

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

PEDAGOGICKÁ FAKULTA
KATEDRA VÝCHOVY KE ZDRAVÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE
Zdravotní problémy obézních dětí

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Milada Krejčí, CSc.

Vypracovala: Marcela Fraňková

Studijní obor: Výchova ke zdraví

České Budějovice, 2009

UNIVERSITY OF SOUTH BOHEMIA
ČESKÉ BUDĚJOVICE

FACULTY OF EDUCATION
DEPARTMENT OF HEALTH EDUCATION

BACHELOR THESIS

Health problems of obese children

Supervisor: Assoc. Prof. Milada Krejčí, PhD.
Name of the author: Marcela Fraňková
Field of study: Health Education

České Budějovice, 2009

BIBLIOGRAFICKÁ IDENTIFIKACE

Název bakalářské práce:	Zdravotní problémy obézních dětí
Jméno a příjmení autora:	Marcela Fraňková
Studijní obor:	Výchova ke zdraví
Pracoviště:	Katedra výchovy ke zdraví, Pedagogická fakulta, Jihočeská univerzita, České Budějovice
Vedoucí bakalářské práce:	doc. PaedDr. Milada Krejčí, CSc.
Rok obhajoby:	2009

Anotace:

Tématem a hlavním cílem této bakalářské práce je shrnutí základních informací, týkajících se obezity u preadolescentů a zjištění možných souvisejících komplikací. Práce poskytuje náhled do možností léčby. V praktické části je zpracována případová studie sedmiletého chlapce, který absolvoval léčebný lázeňský pobyt na redukci tělesné hmotnosti. Bylo zjištěno, že redukční lázeňská léčba preadolescenta bez edukace a spolupráce ostatních členů rodiny nemá trvalé účinky. U chlapce se již v šesti letech objevily zdravotní komplikace, které mají přímou souvislost s obezitou.

Klíčová slova: obezita, redukce hmotnosti, zdraví, mladší školní věk

BIBLIOGRAPHIC IDENTIFICATION

Title of the thesis:	Health problems of obese children
Name of the author:	Marcela Fraňková
Field of study:	Health education
Department:	Department of Health Education, Faculty of Education, University of South Bohemia, in České Budějovice
Supervisor:	Assoc. Prof. Milada Krejčí, PhD.
Year of the presentation:	2009

Annotation:

The topic and the main objective of this work is a summary of basic information related to obesity in preadolescent age and identification of potential associated complications. The work provides insight into treatment options. In the practical part is processed by a case study of seven years old boy which has received therapeutic spa stay for reducing body weight. From the six year of his live, he has medical complications which are directly related on the obesity problem. It was found that, the reducing weight spa treatment without education the preadolescent boy and cooperation with other family members does not have permanent effects.

Keywords: obesity, reduction of weight, health, elementary school age

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci „Zdravotní problémy obézních dětí“ vypracovala samostatně pod odborným vedením doc. PaedDr. Milady Krejčí, CSc., pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 2009

.....

Marcela Fraňková

Děkuji vedoucí bakalářské práce, paní doc. PaedDr. Miladě KREJČÍ, CSc.,
za odborné vedení při vypracování mé bakalářské práce.
Můj velký dík však patří také všem, kteří mi věnovali svůj čas.

Obsah

1. ÚVOD.....	9
2. ZDRAVÍ.....	10
2.1 Definice zdraví.....	10
2.1.1 Složky zdraví.....	11
2.2 Subjektivní a objektivní složka zdraví podle Křivohlavého.....	12
2.3 Zdraví jako individuální záležitost.....	12
2.4 „Zdraví 21“.....	13
2.5 Zdraví dítěte.....	14
3. PREADOLESCENTI.....	16
3.1 Fyzický vývoj preadolescenta.....	16
3.2 Psychický vývoj preadolescenta.....	17
3.3 Sociální vývoj preadolescenta.....	18
4. OBEZITA.....	19
4.1 Zjišťování výskytu obezity u preadolescentů.....	21
4.2 Obezita v dětském věku.....	22
4.2.1 Příčiny dětské obezity	23
4.2.1.1 Genetické předpoklady pro vznik obezity u preadolescentů.....	23
4.2.1.2 Vnější předpoklady pro vznik obezity u preadolescentů.....	24
4.2.2 Léčba dětské obezity	27
4.2.2.1 Redukční léčba v kontextu léčby obezity v dětském věku.....	27
4.2.2.2 Pohybová aktivita v kontextu léčby obezity v dětském věku.....	28
4.2.2.3 Kognitivně behaviorální terapie v kontextu léčby obezity v dětském věku	29
4.2.2.4 Farmakoterapie v kontextu léčby obezity v dětském věku.....	31
4.2.2.5 Skupinová terapie v kontextu léčby obezity v dětském věku.....	31
4.2.2.6 Lázeňská léčba v kontextu léčby obezity v dětském věku.....	32
4.2.3 Zdravotní aspekty dětské obezity.....	33
4.2.3.1 Vliv obezity na fyzickou složku zdraví.....	34
4.2.3.1.1 Ortopedické problémy.....	34
4.2.3.1.2 Kardiovaskulární a respirační systém.....	34
4.2.3.1.3 Problematika pohlavního vývoje u obézních preadolescentů.....	35
4.2.3.1.5 Kožní změny u obézních preadolescentů.....	36
4.2.3.1.6 Inzulínová rezistence u obézních preadolescentů.....	36
4.2.3.1.7 Metabolický syndrom u obézních preadolescentů.....	36
4.2.3.2 Vliv obezity na psychickou a sociální složku zdraví.....	37
5. METODOLOGIE PRÁCE	39
5.1 Cíl práce.....	39
5.2 Výzkumné otázky a dílčí úkoly práce.....	39
5.3 Metody práce.....	39
5.4 Charakteristika probanda.....	41
5.5 Organizace šetření.....	41
6. VÝSLEDKY A DISKUSE.....	42
6.1 Výsledky a diskuse k anamnézám.....	42
6.1.1 Osobní anamnéza.....	42

6.1.2 Rodinná anamnéza.....	43
6.1.3 Diskuse ke kapitole 6.1.1 a 6.1.2.....	45
6.3.3 Výsledky a diskuse ke kapitolám 6.3.1 a 6.3.2.....	50
6.4 Výsledky a diskuse k rozhovoru a pozorování.....	51
6.5 Výsledky a diskuse k metodě nedokončených vět.....	51
6.5.1 Výpovědi v metodě nedokončených vět.....	52
6.6 Hodnocení a diskuse k erbu.....	53
6.7 Diskuse a výsledky k vybarvování postavy.....	54
6.8 Výsledky a diskuse k zjišťování oblíbenosti pozorovaného chlapce u spolužáků ze školní třídy.....	55
6.8.1 Zdůvodnění vytvoření vlastního dotazníku.....	55
6.8.2 Charakteristika souboru.....	55
6.8.3 Organizace testování ve školní třídě pozorovaného chlapce.....	55
6.8.4 Výsledky dotazování ve školní třídě pozorovaného chlapce.....	56
7. ZÁVĚR.....	58
8. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	
Seznam použitých internetových zdrojů	
9. PŘÍLOHOVÁ ČÁST	
Příloha 1	
Příloha 2	
Příloha 3	
Příloha 4	
Příloha 5	
Příloha 6	
Příloha 7	
Příloha 8	
Příloha 9	
Příloha 10	
Příloha 11	
Příloha 12	
Příloha 13	
Příloha 14	

1. ÚVOD

Nové tisíciletí s sebou přineslo nepřehledné množství nových poznatků a vynálezů, které nám zjednodušují život. Tato skvělá doba, kdy máme k dispozici dostatečné množství energeticky bohaté stravy, hustou síť hromadné dopravy či možnost zaslání emailu či krátké textové zprávy (SMS), troufám si říct, že komukoli na světě, má však i stinné stránky. Nové technologie způsobily sice „zmenšení světa“, ale omezily osobní kontakt. Máme k sobě blíže než dřív, a přesto se cítíme více sami.

Stále se zvyšující energetický příjem stojí proti minimalizovanému energetickému výdeji. Již v druhé polovině minulého století se slovo obezita stalo poměrně častým tématem diskusí odborníků i laiků. V současnosti se tento problém stává o to aktuálnější, že se rozšířil i v nižší věkové hranici.

Baculaté děti se samozřejmě objevovaly i v minulých dobách. Dnes je však dětská obezita stále častěji doprovázena souvisejícími problémy – hypertenze, ortopedické problémy, atd. Co tyto již v dětství patrné problémy způsobí v dospělosti? To je otázka, kterou by si neměla pokládat jen odborná veřejnost (lékaři, učitelé), ale všichni, kdo přijdou s takovýmto rizikovým jedincem do styku - rodiče, prarodiče, sourozenci,... Bez jejich pomoci je jakékoliv působení odborníků téměř marné.

Ve své práci bych se ráda pokusila nastínit problémy, které s sebou přináší obezita v dětském věku. Ráda bych zjistila, jak na tuto zátěž reaguje křehký dětský organismus. Dítě je nováček v našem světě. Stojí před velkým úkolem poznat celý svět a v ideálním případě mu i porozumět. Abychom přijali okolní svět, potřebujeme nejdříve umět přijmout sama sebe, naučit se mít se rád. V případě obézních dětí je tento úkol ještě o to těžší. Dnešní svět klade na jedince vysoké požadavky. Obézní děti jsou často pod tlakem, který jim jejich prvotní předpoklad pro život ve společnosti ostatních lidí, tedy naučit se mít se rád, značně komplikuje. Závažnost tohoto problému je skutečně velká a vyžaduje řešení. Doufám, že má práce alespoň malým dílem přispěje k řešení tohoto problému.

2. ZDRAVÍ

2.1 Definice zdraví

"Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" (WHO, 2007, online). Tato uvedená definice je definice zdraví podle světové zdravotnické organizace (World Health Organization, WHO), která doslova říká, že zdraví je stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody a ne pouze nepřítomnost choroby či vady. Tato nejrozšířenější definice má ovšem podle Křivohlavého i své stinné stránky. Zásadní nedostatky spatřuje v nedostatečném definování použitých termínů, v opomíjení duchovní oblasti člověka či nedefinování ideálu, jehož dosažení je žádoucí. Dalším problémem je nerealisticky postavený ideál, který nelze dosáhnout (Křivohlavý, J., 2001).

V. Břicháček (1999) uvádí další možnost typologizace, založenou na čtyřech možných východiscích: a) holistický přístup, zdůrazňující pojetí člověka a jeho zdraví jako celku, b) dynamický přístup, pojímající zdraví jako proměnlivý jev, který se naplňuje v celoživotní perspektivě člověka, c) sociální přístup, zařazující člověka do přediva sociálních vztahů a hodnotící zdraví v souvislosti s nimi, a d) interaktivní přístup, zachycující člověka v jeho nejširším prostředí (Kebza, 2005).

Slovanský výraz „zdraví“ souvisel s indoevropským výrazem „dru“, což znamenalo „dřevo“ včetně všech jeho vlastností – pevnost, pružnost, odolnost, a předponou „su“, která znamenala „dobrý“. „Su-dru“ tedy značilo „dobré dřevo“, a řečeno o člověku to znamenalo cosi ve smyslu dnešního „máš dobrý kořínek“. Ze spojení „su-dru“ vzniklo výslovností „zdrú“, což bylo základem pro slovanský výraz „zdraví“ (Daněk, 1983, in Krejčí, 2008, 11).

Z pohledu alternativní medicíny definuje Rybář zdraví jako výsledek dynamické rovnováhy, jež je pružným modelem fluktuací. Být zdravý znamená soulad se sebou samým i se svým okolím. Jde o vyváženost mezi různými protisměrnými tendencemi (Rybář, 2006, in Řehulka et al., 2007).

Zdraví se týká nás všech. Je cennou hodnotou individuální i sociální, která výrazně ovlivňuje kvalitu života. Jak výstižně poznamenal dr. Halfdan Mahler,

bývalý generální ředitel Světové zdravotnické organizace (SZO): „Zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví nestojí za nic“ (Fišer, 2000, in „Zdraví 21“, online).

Někdy je používáno „Zdraví je dar.“ Je ale zdraví skutečným darem? Měli bychom zdraví chápat jako něco, co je zadarmo? Skutečnou hodnotu zdraví si člověk uvědomí mnohdy až ve chvíli, kdy o něj přijde. Svě zdraví musíme opečovávat a znovunavracet, což znamená značné úsilí, čas a v dnešní době i peníze. Většina lidí souhlasí s názorem, že zdraví je jedna z nejdůležitějších věcí, které v životě máme, na péči o něj však v uspěchané každodennosti mnohdy zapomínají.

David Seedhouse (1995) ukazuje na čtyřech příkladech to, co si lidé různého zaměření představují pod pojmem zdraví:

Lékař – pojmem „zdraví“ rozumí nepřítomnost nemoci, choroby či úrazu

Sociolog – rozumí pojmem „zdravý člověk“ člověka, který je schopen dobře fungovat ve všech jemu příslušných sociálních rolích.

Humanista – slovy „zdravý člověk“ označuje takového člověka, který je schopen pozitivně se vyrovnávat s životními úkoly, které se před ním naskytou.

Idealista – pod pojmem „zdravý člověk“ si představuje člověka, kterému je dobře – tělesně, duševně, duchovně i sociálně (Křivohlavý, 2001).

Tímto Seedhouse poukazuje na odlišnosti v pojetí zdraví. Tyto odlišnosti v pojetí zdraví nesouvisí pouze s povoláním. Každý člověk chápe zdraví jinak, a to i v průběhu svého života. Zeptáme-li se lidí v různých povoláních a věkových skupinách na jejich definici zdraví, výsledkem bude nepřehledné množství definic a hesel.

2.1.1 Složky zdraví

Zdraví můžeme chápat jako komplex čtyř neoddělitelných složek - složku somatickou, psychickou, sociální a spirituální. Toto rozdělení nám umožňuje bližší specifikaci příčiny problému, není však možné jednu složku vyčleňovat a posuzovat bez přihlédnutí k ostatním, tyto složky jsou totiž ve vzájemné kauzalitě.

Mysl a smysly bychom měli mít pod kontrolou, zatím nás však ovládají, místo

abychom my ovládali je. K tomu, abychom mohli kontrolovat, potřebujeme nejdříve vnitřní analýzu a očištění. Negativní myšlenky a strach vytvářejí nerovnováhu v tělesných a nervových funkcích a stávají se příčinou mnoha nemocí a utrpení. Základem duševní pohody je čistota myšlení, vnitřní svoboda, spokojenost a zdravé sebevědomí. Proto usilujeme vždy o to, abychom překonali negativní vlastnosti a smýšlení a postupně rozvinuli pozitivní myšlení a jednání (Mahéšvaránanda, 2006).

2.2 Subjektivní a objektivní složka zdraví podle Křivohlavého

Křivohlavý rozděluje zdraví na složku subjektivní a složku objektivní. Subjektivní pocit zdraví má jedinec v případě absence zdravotních potíží. Nemocný se člověk cítí, když na sobě pociťuje nějakou nemoc více či méně vážnou, ale také v případě, že nepociťuje žádnou somatickou nemoc. Objektivně je člověk zdravý, když se cítí dobře a není u něho známá žádná nemoc. Platí trochu cynický slogan, že „zdráv je ten, u něhož dosud nebyla provedena všechna vyšetření“.

Takže zdraví - subjektivní i objektivní - má stupně: od naprostého, subjektivního i objektivního, přes klamné subjektivní (při somatickém nálezu dosud nepůsobícím potíže) nebo klamný pocit těžké tělesné nemoci (hypochondrie, somatizační porucha, posttraumatická stresová porucha) po skutečné nemoci lehké (virózy, stavy po drobných traumatech, snadno odstranitelné žlučnickové kameny) až po nemoci těžké, ohrožující život a snižující dobu dožití (Křivohlavý, 2001).

2.3 Zdraví jako individuální záležitost

I když k dosažení co nejlepšího zdraví je velmi důležitá prevence, diagnostika, terapie i rehabilitace, zdravotnické služby samy o sobě zdraví nezajistí. Zdraví lidí je podmíněno tím, zda a do jaké míry dokáží k ochraně, udržení a rozvoji svého vlastního zdraví přispět jednotliví občané a jakou oporu najdou u všech ostatních i v celé společnosti (Fišer, 2000, in „Zdraví 21“, online).

Pečování o sebe a o vlastní zdraví by nemělo být chápáno jako něco sobeckého či sebestředného, ale jako přirozené chování každého člověka. Zdraví je

nepochybně důležité pro jednotlivce, je však také zásadní pro společnost. Zdravý člověk přináší hodnoty, které utvářejí a rozvíjejí společnost. Zde se dostávám do situace, kdy úplně nemohu souhlasit s idealistickou definicí zdraví podle WHO. Zdánlivě nemocný člověk má společnosti co nabídnout, na druhé straně existují lidé zdánlivě zdraví, kteří svůj potenciál neumí nebo nechtějí ve prospěch společnosti využít. Naopak hodnotím jako velice nezodpovědné být ke svému zdraví lhostejný, zanedbávat prevenci a s případnými problémy spoléhat zcela na zdravotní systém.

Za zásadní považuji změnit přístup zejména těch, jejichž jedinou investicí do zdraví je povinné zdravotní pojištění a třicetikorunový poplatek u lékaře. Platí, že prevence bude vždy levnější než odstranění následků jejího zanedbání a to finančně i časově.

2.4 „Zdraví 21“

„Zdraví 21“ je evropský projekt pro podporu zdraví ve 21. století. Je to jakási osnova, která obsahuje zásadní body, které by měly být naplněny ve všech zúčastněných státech. Tento nadnárodní program by měl postupně zasáhnout do všech oblastí řízení i fungování státu. Hlavní myšlenkou tohoto programu je umožnit každému jednotlivci péči o vlastní zdraví v plném rozsahu a zvýšit tak kvalitu života.

Program je založen na široké definici zdraví jako bio-psycho-sociální kategorii, respektuje nespornou hodnotovou prioritu zdraví, bere v úvahu široké spektrum determinant zdraví a různý stupeň jejich ovlivnitelnosti, zdůrazňuje širokou sociální podmíněnost zdraví i péče o ně, soustavně využívá poznatků nejen medicínského výzkumu, ale i dalších oborů, a to zejména sociomedicínských a socioekologických. Jde o výsledek více než dvacetileté teoretické, metodické i organizační práce mezioborových týmů i výzkumných ústavů (Fišer, 2000, in „Zdraví 21“, online).

Rybář podotýká, že celostátní program zdravotní péče by měl obsahovat veřejnou zdravotní výchovu, která by seznamovala i s problematikou filozofie zdraví, aby byly učiněny změny v hodnotovém žebříčku společnosti a byly více přijímány

principy zdravého životního stylu a pozitivnímu přístupu k životu (Rybář, 2006, in Řehulka et al., 2007).

Holčík uvádí čtyři základní principy evropské zdravotní strategie péče o zdraví dětí:

- Celoživotní přístup (life-course approach), což znamená zaměření na zdravotní problémy v celém průběhu života.
- Ekvita (spravedlnost), čili pochopení potřeb znevýhodněných jedinců, vyrovnání rozdílů a poskytnutí spravedlivých zdravotních podmínek.
- Meziřesortní aktivity, umožňující multifaktoriální působení na základní determinanty zdraví.
- Spolupráce s veřejností, při plánování a hodnocení národní strategie na podporu zdraví (Holčík, 2006, in Řehulka et al., 2007).

2.5 Zdraví dítěte

Dětství a dospívání jsou důležitými etapami lidského života, v nichž každý prochází významným tělesným a duševním vývojem, získává sociální a zdravotní návyky, které si uchovává po celý život (Zdraví 21, 2001, s. 30). Zdraví dítěte považují za stav, kdy vnitřní i vnější podmínky umožňují jeho ideální vývoj.

