FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B 5341

Martina Khodlová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

Obezita dítěte – problém v rodině

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Jandíková, DiS.

PLZEŇ 2014

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 30. 3. 2014 …….

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Zuzaně Jandíkové za odborné vedení práce, poskytování rad a hlavně za trpělivý a vstřícný přístup. Dále bych chtěla poděkovat paní MUDr. Lence Luhanové a praktickým lékařům pro děti a dorost v Horažďovicích.

Anotace

Příjmení a jméno: Khodlová Martina

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Obezita dítěte – problém v rodině

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Jandíková, DiS.

Počet stran - číslované: 86

Počet stran - nečíslované: 17

Počet příloh: 1

Počet titulů použité literatury: 23

Klíčová slova: obezita – nadváha – stravování – pohybová aktivita – děti – chlapci – dívky – rodiče

Souhrn:

Bakalářská práce je zaměřena na obezitu dítěte a s ním související problém v rodině. V teoretické části bakalářské práce se zabývám definicí obezity, typy obezity, příčinami jejího vzniku, jejími nejčastějšími komplikacemi, prevencí a léčbou. Ve druhé kapitole se odráží funkce rodiny a současné problémy rodiny zasažené obezitou. Závěr práce patří roli sestry zabývající se obézními dětmi. Praktická část pojednává o nejčastějších příčinách vzniku obezity u dětí ve věku 7–15 let, celkovému vlivu obézního dítěte na soužití v rodině a vnímání obezity rovněž obézními rodiči.

Annotation

Surname and name: Khodlová Martina

Department: Department of Nursing and Midwifery

Title of thesis: Child Obesity - A problem in the family

Consultant: Mgr. Zuzana Jandíková, DiS.

Number of pages: 86

Number of appendices: 17

Number of literature items used: 23

Key words: obesity – overweight – boarding – physical aktivity – childern – boys – girl - parents

Summary:

My bachelor is focused on obese children and related problems in the family. In the theoretical part of this work I deal with definitions of obesity, kinds of obesity, causes of obesity, the most common complications of obesity and finaly prevention and treatement of obesity. Second charter is about family function and contemporary problems in families regarding with obesity. In the conclusion I follow up the role of nurse´s work whose work is focused on obese children.

Practical part of this work belongs to the most common causes of obesity in children at the age of 7–15, to the general effect on obese child on cohabitation in family and perception of obesity by obese parents.

OBSAH

OBSAH 7
ÚVOD 9
1 OBEZITA 11
1.1 Definice obezity u dětí 11
1.2 Typy obezity 12
1.2.1 Primární obezita 12
1.2.2 Sekundární obezita 12
1.2.3 Obezita vzniklá v souvislosti s užíváním léků 12
1.3 Příčiny vzniku 13
1.3.1 Výživa 13
1.3.2 Pohybová aktivita 13
1.3.3 Změny životního stylu 14
1.4 Vyšetřovací metody 14
1.4.1 Anamnéza 14
1.4.2 Fyzikální vyšetření 15
1.4.3 Vyšetření tělesného složení 17
1.4.4 Laboratorní vyšetření 17
1.4.5 Zobrazovací metody 18
1.5 Nejčastější komplikace obezity 18
1.5.1 Poruchy pohybového aparátu 18
1.5.2 Cévní systém 18
1.5.3 Inzulinová resistence 19
1.5.4 Dyslipidémie 19
1.5.5 Jaterní steatóza 19
1.5.6 Komplikace psychosociální 20
1.6 Prevence 20
1.6.1 Prevence v oblasti výživy 20
1.6.2 Pohybová aktivita 22
1.7 Léčba obezity 24
1.7.1 Ambulantní léčba 24
1.7.1.1 Terapeutické programy 25
1.7.2 Pohybová aktivita 26

1.7.3 Psychoterapie ... 26
1.7.4 Lázeňská léčba ... 26
1.7.5 Farmakoterapie ... 28
2 RODINA ... 29
2.1 Vysvětlení pojmu rodina ... 29
2.2 Funkce rodiny ... 29
2.3 Současné problémy rodiny týkající se obezity ... 30
3 ROLE SESTRY TÝKAJÍCÍ SE OBEZITY DĚTÍ A PROBLÉMŮ V RODINĚ ... 32
PRAKTICKÁ ČÁST ... 34
4 FORMULACE PROBLÉMU ... 34
5 CÍL VÝZKUMU ... 35
5.1 Hlavní cíl ... 35
5.2 Dílčí cíle ... 35
6 METODIKA ... 36
7 VZOREK RESPONDENTŮ ... 37
8 ANALÝZA ÚDAJŮ ... 38
9 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ ... 74
10 DISKUZE ... 78
ZÁVĚR ... 86
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY ... 87
SEZNAM TABULEK ... 89
SEZNAM GRAFŮ ... 90
SEZNAM OBRÁZKŮ ... 91
SEZNAM ZKRATEK ... 92
SEZNAM PŘÍLOH ... 93

ÚVOD

Obezita dětí v posledních letech zaměstnává celosvětově spoustu odborníků, a to především proto, že došlo k dramatickému nárůstu počtu dětí trpících touto chorobou během poměrně krátké doby. Uvedený problém se nevyskytuje jen ve vyspělých zemí, ale zasahuje i do zemí třetího světa, kde se rovněž mění ekonomické podmínky. Vraťme se však k obézním dětem v naší republice. Ústav zdravotních informací a statistiky ČR uvádí následující alarmující údaje. V přepočtu na tisíc registrovaných pacientů v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost stouply počty obézních dětí z 5,5 v roce 1996 na 20,5 v roce 2011 a je více než pravděpodobné, že i v následujících třech letech křivka obezity u dětí neklesla. (Ústav zdravotnických informací a statistky ČR).

Pohybová aktivita u dětí se snižuje. Místo běhání venku, ježdění na kole, skákání gumy nebo tradičního „fotbálku na plácku“ před domem sedí děti doma u počítačů nebo před televizí. V lepším případě se venku sejdou, ale pouštějí si hudbu z telefonů nebo na nich hrají hry. Navíc dnešní uspěchaná doba a nedostatek volného času ze strany rodičů přispívá k využívání služeb sítí obchodů s rychlým občerstvením ve větší míře, než je zdrávo. Díky železné oponě byl tento způsob stravování pro naše občany téměř nedostupný. Po roce 1989 šlo zpočátku víceméně o zvědavost, která postupem doby přerostla v módní trend. Proto je v dnešní době možné vidět v těchto řetězcích celé rodiny, které se stravují v rámci společných nákupů ve snaze ušetřit čas. Mnoho rodičů je nuceno trávit většinu času v zaměstnání, aby byl zabezpečen chod rodiny, proto je pro ně svým způsobem pohodlnější dát svým dětem peníze na stravu, ale už nekontrolují, co si za obdržené peníze děti koupily. Toto jsou hlavní příčiny stále více přibývajících dětských obézních pacientů. V mnoha, ne-li ve všech případech dítě dospěje k obezitě stylem života, který se v rodinách pěstuje. Je zřejmé, že vinu na tomto stavu nesou především rodiče.

Ve své bakalářské práci bych se chtěla zabývat obezitou dítěte, možnými příčinami vzniku, jejími komplikacemi, léčbou obezity, ale také problémy, které obezitu doprovázejí.

Téma „Obezita dítěte – problém v rodině“ jsem si vybrala nejen proto, že nadváha a obezita dětí celosvětově stoupá, ale také proto, že jsem na rozdíl od sourozenců prožila dětství v obezitě. Díky tomu zcela bezpečně vím, co všechno s sebou nese být „tou tlustou holkou“. V souvislosti se současným trendem však zůstává otázkou, jestli za pár let nebudou outsidery děti, které nadváhou netrpí.

Hlavním cílem mé bakalářské práce je zjištění nejčastějších příčin vzniku obezity u dětí 7 – 15 let, celkový vliv obézního dítěte na soužití v rodině a vnímání obezity rovněž obézními rodiči.

TEORETICKÁ ČÁST

1 OBEZITA

1.1 Definice obezity u dětí

Z latinského slova obesus (= dobře živený, tučný), vychází české slovo obezita. (PASTUCHA a kol., 2011, str. 11). Z důvodu různě se lišících parametrů, nikde nenalezneme přesnou definici obezity. Zlatko Marinov, Dalibor Pastucha a kol. uvádí ve své knize jednu z nejvýstižnějších definic: „Obezita, nebo-li výstižně česky „otylost“, je stav, ve kterém přirozená energetická rezerva savce (v našem případě člověka), která je uložena v tukové tkáni, stoupla nad obvyklou úroveň a poškozuje zdraví.“ (MARINOV, PASTUCHA a kolektiv, 2012, str. 13). Jiná definice říká, že jde o vzestup hmotnosti spojené s nadměrným ukládáním tělesného tuku v organismu. Každé lidské tělo funguje tak, že si v tukových buňkách uchovává zásobu energie. V případě, že zásoba energie je vyšší než běžná norma, dochází k obezitě, která poškozuje zdraví. Ovšem pojem „běžná norma“, je, myslím, natolik zavádějící, že bych se zpětně vrátila a držela se definice první.

Tuková tkáň má však v lidském těle nezanedbatelnou úlohu; v první řadě chrání vnitřní orgány před poraněním a v neposlední řadě produkuje biologicky aktivní látky včetně různých hormonů, které do značné míry ovlivňují metabolické procesy v lidském organismu. Z toho vyplývá, že pro člověka je tuková tkáň nepostradatelná, ale jen do té míry, pokud jí není v těle nadbytek. Pokud má jedinec v těle tukové tkáně nadbytek, zatěžuje tím i životně důležité orgány jako jsou např. játra, omezuje hybnost, způsobuje diabetes 2. typu apod. Vzhledem k tomu, že u dětí a mládeže se obezita stále více rozmáhá, narůstá tím i v dětském věku počet případů onemocnění diabetu 2. typu, který byl v minulosti téměř výhradně nemocí dospělých. (MARINOV, BARČÁKOVÁ, NESTRDOVÁ, PASTUCHA, 2011, str. 7).

Stupeň obezity u dospělých je určován podle Body Mass Index (BMI) nebo-li indexu tělesné hmotnost. Jestliže je hodnota BMI vyšší než 30 jednotek hovoříme o obezitě, jakmile je hodnota vyšší, než 25 jednotek, jedná se o nadváhu. Tuto hodnotu vypočítáme podle vzorce: váha v kilogramech dělená výškou v metrech na druhou. Ovšem jelikož se během celého dětství a dospívání poměr výšky a hmotnosti mění, nemůžeme tato kritéria použít i u dětí. O konkrétních metodách vyhodnocování obezity u dětí se budu dále zabývat v podkapitole 1. 4. (MARINOV, PASTUCHA a kol. 2012, str. 13).

1.2 Typy obezity

Podle tvaru se mohou v dospělosti rozlišovat dva typy obezity: androidní obezita s nahromaděním tuku spíše v horních částech těla – lidově řečeno „jablko“ a gynoidní obezita s kumulací tuku spíše v dolních částech těla – na hýždích a stehnech – lidově označeno jako „hruška“. Protože se struktura těla u dětí a dospívajících mění, není toto rozdělení podle tvaru významné.

1.2.1 Primární obezita

U dětí školního věku se převážně setkáváme s primární obezitou, u níž převládá takzvaný alimentární typ obezity. U tohoto typu dochází k nerovnováze mezi příjmem a výdejem energie. Tuk v těle bývá rozložen rovnoměrně; jeho uložení se mění s narůstajícím věkem s ohledem na to, jedná-li se o chlapce nebo dívku.

1.2.2 Sekundární obezita

Sekundární obezita je následkem již nějakého vzniklého onemocnění. Tato obezita bývá součástí nejen geneticky podmíněných syndromů. Syndrom Pradera - Williho je jeden z nejznámějších. U dětí postižených tímto syndromem nacházíme malý růst, hypotonii, malá akra, mentální retardaci a někdy se vyskytují skeletální úchylky. Dalším syndromem může být Barderův – Biedlův spojený s obezitou, retinitis pigmentosa, hypogenitalismem, mentální retardací a s nadpočetnými prsty. Vzácnější může být pak Cohenův syndrom s obezitou, u nějž dochází k hypotonii, mikrocefalii, zrakovým poruchám, syndromu fragilního X – chromosomu s mentální retardací. Alströmův syndrom s hypogenitalismema časným nástupem obezity. Dále se může objevit obezita u dalších geneticky podmíněných chorob, jako jsou Turnerův a Downův syndrom.

I některé endokrinopatie doprovází obezita, v důsledku působení nedostatečné či nadměrné hormonální sekrece, které vedou ke změnám matabolismuv tukové tkáni a tudíž i k jejímu zmnožení. S obezitou se můžeme setkat u nadměrné sekrece glukokortikoidů, u hypotyreózy či u nízké endogenní sekrece růstového hormonu.

1.2.3 Obezita vzniklá v souvislosti s užíváním léků

Je třeba zmínit, že na vznik obezity může mít vliv i podávání některých léků. Například při dlouhodobé léčbě kortikosteroidy při zvýšené endogenní sekreci glukokortikoidů, hovoříme o tzv. trunkální či „pavoučí“ obezitě. Tukové vrstvy jsou nahromaděné v oblasti trupu, vytváří vysokou vrstvu v obličeji (tzv. „měsícovitý obličej“) a na krku (tzv. „býčí šíje“), bývají přítomné strie a končetiny bývají naopak štíhlé. Obezita

se vyskytuje též při léčbě sedativy, neuroleptiky, antiepileptiky, antihistaminiky. (PAŘÍZKOVÁ, LISÁ a kolektiv, 2007, str. 107 – 110).

1.3 Příčiny vzniku

1.3.1 Výživa

U prosté obezity je nejčastěji vysvětlováno nadměrné ukládání tuku jako nerovnováha mezi energetickým příjmem a výdejem. Za jednu z nejdůležitějších příčin obezity je považována nestřídmost v jídle. Nejen změny ve složení potravy – omezování příjmu vitaminů, vlákniny a polysacharidů a naopak zvýšení příjmu jednoduchých sacharidů, často i tuků, ale i režim příjmu potravy v průběhu dne (vynechané snídaně, největší energetický výdej večer) vedou k obezitě. (PAŘÍZKOVÁ, LISÁ a kol., 2007, str. 19 - 20).

S výživou je také úzce spojena i reklama a stravování se v rychlém občerstvení. Hračky k menu a poměrně nízká cena přiláká nejen děti, ale i jejich rodiče. Tato jídla jsou bohatá na jednoduché cukry, tuky, cholesterol a sůl, což vede k nadměrnému energetickému příjmu a rozvoji poruchy krevních tuků. (MARINOV, BARČÁKOVÁ, NESTRDOVÁ, PASTUCHA, 2011, str. 29). V reklamách hrají velkou roli převážně sladké potravinové výrobky - výrobky z čokolády, slazené nápoje apod., většinou o ovoci, zelenině a dynamických aerobních sportech není ani zmínka. Proto je důležité se soustředit také na vliv médií, na propagaci zdravé stravy a pohybový režim.

1.3.2 Pohybová aktivita

Snížení celkové pohybové aktivity, a tím pádem pokles energetického výdeje u dětí je nedílnou součástí týkající se vzniku obezity. (PAŘÍZKOVÁ, LISÁ a kol., 2007, str. 20).

Je nedostatečné spoléhat se na hodinu tělesné výchovy ve škole, jelikož čas vymezený na ni se v posledních letech zkracuje. Navíc i mnohým dětem se podaří z tělesné výchovy vymluvit, či ji nahrazuje jiná školní aktivita. Mnohdy bývá hodina vynechána z důvodu výsměchu, diskriminace až šikany obézního dítěte, a to nejen ze stran spolužáků, ale i ze stran vyučujícího. Navíc dle průzkumu na rozdíl od chlapců děvčata kolikrát školní tělocvik nemotivuje, některé dívky dokonce i demotivuje. Je důležité upozornit na to, že nejen zdravotní stav, pohlaví, věk, pohybové výkony, handicap, ale i obezita mohou způsobit vyloučení ze skupiny a následnou společenskou izolaci, která může u dítěte vést k význačnému stresu. Chůze a běh byla úplně vyřazena rozvojem techniky. Pozitivní emoce si děti zajišťují prostřednictvím počítačových her namísto aktivního pohybu.

Sledováním televize či před počítačem tráví děti až 26 hodin týdně a únava po tříhodinovém hraní na počítači je srovnatelná s pohybem po stejně dlouhou dobu. (MARINOV, BARČÁKOVÁ, NESTRDOVÁ, PASTUCHA, 2011, str. 72, 26).

Pohybová aktivita dětí je věrným odrazem pohybové aktivity jejich rodičů. Již od dětství se díky pozorování a napodobování lidí v nejbližším okolí učíme svému chování. Z toho vyplývá, pokud rodiče rádi tráví čas u televizních obrazovek, nakupováním v supermarketech, jezdí raději všude autem, než aby šli pěšky, nemohou se divit tomu, že je dítě napodobuje. (MARINOV, BARČÁKOVÁ, NESTRDOVÁ, PASTUCHA, 2011, str. 73).

1.3.3 Změny životního stylu

Rozšíření technologií umožnil rozvoj celoplošného prostředí s přiměřenou tepelnou pohodou, která zasahuje do tepelné regulace organismu. Výkonné vytápění, klimatizační a ventilační technologie vytvářejí optimální tepelnou pohodu, která má za následek vyřazení energetické náročnosti vlastního řízení teploty organismu. Vymezení otužování vede k nesprávné energetické bilanci a hraje negativní roli ve vzniku obezity.

Za posledních 50 let se také změnila doba spánku. Zkrátila se v průměru o 1,5 - 2 hodiny. Zkracování délky spánku je nepřímo úměrně následováno nárůstem hmotnosti, kdy spánek kratší (ale i delší) vede k nárůstům BMI. (MARINOV, BARČÁKOVÁ, NESTRDOVÁ, PASTUCHA, 2011, str. 24 – 25).

1.4 Vyšetřovací metody

1.4.1 Anamnéza

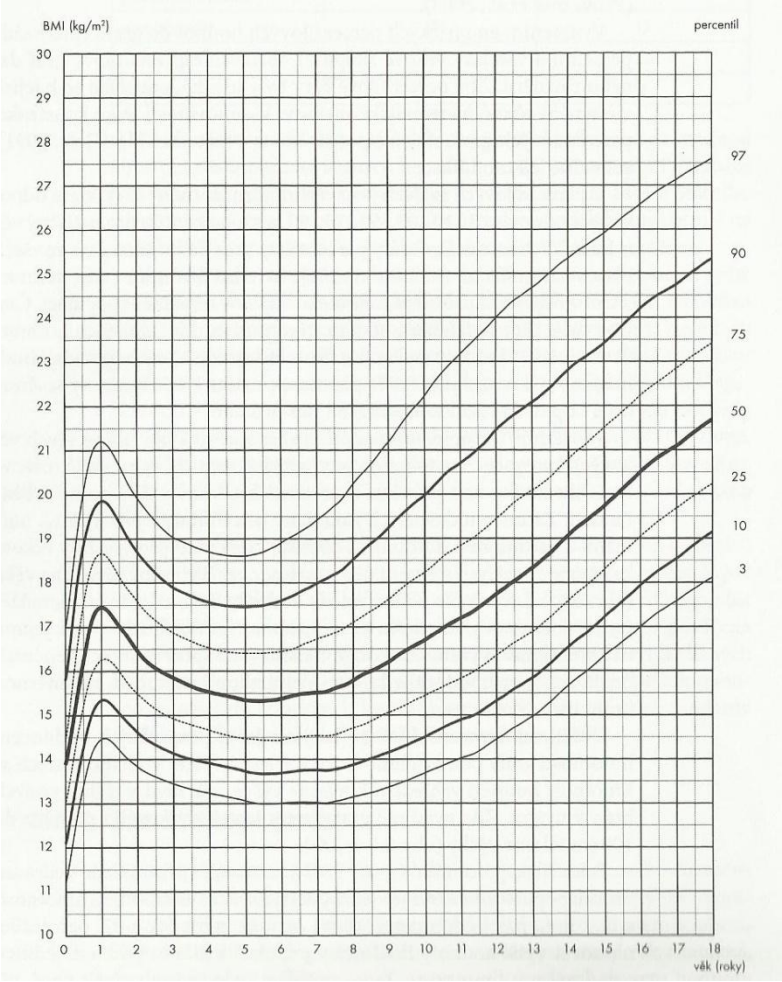
Důležité je se zaměřit především na rodinnou anamnézu, v níž zjišťujeme, zda-li se vyskytuje obezita v rodině. V osobní anamnéze se zaměříme na porodní hmotnost dítěte, zjistíme, zda matka neměla gestační diabetes, vývoj váhy a výšky v průběhu kojeneckého období a časného dětství. V dokumentaci pediatrického lékaře najdeme údaje o vývoji váhy a výšky dítěte z jednotlivých měření, tyto údaje zaneseme do percentilových grafů. Dále zjišťujeme užívání dlouhodobé medikace včetně jejího dávkování. Zkoumáme anamnézu jídelních zvyklostí (pravidelnost snídaní, frekvence hlavních jídel, maximální porce během dne, jídlo v noci), fyzickou aktivitu dítěte (způsob trávení volného času, čas strávený sedavou činností – doba trávení u televize, počítače, učení). (HAINEROVÁ, 2009, str. 88).

1.4.2 Fyzikální vyšetření

Jako prvotní metody k základnímu vyhodnocení stupně obezity a k přesnějšímu posouzení výsledků redukční léčby slouží antropometrické metody. Jde především o zjištění výšky a hmotnosti, které jsou podstatné pro posouzení nadváhy a obezity, BMI, z–skóre BMI, pomocí kaliperu měříme kožní řasy nad tricepsem a řasy subskapulární. Vyšetření krevního tlaku, monitorování přítomnosti dimorfických znaků, kožních strií či ortopedické abnormality. Tyto metody jsou neinvazivní. (HAINEROVÁ, 2009, str. 89).

