií a psychologickým rozbohem (Papežová, 2010; Muntau, 2014).

Mentální bulimie je porucha charakterizovaná opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Bulimie je soubor různých problémů od nízkého sebevědomí přes diety až k přejídání se. Je to onemocnění, kdy se jedná především o strach z tloušťky. Může mít více podob, jako je strach ze sladkostí, strach sníst, strach najíst se v restauraci, sníst větší množství nebo strach mít plný žaludek. Strach postupně roste a situace se stává nepřehlednou. Charakteristickým znakem je konzumace velkého množství jídla v malých časových intervalech. K dalším příznakům patří snížení hmotnosti pomocí drastických diet, zvracení, užívání projímadel či diuretik. Po přejedení u nich dochází k depresivní náladě, sebeodsuzování. I v tomto případě je hlavním cílem úspěšné léčby navození normálního stravovacího režimu a odstranění psychopatologických a somatických důsledků podvyživení. Z psychologických postupů se využívá metod behaviorální terapie, dále se preferují antidepressiva, ojedinele antipsychotika nebo anxiety. Důležitou roli hraje psychoedukace pacienta i rodiny (Krch, 2008; Marková, 2006).

Poruchy příjmu potravy i obezita patří k závažným psychiatrickým onemocněním, která se vyskytují od útlého dětství až do dospělosti. Mohou negativně ovlivnit vývoj osobnosti až do dospělosti. Přinášejí s sebou řadu problémů a komplikací v oblasti somatické a mohou se velmi negativně odrážet na celkovém zdravotním stavu jedince. Správné a hlavně včasné rozpoznání poruchy a její léčba mohou pozitivně ovlivnit celoživotní zdravotní stav dítěte (Papežová, 2010; Hort, 2008).

2 CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat roli sestry v přístupu k obézním adolescentům.

Cíl 2: Zjistit, jak obézní adolescenti vnímají vlastní osobu.

2.2 Výzkumné otázky

VO 1: Pociťují obézní adolescenti vyčlenění z kolektivu?

VO 2: Využívají obézní adolescenti možnou spolupráci s nutričním terapeutem?

2.3 Hypotézy

H1: Sestra edukuje adolescenty v oblasti zdravé výživy.

H2: Sestra se neustále vzdělává v problematice obezity.

H3: Sestra spolupracuje s rodinou obézních adolescentů.

3 METODIKA

3.1 Metodika výzkumného šetření

V diplomové práci byla použita jak kvantitativní metoda výzkumu, tak i kvalitativní. Pro první část výzkumu byla zvolena metoda dotazování, technika anonymního nestandardizovaného dotazníku (Příloha 6). Dotazník byl určený pro všeobecné sestry, které pracují u praktických lékařů pro děti a dorost. Z důvodu snahy oslovení co největšího počtu sester, byl dotazník vytvořen v elektronické podobě a šířen prostřednictvím elektronické pošty. Dotazník byl sestaven pouze pro účel diplomové práce a jeho vyplnění bylo zcela anonymní.

Dotazník obsahoval celkem 21 otázek, z toho prvních 12 polootevřených otázek bylo určeno všem sestřím. Následujících 9 otázek bylo zaměřených výhradně na edukaci, proto je vyplňovaly jen ty sestry, součástí jejichž práce je i edukace obézních adolescentů.

Výsledky získané z dotazníku byly nejdříve zpracovány v programu Microsoft Excel a přeneseny do grafů. Vybraná data byla statisticky zpracována pomocí Pearsonova chí kvadrát testu. Získané výsledky posloužily k ověření platnosti stanovených hypotéz.

Pro druhou část výzkumného šetření byla použita metoda dotazování technikou rozhovoru. Jednalo se o polostrukturovaný rozhovor, který byl určen obézním adolescentům s hodnotou BMI vyšší než 30 (Příloha 7.). Každý rozhovor obsahoval 24 otázek a trval v průměru 20 - 25 minut. Otázky byly zaměřeny na jejich věk, znalost pojmu Body Mass Index, jejich osobní život, vztahy s vrstevníky, partnerské vztahy, možnosti využití služeb výživového poradce. Každý rozhovor byl prováděn anonymně, pro záznam byl využit tablet s programem převedení mluveného slova na text a záznamový arch (Příloha 8). Na základě získaných výsledků od adolescentů jsme pomocí kódování (Příloha 10) vytvořili 3 kategorie, které byly pro přehlednost zpracovány do schémat. První schéma se zabývalo pojmem BMI, vznikem obezity, dobou jejího trvání a změnami zdravotního stavu. V druhém schématu jsme se zaměřili na vnímání obezity jako takové. Zařadili jsme sem kategorie vnímání vlastní osoby

a názory rodičů, dále vnímání vrstevníky a pocit opomíjení, názory dnešní společnosti a zdravotnického personálu na obezitu. Poslední kategorie se zaměřila na zkušenosti s dietami, doporučení od pediatra, dětské sestry, výživového poradce a na pozitiva nadváhy.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

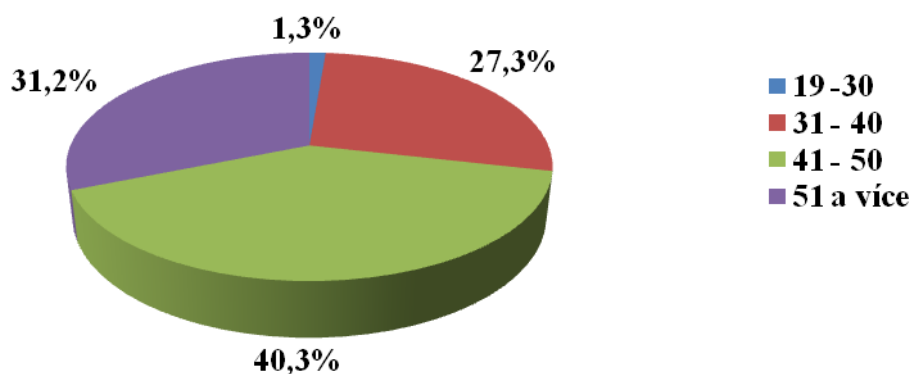
První část výzkumného šetření byla zaměřená na všeobecné sestry u praktických lékařů pro děti a dorost, jednalo se tedy o záměrný výběr. Z přibližně 400 rozeslaných dotazníků se vrátilo pouze 154 plně vyplněných. Návratnost dotazníků činila přibližně 40 %. Ke zpracování výsledků bylo použito 154 (100 %) vrácených a plně vyplněných dotazníků. Výzkumné šetření probíhalo v měsíci únoru a březnu roku 2015.

Druhou část kvalitativního výzkumu tvořili obézní adolescenti. Rozhovor byl proveden s 15 respondenty, konkrétně s 10 dívkami a 5 chlapci. Šlo o záměrný výběr, kdy hlavním kritériem byla hodnota jejich BMI, která nesměla být nižší než 30. Nejmladšímu respondentovi bylo 15 let a nejstaršímu 20. Všichni dotazovaní byli z Jihočeského kraje. U nezletilých adolescentů s výzkumem museli souhlasit rodiče (Příloha 9). Výzkumné šetření proběhlo v měsíci únoru a březnu roku 2015.

4 VÝSLEDKY

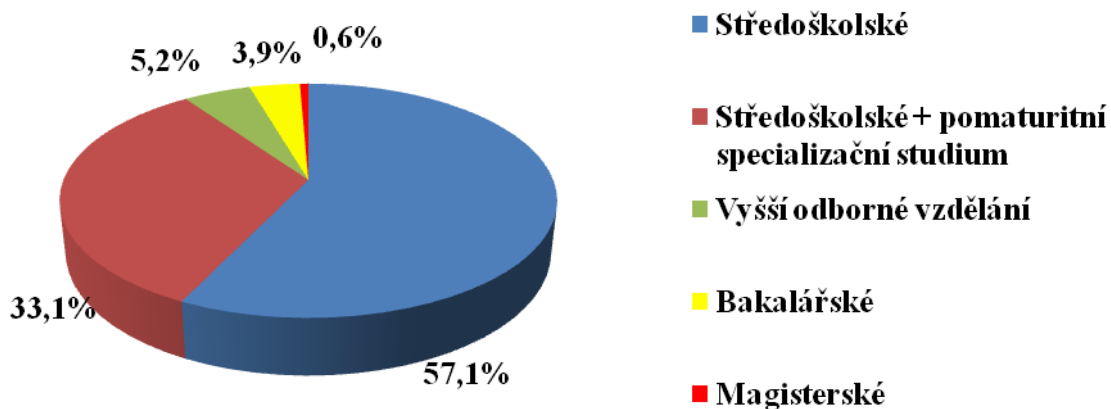
4.1 Grafické znázornění výsledků šetření

Graf č. 1 Věk respondentek (n = 154)



Z celkového počtu 154 respondentek (100 %) 2 z nich uvedly, že jejich věk je v rozmezí 19 – 30 let (1,3 %), 42 dotazovaných sester uvedlo, že jsou ve věku od 31 – 40 let (27,3 %), 62 mezi 41 – 50 lety (40,3 %) a 48 respondentek bylo starších než 51 let (31,2 %).

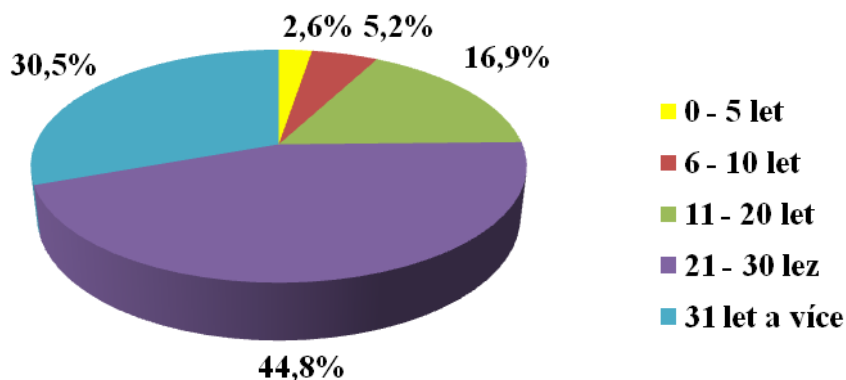
Graf č. 2 Vzdělání respondentek (n = 154)



Z celkového počtu 154 (100 %) respondentek má 88 všeobecných sester středoškolské vzdělání (57,1 %), 51 dotazovaných uvedlo středoškolské + pomaturitní specializační

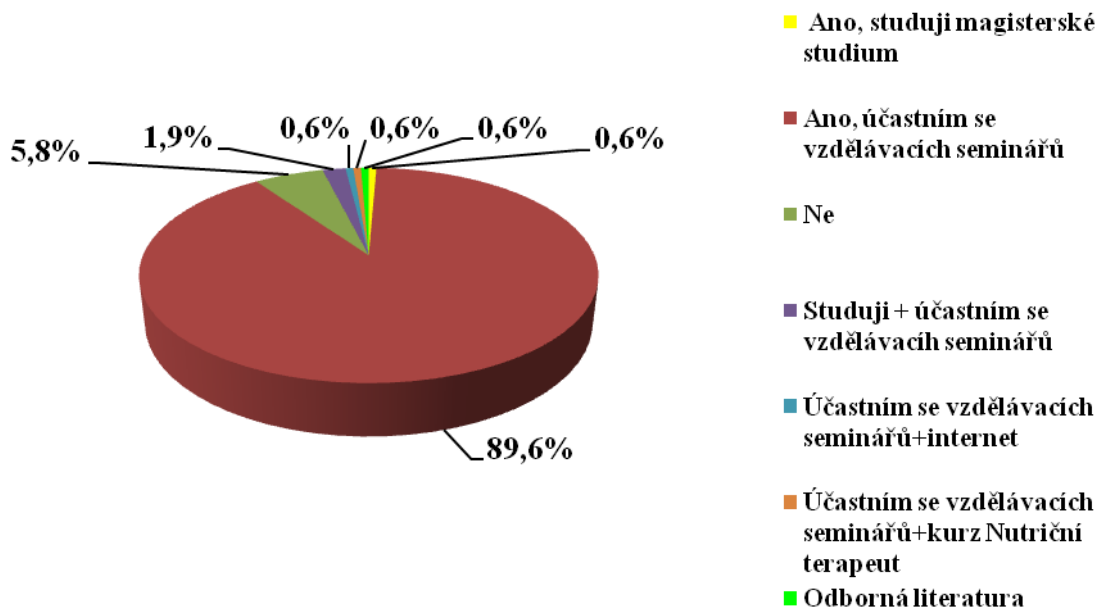
studium (33,1 %), 8 respondentek uvedlo vyšší odborné (DiS.) (5,2 %), 6 bakalářské (3,9 %) a 1 studium magisterské (0,6 %).

Graf č. 3 Délka praxe sester ve zdravotnictví (n = 154)



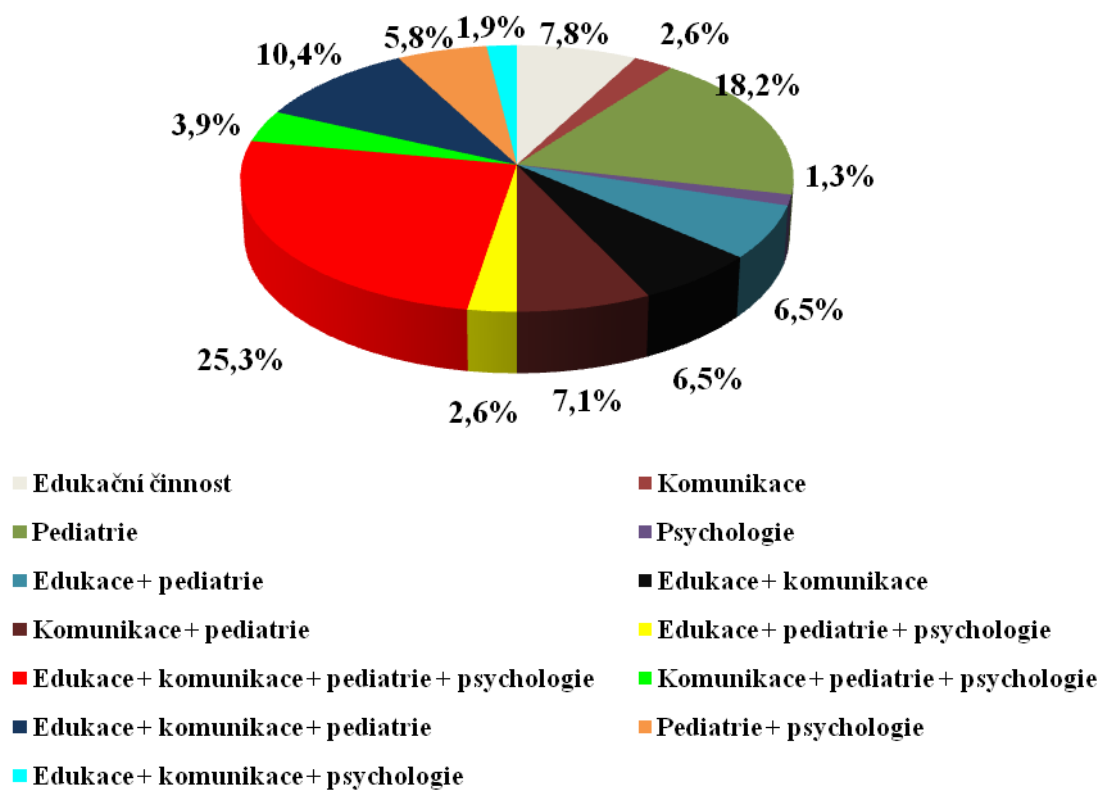
Z celkového počtu 154 (100 %) respondentů, 4 sestry pracují ve zdravotnictví 0 – 5 let (2,6 %), 8 dotazovaných sester pracuje ve zdravotnictví 6 – 10 let (5,2 %), 26 sester 11 – 20 let (16,9 %), 69 sester pracuje 21 – 30 let (44,8 %) a 47 více než 31 let (30,5 %).

Graf č. 4 Odborné znalosti v problematice dětské obezity (n = 154)



Z celkového počtu 154 (100 %) dotazovaných sester, pouze 1 (0,6 %) sestra uvedla, že studuje vysokou školu, 138 (89,6 %) respondentek se účastní vzdělávacích seminářů, 9 (5,8 %) z dotazovaných nestuduje, ani se neúčastní seminářů. Kombinaci studium + účastním se vzdělávacích seminářů zaškrtnuly 3 (1,9 %) respondentky, účastním se vzdělávacích seminářů + internet 1 (0,6 %), účastním se vzdělávacích seminářů + kurz Nutriční terapeut uvedla 1 (0,6 %) a odbornou literaturu také 1 (0,6 %) dotazovaná sestra.

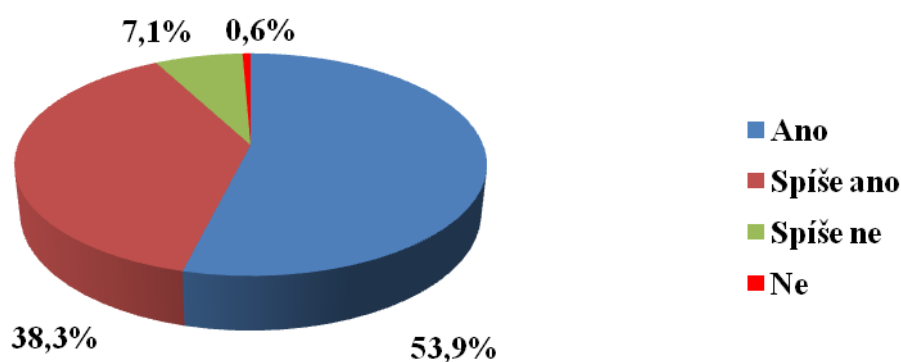
Graf č. 5 Obsah studia (n = 154)



Z celkového počtu 154 (100 %) respondentů předmět edukační činnost uvedlo 12 (7,8 %) dotazovaných sester, komunikaci uvedly 4 (2,6 %) respondentky, dále pediatrii 28 (18,2 %) všeobecných sester a psychologii uvedly pouze 2 (1,3 %) dotázané. Kombinaci edukační činnost + pediatrie zaškrtnulo 10 (6,5 %) všeobecných sester, edukační činnost + komunikaci také 10 (6,5 %) respondentek, komunikace + pediatrie uvedlo 11 (7,1 %)

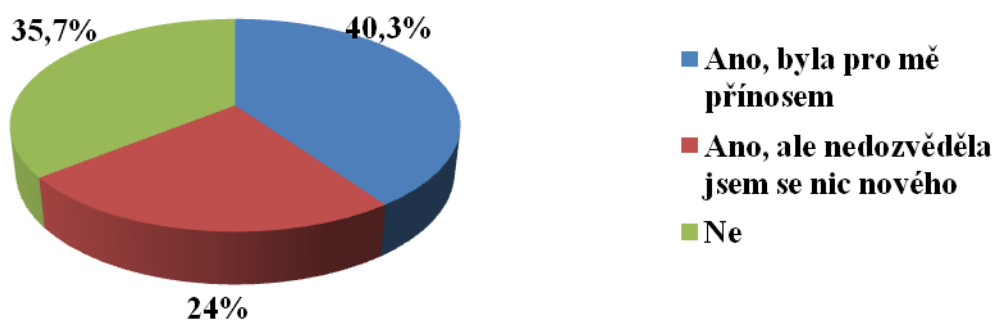
dotázaných, edukační činnost + pediatrie + psychologie pouze 4 (2,6 %) respondentky. Všechny čtyři možnosti uvedlo 39 (25,3 %) všeobecných sester, komunikace + pediatrie + psychologie 6 (3,9 %), edukační činnost + komunikace + pediatrie 16 (10,4 %) dotázaných, pediatrie + psychologie 9 (5,8 %) a edukační činnost + komunikace + psychologie 3 (1,9 %) respondentky.