Z investice do zdraví našich nejmenších budou v budoucnosti profitovat nejen oni, ale celá společnost. Vedme naše děti ke zdravému životnímu stylu a snažme se, aby v třetím tisíciletí vyrůstala zdravější generace, než tomu bylo ve století minulém (Czolko, 2006, online). Je-li zdraví vážně narušeno již v dětském věku, je jistá pravděpodobnost, že tyto problémy budou u jedince způsobovat komplikace i v dospělém věku. Zdravá společnost je podmíněna zdravím jedinců, a proto je v současnosti vyvíjena snaha o udržení zdraví již od dětského věku. To je ošetřeno i v dlouhodobém programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století jako jeden z cílů.

Základy pro zdravý život se vytvářejí již od narození. Rodičovská péče a láska, harmonické rodinné prostředí, vzájemná úcta a tolerance, nekonfliktní a kamarádské vztahy, vhodné prostředí pro využití volného času, pravidelná pohybová činnost s dostatečným pobytem v přírodě, správná výživa – to jsou ideální

podmínky pro zdravý vývoj dítěte. Dítě, které není vedeno k přiměřenému dělení času mezi povinnosti, zábavu a nezbytnou pohybovou aktivitu, je obvykle poznamenáno na celý život a správné návyky pro racionální využití volného času získává jen velmi obtížně (Mužík, Krejčí, 1997).

Děťátko po druhém roce života je hlavně velmi citlivé. Už mu mnohem lépe rozumíme a snadněji se vychovává. Velmi rádo s něčím pomáhá, když to není obyčejně pro nás příliš šťastné. Má již vybudované určité rituály, které se opakují a pomáhají mu rozvíjet sebedůvěru a určovat si představu o okolním světě. Začíná si také osvojovat pravidla života ve skupině. Někdy je legrační, jak bere ty svá vážně a bedlivě požaduje jejich dodržování od ostatních. Například dokáže vynadat tatínkovi, že nemá zapnutý bezpečnostní pás nebo že si neuklidil oblečení (Grygárková, 2008, online). V tomto věku je tedy podstatnou součástí výchovy seznamovat dítě s pravidly zdravého životního stylu a vytvářet v něm návyky na pravidelnou pohybovou aktivitu.

3. PREADOLESCENTI

3.1 Fyzický vývoj preadolescenta

V šestém až dvanáctém roce, v době prvních pěti ročníků školní docházky, probíhá tzv. druhé dětství. Je to období relativního vývojového klidu. Po předškolní vytáhlosti se tělesné tvary zase stávají plnějšími. V těchto letech začíná druhá dentice (Suchý, et al., 1970).

V tomto období děti vyrostou přibližně 6 cm za rok a přiberou 2-3 kg. Pokračuje vývoj centrální nervové soustavy (CNS), svalů a kostry, takže děti jsou ohebnější. Jsou více schopné pohybovat různými částmi těla jinak a vykonávat komplexnější pohyby. Začíná se projevovat lateralita (přednostní užívání jednoho z párových orgánů pohybového nebo smyslového ústrojí) dítěte, jejíž počátky bylo možné pozorovat již ve třetím roce. Umí používat nářadí, např. kladivo nebo šroubovák. Jeho zrak je stejně dobrý jako zrak dospělého člověka. Okolo osmého roku věku začínají být rozdíly mezi pohlavím výraznější, a to nejen pohlavních orgánů. První pubertální projevy se objeví dříve u dívek než u chlapců (Vigué, 2006).

Růst je pod vlivem růstového hormonu a IGF-I (růstový faktor podobný inzulinu I), růstová rychlost se až do počátku puberty trvale pomalu snižuje až na 5 cm za rok. Kolem šestého roku věku se začínají prořezávat trvalé zuby (Lebl, Koloušková, 2008).

Konůpková v tomto období uvádí z tělesných změn především protažení končetin a okostňování zápěstí, což umožňuje přesnější jemnou motoriku, zploštění trupu či zmenšení poměru hlavy k tělu. Dále poukazuje na nárůst svalové tkáně, především z důvodů potřeby pohybu, dokazování obratnosti a rychlosti. Dochází také k prudšímu rozvoji nervové soustavy (unavitelnost, kolísavá pozornost) (Konůpková, 2008, online).

3.2 Psychický vývoj preadolescenta

Mladší školní věk (prepuberta) bývá všeobecně považován za nejkrásnější a nejradostnější věk dítěte. Péče ze strany dospělých je maximální, nedochází k psychickým konfliktům a dítě má radost z nových poznatků. Mezi šestým a sedmým rokem vstupuje dítě do školy. Škola znamená značný zásah do doposud hravého způsobu života. Nastává období povinností, společenské kontroly, začlenění do nového kolektivu, upravuje se režim dne. K úspěšnému zvládnutí povinností ve škole je důležité dosáhnout určité úrovně biologického, psychologického a sociálního vývoje (Palenčárová, Šebesta, 2005, online).

Sullivan toto období označuje jako juvenilní (mladistvé). Popisuje ho jako období socializace prostřednictvím interakce ve skupinách, ale také jako období, v němž se utvářejí postoje. Freudova teorie hovoří o tzv. období latence, které je podle něho zdánlivý spánek sexuálních impulsů. Libido je odváděno do školní práce, do skupinových činností. Freud (1966) nazval období latence „zastavením a ústupem v sexuálním vývoji“, obdobím, v němž dřívější impulsy a zážitky „padnou za oběť infantilní amnézie, která nám zakrývá naše nejranější dětství a činí nás vůči němu cizinci“ (Drapela, 1997). Erikson toto období popisuje jako fázi pýle a snaživosti, přičemž zásadním cílem je uspět a prosadit se výkonností. Za ctností v tomto stádiu pak udává kompetence – krok ve směru zralého úkolového zaměření. Z širšího hlediska Vágnerová udává potvrzení vlastních kvalit v různých sociálních skupinách, a to ve vztahu k autoritám i vrstevníkům (Vágnerová, 2005).

Řeči je věnována pozornost, je opravována, analyzována na slova, slabiky, hlásky, přistupuje nově písemný projev a spisovný jazyk. Šestileté děti dovedou vyjádřit vše, co mají na mysli. Disponují přibližně 2500–3000 slovy. Do jedenácti let věku jejich slovní zásoba prudce narůstá (ztrojnásobuje se), a to nejen kvantitativně, ale i kvalitativně, neboť ze slov jako vyjádření pro myšlenkové obrysy se postupně vytvářejí pojmy s větší obsahovou přesností (Příhoda, 1963, s. 289 in Palenčárová, Šebesta, 2005, online).

Vstupem do školy se největší autoritou a vzorem pro děti stává učitel. Snadno a ochotně přebírají jeho názory či napodobují jeho chování, písmo a způsob mluvy.

Činí tak úmyslně nebo neúmyslně. Podle M. Čechové (1985, s. 35) to souvisí se skutečností, že období mladšího školního věku nevyniká fantazií ani tvůrčí inteligencí (srov. E. Höfflerová, 2003, s. 60). Rozhodujícím obdobím jsou tedy léta od narození do puberty, během nichž je schopnost učit se na nejvyšším stupni. J. Brierley (1996) vyjadřuje v této souvislosti přesvědčení, že vše, co do malých dětí dobře a správně „vložíme“, v nich pravděpodobně také celý život zůstane (Palenčárová, Šebesta, 2005, online).

3.3 Sociální vývoj preadolescenta

V souvislosti se zahájením školní docházky získává jedinec novou sociální roli - roli školáka. Doba, kdy tuto roli získá, je přesně časově určena a jako společensky významný akt ritualizována. Dítě projde rituálem zápisu a prvního slavnostního dne ve škole, který potvrzuje jednoznačnost sociální proměny a počátek nové životní fáze (Vágnerová, 2005).

V druhé polovině tohoto období má dítě zjevnou touhu po začlenění se do kolektivu svých vrstevníků. Často dochází ke ztotožnění se skupinou, což hraje významnou roli v pozdějších intimních i přátelských vztazích. Skupiny jsou většinou ještě pohlavně diferencované.

4. OBEZITA

Obezita se stává velkým problémem téměř v celém světě mimo země, v nichž obyvatelstvo trpí naopak podvýživou. Nárůst obézních jedinců je tak veliký, že se často hovoří o pandemii. Podle světové zdravotnické organizace (WHO) je ve světě asi 250 milionů obézních osob, v některých zemích tvoří obezní téměř 50 % populace. Výskyt obézních se zvyšuje dokonce již v dětském věku (Lisá, 2001).

Obezita je definována především jako nadměrné množství tuku ve vztahu k ostatním tkáním organismu. Současně je provázena řadou morfologických, funkčních, metabolických, nutričních, biochemických, hormonálních, ortopedických, psychologických, zdravotních a dalších změn (Pařízková, Hills, 2001; Kiess et al., 2004; Wabitsch et al., 2005 in Pařízková, Lisá, 2007).

Dosavadní znalosti ukazují, že vrozené genetické předpoklady zřejmě poskytují zvýšenou nebo naopak omezenou schopnost organismu hromadit v určitých podmínkách nadměrné množství tuku spolu se všemi metabolickými a zdravotními problémy, ale nemohou vysvětlit veškeré příčiny obezity. Proto je také zvýšená pozornost věnována vlivům zevního prostředí. Mezi ty patří hlavně příjem a výdej energie a jejich vzájemný poměr, což je dáno výživou a pohybovým režimem (Pařízková 1977, 1995, 1996a; Pařízková, Hills, 2001, 2005; Goran, Sothorn, 2006, in Pařízková, Lisá, 2007). Tyto faktory působí nejvýrazněji, když se uplatňují současně a od raného věku (Pařízková, 1996, 1998a in Pařízková, Lisá, 2007).

Lisá uvádí dva typy obezity. Obezita gynoidní se vyznačuje hromaděním tuku v oblastech hýždí a stehen a vyskytuje se častěji u žen. Obezita androidní je charakteristická především zvýšeným výskytem tukové tkáně v horní části těla a v oblasti břicha. Hainer ve své knize vyjadřuje souvislost androidní obezity s ICHS (ischemická choroba srdeční) a metabolickým syndromem.

Další dělení obezity, které popisuje Lisá, je primární a sekundární. Podle Kunešové nemá primární obezita, kterou trpí 95 - 98 % obézních jedinců, jednoznačnou příčinu. Většinou je výsledkem nevyváženosti energetického hospodaření. Sekundární obezita se vyskytuje jako součást některých monogeneticky

podmíněných syndromů (např. syndrom Prader-Willi, Bardet-Biedlův syndrom) či patří do obrazu některých onemocnění podmíněných postižením v hypothalamo-hypofyzární oblasti jako je Fröhlichův syndrom, hyperprolaktinémie. Příčinou hypothalamické obezity může být trauma, tumor nebo zánětlivý proces. Někdy bývá obezita projevem dalších endokrinních onemocnění. Relativně nejčastěji se objevuje Cushingův syndrom a syndrom polycystických ovarií, spíše výjimečně hypothyreóza, insulinom, hypogonadismus u mužů, pseudohypoparatyreóza Ia (Kunešová, Hainer, 2002).

Odborný tisk udává, že v roce 2007 celosvětově poprvé překročil počet lidí obézních a s nadváhou počet lidí postižených podvýživou. Obezita spolu s cukrovkou 2. typu se stává civilizační nemocí vyspělého světa. Zvláště v západní Evropě a Severní Americe se velmi rychle zvyšuje počet obézních dětí, a tak onemocnění jako vysoký krevní tlak a cukrovka nejsou u adolescentů výjimkou (Matoulek, 2008, online). Problémy nadváhy se zabýval 11. evropský kongres o obezitě, který dnes končí ve Vídni. Z diskuse asi dvou tisíc lékařů vyplynulo, že hlavní nebezpečí se v současnosti týká evropských států, kde rychlým tempem nejen roste počet obézních dospělých, ale hlavně dětí. "Ve Francii trpí každé sedmé dítě nadváhou," řekl na kongresu nizozemský lékař Jaap Seidell, člen mezinárodní skupiny pro boj s obezitou. „v Itálii je to už každé páté, sedm procent dětí je obézních. Počty se zvyšují všude, i v takových zemích, kde nikdy nebyly alarmující, jako jsou Japonsko a Čína. Ve státech Perského zálivu spadá do kategorie obézních čtyřicet až padesát procent obyvatel," prohlásil Seidell (Ilgner, 2006, online).

Pařížková upozorňuje na to, že se kromě zjevné vyskytuje i tzv. skrytá obezita, která není charakteristická vysokou hmotností ale je u ní patrný zvýšený podíl tuku v organismu. Tento druh obezity je nebezpečný právě proto, že není na první pohled patrný, a tudíž je velice komplikovaná její diagnostika a samozřejmě i včasný zásah odborníka.

4.1 Zjišťování výskytu obezity u preadolescentů

Obezitu můžeme diagnostikovat pomocí různých metod. Hainer uvádí jako prvotní charakteristiku somatického vývoje obecně i jako ukazatele nadváhy a obezity v každém věku index tělesné hmotnosti (body mass index – BMI). Hodnocení hmotnosti u dětí je možné pouze s přihlédnutím k tělesné výšce a věku. Pro populaci dětí v České republice byl stanovený percentilový graf BMI vytvořený na základě výsledků měření 5. celostátního antropologického výzkumu dětí a mládeže (5. CAV 1991), přičemž obezitu řadíme nad 97. percentil.

BMI během života mění své hodnoty, nejnižší je na konci předškolního věku (Svačina, Bretšnajdrová, 2003; Svačina, 2000) a od tohoto období se až do dospělosti zvyšuje (Hammer, 1991; Pietrobelli, 1998). Pro děti a dospívající (od 2 do 20 let) jsou používány jiné hodnoty BMI než pro dospělé (Svačina, Bretšnajdrová, 2003; Svačina, 2000; Drozdová, Starnovská, 1998; Kunešová, 2001; Mužíková), které jsou často označovány jako BMI-for-age (Hammer, 1991; Pietrobelli, 1998). Rucki a Strožický (2004) hodnotí BMI u dětí nad 97. percentilem normy jako obezitu a BMI v rozmezí 90.-97. percentilu jako nadváhu, prevalence dětské obezity podle těchto autorů je v populaci školních dětí asi 6 % pro chlapce a 5,6 % pro dívky (Šeráková, 2006, in Řehulka, 2007). BMI index poskytuje pouze orientační informaci. Nelze ho aplikovat na osoby s výrazně vyvinutou kostrou či svalstvem. Pokud máme k dispozici údaje o tukové složce, doporučujeme BMI diferencovat na tukovou složku a na tukuprostou složku (Bláha et al, 1994, 1998, 2001 in Pařízková, Lisá, 2007).

Další metodou jsou indexy charakterizující proporcionalitu těla. Nejvíce doporučován je prostý obvod pasu (měřeno v polovině vzdálenosti mezi posledním žebrem a hranou kosti kyčelní, resp. obvod břicha (měřeno horizontálně ve výši pupku), který vypovídá např. také o vnitrobřišním tuku. Dále se používá index vztahující obvod pasu/obvod stehna a dále obvod pasu/výška těla. Je např. doporučováno, aby obvod pasu byl menší než polovina hodnoty výšky těla (McCarthy, Ashwell, 2006 in Pařízková, Lisá, 2007). Antropometrické metody slouží pouze k orientačním účelům. Pro zjištění podrobnějších a přesnějších údajů lze

použít náročnější metody.

Náročnějšími metodami jsou metody pro stanovení složení těla. Tyto metody vyžadují speciální přístroje či dokonce laboratorní podmínky. Soustředíme se především na zjištění podílu tukové a tukuprosté hmoty v organismu, což jsou zásadní hodnoty pro diagnostiku obezity. Nejméně náročná metoda na zjištění procenta tělesného tuku, z hlediska terénní aplikace a nákladnosti, je kaliperace. Tato metoda je založená na měření jedné až devadesáti šesti kožních řas na těle. Nejčastěji se pak měří 10 kožních řas na trupu a na končetinách. V případě měření jedné řasy pak měříme řasu na podbradku, která nejvíce koreluje s celkovým tukem v organismu a je snadno přístupná i v terénních podmínkách.

Náročnějšími metodami, které již vyžaduje laboratorní podmínky, jsou pak denziometrie, která je založena na principu Archimédova zákona, tedy vážení jedince pod vodou, bioimpedační analýza, která je postavena na rozdílech v šíření elektrického proudu v různých biologických strukturách. Dalšími jsou pak DEXA, TOBEC, magnetická rezonance, měření ^{40}K , ultrazvuk, výpočetní tomografie, celotělová tomografie,... Pro všechna tato měření platí, že by měla být prováděna vždy ve stejný čas a za stejných podmínek (např. ráno, nelačno, ve spodním prádle, bez bot...)

4.2 Obezita v dětském věku

Koncem loňského roku byla dokončena studie Životní styl a obezita 2005, která přinesla nové reprezentativní údaje o výskytu nadváhy a obezity v České republice nejen v dospělé populaci, ale také u dětí. Průzkum provedla agentura STEM/MARK. Dětská populace byla rozdělena podle věku do dvou skupin: 6-12 let a 13-17 let. V první skupině má podle indexu BMI 10 % dětí nadváhu a 10 % dětí je obézních. Tato čísla jsou opravdu varující – nadměrnou hmotností podle nich trpí každé páté dítě ve věku 6-12 let. Nejvyšší podíl dětí s obezitou (18 %) je mezi sedmiletými, tedy těsně po změně životního stylu související se začátkem školní docházky (Cabrnchová, 2008).

Pro srovnání s Amerikou uvádí Williams v r. 1992 17 - 22 % dětí s vyšším

množstvím tuku než odpovídá 97. percentilu normy (Lisá, 2001). Závratně rostoucí počet dětí s nadváhou může vést k tomu, že dnešní generace bude první, která zemře dříve než její rodiče. To je jedno z varování vědců, kteří už delší dobu bijí na poplach. Obezita je podle nich celosvětový masový a smrtelný problém (Chaloupka, 2007).

„WHO považuje obezitu za zákeřného zabijáka a příčinu nemocí jako cukrovka nebo srdeční choroby, kterým se lze vyhnout. Obezita je mezinárodní metla. Tato zákeřná plíživá pandemie pohlcuje celý svět. Je to stejně velká hrozba jako globální oteplování a ptačí chřipka,“ říká australský diabetolog Paul Zimmet (Chaloupka, 2007, 10). Lisá upozorňuje na fakt, že 80% obézních dětí zůstává obézními i v dospělosti se všemi následky (In Vignerová, Bláha, 2001, 85).

4.2.1 Příčiny dětské obezity

Většina odborníků se shoduje na názoru, že nejčastější příčinou dětské obezity jsou tzv. vnější vlivy, především nedostatek pohybu a nevhodné stravovací návyky. Často je také v této souvislosti zmiňovaná dědičnost. Je však nutné rozlišovat genetické předpoklady a dědičnost způsobenou sociálním učením, tedy přijetí nevhodného životního stylu rodičů. Stunkard však naproti tomu uvádí výsledky výzkumu na adoptovaných dětech, které potvrzují větší vliv genetické predispozice biologických rodičů než vliv vnějšího prostředí u adoptivních rodičů. Z výzkumů je jasné patrná souvislost mezi BMI dítěte a biologických rodičů, a to ne pouze v problematice obezity, ale v celé škále proporcionality těla a stupních nadváhy či obezity. U adoptivních rodičů k dětem nebyl nalezen žádný vztah v podobnosti BMI (Stunkard, 2008).

4.2.1.1 Genetické předpoklady pro vznik obezity u preadolescentů

K obezitám ryze geneticky podmíněným se řadí jednak mendelovsky děděné syndromy (např. Pradera-Williho syndrom, Bardetův-Biedlův syndrom) a jednak mutace jednoho genu, které se označují jako monogenní formy obezity. Podstatně častěji se na vzniku obezity podílí několik genových variant (poligenní forma

obezity) v interakci s prostředím. Tyto geny a jejich varianty se uplatňují např. v regulaci energetického příjmu, jídelního chování, energetického výdeje. Ukazuje se, že někteří jedinci, kteří jsou nositeli určitých variant, jsou náchylní (genetická predispozice) ke vzniku obezity zejména v interakci s tzv. obezigenním prostředím (Hainerová, 2007 in Pařízková, Lisá, 2007).