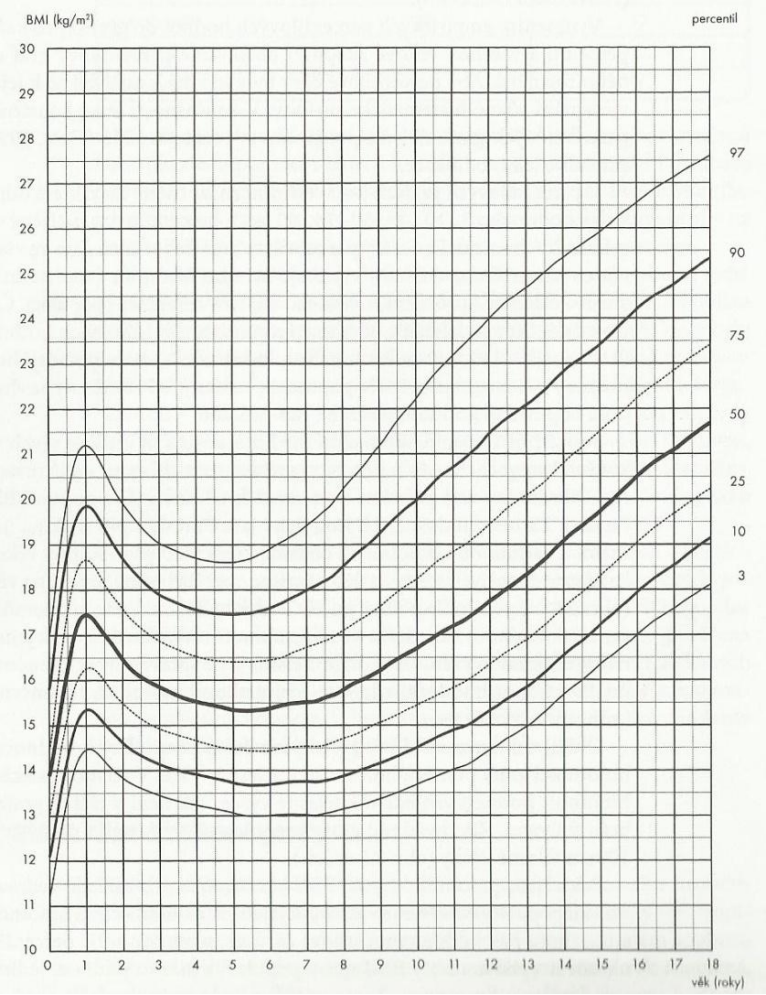
K hodnocení BMI u dětí používáme percentilové grafy váhy a výšky. Za nadváhu je považováno BMI nad 90, za obezitu BMI nad 97 percentil. BMI je považován za jeden ze základních ukazatelů složení těla, ale není zcela přesný; ze vzorce není patrné a nelze z něj vypočítat, jaká je hmotnost kostí a svalů nebo zda tělo zadržuje vodu. Pro děti se klasický vzorec BMI nepoužívá, a to z důvodu měnícího se poměru výšky a váhy během dospívání. Grafy u dívek a chlapců jsou rozdílné. Na obrázku číslo 1 a 2 je názorná ukázka BMI percentilových grafů pro chlapce a dívky. (PAŘÍZKOVÁ, LISÁ a kol., 2007, str. 68 - 69).

Obrázek 1 - percentilový graf BMI, chlapci 0-18 let



Zdroj: PAŘÍZKOVÁ, LISÁ, 2007, s. 34

Obrázek 2 - percentilový graf BMI, dívky 0-18let



Zdroj: PAŘÍZKOVÁ, LISÁ, 2007, s. 35

1.4.3 Vyšetření tělesného složení

Vyšetření se provádí pomocí bioimpedanční analýzy (bioimpedanceanalysis - BIA), která slouží k měření procentuálního zastoupení tuku, vody a svalové hmoty v těle. Při této metodě prochází tělem slabé elektrické proudění. Měření je založeno na snazším průchodu elektrického proudu tekutinou ve svalech než tukem. Měří se velikost odporu (impedance), kterou kladou jednotlivé tkáně těla; na základě těchto výsledků lze vypočítat procentuální zastoupení tukové a svalové tkáně i vodu (PAŘÍZKOVÁ, LISÁ a kol, 2007, str. 71 – 72, 75).

1.4.4 Laboratorní vyšetření

Charakterizují nám výskyt jiných onemocnění ovlivňující léčbu obezity či přítomnost komplikace obezity. Mezi základní vyšetření řadíme: inzulin nalačno,

glykemie, glykovaný hemoglobin, C – peptid, kyselinu močovou, jaterní testy (ALT, AST, GMT), lipidový profil, OGTT, testy štítné žlázy (fT4, TSH). Při podezření na mutaci LEP genu je sledována sérová hladina leptinu, při podezření na Cushingův syndrom se provádějí testy na zjištění funkci kůry nadledvin (testy stimulační či supersní endokrinologické, stanovení hladin hormonů a jejich metabolitů v plazmě, denní odpad hormonů a jejich metabolitů močí). (HAINEROVÁ, 2009, str. 89).

1.4.5 Zobrazovací metody

Magnetická resonance (MR) je užívána především pro měření intraabdominálního tuku u dětí léčených růstovým hormonem pro Turnerův syndrom. Výsledky vzájemně souvisí s dalšími metodami měření tělesného tuku a BMI. (PAŘÍZKOVÁ, LISÁ a kol, 2007, str. 77). Dále může být indikací k vyloučení expanze nadledvin, v indikovaných případech se využívá MR mozku se zaměřením na oblast hypofýzy a hypotalamu. Echokardiografie se využívá ke zobrazení struktury a funkce levé komory a k ozřejmění svalové hmoty srdeční. Při podezření na syndrom spánkové apnoe se využívá somnografické vyšetření. (HAINEROVÁ, 2009, str. 89 – 90).

1.5 Nejčastější komplikace obezity

1.5.1 Poruchy pohybového aparátu

Jedna z komplikací obezity je přetěžování pohybového aparátu důsledkem nadměrné hmotnosti dítěte. To vede nejen k přetěžování kosterního, ale i svalového systému. Mnohdy dochází k vadnému držení těla kvůli ochablému svalstvu břišnímu a hlubokému zádovému, což vede ke vzniku skolióz. Dále můžeme nacházet u obézního dítěte ploché nohy, z důvodu postoje na rozkročené na široké bázi, defekty v postavení kolenních kloubů, změně těžiště a rozvoji svalových dysbalancí, což může vést v pozdějším věku až ke vzniku předčasných artrotických změn. Ochablé svalstvo se vyskytuje nejčastěji v oblasti hýžďové, břišní a mezi lopatkami. (PASTUCHA, 2011, str. 13).

1.5.2 Cévní systém

Zatížení skeletu dolních končetin vede k zátěži i v cévním systému DK. Při výrazné obezitě v dětství se setkáváme s rozvojem varikózních cévních změn, nejčastěji v pubertálním období. Změny souvisí s porušeným cévním epitelem. U velkého počtu obézních dětí se vyskytuje hypertenze, v dospělosti pak tromboembolická choroba. (PAŘÍZKOVÁ, LISÁ a kol., 2007, str. 110).

Hypertenze je stanovena u dětí a adolescentů dle pohlaví, věku a výšky. V závislosti na BMI vzrůstá riziko vzniku hypertenze. Hainerová uvádí ve své knize definici hypertenze jako: „Systolický či diastolický krevní tlak větší nebo rovno 95percentil k pohlaví, výšce, a věku za použití správné manžety během tří a více vyšetření“. (HAINEROVÁ, 2009, str. 62). Jakmile se vyloučí, že nejde o sekundární hypertenzi ale o primární (esenciální), zahájí se léčba. Nejprve se vyzkoušejí režimová opatření. Selže-li režimová léčba, přistupuje se k farmakologické terapii. Léčbu zahajujeme nejnižší doporučenou dávkou. V současné době se u dětí používají čtyři skupiny farmak – diuretika, beta-blokátory, angiotenzi-konvertujícího enzymu nebo blokátory kalciových kanálů. Pokud je léčba neefektivní, či se objeví nějaké nežádoucí účinky, je nutné použít buď kombinaci léků, nebo se užije lék z jiné skupiny antihypertenziv. Sledování a průběžné monitorování TK u dětí, které jsou léčeny farmakologicky je nezbytné, jelikož u obézních dětí může dojít ke snížení váhy a tím pádem k normalizaci TK. (HAINEROVÁ, 2009, str. 62-63).

1.5.3 Inzulinová resistence

U obézních dětí je nástup IR velmi časný (IR = stav, kdy je inzulin v tukové a svalové tkáni snížen). U obézních pacientů se zvyšuje hromadění tuku ve viscerálních a intramyocelulárních oddílech. Tkáň tuková je infiltrována makrofágy produkující zánětlivé cytokiny, proto se u obézních klientů nachází jejich zvýšené hladiny a naopak snížené hladiny adiponektinu. Právě zvýšené hladiny cytokinů zvyšují riziko vzniku inzulinové rezistence. Tento stav je jedním z patogenetických faktorů podílející se na vzniku onemocnění diabetes mellitus 2. typu. (HAINEROVÁ, 2009, str. 75, 77).

1.5.4 Dyslipidémie

Mezi nejzávažnější následky obezity patří metabolické změny. Dyslipidémie je nemoc, kdy jeden či více lipidů vykazuje abnormální hodnoty; to může vést k rozvoji aterosklerózy. Obézní děti mají vyšší procento výskytu dyslipidémie a inzulinové rezistence. Terapie spočívá v režimovém opatření, a to ve snížení příjmu tuků, nasycených mastných kyselin, cholesterolu a jednoduchých cukrů; naopak je potřeba zvýšit příjem komplexních sacharidů.

1.5.5 Jaterní steatóza

Častým projevem u obezity dětí je elevace jaterních enzymů při steatóze jater. Ta se diagnostikuje také i u neobézních dětí s DM 2. typu nebo také u pacientů léčených s hyperinzulinemií. Hainerová ve své knize uvádí: „Steatóza jater je charakterizována mírným vzestupem aminotransferáz a zvýšenou echogenitou jater na ultrasonografii.“ Toto

onemocnění můžeme prokázat také histologicky z bioptického materiálu. Základní léčba je hmotností úbytek a úprava dietních návyků. (HAINEROVÁ, 2009, str. 78 – 79).

1.5.6 Komplikace psychosociální

Obézní děti často strádají nejen po fyzické, ale zvláště pak po psychické stránce. Tyto komplikace se mohou objevovat již od útlého dětského věku, častěji se však vyskytují u dospívajících dívek. Jako příklad můžeme uvést citovou depresi, při níž si nemocné dítě vyvolává příjemné pocity nadměrným množstvím stravy či stravou nezdravou. Mnohdy trpí depresemi, úzkostnými stavy a pocity méněcennosti. Někteří se stydí za svůj vzhled a tloušťku, tím pádem se začínají stranit kolektivu, kvůli své neobratnost; odmítají cvičit, vyhledávají samotu a s tím i většinou sedavý způsob života. Celá situace se začíná zhoršovat, pokud se těmto dětem ostatní vysmívají nebo jsou vystaveny šikaně. Ve studiích bylo prokázáno, že je určitý vztah mezi obezitou a zhoršeným prospěchem ve škole.

Obézní dítě si plně uvědomuje, že jej společnost (spolužáci) vidí jako člověka méněcenného, bez vůle, fyzicky neatraktivního a tím pádem ztrácí kvůli vyhýbání se setkání s jeho vrstevníky sociální kontakt s ostatními. Je prokázáno, že osoby, které v dětském věku byly obézní, mají větší sklon k psychiatrickým onemocněním. Kvůli těmto psychickým problémům, které se přenášejí do dospělosti, mohou mít jedinci obtíže ve společnosti či zaměstnání. (PASTUCHA, 2011, str. 16 – 17).

1.6 Prevence

Důležitou úlohou v zastavení stoupajícího trendu nadváhy a obezity u dětí, je především prevence. V první řadě za svůj životní styl a životní styl svých dětí odpovídá jedinec, ale celkový boj proti obezitě nemůže být bojem jednotlivců. Nejen potravinářské firmy, které by měly dodržovat etický kodex v reklamě mířené na děti, uvádět přehledně informace pro spotřebitele a snižovat množství surovin podporující vznik obezity, by se měly zapojit do boje proti obezitě, ale také je nutné zapojit celou společnost. (MARINOV, BARČÁKOVÁ, NESRSTOVÁ, PASTUCHA, 2011, str. 47).

1.6.1 Prevence v oblasti výživy

Prevence obezity začíná již v průběhu těhotenství. Je vědecky dokázáno, že matka, která v době těhotenství přibrala více než 12 kg (např. okolo 20 kg), zvyšuje tak výrazně riziko vzniku nadváhy dítěte. Plod si dokáže vytvořit návyk na stravu přijímanou matkou především v případě některých specifických potravin, jako mohou být sladkosti a dost možná i tuky.

Mezi základní prevenci obezity můžeme zařadit i dostatečně dlouhé kojení. U kojeného dítěte nedochází k přetěžování organismu nevhodnými typy tuků a jednoduchými cukry, není živeno kravským mlékem bohatým na nevhodné bílkoviny, a tím pádem játra mohou fungovat normálně, jelikož se v nich nehromadí tuky. Pokud nastane situace, kdy je nutné velmi časně po porodu přerušit kojení, lze očekávat celoživotní problémy včetně zvýšeného rizika rozvoje nadváhy. Díky zkušenostem s hromadným použitím umělé kojenecké výživy bylo totiž možné konstatovat, že takový postup vede k výrazně rychlejšímu nárůstu hmotnosti kojence a batolete. V době, kdy samotné kojení již nestačí a začínají se používat nemléčné a mléčné příkrmy na bázi kravského mléka a pšenice, tyto příkrmy mohou způsobit nejen zažívací problémy a potravinové alergie, ale pokud matka přehání jejich podávání (co do množství), je to první krok k rozvoji nadváhy a obezity. (FOŘT, 2004, str. 45-48).

V batolecím období se musíme soustředit na režim a pravidelnost v jídelním chování. Jídlo v pravidelných intervalech (5 – 6x denně) za prostřeným stolem, společně u jednoho stolu, vypnutá televize a zeleninová či ovocná příloha, je nedílnou součástí v prevenci proti obezitě. Strava by měla být nesolená, nekořeněná a bez dochucovadel. Dítě bychom neměli nutit k dojídání jídla. Dochází u něj ke zpomalování růstu a jeho hmotnostních přírůstků a jeho pohybové dovednosti narůstají. Tyto změny se projevují i na chuti k jídlu, tím pádem může dojít ke snížení příjmu potravy. Toto období je unikátní pro zavádění nových druhů potravin, a to především zeleniny a ovoce. Prostřednictvím pestré a pravidelné stravy s dostatečným obsahem všech základních živin, jejichž zdrojem jsou plnohodnotné potraviny – celozrnné obiloviny, mléko a mléčné výrobky, ovoce, zelenina, čerstvé maso, luštěniny, mořské ryby a pramenitá voda – je umožněn kvalitní psychický i fyzický růst.

Předškolní věk je u většiny dětí zlomovým obdobím spojeným s nástupem do mateřské školky a s tím související nový denní jídelní i pohybový režim. Jídelníček by měl obsahovat šest základních skupin potravin v tomto poměru: maso (1 – 2 porce); mléko, vejce (2 – 3 porce); ovoce (1 – 2 porce); zelenina (3 porce); obilniny a přílohy (3 – 6 porcí) a tuky (1 porce). Příjem tuků by neměl přesahovat 30% celkově přijaté energie. (MÜLLEROVÁ, 2003, str. 66). Je důležité věnovat pozornost výběru tuků – 2/3 by měly tvořit kvalitní rostlinné a 1/3 živočišné tuky. Nejvhodnější úpravou jídla je dušení, zapékání, pečení či vaření. Solit bychom měli omezeně a na dochucování můžeme použít různé bylinky. Samozřejmostí je dodržování i pitného režimu, nejvhodnější je podávání neochucené čisté vody, ovocných a bylinkových čajů. Pravidelné konzumování slazených

nápojů může u dětí se sklonem k obezitě tento problém samo o sobě nastartovat. Dítě v tomto věku dokáže intenzivně reagovat na různé reklamy, proto je velice důležité, aby rodiče dítěti neustupovali. Stále by měla rodina jíst společně a oddělit stolování od jiné činnosti. Velkou chybou nejen učitelek ve školce, ale i rodičů bývá zařazování sladkostí jako prvku odměny, či každodenní rituál po návratu ze školky, při společných nákupech apod.

V období mladšího školního věku je důležité zdůraznit již uvedené zásady racionální stravy a případně se podrobněji věnovat jednotlivým složkám v příjmu stravy a napravovat aktuální chyby. Přechodem ze školky do školy dochází u dítěte k velké životní změně, která je často spojována se zvýšenou zátěží, a proto je důležité dodržovat pravidelný stravovací a pitný režim i přes veškeré školní činnosti. Nejčastějším problémem v tomto věku bývá prakticky každodenní zařazování sušenek nebo sladkostí do jídelníčku. Dalším problémem je časté podávání smažených pokrmů, nedostatečný příjem ovoce a zeleniny, ale také špatný pitný režim. Tekutiny nejsou podávány v dostatečném množství a z velké většiny bývají nahrazené sladkými nápoji (limonády bohaté na cukr, neředěné džusy, sladké čaje či sycené nápoje). Jelikož v tomto věku dítě rádo spolupracuje, je důležité, aby rodič z důvodu preventivního opatření pravidelně aktivně zapojoval své dítě do přípravy jídla (nakupování, plánování jídla, vaření, prostírání).

Starší školní věk je charakterizován rozvojem osobnosti dítěte, kdy vyzrává individualita dítěte a jeho volní vlastnosti. Značnou úlohu v chování starších školních dětí sehrává napodobování vrstevníků a vliv reklamy jako ztotožnění se s určitou sociální skupinou. Často chybí režim a pravidelnost v jídle. Většinou děti nesedí s rodiči u stolu, ale jí odděleně ve svých pokojích u počítače či televize, odmítají nabízené jídlo a potom se dojídají nevhodnými pokrmy. Je důležité, aby rodič nepodlehl tlaku potomků na kapesné, které pak utrácejí v automatech, bufetech nebo rychlých občerstveních, a tak si chybnou stravou v tomto věku fixují jídelní zmatek nejen ve skladbě, ale i ve struktuře jídelních zvyklostí. Jako jedna z nejdůležitějších věcí týkající se prevence dětí v tomto období je dodržování snídaní a zajištění atraktivních svačin připravených doma rodiči nebo dítětem samotným pod dohledem rodiče. I tak se může předcházet kupování nevhodných potravin ve školních bufetech či automatech. (MARINOV, BARČÁKOVÁ, NESRSTOVÁ, PASTUCHA, 2011, str. 57 - 67).

1.6.2 Pohybová aktivita

Pohybová aktivita je nedílnou součástí v prevenci dětské obezity, a to jak ve smyslu běžné habituální aktivity, tak ve smyslu pravidelné sportovní činnosti. Zlatko

Marinov, Dalibor Pastucha a kol. uvádí ve své knize: „Nejdůležitější přínos pohybové aktivity je ve zvýšení zdatnosti dětí a mládeže na optimální úroveň, která by byla dostatečnou prevencí nejen rozvoje obezity, ale také ostatních civilizačních chorob.“(MARINOV, PASTUCHA a kolektiv, 2012, str. 83). Je výhodné zvýšit pohybovou aktivitu alespoň mírně (z dlouhodobého hlediska), a to zvláště u dětí, které se nezabývají žádnou nebo jen minimální aktivitou, a toto množství dlouhodobě udržet. (MARINOV, PASTUCHA a kolektiv, 2012, str. 83).

U malých dětí převažuje spontánní pohyb, zatímco v dospívání je tělesná aktivita většinou organizována, a to buď v rámci tělesné výchovy či ve sportovních klubech. Mladší děti zažívají z pohybu radost a dělají ho pro zábavu, proto se klade důraz na jednotlivé prvky zdatnosti a na vytvoření kladného vztahu k pohybové aktivitě. Začátkem školní docházky tráví děti více času ve škole, kde většinu času prosedí. V tomto období může začít převládat tendence k sedavé a pasivní zábavní činnosti, jako je sledování televize, hraní počítačových her, popřípadě potřeba se učit. Denně by děti u televize a počítače neměly trávit více než 2 hodiny. Školáci by měli pohybem trávit tolik času, kolik jej prosedí ve školní lavici. Ideální by bylo trávit dennodenně sportovní a pohybovou aktivitou 5 hodin. Pohybový režim je zajištěn 2hodinami tělocviku 2x či 1x v týdnu, proto je vhodné zařadit k tomu i jednu organizovanou sportovní aktivitu – nejlépe kroužek - dle vlastního výběru dítěte. Je možné začít i se sportovní tréninkem, kde se rozvíjí mrštnost, obratnost a posilování svalstva, ovšem pouze vlastní vahou těla! Samozřejmě i pravidelný pobyt na dětských hřištích, hry venku s kamarády, jízda na kole nebo pěší turistika je pro dítě přínosem.

V období staršího školního věku dochází taktéž k nedostatečné sportovní aktivitě. Tyto děti by měly aktivně sportovat stejně jako dospělý, a to minimálně třikrát týdně 30 minut. Děti, které nejsou aktivní, představují rizikovou skupinu pro rozvoj obezity. Velkým problémem současné mládeže je především čas strávený u počítače či televize. Počítač by měl sloužit pouze k výukovým účelům, nebo maximálně dvě hodiny pro zábavu a televize by v dětském pokoji neměla mít místo. Každému dítěti by se měla najít vhodná sportovní aktivita. Účelná je také chůze; denně by mělo dítě chodit alespoň 4 kilometry pěšky, např. do školy, ze školy, do schodů, a jestliže je doma pes, denně s ním chodit na delší procházky. Pokud bude mít starší dítě vyvážený denní program, který bude zaujímat jak školu, tak i pravidelnou pohybovou a zájmovou aktivitu, prakticky nebude moct ani strávit před obrazovkou více času. Nesmírně důležitá je i dostatečná doba spánku. Nepřerušený klidový spánek by měl trvat minimálně 7 – 8 hodin. K pocitu soustavného

hladu může vést zkrácená doba spánku na méně než 6 hodin. (MARINOV, BARČÁKOVÁ, NESRSTOVÁ, PASTUCHA, 2011, str. 62, 66, 67, 69, 71).

Marinov, Pastucha a kol. ve své knize uvádí osm základních pravidel prevence obezity: „ 1. Pravidelné pokrmy pět – až šestkrát denně s pestrou skladbou. 2. Ke každému jídlu alespoň jedna porce ovoce nebo zeleniny. 3. Vždy snídat. 4. Jíst u stolu, ne u televize a počítače. 5. Pochutiny a sladkosti maximálně jedenkrát týdně. 6. Preference neslazených tekutin. 7. Pohybová aktivita třikrát týdně 30 minut do zpocení, 4 kilometry chůze denně. 8. Sedm – osm hodin nerušeného spánku.“ (MARINOV, PASTUCHA a kolektiv, 2012, str. 83).