Graf č. 6 Využití edukace o zdravé výživě v komunikaci s obézními adolescenty (n = 154)



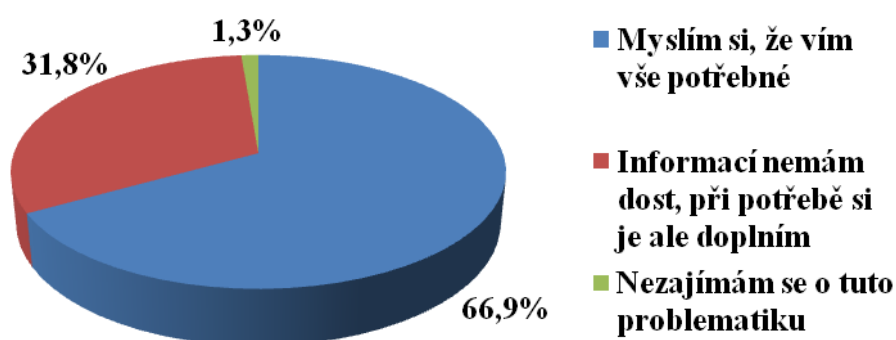
Z celkového počtu 154 (100 %) dotazovaných sester 83 (53,9 %) respondentky uvedly, že edukaci ve své praxi využívají, 59 (38,3 %) z nich edukaci spíše využívá, 11 (7,1 %) všeobecných sester ji spíše nevyužívá a pouze 1 (0,6 %) edukaci nepoužívá vůbec.

Graf č. 7 Účast na vzdělávacích akcích na téma: dětská obezita (n = 154)



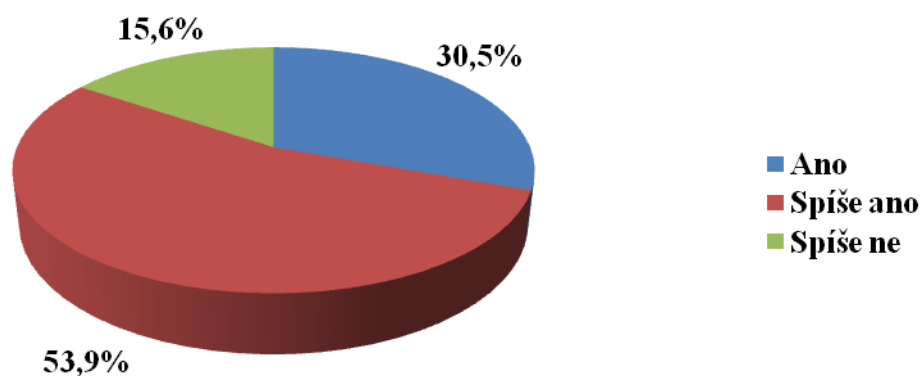
Z celkového počtu 154 (100 %) všeobecných sester 62 (40,3 %) dotazovaných uvedlo, že se takové akce zúčastnily a byla pro ně přínosem, 37 (24 %) respondentek se této akce sice zúčastnilo, ale nedozvěděly se nic nového, 55 (35,7 %) všeobecných sester se vzdělávací akce na téma: dětská obezita nezúčastnilo.

Graf č. 8 Hodnocení znalosti v oblasti dětské obezity (n = 154)



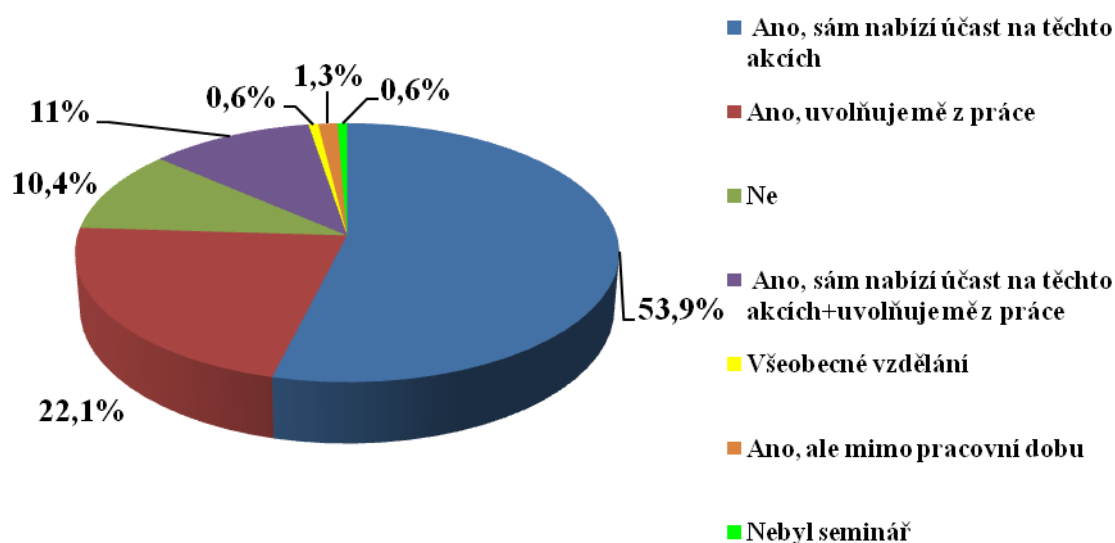
Z celkového počtu 154 (100 %) respondentek 103 (66,9 %) všeobecných sester ví o dětské obezitě vše potřebné, 49 (31,8 %) dotazovaných nemá dost informací, ale v případě potřeby si je doplní a pouze 2 (1,3 %) respondentky se o danou problematiku nezajímají vůbec.

Graf č. 9 Zájem o problematiku dětské obezity (n = 154)



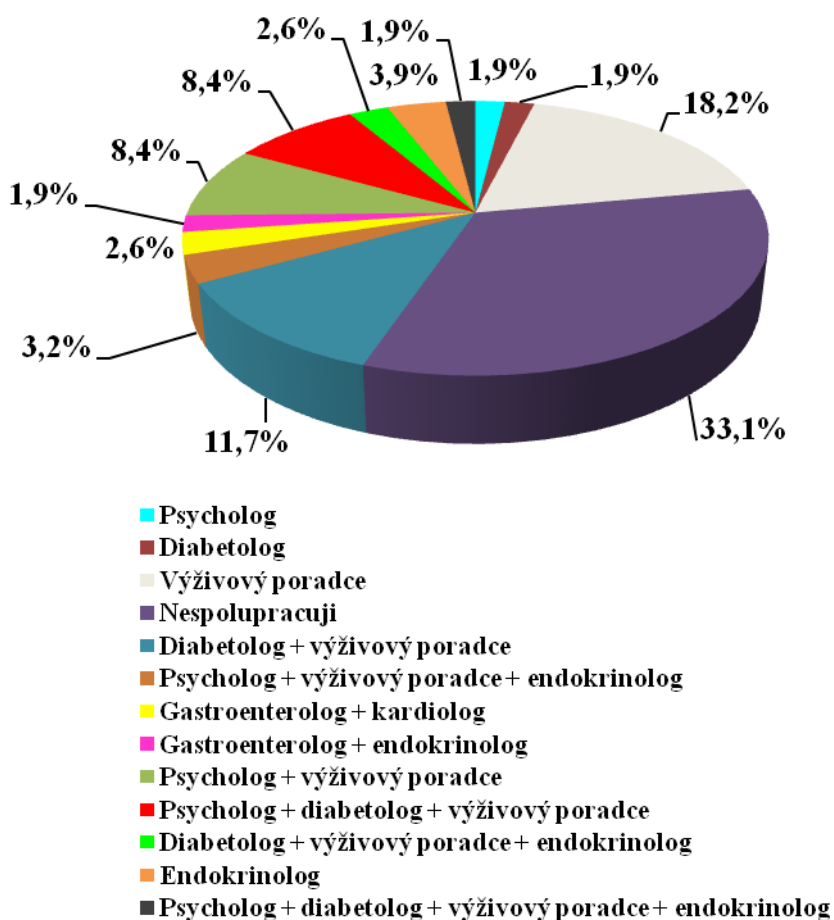
Z celkového počtu 154 (100 %) všeobecných sester se 47 (30,5 %) respondentek o problematiku dětské obezity zajímá, 83 (53,9 %) se spíše zajímá a 24 (15,6 %) dotazovaných se o dětskou obezitu spíše nezajímá.

Graf č. 10 Podpora zaměstnavatele v účasti na vzdělávacích akcích s tematikou dětská obezita (n = 154)



Z celkového počtu 154 (100 %) respondentek 83 (53,9 %) všeobecných sester zaměstnavatel podporuje a sám nabízí účast na vzdělávacích akcích, 34 (22,1 %) respondentek zaměstnavatel uvolňuje z práce a jen 16 (10,4 %) všeobecných sester zaměstnavatel v účasti na vzdělávacích akcích nepodporuje. Kombinaci možnosti ano, sám nabízí účast na těchto akcích + uvolňuje z práce, zvolilo 17 (11 %) dotazovaných sester, všeobecné vzdělání uvedla pouze 1 (0,6 %) respondentka, podporu zaměstnavatele mimo pracovní dobu zaškrtnuly 2 (1,3 %) dotazované a absenci takového semináře uvedla pouze 1 (0,6 %) všeobecná sestra.

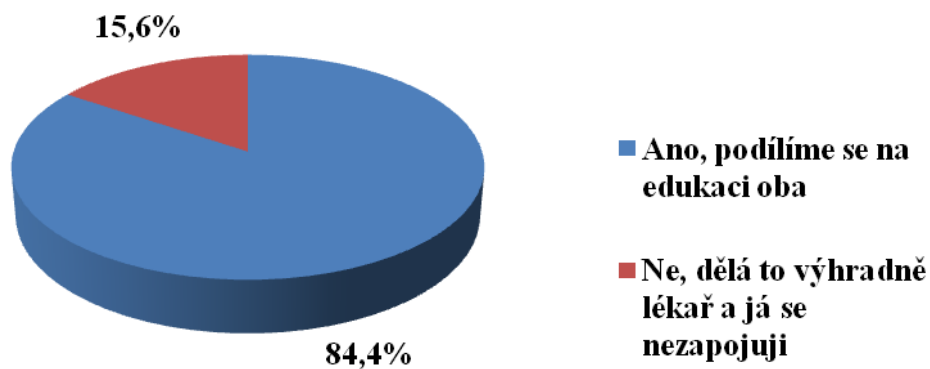
Graf č. 11 Spolupráce při edukaci s jinými specialisty (n = 154)



Z celkového počtu 154 (100 %) všeobecných sester 3 (1,9 %) spolupracují s psychologem, 3 (1,9 %) respondentky spolupracují s diabetologem, 28 (18,2 %) dotazovaných s výživovým poradcem a 51 (33,1 %) všeobecných sester nespolečně s žádným specialistou. 18 (11,7 %) respondentek zaškrtnulo kombinaci diabetolog + výživový poradce, 5 (3,2 %) dotazovaných sester uvedlo možnost psycholog + výživový poradce + endokrinolog, 4 (2,6 %) gastroenterolog + kardiolog a 3 (1,9 %) gastroenterolog + endokrinolog. 13 (8,4 %) všeobecných sester spolupracuje s psychologem a výživovým poradcem, dalších 13 (8,4 %) dotazovaných s psychologem, diabetologem a výživovým poradcem, 4 (2,6 %) spolupracují s diabetologem, výživovým poradcem a endokrinologem, 6 (3,9 %) jen

s endokrinologem a pouze 3 (1,9 %) všeobecné sestry spolupracují s psychologem, diabetologem, výživovým poradcem a endokrinologem.

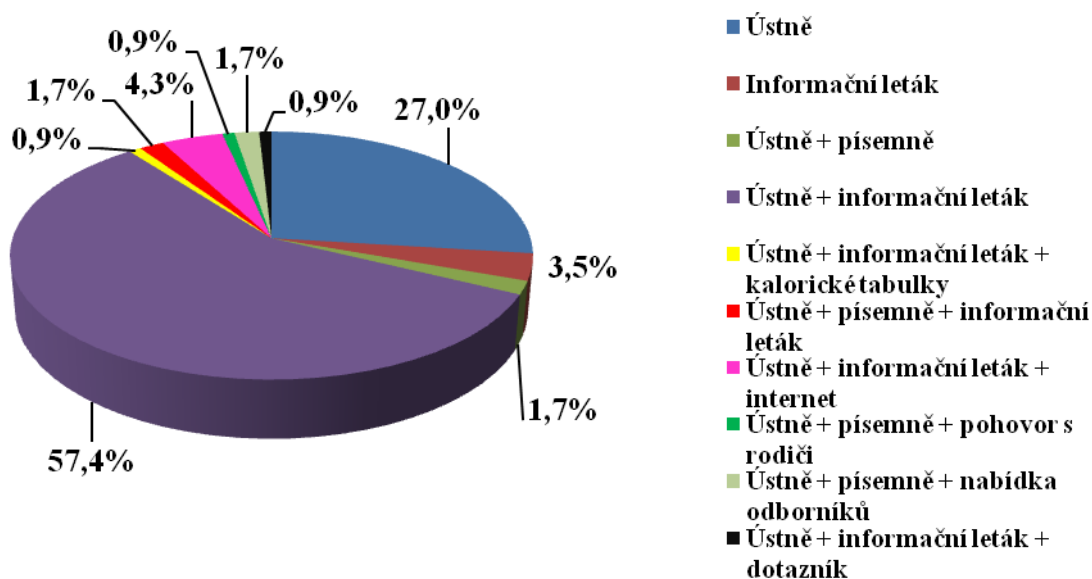
Graf č. 12 Spolupráce sestra – lékař při edukaci (n = 154)



Z celkového počtu 154 (100 %) dotazovaných sester 130 (84,4 %) z nich uvedlo, že se na edukaci podílí s lékařem a jen 24 (15,6 %) respondentek se na edukaci obézního adolescenta nepodílí vůbec.

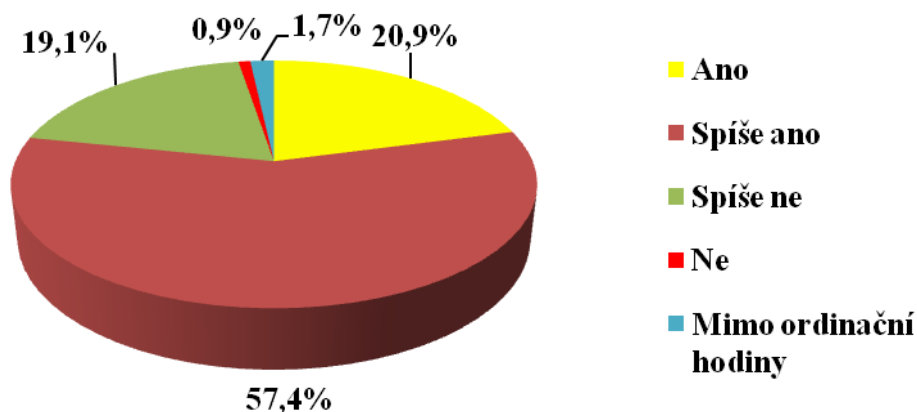
Následující otázky byly určeny pro sestry, které používají edukaci v praxi běžně. Pokud děti a mládež o problematice obezity needukují, nebo to dělá lékař, otázky nevyplňovaly.

Graf č. 13 Způsob provádění edukace o obezitě (n = 115)



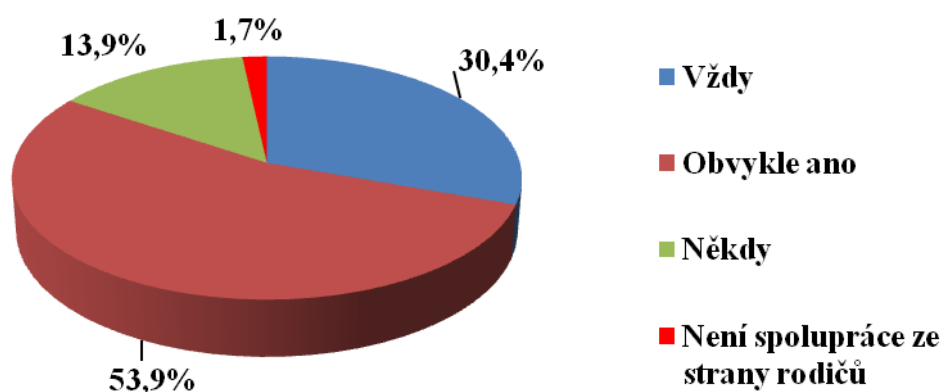
Z celkového počtu 115 (100 %) všeobecných sester 31 (27 %) dotazovaných edukuje obézní adolescenty ústně a pouze 4 (3,5 %) respondentky pomocí informačního letáku. Ústně a písemně edukují obézní adolescenty 2 (1,7 %) všeobecné sestry, ústně + informační leták 66 (57,4 %) respondentek, ústně + informační leták + kalorické tabulky jen 1 (0,9 %) dotazovaná, ústně + písemně + informační leták 2 (1,7 %). Kombinaci ústně + informační leták + internet zvolilo 5 (4,3 %) respondentek, ústně + písemně + pohovor s rodiči 1 (0,9 %) všeobecná sestra, ústně + písemně + nabídka odborníků 2 (1,7 %) a ústně + informační leták + dotazník 1 (0,9 %) dotazovaná.