Rankinen konstatuje, že byly identifikovány jisté geny a jejich mutace, které mají přímou souvislost s výskytem obezity. Na základě této identifikace v roce 1994 profesor Bouchard založil databázi chromosomálních lokusů, genů a mutací spojených s fenotypickým projevem obezity, čímž vznikly tzv. genové mapy lidské obezity (human obesity gene map). Tato databáze je každoročně aktualizována a v současné době je jich známo přes 600 (Pařízková, Lisá, 2007).

Kunešová uvádí výzkum, na základě kterého byla zjišťována souvislost obezity rodičů v přímé souvislosti s výskytem obezity u dětí. Děti, jejichž jeden z rodičů je obézní mají 1,4 – 2,5 krát větší pravděpodobnost, že se u nich projeví obezita, než je tomu u dětí s oběma rodiči váhově v normě. Děti s oběma rodiči v pásnu obezity pak mají tuto pravděpodobnost 2,4 - 5,9 násobnou (Kunešová, 2008).

Lisá připomíná jako stále častěji uváděnou příčinu obezity poruchu regulace leptinu, který je jedním z faktorů ovlivňujících tělesnou hmotnost. Tato bílkovina působí jako jakýsi signál, který působí z tukové tkáně na hypotalamus, v němž je předpokládané centrum sytosti. Reguluje tak příjem potravy, ale i výdej energie a tvorbu a výdej tepla (In Vignerová, Bláha, 2001) .

Vliv genetiky na vznik obezity je tedy velmi významný. Je ovšem nutné zdůraznit, že i geneticky podmíněné predispozice lze alespoň částečně ovlivnit životním stylem.

4.2.1.2 Vnější předpoklady pro vznik obezity u preadolescentů

Za nejvýznamnější vnější předpoklady pro vznik obezity jsou považované nadměrný příjem energeticky náročné stravy a nedostatečný energetický výdej. Nejčastější příčinou je pak kombinace obojího – konzumace nevhodné stravy

s vážným nedostatkem pohybové aktivity.

Zlatohlávková upozorňuje na souvislost vzniku obezity s délkou kojení. Nekožené děti (děti krmené či dokrmované umělou výživou) mají vyšší příjem bílkovin než děti kojené. Původně nebyly pozorovány jiné odlišnosti, než že nekožené měly vyšší hmotnostní přírůstky v kojeneckém období. U těchto dětí však byla později cca v 16 letech prokázána jistá souvislost s tzv. metabolickým syndromem (viz kap. 4.2.3.1.7) (Zlatohlávková, 2008).

Někteří autoři uvádějí, že již během intrauterinního života se vytvářejí určité předpoklady pro rozvoj obezity, hyperlipoproteinemie, diabetu a hypertenze. Většina těchto poruch ovlivňuje nejen příjem energie, ale i její výdej. Všechna tato fakta potvrzují multifaktoriální původ obezity (Lisá, 2004 in Hainer, 2004).

Co se týče energetického příjmu, je zásadním problémem jednak nevhodné složení stravy (vysoké procento tuků a nevhodných cukrů), ale také nevhodný stravovací režim. Velká část dětí nesnídá, nesvačí a často ani neobědvá. Největší jídlo jí až odpoledne po návratu domů ze školy a někdy bohužel průběžně až do večera.

Dalším závažným problémem jsou slazené nápoje, které u dětí zaujímají větší část pitného režimu. Tyto nápoje jsou velice přeslazené a mají tudíž vysokou energetickou hodnotu, nepřinášejí však žádné nutriční výhody (neobsahují minerální látky ani vitaminy) a do dětského organismu přinášejí pouze tzv. „prázdnou energii“.

Velký podíl na vzniku obezity u dítěte má pak působení rodiny. Především z důvodu dědičnosti životního stylu, stravovacích i pohybových návyků, ale i tzv. rodinnou filozofií. V souvislosti s působením nevhodného socio-ekonomického prostředí Nestrstová hovoří o tzv. skrytém důvodu obezity u dětí, kdy vytížený rodič kompenzuje dítěti nedostatek věnovaného času např. sladkostmi. Jako příklad uvádí maminku, která potřebuje něco zařídit, a tak pošle dítě k sousedce se sáčkem bonbónů (Nestrstová, 2008).

Další potencionálně škodlivou strategií je nucení dětí dojedení jídla předloženého na talíři. Výsledkem nucení dítěte k dojídaní jídla na talíři a nerespektování jeho chuti k jídlu může způsobit pokles schopnosti dítěte reagovat na fyziologické signály, jako je velikost talíře nebo velikost porce. Tím může být navozen vznik problémů s tělesnou hmotností (Spruijt-Metz et al., 2002 in Pařízková,

Lisá 2007). Omezení přístupu k preferovaným potravinám zaměřuje pozornost dítěte na zakázaná jídla a zvyšuje přání dítěte získat je a sníst (Pařízková, Lisá 2007).

Častým důvodem k přejídání jsou negativní emoce, a to od samotného počátku života dítěte. Když dítě zapláče, mnohá matka to řeší tím, že mu nabídne potravu. A přitom dítě možná jenom toužilo po její přítomnosti, po její pozornosti. I později, když dítě vyroste, je pro ně často jídlo odměnou. Za dobré chování, za známky ve škole dostane zpravidla něco sladkého. Dítě se nenaučí rozlišovat mezi fyziologickými a psychologickými aspekty hladu, ale naučí se řešit zátěžové situace jídlem, což si nese do života. Později mu jídlo slouží jako náhrada uklidňujících prášků, jako prostředek k dosažení pohody. Bohužel zdánlivé pohody (Chaloupka, 2007).

Studie, kterou provádí výzkumní pracovníci z Ohio State University (OSU) College of Nursing and School of Public Health, ukázala, že výskyt obezity u dítěte se zvyšuje, pokud je matka obézní či v době těhotenství kouří. Tato studie však nepřikládá velký význam kojení ve vlivu na vznik obezity (Salesberry, Reagan, 2005, online).

Dále jistě stojí za mínění tlak, který je na každého jedince vyvíjen z okolí. Stále častěji se mluví o problematice médií a především reklamy. Děti se nechají velmi snadno ovlivnit tím, co je v reklamě a tudíž i mezi jejich vrstevníky takzvaně „in“ nejen v oblasti oblékání, ale bohužel i stravování a trávení volného času. V České republice neexistuje legislativa, která by zakazovala nebo alespoň částečně minimalizovala či upravovala obsahy reklam v médiích, a proto je situace taková, že reklamy na zdravé potraviny jsou směřovány pouze např. na seniory nebo jedince, kteří se nedají tolik strhnout tím co je právě módní, ale tím, co považují za rozumné a správné. Reklamy cílené na děti jsou naopak koncipovány tak, že pouze s tím kterým výrobkem dítě skutečně zapadne do kolektivu a bude přijímáno ostatními. Na propagaci zdravých potravin a zdravého životního stylu není v reklamních blocích čas a financování takových reklam není ekonomicky zajímavé.

4.2.2 Léčba dětské obezity

Zásadní větou v léčbě dětské obezity je, že dítě není malý dospělý. Z toho vyplývá, že je velmi obtížné nasadit dítěti redukční dietu, nikdy by se to nemělo stát bez konzultace s odborníkem. Dětský organismus je v nepřetržitém vývoji a omezení příjmu některé důležité látky by mohlo mít zásadní následky.

Obezita je definována jako multifaktoriální onemocnění, a proto je důležité léčit jí též multifaktoriálně čili komplexně. Je samozřejmě vhodné upravit jídelníček, zvýšit pohybovou aktivitu a změnit psychologický pohled na obezitu jako problém, je však také nutné podotknout, že tyto složky jsou maximálně účinné jen v případě jejich současného působení.

4.2.2.1 Redukční léčba v kontextu léčby obezity v dětském věku

Před zahájením diety, je nutné zjistit stravovací návyky dítěte. Nejlépe tak, že vyplní tabulku, do které zaznamenává sedm dní nebo tři dny, přičemž jeden by měl být víkendovým. Na základě takto zaznamenaného jídelníčku a množství jídla, které snědlo a přibližný čas. Tabulka je vždy předpřipravená a na jídelníčku můžeme vidět nedostatky či prohřešky sledovaného a upozornit ho na chyby či mu případně navrhnout řešení. Častým problémem je podcenění vážnosti tohoto dotazníku a vyplnění nepřesnými údaji či neodhadnutím množství. V případě menších dětí, za které vyplňují dotazník rodiče, je pak problémem ovlivnění jídelníčku na základě uvědomění si toho, že to bude někdo číst. Výsledky takového jídelníčku pak nesplňují funkci a nemají žádnou výpovědní hodnotu. Nedoáváme se, co děti skutečně jedí, tedy jejich skutečné stravovací návyky.

Kunešová a Hlavatá uvádějí, že léčba by neměla být aplikována na dětech do tří let. Za základní postup léčby obézního dítěte pak považují edukaci správného chování při jídle a dodržování správného jídelníčku. Energetický obsah redukční diety u dítěte by neměl bránit lineárnímu růstu a vývoji mozku. Měl by pouze minimalizovat vzestup hmotnosti i BMI (In Pařízková, Lisá, 2007).

Marinov uvádí jako výhodu při redukci hmotnosti u dětí především to, že děti

rostou, což reálně znamená, že pokud se nám podaří udržet stabilní tělesnou hmotnost či naprosto minimalizovat její vzestup, index BMI díky růstu dítěte klesá (Marinov, 2008).

Výživa dítěte musí obsahovat takové množství živin a dalších látek, například vitamínů a minerálů, aby byl zajištěn optimální tělesný růst dítěte, optimální vývoj jeho psychických funkcí, imunologických reakcí a samozřejmě také metabolických procesů probíhajících v organismu. Často stačí ke snížení energetické hodnoty zaměnit sladké nápoje za nekalorické, snížit příjem cukrovinek a tučných jídel z „fastfoodu“, postupně odvykat konzumaci energeticky bohatých a reklamou vnucovaných pamlsků a zvýšit příjem zeleniny – to je pro redukci váhy postačující (Starnovská, 2008).

Při nasazení redukční diety by dítě nemělo mít pocit, že je odlišné od ostatních, a nemělo by mít ani pocit, že je o něco ochuzené. Program STOB ve svých programech povoluje tzv. „hříšný den“, kdy si jedinec může uspokojit svou touhu po něčem ne úplně zdravém, například si může dát čokoládu apod.

Dítě by vždy mělo znát důvody, proč má držet dietu a mělo by jí v rámci možností i rozumět. Pak se totiž může i samo realizovat v plánování svého jídelníčku. Skvělými pomůckami jsou například výživové pyramidy a jiné pomůcky vydávané např. organizací STOB. (viz příloha č. 1)

4.2.2.2 Pohybová aktivita v kontextu léčby obezity v dětském věku

Při tvorbě programů s cílem snížení tělesné hmotnosti musíme vycházet ze čtyř základních principů:

1. Fylogeneticky zakódovaná potřeba jak v kvalitě, tak v kvantitě (necivilizovaný jedinec potřebuje podstatně více smíšené pohybové aktivity než statické).
2. Zvýšená tělesná hmotnost již sama o sobě je tělesnou zátěží
3. Motivace je často limitujícím faktorem efektu pohybového programu.
4. Omezení pohybových vzorců, které zvyšují gravitační složku pohybu (skoky, zvedání břemen)

Nejvhodnější formou pohybu je využití sportovních aktivit, které mají efekt

ve vysoké motivaci a dále v možnosti cíleně vybrat formy pohybu i jeho dobu a střídání (Kučera, Radovanský, Kolář, 2007 in Pařízková, Lisá, 2007).

Z hlediska fyziologického, je vhodné zařadit do programu pohybových aktivit pohybovou činnost ve vodním prostředí – především kvůli nenáročnosti na zatížení kostního a kloubního aparátu, ale i kvůli blahodárnému vlivu na rozvoj dýchacího systému. U obézních je prokázána snížená spontánní aktivita, což ještě zhoršuje celou situaci.

Pohyb by se pro obézní jedince neměl stát trestem ani stresující situací, naše snažení by mělo být směřováno především na obnovení kladného vztahu k pohybovým aktivitám. V ideálním případě by měl mít obézní jedinec přirozenou radost z pohybu. Důležité je tedy, jaký druh pohybové aktivity zvolíme. Pohybová aktivita by měla být adekvátní schopnostem a dovednostem jedince, nikoho nebaví dělat něco, co mu nejde. Z nevhodného výběru pohybové aktivity může pramenit nedostatečná motivace. Ideální je, když máme pohybovou aktivitu spojenou navíc se vztahy v kolektivu, to naopak upevňuje motivaci každého jedince (nejen obézního).

V pohybové aktivitě zaměřené na redukci hmotnosti uvádí Pařízková, Lisá a kol. jako žádoucí také cviky na posílení „svalového korzetu“, což přispívá ke zlepšení držení těla obézních. Cílem by nemělo být jen snižování množství tuku v organismu, ale zároveň také dosahování lepší úrovně tělesné zdatnosti (in Pařízková, Lisá, 2007).

4.2.2.3 Kognitivně behaviorální terapie v kontextu léčby obezity v dětském věku

Kognitivně behaviorální terapie vychází z předpokladu, že všechno, co bylo naučeno, může být také odnaučeno. Většina terapií redukce nadváhy se týká pouze změny v jídelníčku, což je častým důvodem neúspěchu v udržení váhových úbytků. Při hubnutí se však nestačí zaměřit na změnu jídelníčku - chování, ale je nutné ovlivňovat i myšlení a emoce, které k nežádoucímu chování vedou.

Terapie obezity by měla být komplexnější a dotýkat se tedy nejen chování, ale i dalších složek (emoce, myšlení,...) (Málková, 2008, online). Kognitivně

behaviorální terapie (KBT) představuje moderní pragmatický přístup, který kombinuje metody behaviorální a kognitivní. Vychází z teorie učení a příčiny poruch vidí v interakci dítěte s prostředím. Zaměřuje se na pozorovatelné, konkrétní a jasně vymezené chování dítěte. Stanovuje si konkrétní cíle a předpokládá aktivní spolupráci dítěte (Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., 2000 in Stárková, online).

Pokud chceme s dítětem řešit problém obezity, měli bychom nejdříve zjistit, zda se za tímto problémem neskrývá další problém, který by mohl souviset právě s obezitou. Soustředíme-li se pouze na řešení obezity, naše snažení může být bezvýsledné.

Nesrstová poukazuje na fakt, že 40 % obézních dětí se pohybuje v neurovnaném rodinném prostředí a u 40 % dětí, u nichž byla diagnostikována obezita, byly diagnostikovány též porucha chování, ADHD či specifická porucha učení (Nesrstová, 2008).

Celkově lze shrnout, že chování, myšlení a emoce je možné předvídat, usměrňovat a kontrolovat systematickým ovlivňováním podnětů spouštějících nevhodné chování. Je třeba též systematicky pracovat s důsledky chování. Díky dosaženým úspěchům, což nejsou pouhé váhové úbytky, ale lepší pocit ze sebe sama, zvýšení sebevědomí, zlepšení tělesné i psychické kondice, a vůbec zlepšení kvality života, se jeho nové chování posiluje a udrží se dlouhodobě. Na konci terapie by měl vědět obézní o svém problému a způsobech, jak je zvládat. Klient se stává svým vlastním terapeutem a v případě recidivy ví, jak se postavit ke zvládnutí svého problémového chování (Málková, 2008, online).

U KBT je vysoká účinnost u spolupracujících pacientů - MUDr. Zlatko Marinov, PhDr. a základě svých zkušeností uvádí 87% účinnost. Za nevýhody této terapie pak považuje časovou náročnost, nutnost optimistického vidění ze strany terapeuta i pacienta a neúčinnost u hyperprotektivních a romských rodin (Marinov, Nesrstová, Tláskal a kol., 2008).

4.2.2.4 Farmakoterapie v kontextu léčby obezity v dětském věku

Kalvachová na začátek podotýká, že antiobezitika by měla být indikována pouze v případech závažné obezity (nad BMI 30) či u obezity se závažnou rodinnou diagnózou. Dále platí jejich užívání vždy pouze pod přísným dohledem lékaře a samozřejmě pouze v kombinaci s výše uvedenými složkami (upravení jídelního režimu, pohybová aktivita a nějaký psychologický přístup).

Podávají se většinou léky, které vyvolávají pocit sytosti, snižují lipogenezi a zvyšují utilizaci glukózy ve svazech. Většina těchto léků je však kontra indikujících v případě kardiovaskulárních chorob, v období těhotenství a kojení či při jaterních a ledvinových poruchách. Další diskutovaný problém je návykovost těchto látek. Dále je možné podávat potravinové doplňky jako např. vitamin D, lecitin, selen, hořčík, zinek, vlákninu apod.

Polák k tomuto tématu dodává, že moderní farmaka v léčbě obezity by měla splňovat následující kritéria: známý mechanismus působení vyvolávající hmotnostní pokles díky redukci tukové tkáně, měla by příznivě ovlivňovat rizikové faktory doprovázející obezitu a mít mírné nebo jen přechodné nežádoucí účinky i při dlouhodobém podání. Tato farmaka by měla např. korigovat specifickou, mnohdy geneticky podmíněnou metabolickou nebo regulační poruchu, jako např. vyšší nastavení bodystatu, energetickou úspornost, neschopnost spalovat tuky, inadekvátní jídelní preference. Dá se předpokládat, že v budoucnu farmakoterapie obezity bude zaujímat stále významnější úlohu v její léčbě s trvalými a pro organismus žádoucími výsledky (Polák, 2006, online).

Závěrem k této problematice je nutné podotknout, že se netýká našeho tématu, jelikož v případě dětské obezity je farmakoterapie využívána jen ve několika málo skutečně závažných případech.

4.2.2.5 Skupinová terapie v kontextu léčby obezity v dětském věku

Skupinová terapie dává možnost setkání s lidmi s podobnými problémy, vytvoření přátelských vztahů, které jsou zároveň silnou motivační složkou. Lidé

ve skupinových setkáních se vzájemně podporují a motivují k pokračování v dalším snažení, což se stává výhodou i v problematice léčby obezity.

Procházka upozorňuje na nedostatek času pediatriů na poskytnutí kvalitní péče obézním dětem, popřípadě podávání podrobných informací rodičům (Procházka, 2008), proto je úloha těchto organizací zcela nepostradatelná, už jen z pohledu poskytování informací rodičům, ale samozřejmě i užší spolupráce s nimi. Edukace rodičů má v redukci hmotnosti dítěte zásadní význam.

Organizace, jako je například STOB, navíc spolupracují i s rodiči, což je samozřejmě zásadní v léčbě dětské obezity. Rodina se významně podílí na vzniku dětské obezity, a tudíž zaujímá i významnou složku jejího odstraňování. Pro příklad bych ráda uvedla, že dítě si jen stěží může samo rozhodnout, co bude jíst, pokud rodina nespolupracuje.

Jako častý problém uvádí řada odborníků přesvědčit rodinu obézního jedince, že vůbec nějaký problém existuje. A dále pak přimět rodinu k řešení a spolupráci. Změnit životní styl má účinnost jen v případě, že se nám podaří změnit životní styl celé rodiny. Kunešová konstatuje, že většina rodičů, kteří procházejí spolu se svými dětmi rodinný kurz snižování nadváhy, nejsou obézní. Obézní rodiče tyto společné kurzy většinou moc nelákají.