1.7 Léčba obezity

Léčba dětské obezity je mnohdy komplikována nejen nízkou motivací samotných dětí, ale i jejich rodičů. (Sestra, 2012, str. 20). Terapie obezity závisí na hmotnosti a věku dítěte. Nejvhodnější léčbou v dětském věku je spojení diety se zvýšenou pohybovou aktivitou a nácviku správných stravovacích návyků. Léčbu je možné doplnit pobytem v lázních, nejlépe v době, kdy dítě s pomocí celé rodiny usiluje o snížení váhy a daří se mu to. (GREGORA, 2004, str. 77). Cíle léčby by měly být stanoveny reálně a liší se podle věku a přítomností komplikací způsobených obezitou. Dlouhodobý plán na snížení váhy vychází z intervencí týkajících se jídelních zvyklostí, pohybové aktivity, měl by být veden za podpory rodiny a neměl by vést k dramatickým výkyvům v tělesné hmotnosti. Jelikož je dětské tělo ve stadiu vývoje, je nežádoucí, aby docházelo k neúměrné energetické restrikci a nadměrnému hmotnostnímu úbytku. Prvotní rozumný cíl je udržet si aktuální hmotnost, před samotným hmotnostním úbytkem. U dětí s vážnými komplikacemi a u kterých byl dokončen tělesný vývoj je hmotnostní úbytek žádoucí. Bezpečný hmotností úbytek je 0,5 kg za týden, avšak maximální hmotnostní úbytek by neměl přeskočit 2kg/měsíc. (HAINEROVÁ, 2009, str. 91).

1.7.1 Ambulantní léčba

Ambulantní péče bývá základem léčby dětské obezity. Při léčbě obezity se stanoví pevný program, který má jednoduchá a obecně srozumitelná, dietologická a pohybová pravidla. Dietologie respektuje pestrost stravy s obsahem všech mikronutrienů podle výživové pyramidy. Úzká spolupráce je základem úspěšné léčby. Komunikace s obézními pacienty musí být jasná, jednoznačná a jednoduchá. (MARINOV, PASTUCHA a kolektiv, 2012, str. 134).

1.7.1.1 Terapeutické programy

Při prvním setkání stanovujeme konkrétní cíl na dobu tří měsíců, respektive čtyř sezení. V průběhu každého sezení se hodnotí základní antropologické údaje, pohybová aktivita, stavba týdenního jídelníčku a nákupní košík rodiny. V týdenním jídelníčku upřednostňujeme hodnocení skladby chodů, pravidelnost, dostatečnou pestrost a velikost zbytků porcí. Jelikož energetické hodnocení je náročné, tak je většinou určené pro školeného nutričního terapeuta s profesionálním počítačovým zázemím. Zároveň vedeme i fotodokumentaci postavy nemocného a nákupní košík rodiny hodnotíme pomocí účtenek ze všech rodinných nákupů, které proběhly od jednoho sezení k druhému. Děti musí vždy terapeutovi rozumět a chápat ho.

Preventivní léčebný program se zaměřuje na pravidelné pokrmy 5x denně s pestrou stravou. Zaměřuje se dále na každodenní snídani, podávání jídla vždy u stolu – ne u televize a co nejvíce omezit přílohu jídel a naopak navýšit oblohu, nedojídat porce, pít jen nesladké tekutiny, sladkosti jíst jenom o víkendu a chodit denně 4 kilometry. Po 3 měsících zhodnotíme výsledky. Při redukci či stagnaci hmotnostních přírůstků pokračujeme ve stejném režimu další 3 měsíce. Pokud dojde k selhání, postupujeme ke strukturovanému terapeutickému programu. Po dosažení reálného cíle jsou následné kontroly jedenkrát za tři měsíce po dobu jednoho roku.

Při selhání preventivního programu zahajujeme tzv. obezitologický program, ten vychází z preventivního léčebného programu a navíc u něj definujeme a kontrolujeme: příjem potravy jen při řádném stolování. Určujeme univerzální ovoce a zeleninu na dojídání, z pečiva mohou klienti užívat jen chléb, denně zajistíme chůzi 4 km nebo odpovídající tělesnou aktivitu. Výsledky se hodnotí opět po 3 měsících respektive po čtyřech sezeních. Ve tříměsíčních intervalech obměňujeme cvičební program podle psychomotorické vyzrálosti klienta.

Redukční program slouží při selhání obezitologického. Zavádí se strukturovaný redukční program, dle obezitologického programu a navíc se definuje a kontroluje: snídaně – mléčná, svačina – přesnídávka ovocně – zeleninová a chléb, oběd ve školní jídelně, odpolední svačina – ovocně mléčná a doma vařit jen středomořskou stravu. Z pečiva vybíráme opět pouze celozrnný chléb a z porce necháváme nedojedenou 1/3. Součástí programu je omezení kalorického příjmu o 1000 kJ u preadolescentních dětí, zajištění výuky rehabilitačního cvičení, body building, body styling, body imiging. Po 3 měsících je zajištěno pro pacienta šestitýdenní redukční lázeňský pobyt. Po tří měsících se zhodnotí výsledky, dojde-li k redukci váhy, pokračuje se dalšími 3měsíci ve stejném režimu do

jednoho roku. Selže-li léčba, postupuje se k intenzivnímu redukčnímu programu. (MARINOV, PASTUCHA, 2012, str. 134, 135, 137 – 138).

1.7.2 Pohybová aktivita

Pohyb působí na tělo v mnoha ohledech. Má pozitivní vliv na kardiovaskulární aparát, zabraňuje hmotnostnímu nárůstku, snižuje tělesné tukové zásoby, brání úbytku netukové tkáně, příznivě ovlivňuje krevní tlak, inzulinovou senzitivitu a glukózovou toleranci, zlepšuje parametry tělesné zdatnosti, zlepšuje spolupráci při redukčním režimu a tím i dlouhodobou prognózu. V neposlední řadě pozitivně ovlivňuje psychiku. I přesto, že dochází k nárůstu počtu lidí, kteří navštěvují sportovní centra, dochází ke zvýšené prevalencí obezity. Aby došlo k navýšení energetického výdeje, musí docházet k nárůstu spontánní pohybové aktivity. Z posledních 20 let se počet aut v České republice více než zdvojnásobil a tím došlo k poklesu vytíženosti veřejné dopravy a také i k poklesu spontánní fyzické aktivity jako je chůze. (HAINEROVÁ, 2009, str. 96). Nejvíce bývá upřednostňována aerobní sportovní aktivita, především s odlehčením těžiště. Doporučuje se chůze, plavání, běh na lyžích, bruslení, nordic walking (chůze s holemi) aj., později lze zařadit i míčové hry. (MARINOV, PASTUCHA a kol., 2012, str. 158).

1.7.3 Psychoterapie

Jeden ze základních směrů psychoterapie představuje kognitivně – behaviorální terapie (KBT). Terapie vychází z toho, že nevhodné jídelní a pohybové návyky je možné se odnaučit. Je založena na technikách doplněných výukou o výživě, přípravě vhodných pokrmů, dietetice a o pravidelnou zvýšenou pohybovou aktivitu. Mezi použité techniky řadíme – techniku kontrolující proces jídla (místo, rychlost, okolnosti jídla…); techniku sebepozorování (může probíhat např. formou záznamu jídelníčku); techniku aktivní kontroly vnějších podnětů (chování na oslavách, způsob nákupu potravin, jak odolávat uždibování v průběhu dne); kognitivní techniky (objasnění souvislostí mezi negativními myšlenkami, chováním a emocemi, ovlivnění iracionálních postupů); a techniky relaxační. Většinou je tato terapie vedena psychologem a nutričním odborníkem, a provádí se buď individuálně, nebo častěji skupinově. (HAINEROVÁ, 2009, str. 97-98).

1.7.4 Lázeňská léčba

Lázeňská léčba patří k pobytovým léčbám dětské obezity. Mimo morbidní obezity s komplikacemi je vhodná pro všechny typy obezity. Tato léčba je součástí komplexní péče o obézní děti, nelze ji ale zaměňovat za samotnou léčbu. Vhodná je pro všechny věkové kategorie. U dětí v předškolním věku je kladen důraz na doprovod - především matky. Do lázeňské péče je nutné posílat obézní pacienty včas a nevyčkávat do období adolescence -

především do těžšího stupně obezity. Lázeňská léčba má být pro dítě odměnou a ne trestem. Dítě by mělo samo chtít nastoupit lázeňskou léčbu, což je většinou těžké dosáhnout u mladších dětí.

Lázeňskou léčbu navrhuje obvodní pediatr na základě vlastního posouzení anebo na základě doporučení specialisty. V ideálním případě je lázeňská léčba pokračováním ambulantní léčby. V praxi se tento typ pobytové léčby nejlépe osvědčuje. I po absolvování lázeňské péče by mělo dítě dále pokračovat v ambulantní léčbě.

Lázeňská léčba je komplexní a zahrnuje dietní léčbu, pohybovou aktivitu, edukační léčbu a balneoterapii. Nutričním terapeutem je sestavována dietní léčba. U dětí představuje energetická hodnota do 10let 5000 kJ a u dětí nad 10 let 7000 kJ. Dieta vychází ze zásad racionální výživy s důrazem na omezení živočišných tuků, pravidelného zařazování rybích pokrmů a v neposlední řadě dostatečného množství ovoce a zeleniny. Děti si zvykají snídat, zařazovat do jídelníčku ovoce a zeleninu v různé formě, dodržovat pitný režim a pravidelnost stravy, která se v těchto léčebnách podává 6x denně.

Nedílnou součástí lázeňského pobytu je edukace. Pravidelně probíhá pod vedením lékaře a nutričního terapeuta a je zařazována do pravidelné činnosti dětí pod vedením všeobecné sestry. Spolupracuje se také se společností STOB (stop obezitě) v podobě různých fotem her a kvízů, které jsou pro děti dobře přijatelné a srozumitelné. Nedílnou součástí při propuštění dítěte je pohovor s rodiči. Ti mají možnost i s jejich dítětem se podrobně zeptat na vše, co se týká stravování a pohybu dítěte. Součástí lázeňského pobytu bývá i základní škola, kde jsou vyučovány hlavní předměty včetně cizích jazyků, aby dítě nezmeškalo v kmenové škole.

Při léčbě obezity má balneoterapie především relaxační účinky, u dětí s hypertenzí se u uhličitých koupelí uplatňují i terapeutické účinky. Relaxační účinek balneoterapie je velice důležitý především u dětí, které si zvykají na menší porce potravin, než byly zvyklé konzumovat, a na nárůst pohybové aktivity. Využívají se koupele vířivé, perlivé, perlivé přísadové a uhličité. Muzikoterapie a pobyt v solné jeskyni patří k dalším doplňkům léčby.

Nejlépe se osvědčily šestitýdenní turnusy. Za tuto dobu je dítě schopné si osvojit správné pohybové a stravovací návyky. Děti si osvojí pohybové zdatnosti nejdříve za 14 dnů a její účinky se projeví za tři týdny. V průběhu pobytu dochází k hmotnostnímu úbytku cca o 10%. To je pro dítě důležité, protože pozná, že při dodržování životosprávy skutečně zhubne. Další terapií může být i skupinová léčba obezity v rodinných kurzech snižování nadváhy. (MARINOV, PASTUCHA, 2012, str. 167 – 170).

1.7.5 Farmakoterapie

Farmakoterapie u dětí je vyhrazena pouze jedincům s vážnými komplikacemi. U dospívajících jsou vhodné jenom dva léky – sibutramin (Medidia, Lindaxa) a orlistat (Xenical). První zmíněný lék se užívá od 16let věku a má spoustu nežádoucích účinků. Hlavní nežádoucí účinky mohou být urychlení tepové frekvence, zvýšení krevního tlaku, sucho v ústech, nervozita, nespavost, pocit na zvracení a zácpa. Orlistat je indikován od 12let věku. Efektní bývá i u jedinců mladší 12let, ale má časté gastrointestinální nežádoucí účinky. Oba léky jsou účinné, ale je důležité dodržovat režimová opatření. Během prvních šesti měsíců dochází k maximálnímu efektu terapie, výše hmotnostního úbytku je velice individuální. Pokud nedošlo k výrazným změnám životního stylu, tak přerušení terapie má negativní vliv na vývoj váhy. Dalším lékem, který podporuje hmotností úbytek a zároveň chrání před vznikem metabolického syndromu je Metformin. Indikován je zejména u pacientů s DM 2. typu, od 10let věku. U dětí, které trpí hypothalamickou obezitou se spíše využívá octretidu. U pacientů s Praderovo – Williho syndromem je indikace terapie růstovým hormonem.

Nejlépe je zvažovat farmakoterapii běžné obezity až u dospívajících, kteří mají ukončené stadium růstu a kteří nesnížili svoji hmotnost ani přes intenzivní režimová opatření. (HAINEROVÁ, 2009, str. 98 – 99).

2 RODINA

2.1 Vysvětlení pojmu rodina

Šulová Lenka, Prof., PhDr., CSc. uvádí: „Při vymezování pojmu rodina hrají klíčovou roli rozmanité funkce rodiny (reprodukční, materiální, výchovná a emocionální), ve kterých zaujímá významné místo reprodukce páru. Ta se promítá do všech ostatních funkcí, tedy do funkce ekonomické (hmotné zajištění všech členů), do výchovné (potomstvu se předává potřebné pro přežití) a emocionální (zázemí a zóna bezpečí, jistoty, relaxace a nabírání sil…).

Z tohoto hlediska je rodinou pouze soužití dvou jedinců opačného pohlaví a jejich dětí. Vše ostatní je označováno jako rodinné alternativy, které však z hlediska společnosti i jedinců něco velmi podstatného nenaplňují, a tedy nejsou skutečnou rodinou.“ (LABUSOVÁ, 2008).

V tradičním chápání pojmu rodiny je manželský pár, který žije společně se svými dětmi v jedné domácnosti. Rodina je určována pěti charakteristiky: přítomnost dvou generací rodin, manželství rodičů, rodinné vztahy mezi členy rodiny, rozpočet a hospodářství rodiny. Toto chápání rodiny je stále rozšířeno, ale už ne v souladu s praktickým životem a stále rostoucím počtem lidí. Vzniká a rozšiřuje se hojná životní forma, která se od tohoto modelu odchyluje. Jako příklad můžeme zde zahrnout nemanželské páry s dětmi, páry stejného pohlaví, které žijí společně s dětmi partnera nebo partnerky, rodiče samoživitele a páry bez dětí. (SCHNEIDER, 2007).

2.2 Funkce rodiny

Ve svém souhrnu zajišťuje rodina mnoho činností – pečuje o zdraví, výživu, kulturní dědictví, obstarává své členy hmotně, vštěpuje jim morální postoje, ovlivňuje je, usměrňuje, chrání a podporuje. (KRAUS, POLÁČKOVÁ, 2001, str. 79). Máme šest základních funkcí rodiny.

1. Biologicko-reprodukční funkce - má význam pro jedince, kteří tvoří rodinu ale také pro společnost jako celek.
2. Sociálně-ekonomická funkce - je důležitým prvkem rodiny, v rozvoji ekonomického systému společnosti. Rodina je významným spotřebitelem, na kterém je trh závislý a zároveň se členové rodiny zapojují do výrobní

i nevýrobní sféry v rámci výkonu určitého povolání. Hmotný nedostatek v rodinách může být důsledkem nezaměstnanosti či zvyšování nákladů.

3. Ochranná funkce - tuto funkci můžeme charakterizovat jako zajišťování životních potřeb všech členů rodiny.
4. Sociálně-výchovná funkce - vyjadřuje nám, že rodina je první sociální skupina, která učí své dítě přizpůsobovat se životu a způsoby chování ve společnosti.
5. Rekreační, relaxační a zábavná funkce - rodina by měla myslet na rekreaci, relaxaci a zábavu. Obzvláště u dětí má veliký význam.
6. Emociální funkce - charakterizuje rodinu, která jako jediná instituce dokáže vytvořit potřebné citové zázemí, pocit lásky, bezpečí. (KRAUS, 2008, str. 81-83).

2.3 Současné problémy rodiny týkající se obezity

Jedním z hlavních problémů obézních dětí v rodině bývá rodinný životní styl. Rodina představuje základní stavební kámen dětského světa a je odpovědná za nedostatky a neúspěchy rodinných režimových opatření, které vedou k nerovnováze v energetickém příjmu s výdeji. Životní styl rodiny se vždy odrazí na návycích a zvycích svých dětí. V současné době tráví polovina rodin volný čas doma; pracují na zahradě, sledují televizi či navštěvují známé nebo prarodiče, kde často konzumují pochutiny všeho druhu. Víkend je výborný čas pro nákupy, uvádí další třetina rodin. V neděli se již nechodívá do kostela, ale místo toho do hypermarketů. Často tam stráví rodina celý den, tudíž si dopřejí i jídla, které nejsou zrovna dle správné výživy. Bohužel pouze jedna třetina rodin praktikují o víkendech pravidelný pohyb, jako jsou výlety na kolech, pěší výlety, návštěvy bazénů, v zimě lyžování či bruslení na rybníce nebo v halách. Děti se učí svému chování pozorováním a napodobováním svých rodičů, tudíž pohybová aktivita dítěte, je podmíněna a ovlivněna především pohybovou aktivitou svých rodičů. Denní režim dítěte je obrazem současné rodiny. Většina dětí vstává do školy na poslední chvíli. Rychle provedou ranní hygienu a nasnídat se už nestačí. Ke svačinám mívají bílé pečivo se salámem, sladkou vodu a k tomu ještě sušenku. Obědy dětem často ve školách nechutnají, a když chutnají, jdou si i několikrát přidat. Po návratu dítěte domů ze školy nebo z kroužku, zasednou k počítači, kde hrají hry nebo vysedávají u sociálních sítí. K odpolední svačině sní smetanový jogurt a jen polovina dětí večeří v klidném prostředí domova společně alespoň s jedním z rodičů. Mnohdy jsou k večeři příliš veliké porce a jsou syté. Po vydatné večeři

se rodina přesune k televizi a zpravidla začnou ke sledování konzumovat pochutiny (bramborové lupínky, oříšky,…).

Problém nastává, když je rodinné prostředí narušeno například probíhajícím rozvodem rodičům, kteří většinou dítěti neposkytují jednotné a klidné zázemí. Pokud dítě nemůže pravidelně navštěvovat druhého rodiče, je to pro jeho vývoj složité. Někdy druhý rodič vezme dítě na celodenní výlet, kde si dopřejí v restauračních zařízeních dobré, ale mnohdy pro dítě nevhodné jídlo, sladké nápoje, a svačinu které dítě dostalo připravené od matky neguje, „jsi se mnou, tak si to spolu užijeme“. Tím dává otec dítěti špatný vzor chování. (MARINOV, BARČÁKOVÁ, NESTRDOVÁ, PASTUCHA, 2011, str. 39 – 41, 43 – 46, 73).

3 ROLE SESTRY TÝKAJÍCÍ SE OBEZITY DĚTÍ A PROBLÉMŮ V RODINĚ

Důležitou úlohu v prevenci obezity hraje sestra u lékaře pro děti a dorost. Sleduje dítě již od narození a zaměřuje se zejména na ty děti, u kterých jsou rodiče váhově nad normálem, případně když matka v těhotenství neúměrně přibrala. Výhodou sestry je, že zná rodinné prostředí, ve kterém dítě vyrůstá, zná i rodiče a dokáže odhalit i nesprávné stravovací návyky v rodině.

Důležité je, aby sestra i lékař ve spolupráci s rodiči při pravidelných preventivních prohlídkách včas odhalili neúměrný nárůst hmotnosti dítěte. Při každé návštěvě u praktického lékaře je nutné zapisovat do zdravotnického průkazu dítěte percentily výšky a hmotnosti. Jsou to tzv. růstové grafy, které slouží pro děti od narození do 18 let.

Sestra včas rodiče poučí jak se správně stravovat a pro dítě doporučí vhodnou pohybovou aktivitu. Prevence v této oblasti je důležitá hlavně proto, že pokud nejsou špatné návyky v rodině fixovány, lze je ještě poměrně snadno odstranit.

Velmi důležitým momentem již při první návštěvě zdravotnického zařízení je navázání takového kontaktu, který vzbudí u dítěte i rodičů důvěru ve zdravotnický personál. Sestra má mít určitou dávku empatie a je nutné, aby se vždy chovala laskavě a přátelsky a zmírnila tak stres, který může návštěva zdravotnického zařízení vyvolat.

Pokud dojde k zanedbání prevence a rodiče zpozorují u dítěte nárůst hmotnosti, je nutná návštěva lékaře. Ze strany sestry je důležité, aby návštěvu rodičů a dítěte načasovala tak, aby byli přesvědčeni, že se o ně personál opravdu zajímá. Je to zásadní moment pro budoucí léčbu dítěte. Je nutné najít pro první setkání a první rozhovor dostatek času, aby sestra mohla rodiče seznámit se svou úlohou v další léčbě dítěte, upozornit na možná zdravotní rizika provázející pacienty s obezitou a naopak dala dostatečný prostor rodičům k možným dotazům ohledně stavu jejich dítěte. Je třeba přistupovat k dítěti i k rodičům citlivě a ohleduplně a vhodnými slovy je v jejich úsilí podpořit a motivovat je ke změně dosavadních postojů ke zdraví vlastnímu i dítěte. (ŠAMÁNKOVÁ a kol., 2003, str. 34 - 35). Vždy je vhodné doplnit mluvené slovo i tištěnými informacemi, aby se rodiče doma v klidu mohli seznámit s doporučeními, která jim byla slovně předána. (SVĚRÁKOVÁ, 2012, str. 39).

Sestra edukuje o pojmech, jako jsou správná hmotnost, udržování váhy; seznámí rodiče i dítě s rizikem, které přináší dlouhé vysedávání u učení, PC a zároveň

nedostatečný, případně žádný pohyb. Zaměřuje se především na prevenci obezity, která spočívá v prevenci vzniku obezity a dále pak v prevenci tzv. jo-jo efektu po redukci váhy. U dítěte, které již prošlo redukcí váhy je nutný neustálý dozor, aby opět nedošlo k recidivě.

Zvládnutí onemocnění vyžaduje vysoký stupeň spolupráce a disciplíny ze strany rodičů i dítěte, jinak nemůže být zaručen úspěch. (KULANOVÁ, 2013, str. 46).