Graf č. 14 Dostatek času na edukaci (n = 115)



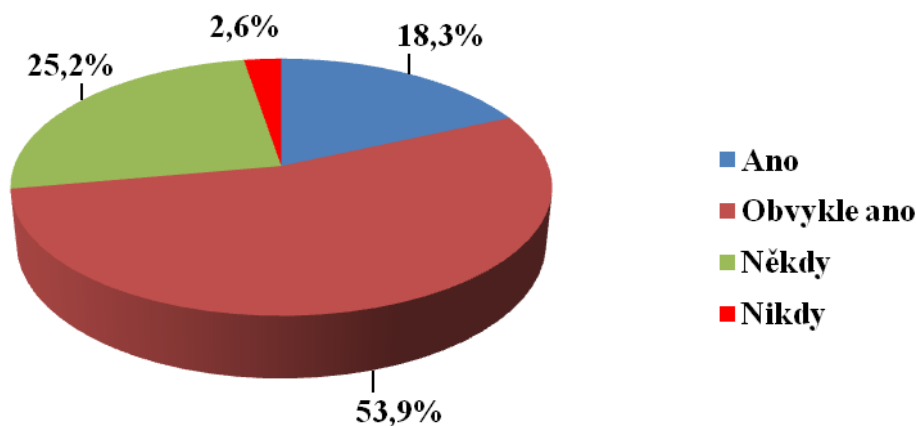
Z celkového počtu 115 (100 %) respondentek 24 (20,9 %) z nich uvedlo, že má dostatek času na edukaci, 66 (57,4 %) dotazovaných spíše ano, 22 (19,1 %) všeobecných sester na edukaci spíše čas nemá, pouze 1 (0,9 %) na ni nemá čas vůbec a 2 (1,7 %) respondentky mají čas na edukaci mimo ordinační hodiny.

Graf č. 15 Zpětná vazba od oběžního adolescenta po provedení edukace (n = 115)



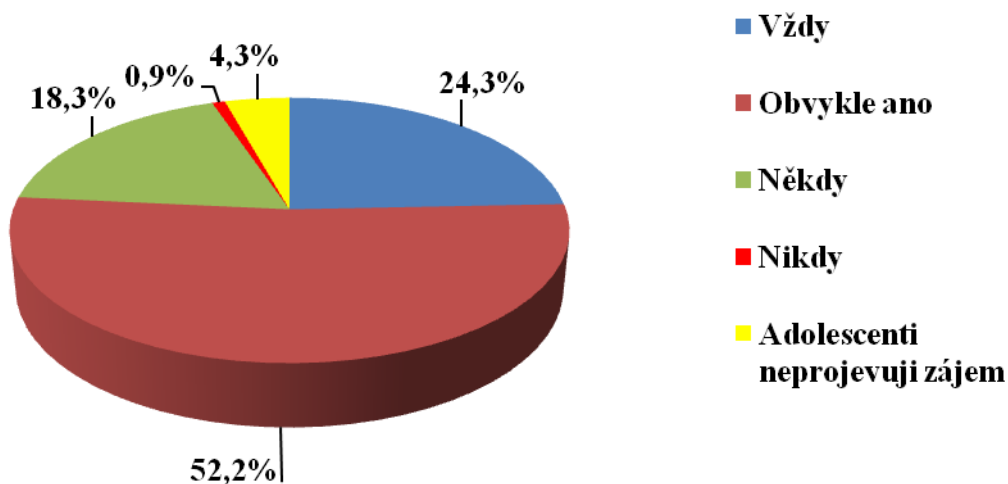
Z celkového počtu 115 (100 %) všeobecných sester 35 (30,4 %) dotazovaných vždy zjišťuje, zda jim oběžní adolescent porozuměl, 62 (53,9 %) respondentek se o zpětné vazbě ujišťuje obvykle, 16 (13,9 %) někdy a jen 2 (1,7 %) všeobecné sestry uvedly, že ze strany rodičů a adolescentů není zájem o spolupráci.

Graf č. 16 Obézní adolescent a zjišťování jeho znalosti o problematice (n = 115)



Z celkového počtu 115 (100 %) respondentů 21 (18,3 %) z nich vždy zjišťuje, jakými informacemi obézní adolescent disponuje, 62 (53,9 %) dotazovaných to dělá obvykle, 29 (25,2 %) všeobecných sester někdy a pouze 3 (2,6 %) respondentky nikdy nezjišťují, jaké má adolescent znalosti.

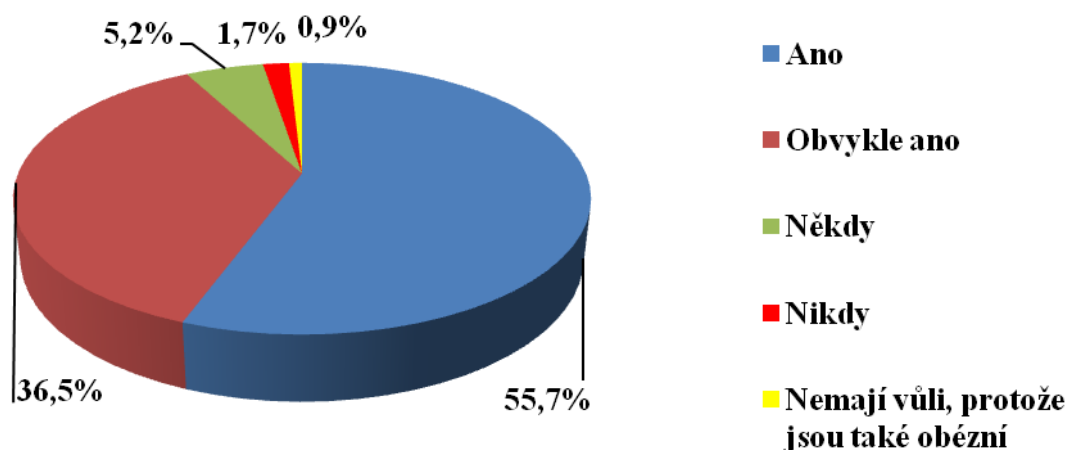
Graf č. 17 Motivace ke spolupráci (n = 115)



Z celkového počtu 115 (100 %) dotazovaných sester 28 (24,3 %) respondentek se vždy snaží obézního adolescenta motivovat, 60 (52,2 %) všeobecných sester motivuje obvykle, 21 (18,3 %) dotazovaných je motivuje někdy, 1 (0,9 %) všeobecná sestra

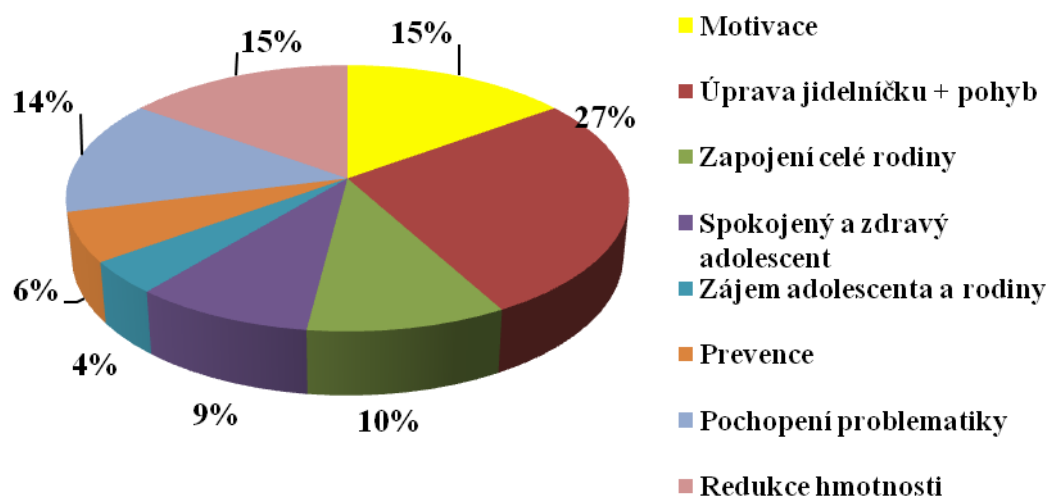
adolescenty nemotivuje nikdy a 5 (4,3 %) respondentek uvádí, že adolescenti neprojevují zájem o problematiku obezity.

Graf č. 18 Zapojení do edukace rodinných příslušníků (n = 115)



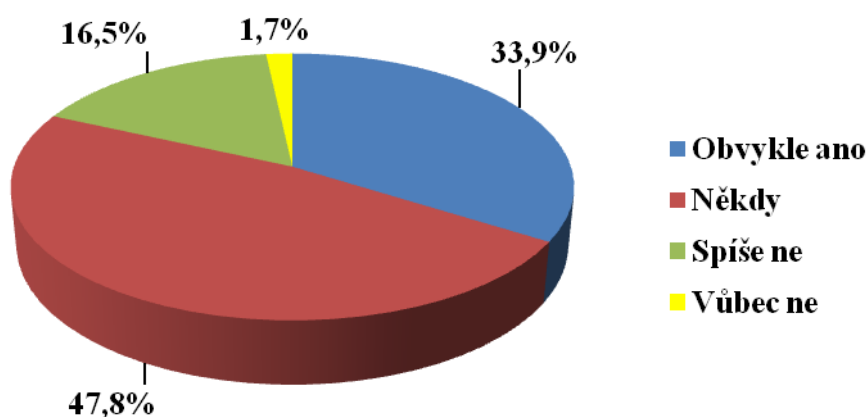
Z celkového počtu 115 (100 %) respondentů 64 (55,7 %) z nich vždy zapojuje do edukace rodinné příslušníky, 42 (36,5 %) všeobecných sester je do edukace zapojuje obvykle, 6 (5,2 %) dotazovaných někdy, 2 (1,7 %) respondentky nikdy a 1 (0,9 %) sestra uvádí nezájem rodičů o spolupráci z důvodu vlastní obezity.

Graf č. 19 Hlavní cíl edukace (n = 100)



Z celkového počtu 100 (100 %) dotazovaných sester, 15 (15 %) respondentek uvedlo, že cílem jejich edukace je motivace obézního adolescenta a také rodiny k řešení obezity, aktivní spolupráci, dietnímu režimu a snížení nadváhy. Pro 27 (27 %) všeobecných sester je na 1. místě úprava stravovacích návyků a pohybového režimu celé rodiny, pro dalších 10 (10 %) dotazovaných je důležité zapojení všech členů rodiny. 9 (9 %) všeobecných sester uvedlo jako cíl spokojeného a zdravého adolescenta, 4 (4 %) respondentky pak zájem dítěte a rodiny o spolupráci při snižování váhy a uvědomění si, že to dělají pro sebe a ne pro lékaře, 6 (6 %) dotazovaných sester uvedlo prevenci, předcházení zdravotním komplikacím, 14 (14 %) pochopení problematiky obezity, aby si rodiče i děti uvědomili, že být obézní není zdravé a 15 (15 %) respondentek považuje za důležitou redukci, případně udržení hmotnosti.

Graf č. 20 Zájem adolescentů o problematiku v průběhu edukace (n = 115)



Z celkového počtu 115 (100 %) všeobecných sester 39 (33,9 %) z nich uvedlo, že obézní adolescenti obvykle zájem o danou problematiku projevují, 55 (47,8 %) respondentek uvedlo, že o ni projeví zájem jen někdy, 19 (16,5 %) všeobecných sester říká, že zájem spíše neprojevují a pouze 2 (1,7 %) respondentky tvrdí, že se adolescenti o problematiku obezity nezajímají vůbec.

4.2 Statistické testování hypotéz

Testování hypotéz proběhlo pomocí Pearsonova chí kvadrát testu.

H1: Sestra edukuje adolescenty v oblasti zdravé výživy.

Pro statistické otestování této hypotézy jsme využili odpovědí z dotazníku na otázku č. 6: Používáte edukaci o zdravé výživě při komunikaci s adolescenty trpícími obezitou či nadváhou?

Tabulka č. 1 Edukace obézních adolescentů zdravotními sestrami v oblasti zdravé výživy

Edukujete adolescenty o zdravé výživě?	Pozorované		Očekávané		Dosažená hladina významnosti
	Četnosti	Procenta	Četnosti	Procenta	
Ano	142	92,2 %	123,2	80 %	<0,1%
Ne	12	7,8 %	30,8	20 %	
Celkem	154	100 %	154	100 %	

Tabulka 1 zahrnuje pozorovaná a očekávaná data k testování první stanovené hypotézy. Z celkového počtu 154 odpovědí odpověď ano byla zaznamenána 142krát a odpověď ne 12krát. Celkový součet pozorovaných dat tedy činí 100 %.

Dosažená hladina významnosti v Pearsonově chí kvadrát testu činí <0,1%. Na začátku testu jsme si stanovili, že odpověď ano uvede 80 % respondentů, tím pádem odpověď ne 20 %. Vzhledem k tomu, že odpověď ano činila více než 80 %, znamená to, že námi stanovená hypotéza H1: *Sestra edukuje adolescenty v oblasti zdravé výživy – byla potvrzena.*

H2: Sestra se neustále vzdělává v problematice obezity.

K testování hypotézy byly využity odpovědi z dotazníku na otázky č. 4 a č. 9.

Tabulka 2 Vzdělání sester a jejich vzdělávání se v oblasti dětské obezity

Vzděláváte se?	Pozorované		Očekávané		Dosažená hladina významnosti
	Četnosti	Procenta	Četnosti	Procenta	
Ano	128	83,1 %	123,2	80 %	33,4 %
Ne	26	16,9 %	30,8	20 %	
Celkem	154	100 %	154	100 %	

Tabulka 2 obsahuje pozorovaná a očekávaná data pro testování druhé stanovené hypotézy. 128 (83,1 %) dotazovaných sester uvedlo, že ještě studují PSS, VZŠ, VŠ a k tomu se ještě zajímají o problematiku dětské obezity. 26 (16,9 %) respondentek se dále nevzdělává, ani se nezajímá o problematiku dětské obezity.

Dosažená hladina významnosti v Pearsonově chí kvadrát testu činí 33,4 % a to znamená, že námi stanovená H2: Sestra se neustále vzdělává v problematice dětské obezity, **platí**.

H3: Sestra spolupracuje s rodinou obézních adolescentů.

K testování této hypotézy bylo využito odpovědí z dotazníku na otázku č. 18.

Tabulka 3 Spolupráce s rodinou obézního adolescenta

Spolupráce s rodinou	Pozorované		Očekávané		Dosažená hladina významnosti
	Četnosti	Procenta	Četnosti	Procenta	
Ano	106	93 %	91,2	80 %	<0,1%
Ne	8	7 %	22,8	20 %	
Celkem	114	100 %	114	100 %	

Tabulka 3 obsahuje pozorovaná a očekávaná data pro testování třetí stanovené hypotézy. Z celkového počtu 114 (100 %) dotazovaných sester 106 (93 %) respondentek uvedlo, že spolupracují s rodinou obézního adolescenta nebo se o to aspoň snaží. Jen 8 (7 %) všeobecných sester se o spolupráci nepokouší.

Dosažená hladina významnosti v Pearsonově chí kvadrát testu činí $<0,1\%$, proto námi stanovená H3: Sestra spolupracuje s rodinou obézních adolescentů, také **platí**.

4.3 Identifikační údaje respondentů

Druhou skupinu respondentů tvořili adolescenti ve věku 16 až 20 let. Celkem jsme dělali rozhovory s 15 mladými lidmi, z toho 10 jich bylo ženského pohlaví a 5 mužského. Všichni dotazovaní byli z Jihočeského kraje. Svoji pozornost jsme zaměřili na adolescenty, jejichž BMI bylo vyšší než 30. Respondent R1 je žena ve věku 18 let, o Body Mass Indexu již slyšela a párkrát si hodnotu i počítala, momentálně je cca kolem 30. V současné době je nezadaná a to z toho důvodu, že jí škola nedává moc prostoru k osobnímu životu, neměla by na partnera čas. Respondent R2 je taktéž žena, ale ve věku 16 let. Hodnota jejího Body Mass Indexu je přibližně 32, je čerstvě po rozchodu, protože stále poslouchala narážky na váhu. Respondent R3 je 18letá žena, při rozhovoru mi tvrdila, že její hodnota BMI je 21,1. Vzhledem k tomu, že na první pohled bylo jasné, že výpočet není správný, požádala jsem tuto dívku o výšku a o váhu. Výsledek byl 33,2. V současné době je zadaná, to, že je obézní, si naprosto nepřipouští. R4 je 19letá žena, hodnota BMI je 35 a v současné době je nezadaná z následujícího důvodu: „*V současné době nemám nikoho, zjistila jsem, že momentálně asi ani nemám čas nějakou „lásku“ hledat, pokud někdo přijde, budu ráda, pokud ne, počkám si*“. R5 je znovu žena ve věku 17 let, hodnota BMI 31,11. Momentálně je nezadaná a vinu klade právě své nadváze. R6 je dívka ve věku 20 let, výsledné BMI je 32,6 a je zadaná. R7 je 17letý muž, hodnota BMI je 34,2. Je nezadaný, jako důvod uvádí, že ho žádné děvče nechce.

R8 je muž ve věku téměř 19 let, BMI si nikdy nepočítal, můj výpočet ukázal hodnotu 31,83. Momentálně je nezadaný, na váhu to však nesvádí. Respondent R9 je opět žena ve věku 16 let, BMI si počítá často a v současné době její výsledek je 31. Je nezadaná, čerstvě po rozchodu a zatím nikoho dalšího nehledá. R10 je 19letý nezadaný muž s hodnotou BMI 35, po celou dobu rozhovoru působil tak, že žádnou nadváhou netrpí. R11 je 18letý zadaný muž, jehož hodnota BMI je rovných 32. R12 je opět muž ve věku 18 let s BMI 31,9, ten je momentálně nezadaný. R13 je 18letá nezadaná žena s výsledkem 30. R14 je znovu žena ve věku 19 let a hodnotou BMI 35,4. Obezitou netrpí a je zadaná. A poslední respondent R15 je 17letá zadaná žena s BMI 30,2.

V tabulce 1 jsou zaznamenány identifikační údaje respondentů, obsahující jejich pohlaví, věk, hodnotu Body Mass Indexu, vlastní výpočet a stav.