4.2.2.6 Lázeňská léčba v kontextu léčby obezity v dětském věku

Metodika lázeňské léčby obezity spočívá ve snížení energetického přívodu formou nízkoenergetické diety, zvýšení výdeje pohybem a trvale kognitivně behaviorální léčbou. Nedílnou součástí léčby obezity je i balneoterapie (Kolářová in Vignerová, Bláha, 2001).

Při příjmu a dále i průběžně jsou zaznamenány hodnoty (TK, tělesné hmotnosti a výšky, BMI, hodnoty podkožního tuku, FW, moč, cholesterol, triglyceridy, případně další biochemická vyšetření či EKG) na základě kterých jsou sledován vývoj a účinnost léčby.

Léčba je směřována především na edukaci dětských pacientů a jejich rodičů, ale především k získání vhodnějších pohybových a stravovacích návyků. Využitím

kognitivně behaviorální terapie je pak zajišťována změna na psychickém stavu obézního dítěte. Doba trvání lázeňského pobytu se pohybuje v rozmezí 4 – 6 týdnů. Rodiče mohou jezdit na návštěvu v určený (návštěvní) den jednou za 14 dní. Rizika opět nastávají po návratu domů, kdy hrozí i návrat ke starým stereotypům. Vhodné je tedy kombinovat lázeňskou léčbu s dlouhodobou ambulantní péčí odborníka či v nějaké organizaci.

4.2.3 Zdravotní aspekty dětské obezity

Na základě předchozích kapitol je zřejmé, že obezita zasahuje do všech oblastí lidského zdraví. Obezita je samozřejmě nebezpečná díky všem zmíněným fyziologickým rizikům, v dnešní době je však také považována za významnou kosmetickou vadu, což se vážně promítá v psychickém stavu jedince a tím pádem i jeho postavení ve společnosti okolí. Tento problém bývá udáván většinou u žen. Lisá však například uvádí srovnatelný problém nakupení tukových vrstev na mons pubis u chlapců, což velmi často vede k diagnóze hypogenitalismu, neboť penis je zanořen do tukového polštáře. Vrstvy tuku v oblasti mam vedou u těchto chlapců k diagnóze gynekomastie (Lisá in Pařízková, Lisá, 2007).

Rohel, Voda, Tach (1991) uvádí, že mírná obezita nezpůsobuje žádné subjektivní potíže. Podle Drozdové a Starnovské (1998) se otlé dítě dlouho cítí dobře, ale nadbytečné kilogramy trvale zatěžují organismus. U těchto dětí dochází často k vysokým hladinám cholesterolu, změnám v hladině inzulinu a v hospodaření s cukry – diabetes mellitus II. typu, a dále výrazná hmotnost zatěžuje rostoucí dětský organismus (hlavně kostru) – často se objevují kyfosity, skoliosy, vbočená kolena a tím nebezpečí artróz (Vignerová, Bláha, 2001 in Šeráková, 2006, in Řehulka, 2007, online).

4.2.3.1 Vliv obezity na fyzickou složku zdraví

4.2.3.1.1 Ortopedické problémy

Opěrný systém dítěte prochází velkým vývojem a především růstem. Vysokou hmotností je na tento aparát působen velký tlak, který neblaze ovlivňuje následující růst. Velmi často se tedy u obézních dětí setkáváme s vadami páteře (skolióza, kyfóza,...). Zatížení však deformuje i končetiny. Vysoká zátěž způsobuje ploché nohy, coxa vara (vybočení kyčle, způsobené prohnutím krčku kosti stehenní), genua valga (zakřivení dolních končetin do tvaru písmene X, způsobené tlakem na kolenní klouby). Velmi často se pak objevuje kombinace všech tří. Klener upozorňuje na zatížení kloubů - kloubní plošky se díky vysoké hmotnosti a tím i tlaku na ně opotřebovávají – obrušují, vzniká artróza (Klener, 2008, online).

4.2.3.1.2 Kardiovaskulární a respirační systém

U enormně obézních dětských pacientů jsme, i když výjimečně, mohli pozorovat pickwickovský syndrom, spojený se srdeční a plicní nedostatečností a končící částečnou invaliditou. Jsou uváděny literární údaje o hypertrofii levé srdeční komory a porušení její geometrie u dětí s obezitou a známkami inzulinové rezistence. Bývá přítomen syndrom spánkové apnoe (Lisá in Pařízková, Lisá, 2007). Sjostrom (1992) zveřejnil výsledky své studie, která prokázala výrazný vztah mezi obezitou a kardiovaskulárním onemocněním, mozkovou mrtvicí a úmrtím na selhání srdce. Zároveň podal doklady o vlivu obezity na úmrtnost diabetiků. Prokázal dokonce, že obecná úmrtnost (ze všech možných příčin) je u obézních lidí dvojnásobná. Jinými studiemi byla prokázána až čtyřnásobně vyšší všeobecná úmrtnost obézních žen (Křivohlavý, 2001).

Podle vědců z americké University of Virginia se u dětí s větším krkem mohou častěji vyvinout dýchací obtíže závislé na spánku. Během studie bylo sledováno celkem 215 dětí ve věku od 18 měsíců do 18 let, které navštěvovaly dětská spánková centra. Z těchto dětí 37,3 % trpělo obezitou a mělo zvýšenou frekvenci

chrápání (Preidt, 2008). Britského výzkumu, který hledal souvztažnost mezi nedostatkem spánku a narůstajícími tukovými zásobami, se zúčastnili lidé všech věkových skupin, obou pohlaví, děti i dospělí: celkem 30 000 dětí od dvou let do dvaceti let věku a přes 600 000 dospělých ve věku 15 až 102 let. Jedním z nejdůležitějších měřítek byl tzv. BMI (body mass index) – váha (kg) dělená tělesnou výškou (m) na druhou (Cappuccio, 2008, online).

4.2.3.1.3 Problematika pohlavního vývoje u obézních preadolescentů

Vliv obezity má dosah i na pohlavní vývoj jedince. U chlapců se týká především zdánlivého hypogenitalismu (uvedeného v kap. 3.2.3). Lisá dále uvádí hormonální změny v organismu obézních chlapců i mužů. Celkové rozložení tuku pak může způsobit dívčí vzhled, dříve popisovaný jako frölichoidní vzhled.

U dívek s těžším stupněm obezity pak Lisá zmiňuje riziko syndromu polycystických ovarií spojenému s nepravidelnou menstruací až amenoreou (vynechání menstruace) a s hirsutismem (nadměrné ochlupení) (In Pařízková, Lisá, 2007). Montignac uvádí jako problém také předčasný vývoj - předčasnou pubertu (Montignac, 2003).

4.2.3.1.4 Problémy cévního systému u obézních preadolescentů

Podobně jako skelet dolních končetin, je zatížen i jejich cévní systém. Již v dětství, nejčastěji v pubertálním období, jsme se setkali při výrazné obezitě s rozvojem varikózních cévních změn. Tyto změny jsou spojeny s porušeným cévním epitelem. U velkého procenta obézních dětí nacházíme arteriální hypertenzi a v dospělosti tromboembolickou chorobu (Lisá, in Pařízková, Lisá, 2007).

Obézní děti mají už v deseti letech tepny v takovém stavu, jako by jim bylo 45 let, a vykazují abnormality srdce výrazně zvyšující riziko srdečních chorob. Uvádějí to nové studie amerických vědců, které byly představeny na konferenci Americké srdeční asociace (AHA) v New Orleansu. "Jak říká staré rčení, jste tak staří, jak staré jsou vaše tepny," uvádí doktorka Geetha Raghuveerová z dětské

nemocnice v Kansas City, která vedla jednu ze studií. "Tohle by měl být varovný signál." (Korec, 2008, online).

4.2.3.1.5 Kožní změny u obézních preadolescentů

Častý je také výskyt dekubitů, erytémů, ekzémů či mykóz. U pacientů s obezitou a inzulinovou rezistencí pak Lisá uvádí acanthosis nigricans, což je zhrubělá a šedočerně zbarvená kůže, vzniklá na základě mechanického tření v zapářkových oblastech (In Pařízková, Lisá, 2007). Velmi častým jevem je u obézní populace v důsledku napínání kůže také výskyt strií. Klener udává, že u obézních se frekventněji vyskytují otoky (nejen na dolních končetinách) a hůře se jim hojí rány (Klener, 2008, online).

4.2.3.1.6 Inzulinová rezistence u obézních preadolescentů

Inzulinová rezistence (IR) znamená poruchu v účinku inzulinu a definujeme ji jako stav, při níž normální hladiny inzulinu v plazmě vyvolávají nižší biologickou odpověď organismu. IR je asociována s řadou onemocnění. Kvantitativně nejvýznamnější část osob s IR tvoří osoby s metabolickým syndromem (MS), který se proto také označuje jako syndrom IR (Pelikánová, 2004. online). Viner uvádí hyperinzulinémii u 40 %, zhoršenou glukózovou toleranci u 18 %, dyslipidémii 31 % a hypertenzi u 32 % ze 67 dívek s významnou obezitou. Uvádí dokonce inzulinovou rezistenci u dětí mladších 12 let v 30 %. Asi třetina obézních má již inzulinovou rezistenci, i když projevy DM (diabetes melitus) 2. typu jsou v dětství asymptomatické (Viner et al., 2005, in Pařízková, Lisá 2007).

4.2.3.1.7 Metabolický syndrom u obézních preadolescentů

Za kritéria metabolického syndromu se považují: abdominální obezita, obvod pasu větší než 90. percentil (Maffeis et al., 2001), dyslipidémie – vysoké triacylglyceroly, vyšší koncentrace apolipoproteinu B, snížená koncentrace HDL,

hypertenze (Nesrstová uvádí 13% výskyt hypertenze u třináctiletých obézních. Lisá uvádí u obézních dětí výskyt vysokého krevního tlaku až 20 %.), inzulinová rezistence, v dospělosti prozánětlivý a protrombotický stav. Pro dětský věk nejsou ještě vypracovány normy obvodu pasu, jeho rozměry se liší podle věku a pohlaví dítěte, ale můžeme hodnotit kritéria biochemická a hodnoty TK podle dětského percentilových grafů (Lisá, in Pařízková, Lisá, 2007). Invitti a kol. Provedli výzkum na 588 obézních dětech a dospívajících a zjistili výskyt metabolického syndromu přibližně u čtvrtiny těchto dětí (Invitti, C. Et al., 2006, online).

Svačina specifikuje metabolický syndrom jako celek přibližně 150 dílčích jevů, které zahrnuje do osmi okruhů:

- 1.Poruchy regulace krevního cukru včetně cukrovky 2. typu.
 - 2.Změny tělesného složení včetně obezity, ztukovatění jater a svalů.
 - 3.Porucha řízení krevního tlaku.
 - 4.Porucha krevní srážlivosti.
 - 5.Porucha růstu buněk a vznik některých nádorů.
 - 6.Poruchy krevních tuků a rozvoj aterosklerózy
 - 7.Hormonální změny, např. sterilita, vznik nádorů a hyperandrogenní syndrom (syndrom cystických vaječníků)
 - 8.Psychické změny – vztah k depresi a typické nespolupráci pacientů v dietě
- (Svačina, 2008).

4.2.3.2 Vliv obezity na psychickou a sociální složku zdraví

Nesrstová a Marinov upozorňují na vzájemnou kauzalitu obezity a psychického stavu jedince. Uvádějí, že přibližně 90 % obézních dětí se setká s tzv. anti-fat rasismem a téměř 40 % dokonce s šikanou. Dále uvádějí že 50 % obézních se pohybuje ve školním průměru 3 a hůře (Marinov, Nesrstová, Tláškal a kol., 2008). Yarbboro a Janoff uvádějí výzkum, který odhaluje souvislost mezi morbidní obezitou u batolat a nižším IQ (inteligentní kvocient), kognitivním zpožděním a poškozením mozku (Yarboro, Janoff, 2007, online).

Kromě zdravotních komplikací nastávají u obézních i komplikace

psychosociální – deprese, znevýhodnění při výběru zaměstnání, partnera, postavení v kolektivu apod. (Kunešová, 2001). U obézních dětí (ale i dospělých) dochází nejčastěji k deprivacním obezitám (obezita – osamocení – deprive – příjemné pocity z jídla – zhoršení obezity), k demotivaci k pohybové aktivitě (s tím spojené horší známkování v tělesné výchově), nebo se dítě naopak stává „třídním šaškem“ (ukazuje, co vše umí sníst, chce být za svoji obezitu obdivováno). Výhodou posledně uvedeného je, že dítě není osamoceno, ale tato situace nijak neřeší problém obezity (Vignerová, Bláha, 2001, in Šeráková, 2006).

Montignac odkazuje na americkou studii (Grotmaker, Must, Perrin, Sobol, Dietz, 1993), která zkoumala sociální následky obezity u deseti tisíc mladých lidí ve věku 16 – 24 let. Na základě této studie bylo zjištěno, že obézní dívky nedosahují takových úspěchů na univerzitě jako jejich neobézní vrstevnice, později dosahují průměrného příjmu a mají nižší vyhlídky na sňatek či vůbec nižší šance při hledání partnera. Vdají-li se, často spadnou na sociálním žebříčku. U mladých mužů nejsou rozdíly od neobézních vrstevníků tak velké, jsou ale patrné (Montignac, 2003).

Ve výzkumech se ukázalo, že dokonce již malé děti ve školce mají raději děti tělesně postižené než obézní. Ve školním věku, kdy dítě navazuje nové vztahy, je pro obézní děti obtížnější začlenit se přiměřeně do sociálního prostředí. Děti dostávají ve škole hanlivé přezdívky, které se rychle ujímají. Dostávají nálepku „tlustý“, což se blíží pojmům ošklivý, líný, slaboch. Po čase si na to zvyknou a uvědomují si svoji odlišnost od druhých. Uvědomují si, že se svou postavou nemohou vykonávat povolání, která jsou v té době pro děti atraktivní, např. povolání letušky, sportovce apod., nemohou nosit módní oděvy. Často jsou pohybově méně obratné, mají horší známky z tělocviku, mají zpomalené celkové tempo. Toto vše společně může přispívat ke vzniku komplexu méněcennosti. Děvčata reagují na tento stav často uzavřením se do sebe, přecitlivělostí, nesamostatností, pasivitou, straní se společnosti, sportovních a tanečních akcí. Chlapci řeší zátěžové situace spíše vyvoláváním konfliktů, s okolím, agresivitou, tvrdohlavostí apod. (MUDr. Alexandra Moravcová, 2007, online).

5. METODOLOGIE PRÁCE

5.1 Cíl práce

Cílem této bakalářské práce je zjištění kvality zdraví obézního dítěte. V práci se zaměřím na účinnost a průběh léčby v lázeňském zařízení.

5.2 Výzkumné otázky a dílčí úkoly práce

1. Obezita u preadolescenta způsobuje změny v kvalitě fyzické složky zdraví.
2. Léčebný pobyt v lázeňském zařízení má u dětského pacienta trvalé účinky.
3. U obézního preadolescenta se objevují problémy v sociálním začlenění mezi vrstevníky.

Pro ověření výzkumných otázek byly stanoveny dílčí úkoly práce:

- Provést pozorování jedince, který prošel zařízením pro redukci hmotnosti.
- Kontaktovat školu, kterou navštěvuje objekt pozorování.
- Vybrat vhodné testy.
- Zajistit testování dětí ze školní třídy pozorovaného chlapce..
- Vyhodnotit sesbíraná data.
- Provést shrnutí zjištěných závěrů.

5.3 Metody práce

- **Obsahová analýza** dat mi umožnila orientaci v problematice obezity u preadolescentů a stanovení výzkumných otázek i dílčích úkolů práce.
- **Anamnéza** byla sestavena především informací ze zdravotní dokumentace (zdravotní a očkovací průkaz), z dokumentace, kterou dostali rodiče po absolvování redukčního pobytu v lázeňském zařízení (viz příloha 2), a z informací, které poskytla matka.

- **Měření tělesné výšky** bylo prováděno u stěny. **Měření tělesné váhy** bylo prováděno na přístroji osobní váha Sencor digi . Naměřené hodnoty tělesné váhy a výšky byly dosazeny do vzorce na výpočet BMI (Body mass index) $BMI = \text{tělesná hmotnost} / (\text{tělesná výška (m)})^2$. Vypočítané hodnoty BMI (Body mass index) byly vyhodnoceny podle percentilového grafu SZÚ, UK PŘF, P. Bláha, J. Vignerová, 2004 (viz příloha 3). **Měření obvodu pasu** bylo vyhodnoceno dle percentilového grafu podle Hainiš K. a Kunešové M. viz příloha 4.
- Ke zjištění kvality fyzického stavu zkoumaného chlapce byly použity ještě tzv. **papírový test** a testy na zjištění vadného držení těla **podle Matthiase** a **test držení těla podle Kleina a Thomase modifikované Mayerem**.
- **Rozhovor** s chlapcem byl prováděn formou volného rozhovoru s několika řízenými otázkami.
- **Technika nedokončených vět** (standardizováno 1995, publikováno Válková, 1996) je založena na doplnění devíti nedokončených vět podle svého aktuálního pocitu a vyplnění tří přání. Jedná se tedy o otázky otevřené.
- **Projektivní výtvarné techniky** - vytváření osobních erbů (Hanuš, Hrkal, 1998), kterou proband ztvárňuje svoji osobnost, svoje hodnoty. Jde o malbu či kresbu pomocí širokého spektra barev, z kterých si proband vybírá a sám volí výtvarnou techniku, pomocí které zadaný úkol ztvární do předem připravené šablony. Vyhodnocení dle Davido (2001) a Šickové-Fabrice (2008).
 - vybarvení postavy dle libosti či nelibosti jednotlivých partií. Test mi byl poskytnut organizací STOB.
- **Dotazování** ve školní třídě pozorovaného chlapce bylo prováděno dotazníkem Zjišťování vztahů ve třídě vlastní konstrukce (2009) viz příloha 13.
- **Záměrné pozorování** spočívá ve správném, uceleném a nesubjektivním zachycení reakcí a chování probanda ve chvíli, kdy provádějí připravenou aktivitu.

5.4 Charakteristika probanda

Sledovaný proband je sedmiletý chlapec. Dle jeho anamnézy (viz kapitola 6.1) je u něho již od tří let diagnostikována obezita. V loňském roce absolvoval pobyt v léčebném zařízení na redukci nadváhy. Chlapec žije v úplné rodině s průměrnou sociální situací. Bydlí v bytě na malé vesnici a navštěvuje vesnickou školu. Výběr tohoto chlapce nebyl náhodný z důvodu možnosti bližšího kontaktu s rodinou a nahlížení do zdravotní dokumentace.

5.5 Organizace šetření

Anamnéza byla sestavována na základě zdravotní dokumentace a rozhovoru s matkou.

Měření bylo prováděno v dopoledních hodinách. Měření tělesné výšky bylo prováděno u stěny v tenkých ponožkách, ve vzpřímeném postavení těla, kdy se stěny dotýkají paty, hýždě, lopatky a týl hlavy. Měření tělesné váhy bylo prováděno nalačno (po nočním hladovění), přičemž váha byla vždy rozložena na obou nohou. Měření obvodu pasu bylo měřeno ve stoji zpříma, bez oblečení, po výdechu, bez zatahování břicha. Měřeno bylo v oblasti nejužšího místa – v horizontální rovině v polovině vzdálenosti mezi spodním okrajem posledního žebra a vrcholem kosti kyčelní.

Takzvaný papírový test byl použit na zjištění případných deformací nožní klenby. Otisk nohy byl proveden nohou natřenou mastným krémem na papír na pevné podložce ve stoji vzpřímeném.

Testy na zjištění vadného držení těla byly prováděny v dopoledních hodinách.

Projektivní testy byly zadávány matkou v odpoledních hodinách. Matka byla seznámena s pravidly pro zadávání těchto testů.

Rozhovor byl prováděn volnou technikou s několika řídicími otázkami. Celý rozhovor byl nahráván a následně doslovně přepsán (viz příloha 6)

Dotazník byl zadáván ve druhé třídě základní školy. O zadání žákům jsem požádala třídní učitelku, aby chlapec neměl pocit, že je sledován, a zbytečně tak nebyl vystavován stresové situaci.