Praktická část

4 FORMULACE PROBLÉMU

Česká republika v posledních letech zaujímá přední místo v žebříčku obézních dětí. Dokládají to nejenom statistiky, ale výsledky nezdravého životního stylu u dětí můžeme pozorovat i kolem sebe.

Obezita je důsledkem nezdravého životního stylu. Nemalou, ne-li hlavní roli při jejím vzniku hraje především rodina, ale svůj podíl zde má i škola. Již na prvním stupni základní školy jsou na děti kladeny menší nároky při tělesné výchově, a to znamená, že děti nejsou dobře připraveny na vyšší tělesnou zátěž, která by měla následovat.

Nejvíce odpovědnosti za zdravý vývoj dítěte však nesou rodiče. V dnešní uspěchané době jsou rodiče nuceni věnovat většinu času svému zaměstnání, a proto nemohou trávit se svými dětmi potřebnou dobu. Ta sotva stačí na pomoc při vypracovávání domácích úkolů. I když by se v mnoha případech ze strany dětí našel čas na pohybové aktivity na hřišti, případně v okolí domu, rodiče je z bezpečnostních důvodů nechtějí nechávat bez dozoru, a tak zde vyplňuje prostor televize nebo počítač.

Dalším důsledkem nedostatku času rodičů bývá i nezdravé stravování dětí. Zatímco dříve bylo téměř nemyslitelné, aby byly děti bez zdravější domácí stravy, trendem dnešní doby jsou nejrůznější řetězce rychlého stravování včetně prodejních automatů. To vše vede k obezitě dětí, která má následně vliv na kardiovaskulární, respirační, metabolický a psychický systém dítěte.

5 CÍL VÝZKUMU

5.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem mého výzkumu je zjištění nejčastějších příčin vzniku obezity u dětí ve věku 7 – 15let, celkový vliv obézního dítěte na soužití v rodině a vnímání obezity rovněž obézními rodiči.

5.2 Dílčí cíle

Cíl 1: Zjistit, zda nevhodné stravovací návyky mají vliv na obezitu dítěte.

Předpoklad 1: Hlavní roli v obezitě dítěte hrají nevhodné stravovací návyky.

Otázky: 11 - 28

Cíl 2: Zjistit, zda u nevhodně se stravujících dětí ovlivní jejich obezitu pohyb.

Předpoklad 2: Dostatek pohybu u nevhodně stravujících se dětí neovlivní jejich obezitu.

Otázky: 4 - 9

Cíl 3: Zjistit, zda obézní rodiče vnímají obezitu svého dítěte jako problém.

Předpoklad 3: Obézní rodiče nevnímají obezitu dítěte jako problém.

Otázky: 8, 29 - 34

6 METODIKA

Pro praktickou část byla vybrána kvantitativní výzkumná forma šetření. Vypracovala jsem dotazník, který má 39 otázek, byl anonymní a byl určen pro rodiče obézních dětí ve věku 7 – 15 let. Stupeň obezity jsem určovala dle percentilových grafů BMI – pro dívky a chlapce. Otázky byly filtrační, uzavřené, polouzavřené i otevřené. Dotazy v dotazníku se týkají skladby a pravidelnosti stravy, pitného režimu, pravidelností pohybu, ale také jsou směrovány i k obézním rodičům, kteří obezitu svých dětí nemusí vnímat jako problém. Výzkumné šetření probíhalo v období říjen – prosinec 2013.

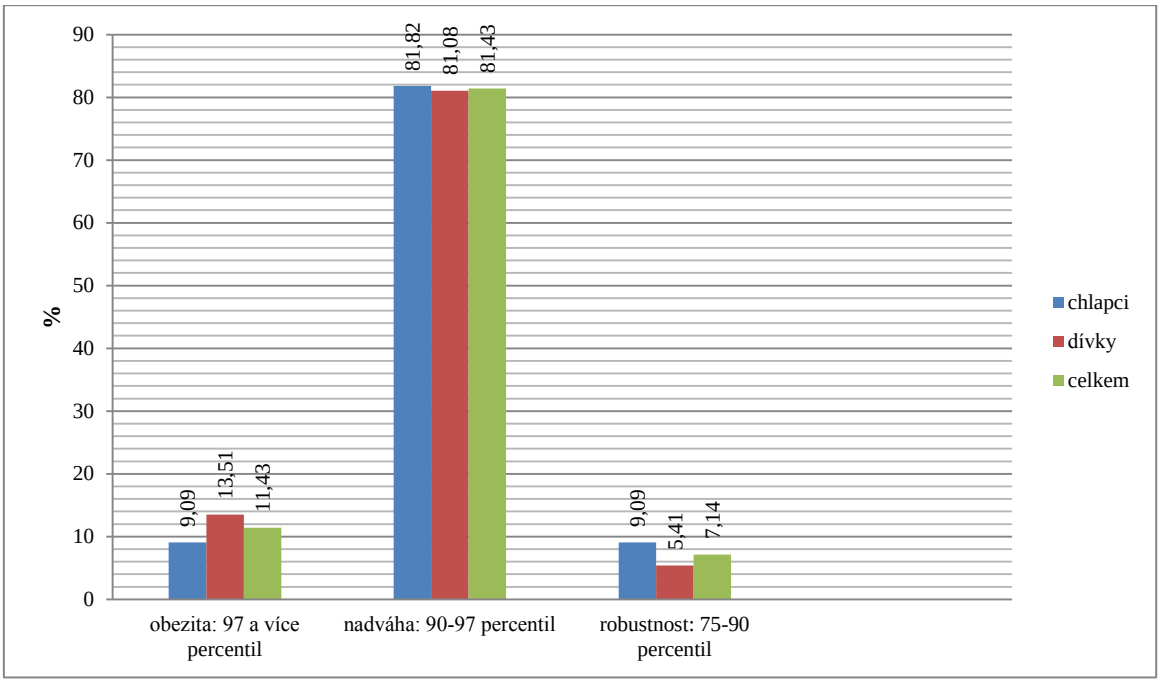
7 VZOREK RESPONDENTŮ

Dotazník byl distribuován třem skupinám respondentů - v ordinaci výživového poradce, v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost a spoluobčanům v mém okolí, kteří mají obézní děti. Z celkového množství dotazníků 100 (100%) byla návratnost 70 (70%). Výzkumného šetření se zúčastnili rodiče obézních dětí; dotazník jim byl určen k vyplnění (za pomoci dětí). Průzkumu se zúčastnilo 33 rodičů obézních chlapců a 37 rodičů obézních dívek. ***Pro přehlednost grafů a tabulek budu dále uvádět namísto rodiče chlapců pouze chlapci a rodiče dívek pouze dívky.*** Na zpracování dat jsem použila ruční třídění dotazníků. Z dostupných údajů jsem vypracovala grafy, které názorně zobrazují výsledky mého šetření.

8 ANALÝZA ÚDAJŮ

Otázka č. 1 – Jaká je výška, váha věk a pohlaví Vašeho dítěte?

Graf 1 - BMI dítěte



Zdroj: vlastní

Šetření se zúčastnilo 37 dívek a 33 chlapců. Výzkumný soubor trpěl nejvíce nadváhou – tj. 81,08% (30) dívek a chlapců 81,82% (27). Obezitou trpělo 13,51% (5) dívek a 9,09% (3) chlapců. Robustnost u dětí se vyskytla u dívek v počtu 5,41% (2) a u chlapců 9,09% (3).

Tabulka 1 - věk dítěte

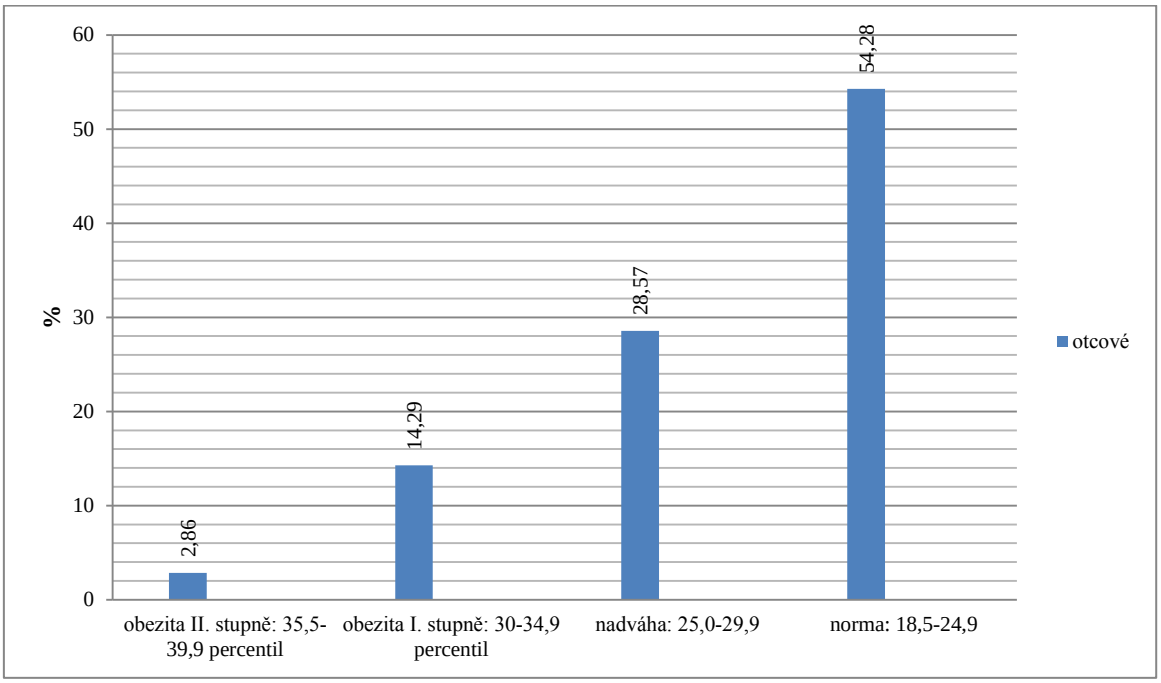
	chlapci	dívky	celkem
7 - 10 let	14	17	31
11 - 15 let	19	20	39

Zdroj: vlastní

Tabulka nám ukazuje, jaký věk mají vybrané děti. Dětí mezi 7 – 10lety bylo celkem 31. Chlapců 14 a dívek 17. Dětí 11 – 15lety bylo 39. Chlapců 19 a dívek 20.

Otázka č. 2 – Jaká je výška a váha otce dítěte?

Graf 2 - BMI otců

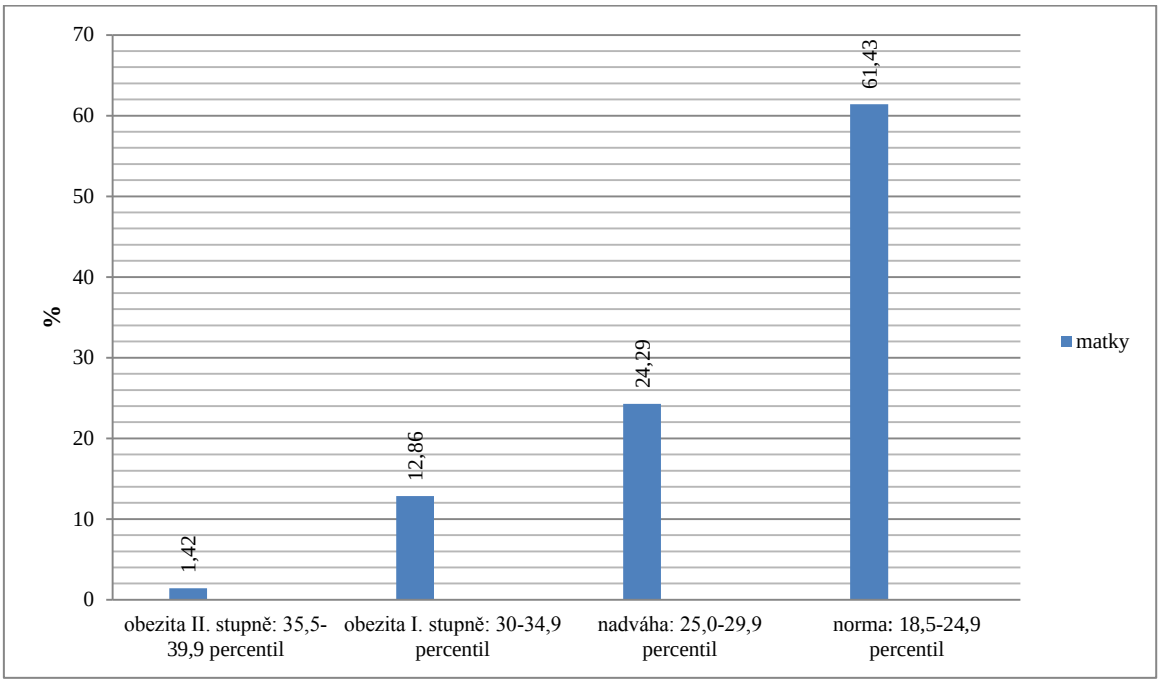


Zdroj: Vlastní

Nadváhou trpělo ze sedmdesáti dotazovaných celkem 28,57% (20) otců, obezitou I. stupně trpělo 14,29% (10) odpovídajících a obezitou II. stupně trpělo 2,86% (2) otců. 54,28% (38) respondentů mělo váhu v normě.

Otázka č. 3 – Jaká je výška a váha matky?

Graf 3 - BMI matek



Zdroj: vlastní

Matek s obezitou I. a II. stupně bylo celkem 14,28% (10), s nadváhou 24,29% (17) a převažovaly výsledky odpovídajících matek 61,43% (43), které mají svou váhu v normě.

Cíl 1: Zjistit, zda nevhodné stravovací návyky mají vliv na obezitu dítěte.

Předpoklad 1: Hlavní roli v obezitě dítěte hrají nevhodné stravovací návyky.

Otázky: 11 – 28; otázka č. 19 je doplňující

Kritérium pro hodnocení:

V otázce č. 11 uvede odpověď více než 50% respondentů „zřídkakdy“ nebo „ne“.

V otázce č. 12 uvede odpověď více než 50% respondentů „spíše ne“ nebo „ne“

V otázce č. 13 uvede odpověď více než 50% respondentů „ne – dostane na ni finance a musí si ji obstarat“ nebo „ne – mé dítě nesvačí“.

V otázce č. 14 uvede odpověď více než 50% respondentů min. „3x“ – max. „6x“.

V otázce č. 15 uvede odpověď více než 50% respondentů „u prarodičů“ či „jiné“.

V otázce č. 16 uvede odpověď více než 50% respondentů min. „0x“ - max. „5x“.

V otázce č. 17 uvede odpověď více než 50% respondentů min. „0x“ – max. „5x“.

V otázce č. 18 uvede odpověď více než 50% respondentů „ano x/ týden“.

V otázce č. 20 uvede odpověď více než 50% respondentů „zřídkakdy“ nebo „ne“.

V otázce č. 21 uvede odpověď více než 50% respondentů „zřídkakdy“ nebo „ne“.

V otázce č. 22 uvede odpověď více než 50% respondentů „zřídkakdy“ nebo „ne“.

V otázce č. 23 uvede odpověď více než 50% respondentů min. „3“ - max. „7“.

V otázce č. 24 uvede odpověď více než 50% respondentů „a“ nebo „b“ či „c“.

V otázce č. 25 uvede odpověď více než 50% respondentů min. „2“ – max. „6“.

V otázce č. 26 uvede odpověď více než 50% respondentů „a“ nebo „b“ či „c“.

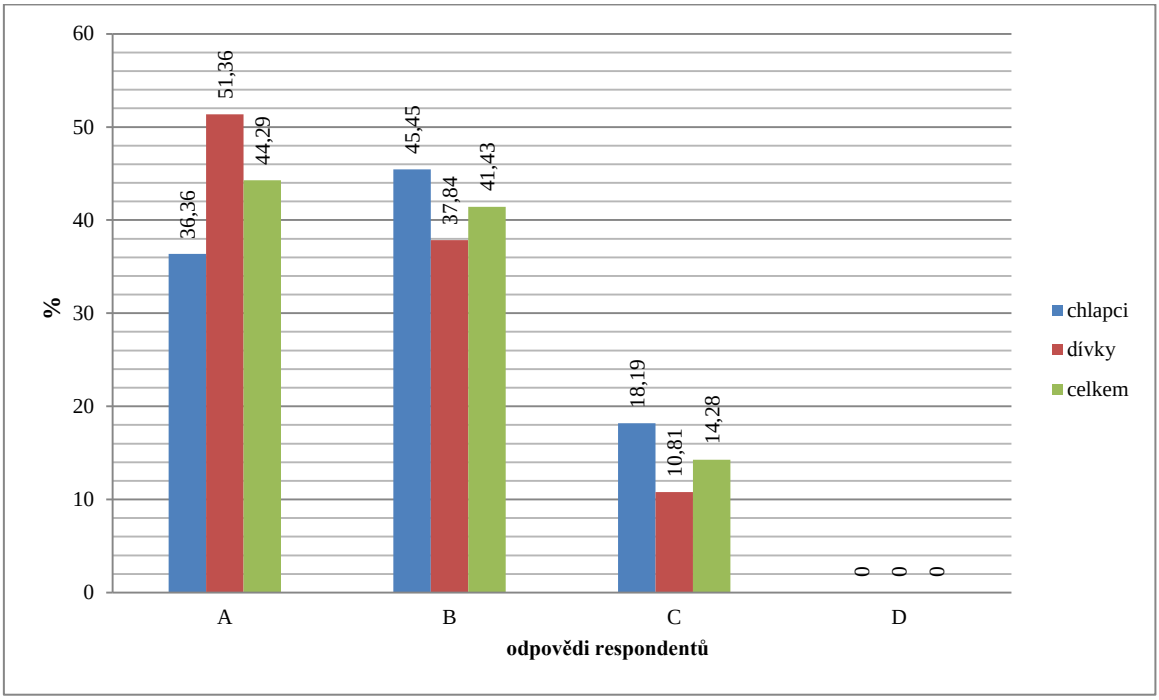
V otázce č. 27 uvede odpověď více než 50% respondentů „džusy“ či „slazené nápoje“.

V otázce č. 28 uvede odpověď více než 50% respondentů „pivo“ nebo „káva“ či „jiné sladké nápoje“.

Otázka č. 11. Jí Vaše dítě domácí stravu? (Pokud ne, pokračujte otázkou číslo 13.)

a) Ano – každý den
b) Většinou ano – alespoň 4x do týdne
c) Zřídkakdy – 2x do týdne
d) Ne

Graf 4 - domácí strava



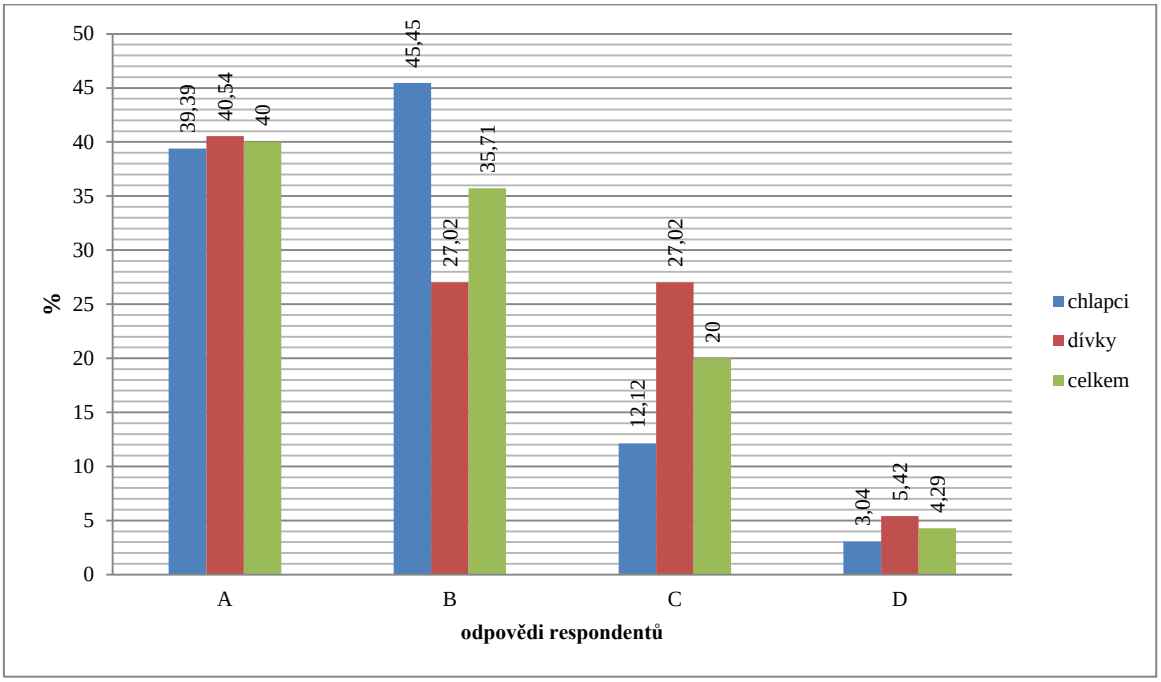
Zdroj: vlastní

Z celkového počtu dotazovaných (70) odpovědělo, že 44,29% (31) dětí jí každý den domácí stravu a 41,43% (29) alespoň 4x do týdne. Pouhých 14,28% (10) jí domácí stravu 2x do týdne. 0% odpovědělo „ne“. Chlapci 36,36% (12) jí domácí stravu každý den, dívky 51,35% (19). Chlapci 45,45% (15) konzumují domácí stravu alespoň 4x do týdne, dívky 37,84% (14). Zřídkakdy má domácí stravu 18,19% (6) chlapců, 10,81% (4) dívek.

Otázka č. 12. Snídá Vaše dítě každý den?

a) Ano
b) Spíše ano
c) Spíše ne
d) Ne

Graf 5 - snídaně dětí



Zdroj: vlastní

39,39% (13) chlapců a 40,54% (15) dívek snídá každý den. Většinou se snaží snídaně dodržet 45,45% (15) chlapců, 27,02% (10) dívek. Spíše nesnídá 12,12% (4) chlapců a 27,02% (10) dívek. Chlapců, kteří vůbec nesnídají je 3,04% (1), dívek 2,42% (2). Z celkového množství dotazovaných snídá 40% dětí. 37.71% dětí se snaží snídat. 20% dětí spíše nesnídá a 4,29% dětí nesnídají vůbec.