Tabulka 1 Identifikační údaje respondentů

Pohlaví	Věk	BMI	Můj výpočet	Stav
R1 - žena	18	30	/	Nezadaná
R2 - žena	16	32	/	Nezadaná
R3 - žena	18	21,1	33,2	Zadaná
R4 - žena	19	35	/	Nezadaná
R5 - žena	17	/	31,11	Nezadaná
R6 - žena	20	32,6	/	Zadaný
R7 - muž	17	lékař	34,2	Nezadaná
R8 - muž	18 a 3/4	/	31,83	Nezadaný
R9 - žena	16	31	/	Nezadaná
R10 - muž	19	/	35	Nezadaný
R11 - muž	18	32	/	Zadaný
R12 - muž	18	/	31,9	Nezadaný
R13 - žena	18	30	/	Nezadaná
R14 - žena	19	/	35,4	Zadaná
R15 - žena	17	/	30,2	Zadaná

4.4 Kategorizace dat

Schéma 1 – kategorie - Nadváha

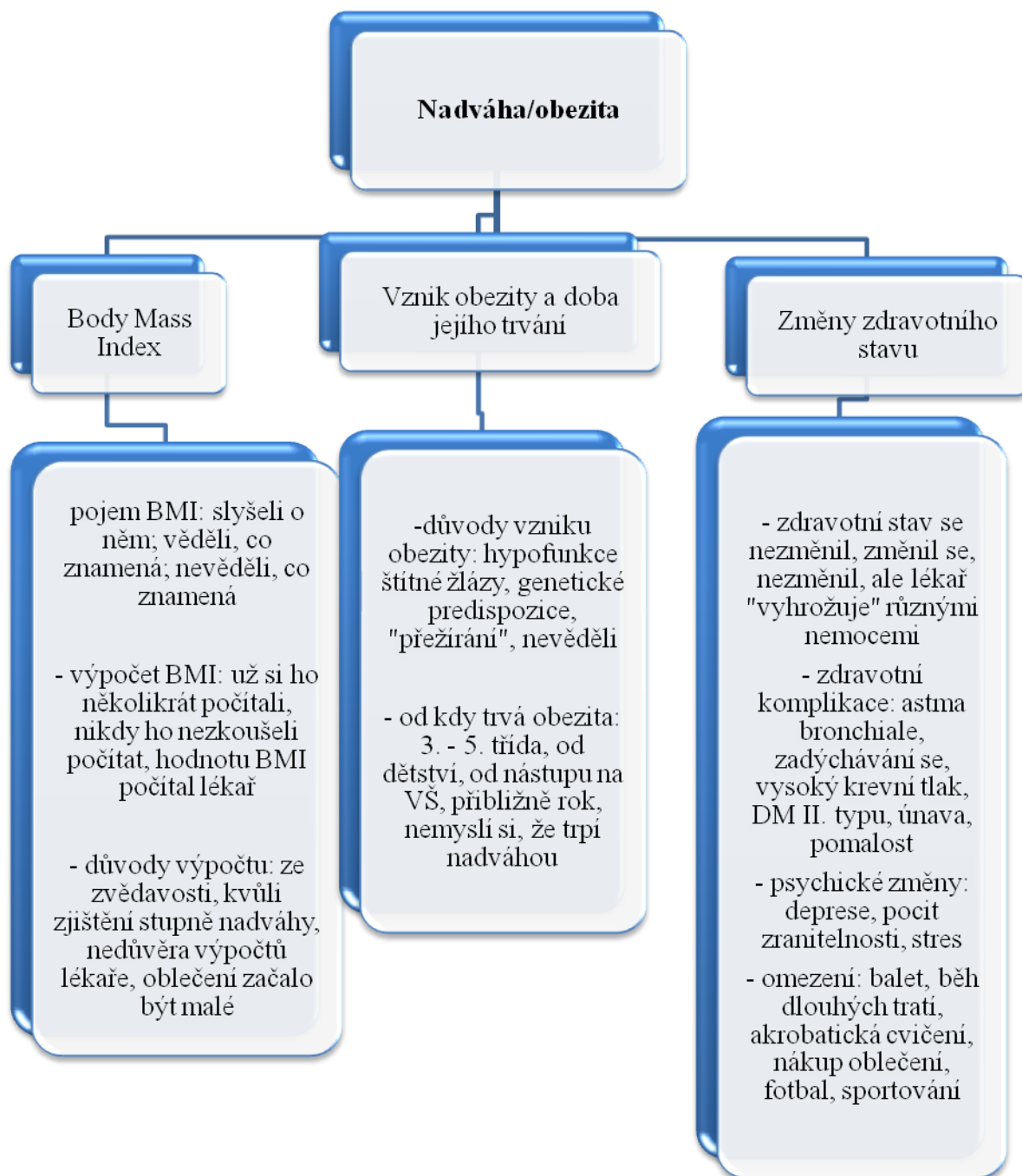


Schéma 1 – kategorie „Nadváha“ obsahuje 3 podkategorie. Skládá se z: Body Mass Index, vznik obezity a doba jejího trvání, změny zdravotního stavu.

V podkategorii Body Mass Index jsme se respondentů ptali, zda vědí, co tento pojem znamená, zda si ho někdy počítali, pokud ano, tak z jakého důvodu. Nejčastěji adolescenti odpovídali, že o BMI již někdy slyšeli, věděli, co tento pojem znamená a i jak se počítá. R1 uvedla: *„Ano, o BMI jsem slyšela už před pár lety, ale nikdy jsem se jím pořádně nezabývala. Párkrát jsem si ho jen tak ze zvědavosti počítala“*. R4 o BMI také slyšela, věděla, co znamená, a čistě teoreticky si ho i spočítala. *„Počítala jsem si ho čistě teoreticky, ale to jsem netušila, že se dopočítám něčeho tak strašného“*. R6 se zmínila, že výpočet BMI moc neuznává. *„Ze zvědavosti, jak na tom jsem, ale jinak ji příliš neuznávám, protože nebere v úvahu další věci, jako např. poměr svalů a tuků v těle, je to spíš jen taková orientace“*. R13 jako důvod výpočtu hodnoty BMI uvedla: *„Zjistila jsem, že mi začíná být malé oblečení“*. Odpovědi byly rozmanité.

Další podkategorii je vznik obezity a doba jejího trvání. Odpovědi byly různé, mezi nejčastější důvody vzniku obezity patřila hypofunkce štítné žlázy, genetické predispozice a přejídání. R1: *„Ano, trpím hypofunkcí štítné žlázy“*. Co se týče období, kdy došlo k nárůstu hmotnosti, padaly odpovědi typu - od dětství, od nástupu na vysokou školu či za poslední rok. *„Mám ji už od malička“*, uvedla R2. Podobné odpovědi jsem se dočkala i od R4: *„Hubená ani drobná jsem nikdy nebyla, v podstatě jsem se od malička zakulacovala“*. Našli se ale i takoví jedinci, kteří tvrdili, že nadváhou netrpí. R3: *„Netrpím. Rodiče pořád říkají, že mám zhubnout. Nechápu, proč to pořád řeší“*. R10: *„Netrpím. Nemyslím si o sobě, že jsem tlustý, jen dobře stavěný“*.

Poslední podkategorii v tomto schématu byly otázky zaměřené na změnu zdravotního stavu po zvýšení tělesné hmotnosti. Ptali jsme se jak na zdravotní stav, tak i na různé psychické změny. Výsledky byly opět rozmanité, někteří respondenti tvrdili, že se jejich stav nijak nezměnil, jiní zase uváděli takové zdravotní komplikace, jako jsou astma bronchiale, vysoký krevní tlak, DM II. typu, únava, pomalost. *„Zadýchávání, jsem unavenější a psychika taky nic moc“*, uvedla R5. I R7 se s nárůstem hmotnosti dočkal zdravotních komplikací: *„Ano, mám cukrovku a vysoký krevní tlak“*. Podobný

názor jako R5 má i R9: „Řekla bych, že jsem teď mnohem pomalejší, všechno mi hrozně trvá, jsem pořád unavená“. Mezi nejčastější psychické změny patřily deprese, pocit zranitelnosti a stres. „Jo, občas mám depresi...když se třeba chystám na nějakou akci, vlezu do skříňe a zjistím, že ve všem vypadám hrozně“, uvedla R9. Oproti tomu R13 si myslí, že sem tam nějakou depresi má každá žena: „Sem tam nějakou tu depku má přece každá ženská, tím spíš já, pokaždé, když na sebe kouknu do zrcadla“. Na otázku, v čem je jejich vyšší váha nejvíce omezuje, odpovídali v podstatě stejně, a to v různých druzích sportovních aktivit. R2: „Ano, omezuje mě v možnosti provozování nějakého sportu“. „Nemůžu tančit balet, ale to bych nedělala ani jako párátka. Jinak ne, žádné činnosti jsem se kvůli tomu vzdát nemusela“, uvedla R1. Jen R13 nemluvila o sportu, ale o modelingu: „No, modelka ze mě asi nebude“.

Schéma 2 – kategorie – Vnímání obezity

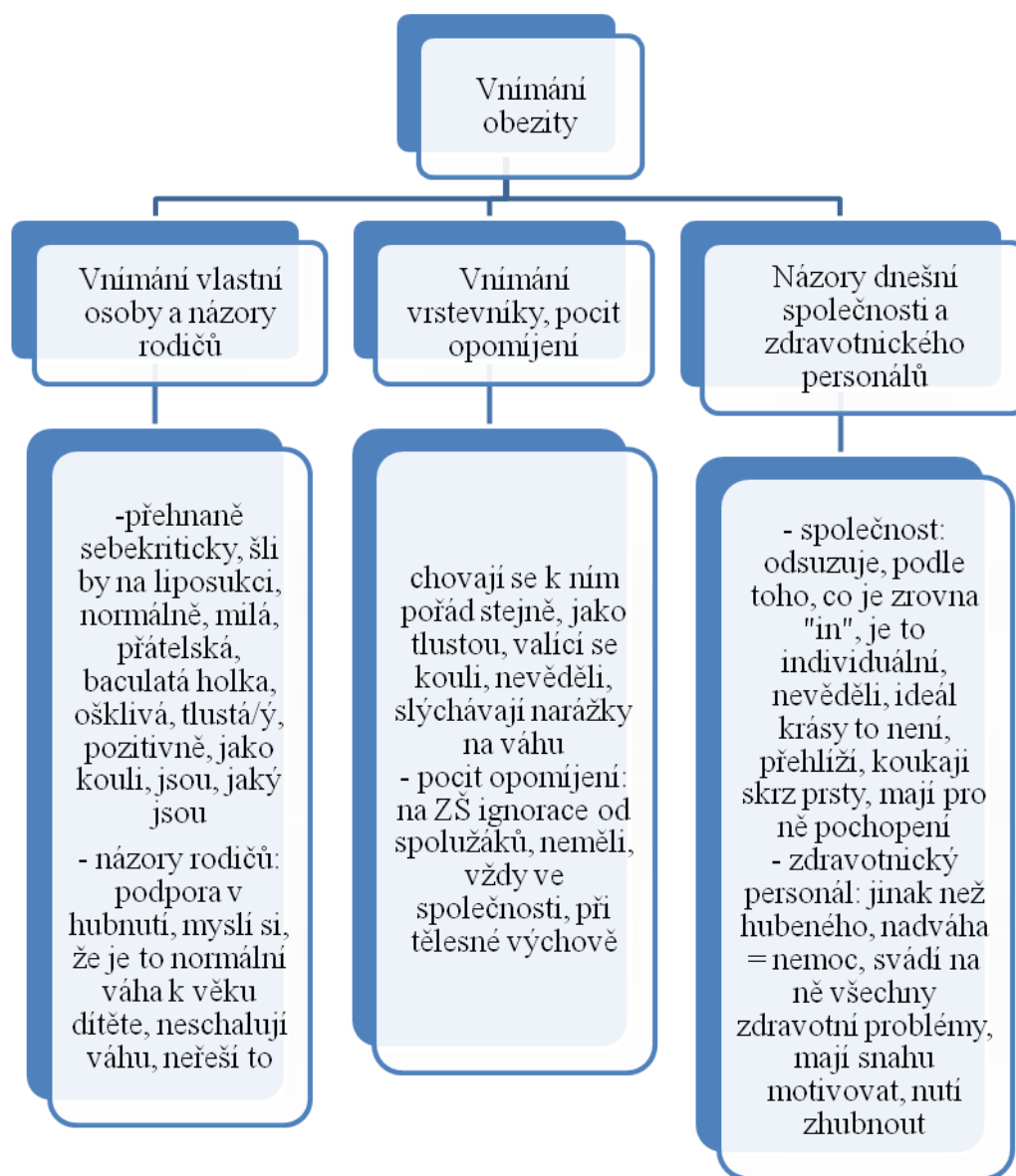


Schéma 2 – kategorie „Vnímání obezity“ vznikla z 3 podkategorií, a to z vnímání vlastní osoby a názorů rodičů, dále vnímání vrstevníky, pocitu opomíjení a jako poslední - názory dnešní společnosti a zdravotnického personálů.

V první podkategorii jsme se adolescentů ptali na to, jak vnímají vlastní osobu a také, jaký názor na jejich vzhled mají rodiče. R1 k sobě byla vždy přehnaně sebekritická: „*Nemám se sebou nějaký velký problém, vždy jsem k sobě byla přehnaně*

sebekritická“. *„Jako pubertáčka, nejraději bych si došla na liposukci, ale jinak to беру normálně“*, uvedla R2. Zajímavé odpovědi jsem se dočkala od R4, která sama sebe vidí jako milou, přátelskou, baculatou holku. Oproti těmto respondentkám R5 byla hodně negativistická: *„Jako ošklivou a tlustou, které nic nesluší a je zbytečná“*. Na otázku, jaký názor mají na jejich váhu rodiče, nejčastěji odpovídali, že to neřeší nebo že mají váhu přiměřenou věku. Někteří rodiče své děti v hubnutí podporují, motivují a snaží se jim maximálně pomoci. *„Moji rodiče mi mou váhu pochopitelně neschvalují, ale mají mě rádi takovou, jaká jsem. Každé mé předchozí pokusy o hubnutí jen a jen schvalovali“*, uvedla R4. Podobně je na tom i R9: *„Moje mamka je hubeňour, takže stále poslouchám řeči o tom, že bych měla zhubnout“*. Trochu jiný názor měli R8 a R10: *„Asi žádný, nevím. Neptám se jich. Mamka mě dobře krmí“*. R10: *„Nejsou vychrtlí, mám postavu po nich, tak co by říkali“*.

V následující podkategorii odpovědí na otázky, jak jsou adolescenti vnímání vrstevníky a zda občas mívají pocit opomíjení, jsme se opět dočkali velmi rozmanitých odpovědí. Někteří uvedli, že se k nim kamarádi a spolužáci chovají stále stejně, jiní, že slýchávají časté narážky na svou váhu. R11: *„To víte, že sem tam zaslechnu nějakou narážku na moji váhu, ale skákat z mostu kvůli tomu nebudu“*. Obdobnou odpověď uvedl i R12: *„Někdo to neřeší, někdo s tím má problém“*. Co se týče pocitu opomíjení, někteří s tím nemají zkušenost, nezažili to, jiní naopak zažili i šikanu. R1: *„Ignorovaná jsem byla na základní škole, nyní mě nikdo neopomíjí nebo se nesnaží shodit“*. *„Ano, cítím, hlavně ve společnosti např. plesy, diskotéky atd.“*, uvedla R5. R8 na tuto otázku odpověděl takto: *„Ano, občas při tělocviku“*.

Ve třetí podkategorii jsme se zabývali tím, co si myslí adolescenti o tom, jak vnímá obézní lidi dnešní společnost a také zdravotnický personál. Očekávala jsem spíše negativistické odpovědi u dnešní společnosti, velkým překvapením bylo i to, jak se domnívají, že vnímá obezitu zdravotnický personál. Pár respondentů sice uvedlo odpovědi typu - nevím, nezajímám se o to, nevěděli, protože v nemocnici nikdy neleželi. Velmi zajímavě odpověděla na tuto otázku R1: *„Říká se, že hezká holka má být hubená, přesto modelky každý odsuzuje. Nejsm si úplně jistá, jestli vlastně lidé mají*

sami jasno v tom, co se jim líbí a co ne. Co se týče zdravotnického personálu, každý se vždy kouká jinak na štíhlého člověka a na člověka s nadváhou, jinak tomu určitě nebude ani ve zdravotnictví, i když tam na to musí být připravení“. Obdobný názor měla i R4: „Myslím si, že moc kladný ne. V dnešní době, kdy je ideál krásy váhově úplně někde jinde, to máme asi těžké. Co se týče zdravotnického personálu, myslím si, že spousta z nich ráda svede zdravotní problémy pacienta na váhu. Jednou mi takhle byl vyčten zánět zvukovodu“. „Mám pocit, že je společnost přehlíží a že na ně kouká skrz prsty, nesnaží se je ani poznat, hned je odsuzuje. Zdravotnický personál podle mého špatně, každý z nich hned doporučuje zhubnout, ale nedoporučí jak, nějaké zásady cokoliv...“, uvedla R5. R6 jako jedna z mála si myslí, že zdravotnický personál se snaží spíše lidi motivovat k tomu, aby zhubli: „Je to člověk od člověka, ale většinou si myslím spíše, že mají snahu motivovat lidi k tomu, aby zhubli“. „Na svou doktorku si nemohu stěžovat“, uvedl R8. R9 byl také optimista a řekl, že by se měli chovat ke všem stejně bez rozdílů: „Tak asi by jim měli poradit, co se sebou dělat, ale chovat by se k nim měli stejně jako k ostatním, ne?“.