6. VÝSLEDKY A DISKUSE

6.1 Výsledky a diskuse k anamnézám

6.1.1 Osobní anamnéza

Narození: 8.6.2001

Věk matky v době těhotenství: 26 let (první těhotenství v 19 letech)

Průběh těhotenství: rizikové

Porod: císařským řezem

Porodní váha: 3,62 kg

Porodní délka: 50 cm

Délka kojení: 3 týdny - poté nahrazeno sunarem (matka přiznává, že chlapci sunar nechutnal, a proto mu do něj přidávala kakao)

Váhové a výškové přírůstky: viz tabulka 1

Tab 1 Váhové a výškové přírůstky

Věk	Výška	Hmotnost	BMI	Percentil
Narození	50 cm	3,62 kg	14,48	
8 týdnů	57 cm	5,15 kg	15,85	pod 75 percentilem
4 měsíce	61 cm	6,61 kg	17,76	nad 75 percentilem
6 měsíců	66 cm	7,77 kg	17,84	pod 75 percentil
8 měsíců	68 cm	8,656 kg	18,72	75 percentil
1 rok	73 cm	9,630 kg	18,07	pod 75 percentil
3 roky	95 cm	18 kg	19,94	nad 97 percentil
5 let	113 cm	27 kg	21,14	nad 97 percentil
7 let	126 cm	35 kg	22,05	nad 97 percentil

Aktuální tělesná výška: 128 cm

Aktuální tělesná váha: 35,6 kg

BMI: 21,73 (pod 97 percentil)

Obvod pasu: 70 cm

Krevní tlak (7 let): 110/60

Cholesterol: 3,85 mmol/l

Prodělané nemoci: běžné dětské nemoci

Medikace: žádná

Psychické potíže: nediagnostikovaná hyperaktivita

Sociální interakce: v normě (lehce dominantní - „průšvihář“)

Školní prospěch: průměrný (jedna dvojka)

Pohybová aktivita: pravidelně hraje fotbal (při SK), denně tráví cca 1 hodinu venku (jezdí na kole, hraje si s vrstevníky). K počítači má doma přístup jen zřídka. Na televizi se smí dívat maximálně hodinu denně.

Stravovací návyky: snídá (připravená snídaně), svačina ve škole (z domova – pečivo, ovoce), oběd ve školní jídelně, odpolední svačina – později (domů se vrací cca v 16 hod) – nepravidelná, večere – společné rodinné (celá rodina jí totéž), občas chodí jíst „tajně“, když dostane peníze (narozeniny a podobně), koupí si za ně sladkosti.

V 6 letech absolvoval pobyt v lázeňském zařízení, zaměřený na redukci hmotnosti, z vlastní iniciativy matky. Lékařem mu to bylo doporučeno vzhledem k naměřeným vyšším hodnotám cholesterolu.

6.1.2 Rodinná anamnéza

Matka

Tělesná výška: 154 cm

Tělesná hmotnost: 52,3

BMI: 22,05

Obvod pasu: 69 cm

Zaměstnání: aktuálně nezaměstnaná

Otec

Tělesná výška: 175 cm

Tělesná hmotnost: 94 kg

BMI: 30,69

Obvod pasu: 104 cm

Zaměstnání: dělník na pile

Bratr (nevlastní)

Věk: 14 let

Tělesná výška: 174

Tělesná hmotnost: 60

BMI: 19,82

oba rodiče kuřáci – matka i v době těhotenství

genetická zátěž ze strany obou rodičů (diabetes II. typu, kardiovaskulární choroby,...)

Pohybová aktivita celé rodiny:

Společné dovolené po ČR spojené s mírnou pohybovou aktivitou

Jednou za dva roky pobyt na horách (lyžování) – bez otce

Jednou za dva roky pobyt u moře – pouze s prarodiči

Otec je pasivní. Nelyžuje, neúčastní se pohybových aktivit. Na fotbalové tréninky doprovází chlapce matka.

Tab. 2 Klasifikace hmotnosti podle BMI

Stupeň	BMI (kg/m ²)	Riziko komplikací obezity
Podváha	< 18,5	Nízké (ale stoupá riziko jiných zdravotních problémů)
Normální váha	18,5-24,9	Průměrné
Nadváha	25,0-29,9	Mírně zvýšené
Obezita I.stupně	30,0-34,9	Střední
Obezita II.stupně	35,0-39,9	Vysoké
Obezita III.stupně	≥40	Velmi vysoké

(Kunešová, Hainer, 2002, online)

Tab. 3 Obvody pasu u mužů a žen, které charakterizují zvýšené a velmi zvýšené riziko vzniku metabolických komplikací

	Riziko spojené se vznikem komplikací obezity	
	zvýšené	velmi zvýšené
Muži	≥ 94 cm	≥ 102 cm
Ženy	≥ 80 cm	≥ 88 cm

(Kunešová, Hainer, 2002, online)

6.1.3 Diskuse ke kapitole 6.1.1 a 6.1.2

Jsem přesvědčená, že obezita má vždy několik příčin vzniku. Na základě zjištěné anamnézy chlapce lze spatřit zásadní okamžiky, které mohou mít přímou souvislost se vznikem obezity.

Matka je svými hodnotami BMI (Body mass index) i obvodem pasu v pásmu normy. Otcova hmotnost je však podle klasifikace hmotnosti podle normy (viz tabulka 2) v pásmu obezity I. stupně. Dle naměřené hodnoty obvodu pasu je vystaven již velmi zvýšenému riziku vzniku metabolických komplikací (viz tabulka 3).

Jako jednu z možných příčin vzniku dětské obezity u zkoumaného chlapce vidím kouření matky v době těhotenství, kterou potvrzuje studie výzkumných pracovníků z Ohio State University (OSU) College of Nursing and School of Public Health (viz kapitola 4.2.1.2).

Podle studie Owen a spol. Am J Clin Nutr 2008, kterou uvádí Zlatohlávková ve sborníku z konference Dětská obezita v teorii a praxi 2008, lze spatřovat přímou souvislost v délce kojení a problémy s hladinou cholesterolu. V případě zkoumaného chlapce byly diagnostikovány problémy s hladinou cholesterolu. Délka kojení byla velmi krátká, a proto se lze domnívat, že je zde jistá souvislost.

Další nezpochybnitelný fakt, který se podílí na celkové tělesné hmotnosti chlapce je jeho vysoká chuť k jídlu. Není vybíravý, jí vše. K obědu a večeři jí stejně velkou porci jako matka (běžná porce) a většinou mu to nestačí. Pokud má hlad, jde ještě k prarodičům, která bydlí v bytě pod nimi, kde většinou něco dostane. Matka konstatuje, že chlapec nedostává ani kapesné, protože každé peníze, které dostane, utratí za dobroty.

Velký význam pak přikládám také otcově pasivnímu přístupu k pohybovým aktivitám. Lze zde předpokládat tzv. dědičnost sociální. Otcova nechuť do pohybových aktivit může významně ovlivnit postoje chlapce k pohybovým aktivitám. Otec odmítá jezdit na hory, protože neumí lyžovat a nechce tam být „za hlupáka a nemotoru“. Zkrátka pro každou pohybovou nečinnost má nějaké pro něho racionální vysvětlení, které vždy před chlapci zmíní, a tudíž tak jako vzor – otec ovlivňuje negativně jejich postoje. Vztah ke sportu a pohybové aktivitě v nich

podporuje matka (vozí je na fotbal) a strýc (naučil je lyžovat). Další složkou podporující chlapcovu chuť ke sportu jsou jistě jeho vrstevníci. Chodí hrát fotbal. Matka udává, že se při hře zadýchává a neběhá tak rychle jako ostatní. To ho ovšem od hry neodrazuje, protože ostatní chlapci, se kterými hraje, jsou jeho kamarádi. Kdyby nehrál, přestal by se s nimi vídat, a tudíž by kamarády ztratil.

6.2 Výsledky a diskuse k pobytu v lázeňském zařízení na redukci hmotnosti

6.2.1 Léčebna Dr. L. Filipa

Léčebna Dr. L. Filipa, nacházející se v Poděbradech, je zařízení s dlouholetou tradicí poskytování komplexní lázeňské péči dětem s onemocněním kardiovaskulárního systému, pohybového systému - zejména pacientům s juvenilní idiopatickou artritidou a po ortopedických operacích. Velké zkušenosti mají s léčbou obezity a hypercholesterolaemie. Pobyty jsou na doporučení lékaře hrazené pojišťovnou. Pozorovanému chlapci byl pobyt doporučen lékařem na žádost matky viz anamnéza.

Z vlastní prohlídky jsem ocenila především to, že je vše „pod jednou střechou“. V budově ve které jsou děti ubytované probíhají i všechny procedury. Fotografie z návštěvy viz příloha 6.

6.2.2 Průběh léčby během pobytu

Na počátku pobytu prošel chlapec vstupním vyšetřením FW (Fahreus-Westergena metoda – měření sedimentace erytrocytů), vyšetřením na hodnotu cholesterolu, byl mu měřen krevní tlak a byl mu proveden chemický rozbor moči. Vše je uvedeno ve zprávě o lázeňském léčení viz příloha 2.

Během pobytu mu byla zvýšena pohybová aktivita a snížený energetický příjem na 5000kJ. Pohybová aktivita, léčebná tělesná výchova, jízda na rotopedu, posilování, terénní chůze, míčové hry a plavání v bazénu, byla doplněna o balneoterapii – konkrétně koupele (vřídivé, uhličitě, perlivé). Léčebný pobyt byl

doprovázen i edukací.

Během léčení chlapec spolupracoval. Jeho hmotnostní úbytky jsou patrné (viz příloha 2). Během léčení měl problém s bolavým zubem, který mu byl ošetřen.

Chlapcovy pocity z léčení jsou vesměs negativní (viz příloha 6). Velký význam takového hodnocení přikládám faktu, že pobyt ve svých šesti letech absolvoval bez matky. Rodiče mají povoleno děti navštěvovat pouze v návštěvní den. Při mé návštěvě tohoto zařízení mi bylo vysvětleno, že návštěvy rodičů jsou pro absolvování pobytu velice rušivé. Sestra uvedla, že děti návštěvu rodičů velmi intenzivně prožívají a tudíž je narušen celý den, ale především rodiče, pravděpodobně v dobrém úmyslu, vozí dětem jídlo.

Léčebný pobyt chlapec absolvoval s hodnocením „prospěl“. Jeho hmotnostní úbytek byl skutečně znatelný. Jeho BMI (Body mass index) se snížil z 23,4 na 20,9 za šest týdnů pobytu. Jeho hladina cholesterolu se při výstupním měření pohybovala v pásmu normy.

Při odchodu domů byla rodičům předána i zpráva o lázeňském léčení (viz příloha 2), která obsahuje i doporučení na domácí léčení. Celá léčba byla aplikována pouze na chlapce. Rodiče byly informováni pouze již zmíněnou zprávou o lázeňském léčení a několika málo materiály (viz příloha 8).

8.2.4 Diskuse a hodnocení ke kapitole 8.2

Léčba byla dle zprávy o lázeňském vyšetření jednoznačně úspěšná. Po návratu domů však hodnota BMI stoupla z 20,9 na aktuální stav 21,73. Příčinu tohoto rostoucího trendu po návratu domů vidím zcela jistě v přechodu na „starý“ způsob života. Nepočítám-li několik málo prospektů, které rodiče dostali (viz příloha 8), byla léčba i edukace směřována pouze na chlapce. Podle mého názoru sedmiletý chlapec není schopný (či v rodině nemá pravomoce) rozhodovat o stravovacích návycích a pohybové aktivitě rodiny. Zpráva, kterou rodiče o pobytu dostali, je navíc velmi těžko srozumitelná nezasvěcenému člověku. Výzkumná otázka číslo 2 (Léčebný pobyt v lázeňském zařízení má u dětského pacienta trvalé účinky) se mi bohužel nepodařila potvrdit.

V celém léčebném procesu podle mě významně chybí působení psychologa, který může odhalit pravou příčinu obezity. Tento postup (lázeňské léčení) je podle mého názoru vhodnější pro dospělé lidi, kteří se sami rozhodnou pobyt absolvovat a tudíž mají i větší motivaci ke spolupráci. I u těchto – dospělých lidí však příkládám zásadní význam spolupráci s psychologem.

6.3 Výsledky a diskuse k testům držení těla

6.3.1 Test držení těla podle Matthiase

Test podle Matthaise byl prováděn v domácím prostředí chlapce v přítomnosti matky. Byl oblečený do volnějšího sportovního oblečení, které mi pravděpodobně dost zkreslilo pohled. Chlapec byl vyzván k vzpřímenému stoji s předpažením. V tomto stoji setrval přesně 30 vteřin dle doporučení. Před výdrží jsem upozorovala pouze sklon hlavy dopředu. Během výdrže hlava ještě trochu sklesla, ruce poklesly přibližně o 20 stupňů, mírně se zvětšilo zakřivení páteře – prohnutí v bederní části a povolilo mu břicho.

6.2.2 Test držení těla podle Kleina a Thomase modifikované Mayerem

Držení těla pak rozdělujeme na 4 stupně:

1. výtečné
2. dobré
3. chabé
4. špatné

Každý stupeň držení těla má 5 znaků:

1. držení hlavy a krku
2. tvar hrudníku
3. tvar břicha a sklon pánve
4. celkové zakřivení páteře
5. výše ramen a postavení lopatek

Každý znak hodnotíme známkou 1- 4.

Hodnocení držení hlavy:

- 1 - hlava vzpřímená, úhel brada - krk je 90
- 2 - hlava lehce nachýlená dopředu
- 3 - hlava skloněna dopředu
- 4 - hlava značně skloněna dopředu

Hodnocení tvaru hrudníku:

- 1 - hrudník vypjatý, dobře klenutý, sternum tvoří nejvíce prominující část
- 2 - hrudník lehce oploštělý
- 3 - hrudník plochý
- 4 - hrudník vpadlý

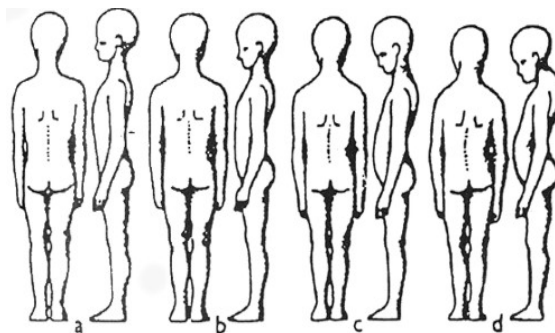
Hodnocení tvaru břicha, sklonu pánve:

- 1 - břicho zatažené, ploché, za svislicí spuštěné ze sternu
- 2 - jen částečně zatažené
- 3 - břicho chabé, prominuje
- 4 - břicho tvoří nejvíce prominující část

Obrázek 1

Hodnocení zakřivení páteře: (obr.1)

- 1 - zakřivení ve fyziologickém rozmezí
- 2 - zakřivení zdůrazněné nebo oploštělé
- 3 - zakřivení zvětšené nebo více oploštělé
- 4 - zakřivení značně zvětšené



Hodnocení výše ramen a postavení lopatek:

- 1 - ramena ve stejné výši, souměrná, lopatky neodstávají, jsou ve stejné výši
- 2 - ramena lehce nesouměrná, lopatky lehce odstávají, jsou ve stejné výši
- 3 - nestejná výše ramen, lopatky odstávají
- 4 - asymetrie ramen, lopatky značně odstávají

Body ze znaků 1 - 5 sečteme a zařadíme do příslušného typu držení těla:

1. výtečné 5 bodů
2. dobré 6 - 10 bodů
3. chabé 11 - 15 bodů
4. špatné 16 - 20 bodů

(Manuál prevence v lékařské praxi

Prof. MUDr. Kamil Provazník, Csc., a spolupracovníci

Zdroj: <http://www.zdravcentra.cz/>, © 2009 Zentiva, k.s.)

6.3.3 Výsledky a diskuse ke kapitolám 6.3.1 a 6.3.2

Oba testy držení těla jsou snadno proveditelné v terénních podmínkách. Jsou však velmi orientační a velmi ovlivnitelné subjektivním pocitem vyšetřujícího. Nicméně z obou testů jsou patrné znaky, které vypovídají o existenci drobných vad v držení těla. Dále jsem u chlapce pozorovala mírnou tendenci k vbočení kolen (genua valga) popsané v kapitole 4.2.3.1.1. Příčinu vzniku těchto nedokonalostí spatřuji především v zátěži, která je způsobena chlapcovou neadekvátní hmotností, ale také nedostatečnou či nevhodnou pohybovou aktivitou. Tyto nedokonalosti v držení těla by jistě zlepšilo vhodné cvičení na posílení posturálního svalstva. Pro nápravu by jistě bylo vhodné plavání, jehož zdravotní aspekty jsou zde zastoupeny především odlehčením nosných kloubů, ale také zapojením všech významných svalových skupin, či jiná pohybová aktivita ve vodním prostředí. Velice pozitivní vliv by také mělo cvičení zdravotní tělesné výchovy či jógy, která by byla prospěšná i z hlediska vyrovnání agrese.

Motivace k výše uvedeným pohybovým aktivitám je u chlapce velmi malá. Jedním z důvodů je především nedostupnost těchto aktivit v místě bydliště a pak především neatraktivnost a nízká popularita, která je podle mého názoru způsobená především tím, že se jedná zpravidla o individuální pohybové aktivity.

Dále byl proveden test na zjištění kvality nožní klenby. Na otisku nejsou patrné vážnější deformace (viz příloha 8).

6.4 Výsledky a diskuse k rozhovoru a pozorování

Rozhovor s chlapcem probíhal v jeho domácím prostředí. Od chvíle, kdy jsem přišla byl chlapec velmi nepřístupný. Schoval se ve svém pokoji. Pustila jsem se tedy do rozhovoru s matkou, abych si doplnila nějaké informace v anamnéze. Po chvíli chlapec začal provokovat. Připlížil se a „nenápadně“ nás sledoval. Na matčino vyzvání, aby se k nám přidal, nereagoval. Po chvíli přišel demonstrativně oznámit, že si jde zapnout televizi. Na opětovné výzvy matky nereagoval. Rozhodla jsem se tedy za ním jít sama – bez matky. Bez odmlouvání se mnou spolupracoval. V rozhovoru se vyhýbal otázkám o sobě. Reagoval vyhýbavě nebo odpovědí nevím. V rozhovoru se odkazoval i na matku ve vedlejší místnosti.

Myslím, že metoda rozhovoru nebyla vhodně zvolená, což bylo pravděpodobně zčásti způsobeno i mým zatím neprofesionálním způsobem řízení rozhovoru tohoto charakteru. Při zpětném poslechu si uvědomuji chyby v pořadí otázek i jejich nevhodnou formulaci. Střídal se situace, kdy byla u chlapce patrná nervozita a situace, kdy se podle slov matky předváděl, na což jsem nebyla připravená reagovat. O svém pobytu v lázních mluvil s velkou nechutí. Tato metoda by byla pravděpodobně vhodnější v případě delší spolupráce a navázání důvěrnějšího vztahu.

Přínos volby této metody vidím zejména v možnosti bližšího pozorování chlapce. Rozhovor pro něho byl náročnou situací. V této situaci zaujal pózu, kdy odmítl komunikovat. Prohlásil, že už se s námi (myšleno mne a matku) nebude bavit, a jako důkaz si zalepil pusou lepicí páskou. Tyto pózy (demonstrativní nekomunikace) zaujímá chlapec prý celkem často. Toto chování je viditelné i na otci chlapce, který je pravděpodobně vzorem pro toto chování pro chlapce. Záznam rozhovoru viz příloha 6.