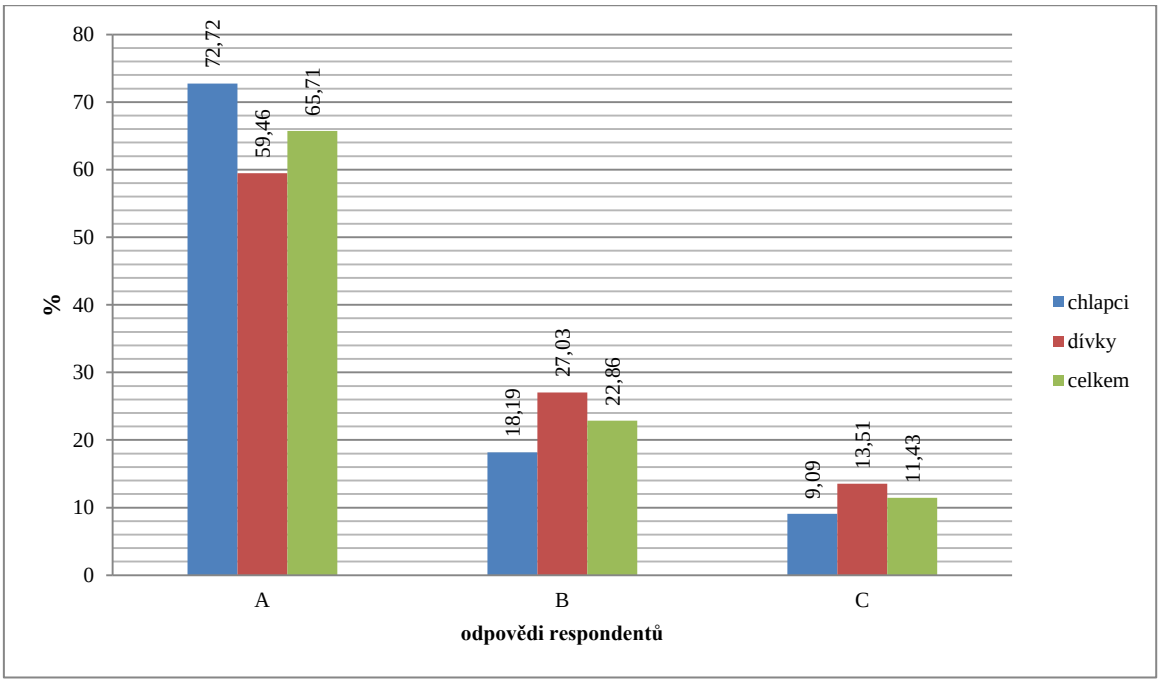
Otázka č. 13. Dáváte Vašemu dítěti svačinu z domova?

a) Ano

b) Ne – dostane na ni finance a musí si ji obstarat samo

c) Ne – moje dítě nesvačí

Graf 6 - svačina



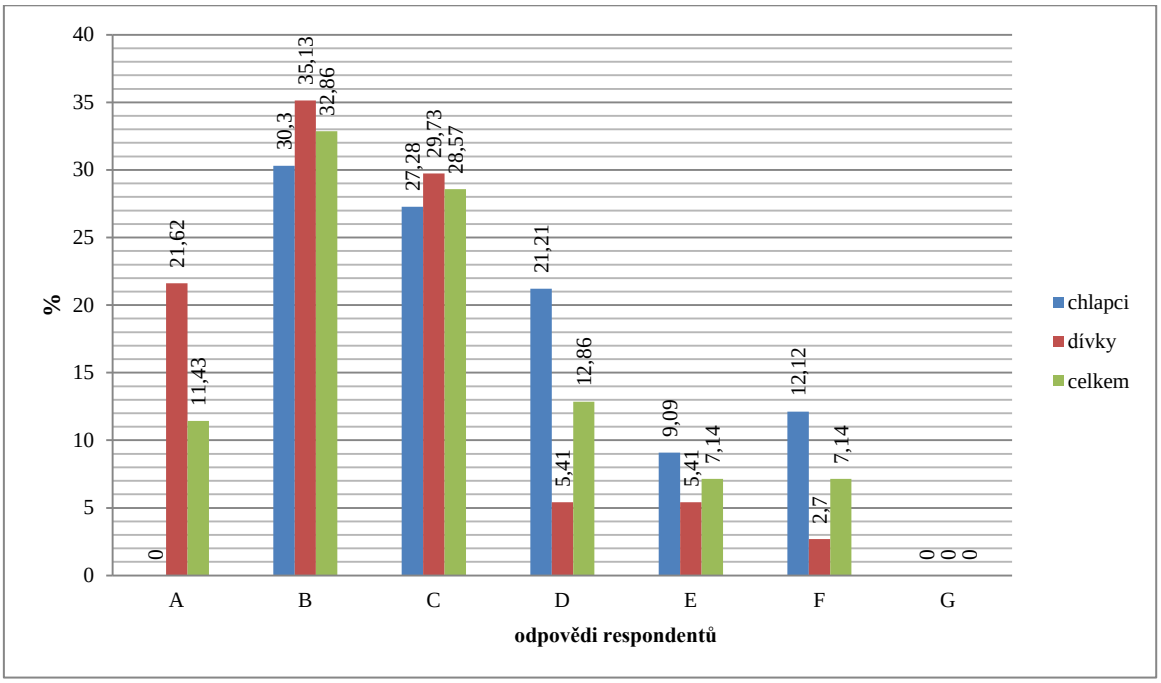
Zdroj: vlastní

72,72% (24) chlapců a 59,46% (22) dívek dostává svačinu z domova. 18,19% (6) chlapců a 27,03% (10) dívek si musí obstarat svačinu samo, za peníze od rodičů. 9,09% (3) chlapců a 13,51% (5) dívek nesvačí vůbec. Celkově 65,71% dětí dostane svačinu z domova, 22,86% dětí si musí obstarat svačinu samo a 11,43% dětí nesvačí vůbec.

Otázka č. 14. Kolikrát týdně jsou v jídelníčku Vašeho dítěte obsažena smažená jídla?

a) Ani jednou
b) 1x
c) 2x
d) 3x
e) 4x
f) 5x
g) 6x a více

Graf 7 - smažená jídla v týdnu



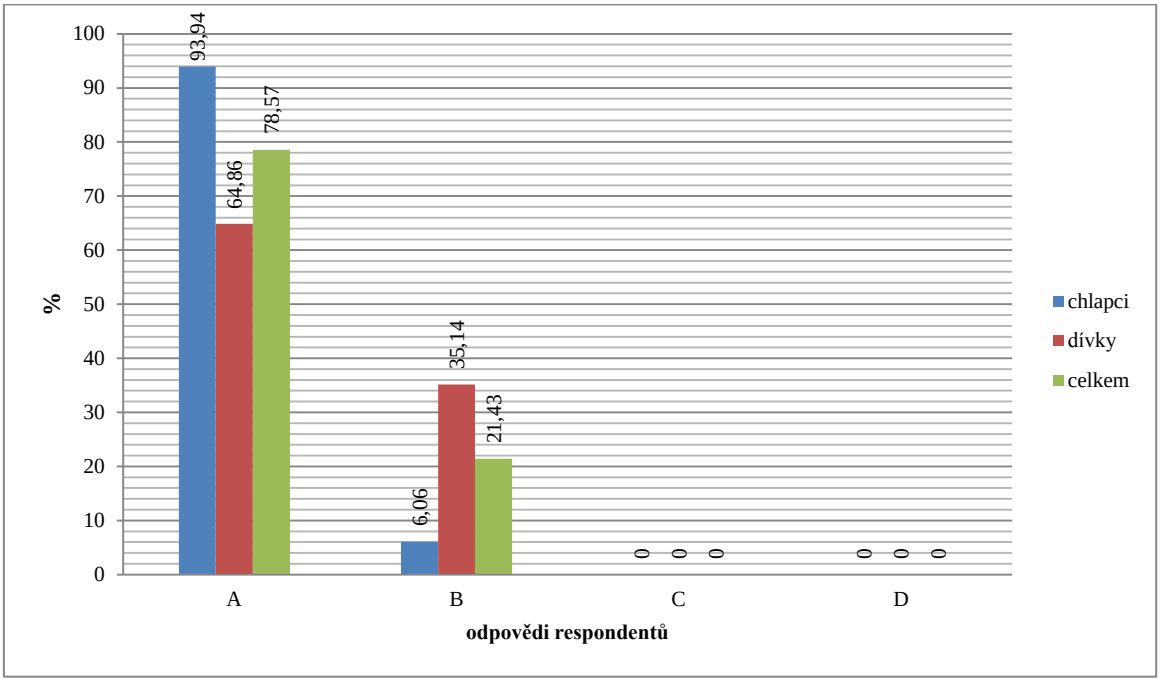
Zdroj: vlastní

21,60% (8) dívek a 0% chlapců smažená jídla nekonzumují. Jednou za týden má smažená jídla 30,30% (10) chlapců, 35,13% (13) dívek. Dvakrát za týden konzumuje smažená jídla 27,28% (9) chlapců a 29,73% (11) dívek. 21,21% (7) chlapců a 5,41% (2) děvčat konzumuje smažená jídla 3x za týden. 9,09% (3) chlapců a 5,41% (2) dívek má 4x do týdne smažené jídlo. 12,12% (4) chlapců a 2,70% (1) dívek konzumuje smažená jídla 5x do týdne. Celkem 11,43% respondentů volilo variantu „A“, 32,86% „B“, 28,57% „C“, 12,86% „D“, 7,14% „E“, 7,14% „F“. Odpověď „G“ nebyla ani jednou zaznamenána (0%).

Otázka č. 15. Kde obědvá Vaše dítě nejčastěji?

a) Ve školní jídelně
b) Doma
c) U prarodičů
d) Jiné _____

Graf 8 - místa obědů



Zdroj: vlastní

93,94% (31) chlapců a 64,86% (24) dívek obědvá ve školní jídelně. 6,06% (2) chlapců a 35,14% (13) dívek obědvá doma. Odpověď „C“ a „D“ nebyla ani jednou zaškrtnuta – 0%. Celkem 78,57% dětí obědvá ve školní jídelně a 21,43% dětí doma.

Otázka č. 16. Kolikrát týdně je v jídelníčku Vašeho dítěte obsažen alespoň jeden kus syrové zeleniny?

Otázka č. 17. Kolikrát týdně je v jídelníčku Vašeho dítěte obsažen alespoň jeden kus ovoce?

a) Ani jednou, dítě zeleninu/ovoce nejí
b) 1x
c) 2x
d) 3x
e) 4x
f) 5x
g) 6x a více

Tabulka 2 - četnost konzumace ovoce a zeleniny – chlapci a dívky

		A	B	C	D	E	F	G
CHLAPCI	ovoce	5 (15,15%)	5 (15,15%)	4 (12,12%)	5 15,15%)	6 (18,19%)	3 (9,09%)	5 (9,09%)
	zelenina	3 (9,09%)	3 (9,09%)	3 (9,09%)	6 (18,19%)	6 (18,19%)	5 (15,15%)	7 (21,20%)
DÍVKY	ovoce	3 (8,11%)	5 (13,57%)	10 (27,02%)	3 (8,11%)	3 (8,11%)	4 (10,81%)	9 (24,33%)
	zelenina	3 (8,11%)	3 (8,11%)	4 (10,81%)	7 (18,91%)	4 (10,81%)	4 (10,81%)	12 (32,43%)

Zdroj: vlastní

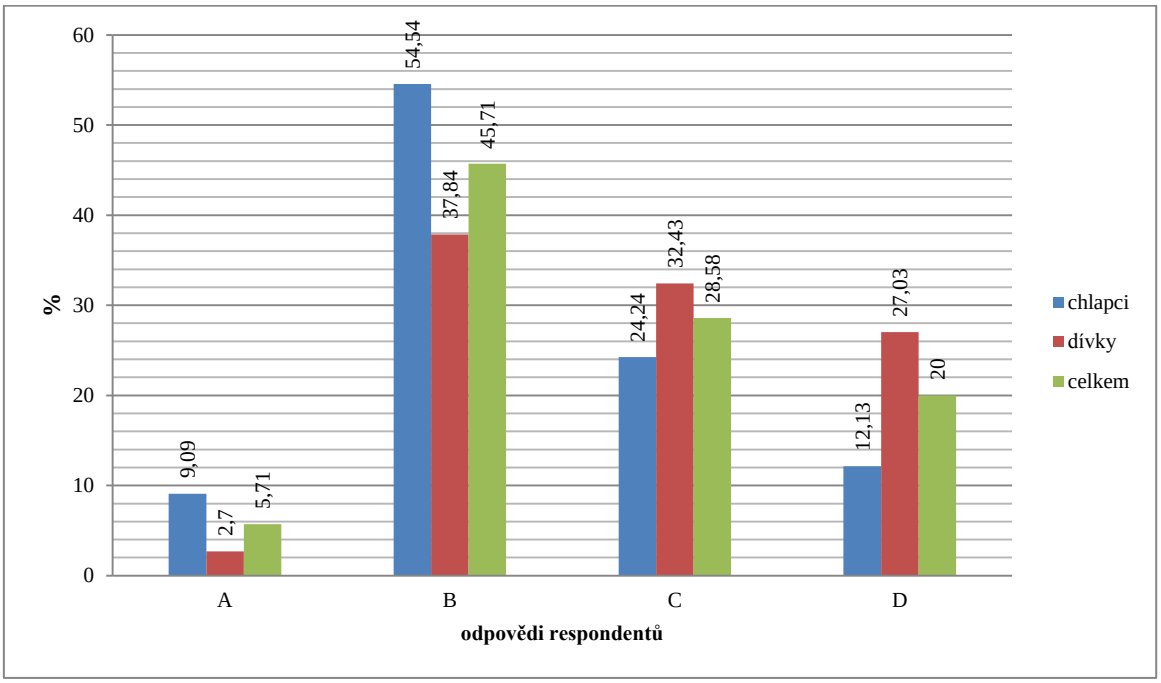
15,15% (5) chlapců, 8,13% (3) dívek nekonzumuje ovoce. 15,15% (5) chlapců, 13,57% (5) dívek konzumují ovoce 1x do týdne, 12,12% (4) chlapců a 27,02% (10) dívek 2x do týdne, 15,15% (5) chlapců, 8,11% (3) dívek 3x do týdne. 18,19% (6) chlapců a 8,11% (3) dívek 4x do týdne, 9,09% (3) chlapců a 10,81% (4) dívek 5x do týdne, 9,09% chlapců a 24,33% (9) dívek 6 a vícekrát do týdne.

Zeleninu nekonzumuje 9,09% (3) chlapců a 8,11% (3) dívek. 1x do týdne konzumuje zeleninu 9,09% (3) chlapců a 8,11% (3) dívek, 2x do týdne 9,09% (3) chlapců a 10,81% (4) dívek, 3x do týdne 18,19% (6) chlapců a 18,91% (7) dívek, 4x do týdne 18,19% chlapců a 10,81% (4) dívek, 5x do týdne 15,15% (5) chlapců a 10,81% (4) dívek, 6 a vícekrát do týdne 21,20% (7) chlapců a 32,43% (12) dívek.

Otázka č. 18. Navštěvujete s Vaším dítětem různá rychlá občerstvení? (McDonald´s, KFC…)

a) Ano ___/týden
b) Ano, ale pouze výjimečně při cestování
c) Ano, ale pouze za odměnu (př. vysvědčení, svátek, narozeniny)
d) Ne

Graf 9 - návštěvnost rychlých občerstvení



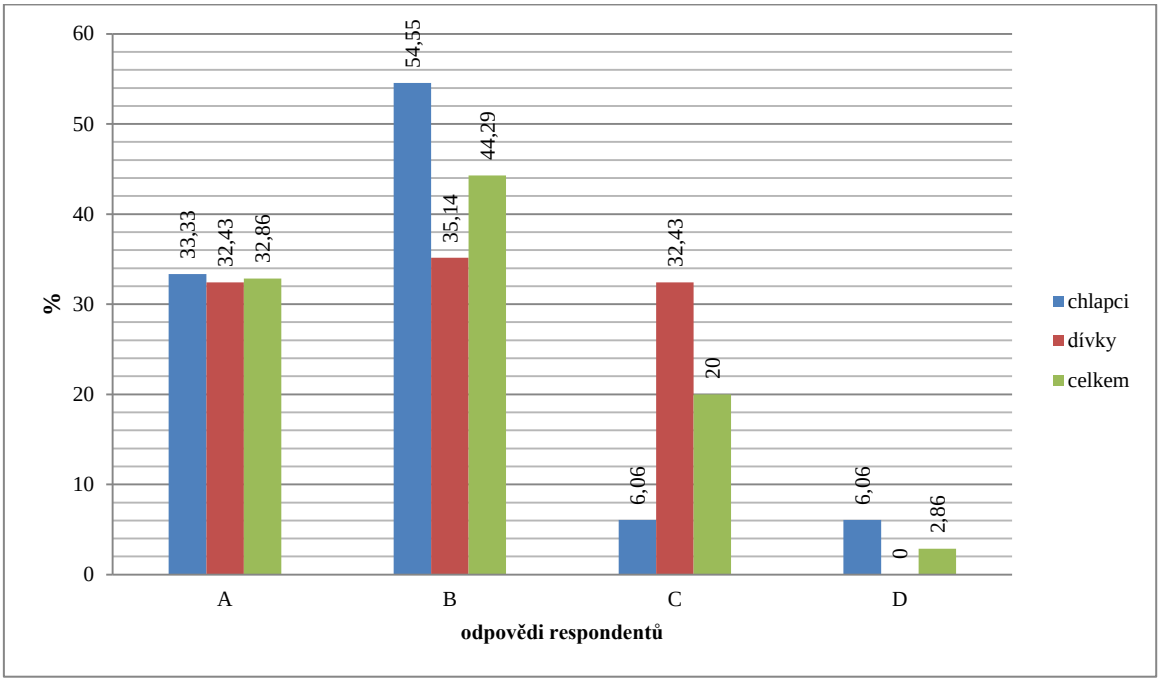
Zdroj: vlastní

Z grafu č. 8 vyplývá, že nejvíce rodičů 37,84% (32) se svými dětmi navštěvuje rychlá občerstvení pouze výjimečně (např. při cestování) – chlapců 54,54% (18), dívek 37,84% (14). 28,58% (20) rodičů také potvrdilo návštěvu rychlých občerstvení, ale jen za odměnu (např. vysvědčení, narozeniny) - chlapci 24,24% (8), dívky 32,43% (12). Celých 20% (14) odpovídajících tato zařízení se svými dětmi nenavštěvuje vůbec - chlapci 12,13% (4), dívky 27,03 (10). 5,71% (4) navštěvuje rychlá občerstvení pravidelně. Z toho 9,09% (2) chlapců a 2,70% (1) dívek 2 x do týdne.

Otázka č. 20. Scházíte se alespoň při jednom jídle denně jako rodina pohromadě?

a) Ano – každý den
b) Většinou ano – 4x do týdne
c) Zřídkakdy – 2x do týdne
d) ne

Graf 10 - rodina při jídle pohromadě



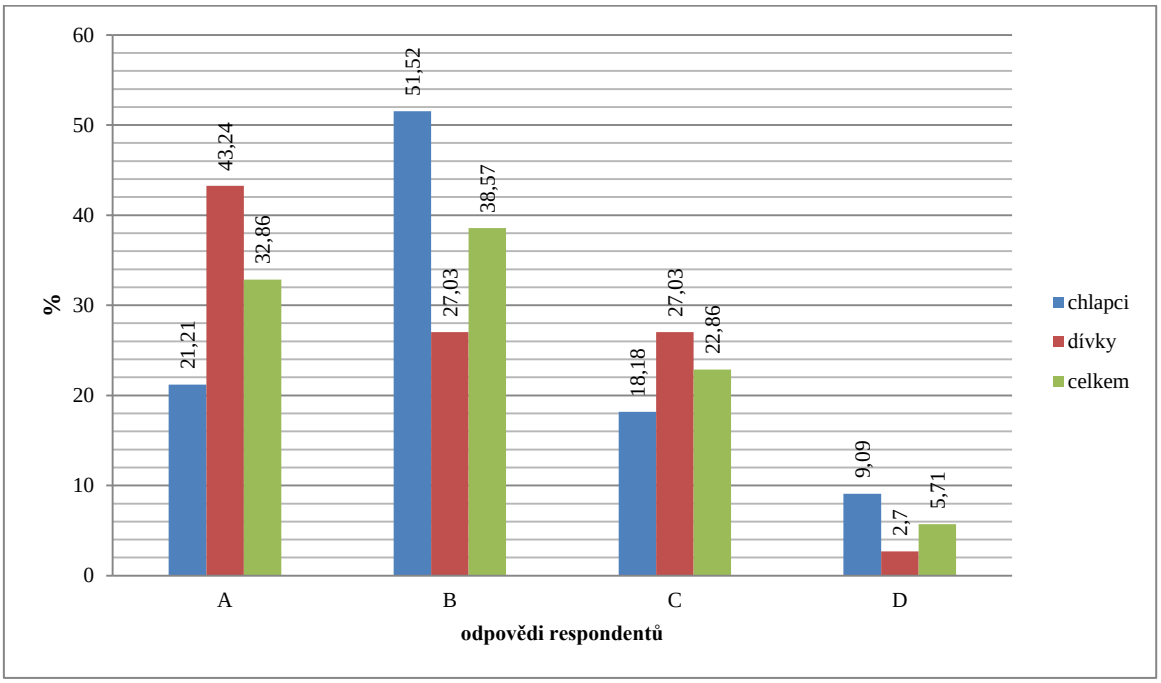
Zdroj: vlastní

Nejvíce respondentů, tedy 44,29% (31) se schází při jednom jídle jako rodina alespoň 4x do týdne - 54,44% (18) chlapců, 35,14% (13) dívek. 32,86% (23) respondentů se schází u stolu pravidelně - 33,33% (11) chlapců, 32,43% (12) dívek. 20% (14) respondentů se schází pouze 2x do týdne - 6,06% (2) chlapců, 32,43% (12) 2, 85% (2) odpovídajících se při jídle vůbec neschází - 6,06% (2) chlapců. Žádné děvče neuvedlo, že by se ani jednou nesešli jako rodina pohromadě u jednoho stolu.