Schéma 3 – kategorie – Dieta

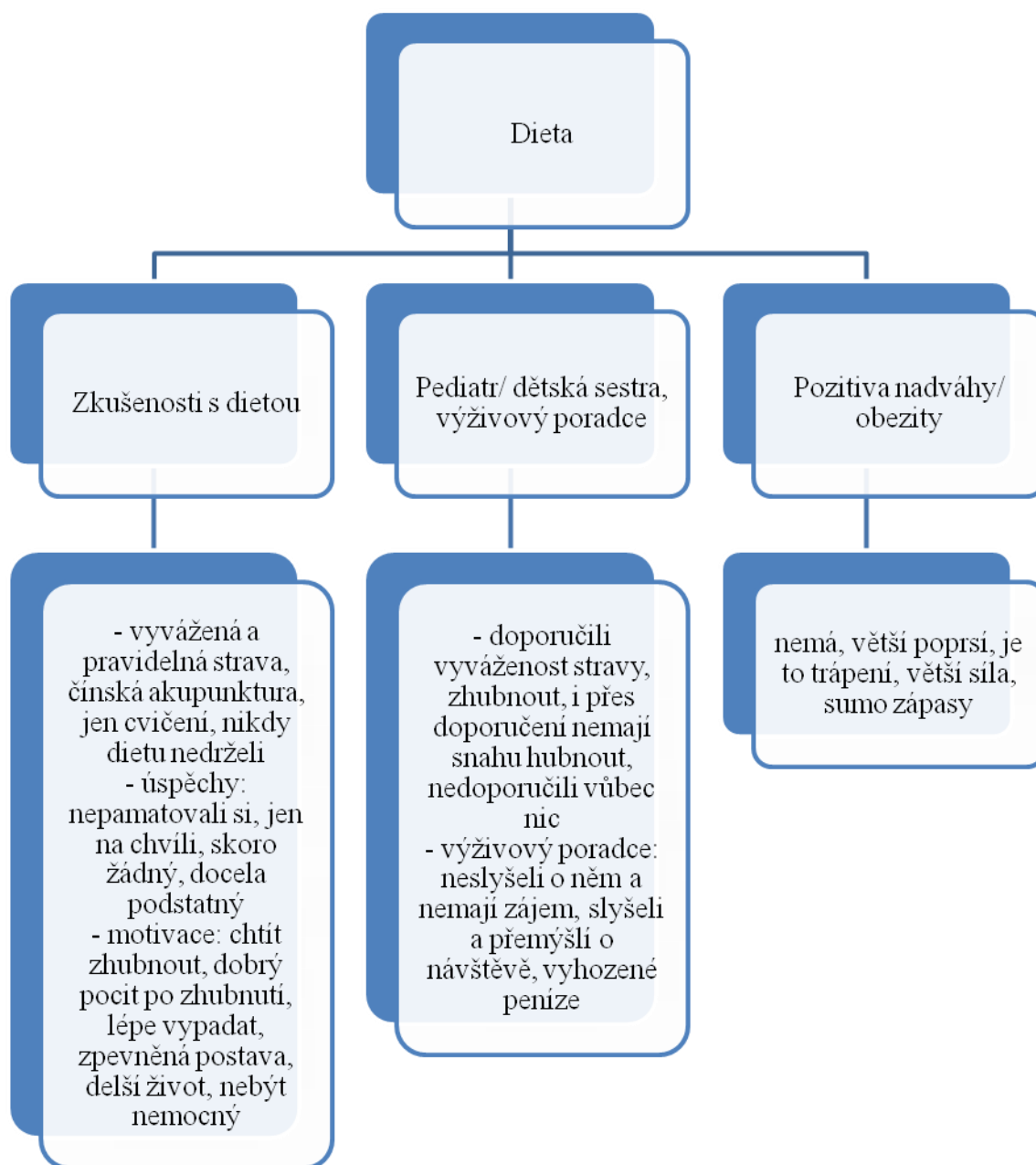


Schéma 3 – kategorie „Dieta“ je tvořena také ze tří podkategorií, zařadili jsme sem zkušenosti adolescentů s dietami, dále doporučení od pediatra, dětské sestry, výživového poradce a nakonec pozitiva obezity.

V první podkategorii jsme se ptali na to, zda respondenti již někdy drželi nějakou dietu, jaké byly jejich úspěchy, co je při držení diety motivovalo. Jedinci, kteří si myslí, že nadváhou netrpí, samozřejmě nikdy žádnou dietu nedrželi. Jiní uváděli místo držení diety spíše vyváženou stravu, R1: *„Spíš místo diety jsem dodržovala zdravou, vyváženou a pravidelnou stravu. Úspěchy si už nepamatuji, je to už dlouhá doba“*. R5 držela dietu s názvem „Čínská akupunktura“: *„Ano, čínskou akupunkturu. Výsledky byly, ale není divu, strava v jídelníčku nebyla moc pestrá, např. ke snídani 10 lískových oříšků, k obědu 3 lžíce rýže s 2 lžícemi kukuřice a k večeři jablko“*. Oproti tomu R6 se raději věnuje sportu než držení jakékoliv diety: *„Ne, spíš to, že jsem na sobě začala hodně držet a cvičit. Úspěchy jsou docela podstatný, hlavně zpevněná postava“*. R7 předtím nikdy žádnou dietu nedržel, v současné době hubne, protože trpí cukrovkou a motivace se sebou něco dělat je rázem na světě: *„Teď mě k tomu motivuje, že tu budu déle žít“*. Některým postačí jen chtít zhubnout a mít z toho dobrý pocit, např. R4: *„Největší motivací je ten skvělý pocit, když se na vás někdo podívá a řekne, že jste nějaká menší“*.

V druhé podkategorii jsme se adolescentů ptali, zda jim někdy nějakou dietu doporučil jejich pediatr či dětská sestra, zda se již někdy setkali s pojmem výživový poradce nebo ho dokonce někdy navštívili. Odpovědi se opět velmi lišily, někteří tvrdili, že nikdy žádné doporučení nedostali, jiní že ho sice dostali, ale snaha zhubnout se nějak nedostavila, další, že doporučení dostali a snaží se sebou něco dělat. *„Nic mi nedoporučili, jen řekli, abych zhubla“*, uvedla R5. Jedním z těch, kdo nemá pocit, že by měl zhubnout, byl R8: *„Jo, už párkrát povídali, ale nepřijde mi, že bych fakt měl hubnout, takže jedním uchem sem, druhým tam“*. Stejný přístup vyplynul i z odpovědi R12: *„Ale jo, asi něco říkala, že bych měl zhubnout“*. Co se týče pojmu výživový poradce, z odpovědi vyplynulo, že o něm buď nikdy neslyšeli, nebo slyšeli, ale nikdy nenavštívili a ani nemají zájem ho navštívit. Setkala jsem se i s názorem, že jsou to zbytečně vyhozené peníze. R3: *„Slyšela jsem to, ale nikdy jsem se o to nezajímala, natož abych měla chtít ho vyhledat“*. *„Ano, ale zatím jsem neměla zájem jeho služeb využít“*, uvedla R15. Stejně tak i R13 o něm slyšela, ale nikdy tam nebyla: *„Ano, už jsem hledala nějaký info na internetu, ale ještě jsem tam nebyla...možná někdy časem“*.

Vzhledem k tomu, že většina otázek v rozhovoru byla spíše negativistická, pokusili jsme se zeptat i na to, zda si adolescenti myslí, že je na obezitě i něco pozitivního. Většina odpovědí zněla stejně, není, je to jen trápení. Avšak pár respondentů mě dokázalo překvapit, patřila mezi ně R4: *„Myslím, že vyšší váha nemůže nikdy přinášet žádná pozitiva, možná velká prsa?“*. *„Nikdo si na mě nic nedovolí, mám dost velkou sílu“*, uvedl R8. Vtipně odpověděl i R12: *„Asi ne, ale možná bych se mohl účastnit sumo zápasů“*.

5 DISKUZE

Každý den se dětská sestra ve své praxi setkává s dětmi trpícími nadváhou či obezitou. Žijeme v moderní době a pro dnešní ženu již není tak důležité uklízení, vaření, péče o děti, nýbrž práce a kariérní růst. Není proto divu, že dětská obezita stále stoupá. Mnohdy je mnohem jednodušší nakoupit polotovary, vzít děti do fastfoodu, než jim uvařit jídlo doma. Významný podíl na stravování mají i reklamy v televizi, navádějí nejen rodiče, ale i děti, aby pili slazené nápoje a jedli nezdravá jídla. Problém nastává i ve školách, kde se na každém patře nachází automat s různými sladkostmi či bagetami, stejně tak i slazenými nápoji. Prvním cílem práce bylo zmapování role sestry v přístupu k obézním adolescentům. Druhým pak zjistit, jak obézní adolescenti vnímají vlastní osobu. Celý výzkum byl rozdělený na dvě části, v té první byla použita metoda dotazování, technika anonymního nestandardizovaného dotazníku. V druhé metoda dotazování technikou rozhovoru.

První část dotazníkového šetření byla zaměřená na identifikační údaje (Graf č. 1). Respondentky byly ženského pohlaví různých věkových kategorií. Nejvíce jich bylo ve věkové kategorii od 41 do 50 let (40,3 %). Následujícím bodem hodnocení bylo nejvyšší dosažené vzdělání. Největší skupinu tvořily sestry se středoškolským vzděláním (57,1 %) a sestry se středoškolským + pomaturitním specializačním studiem (33,1 %) (Graf č. 2). Jako poslední identifikační údaj posloužila délka praxe ve zdravotnictví, nejvíce respondentek bylo v kategorii od 21 do 30 let (44,8 %) a od 31 a více (30,5 %). Dalo by se tedy předpokládat, že výzkum byl prováděn se zkušenými sestrami, které se za svou praxi určitě setkaly s větším procentem obézních adolescentů.

Další část výzkumného šetření byla zaměřená na zjištění informací o tom, zda se sestry dále vzdělávají, zda se zajímají o problematiku dětské obezity, zjišťují si nové informace a zda používají edukaci při komunikaci s obézními adolescenty.

V rámci první hypotézy jsme si stanovili předpoklad, že dětská sestra edukuje adolescenty v oblasti zdravé výživy. Sikorová (2011) uvádí, že na ošetrovatelské péči o dítě se mimo jiných profesionálů podílejí zejména dětské sestry. Jsou zapojeny do všech aspektů péče o dítě a jeho rodinu s cílem podporovat růst a zdravý vývoj dítěte.

Základem pro kvalitní ošetrovatelskou péči je vytvoření vztahu sestra – dítě/rodina. Úkolem dětské sestry je prevence onemocnění a podpora zdraví, působení v oblasti poradenství a zdravotní výchovy. Zlatko Marinov (2012) však ve své knize píše, že nezastupitelnou roli v prevenci obezity vytváří praktický dětský lékař, ten může vyhledávat rizikové skupiny a vést je k racionálnímu životnímu stylu. Zmiňuje se také o tom, že v České republice je velmi dobře propracovaný systém preventivních lékařských prohlídek u dětí. Velké úsilí je však věnováno dětem od 1 - 2 let věku, poté dochází k jakémusi rozvolnění. Ptali jsme se, zda dětské sestry používají edukaci o obezitě při komunikaci s adolescenty. Nejvíce sester uvedlo odpověď ano (53,9 %), dále spíše ano (38,3 %), spíše ne (7,1 %) a ne uvedla naštěstí jen 1 sestra (Graf č. 6). Dosažený výsledek je sice logický a uspokojující, ale na druhou stranu otázkou je, zda respondentky odpovídaly na danou otázkou pravdivě, či nikoliv.

Na základě výše uvedených výsledků jsme hypotézu 1: Sestra edukuje adolescenty v oblasti zdravé výživy potvrdili.

Druhá stanovená hypotéza zněla: Sestra se neustále vzdělává v problematice obezity. Jak uvádí Sedlářová (2008), vzdělávání dětských sester začalo již v roce 1918. V roce 1995 došlo ke změnám, kdy čtyřleté studium a dvouleté pomaturitní kvalifikační studium byly zrušeno. V roce 2006 končí vzdělávání dětských sester na vyšších zdravotnických školách a dle nové legislativy může všeobecná sestra získat kvalifikaci dětské sestry pouze ve specializačním vzdělávacím programu. Na otázku, zda si sestry průběžně doplňují své odborné znalosti v problematice dětské obezity, ať už studiem na vysoké škole nebo účastí na vzdělávacích akcích, nejvíce (88,1 %) odpovědělo, že se účastní vzdělávacích seminářů (Graf č. 4). Ptali jsme se také, zda se sestry zajímají o problematiku dětské obezity, největší počet (53,9 %) respondentek uvedl odpověď spíše ano, dále o něco menší počet (30,5 %) odpověď ano (Graf č. 9). Z těchto výsledků by se dalo usoudit, že dětské sestry se vážně zajímají o problematiku dětské obezity a skutečně se v tomto směru vzdělávají.

Na základě výše uvedených výsledků jsme hypotézu 2: Sestra se neustále vzdělává v problematice dětské obezity - potvrdili.

Poslední námi stanovená hypotéza zní takto: Sestra spolupracuje s rodinou obézních adolescentů. Jak jsme již výše zmínili, Sikorová (2011) ve své knize „Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu“ uvádí, že základem pro ošetrovatelskou péči je vytvoření vztahu sestra - dítě, sestra - rodina dítěte. Dětské sestry musí mít k dětem a jejich rodinám smysluplný vztah, oproti tomu rodina by neměla mít obavy se sestře svěřit a dotázat se na nejasnosti týkající se potřeb a podpory zdraví dítěte. Sedlářová (2008) uvádí, že dětská sestra organizuje a řídí ošetrovatelskou péči v pediatrii. Ve své činnosti se zaměřuje na spolupráci s rodinou, jejím cílem je zapojit rodinu do procesu léčení, preventivní a výchovné péče. Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že 64 (56,1 %) sester zapojuje při edukaci adolescentů o zdravé výživě rodinné příslušníky vždy, odpověď obvykle ano uvedlo 40 (35,1 %) sester (Graf č. 18). Jedna sestra v dotazníku také uvedla, že je spolupráce rodiny sice nezbytná, ale rodiče často nemají vůli z toho důvodu, že jsou sami obézní. S jejím názorem naprosto souhlasím, během rozhovorů s obézními adolescenty jsem se totiž dozvěděla, že rodiče jejich nadváhu neřeší, protože jsou sami obézní.

Na základě výše uvedených výsledků jsme hypotézu H3: Sestra spolupracuje s rodinou obézních adolescentů - potvrdili.

Vzhledem k tomu, že jsem dotazníky rozesílala pomocí elektronické pošty, musela jsem oslovit praktické dětské lékaře, aby se jejich dětská sestra zúčastnila mého šetření. V průběhu výzkumu jsem se dočkala odpovědí od jedné nejmenované paní doktorky, která mi napsala toto: „Mám "zlatou" sestřičku, která svoji práci dělá léta a dobře. Ale na nějakou edukaci obézních adolescentů příležitost nemá. Odhadem jistě 10 procent dětí i adolescentů je obézních. Naprostá většina z nich nemá žádnou životosprávu, jí nepravdělně, nezdravě, nesportují, sedí u počítačů a sociálních sítí, jídlem řeší různé psychické problémy. Většina z nich nemá na věc náhled a mluvit se s nimi moc nedá, natož je nějak edukovat. Druhá část naopak sportuje nadměrně, drží různé pochybné diety, stravuje se vegetariánsky apod. I dobře míněnou edukaci v oblasti životního stylu je třeba dělat opatrně, aby naše dobře míněné rady nebyly tím, co změní jednání adolescenta směrem k poruchám příjmu potravy, což je potom mnohem větší problém než obyčejná nadváha“. V něčem s paní doktorkou souhlasím, na druhou stranu však

nemohu pochopit, proč sestra v její ordinaci nemá příležitost k edukaci obézních adolescentů. Odpovědi mohou být jen dvě, že má tak moc práce, že to nestíhá, nebo se edukaci věnuje výhradně lékařka. Libor Vitek (2008) ve své knize ale uvádí, že velmi významným problémem je fakt, že společnost (ani v ČR, ani v západní Evropě či USA) nemá dost lékařů, kteří by byli správně proškolení, aby se mohlo čelit záplavě obézních pacientů přicházejících do ordinací s mnoha doprovodnými chorobami. V dotazníku jsme se dětských sester také ptali, zda mají dostatek času na provedení edukace (Graf č. 14). Z toho 100 (78,3 %) dotázaných uvedlo, že ho mají, 23 (20 %) sester čas na edukaci nemá a pouze 2 (1,7 %) uvedly, že edukují adolescenty nebo rodiče mimo ordinaci hodiny. Takže, kde je tedy pravda? Nemáme dost odborníků, nebo na edukaci není čas? A kde dochází k základní chybě, že dětská obezita dále narůstá.

Nyní se zaměříme na druhou část výzkumného šetření. Otázky v rozhovorech byly rozděleny do 3 okruhů, a to nadváha/obezita, vnímání obezity a dieta. První zkoumaný okruh se skládá z pojmu Body Mass Index, vzniku obezity a doby jejího trvání, změn zdravotního stavu. Nejčastěji adolescenti odpovídali, že pojem BMI již někdy slyšeli, věděli, co znamená, i jak se počítá. U vzniku obezity a doby jejího trvání byly odpovědi naopak rozmanité. U některých přetrvává obezita již od dětství, někteří přikládali vinu své vyšší váhy genetickým predispozicím, jiný nástupu na vysokou školu, přejídání, stresu atd. Pár jedinců však za každou cenu tvrdilo, že nadváhou/obezitou vůbec netrpí. R3: „*Netrpím. Rodiče pořád říkají, že mám zhubnout. Nechápu, proč to pořád řeší*“. R10: „*Netrpím. Nemyslím si o sobě, že jsem tlustý, jen dobře stavěný*“. Velmi zajímavé je tvrzení Pastuchy (2011), že dramaticky nepříznivá situace z hlediska sportování je ve skupině starších dětí. Fyzické aktivitě se intenzivně věnují jen 4 hodiny a 40 minut týdně. Doporučených 7 hodin fyzické aktivity týdně dodržuje pouze 25 % dětí ve věku 13 - 17 let. Během rozhovorů jsme se dotyčných ptali na to, v čem je jejich váha omezuje. Nejčastější odpovědí ale bylo, že ve sportování. Tak jak to tedy je? Když několik výzkumů tvrdí, že dnešní děti nemají dostatek pohybu, a proto přibírají, oproti tomu obézní tvrdí, že i když by sportovat chtěli, tak nemohou, protože je v tom jejich váha limituje. Jak uvádí Marinov (2012), na rozvoji běžné dětské obezity se ze 40 - 60 % podílí genetické zázemí jedince. Běžná obezita nastupuje pozvolna a k jejímu rozvoji

přispívá jak nevýhodné seřazení genů, tak kontinuální zvýšený příjem potravy neadekvátně k energetickému výdeji. Co se týče zdravotního a psychického stavu, tak u některých adolescentů se zatím nezměnil. Další však uváděli taková onemocnění, jako jsou astma bronchiale, vysoký krevní tlak, DM II. typu, únava, pomalost. Mezi nejčastější psychické změny patřily deprese, pocit zranitelnosti a stres. Když nahlédneme do knihy Pohyb v terapii a prevenci dětské obezity, tak Pastucha (2011) popisuje jako nejčastější komplikace dětské obezity poruchy pohybového aparátu, vysoký krevní tlak, dyslipidemie, syndrom obstrukční spánkové apnoe, postižení plic atd. Dále uvádí, že obézní děti nemají jen komplikace po stránce fyzické, ale také psychické. Patří sem například citová deprese, pocity méněcennosti, úzkostné stavy a deprese. V jistých ohledech dokážu pochopit přejídání ve chvílích stresu, z vlastní zkušenosti mohu říci, že také hodně jím, jedinou výhodou ale je, že díky rychlému spalování netloustnu. Dokážu pochopit, jak těžké pro některé jedince se sklony k přibírání je hlídat, co jedí a hlavně v jakém množství. Velkou roli na změnu psychického stavu má i to, jak obézní jedinci vnímají sami sebe, jak je vnímají rodiče, vrstevníci, přítel/přítelkyně. Mnohdy se od spolužáků dočkají šikanování, vyčleňování ze skupiny, posmívání a v průběhu toho si viníci ani neuvědomují, jak moc těmto lidem ubližují. Na vnímání obezity navazuje další okruh.