6.5 Výsledky a diskuse k metodě nedokončených vět

Chlapec byl velice pasivní a opatrný při odpovídání na přímé otázky. Na téma své obezity se mnou nechtěl téměř vůbec mluvit, a tak jsem zvažovala nějakou nepřímou metodu, jak se přiblížit jeho vnitřnímu světu, zjistit jeho přání. Rozhodla

jsem se nahlédnout do chlapcova vnitřního prožívání prostřednictvím této metody.

Trochu jsem byla překvapená, že výpovědi z těchto nedokončených vět nebyly orientované na chlapcovu hmotnost či postavu.

Vyhodnocení dle kategorií (viz příloha 10), je popsáno u výpovědí ve druhém sloupci.

Výpověď 4. věty jasně naznačuje chlapcův obdiv k otci, který na pile pracuje – chtěl by být jako on.

Ve výpovědích se dvakrát objevuje touha stát se astronautem. Z ohraničení vlastní postavy v obrázku erbu (viz kapitola 8.6) je patrná osamělost dítěte. Chlapec touží po společnosti dalšího člověka a doufá, že ve vesmíru najde člověka, který tu bude pro něho. Hvězda v poslední výpovědi pak může znamenat naději.

6.5.1 Výpovědi v metodě nedokončených vět

1. Rád bych <i>byl v ZOO</i> .	3 kategorie (aktivity běžné)
2. Přeji si, abych <i>byl astronautem</i> .	12 kategorie (ideály)
3. Kdybych tak <i>byl dobrý člověk</i> .	4 kategorie (orientace na výkon - nezklamat)
4. Doufám, že <i>budu pracovat na pile</i> .	4 kategorie (orientace na výkon)
5. Jsem <i>hodný</i> .	10 kategorie (chování)
6. Nejraději bych <i>už byl v Itálii</i> .	11 kategorie (aktivity sportovní - cestování)
7. Nejlepší je, když <i>trénuji na fotbalovém hřišti</i> .	11 kategorie (aktivity sportovní)
8. Lidé si myslí, že já <i>jsem hodný</i> .	10 kategorie (chování)
9. Někdy přemýšlím o <i>basketbalu</i> .	11 kategorie (aktivity sportovní)
10. Kdybych měl tři kouzelná přání, která se vyplní, přál bych si:	
1. <i>být astronautem</i>	12 kategorie (ideály)
2. <i>mít auto</i>	5 kategorie (věci – vlastnit je)
3. <i>letět na nějakou hvězdu ve vesmíru</i>	12 kategorie (ideály)

6.6 Hodnocení a diskuse k erbu

Celý erb je kreslen pestře bez převahy jedné barvy. Nikde není nevyužité místo. Barvy nejsou užívány nějak neobvykle. Plná velikost erbu viz příloha 11. V první části erbu (vlevo nahoře) mě trochu překvapuje kombinace barev hnědé a oranžové. Oranžová je považována za barvu extrovertů, ale také za barvu mládeže, síly a nebojácnosti. Hnědá (regresivní) spolu se žlutou odráží špatnou rodinnou i sociální adaptovanost dítěte a jeho různé konflikty. Tyto „regresivní“ barvy s oblibou volí umíněné děti. Charakteristiky související s použitím těchto barev mohu u chlapce jednoznačně potvrdit. Žlutá barva, vyskytující se hned ve dvou částech erbu, ukazuje velkou závislost dítěte na dospělém. Motiv slunce (vlevo dole) pak dle Aubina vyjadřuje dobré vztahy s otcem. Na základě pozorování se jeví vztah ze strany otce jako poněkud chladný, a proto se domnívám, že se zde jedná o jakýsi obdiv otce či touhu po bližším vztahu s ním. Matka se nám v erbu objevuje pravděpodobně v podobě vody (ženský symbol).



Roselino Davido ve své knize uvádí tzv. geometrii kresby, kdy lze rozdělit kresbu vertikálou na dvě poloviny, přičemž levá polovina představuje minulost a pravá budoucnost (Davido, 2001). Podíváme-li se na erb tímto způsobem, můžeme pozorovat, že auta v prvním patře erbu mohou znázorňovat chlapcovu snahu stát se lepším. Auto v levé části (minulost) je obyčejné a hnědé, což demonstrovuje špatnou rodinnou i sociální adaptabilitu viz výše. Auto v pravé části (budoucnost) je podle chlapcových slov (viz příloha 6) „nejlepší a nejrychlejší“. V tom spatřuji touhu po lepší situaci. Dle Uždila motiv auta vyznačuje potřebu pohybu a obdiv současné doby (Uždil, 1980).

Na obrázcích ve středu erbu je znázorněn sám chlapec. Postavám na erbu chybí uši, což naznačuje problém v komunikaci. Ústa postav jsou zavřená neusmívají

se, což prozrazuje jisté napětí. Poněkud odtažené paže od těla značí sociabilitu. Postavám dále chybí prsty, což přikládám za příčinu věku chlapce. Postavy na erbu nejsou oblečené, což je v chlapcově věku také zcela v normě. Na obrázku vlevo mě trochu překvapuje absence pevné podložky. V kombinaci s houpačkou to může prozrazovat nejistotu. Houpačka má navíc silnou černou konstrukci, což může vyjadřovat strach. Konstrukce je jediná opora na houpačce. Postava na tomto obrázku se neusmívá, možná má strach. Obrázek se nachází v levé části, dle teorie R. Davido – minulosti, lze zde tedy předpokládat strach z otce ve vývojovém falickém stádiu kastracní úzkosti, jenž popisuje Freud. Na druhém (pravém) obrázku je již postava větší, silnější a působí vyrovnaněji. Voda zde pravděpodobně symbolizuje matku, o kterou v budoucnosti vyhraje chlapec souboj s otcem – zelené pozadí symbolizuje naději.

Sebe chlapec znázorňuje jako postavičku v obou případech ohraničenou výrazně ohraničenou, což ukazuje na chlapcův vnitřní pocit samoty a izolace. Chlapec se cítí sám, a tak je pravděpodobné, že jeho agrese je pouze volání o pozornost.

Ve spodním patře erbu slunce znázorňuje otce jak již bylo popsáno výše. Mraky na druhé, pravé a dle výše uvedené teorie tedy budoucí, straně mohou představovat absenci slunce - otce. Tyto mraky však můžou i negativně vypovídat o aktuální rodinné situaci mezi rodiči chlapce.

6.7 Diskuse a výsledky k vybarvování postavy

Tento test jsem zvolila na zjištění sebehodnocení chlapcova těla. Na obrázku, který se má pouze vybarvit nepociťuje pozorovaný sebehodnocení „na vlastní kůži“.

Obě postavy jsou vybarveny červenou barvou, která byla určen na vybarvení tělesných partií, které se chlapci nelíbí. Zeleně - tedy pozitivně vnímá chlapec pouze svou hlavu. (viz příloha 12) U dětí s obezitou (ale na opačné straně s anorexií) je v sebehodnocení vždy shoda v tom, že shledávají zcela v pořádku svou psychickou stránku (značenou hlavou). Takto vybarvenou postavu lze chápat i jako jakési oddělení těla a duše či nepřijímání vlastního těla. Tyto děti se vnitřně neprožívají,

neprožívají své emoce. Pozorované agrese u tohoto chlapce, která mi byla potvrzena i jeho třídní učitelkou a vychovatelkou z družiny, je proto zcela pochopitelná. Velkou změnu v tomto vnímání by zde mohla zajistit aplikace jógového programu, kde by se chlapec naučil prožívat sám sebe a naučit se pracovat se svými pocity.

6.8 Výsledky a diskuse k zjišťování oblíbenosti pozorovaného chlapce u spolužáků ze školní třídy

6.8.1 Zdůvodnění vytvoření vlastního dotazníku

Původním záměrem bylo testování oblíbenosti chlapce u spolužáků ze školy pomocí sociometrického ratingového dotazníku. Od tohoto záměru jsem na doporučení paní PhDr. Miloslavy Dvořákové, Csc. upustila, jelikož tento test vyžaduje od testovaných vyšší stupeň abstraktního myšlení a pevnější sociální vazby než které se vyskytují u dětí na počátku školní docházky. Rozhodla jsem se tedy zadat dětem dotazník na vyjádření zájem či nezájem o kamarádství u svých spolužáků a ne důvod tohoto rozhodnutí (viz příloha 13).

6.8.2 Charakteristika souboru

Testování probíhalo na základní škole v malém městě. Škola má celkem 23 tříd, z toho 14 tříd 1. stupeň (1. až 5. třída) a 9 tříd 2. stupeň (6. až 9. třída). Celkem školu navštěvuje 501 žáků, z toho 240 děvčat. V testované třídě je 21 žáků, přičemž při testování jeden žák chyběl. Celkem bylo testováno 20 žáků, z toho 9 dívek a 11 chlapců. Testovaní žáci byly ve věkovém rozmezí 7 – 8 let. Žáci pocházejí z úplných i neúplných rodin, různé sociální situace i místa bydliště. Převážně jde o žáky z menšího města a jeho přilehlých vesnic.

6.8.3 Organizace testování ve školní třídě pozorovaného chlapce

Po důkladnějším zvážení jsem se rozhodla nevyžadovat od dětí, aby svůj

dotazník podepisovali, z důvodu zajištění volnosti projevu bez obavy, že se někdo dozví, co napsali o svém spolužákovi. Jediný požadavek byl na označení pohlaví pomocí domluveného znaku.

O zadání samotného testu jsem požádala paní třídní učitelku. Rozhodla jsem se tak z důvodu ochrany chlapce před vystavením nějakého tlaku či pocitu sledování. Test pozorovaného chlapce byl nenápadně označený, abych zjistila i jeho vztahy ke spolužákům.

6.8.4 Výsledky dotazování ve školní třídě pozorovaného chlapce

V dotazníku byl připravený prostor pro uvedení tří jmen u spolužáků, se kterými se jedinec kamarádí a tří jmen pro uvedení spolužáků, se kterými se kamarádit nechce. V mnoha případech bylo uvedeno méně spolužáků, v některých jich bylo uvedeno více než šest – tedy tři v obou možnostech. Celkem tedy bylo uvedeno 154 jmen (s opakováním), z čehož bylo 95 hodnoceno kladně a 59 negativně.

Děvčata, která byla v uvádění jmen spolužáků aktivnější, uvedla celkem 86 jmen, přičemž 55 z nich bylo hodnoceno kladně a 31 negativně. Chlapci hodnotili negativně 28 jmen spolužáků a kladně 40, celkem tedy uvedli 68 jmen spolužáků. Podrobný graf viz příloha 14.

V dotazníku mě překvapily především rozdíly v hodnocení dívek a chlapců. Dívky hodnotili všeobecně více a jejich negativní hodnocení bylo směřováno zejména chlapcům (87 %), negativně byla dívkami hodnocena pouze jedna dívka. V pozitivním hodnocení dívek se chlapci objevili ve 32,7 %. Chlapci dívky hodnotily téměř vyrovnaně v obou případech – pozitivně ve 20 % a ve 28,6 % negativně.

Pozorovaný chlapec ve objevil v 9 dotaznících, z toho v šesti případech u chlapců a v pěti u dívek. Chlapci ho hodnotili ve čtyřech případech kladně a ve dvou negativně. U dívek byl hodnocen čtyřikrát negativně a jednou pozitivně (pozitivní hodnocení bylo od jeho sestřenice – což bylo i uvedeno jako důvod). Tyto hodnoty jsou zcela průměrné ve srovnání s ostatními spolužáky.

Překvapující pro mě byly důvody pro negativní hodnocení pozorovaného

chlapce. V žádném dotazníku se neobjevila kritika jeho postavy či zevnějšku. Důvod pro „nekamarádství“ byly především projevy agrese. V případě udávání důvodu, pro kamarádství, bylo udáváno, že je s ním legrace a podobně. Z toho usuzuji, že upoutání pozornosti agresí se mu daří alespoň u několika spolužáků.

7. ZÁVĚR

Cílem práce bylo zjištění kvality zdraví obézního dítěte. Pro posouzení jsem použila především zdravotní dokumentaci, ale i vlastní pozorování a testování. Na základě vypracované anamnézy a vyhodnocení testů mohu potvrdit první výzkumnou otázku: Obezita u preadolescenta způsobuje změny v kvalitě fyzické složky zdraví. Tyto změny jsem zaznamenala v oblasti tělesné i v oblasti psychické. Za změnu v tělesném zdraví způsobenou obezitou považuji zejména zvýšenou hladinu cholesterolu a vadné držení těla. Změny v oblasti duševní lze pozorovat především v podobě agrese a problémů v komunikaci. U těchto oblastí bych však ráda zdůraznila, že je velice těžké uvést, zda jsou tyto problémy následkem obezity či naopak. Ve skutečnosti není hlavním problémem posuzovat, co je příčinou a co následkem, nýbrž zvažovat tuto souvislost v léčebném procesu.

Druhá výzkumná otázka: Léčebný pobyt v lázeňském zařízení má u dětského pacienta trvalé účinky se mi bohužel nepotvrdila. Po necelém roce od absolvování pobytu je BMI chlapce v percentilovém grafu opět o trochu vyš. Hlavní příčinu spatřuji v jednostranném působení léčby pouze na chlapce a dále v čistě lékařském přístupu k léčbě bez konzultací psychologa.

Skvělým příkladem by pro nás mohl být švýcarský model doc. Miroslava Stránského, MUDr. Csc. Švýcarský systém pro léčbu obezity je postaven mnohem komplexněji. Je zde spojení několika odborníků (lékař, psycholog, poradce pro výživu a odborník na pohybovou aktivitu), kteří spolu velmi úzce spolupracují. Tento program trvá nejméně 6 měsíců a po skončení programu probíhají ještě po roce a po dvou letech kontrolní vyšetření. Přesvědčivé výsledky kurzů jsou podle mého názoru zapříčiněny především zapojením celé rodiny obézního dítěte do programu, což je podmínkou pro přijetí. Bezesporu jsou motivací i nemalé finanční náklady na zapojení do těchto kurzů.

V české verzi tohoto programu by lázeňský pobyt mohl být doplněn odborníky z oblasti výchovy ke zdraví, kteří by byli dobrým partnerem lékařům, psychologům, nutričním terapeutům a odborníkům na pohybovou aktivitu právě svým dlouhodobějším působením ve školství, ale i jiných zařízeních.

Poslední (třetí) otázka: U obézního preadolescenta se objevují problémy v sociálním začlenění mezi vrstevníky se mi nepodařila prokázat. Projevy agrese vůči spolužákům i učitelům jsou však patrné. Jejich nevýznamnost ve srovnání s ostatními spolužáky připisují trendu dnešní doby, kdy agrese není neobvyklým jevem v žádné věkové kategorii. V dotaznících od spolužáků se však v části negativního hodnocení u žádného dítěte neobjevily důvody pro nekamarádství, které by jakkoliv souvisely s vzhledem či proporcionalitou postavy.

V případě navázání na mou práci bych doporučovala více případových studií, které mají větší výpovědní hodnotu a aplikaci vhodného intervenčního programu.

8. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- ADÁMKOVÁ, V. et al. Arteriální hypertenze mladých osob, těhotných a dětí. Praha: Jiří Flégl – Vega, 2005. s.67, ISBN 80-903186-9-X
- BLATNÁ, J., DOSTÁLOVÁ, J, PERLÍN, C., TLÁSKAL, P. Výživa na začátku 21. století. Praha: výživaservis s.r.o., 2005. s.79, ISBN 80-239-6202-7
- CABRNOCHOVÁ, H. Výskyt nadváhy a obezity u českých dětí. Hubneme s rozumem, 3, s. 12.-14.
- DAVIDO, R. Kresba jako nástroj poznání dítěte. Praha: Portál, 2001. s. 208, ISBN 80-7178-449-4
- DRAPELA, V.J. Přehled teorií osobnosti. Praha: Portál, 1997. s. 175, ISBN 80-7178-766-3
- FOŘT, P. Stop dětské obezitě. Praha: Euromedia Group, k.s. - Ikar, 2004. s.208, ISBN 80-249-0418-7
- HAINER, V. Základy klinické obezitologie. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. s.356, ISBN 80-247-0233-9
- HAINIŠ K., KUNEŠOVÁ M.: VÝVOJ OBVODU BŘICHA A GLUTEU DO 20 LET VĚKU. ČS. PEDIAT., 54, 1999, 3, 141-149.
- HOLČÍK, J. European strategy for healthier children. In Řehulka et al. School and health 21. Brno: Padío, 2007. s.903, ISBN 978-80-7315-138-6
- CHALOUPKA, V. Jak nenakrmit otesánka. Praha: XYZ, s.r.o., 2007. s.208, ISBN 978-80-87021-22-4
- KEBZA, V. Psychosociální determinanty zdraví. Praha: Academia, 2005. s.263, ISBN 80-200-1307-5
- KLIVAR, M. Nová arteterapie v psychopedii. Praha: Vydavatelství A. Drábek Balt-East, 2002. ISBN 80-86383-14-8
- KOSTKOVÁ, M. Je to tak snadné. Praha: Státní zdravotní ústav, 2008
- KREJČÍ, M. Setkání s jógou. České Budějovice: EM Grafika, 2003. s.115, ISBN 80-239-2052-9
- KREJČÍ, M. Krok k výchově, krok ke zdraví. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2008. s. 24, ISBN 978-80-7394-082-9

- KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví. Praha: Portál, 2001. s. 214 ISBN 80-7178-774-4
- KUNEŠOVÁ, M. Koncepce obezitologické péče v ČR. In Dětská obezita v teorii a v praxi, Poděbrady 2008, online
- LISÁ, L., KŇOURKOVÁ, M., DROZDOVÁ, V. Obezita v dětském věku. Praha: Avicenum, 1990. s.144, ISBN 08-032-90
- MAHÉŠVARÁNANDA, P. S. Jóga v denním životě. Praha: Mladá fronta, 2006. s.447, ISBN 80-204-1277-8
- MÁLKOVÁ, I. Využití KBT v rodinných kurzech snižování nadváhy. In *Dětská obezita v teorii a v praxi, Poděbrady 2008, online*
- MARINOV, Z., NESRSTOVÁ, M., TLÁSKAL, P. a kol. Výsledky kognitivně behaviorální terapie. In Dětská obezita v teorii a v praxi, Poděbrady 2008, online
- MUŽÍK, V., KREJČÍ, M. Tělesná výchova a zdraví. Olomouc: Hanex, 1997. s. 144, ISBN 8085783-17-7
- MONTIGNAC, M. Tajemství štíhlých a šťastných dětí. Praha: PARTmedia, 2003. s. 320, ISBN 80-239-6196-9
- NESRSTOVÁ, M. Kognitivně behaviorální terapie u obézních dětských pacientů. In Dětská obezita v teorii a v praxi, Poděbrady 2008, online
- PAŘÍZKOVÁ, J., LISÁ, L. ET AL. OBEZITA V DĚTSTVÍ A DOSPÍVÁNÍ. PRAHA: GALÉN, 2007. S.239, ISBN 978-80-7262-466-9
- PROCHÁZKA, B. Obézní dítě v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost. In Dětská obezita v teorii a v praxi, Poděbrady 2008, online
- RYBÁŘ, R. Some questions of philosophy of health. In Řehulka et al. School and health 21. Brno: Padio, 2007. s.903, ISBN 978-80-7315-138-6
- STRÁNSKÝ, M. SEMPACH, R. Intervenční programy ke snížení tělesné hmotnosti u mladistvých ve Švýcarsku. Výživa a zdraví 2007, Teplice, online.
- STARNOVSKÁ, T. Výživa dětí aneb Dítě není malý dospělý. Hubneme s rozumem, 3, s. 2.-8.
- SUCHÝ, J. Et al. Biologie dítěte. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1970. s. 190, ISBN 14-12-79
- SVACHINA, Š, Metabolický syndrom a obezita. Hubneme s rozumem, 3, s. 38.-40.