Otázka č. 21. Dodržuje Vaše dítě správný stravovací režim přes pracovní týden? (jídlo 5x denně)

a) Ano – každý den
b) Většinou ano – 4x do týdne
c) Zřídkakdy – 2x do týdne
d) Ne

Graf 11 - dodržování správného stravovacího režimu



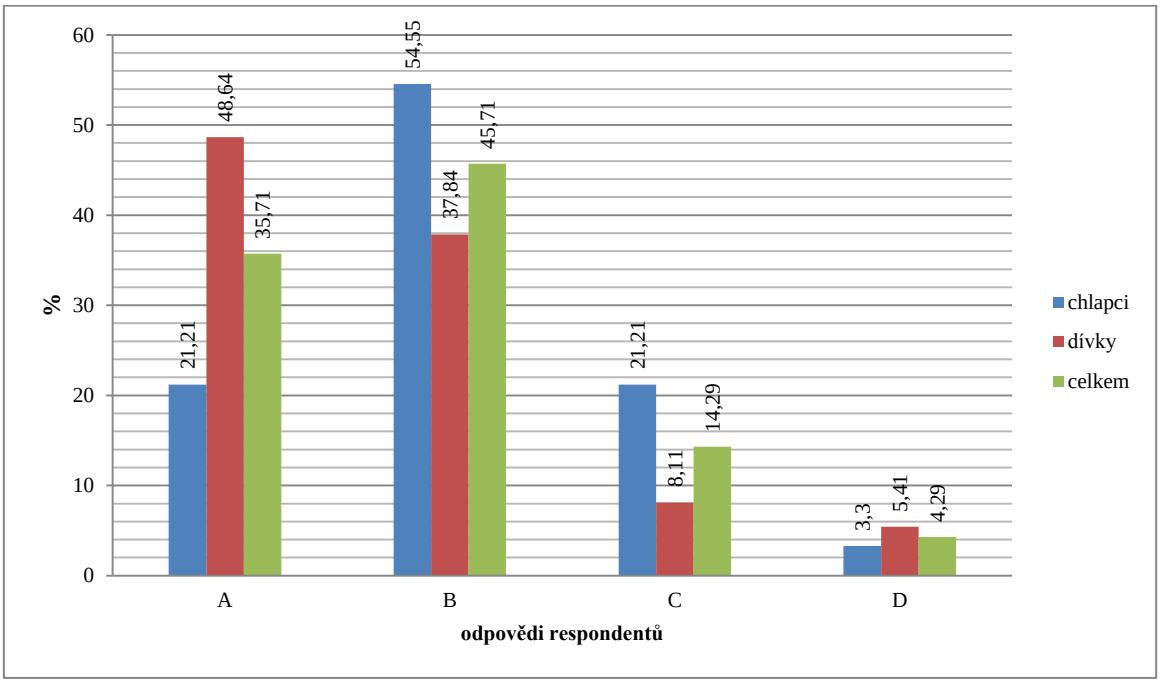
Zdroj: vlastní

38, 57% (27) respondentů dodržuje správný stravovací režim alespoň čtyřikrát do týdne, chlapců 51,52% (17), dívek 27,03% (10). 32,86% (23) respondentů každý den, chlapců 21,21% (7), dívek 43,24% (16). 22,86% (16) respondentů dodržuje režim pouze dvakrát do týdne, chlapců 18,18% (6), dívek 27,03% (10) a 5,71% (4) odpovídajících nedodržuje stravovací režim vůbec, chlapců 9,09% (3), dívek 2,70% (1).

Otázka č. 22. Dodržuje Vaše dítě týdenní stravovací režim (jídlo 5x denně) i o víkendu?

a) Ano
b) Většinou ano
c) Zřídkakdy
d) Ne

Graf 12 - dodržování stravovacího režimu - víkend



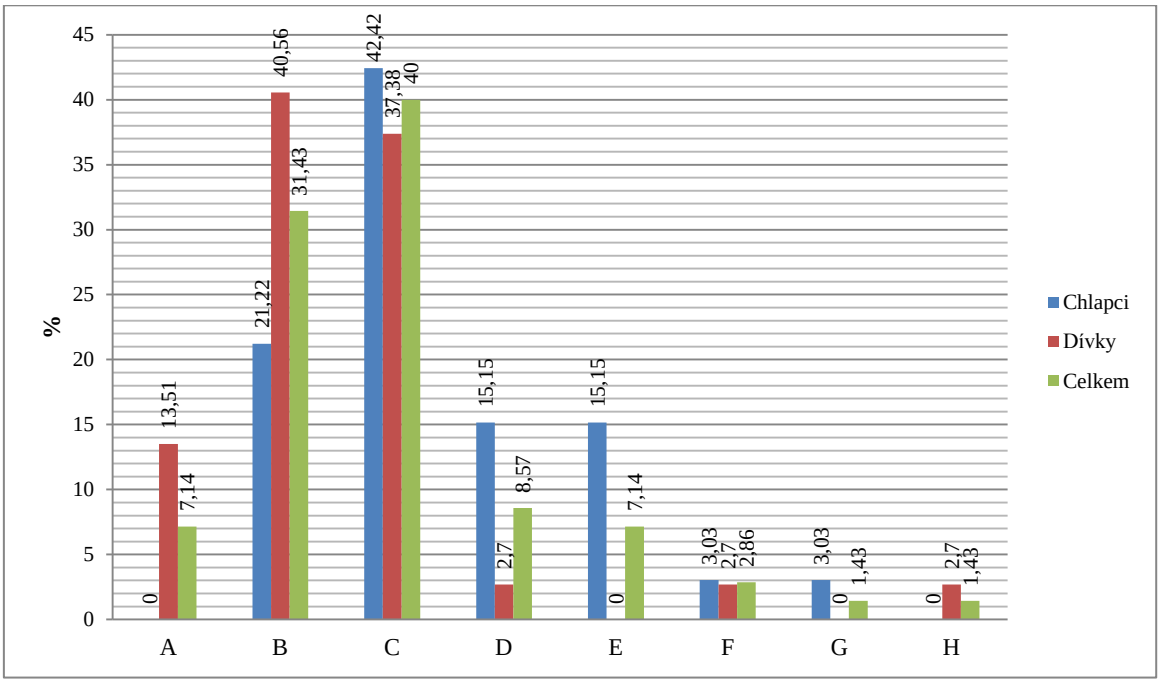
Zdroj: vlastní

Tento graf nám ukazuje, že o víkendu se děti stravují většinou pravidelně – 5x denně má jídlo 35,71% (25) respondentů - 21,21% (7) chlapců, 48,64% (18) dívek. 45,71% (32) se většinou stravuje pravidelně o víkendu – tj. 54,55% (18) chlapců, 37,84% (14) dívek. Odpověď „spíše ne“ označilo 14,29% (10) respondentů – 21,21% (7) chlapců, 8,11% (3) dívek. Odpověď „ne“ označilo 4,29% respondentů - 3,03% (1) chlapců a 5,41% (2) dívek.

Otázka č. 23. Kolik sladkostí sní Vaše dítě průměrně za den?

a) Žádné
b) 1
c) 2
d) 3
e) 4
f) 5
g) 6
h) 7 a více

Graf 13 - průměr zkonzumovaných sladkostí za den



Zdroj: vlastní

Nejvíce dětí 40% (28) odpovědělo, že průměrně sní 2 sladkosti za den - 42,42% (14) chlapců a 37,38% (14) dívek. Jednu sladkost denně sní 31,43% (22) dětí - 21,22% (7) chlapců a 40,56% (15) dívek. Žádné sladkosti nemívá 13,51% (5) dívek, chlapci tuto odpověď neoznačili ani jednou 0% (0). 3 – 4 sladkosti za den snědí 30,3% (10) chlapců, 2,7% (1) dívek. Odpověď „5 sladkostí denně“ označilo 3,03% (1) chlapců, 2,7% (1) dívek. 6 sladkostí zkonzumuje 3,03% (1) chlapců, žádná dívka a 7 sladkostí denně má 2,7% (1) dívek. Více sladkostí konzumují chlapci než děvčata.

Otázka č. 24. Jaké množství mléčných výrobků sní Vaše dítě za týden?

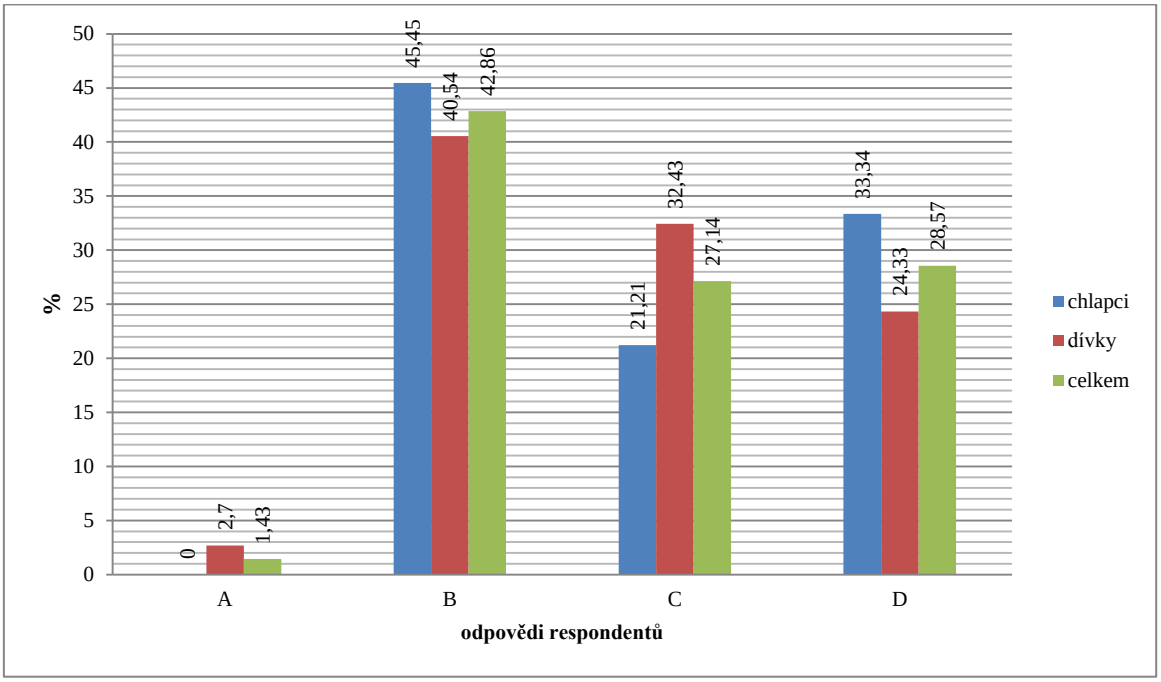
a) Žádné

b) 1 – 3 nejčastěji_____

c) 4 – 5 nejčastěji_____

d) 6 a více nejčastěji_____

Graf 14 - mléčné výrobky/ týden



Zdroj: vlastní

42,86% (30) dětí jí mléčné výrobky 1 – 3x do týdne - 45,45% (15) chlapců, 40,54% (15) dívek. 27,14% (19) respondentů jí 4 – 5 mléčných výrobků - 21,21% (7) chlapců, 32,43% dívek a 28,57% (20) má mléčné výrobky 6x a více do týdne - 33,34% (11) chlapců, 24,33% (9) dívek. 2,7% (1) dívek nepožívá žádné mléčné výrobky.

Tabulka 3 - nejčastější požívané mléčné výrobky

	jogurt	tvaroh	sýry
chlapci	18 (54,54%)	6 (18,18%)	9 (27,28%)
dívky	20 (55,56%)	8 (22,22%)	8 (22,22%)

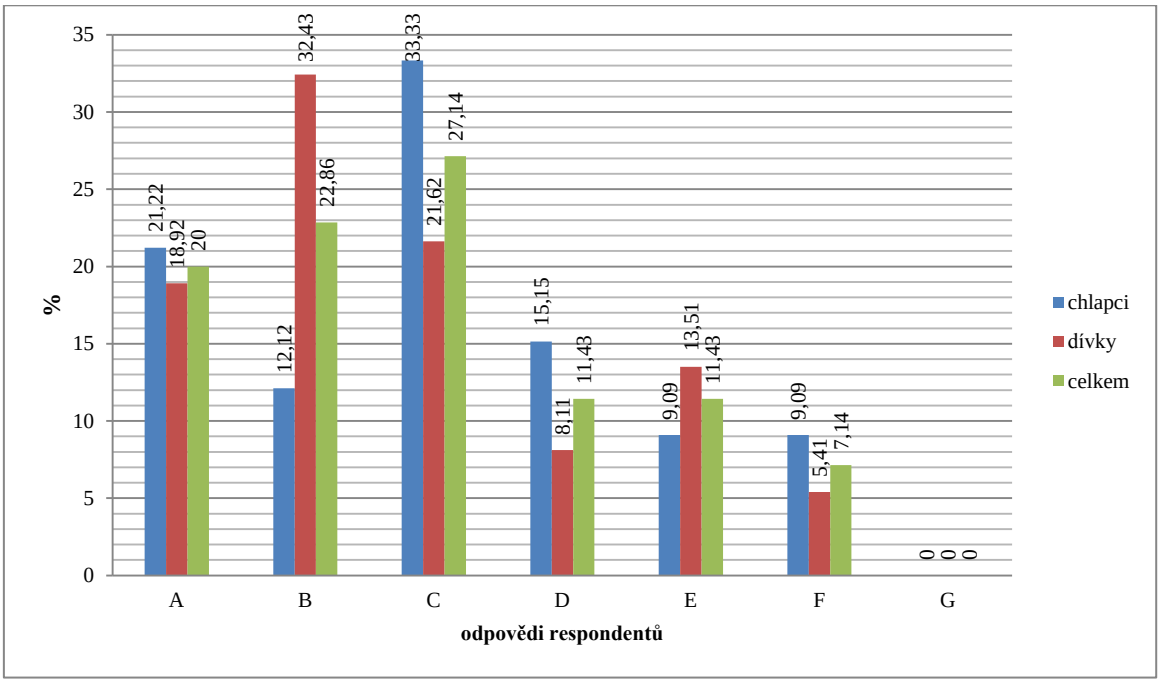
Zdroj: vlastní

V tabulce můžeme vidět číselně vyjádřené hodnoty nejčastěji konzumovaných mléčných výrobků. Děti nejčastěji jedí jogurty - 54,54% (18) chlapců, 55,56% (20) dívek. Odpovědi tvaroh a sýry vyšly u děvčat stejně a to 22,22% (8). Chlapci konzumují více sýry - 27,28% (9) než tvaroh 18,18% (6).

Otázka č. 25. Kolikrát do týdne Vaše dítě pozře balíček smažených lupínků, křupek nebo slaných tyčinek apod. večer k TV, počítači, knížce…?

a) Ani jednou
b) 1x
c) 2x
d) 3x
e) 4x
f) 5x
g) 6x a více

Graf 15 - dětmi pojídané pochutiny k TV, počítači/týden



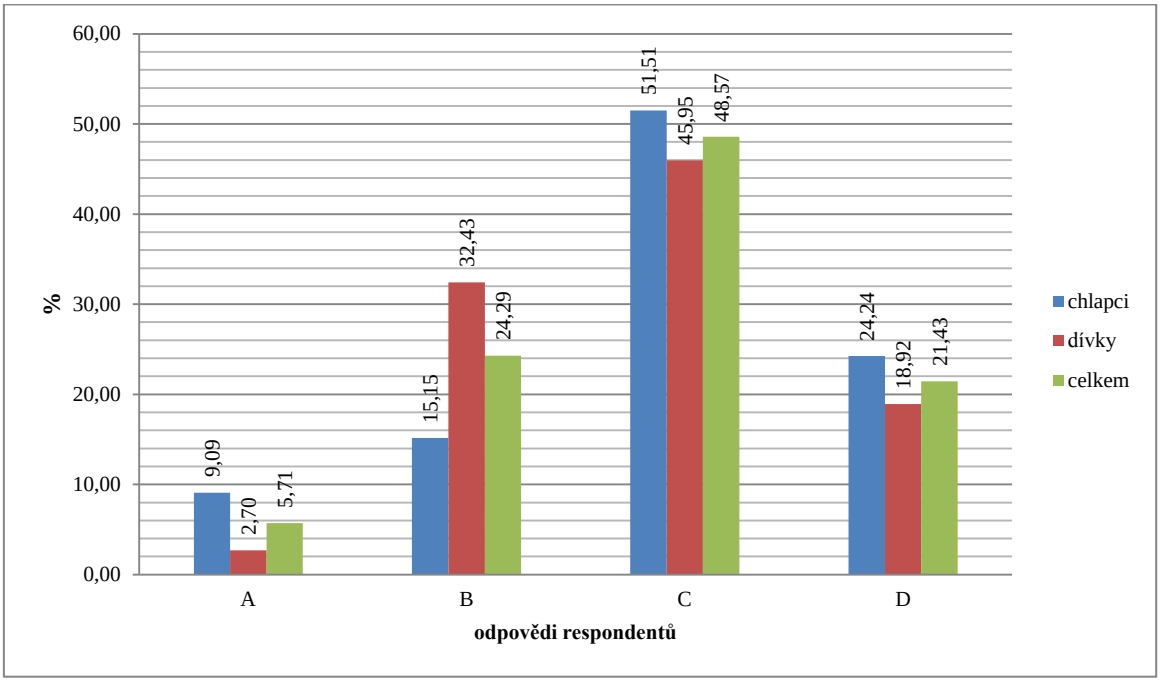
Zdroj: vlastní

Graf č. 11 nám ukazuje celkově vyšší příjmy pochutin u chlapců než u děvčat. Ani jednou do týdne nejí tyto pochutiny 21,22% (7) chlapců, 18,92% (7) dívek. Jednou do týdne je to 12,12% (4) chlapci, 32,43% (12) dívek. Nejvíce odpovědí u chlapců 33,33% (11) je pojídání pochutin 2x do týdne, u děvčat je to 21,62% (8). 3x do týdne si dopřeje slané pochutiny 15,15 (5) chlapců, 8,14% (3) dívek. 4x do týdne 9,09% (3) chlapců, 13,51% (5) dívek. 5x do týdne 9,09% (3) chlapci, dívek 5,41% (2). Odpověď „G“ nebyla označena ani jednou – 0%.

Otázka č. 26. Kolik litrů tekutin vypije Vaše dítě denně?

a) Do 0,5 l
b) Více jak 0,6 l, ne však více než 1 l
c) Více jak 1 l, ne však více než 1,5 l
d) Více než 1,5 l

Graf 16 - vypité množství tekutin za den



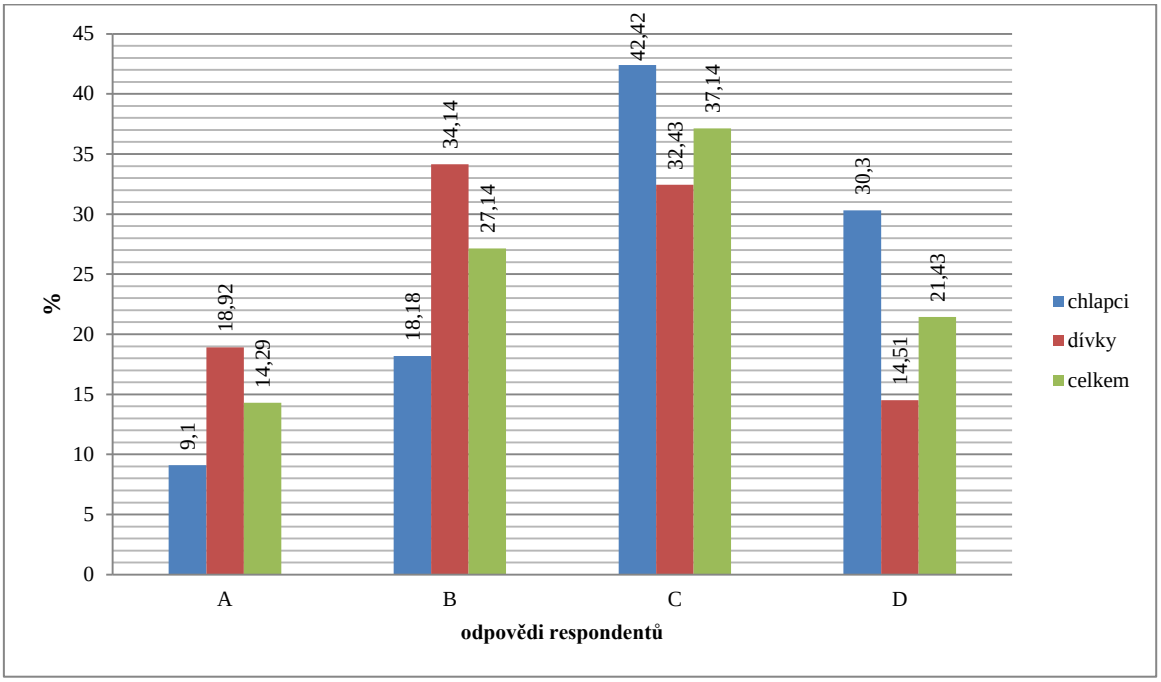
Zdroj: vlastní

Nejméně byla označena odpověď „A“, a to celkem 5,71% (4) dětí - 9,09% (3) chlapců a 2,7% (1) děvčat. Do 1 l tekutin vypije 15,15% (5) chlapců, 32,43% (12) děvčat. Nejvíce tekutin vypijí chlapci 51,52% (17) i dívky 42,95% (17) stejně a to v průměru 1 l – 1,5 l. Více jak 1,5 l vypije 24,24% (8) chlapců a 18,92% (7) dívek.