Gillernová (2011) ve své knize uvádí, že na vznik dětské obezity působí řada vnějších vlivů, působících zejména prostřednictvím rodiny. V ČR stále přetrvávají rozdílné názory mezi městem a venkovem v pohledu na správnou výživu a nadváhu. Mocným nástrojem k ovlivňování postojů, chování i prožívání lidí jsou sdělovací prostředky. Děti jsou mnohem citlivější na vlivy reklamy a nedovedou vždy korigovat předkládané informace. Kontakt s vrstevníky a hodnocení nadváhy okolím nutí obézní adolescenty ke komparaci s nutností vypořádat se s odmítavými postoji a kritikou. V tomto okruhu jsme se věnovali těmto kategoriím: jak vnímají obézní adolescenti vlastní osobu, jak je vnímají rodiče, přítel/přítelkyně, vrstevníci a jak si myslí, že nahlíží na obezitu dnešní společnost a zdravotnický personál. U některých respondentů hned na první pohled byla vidět naprostá nespokojenost s vlastní postavou. R5: „*Ošklivou a tlustou, které nic nesluší a je zbytečná*“. Papežová (2010) tvrdí, že jasným poselstvím

médií je: „*Kdo není hubený, je nejen šeredný, ale i celkově méně hodnotný*“. Jiní sami sebe vnímají normálně a snaží se to neřešit. Dvě respondentky dokonce mají k sobě i pozitivní přístup. R4: „*Jako milou, přátelskou, baculatou holku*“. R6: „*Že by to mohlo být lepší, ale myslím, že nezáleží jen na hmotnosti, ale taky na snaze pro sebe něco udělat. Takže spíš se dá říct pozitivně*“. Nelze než s dotyčnou souhlasit, základem musí být určitá motivace, snaha a chuť se sebou něco udělat, ne jen si každý den stoupnout před zrcadlo a pouze konstatovat, že jsem tlustý/á a ošklivý/á. Fischer (2014) uvádí, že výsměch je něco, co jsme všichni zažili a týká se nás to. Utahování spojené s výsměchem se týká většinou velmi citlivých témat, jako je tvar těla či hmotnost. Adolescenti, ze kterých si utahovali pro jejich hmotnost, to brali jako formu výsměchu od svých přátel a zároveň tyto posměšky vnímali jak odraz pravdy o sobě. Názory dotázaných adolescentů byly velmi odlišné, někteří tvrdili, že je jejich okolí vnímá normálně, jiní, že je názory ostatních nezajímají, dvě respondentky si stěžovaly na šikanu a posměšky. V téhle oblasti má asi velký význam i to, zda obézní adolescent se nachází mezi lidmi, kteří ho znají odmala, nebo zda přijde do společnosti, kde nikoho nezná, a musí se nějakým způsobem začlenit. V novém prostředí je to vždy 50 na 50, buď ho přijmou takového, jaký je, nebo naopak vyčlení a budou se mu posmívat, popřípadě šikanovat. Poslední dvě otázky tohoto okruhu byly zaměřeny na to, jak obézní lidi vnímá dnešní společnost a zdravotnický personál. Hainer (2011) ve své knize píše, že obezita své nositele stigmatizuje a vystavuje řadě předsudků. Tyto předsudky ovlivňují možnost získat lékařskou péči, zaměstnání nebo vzdělání. Výsledky výzkumu se v podstatě shodují s výše napsaným. R1: „*Každý se vždy kouká jinak na štíhlého člověka a na člověka s nadváhou. Co se týče společnosti, nejsem si úplně jistá, jestli vlastně lidé mají sami jasno v tom, co se jim líbí a co ne*“. R4: „*Myslím si, že spousta z nich ráda svede zdravotní problémy pacienta na váhu. Jednou mi takhle byl vyčten zánět zvukovodu*“. Občas mám pocit, že je těžké v dnešní společnosti vůbec existovat, jedněm vadí hubení, jiným zase tlustí. Politováníhodný je ale ten fakt, že veškerý zdravotnický personál, i přesto, že je veden k tomu, aby se ke všem lidem choval stejně bez rozdílů, tuto skutečnost nedodrжуje. V praxi jsem se bohužel také setkala s podobnými výroky jako, „*to je ale slůně*“ atd. Kde je chyba, je

asi dost těžké odhadnout, ale nejspíš je to v člověku zakořeněné a od toho se pak odvíjí i jeho chování k ostatním.

V posledním zkoumaném okruhu jsme se zaměřili na dietu, na to, jaké s ní mají adolescenti zkušenosti, jaké byly jejich úspěchy, co je k držení diety motivovalo, zda jim někdy dietu doporučil jejich pediatr, dětská sestra či výživový poradce a nakonec jsme se zeptali, jestli na obezitě může být i něco pozitivního. Jeden z respondentů zmínil, že spíš než dietu dodržoval zdravou, vyváženou a pravidelnou stravu. Jiná dívka uvedla čínskou akupunkturu. R5: *„Výsledky byly, ale není divu, strava v jídelníčku nebyla moc pestrá, např. k snídani 10 lískových oříšků, k obědu 3 lžíce rýže s 2 lžícemi kukuřice a k večeři jablko“*. V době, kdy existuje internet, opravdu není problém najít mnoho způsobů, jak zhubnout nebo spíše jak hladovět. Je škoda, že i přesto, že je poradců obecně hodně, jen málo je těch opravdu dobrých a dostatečně kvalifikovaných, schopných poradit obézním lidem dietu aniž by své tělo vystavovali trápení. Podobný názor měli i respondenti, buď že jsou to vyhozené peníze, nebo že sice o výživovém poradci slyšeli, ale o jeho návštěvě neuvažují. Jak uvádí Vítek, ne každá dieta je z lékařského či fyziologického pohledu výživově správná. Základem je přijetí argumentu, že pouze dlouhodobá změna dietních návyků může vést k žádoucím účinkům na postavu. Je jasné, že pokud se dodržuje dieta, která neobsahuje všechny důležité živiny, může vést ke zdravotním rizikům a následkům. Velkou roli při hubnutí hraje určitě motivace a přání se sebou něco dělat. Jak uvedla jedna respondentka: *„Dobrá motivace bylo prostě chtít zhubnout“*(R2). R4: *„Největší motivací je asi ten skvělý pocit, když se na vás někdo podívá a řekne, ty jsi nějaká menší“*. Dle Hargašové (2009) při snižování hmotnosti je důležitější práce s motivací klientů k osobnostním změnám než přímé ovlivňování stravovacích návyků. Nejzajímavější odpovědi byly na otázku, zda je na obezitě i něco pozitivního. Většina dotázaných se sice shodla, že nic, pár jedinců však mělo jiný názor. Uvedli například větší poprsí, sílu či možnost dělat sumo zápasy.

Jsem přesvědčená, že výzkum přinesl mnoho zajímavých poznatků. Některé odpovědi byly sice překvapivé, ale i tak šlo o zajímavou zkušenost. Nikdy před tím by mě nenapadlo, že v dnešní moderní době počítačů se najdou jedinci, kteří nikdy

neslyšeli pojem Body Mass Index. Před realizací výzkumu mě popravdě ani nenapadlo, že by obézní lidé mohli být tolik diskriminováni společností a zdravotnickým personálem. Mrzí mě i ta skutečnost, že ačkoliv sestry tvrdily, že edukují, zapojují rodinu a jiné odborníky do procesu hubnutí, adolescenti uváděli, že drží diety na vlastní pěst, že mnohdy nedostali od pediatra či dětské sestry jakékoliv doporučení. Můj osobní názor je však takový, že dětská obezita bude narůstat převážně z jiných důvodů (např. špatné stravovací návyky v rodině atd.) než z nedostatku času zdravotnického personálu na cílenou edukaci.

6 ZÁVĚR

Dětská sestra hraje klíčovou úlohu v podpoře zdraví dětí a dospívajících v primární péči. Je mnohdy prvním člověkem, kterému se dítě či rodiče svěří se zdravotním problémem. Dětská sestra pečuje o dítě v rodině, v předškolních zařízeních nebo zařízeních školních. Její práce zahrnuje také edukační, administrativní a protiepidemické aktivity (Sikorová, 2012).

Prvním cílem této diplomové práce bylo zmapování role sestry v přístupu k obézním adolescentům. Z výsledků vyplynulo, že dětské sestry se snaží v oblasti dětské obezity vzdělávat, zajímají se o problematiku dětské obezity, snaží se adolescenty trpící nadváhou edukovat o správné životosprávě. Spolupracují s rodinou dítěte a dalšími odborníky, jakými jsou endokrinolog, kardiolog, výživový poradce atd. Druhým cílem práce bylo zjistit, jak obézní adolescenti vnímají vlastní osobu. Názory byly samozřejmě různé, někteří jedinci si nadváhu/obezitu nepřipouštěli, jiní se zase viděli jako „tlouštíci“, „valící se koule“, „ošklivé a zbytečné, kterým nic nesluší“. Někteří trpí depresemi, jiní se to snaží neřešit.

Pro naplnění účelu kvantitativního šetření jsme si stanovili celkem 3 hypotézy. H1: Sestra edukuje adolescenty v oblasti zdravé výživy. Hypotézu jsme statisticky potvrdili, protože z výzkumu vyplynulo, že sestry opravdu edukují adolescenty o správné životosprávě. H2: Sestra se neustále vzdělává v problematice obezity. Výsledky ukázaly, že sestry se účastní vzdělávacích seminářů s danou problematikou a také že se i dále vzdělávají. I tuto hypotézu jsme potvrdili. H3: Sestra spolupracuje s rodinou obézních adolescentů. I v tomto případě se nám stanovená hypotéza potvrdila, i když toto bývá občas náročné, sestry se opravdu snaží zapojit do léčebného procesu celou rodinu.

Pro naplnění účelu kvalitativního šetření jsme si stanovili 2 výzkumné otázky. VO1: Pociťují obézní adolescenti vyčlenění z kolektivu? Z 15 dotázaných respondentů, si většina adolescentů nemyslí, že by byli nějakým způsobem opomíjeni nebo vyčlenění z kolektivu kvůli své váze. Pouze jedna respondentka uvedla, že na základní škole se s ní spolužáci moc nebavili, ale po nástupu na střední školu už takový pocit nemá. Jiná

se přiznala k tomu, že na základní škole byla kvůli své vyšší váze dokonce šikanována. Na základě těchto výsledků by se dalo usoudit, že obézní adolescenti nebývají ve značné míře svými vrstevníky vyčleňováni z kolektivu. VO2: Využívají obézní adolescenti možnou spolupráci s nutričním terapeutem? Pouze 4 adolescenti uvažují o návštěvě nutričního terapeuta, zbytek o něm sice slyšel, ale nemá zájem si sjednat schůzku či si zjišťovat nějaké další informace. Na tuto otázku se tedy dá odpovědět tak, že adolescenti, i když mají možnost se o nadváze a obezitě poradit s odborníkem, jeho služeb nevyužívají.

Dle výsledků získaných z dotazníkového šetření sestry adolescenty na jejich nadváhu upozorňují, edukují je v oblasti zdravé výživy, spolupracují s různými odborníky a také rodinou atd. Tomu však neodpovídají výsledky rozhovorů s adolescenty, z nichž větší část tvrdí, že nikdy žádné doporučení o hubnutí od pediatra ani dětské sestry nedostali. Dětská obezita stále stoupá a s ní bohužel přicházejí i další onemocnění, související s nárůstem hmotnosti. Děti a dospívající čím dál více času tráví u televize, u počítače a jedí u toho nejrůznější slané nebo přeslazené pochutiny. Mnohdy ani rodiče si neuvědomují, z jak velké části se na tom podílí jejich vlastní výchova.

Výsledky práce mohou posloužit jako podklad pro sepsání článku do odborného časopisu, jako návod při prevenci dětské obezity. Rovněž mohou být prezentovány formou přednášek.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ADÁMKOVÁ, Věra. *Obezita: příčiny, typy, rizika, prevence a léčba*. 1. vyd. Brno: Facta Medica, 2009, 122 s. ISBN 978-809-0426-054.

ČAPEK, Robert. *Odměny a tresty ve školní praxi*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014, 186 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4746-395.

ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 126 s. ISBN 978-802-4732-138.

ČERNÝ, Vojtěch. *Řeč těla*. 2. vyd. Brno: Edika, 2012, 296 s. ISBN 978-80-266-0124-1.

DEVITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace: 6. vydání*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 502 s. Expert (Grada). ISBN 978-80-247-2018-0.

EKVALL, Shirley a Valli K EKVALL. *Pediatric nutrition in chronic diseases and developmental disorders: prevention, assessment, and treatment*. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2005, xxiv, 532 p. ISBN 01-951-6564-0.

FABICHOVÁ, Kateřina. Hodnocení obezity u dětí a její léčba. *Zdravotnictví a medicína: čtrnáctideník pro odborníky ve zdravotnictví a farmacii* [online]. Praha: MF Medical, 2005, (12) [cit. 2015-07-21]. ISSN 2336-2987. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/hodnoceni-obezity-u-deti-a-jeji-lecba-165814>

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2014, 231 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5046-0.

GILLERNOVÁ, Ilona, Vladimír KEBZA a Milan RYMEŠ. *Psychologické aspekty změn v české společnosti: člověk na přelomu tisíciletí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 256 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2798-1.

GREGORA, Martin a Dana ZÁKOSTELECKÁ. *Jidelníček kojenců a malých dětí*. 3., dopl. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2014, 189 s., [24] s. obr. příl. ISBN 978-802-4747-736.

HAINER, Vojtěch. *Základy klinické obezitologie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011, xxvi, 422 s., 16 s. barev. obr. příl. ISBN 978-802-4732-527.

HALUZÍK, Martin. Obézní diabetik. *Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře* [online]. Praha: Strategie, 2008, (6) [cit. 2015-07-26]. ISSN 1212-4184. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/obezni-diabetik-369040>

HANZLOVSKÝ, Michal. Psychologické aspekty dětské obezity. *Celostní medicína* [online]. 2012 [cit. 2015-07-21]. Dostupné z: <http://www.celostnimediceina.cz/psychologicke-aspekty-detske-obezity.htm>

HARGAŠOVÁ, Marta. *Skupinové poradenství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 261 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2642-7.

HLÚBÍK, Pavel a Alena VOSEČKOVÁ. Stravovací zvyklosti a psychologické aspekty obezity. *Interní medicína*[online]. 2002, (11) [cit. 2015-07-21]. Dostupné z: <http://www.internimediceina.cz/pdfs/int/2002/11/05.pdf>

HORT, Vladimír. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008, 492 s. ISBN 978-807-3674-045.

HOŠKOVÁ, Pavlína. Informovanost klientů/pacientů a rodinných příslušníků. *Sestra* [online]. 2010, (2) [cit. 2015-07-21]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/informovanost-klientu-pacientu-a-rodinnych-prislusniku-449665>

CHRPOVÁ, Diana. *S výživou zdravě po celý rok*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 133s . Zdraví. ISBN 978-802-4725-123.

JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 77 s. ISBN 978-802-4721-712.

KLÍMA, Jiří. *Pediatric*. 1. vyd. Praha: Eurolex Bohemia, 2003, 320 s. Učebnice pro SZŠ a VZŠ. ISBN 80-864-3238-6.

KOLÁŘ, Michal. *Bolest šikanování*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001, 255 s. ISBN 80-717-8513-X.

KOLÁŘ, Zdeněk a Renata ŠIKULOVÁ. *Vyučování jako dialog*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 131 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4715-414.

KOPELMAN, Peter G. *Clinical obesity in adults and children*. 3rd ed. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell, 2010. ISBN 978-144-4307-634.

KOŠTA, Oto. *Management úspěšné ordinace praktického lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 112 s., viii s. obr. příl. ISBN 978-802-4744-223.

KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 3. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2008, 195 s. Psychologie pro každého. ISBN 978-802-4721-309.

KULANOVÁ, Lea. Edukační program zaměřený na prevenci obezity u dětí. *Sestra*. 2013, 07-08. ISSN 1210-0404

KYTAROVÁ, Jitka et al. *Obezita v dětském věku*. 1. vyd. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2013, 112 s. ISBN 978-80-87023-17-4.

KYTAROVÁ, Jitka. Doporučený postup prevence a léčby dětské obezity. *Pediatric pro praxi* [online]. 2011, (10) [cit. 2015-07-26]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: http://www.obesitas.cz/download/doporučený_postup_prevence_a_lečby_dětské_obezity.pdf

LEBL, Jan. Diferenciální diagnostika obezity v dětském věku. *VOX Pedietriae*. 2005, roč. 5, č. 9. ISSN 1213 – 2241.

LEBL, Jan. *Praktická pediatrie: obvyklé diagnostické a léčebné postupy na Pediatrické klinice v Motole*. 1. vyd. Editor Jan Lebl, Jan Janda, Petr Pohunek. Praha: Galén, 2008, 189 s. ISBN 978-807-2625-789

LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK. *Chorobné znaky a příznaky: diferenciální diagnostika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, xxii, 890 s. ISBN 978-80-247-5067-5.

MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 291 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-2715-8.

MANTZOROS, Christos S. *Obesity and diabetes*. Totowa, N.J.: Humana Press, c2006, xvii, 555 p. ISBN 978-158-8295-385.

MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 264 s. ISBN 80-247-1399-3.

MAREŠ, Jiří. *Kvalita života u dětí a dospívajících*. Brno: MSD, 2006, 228 s. ISBN 80-866-3365-9.

- MARINOV, Zlatko a Dalibor PASTUCHA. *Praktická dětská obezitologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 222 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-802-4742-106.
- MARINOV, Zlatko. Obezita ničí život dětem. *Pacientské listy* [online]. Praha: Mladá fronta, 2010, (15) [cit. 2015-07-21]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/obezita-nici-detem-zivot-454441>
- MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
- Metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci a řešení šikanování mezi žáky škol a školských zařízení. *Věstník*. 2001. Dostupné také z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/metodicky-pokyn-k-sikanovani>
- MÍČKOVÁ, Iveta. Edukace jako nedílná součást ošetrovatelského procesu. *Sestra* [online]. 2009, (12) [cit. 2015-07-21]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/edukace-jako-nedilna-soucast-oseetrovatelskeho-procesu-448627>
- MÜLLEROVÁ, Dana. *Obezita - prevence a léčba*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2009, 261 s. ISBN 978-802-0421-463.
- MUNTAU, Ania. *Pediatric*. 2. české vyd. Praha: Grada, 2014, xx, 588 s. ISBN 978-802-4745-886.
- NALEZENCOVÁ, Renata. *BMI: Historie až současnost*. Olomouc, 2012. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce MUDr. Stanislav Horák.
- NEVORAL, Jiří. *Praktická pediatrická gastroenterologie, hepatologie a výživa*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013, 677 s. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-802-0428-639.
- OLCHAVA, Petr. *Zdravé a nemocné dítě: od početí do puberty*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-802-4718-477.
- ONIS DE, Mercedes aj. WHO Child Growth Standards – Methods and Development [online]. WHO, 2007. [cit. 2015-05-05]. ISBN 978-92-4-154718-5. Dostupné na: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241547185_eng.pdf
- Ošetrovatelské diagnózy: definice*. 1. české vyd. Editor T Herdman. Praha: Grada, 2013, xxxiii, 550 s. ISBN 978-802-4743-288.
- PACK, Allan I. *Sleep apnea pathogenesis, diagnosis, and treatment*. 2nd ed. New York:

Informa Healthcare, 2012. ISBN 978-142-0020-885.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 424 s., vi s. barev. obr.příl. ISBN 978-802-4724-256.