ŠERÁKOVÁ, H. Současné názory na obezitu a nadváhu u běžné populace dětí a dospělých. In Řehulka et al. School and health 21. online

ŠICKOVÁ-FABRICI, J. Základy arteterapie. Praha: Portál, 2002. s. 176, ISBN 80-7178--616-0

UŽDIL, J. Čáry, klikyháky, paňáci a auta. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1980. ISBN 14-583-80

VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie I. Praha: Karolinum, 2005. s. 467, ISBN 80-246-0956-8

VÁLKOVÁ, H. Skutečnost nebo fikce? Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2000. ISBN 80-244-0117-7

VIGNEROVÁ, J., BLÁHA, P. Sledování růstu českých dětí a dospívajících. Praha: Státní zdravotní ústav Praha, 2001. s. 173, ISBN 80-7071-173-6

VIGUÉ, J. Zdraví dítěte. Dobřejovice: Rebo Productions CZ, spol. s.r.o., 2006. s.293, ISBN 80-7234-535-4

ZLATHLÁVKOVÁ, B. Vliv časně výživy na zdraví v dospělosti. In Dětská obezita v teorii a v praxi, Poděbrady 2008, online

ZDRAVÍ 21, Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR, Ministerstvo zdravotnictví, Praha 2003

Seznam použitých internetových zdrojů

CAPPUCCIO, F.P. Meta-analysis of Short Sleep Duration and Obesity in Children and Adults. American Academy of Sleep Medicine.

<http://www.dobry-spanek.cz/novinky/nespavci-vice-tloustnou-293>, 7.12.2008, 13:00

CZOLKO, A. Zdravě již od narození. <http://www.celostnimedicina.cz/dite-ve-veku-od-25-do-3-let.htm>, 22.4.2009, 15:00

GRYGÁRKOVÁ, S. Dítě ve věku od 2,5 do 3 LET.

<http://www.celostnimedicina.cz/dite-ve-veku-od-25-do-3-let.htm>, 22.4.2009, 14:33

ILGNER, M. Tloušťka, podceňovaný zabiják.

<http://www.volny.cz/homeopatie/obezita/tloustka-zabijak.htm>, 7.12.2008, 13:15

INVITTI, C. et al. Metabolic syndrome in obese Caucasian children: prevalence using WHO-derived criteria and association with nontraditional cardiovascular risk factors.

[http://apps.isiknowledge.com/full_record.do?](http://apps.isiknowledge.com/full_record.do?product=WOS&search_mode=Refine&qid=5&SID=V1H4doNd73LKL7haddp&page=1&doc=8)

[product=WOS&search_mode=Refine&qid=5&SID=V1H4doNd73LKL7haddp&page=1&doc=8](http://apps.isiknowledge.com/full_record.do?product=WOS&search_mode=Refine&qid=5&SID=V1H4doNd73LKL7haddp&page=1&doc=8), 1.12.2008, 19:30. ISSN 0307-0565

KLENER, P. Následky obezity - psychická zátěž, nádory, pohybové, kožní, dýchací a trávicí potíže.

http://www.zbynekmlcoch.cz/info/ostatni_obory/nasledky_obezity_psychicka_zatez_nadory_pohybove_kozni_dychaci_a_travici_potize.html, 7.12.2008, 11:30

KONŮPKOVÁ, V. Věkové zvláštnosti u dětí.

<http://lukov.brontosaurus.cz/OHB/pedag-psych/VekoveZvlastnosti.php>,

2.12.2008, 10:30

KOREC, J. Obézní děti mají tepny pětadvacetiletých lidí, zjistili vědci.

<http://deti.pramenyzdravi.cz/3429797/Obezni-deti-maji-tepny-petadvacetiletých-lidi-zjistili-vedci.php>, 7.12.2008, 14:00

KUNEŠOVÁ, M., HAINER, V. Obezita – diagnostika. 2002

[http://209.85.129.132/search?q=cache:-0T5I-](http://209.85.129.132/search?q=cache:-0T5I-m9DRUJ:www.cls.cz/dokumenty2/os/t171.rtf+prim%C3%A1rn%C3%AD+obezita&hl=cs&ct=clnk&cd=3&client=opera)

[m9DRUJ:www.cls.cz/dokumenty2/os/t171.rtf+prim%C3%A1rn%C3%AD+obezita&hl=cs&ct=clnk&cd=3&client=opera](http://209.85.129.132/search?q=cache:-0T5I-m9DRUJ:www.cls.cz/dokumenty2/os/t171.rtf+prim%C3%A1rn%C3%AD+obezita&hl=cs&ct=clnk&cd=3&client=opera),

26.11.2008, 18:20

LEBL, J., KOLOUŠKOVÁ, S. Mladší školní věk.

<http://www.detskyrust.cz/detail.php?id=17>, 2.12.2008, 9:10

MÁLKOVÁ, I. Teoretický úvod KBT.

[http://www.hravezijzdrave.cz/index.php?](http://www.hravezijzdrave.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=102&Itemid=69)

[option=com_content&task=view&id=102&Itemid=69](http://www.hravezijzdrave.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=102&Itemid=69), 1.12.2008, 17:20

MATOULEK, M. Co je to obezita.

<http://www.zijzdrave.cz/obezita/co-je-to-obezita.html>, 26.11.2008, 15:10

MORAVCOVÁ, A. Jak žije obézní dítě?

<http://www.ordinace.cz/clanek/jak-zije-obezni-dite/>, 26.2.2009, 13:30

PALENČÁROVÁ, J., ŠEBESTA, K. Psycholingvistická charakteristika řeči dětí mladšího školního věku. <http://www.portal.cz/scripts/modules/fulltext/fulltxt.php>, 7.12.2008, 15:00

PELIKÁNOVÁ, T. INZULINOVÁ REZISTENCE A METABOLICKÝ SYNDROM.

[http://209.85.129.132/search?](http://209.85.129.132/search?q=cache:4E3a6JqRXoEJ:www.solen.cz/pdfs/med/2004/01/12.pdf+inzulinovC3%A1+rezistence&hl=cs&ct=clnk&cd=1&lr=lang_cs&client=opera)

[q=cache:4E3a6JqRXoEJ:www.solen.cz/pdfs/med/2004/01/12.pdf+inzulinovC3%A1+rezistence&hl=cs&ct=clnk&cd=1&lr=lang_cs&client=opera](http://209.85.129.132/search?q=cache:4E3a6JqRXoEJ:www.solen.cz/pdfs/med/2004/01/12.pdf+inzulinovC3%A1+rezistence&hl=cs&ct=clnk&cd=1&lr=lang_cs&client=opera), 1.12.2008, 17:30

POLÁK, J. FARMAKOTERAPIE OBEZITY.

[HTTP://209.85.129.132/SEARCH?](HTTP://209.85.129.132/SEARCH?Q=CACHE:ADBPR1B3O5EJ:WWW.ZDRAVCENTRA.CZ/CPS/RDE/XBCR/ZC/INT2006_02_02.PDF+FARMAKOTERAPIE+OBEZITY&HL=CS&CT=CLNK&CD=1&LR=LANG_CS&CLIENT=OPERA)

[Q=CACHE:ADBPR1B3O5EJ:WWW.ZDRAVCENTRA.CZ/CPS/RDE/XBCR/ZC/INT2006_02_02.PDF+FARMAKOTERAPIE+OBEZITY&HL=CS&CT=CLNK&CD=1&LR=LANG_CS&CLIENT=OPERA](HTTP://209.85.129.132/SEARCH?Q=CACHE:ADBPR1B3O5EJ:WWW.ZDRAVCENTRA.CZ/CPS/RDE/XBCR/ZC/INT2006_02_02.PDF+FARMAKOTERAPIE+OBEZITY&HL=CS&CT=CLNK&CD=1&LR=LANG_CS&CLIENT=OPERA), 1.12.2008, 18:00

PREIDT, R. Děti s větším objemem krku mohou mít potíže se spánkem a dechem.

<http://www.dobry-spanek.cz/novinky/deti-s-vetsim-objemem-krku-mohou-mit-potize-se-spankem-a-dechem-226>, 7.12.2008, 14:10

Provazník, K. a spol. Manuál prevence v lékařské praxi. Státní zdravotní ústav, Národní program zdraví, 1998. www.zdravcentra.cz, 13.4. 2009, 14:00

SALSBERRY, P., REAGAN, P. OBESITY BEFORE PREGNANCY LINKED TO CHILDHOOD WEIGHT PROBLEMS. [https://listserv.temple.edu/cgi-bin/wa?](https://listserv.temple.edu/cgi-bin/wa?A2=ind0512&L=net-gold&P=17831)

[A2=ind0512&L=net-gold&P=17831](https://listserv.temple.edu/cgi-bin/wa?A2=ind0512&L=net-gold&P=17831), 7.12.2008, 10:00

STÁRKOVÁ, L. Kognitivně behaviorální terapie: praktické užití v ordinaci pedopsychiatra. 1. část: Fobické a úzkostné poruchy.

[TP://209.85.129.132/SEARCH?](TP://209.85.129.132/SEARCH?Q=CACHE:VOCM3ORBOFQJ:WWW.ZDRAVCENTRA.CZ/CPS/RDE/XBCR/ZC/801.PDF+KOGNITIVN%C4%9B+BEHAVIOR%C3%A1LN%C3%AD+TERAPIE&HL=CS&CT=CLNK&CD=3&CLIENT=OPERA)

[Q=CACHE:VOCM3ORBOFQJ:WWW.ZDRAVCENTRA.CZ/CPS/RDE/XBCR/ZC/801.PDF+KOGNITIVN%C4%9B+BEHAVIOR%C3%A1LN%C3%AD+TERAPIE&HL=CS&CT=CLNK&CD=3&CLIENT=OPERA](TP://209.85.129.132/SEARCH?Q=CACHE:VOCM3ORBOFQJ:WWW.ZDRAVCENTRA.CZ/CPS/RDE/XBCR/ZC/801.PDF+KOGNITIVN%C4%9B+BEHAVIOR%C3%A1LN%C3%AD+TERAPIE&HL=CS&CT=CLNK&CD=3&CLIENT=OPERA),

4.12.2008, 18:30

STUNKARD, A. J. An adoption study of human obesity, online.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3941707>, 28.11.2008, 12:00

Mental health: a state of well-being
http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/index.html 27.11.2008 15:00

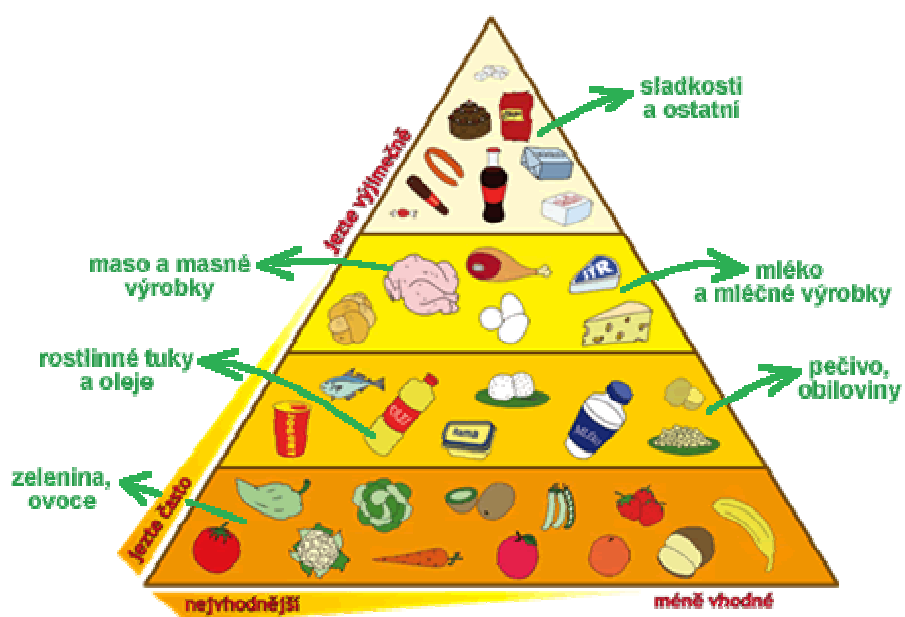
YARBORO, T., JANOFF, S. Obesity.
<http://yourtotalhealth.ivillage.com/obesity.html?pageNum=3>, 1.12.2008, 19:00

9. PŘÍLOHOVÁ ČÁST

Příloha 1



Výživová pyramida SZÚ (Kostková, 2008)



Potravinová pyramida podle poradenského centra Výživa dětí

Příklady jídelníčků při redukci váhy

snídaně



4400 kJ

rohlík tmavý +
plátkový sýr 30% +
grapefruit

Celozrnný rohlík je důležitým zdrojem vlákniny, zasytí na delší dobu než bílé pečivo. Sýr snižuje glykemickou výslednici po jídle, což napomáhá pocitu sytosti. Grapefruit je zdrojem vitamínu C.

svačina



jogurt Jogobella light

Při minimálním množství energie poskytne kvalitní bílkoviny a vápník, obsahuje 1 % tuku, není do něj přidán cukr.

oběd



kuřecí prsa +
brambory vařené +
rajčata

Kuřecí maso obsahuje hodně bílkovin a málo tuků. Můžete sníst jen polovinu brambor a na jídlo přidat 1 kávovou lžičku oleje. Zeleninu můžete libovolně zkombinovat (rajčata + papriky + okurky).

svačina



mléko polomáčené

Výborný zdroj bílkovin i vápníku. Mléko může být i v podobě zakysané (kefir). Pokud byste měli při podobné svačině hlad, můžete si „půjčit“ poloviční množství chleba Knuspi od večere.

večeře



knuspi +
krabí tyčinky +
kedlubny

Krabí tyčinky jsou zdrojem bílkovin s nízkým obsahem tuků, poskytují velké množství jódu (nutný pro činnost štítné žlázy). Jako zelenina jsou uvedeny kedlubny. Můžete využít jakoukoli jinou zeleninu.

snídaně



4800 kJ

chléb +
jogurt Activia +
jablko

Jogurty zcela bez tuku mají sice nižší energetickou hodnotu než Activia, ale pro zdraví jsou důležité i probiotické mikroorganismy – ty se vyskytují v jogurtech typu Activia, Hollandia apod.

svačina



červená paprika +
sýr Stríbrňák

Červená paprika je vynikajícím zdrojem vitamínu C, lze samozřejmě použít v kombinaci s dalšími druhy zeleniny.

oběd



hovězí zadní 2 talíře -
cuketa

Cuketu stačí lehce podusit s bylinkami nebo kořením a použít jako netradiční přílohu místo brambor.

svačina



tvaroh Ovofit

šmakoun + hlávkový salát - 1 lžice tatarské omáčky

večeře



Místo šmakounu lze použít vařené vaječné bílky, místo hlávkového salátu použijete pravděpodobně jen polovinu, s čím můžete nakombinovat další zeleninu (okurky, rajčata, papriky).

Příklady jídelníčků při redukci váhy

snídaně



chléb Knuspi + pomazánkové máslo + mrkev
Podobnou snídani můžete zvlášť lehce, budete-li jinou zeleninou. Knuspi volte bezlepek s vyšší svačinou



čerstvý sýr cottage

oběd



Krůtí prsa obsahují jen minimální množství tuku, zasytí. Jako příloha může být vařené brambory.

svačina



večeře



K večeři pečivo ani přílohy jíst nemusíte. Doplněte

snídaně



Vejce jsou sice zdrojem cholesterolu, ale mají i v redukčním jídelníčku místo. Snídaně lze tvořit i svačinou



oběd



vařené luštěniny - telecí maso 2 talíře - mrkev
Telecí (nebo hovězí) maso je občas vhodnější formou. Vstřebávání železa podporuje vitamín C.

svačina



večeře



Salát obsahuje mnohem více zeleniny než brambory. Množství bílkovin dodává šmakoun, kvůli větší

Příloha 2



LÉČEBNA Dr. L. FILIPA s.r.o.

nám. T. G. Masaryka 482/II, 290 01 PODĚBRADY
tel.: 325 612 666, tel./fax: 325 613 965
e-mail: detska@quick.cz, www.detska-lecebna.cz

Zpráva o lázeňském léčení

pobyt od 31.3. do 6.5.2008

Dg: O b e s i t a s

Anam: Obesní od 4 let- Jí vždy dobře, má rád sladké. Pohybu se nevyhýbá. Genetická zátěž ze strany obou rodičů.

Vyšetření:

FW
chol 3,85 mmol/l,
TK 95/60 mmHg

moč chem: negativní
zubní ošetření: viz kopie zprávy

Terapie:

Komplexní lázeňský režim, LTV, rotoped, posilování, terénní chůze, míčové hry
koupele vířivé, uhličitě, perlivé, plavání v bazénu.
dieta redukční 5000 kJ, edukace

Průběh:

Spolupracoval/a, úbytky hmotnosti plynulé, celkový efekt velmi dobrý. Hladina s-chol. v normě.
Pobyt bez komplikací. Jen extrakce moláru vpravo - viz zpráva.

Hmotnost: 33,7 kg.....30,8 kg = - 2,9 kg = -4,3 %
Výška: 120 cm.....121,5 cm
BMI: 23,4 kg/m².....20,9 kg/m²
Objem tělesného tuku: neměř. %... %
Pobyt prospěl.

Dopor.: Nadále omezení energet. příjmu, zvýšit pohybovou aktivitu.-
Balnea indicata.

Poděbrady 6.5.2008

LÉČEBNA Dr. Filipa s.r.o.