Otázka č. 27. Jaké nejčastější nápoje pijí Vaše děti?

a) Čistá voda
b) Džusy
c) Slazené čaje
d) Jiné sladké nápoje

Graf 17 - nejčastější nápoje, které děti pijí



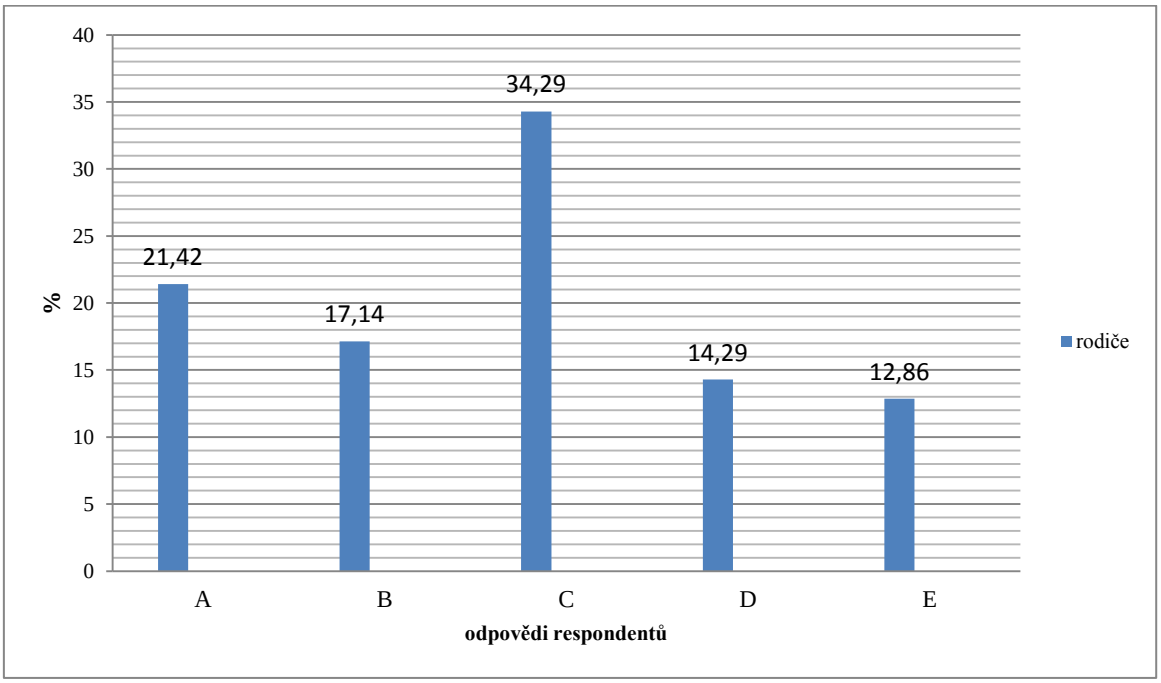
Zdroj: vlastní

Chlapci pijí nejčastěji sladké čaje: 42,42% (14), dívky - 34,14% (13) pijí nejčastěji džusy. Druhou nejčastější odpovědí u chlapců bylo, že pijí nejčastěji nějaké sladké nápoje 30,3% (10), u dívek to byl sladký čaj 32,43% (12). Další nejčastější odpovědí bylo u chlapců, že pijí džusy 18,18% (6), u dívek to byla čistá voda 18,92% (7). Nejméně označenou odpovědí byla „čistá voda“ u chlapců 9,1% (3), u dívek „jiné sladké nápoje“ 14,51% (5).

Otázka č. 28. Jaké nejčastější nápoje pijete Vy, rodiče dítěte?

a) Čistá voda
b) Káva
c) Čaj
d) Pivo
e) Sladké nápoje (džusy, Sprite, Coca Cola, Fanta…)

Graf 18 - nejčastější nápoje požívané rodiči



Zdroj: vlastní

Nejoblíbenější nápoj u rodičů obézních dětí je čaj – 34,29% (24) odpovědí, druhým nejčastějším pitím je čistá voda – 21,42% (15) odpovědí. Na třetím místě u požívaných tekutin je káva 17,14% (12). Procentuálně se umístilo pití piva 14,29% (10) a sladkých nápojů 12,86% (9).

Cíl 2: Zjistit, zda u nevhodně se stravujících dětí ovlivní jejich obezitu pohyb.

Předpoklad 2: Dostatek pohybu u nevhodně stravujících se dětí neovlivní jejich obezitu.

Otázky: 4 – 10; otázky 6 a 10 jsou doplňující

Kritérium pro hodnocení:

Z celkového počtu 70 dotazníků, jsem vybrala ty děti, kteří se stravují nevhodně – 15. Z toho důvodu pracuji v tabulkách s absolutní četností, neboť použití relativní četnosti by bylo zavádějící.

V otázce č. 4 uvede odpověď více než 7 respondentů „ano – 1x týdně“ či „ano – 2x týdně“ nebo „ano – 3x týdně“.

V otázce č. 5 uvede odpověď více než 7 respondentů „minimálně 1 hodinu“.

V otázce č. 7 uvede odpověď více než 7 respondentů „minimálně 7 hodin“.

V otázce č. 8 uvede odpověď více než 7 respondentů „minimálně 4 hodin“.

V otázce č. 9 uvede odpověď více než 7respondentů „méně než 15 hodin týdně“.

Otázka č. 4. Navštěvuje Vaše dítě pravidelně sportovní klub/sportovní kroužek? (pokud ne, pokračujte dále otázkou č. 7)

a) Ne
b) Ano – 1x týdně
c) Ano – 2x týdně
d) Ano – 3x týdně

Tabulka 4 - pravidelná návštěva sportovního kroužku/ klubu

	počet odpovídajících
ne	11
ano - 1x týdně	3
ano - 2x týdně	1
ano - 3x týdně	0

Zdroj: vlastní

Z celkového množství 15dětí 11 nenavštěvuje pravidelně žádnou sportovní aktivitu. Jednou týdně navštěvují pravidelně kroužek 3 děti. Dvakrát do týdne navštěvuje pravidelně nějaký sportovní kroužek 1 dítě.

Otázka č. 5. Jak dlouho trvá tréninková jednotka Vašeho dítěte? (v hodinách)

Tabulka 5 - trvání tréninkové jednotky

	počet odpovídajících
90 minut	1
120 minut	3

Zdroj: vlastní

U jednoho dítěte trvá tréninková jednotka 90 minut. U tří dětí trvá tréninková jednotka 120 minut.

Otázka č. 7. Kterým nejčastějším pohybovým aktivitám se Vaše dítě zpravidla věnuje? Kolik hodin týdně se těmto aktivitám věnuje? (v průměru; není třeba vyplnit všechny tři nabízené odpovědi)

Tabulka 6 - sportovní aktivity dívek a chlapců průměrně v hodinách/týden

	hod./týden
vycházky/běhání venku	24
kolo	5,7
fotbal	1,5
florbal	2

Zdroj: vlastní

Děti v průměru stráví na vycházkách a běháním venku 24 hodin/ týden. Na kole jezdí v průměru 3,4 hod./týden. Fotbalem stráví děti 1,5 hodiny týdně a florbalem stráví 2 hodiny týdně.

Otázka č. 8. Kolik času trávíte nějakou sportovní aktivitou s Vaším dítětem? (v průměru za týden)

Tabulka 7 - průměrná doba strávená rodiče s dítětem sportovní aktivitou/týden

	počet odpovídajících
0 hodin	8
1 hodina	2
2 hodiny	3
3 hodiny	2

Zdroj: vlastní

8 rodičů odpovědělo, že se svým dítětem netráví ani hodinu v týdnu žádnou sportovní aktivitou. 1 hodinu týdně stráví se svým dítětem 2 respondenti, 2 hodiny 3 odpovídající a 3 hodiny 2 odpovídající.

Otázka č. 9. Kolik hodin týdně stráví Vaše dítě sedavou činností? (četba knih, sledování TV, sezení u počítače…)

Tabulka 8 - sedavá činnost v týdnu

	počet odpovídajících
0-15 hodin	3
16-30 hodin	9
31-45 hodin	2
46-60 hodin	1

Zdroj: vlastní

3 děti tráví týdně méně než 15 hodin sedavou činností. 9 dětí tráví sedavou činností 16 - 30 hodin. 2 děti tráví 31 - 45 sedavou činností. Pouhé 1 dítě tráví sedavou činností v rozmezí mezi 46 – 60hodinami.

Cíl 3: Zjistit, zda obézní rodiče vnímají obezitu svého dítěte jako problém.

Předpoklad 3: Obézní rodiče nevnímají obezitu dítěte jako problém.

Otázky: 8, 29 – 34; otázky č. 30 je doplňující

Kritérium pro hodnocení:

Vybrala jsem ty dotazníky, ve kterých mi vyšlo, buď že oba rodiče jsou obézní, nebo alespoň jeden z rodičů (46). Z toho důvodu pracuji v tabulkách s absolutní četností, neboť použití relativní četnosti by bylo zavádějící.

V otázce č. 8 uvede odpověď více než 23 respondentů „minimálně 4 hodiny“.

V otázce č. 29 uvede odpověď více než 23 respondentů „nevím“.

V otázce č. 31 uvede odpověď více než 23 respondentů „ne“.

V otázce č. 33 uvede odpověď více než 23 respondentů „nevím“.

V otázce č. 34 uvede odpověď více než 23 respondentů

Otázka č. 8 Kolik času trávíte nějakou sportovní aktivitou s Vaším dítětem? (v průměru za týden)

Tabulka 9 - doba strávená rodiče s dítětem sportovní aktivitou/ týden

	počet odpovídajících
0 hodin	9
1 hodina	10
2 hodiny	9
3 hodiny	2
4 hodiny	5
5 hodin	1
6 hodin	2
7 hodin	1
8 hodin	6
12 hodin	1

Zdroj: vlastní

9 rodičů odpovědělo, že se svým dítětem netráví ani hodinu v týdnu nějakou sportovní aktivitou. 1 hodinu týdně stráví se svým dítětem 10 respondentů, 2 hodiny 9 odpovídajících, 3 hodiny 2 odpovídající, 4 hodiny 5 respondentů, 5 hodin 1 respondent, 6 hodin 2 respondenti, 7 hodin 1 odpovídající, 8 hodin 6 respondentů a 12 hodin 1 respondent.

Otázka č. 29. Má vaše dítě pocit, že je obézní?

a) Ano
b) Ne
c) Nevím

Tabulka 10 - Mají pocit samy děti, že jsou obézní?

	počet odpovídajících
ano	11
ne	9
nevím	26

Zdroj: vlastní

26 rodičů, odpovědělo, že neví, 9 rodičů volilo variantu „ne“. 11 dětí obézních rodičů má pocit, že jsou obézní.

Otázka č. 31. Myslíte si, že je Vaše dítě obézní? (Pokud ne, otázku č. 32 nevyplňujte.)

a) Ano

b) Ne

Tabulka 11 - Myslí si obézní rodiče o svých dětech, že jsou obézní?

	počet odpovídajících
ano	17
ne	29

Zdroj: vlastní

17 obézních rodičů si myslí, že jejich dítě je obézní. 29 obézních rodičů si o svých obézních dětech nemyslí, že jsou obézní.

Otázka č. 32. Pokud si myslíte, že je Vaše dítě obézní budete to nějak řešit?

Tabulka 12 - počet nejčastěji volených odpovědí rodiči

	počet odpovídajících
ano – více sportovní aktivity	8
ano – návštěva odborníka	6
není zájem situaci řešit	3

Zdroj: vlastní

Nejčastější odpovědí rodičů (8) bylo, že zvýší celkově se svým dítětem fyzickou aktivitu. 6 respondentů se shodlo na tom, že chtějí navštívit odborníka a 3 respondenti nemají zájem řešit obezitu svého dítěte.

Otázka č. 33. Setkalo se Vaše dítě již s nějakou negativní poznámkou týkající se jeho obezity? (Pokud ano, vypište, jak jste jako rodič na to reagoval.)

a) Ano*
b) Ne
c) Nevím

*_____

Tabulka 13 - negativní poznámka na obézní dítě

	počet odpovídajících
ano	5
ne	15
nevím	26

Zdroj: vlastní

26 rodičů neví, jak by reagovali na negativní poznámku týkající se obezity jejich dítěte. 15 rodičů se s touto poznámkou nikdy nesetkalo. 5 rodičů odpovědělo kladně.

Tabulka 14 - nejčastější reakce rodičů

	počet odpovídajících
domluva dítěti	3
lítost	2

Zdroj: vlastní

Nejčastější reakcí rodičů na negativní poznámku, která se týkala jejich dítěte, byla domluva dítěti (3 odpovídající). Druhá nejčastější odpověď byla, že jim dítěte bylo líto (2 odpovídající).

Otázka č. 34. Pokud by se setkalo Vaše dítě s negativní poznámkou na jeho váhu, napište, jak byste jako rodič reagoval.

Tabulka 15 - reakce rodiče na negativní poznámku svého dítěte

	počet odpovídajících
řešení domluvou, ale dále problém obezity neřeší	23
změna stravovacích návyků a pohybové aktivity	10
konzultace s odborníkem	4
rodiče vyvrací obezitu dítěte - nechtějí si problém připustit	9

Zdroj: vlastní

Nejnižší počet rodičů (4) by volil konzultaci s odborníkem. 10 respondentů by změnilo stravovací návyky a pohybovou aktivitu dítěte. 9 rodičů si nechce připustit obezitu svého dítěte a vyvrací mu ji. Nejčastější odpovědí u 23 rodičů by byla domluva dítěti, ale dále se problémem obezity svého dítěte nezabývají.

9 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Cíl 1: Zjistit, zda nevhodné stravovací návyky mají vliv na obezitu dítěte.

K dosažení cíle jsem určila otázky: 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28. Těmito otázkami jsem zjišťovala, jak se obézní děti stravují.

K tomuto cíli jsem stanovila předpoklad 1: Hlavní roli v obezitě dítěte hrají nevhodné stravovací návyky.

Předpoklad jsem si ověřovala otázkou č. 11, kdy jsem zjišťovala, zda děti mají domácí stravu. Každý den nebo alespoň 4x do týdne konzumuje domácí stravu 86% dotazovaných, Kritérium této otázky bylo, že 50% a více označí odpověď „zřídkakdy“ nebo „ne“. Moje domněnka nebyla potvrzena. Další otázkou č. 12 jsem zjišťovala, zda dítě každý den snídá. 77,14% odpovědělo, že snídají každý den nebo alespoň 4x do týdne. Tuto odpověď jsem neočekávala, domnívala jsem se, že více než 50% odpoví „spíše ne“, nebo „ne“. Tato domněnka tedy nebyla taktéž potvrzena. Otázka č. 13 se zabývala svačinami ve škole. 66% dotazovaných má svačinu připravenou z domova. Předpokládala jsem, že více než 50% odpoví, „ne – dostane finance z domova“ či „ne – mé dítě nesvačí“. Toto tvrzení se opět nepotvrdilo. Otázka č. 14 je zaměřena na smažená jídla. 72,86% respondentů odpovědělo, že konzumuje smažená jídla maximálně 3x v týdnu. Kritérium pro tuto otázku bylo, více než 50% odpoví min. „3x“ - max. „6x“. Moje domněnka byla zde potvrzena. U otázky č. 15 jsem zkoumala, kde děti obědvají nejčastěji. Sedmdesát devět procent obědvá ve škole. Předpoklad byl, že více jak 50% bude obědvat u prarodičů nebo někde jinde. Toto tvrzení se mně potvrdilo. Otázkou č. 16 a 17 jsem zjišťovala četnost konzumace ovoce a zeleniny. Nejvíce respondentů odpovědělo, že konzumují zeleninu 6 a vícekrát do týdne (27,14%). Ovoce konzumují děti nejčastěji buď 2x (20%) nebo 6 a vícekrát (20%) v týdnu. Kritéria pro tyto otázky byla, že více než 50% označí odpověď min. „1x“ - max. „5x“. Tvrzení se mně potvrdilo. Otázka č. 18 se vztahovala k návštěvnosti rychlých občerstvení. 74,29% respondentů odpovědělo, že sice navštěvují se svými dětmi rychlá občerstvení, ale pouze výjimečně nebo za odměnu. V této otázce bylo kritériem, že více než 50% odpoví „ano x/týden“. Výsledek nepotvrdil moje očekávání. U otázky č. 20 jsem si ověřovala, kolikrát za den se rodina sejde ke společnému stolu. 77,15% dotazovaných se schází u jídla každý den, nebo alespoň 4x do týdne. Moje domněnka se nepotvrdila, očekávala jsem, že více než 50% odpoví „zřídkakdy“ nebo „ne“. Otázka č. 21 byla zaměřena na správný stravovací režim (jídlo 5x denně) – v pracovním týdnu. 32,86% dotazovaných jí pravidelně 5x denně, 38,57% respondentů dodržuje

pravidelnost stravy 4x do týdne. Kritérium pro tuto otázku bylo - více než 50% odpoví „zřídkakdy“ nebo „ne“. Domněnka se mně opět nepotvrdila. Otázka č. 22 byla zaměřena také na správný stravovací režim, ale o víkendu. 35,71% jej dodržuje pravidelně, 45,71% většinou. Kritérium bylo stejné jako v předchozí otázce – více než 50% odpoví „zřídkakdy“ a „ne“. Toto tvrzení se mně také nepotvrdilo. Otázka č. 23 zjišťovala, kolik sladkostí denně dítě konzumuje. 31, 43% má denně 1 sladkost. Očekávali jsme, že více než 50% respondentů odpoví min. „3“ - max. „7“, tato domněnka se mně potvrdila. Otázka č. 24 se týkala mléčných výrobků. Nejčastěji respondenti odpověděli, že konzumují mléčné výrobky 1 – 3x do týdne (42,86%). Kritérium pro tuto otázku bylo – více než 50% odpoví „a“ nebo „b“ či „c“. Tento předpoklad se mně potvrdil. Otázka 25 zjišťovala, kolikrát do týdne dítě zkonzumuje balíček chipsů, křupek či slaných tyčinek večer k TV, počítači, knížce. Celkem 42,86% odpovědělo, že si tyto pochutiny nedopřávají buď vůbec nebo maximálně 1x do týdne. Předpoklad pro tuto otázku byl – více než 50% odpoví min. „2x“ - max. „6x“ do týdne. Toto tvrzení se mně potvrdilo. Otázka č. 26 zjišťovala pitný režim dítěte. 48% dětí vypije denně více jak 1 l, ne však více než 1,5l. Předpoklad pro tuto otázku byl – více než 50% odpoví „a“ nebo „b“ či „c“. Toto tvrzení se potvrdilo. Otázkou č. 27 jsem zjišťovala, jaké nejčastější nápoje děti pijí. 14,29% odpovídajících pijí vodu, 27,14% sladký čaj. Tuto odpověď jsem očekávala, proto se mně tato domněnka potvrdila. Otázka č. 28 jsem zkoumala, jaké nejčastější nápoje pijí rodiče dětí. Předpokládala jsem, že více než 50% rodičů odpoví „káva“ nebo „pivo“ či „sladké nápoje“. Tento předpoklad se mně nepotvrdil. Otázka č. 19 byla doplňující.

Předpoklad č. 1 se mně nepotvrdil.

Cíl č. 2: Zjistit, zda u nevhodně se stravujících dětí ovlivní jejich obezitu pohyb.

K dosažení jsem určila otázky: 4, 5, 6, 7, 8, 9. Pomocí těchto otázek jsem zjišťovala pohyb dětí u nevhodně se stravujících. Z celkového počtu navrácených dotazníků 70 (100%) bylo 15 dětí, které se nevhodně stravovaly.

K tomuto cíli jsem určila předpoklad 2: Dostatek pohybu u nevhodně stravujících se dětí neovlivní jejich obezitu.

Předpoklad byl ověřen otázkou č. 4, kde jsem zjišťovala, zda dítě navštěvuje pravidelně nějaký sportovní kroužek nebo klub. Na otázku odpovědělo 11 respondentů, že jejich děti pravidelně nenavštěvují žádný sportovní kroužek či klub, 4 ano. Kritérium k této otázce bylo – více než 7 respondentů odpoví „ano 1x týdně“ nebo „ano – 3 krát týdně“ nebo „ano – 3 a vícekrát týdně“. Toto tvrzení se mně nepotvrdilo. Na otázku

č. 5 odpovídaly pouze ty děti, které pravidelně sportují (4). U tří dětí trvá tréninková jednotka 120min., u zbylého dítěte trvá 90 minut. Kritérium k této otázce bylo – více než 2 odpoví „minimálně hodinu“. Tato domněnka se mně potvrdila. Otázkou č. 7 jsem zjišťovala, které nejčastější pohybové aktivitě se dítě věnuje a hlavně kolik hodin týdně. Nejvíce děti chodí na vycházky nebo běhají venku. Kritérium k otázce č. 7 bylo, že více než 7 respondentů odpoví na otázku, minimálně 7hodin týdně“. Tato domněnka se mně potvrdila částečně. V otázce č. 8 jsem zjišťovala, kolik hodin tráví rodič se svým dítětem nějakou sportovní aktivitou (v průměru týdně). Nejvíce odpovědí - (8) rodičů - netráví žádný čas sportovní aktivitou se svým dítětem, protože vůbec nesportují. Pro tuto otázku jsem si zvolila kritérium „minimálně 4hodiny/týden“. Tento předpoklad se mně nepotvrdil. Otázkou č. 9 jsem zjišťovala, kolik hodin týdně stráví dítě sedavou činností. Nejvíce respondenti odpovídali, že sedavou činností tráví 16 – 30 hodin v týdnu. Kritérium k této hypotéze bylo – více jak 7 respondentů odpoví méně než 15 hodin/týden. Toto tvrzení se mně také nepotvrdilo. Otázky 6 a 10 byly doplňující.

Předpoklad č. 2 se mně nepotvrdil.

Cíl č. 3: Zjištění, zda obézní rodiče vnímají obezitu svého dítěte jako problém.

K tomuto cíli jsem určila otázky: 8, 29 – 34. Z celkového množství navrácených dotazníků 70 (100%) jsem vybrala ty dotazníky, ve kterých mně vyšlo, že obézní dítě má jednoho nebo oba rodiče obézní – 46.

K tomuto cíli jsem určila předpoklad 3: Obézní rodiče nevnímají obezitu dítěte jako problém.

Otázka č. 8 jsem zjišťovala, kolik hodin tráví rodič se svým dítětem nějakou sportovní aktivitou (v průměru týdně). Nejvíce odpovědí rodičů (30) bylo, že netráví žádnou sportovní aktivitou se svým dítětem nebo maximálně 1, 2 nebo 3 hodiny, protože vůbec nesportují. Pro tuto otázku jsem si zvolila kritérium „maximálně 3 hodiny/týden“. Tento předpoklad se mně potvrdil. Otázka č. 29 jsem si ověřovala, zda rodiče znají pocity svého dítěte. 26 rodičů odpovědělo, že neví, jestli si jejich dítě myslí, že je obézní. Kritérium k této otázce bylo – více než 23 rodičů odpoví „nevím“. Tato domněnka se mně potvrdila. Otázkou č. 31 jsem zjišťovala, jestli sami rodiče si myslí, že jejich dítě ji obézní. 29 rodičů odpovědělo „ne“. Tato otázka opět potvrdila můj předpoklad. Otázka č. 33 se zabývala tím, zda se jejich dítě setkalo s negativní poznámkou týkající se jeho obezity. 26 rodičů odpovědělo „nevím“. Kritérium k otázce bylo – více než 23 rodičů odpoví „nevím“. Touto otázkou se předpoklad potvrdil. V otázce č. 34 měli rodiče vypsat odpověď na

otázku – Pokud by se Vaše dítě setkalo s negativní poznámkou na jeho váhu, napište, jak byste jako rodič reagoval? 23 rodičů uvedlo, že by to vyřešili domluvou, ale dále problém obezity neřeší. 9 rodičů vyvrací obezitu dítěte – nechtějí si problém připustit. 10 rodičů by změnilo stravovací návyky a přidalo pohybové aktivity. Kritérium k této otázce bylo – více než 23 rodičů nebude obezitu dítěte nijak řešit. Tato domněnka se mně opět potvrdila.