PAŘÍZKOVÁ, Jana a Lidka LISÁ. *Obezita v dětství a dospívání: terapie a prevence*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007, 239 s. ISBN 978-802-4614-274.

PASTUCHA, Dalibor. *Pohyb v terapii a prevenci dětské obezity*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 128 s. ISBN 978-80-247-4065-2.

PAZDERA, Josef. Stravovací návyky jsou důležitější než geny. *Objective Source E - Learning* [online]. 2009 [cit. 2015-07-21]. Dostupné z: <http://www.osel.cz/4619-stravovaci-navyky-jsou-dulezitejsi-nez-geny.html>

PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetřovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 223 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4735-580.

ROTHMAN, K. J. BMI - related errors in the measurement of obesity, *International Journal of Obesity* [online]. 2008, 32, 56 – 59. [cit. 2015-05-05]. Dostupné na: <http://www.nature.com/ijo/journal/v32/n3s/full/ijo200887a.html>

RUCKI, Štěpán a František STOŽICKÝ. *Prevence nemocí oběhové soustavy v pediatrii*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2003, 195 s. ISBN 80-725-4388-1.

RŮŽIČKOVÁ, Eva. Obezita - onemocnění z psychických příčin. *Stopklub* [online]. 2015 [cit. 2015-07-21]. Dostupné z: <http://www.stobklub.cz/clanek/obezita-onemocneni-z-psychickyh-pricin/>

RYBKA, Jaroslav. *Diabetologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 283 s. ISBN 80-247-1612-7.

ŘÍČAN, Pavel a Pavlína JANOŠOVÁ. *Jak na šikanu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 155 s. Pro rodiče. ISBN 978-802-4729-916.

SEDLÁŘOVÁ, Petra. *Základní ošetřovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 248 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1613-8.

SHIRIKI KUMANYIKA, Ross C a Dr. David SATCHER. *Handbook of obesity prevention a resourceforhealthprofessionals*. New York: Springer, 2007. ISBN 978-038-7478-609.

SCHULZ VON THUN, Friedemann. *Jak spolu komunikujeme?: překonávání nesnází při*

dorozumívání. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 197 s. ISBN 80-247-0832-9.

SIKOROVÁ, Lucie. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 184 s. ISBN 978-802-4735-924.

SIKOROVÁ, Lucie. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 208 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3593-1.

Slovník spisovného jazyka českého. 1. vyd. Praha: Academia, 1971, 18, 1311 s.

SOLÁROVÁ, Martina a Gabriela PÉNZEŠOVÁ. Specifika edukace v péči o dětského diabetika. Sestra[online]. 2010, (9) [cit. 2015-07-21]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/specifika-edukace-v-peci-o-detskeho-diabetika-454257>

STRÁNSKÝ, Jaroslav. Nadváha a obezita u dětí a dospívajících. Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře [online]. Praha: Strategie, 2010, (8) [cit. 2015-07-21]. ISSN 1212-4184. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/nadvaha-a-obezita-u-deti-a-dospivajicich-454815>

SVAČINA, Štěpán a Alena BRETŠNAJDROVÁ. *Jak na obezitu a její komplikace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 139 s. Doktor radí. ISBN 978-802-4723-952.

SVAČINA, Štěpán. Obezita a kardiovaskulární onemocnění. Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře [online]. Praha: Strategie, 2006, (Mimořádná příloha) [cit. 2015-07-21]. ISSN 1212-4184. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/obezita-a-kardiovaskularni-onemocneni-172602>

SVAČINA, Štěpán. *Klinická dietologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 381 s. ISBN 978-80-247-2256-6.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, 135 s. ISBN 978-807-2625-994.

ŠTEJFA, Miloš. *Kardiologie*. 3., přepr. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2007, xxxiii, 722 s. ISBN 978-802-4713-854.

TLÁSKAL, Petr. Prevence dětské obezity. Světová zdravotnická organizace [online]. 2011 [cit. 2015-07-21]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/seminare/Prevence_detske_obezity.pdf

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

VÍTEK, Libor. *Jak ovlivnit nadváhu a obezitu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 148 s. Zdraví. ISBN 978-802-4722-474.

Vyhláška ministerstva zdravotnictví České republiky č. 55/2011 Sb. ze dne 14. března 2011, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. [cit. 2015-07-26]

WOLIN, Kathleen Y a Jennifer M PETRELLI. *Obesity*. Santa Barbara, Calif.: Greenwood Press, c2009, xv, 160 p. Biographies of disease. ISBN 03-133-5276-3.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Obezita

Nadváha

Adolescent

Dětská sestra

Edukace

Sociální izolace

Pocit opomíjení

Životní styl

9 PŘÍLOHY

Příloha 1 Růstové percentilové grafy do 2 let věku dítěte

Příloha 2 Růstové percentilové grafy dětí ve věku od 0 do 18 let

Příloha 3 Přístroj kaliper

Příloha 4 Poměr obvodu břicha k tělesné výšce

Příloha 5 Kolečko BMI

Příloha 6 Dotazník

Příloha 7 Osnova pro rozhovory s obézními adolescenty

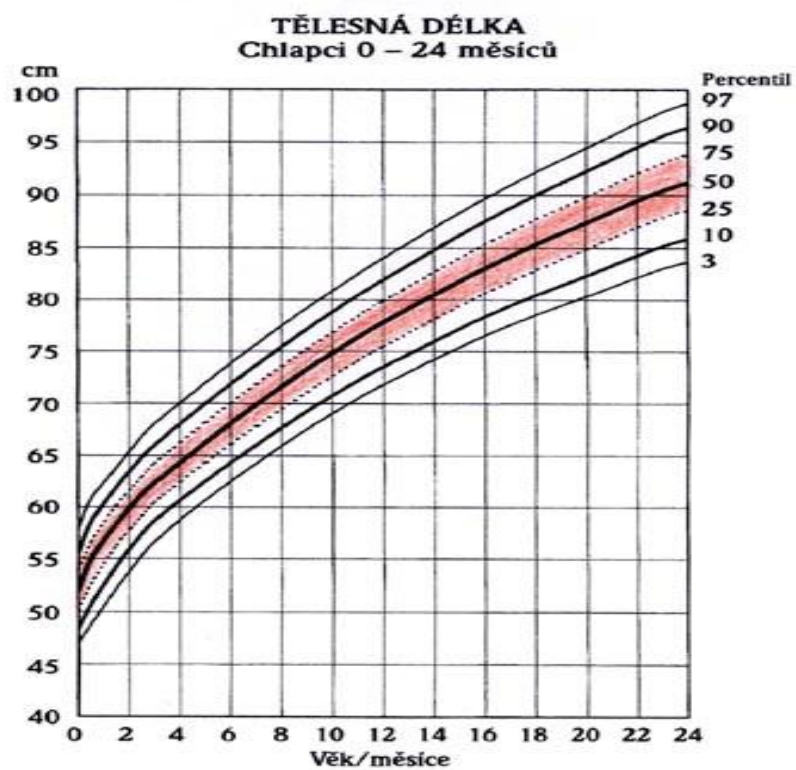
Příloha 8 Záznamový arch

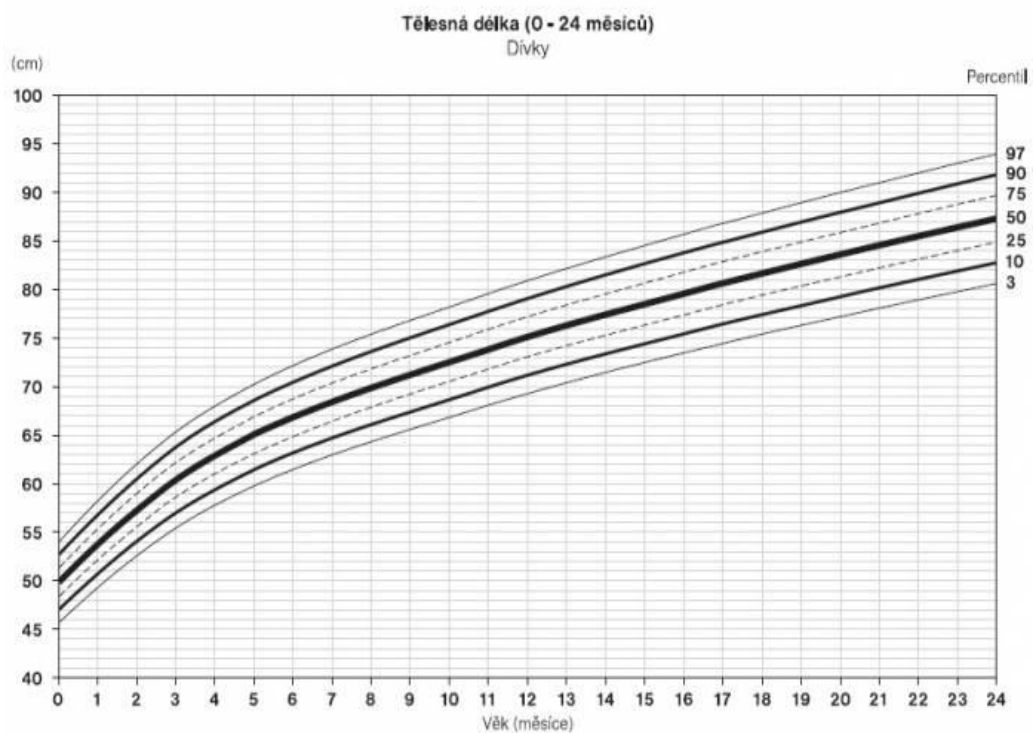
Příloha 9 Žádost o souhlas rodičů s účastí nezletilého dítěte na výzkumu

Příloha 10 Ukázka kódování

Příloha 11 CD s přepisem rozhovorů (volně vložené)

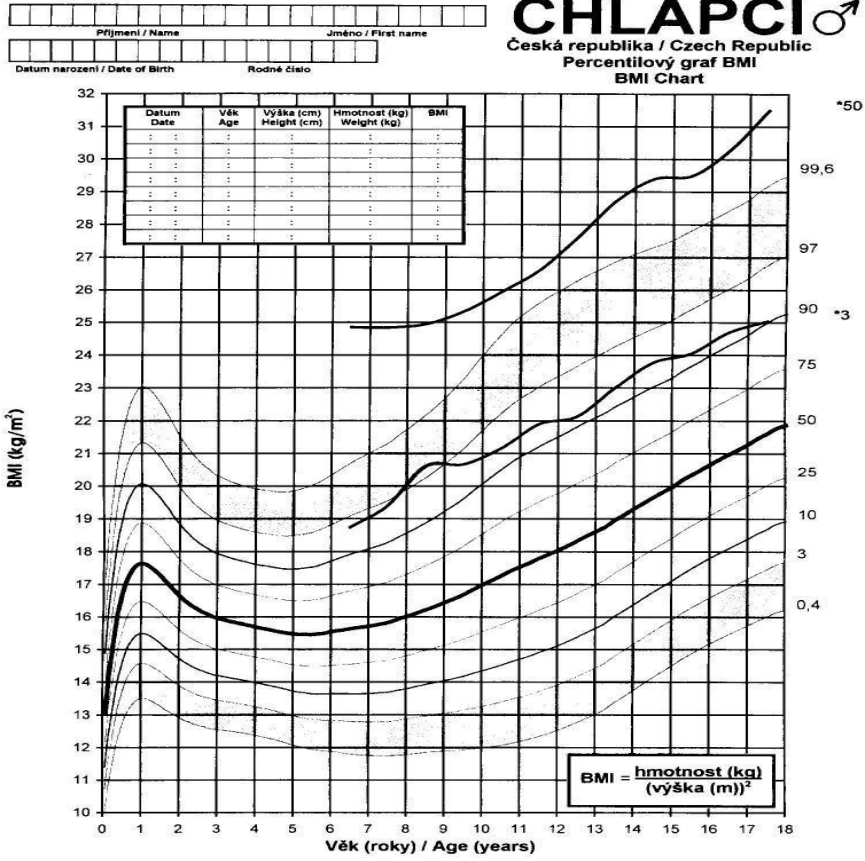
Příloha 1 – Růstové percentilové grafy dětí do 2 let

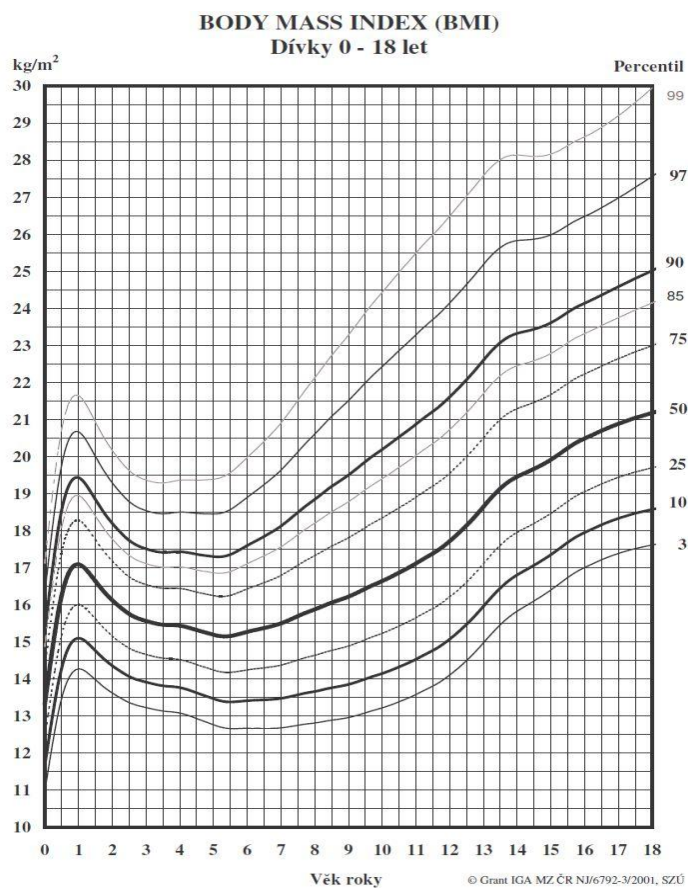




Zdroj: VIGNEROVÁ, Jana. Růstové grafy. *Státní zdravotní ústav* [online]. 2008 [cit. 2015-07-21]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/publikace/data/program-rustove-grafy-ke-stazeni?highlightWords=percentilov%C3%A9+grafy>

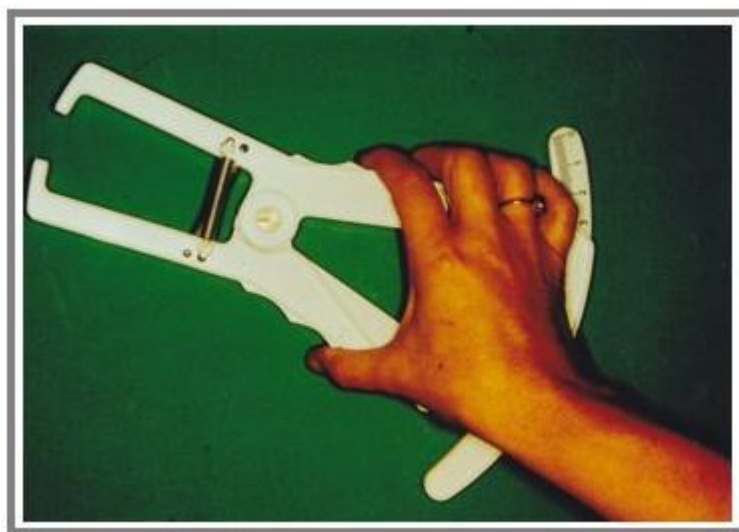
Příloha 2 – Růstové percentilové grafy 0 – 18 let





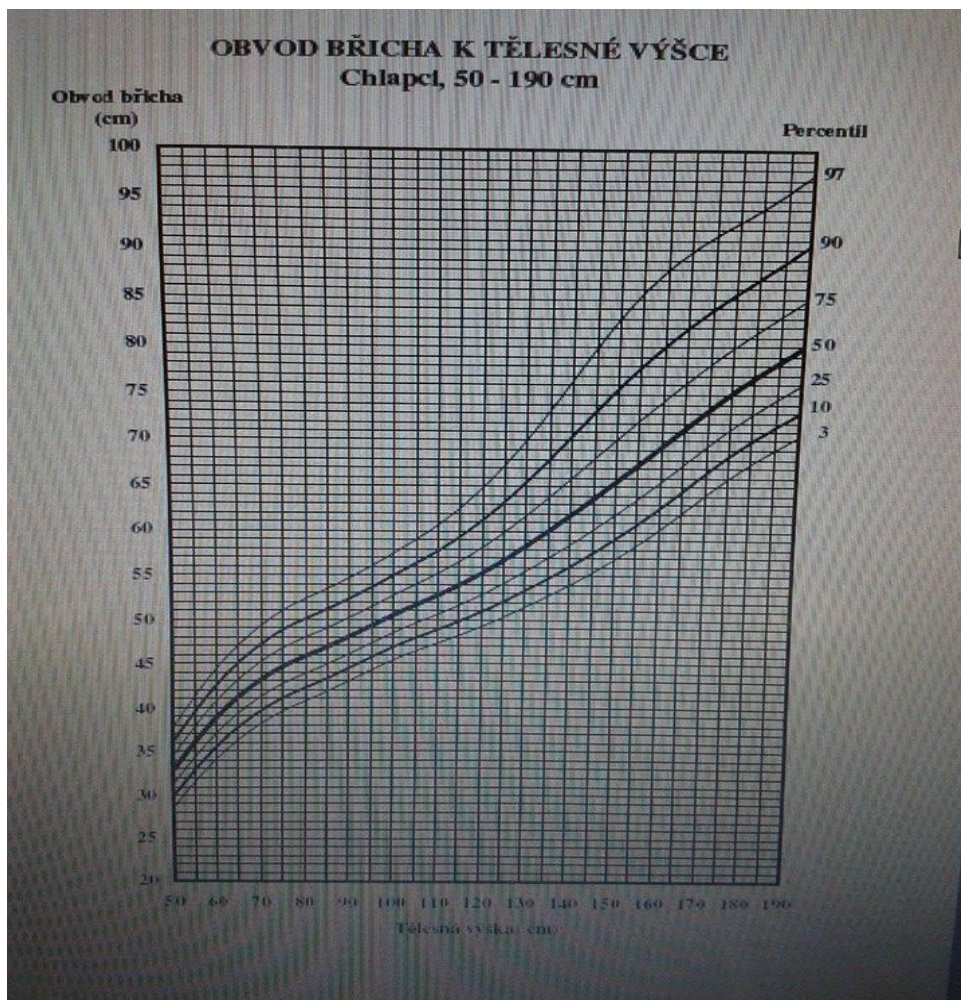
Zdroj: VIGNEROVÁ, Jana. Růstové grafy. *Státní zdravotní ústav* [online]. 2008 [cit. 2015-07-21]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/publikace/data/program-rustove-grafy-ke-stazeni?highlightWords=percentilov%C3%A9+grafy>