T. G. Masaryka 482
290 01 PODĚBRADY
tel.: 325 612 666 - ved. lékař
IČO 470 52 805 IČZ 27005000

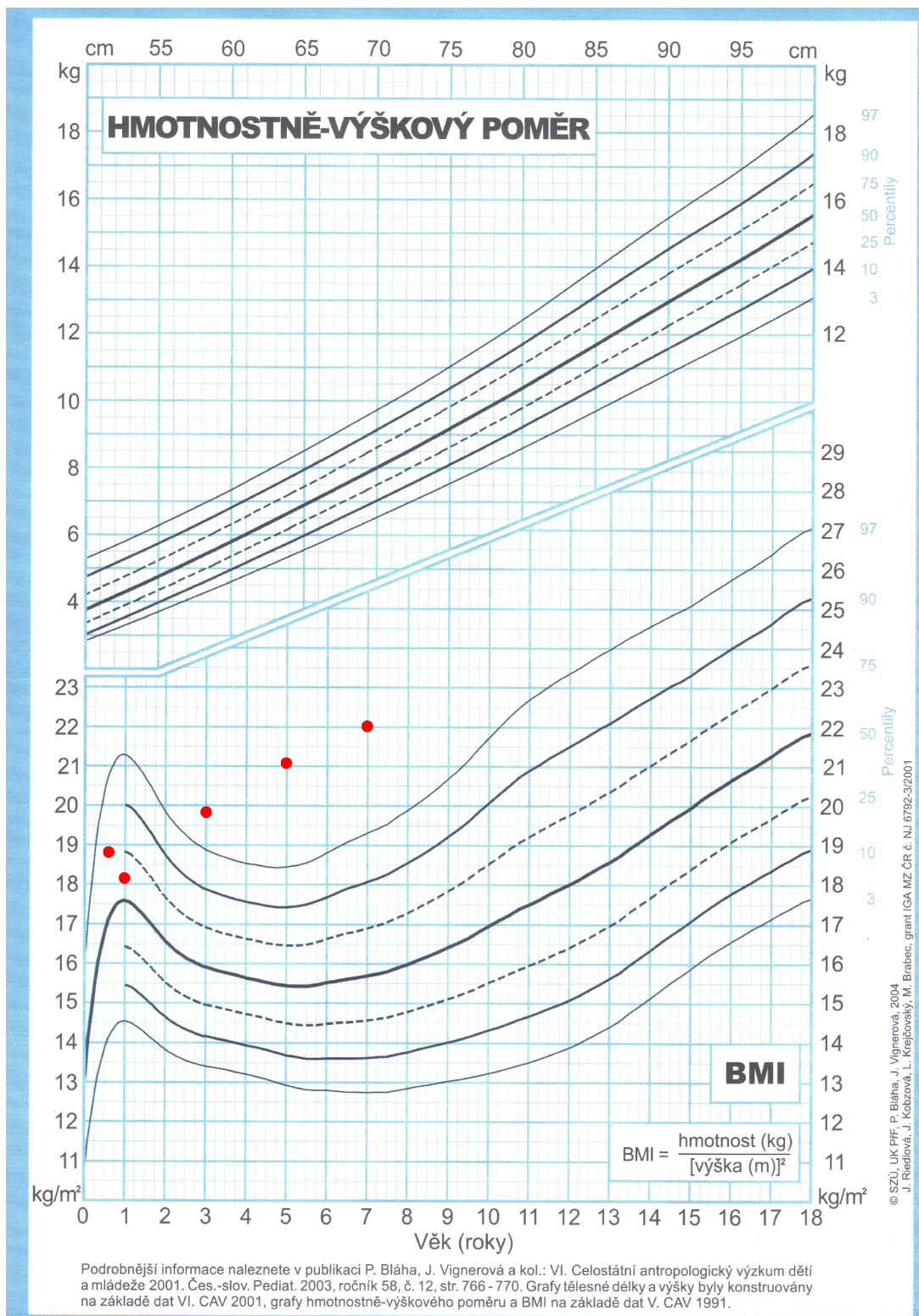
MUDr. Ludmila Vašíčková
vedoucí lékař



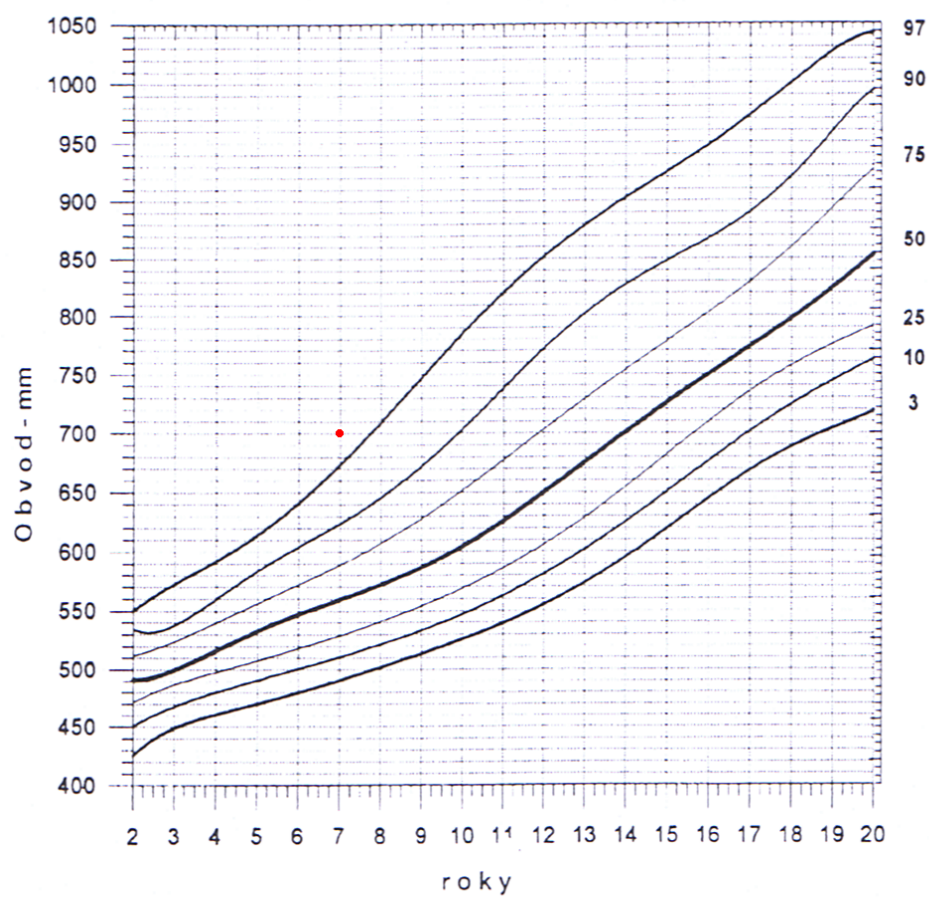
doporučená hmotnost: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100

Týden	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Datum	31.3	1.4	7(4.334	200	5.5.					
33.7										
32										
31										
30										

Příloha 3



Příloha 4



Graf 3. Percentilový graf vývoje obvodu břicha českých hochů (1 1/2 - 20 roků).

Příloha 5

Fotografie z léčebny



Bazén



Tělocvična



Pokoje, kde děti spí

Příloha 6

Záznám rozhovoru

Ahoj Péťo, můžu na chvíli? *Hm.*

Můžu se tě zeptat na pár věcí? *Tak jo.*

Baví tě to ve škole? Obrátí oči v sloup a vyplazí jazyk. *Radši omdlím.*

Nebaví? *Nebaví, protože když něco řeknu špatně, tak pani učitelka mi hned vynadá.*

Ale zase tam máš kamarády, ne? *Hm. Já sedím v lavici se sestřenicí.*

To je prima, ne? *Hm.*

Co se stane, když dostaneš špatnou známku? *To mám zaracha.*

Zlobí se víc mamka nebo taťka? *Taťka.*

Taťka? *Mamko, že se taťka zlobí hodně. Na tebe občas. A na nás. Můžu už jít na počítač?*

Ještě mi řekni, co třeba rád jíš. *Všechno.*

A úplně nejvíc? *Všechno.*

Ty nemáš nejoblíbenější jídlo? *Krupicovou kaši a ještě to, bramborovou kaši.*

A co rád nemáš? *Papriku zelenou.*

A co třeba rád děláš, když máš volno? *Jezdím na kole s kamarádama, jezdíme do prasečáku.*

Co tam děláte? *On je to jen starej barák a tam se dá hrát.*

Nemáš tam strach? *Minule jsme tam našli mrtvýho netopýra. (úsměv)*

Mamka říkala, že rád hraješ fotbal. *Hm.*

Co tě tam nejvíc baví? *Nevím.*

Máš tam kamarády? *Hm. Já tam chodím teprve jeden rok. Možná za čtyři roky nebo za dva roky.*

Ty jsi byl v těch lázních, vid'? Líbilo se ti tam? *Ne.*

Nelíbilo? Proč ne? *Bylo to tam hnusný. Píchali mi injekce. Musel jsem se chodit ráno vážit. Volno jsme měli jen večer.*

Cvičili jste tam? *Jo, každý den.*

A co jste cvičili? *Nevím.. Takový holčičí a klučičí styly.*

Co to znamená? Tomu nerozumím. *Já nevím. Takový holčičí pohyby.*

Bavilo tě tam něco? *Ne.*

V kolik jste vstávali? *Asi v půl osmý.*

Co jste tam jedli? *Ble..*

Nechutnalo ti tam? *Občas jo. Už bych tam nikdy nechtěl.*

Víš, proč jsi tam byl? *Protože jsem měl vysokej cholesterol.*

A z čeho se to stane? *Když se hodně jí. Už mě to nebaví. Už vám nebudu nic říkat.*

(ustříhl kousek lepící pásky a zalepil si pusou)



Léčebna Dr. L. Filipa Poděbrady

MUDr. Věra Drozdová,
Libuše Jiříčná - dietní sestra

Několik rad rodičům obézních dětí na cestu domů

vždy dietní režim. Nikdy to nesmí být přísná redukční dieta, neboť děti potřebují ke svému fyzickému a duševnímu vývoji dostatek všech základních živin (bílkoviny, tuky, sacharidy, minerální látky, vitamíny i stopové prvky). Protože otlilé děti jedí vždy o něco více než potřebují, stačí často omezit celkové množství přijímaného jídla zhruba o jednu čtvrtinu. Toto omezení se netýká zeleniny a nesladkého ovoce, naopak zakázat je třeba dětem tolik oblíbené slazené limonády a kolové nápoje.

Přísnější dietní režim je nutno uplatňovat u dětí s velkou nadváhou. Zde nevystačíme s pouhým omezením celkového množství jídla. Celkový energetický příjem by se měl pohybovat mezi 5000 – 7000 kJ denně. Úprava jídelníčku bude složitější a to vyžaduje určité odborné znalosti o živinách, jejich energetických hodnotách, ale i o způsobu kuchyňské úpravy potravin.

V zásadě platí - cokoliv sníme nebo vypijeme (kromě čisté vody) dodá tělu energii. Kolik jí bude, záleží na druhu přijímaných potravin. Energeticky nejbohatší jsou tuky - volné i skryté v potravinách a co do obsahu energie není rozdíl mezi tuky živočišnými a rostlinnými. Sacharidy (cukry) a bílkoviny jsou energeticky rovnocenné a dodávají oproti tukům 50 % kalorií (nebo joulů). Protože cukry se rychle vstřebávají a snadno přeměňují v zásobní tuk, nejnebezpečnější jsou jídla sladká a současně mastná.

Změna stravovacích zvyklostí předpokládá:

- Konzumovat stravu pestrou, ale v menším množství, jíst pravidelně 5-6x denně, ale mezi těmito jídly zásadně nic neuzobávat!
- Důsledně omezit tuky a volné cukry, při nákupu vybírat výhradně nízkotučné mléčné výrobky, libové maso, ryby a raději zapomenout na saláty, majonézové saláty, oplatky, dorty a koláče.

- Pamatovat na dostatečné zavodnění organismu a vypít denně 2 - 2,5 l neslazených tekutin.
- Hlad lze dobře utišit zeleninou, nesladkým ovocem, pomůže i vypít sklenice vody.
- Při kuchyňské úpravě potravin zásadně nesmažit a nepoužívat k zahuštění jíšku. Obojí změní i původně dietní potravinu v kalorickou bombu!

Ke spalování tukových zásob je nutný pohyb. Otlilé děti se často vymlouvají na nedostatek příležitostí ke sportování a může to být i pravda. Ale ujít denně pět kilometrů dokáže celá rodina kdykoliv a kdekoliv.

Závěrem:

Kdo se jednou zařadil mezi otlilé, je ohrožen po celý život. Jen část dětí ze své nadváhy vyroste. Proto je mimořádně důležité dbát na zdravý vývoj dítěte, sledovat jeho váhovou křivku, zvláště pak v rodinách s častějším výskytem tloušťky a nedopustit, aby k rozvinutí obezity vůbec došlo.

Pokud z Vašeho dítěte již vyrostl tloušťk a nyní v rámci léčby otylosti absolvoval lázeňský pobyt, je naprosto nezbytné dodržovat zásady zdravého životního stylu i po návratu do domácího prostředí. Pamatujte, že ke zdravému životu postačí daleko menší množství potravin, než si většina lidí myslí! Je však třeba jíst často (zhruba po třech hodinách), ale výhradně kvalitní potraviny v malých dávkách. Komerčně nabízené různé tzv. diety ani hladovky nejsou pro děti vhodné a mohou vést k poškození jejich zdraví!

Potraviny nevhodné:

Tučné mléčné výrobky, šlehačka, tučné krémy, tučná těsta, salámy, tučné maso, husa, kachna, slanina, paštiky. Potraviny, k jejichž kuchyňské úpravě je třeba větší množství tuku. Čokoláda a výrobky z ní, nápoje slazené cukrem, bonbony, cukrovinky, moučníky apod., dále solené pochoutky (chipsy, oříšky...)

Příloha 8

Plantogram



Tabulka 10
Výklad kategorií

KATEGORIE

- 1 ZVÍŘATA:** vlastnit je, hrát si s nimi, pečovat o ně.
- 2 JÍDLO** (včetně sladkostí, zmrzliny): těšit se na ně, mít je v oblíbenosti, chtít je, konzumovat či kupovat si je.
- 3 AKTIVITY BĚŽNÉ:** hlavně kreslení-malování, práce (obecně i v konkrétní poloze), zpívání, vyšívání, zahradničení, poslech hudby, činnosti spojené s denním režimem a sebeobsluhou, zábavou (jít na ples, pout', diskotéku), odpočívání, spát.
Spát, ležet, odpočívání: 95/97 SOI-3/3, NON-8/6.
- 4 ORIENTACE NA VÝKON:** mít tendenci něco dokázat, dokončit, naučit se něco, zvládnout něco, být úspěšný, neklamati.
- 5 VĚCI** (vlastnit je, přát si je): věci denní potřeby, pohádkové-kouzelné (kouzelný prsten, závoj, zlatou rybičku), hračky, věci nákladnější (magnetofon, auto, motorka, satelit).
Pohádkové: 95/97 SOI-11/3, NON-3/2.
- 6 DOMOV:** být doma, provádět činnosti spojené s domovem a sourozenci, činnosti typické pro úzký rodinný život (chodit sám do města, mít svoje nádobí a sám si vařit, mít miminko, mít partnera, být s partnerem, založit rodinu, jít pryč odsud, být doma, být s rodinnými příslušníky), mít blízkého kamaráda.
Partner: 95/97 SOI-12/20, NON-16.
- 7 POČASÍ:** počasí, roční-denní doba: je pěkně, sluníčko, jaro atd.
- 8 HYPERKRITICHNOST:** negativní (hostilní) hodnocení vlastní osoby okolím i sebou samým: hloupý, postižený, škaredý, tlustý, lžu, nemají mě rádi, kdybych raději nebyl, jsem sám.
Samota: 95/97 SOI-3/5, NON 3/1.
- 9 NEKRITICHNOST:** pozitivní, až nadnesené hodnocení vlastní osoby sebou samým: chytrý, šikovný, pracovitý, hezký, ale také umím číst, psát.
- 10 CHOVÁNÍ:** jsem hodný, poslušný, zlobivý, umím se slušně chovat, přemýšlet o sobě.
- 11 AKTIVITY SPORTOVNÍ:** provádět sportovní činnosti včetně tance, cestování, výletů a vycházek, připravovat se na soutěže, mít sportovní potřeby.
- 12 IDEÁLY:** pomáhat jiným, aby byl mír, lidé se nehádali, mít se dobře, spokojenost, ale i ideály nerealistické (létat v kosmu, být Zlatovláskou, významnou osobností, něco vykouzlit), dále uvědomění si hodnoty zdraví vlastního i jiných.
Zdraví: 95/97 SOI-6/12, NON-8/10.
- 13 ABSTRAKTNÍ:** nezařaditelné obsahy: uvádění vlastního jména, inkohrentní a opakované obsahy, věty, většinou bez kontextu s uvádějící myšlenkou: Jiří, jsem, jsem rád, jsem tady.
- 14 NEVÍM**
- XX Počet opakovaných vět**



Příloha 11

Rozhovor k erbu

Řekneš mi něco o svém erbu? *Hm*

Vysvětlíš mi co znamenají ty jednotlivé obrázky?

Třeba..proč jsou tam ta auta? *Nevím.*

A tenhle (třetí) obrázek? *To je houpačka.*

Rád se houpeš? Rád si hraješ? *Jo.*

Hraješ si radši sám? *Radši jsem někde s klukama.*

A co je tohle? *To se koupu.*

Co znamená to sluníčko? *Mám rád, když je hezky.*

A ty mraky? *Protože mám rád, když je večer bouřka.*

Proč? *Nevím.*

Co je na tvém erbu nejdůležitější? *To auto (žluté).*

Proč je nejdůležitější? *Protože je nejlepší a nejrychlejší.*

Chtěl bys být taky nejlepší? *Nevím.*

A to druhé auto? *Nevím.*

PRACOVNÍ LIST IX.

Vybarvi následující postavu dle toho, jak vnímáš jednotlivé partie na svém těle.
Zelenou ty, s kterými jsi spokojený(á), červeně ty, s kterými spokojený(á) nejsi:



Příloha 13

Dotazník

S kým ze třídy se kamarádíš?

Proč?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

S kým ze třídy se nechceš kamarádit?

Proč?

.....

.....

.....

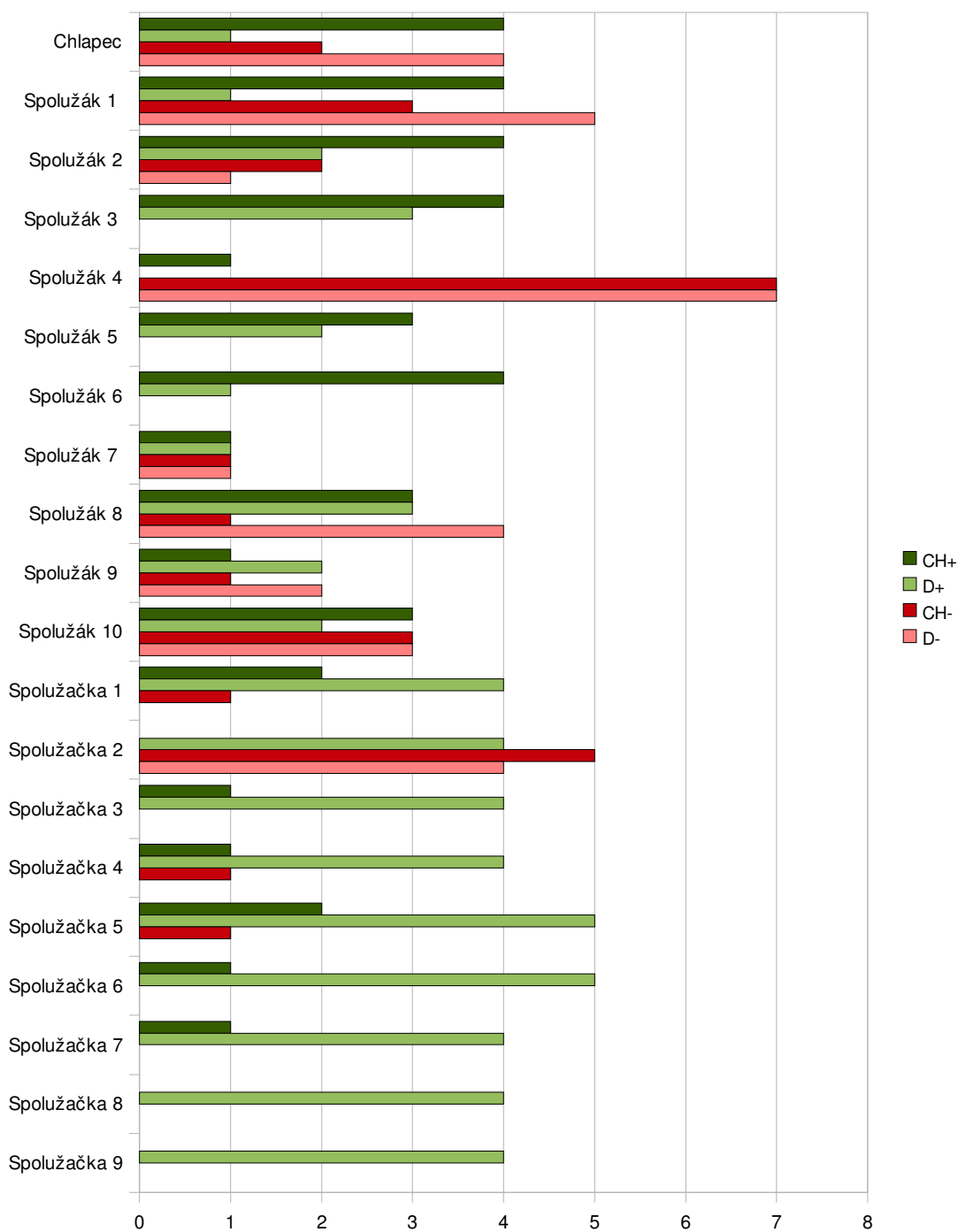
.....

.....

.....

Příloha 14

Graf oblíbenosti u spolužáků



Ch+ kladné hodnocení od chlapců

D+ kladné hodnocení u dívek

Ch- negativní hodnocení od chlapců

D- negativní hodnocení u dívek