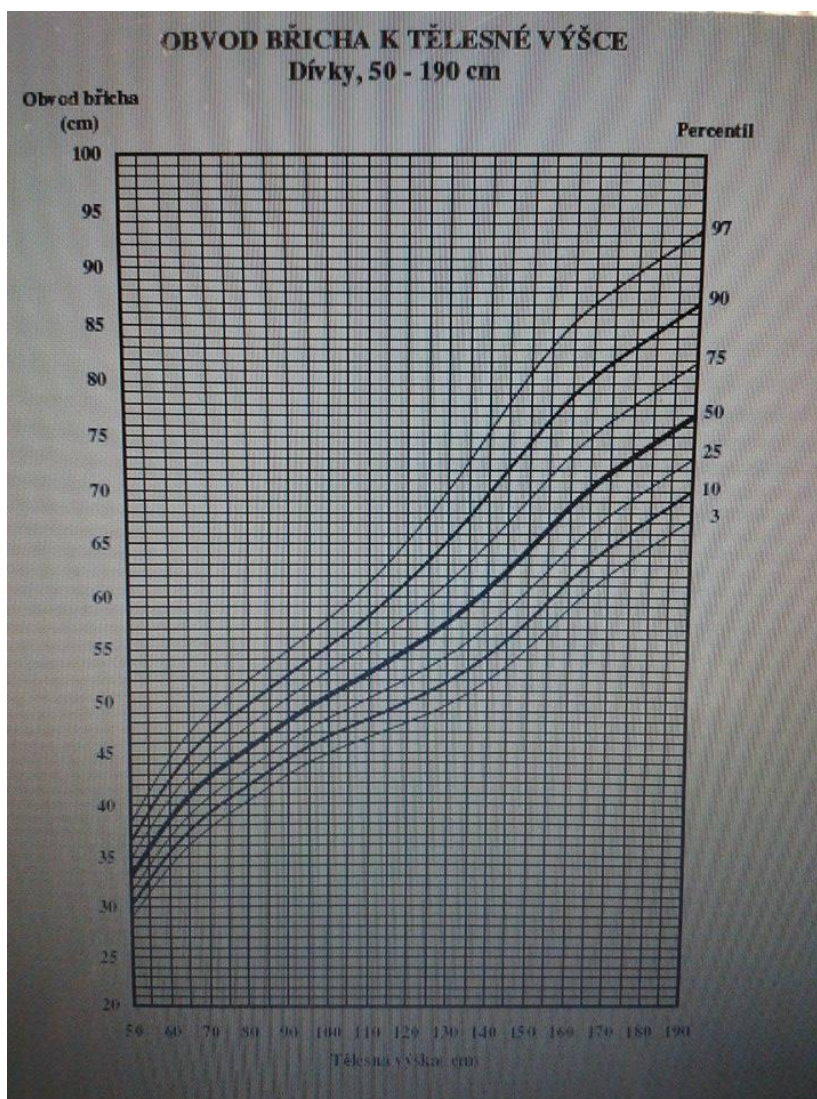
Příloha 3 – Kaliper



Zdroj: *Kaliper SK* [online]. [cit. 2015-07-27]. Dostupné z: <http://www.kaliper.cz/>

Příloha 4 – Růstové percentilové grafy k obvodu břicha





Zdroj: VIGNEROVÁ, Jana. Růstové grafy. *Státní zdravotní ústav* [online]. 2008 [cit. 2015-07-21]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/publikace/data/program-rustove-grafy-ke-stazeni?highlightWords=percentilov%C3%A9+grafy>

Příloha 5 – Kolečko BMI



Zdroj: MARINOV, Zlatko a Dalibor PASTUCHA. *Praktická dětská obezitologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 222 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-802-4742-106.

Příloha 6 – Dotazník

Dotazník

Vážená kolegyně, vážený kolego,
jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity, oboru Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech. Tento dotazník použiji ve své diplomové práci s názvem „Role sestry v péči o adolescenty s obezitou či nadváhou“. Dotazník je anonymní a získané údaje využiji jen ve své diplomové práci. U většiny otázek je možné vybrat jen jednu odpověď, pokud je možností více, jste na to v dané otázce upozorněni.

Předem Vám **děkuji** za čas a úsilí, které věnujete vyplňování tohoto dotazníku.

Viktorie Sorokanets

1) Kolik Vám je let

1. 19-30
2. 31- 40
3. 41-50
4. 51 a více

2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Středoškolské
- b) Středoškolské + pomaturitní specializační studium
- c) Vyšší odborné vzdělání (DiS.)
- d) Bakalářské
- e) Magisterské

3) Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

- a) 0-5 let
- b) 6-10 let
- c) 11-20 let
- d) 21-30 let
- e) 31 let a víc

4) Doplnujete si průběžně své odborné znalosti v problematice dětské obezity? Pokud na tuto otázku odpovíte „Ne“, přejděte k otázce č.6 (Můžete uvést více odpovědí)

- a) Ano, studuji PSS VZŠ VŠ
- b) Ano, účastním se vzdělávacích seminářů
- c) Ne
- d) Jiné (doplňte):.....

5) Zahrnuje Vaše studium tyto odborné předměty:

Edukační činnost Ano Ne

Komunikace Ano Ne

Pediatric Ano Ne

Psychologie Ano Ne

6) Používáte edukaci při komunikaci s adolescenty trpícími obezitou či nadváhou?

1. Ano
2. Spíše ano
3. Spíše ne
4. Ne

7) Zúčastnila jste se v posledním roce některé vzdělávací akce na téma: dětská obezita?

- a) Ano, byla pro mě přínosem
- b) Ano, ale nedozvěděla jsem se nic nového
- c) Ne

8) Jak hodnotíte své znalosti v oblasti dětské obezity? (Pokud u této otázky uvedete možnost c, přejděte k otázce č. 12)

- a) Myslím si, že vím vše potřebné
- b) Informací nemám dost, při potřebě si je ale doplním
- c) Nezajímám se o tuto problematiku

9) Zajímáte se o problematiku dětské obezity?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne

d) Ne

10) Podporuje Vás zaměstnavatel v účasti na vzdělávacích akcích s touto tématikou? (Můžete zaškrtnout více odpovědí)

a) Ano, sám nabízí účast na těchto akcích

b) Ano, uvolňuje mě z práce

c) Ne

d) Jiné

(doplňte):.....

....

11) Spolupracujete při edukaci také s jinými specialisty? (můžete zaškrtnout více odpovědí)

1. Psycholog

2. Diabetolog

3. Výživový poradce

4. Jiné:.....

.....

5. Nespolupracuji

12) Spolupracujete během edukace obézního adolescenta s lékařem?

a) Ano, podílíme se na edukaci oba

b) Ne, dělá to výhradně lékař a já se nezapojuji

c) Ne, dělám to sama

d) Needukujeme

Následující otázky jsou určeny pro sestry, které používají edukaci v praxi běžně. Pokud děti a mládež o problematice obezity needukujete nebo to dělá lékař, otázky nevyplňujte.

13) Jakým způsobem provádíte edukaci o obezitě?

a) Ústně

- b) Písemně
- c) Informační leták
- d) Jiné
(doplňte):.....
....

14) Máte dostatek času na edukaci?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne
- e) Jiné
(doplňte):.....
....

15) Zjišťujete, zda po provedené edukaci Vám obézní adolescent porozuměl?

- a) Vždy
- b) Obvykle ano
- c) Někdy
- d) Nikdy
- e) Jiné
(doplňte):.....
....

16) Zjišťujete před edukací, jakými znalostmi o problematice obézní adolescent disponuje?

- a) Vždy
- b) Obvykle ano
- c) Někdy
- d) Nikdy

- e) Jiné
(doplňte):.....
....

17) Motivujete adolescenty ke spolupráci s Vámi?

- a) Vždy
- b) Obvykle ano
- c) Někdy
- d) Nikdy
- e) Jiné
(doplňte):.....
....

18) Zapojujete do edukace rodinné příslušníky?

- a) Vždy
- b) Obvykle ano
- c) Někdy
- d) Nikdy
- e) Jiné
(doplňte):.....
..

19) Co je hlavním cílem Vaší edukace? Doplňte:

.....
.....
.....
.....

20) Projevují adolescenti zájem o tuto problematiku během edukace?

- a) Ano vždy
- b) Obvykle ano
- c) Někdy

d) Spíše ne

e) Vůbec ne

21) Pokud Vás napadají další fakta o dané problematice, na která jsem se v dotazníku neptala, zde je můžete uvést.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Zdroj: vlastní

Příloha 7 – Osnova rozhovorů pro obézní adolescenty

- 1) Víte co je to Body Mass Index a jak se vypočítá?(BMI je index tělesné hmotnosti, výpočet: hmotnost v kg dělená výškou v metrech na druhou)
- 2) Zkoušel/a jste si ho někdy vypočítat?
- 3) Jaké hodnoty jste se dopočítal/a?
- 4) Z jakého důvodu jste hodnotu BMI počítala?
- 5) Jak je to dlouho, co jste se všiml/všimla, že trpíte nadváhou?
- 6) Jaký názor na Vaši váhu mají Vaši rodiče?
- 7) Změnil se nějak Váš zdravotní stav s přibýváním hmotnosti?
- 8) Trpíte nějakým onemocněním, které by souviselo s váhou nebo v souvislosti s ním došlo k nárůstu hmotnosti? Jakým?
- 9) Omezuje Vás Vaše hmotnost v nějaké činnosti? Jaké?
- 10) Existují činnosti, které díky své hmotnosti nemůžete vykonávat vůbec? Jaké?
- 11) Došlo u Vás k nějakým psychickým změnám? Např. trpíte depresí, cítíte se zranitelnější, jste frustrovaný/á atd.?
- 12) Jak v současné době vnímáte sám/sama sebe?
- 13) Jak si myslíte, že Vás vnímá Vaše okolí?
- 14) Změnilo se nějakým způsobem chování spolužáků, kamarádů vůči Vaší osobě od té doby, co jste přibral/ přibrala?
- 15) Cítíte se v určitých situacích opomíjený/ opomíjená? Kdy?
- 16) Máte v současné době přítele/ přítelkyni? Pokud ne, jaký to má důvod? Zda např. momentálně nikoho nehledáte atd.?
- 17) Jaký názor na Vaši postavu má přítel?
- 18) Držela/ držel jste někdy nějakou dietu sama?
- 19) Jaké byly Vaše úspěchy? Bylo něco, co Vás k tomu motivovalo?
- 20) Doporučil Vám někdy nějakou dietu Váš pediatr nebo dětská sestra?
- 21) Říká Vám něco pojem výživový poradce? Pokud ano, přemýšlel/a jste někdy nad využitím jeho služeb nebo jste ho dokonce navštívil/a?
- 22) Existuje i něco pozitivního, co Vám Vaše vyšší váha přináší?
- 23) Jaký má dle Vašeho názoru dnešní společnost názor na lidi trpící nadváhou či obezitou?
- 24) Jak dle Vašeho názoru nahlíží zdravotnický personál na lidi s nadváhou či obezitou?

Zdroj: vlastní

Příloha 7 – Záznamový arch

Věk	
Pohlaví	Žena - Muž
Víte co je to Body Mass Index a jak se vypočítá?	Ano - Ne
Zkoušel/a jste si ho někdy vypočítat?	Ano - Ne
Jaké hodnoty jste se dopočítal/a?	
Změnil se nějak Váš zdravotní stav s přibýváním hmotnosti?	Ano - Ne
Došlo u Vás k nějakým psychickým změnám? Např. trpíte depresí, cítíte se zranitelnější, jste frustrovaný/á atd.?	Ano - Ne
Změnilo se nějakým způsobem chování spolužáků, kamarádů vůči Vaší osobě od té doby, co jste přibral/ přibrala?	Ano - Ne
Držela/ držel jste někdy nějakou dietu sama?	Ano - Ne
Doporučil Vám někdy nějakou dietu Váš pediatr nebo dětská sestra?	Ano - Ne

Zdroj: vlastní

Příloha 9 Žádost a souhlas rodičů s účastí nezletilého dítěte na výzkumu

Žádost o souhlas rodičů s účastí nezletilého dítěte na výzkumu

Vážení rodiče,

jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity magisterského studia v oboru pediatrie. V rámci své diplomové práce realizuji výzkum zabývající se problematikou dětské obezity. Cílem výzkumu je získat od adolescentů informace o tom, zda jim říká něco pojem Body Mass Index, zda si ho již někdy počítali, zda jim jejich váha působí nějaké zdravotní komplikace, zda někdy mají pocit opomíjení atd. Výzkum je zcela anonymní, v práci bude uveden pouze věk a pohlaví respondenta.

Získané údaje poslouží pouze k ošetrovatelskému výzkumu mé diplomové práce a bude s nimi nakládáno v souladu s etickými zásadami.

Velice děkuji za pochopení a spolupráci.

Bc. Sorokanets Viktorie

Souhlasím, aby se mé dítě zúčastnilo výzkumného šetření a absolvovalo rozhovor, který bude využit pro potřeby výzkumu.

V.....dne

Podpis rodiče.....

(zákonného zástupce)

Zdroj: vlastní

Příloha 10 Ukázka kódování

1. RESPONDENT

Otázky

- 1) Věk? – 18 (1)
- 2) Pohlaví? – žena (2)
- 3) Víte co je to Body Mass Index a jak se vypočítá? – Ano, o BMI jsem slyšela už před pár lety, ale nikdy jsem se jim pořádně nezabývala (2)
- 4) Zkoušel/a jste si ho někdy vypočítat? – Párkrát ano (2)
- 5) Jaké hodnoty jste se dopočítal/a? – Cca kolem 30 (2)
- 6) Z jakého důvodu jste hodnotu BMI počítal/a? – Ze zvědavosti, co to vlastně je (2)
- 7) Jak je to dlouho, co jste se všiml/a, že trpíte nadváhou? – Už je to dlouho, asi v páté třídě na ZŠ (3)
- 8) Jaký názor na Vaši váhu mají Vaši rodiče? – Vědí, že s tím já osobně můžu udělat minimum, ale pomáhají mi se s tím vyrovnat (hlavně mamka) (5)
- 9) Změnil se nějak Váš zdravotní stav s přibýváním hmotnosti? – Nezměnil. Naopak se mi kvůli zdravotnímu stavu začala zvyšovat hmotnost (4)
- 10) Trpíte nějakým onemocněním, které by souviselo s váhou nebo v souvislosti s ním došlo k nárůstu hmotnosti? Jakým? – Ano, trpím hypofunkcí štítné žlázy (3)
- 11) Omezuje Vás Vaše hmotnost v nějaké činnosti? Jaké? – Nikdy jsem si žádného omezení nevnímala.
- 12) Existují činnosti, které díky své hmotnosti nemůžete vykonávat vůbec? Jaké? – Nemůžu tančit balet, ale to bych nedělala ani jako párátka. Jinak ne, žádné činnosti jsem se kvůli tomu vzdát nemusela (4)
- 13) Došlo u Vás k nějakým psychickým změnám? Např. trpíte depresí, cítíte se zranitelnější, jste frustrovaný/a atd.? – Žádnou psychickou změnu jsem nezaznamenala. Introvertní a samotářská jsem byla vždy (4)
- 14) Jak v současné době vnímáte sám/sama sebe? – Nemám se sebou nějaký velký problém, vždy jsem k sobě byla přehnaně sebekritická (5)
- 15) Jak si myslíte, že Vás vnímá Vaše okolí? – Mám spoustu přátel, takže asi v pohodě, žádný problém se svým okolím nemám. A zřejmě ani mé okolí se mnou.
- 16) Změnilo se nějakým způsobem chování spolužáků, kamarádů vůči Vaší osobě od té doby, co jste přibral/ přibrala? – Nezměnilo se nic (6)
- 17) Cítíte se v určitých situacích opomíjený/ opomíjená? Kdy? – Ignorovaná jsem byla na základní škole, nyní mě nikdo neopomíjí nebo se nesnaží mě shodit (6)
- 18) Máte v současné době přítele/ přítelkyni? Pokud ne, jaký to má důvod? Zda např. momentálně nikoho nehledáte atd.? – Nemám. Škola mi nedává moc prostoru k osobnímu životu, neměla bych na partnera čas.
- 19) Jaký názor na Vaši postavu má přítel? –
- 20) Držela/ držel jste někdy nějakou dietu sama? – Spíš místo diety jsem dodržovala zdravou, vyváženou a pravidelnou stravu (8)
- 21) Jaké byli Vaše úspěchy? Bylo něco, co Vás k tomu motivovalo? – Úspěchy už si nepamatuji, je to už dlouhá doba (8)
- 22) Doporučil Vám někdy nějakou dietu Váš pediatr nebo dětská sestra? – Ano, pediatr, ale byla to spíše vyváženost stravy (9)

1. RESPONDENT

- 23) Říká Vám něco pojem výživový poradce? Pokud ano, přemýšlel/a jste někdy nad využitím jeho služeb, nebo jste ho dokonce navštívil/a? – *Už jsem o někom takovém slyšela, ale nikdy jsem nad jeho návštěvou neuvážovala.* 9.
- 24) Existuje i něco pozitivního, co Vám Vaše vyšší váha přináší? – *Nic mě nenapadá. Pozitivum to asi žádné nemá.* 10.
- 25) Jaký má dle Vašeho názoru dnešní společnost názor na lidi trpící nadváhou či obezitou? – *Říká se, že hezká holka má být hubená, přesto modelky každý odsuzuje.* 7. *Nejsem si úplně jistá, jestli vlastně lidé mají sami jasno s tím, co se jim líbí a co ne.*
- 26) Jak dle Vašeho názoru nahlíží zdravotnický personál na lidi s nadváhou či obezitou? – *Každý se vždy kouká jinak na štíhlého člověka a na člověka s nadváhou, a jinak tomu určitě nabude ani ve zdravotnictví, i když tam na to musí být připravení.*

Zdroj: vlastní