Předpoklad č. 3 se mně potvrdil.

10 DISKUZE

Tématem mé bakalářské práce je Obezita dítěte – problém v rodině. Obezita u dětí se rok od roku zvyšuje. V mé práci se zabývám stravou a skladbou jídla obézních dětí, jejich pohybem a problémy, které mohou vznikat v důsledku nezdravého životního stylu celé rodiny.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit, zda nevhodné stravovací návyky mají vliv na obezitu dítěte. U prvního předpokladu jsem se zaměřila na množství denních porcí, na množství vypitých tekutin a celkově na skladbu stravy. Na základě poskytnutých údajů jsem porovnávala stupně obezity z hlediska váhově výškového indexu BMI. Bylo zjištěno, že 7,14% dětí je robustních, 81,43% trpí nadváhou a 11,43% dětí je obézních.

V otázce 12 jsem se zabývala snídaní dětí. Ze šetření vyplynulo, že pravidelně snídá 40% a dětí, které snídají většinou pravidelně, je 35,71%; to znamená, že 75,71% dětí je zvyklých snídat. Veronika Dajčarová ve své bakalářské práci z roku 2006 uvádí, že 56% žáků není zvyklých snídat. Respondenty Dajčarové byly děti základních škol. (Dajčarová, 2006, str. 70). Porovnáním výzkumného šetření z roku 2006 (Dajčarová) a šetření mého (2013) lze vyvodit následující: za posledních 7 let došlo ke zlepšení v přístupu respondentů ke snídaním dětí. Může to být vlivem osvěty u výživových poradců, ve školách nebo v médiích. Nutno uvést, že mými respondenty jsou rodiče, kdežto u Dajčarové to byly děti samotné. Z toho vyplývá, že rodiče mohli uvádět takové údaje, které jsou pro ně samotné přijatelné, a tudíž nemusí být zcela pravdivé. Z výzkumného šetření není rovněž jasné, zda jsou rodiče v době snídaně dítěte doma přítomni nebo ne. Tím pádem mohou být údaje i mírně zkreslené.

Další otázka byla zaměřena na svačiny. Svačina je velmi důležitou součástí denního jídelního režimu. Dokládá to i projekt „Zdravá svačina“, který byl na podzim roku 2012 odstartován pod záštitou ministerstva zemědělství. Jeho cílem je motivovat zejména žáky I. stupně základních škol ke změně stravovacích návyků a vyměnit tak nezdravé svačiny typu sladkých pochutin za ovoce a zeleninu. Na této kampani se podíleli především odborníci z řad výživových poradců, pedagogů, ale také pěstitelé zemědělských produktů, např. Ovocnářská nebo Zelinářská unie. Zařazení ovoce a zeleniny do každodenního jídelníčku vede k podpoře zdravějšího životního stylu u dětí a ke změně jejich dosavadních stravovacích návyků. (http://www.zdravasvacina.eu).

Z odpovědí na otázku č. 13 vyplynulo, že 66% dětí dostává svačinu z domova. Bohužel není jasné, zda si školák bere na svačinu sušenky nebo namazaný chléb se šunkou

a jako přílohu k tomu zeleninu, a zda-li dítě svačinu opravdu sní nebo ji dá někomu jinému. Dvacet tři procent dětí nedostává svačinu z domova, ale dostává na ni finance. Otázkou však zůstává, co si dítě za peníze koupí. Vedle školních automatů, které nabízejí sladké a slané pochutiny, což pro děti není nejzdravější alternativa, „vyrostly“ i automaty, které dodávají výrobky zdravé výživy. Jedná se o projekt Evropské unie, jehož cílem je přispět k trvalému zvýšení spotřeby ovoce a zeleniny, vytvořit správné stravovací návyky ve výživě dětí a tím zároveň bojovat proti dětské obezitě. Projekt nese název Happy Snack, což je skloubení dvou programů – Mléko pro evropské školy a Ovoce do škol. Výrobky z těchto automatů splňují veškerá výživová doporučení; jedná se především o ochucená mléka, polotučné jogurty, amarantové výrobky, cereální tyčinky a balení čerstvého ovoce a zeleniny. (www.happysnack.cz). Spolu s automaty fungují na mnoha školách bufety, jejichž hlavním sortimentem jsou rohlíky, bagety, koláče a jiné sladké a slané pochutiny. Zároveň ale nabízí i čerstvé ovoce. Záleží především na vedení jednotlivých škol, zda se v rozhodující míře zasadí o to, aby v jejich prostorách byla pro všechny žáky dostupná zdravá výživa. Jedenáct procent dětí nesvačí vůbec.

Pozitivním výsledkem je, že v případě poledního jídla 79% školáků navštěvuje školní jídelnu, zbylých 21% dětí obědvá doma. Právě školní jídelny zajišťují dětem nutričně vyváženou stravu. Stává se, že z domova jsou děti navyklé na jídla určitých chutí, proto i přes dozor v jídelnách odmítají sníst obědy, které jim prostě nechutnají nebo je z domu neznají a ani nemají odvahu je zkusit – špenát, hrachová kaše apod. Tím však narušují vyváženost stravy, která je z hlediska správného vývoje dítěte nezbytná. Z výzkumného šetření se však nedopátráme toho, zda dítě oběd sní nebo ne.

Konzumace zeleniny a ovoce představuje významné zdroje vitaminů, zejména vitaminu C, provitaminu A a kyseliny listové, minerálních a dalších nutričně významných látek – antioxidanty, vláknina aj. Pařízková, Lisá a kol. uvádějí denní doporučenou dávku zeleniny 3 – 4 porce, ovoce 2 porce. (PAŘÍZKOVÁ, LISÁ, 2007, str. 200). V mém šetření byla uvedena otázka, kolikrát týdně je v jídelníčku zařazena zelenina a ovoce. Jen 27,14% respondentů přiznává konzumaci 6 a více kusů zeleniny týdně a pouhých 20 % respondentů uvedlo konzumaci 6 a více kusů ovoce týdně. Můžeme se tedy domnívat, že děti respondentů sní denně 1 kus zeleniny a 1 kus ovoce. Tento výsledek je ve srovnání s denní doporučenou dávkou žalostně nízký. Může to být způsobeno ledabylým vyplněním dotazníku ze strany rodičů nebo tím, že se v rodinách nepřikládá konzumaci zeleniny a ovoce dostatečný význam.

Překvapivě pozitivně vyznívá, že návštěvnost rychlých občerstvení u dětí není pravidelná. 20% dětí fast foody nenavštěvuje, 74,29% dětí tato zařízení navštíví pouze výjimečně (při cestování či za odměnu) a pouhých 5,7% dotázaných navštěvuje tyto řetězce rychlého občerstvení pravidelně, a to 2x týdně. V práci Veroniky Dajčarové se můžeme dočíst, že její hodnoty výzkumného šetření jsou o 19% vyšší, a to znamená, že 25% dětí si tyto výrobky kupuje 2 – 3x do týdne. Jedním z důvodů odlišných výsledků může být rozdílnost respondentů; u Dajčarové odpovídaly děti, v mém šetření rodiče, kteří nemuseli odpovídat zcela pravdivě nebo ani neví, zda jejich dítě navštěvuje rychlá občerstvení bez jejich vědomí. Dalším důvodem může být i fakt, že se díky celosvětové osvětě jídelní zvyklosti skutečně mění. Vždy záleží na postoji rodičů, zda dokáží dítě dostatečně pádnými argumenty přesvědčit o nevhodnosti tohoto stravování pro jejich zdravý vývoj.

Rodina by měla jíst společně u jednoho stolu. Společné stravování přispívá především k soudržnosti rodiny, ale může mít i příznivý vliv na osvojování si vhodného denního rytmu, pravidelnosti, zásad hygieny ve spojení s jídlem, mohou ovlivňovat formování jídelního, morálního i sociálního vývoje dítěte. U malých dětí společná jídla přispívají k pocitu bezpečí. Trávení většího množství času s rodiči je jedním z faktorů ovlivňujících utváření zdravých postojů k jídlu.

Společná jídla mohou plnit důležitou výchovnou funkci. Děti se učí (mají se učit!) základům společenského chování, jídelním způsobům typickým pro danou kulturu, správnému zacházení s jídelními příbory podle typu podaného jídla. Musí se naučit odvykat některé nezpůsoby v zacházení s jídlem nebo odbíhání od jídla. To ovšem předpokládá kulturnost v chování rodičů ve vztahu k jídlu i k dalším členům rodiny. Společná jídla pomáhají udržovat rodinné tradice, a to jak ve složení jídelníčku, tak v chování (FRAŇKOVÁ, PAŘÍZKOVÁ, MALICHOVÁ, 2013). Otázka č. 20 řeší problematiku společného stravování v rodině. Téměř 77% dotazovaných jí denně spolu (anebo se o to snaží). Marinov, Pastucha a kol. uvádí, že by měla rodina jíst u jednoho stolu alespoň jednou denně, a to se nám také potvrdilo. (MARINOV, PASTUCHA, 2009).

U otázky pravidelného stravování (5x denně) vyšlo, že téměř 71,43% dětí jí pravidelně anebo se o pravidelnost alespoň snaží. Nepravidelná strava může vést u dětí ke zdravotním problémům. Vynechání svačin vede k prodlužování fáze hladovění, která může mít za následek pokles hladiny glukózy v krvi; dítě je unavené a nesoustředěné. (FRAŇKOVÁ, PAŘÍZKOVÁ, MALICHOVÁ, 2013). Hlad je základní lidská potřeba, která je popsána v Maslowově pyramidě potřeb. Pokud nedojde k uspokojení této základní

potřeby, nelze u žáků předpokládat vyšší výkonnost. Absence svačiny může vést k tomu, že dítě pozře větší porci jídla u oběda, a to je u obézních dětí nežádoucí.

Otázka č. 23 nám ukazuje na denní příjem sladkostí u dětí. Podle doporučení Světové zdravotnické organizace (WHO) by neměla spotřeba rafinovaného cukru u dětí a dospělých překročit 10% celkového energetického příjmu. Do dětského jídelníčku sladkosti patří, ale jen občas a pro jeho zpestření. (PAŘÍZKOVÁ, LISÁ, 2007). Z celkového množství dotazovaných pouhých 8,57% dětí respondentů nejí sladkosti nebo je má maximálně jednou denně. V tomto vzorku jsou především děti, které již nějakou dobu navštěvují výživovou poradkyni, a tudíž mají sestavený jídelníček s vyloučením sladkostí. 40% respondentů odpovědělo, že jejich děti požijí sladkost 2x denně a 16% rodičů uvádí 3x až 4x denně. Tento počet, ačkoliv se zdá na první pohled nepravděpodobný, není až tak nereálný, pokud dítě snídá např. koláč nebo oblíbené koblihy, v automatu si zakoupí ke svačině jakýkoliv druh sušenky a cestou ze školy se zastaví na zmrzlinu… Přesto, že většina dětí má sladké v oblibě, je nutné, aby se především rodiče a prarodiče snažili zamezit nadměrnému přísunu všech pamlsků. Konzumace sladkých pochutin je jednou z příčin obezity u dětí, ale může vést i k jiným zdravotním problémům (kazivost zubů, nežádoucí překyselení žaludku apod.). Jak jsem již uvedla v teoretické části této práce, je velkou chybou nejenom rodičů, ale i pedagogů, zařazují-li sladkost jako prvek odměny nebo následuje-li požití laskomin po každém ze společných nákupů.

Na otázku, kolikrát do týdne si večer dítě dopřeje slané pochutiny (brambůrky, tyčinky, arašídy apod.) k TV, počítači apod. rodiče odpověděli, že 20% dětí si tyto pochutiny nedopřává, 50% dětí je má 1x - 2x do týdne, 22% si dopřává pochutiny 3–4x do týdne, v 7% si děti na těchto slaných výrobcích pochutnávají 5x týdně. U poslední 7% skupiny dětí se lze domnívat, že tyto absolutně nezdravé potraviny patří tzv. k „folklóru“ rodiny; jsou nejenom součástí každé rodinné oslavy, ale rodiče je neodepřou sobě ani dětem např. při pravidelném sledování televize nebo při společných stolních hrách. Jedno 77 g balení chipsů obsahuje 1 g soli, (net), přitom by tělo dítěte mělo za celý den přijmout méně než 3 g soli. (PAŘÍZKOVÁ, LISÁ, 2007).

Dostatečný přísun tekutin je nezbytný pro správné fungování těla. Množství tekutin, které má dítě denně vypít závisí na jeho věku a tělesné hmotnosti. Objem tekutin pro 6 – 10leté dítě je 60 – 80 ml/kg tělesné hmotnosti, u 11 – 15letých dětí 50 – 70 ml/kg tělesné hmotnosti, tzn., že v průměru by dítě mělo vypít 2 litry tekutin denně. Nejvhodnějším nápojem pro dítě je stolní neperlivá voda, ovocný nebo bylinný čaj, 100%

džus ředěný vodou v poměru 1:1(DOLEŽEL, Zdeněk, 2007, s. 136). Z mého výzkumu vyplývá, že pitný režim dodržuje většina dětí, ale nejčastěji pijí sladké nápoje. Výsledky ukazují, že osvěta týkající se požívání sladkých nápojů je ve škole téměř mizivá. Navíc jsou děti v požívání sladkých nápojů podporovány vedením škol tím, že jsou již téměř ve všech školách instalovány automaty na sladké nápoje a paradoxně i automaty na kávu.

Zřejmě ani rodiče si nevhodnost sladkých nápojů u dětí neuvědomují, případně nepřipouští. Dá se předpokládat, že děti jsou v tomto směru v mnoha případech ovlivněny televizní či jinou reklamou a těmto v plné míře podléhají. Pokud dítě není od začátku usměrňováno v rodině, velmi snadno si pití sladkých nápojů osvojí. O to hůře se pak tohoto zlozvyku zbavuje. Rodiče pijí nejčastěji vodu a čaj a jako třetí nápoj v pořadí uvádějí konzumaci piva, což je v prostředí rodiny pro děti nedobrý příklad. Je zarážející, že zatímco rodiče pijí nejčastěji vodu a čaj, u dětí to jsou převážně sladké nápoje. Důvod lze spatřovat i v tom, že děti již od útlého věku dávají přednost sladkým nápojům (čaj, limonády); nesladké nápoje v podstatě odmítají a rodiče snad i z pohodlnosti dětem sladké nápoje dopřejí; už jenom proto, aby vůbec něco vypily.

Výzkumné šetření týkající se stravování u dětí základních škol bylo rozděleno na skupiny chlapců a dívek. Z 16položených otázek vychází v osmi případech hůře chlapci, v 5případech dívky. Ve zbývajících třech otázkách vyšly odpovědi téměř totožně. Jednalo se o otázky na konzumaci zeleniny, ovoce a mléčných výrobků. Tento výsledek není překvapující; děti na druhém stupni základní školy postupně přecházejí do pubertálního období a v obou případech (chlapci i dívky) začínají věnovat víc pozornosti svému zevnějšku, chlapci se zaměřují více na sportovní aktivity. Děvčata řeší postavu a vzhled, experimentují s různými dietami. I díky této možnosti mohly být výsledky dívek po vyhodnocení této části dotazníku nepatrně lepší než u chlapců.

Předpoklad č. 1, že více než polovina respondentů odpoví, že hlavní roli v obezitě dítěte hrají nevhodné stravovací návyky, se tedy nepotvrdil. Důvodem může být i to, že dotazníky byly rozdány i u výživové poradkyně. Pokud rodiče s dětmi navštěvují odborníka na výživu již delší dobu, dá se předpokládat, že v rodině došlo nejenom ke změně jídelníčku, ale celkově i k přístupu ke zdravějšímu životnímu stylu.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, zda u nevhodně se stravujících dětí ovlivní jejich obezitu pohyb. U druhého předpokladu jsme se zaměřili na pravidelnou sportovní aktivitu a délky jejich trvání, a také na to, zda rodič (rodiče) tráví se svým dítětem čas určitou pohybovou aktivitou. Pravidelně u nevhodně stravujících se dětí navštěvují sportovní klub nebo kroužek 3 (z 15) dětí 1x týdně a 1 z 15 dětí 2x týdně. Zbylých 11 dotazovaných

pravidelně nenavštěvuje sportovní kroužek. Pastucha a kol. ve své literatuře uvádí, že děti v mladším školním věku by se měly pohybu věnovat stejný čas, jako čas strávený ve škole, tzn. ideálně 5 hodin denně. Ve starším školním věku by se dítě mělo denně věnovat sportovním aktivitám minimálně půl hodiny. Z šetření vyplývá, že chlapci chodí na vycházky nebo běhají venku 19 hodin týdně, ale děvčata pouze 5 hodin týdně. Dítěti je od narození pohyb vlastní a jsou to rodiče, kteří by měli dítě k pravidelnému pohybu vést a motivovat ho. Jen 2 rodiče stráví s dětmi při sportovních aktivitách tři hodiny týdně, 3 rodiče dvě hodiny a 2 rodiče jen jednu hodinu týdně.

Rodičů, kteří nesportují a nepraktikují s dítětem žádnou sportovní aktivitu je zneklidňujících 8 (z15). Je zarážející, že 9 (z 15) dětí ve volném čase prosedí doma 16 – 30 hodin týdně, 1 (z 15) 46 – 60 hodin týdně a pouze 3 děti (z 15) stráví doma sedavou činností méně než 15 hodin týdně. Z dotazníků byly vyčleněny děti stravující se nevhodně. Z celkového počtu 15 respondentů celkem 11 dětí nenavštěvuje pravidelně sportovní kroužek nebo klub. Lze dovodit, že děti trpící nadváhou a obezitou mají obecně s pohybem problém. Jsou zde i další faktory, které mohou tuto nečinnost ovlivnit; ty se ale v šetření neobjevují. Rozhodně záleží na tom, z jaké sociální skupiny rodiny dětí pochází nebo zda jsou rodiče natolik ekonomicky zdatní, aby mohli pravidelnou tělesnou aktivitu dětem dopřát. Ve většině případů rodiče nevhodně stravujících se dětí trpí sami nadváhou nebo obezitou a dosáhli maximálně středoškolského vzdělání (usuzuji z uvedeného povolání rodičů). Je pravděpodobné, že i z těchto důvodů se neklade důraz na pohybové aktivity dětí. Vyplývá to i z odpovědí rodičů na možnost řešení obezity dětí. Jenom v jednom případě rodič odpověděl, že by se snažil upravit jídelníček a zvýšil pohybovou aktivitu dítěte. Znamená to, že si rodiče neuvědomují nutnost skloubení pohybu a úpravy stravování. Ve většině případů reagují na problém obezity jednostranně, případně by obezitu řešili „domluvou dítěti“. Tento přístup však nepřinese žádný výsledek; pouhý rozhovor s dítětem obezitu v rodině nesníží. Zde je již nutná odborná pomoc, ale málokterý rodič je schopen tuto eventualitu připustit.

Předpoklad 2, že více jak polovina respondentů odpoví, že dostatek pohybu u nevhodně stravujících se dětí neovlivní jejich obezitu, se nepotvrdil. Obezitu je nutno řešit komplexně, a to nejenom úpravou jídelníčku a zvýšenou pohybovou aktivitou dítěte, ale především celkovou změnou stylu života rodiny.

Třetím a posledním dílčím cílem bylo zjistit, zda obézní rodiče vnímají obezitu dítěte jako problém. Otázky k tomuto cíli a předpokladu jsme vyhodnocovali pouze z dotazníků, kde měli oba rodiče nebo alespoň jeden z rodičů nadměrnou hmotnost

(nadváhu či obezitu). Jak jsme psali již v předchozím odstavci, obézní rodiče netráví se svým dítětem volný čas žádnou sportovní aktivitou. Z hlediska těchto rodičů je tato nečinnost pochopitelná, obezita je svazuje, pohyb neláká, spíš obtěžuje; dá se říct, že obezita jde ruku v ruce s leností.

V otázce: Má Vaše dítě pocit, že je obézní? 11 obézních rodičů odpovědělo „ano“, 9 „ne“ a zbylých 26 „nevím“. Zatímco první skupina obézních rodičů se spolu s dítětem dokáže podívat pravdě do očí a obezitu přiznat, skupina druhá není s to reálně posoudit váhu svého dítěte. V těchto případech převládá falešná představa o tom, že dítě je váhově naprosto v pořádku (vždyť mu tak chutná!) a tuto představu zřejmě převzalo i dítě. Lze však připustit i možnost, že dítě, pokud jej nadváha nebo obezita nějak neomezuje, svou odlišnost, zvláště v nízkém věku, ještě tolik nevnímá. Zarážející je ovšem převládající odpověď „nevím“. Znamená to, že rodiče ani dítě obezitu nevnímají, v horším případě si dítě obezitu uvědomuje, možná se za ni i stydí, ale poměry v rodině neumožňují o tomto problému z jakéhokoliv důvodu hovořit, ať už z nedostatku času nebo z nezájmu rodičů o dítě vůbec. Znamená to, že rodiče s dětmi nehovoří, nesnaží se proniknout do jejich myšlení. Proto v mnoha případech ani netuší, jak se jejich dítě vnímá samo, což může především u děvčat vést až k radikálnímu odmítání stravy a následně vyústit do těžkého zdravotního poškození, např. anorexii. Děti obecně, ale v tomto případě děvčata na II. stupni základních škol vlivem puberty tolik neuznávají autoritu rodičů a spíše dají na rady kamarádek, nechají se ovlivňovat nejrůznějšími módními časopisy pro dívky, ve kterých jsou pro ně vzorem vyhublé modelky.

Na otázku: Myslíte si, že je Vaše dítě obézní? Odpovědělo pouhých 17 rodičů „ano“ a 29 „ne“. I v tomto případě se můžeme domnívat, že rodiče si buď problém obezity nechtějí připustit, nebo jim dítě vzhledem ke své vlastní váze připadá normální.

Na tuto otázku navazovala další (doplňující otázka): Pokud si myslíte, že je Vaše dítě obézní, budete to nějak řešit? Odpovědi jsou shodné v tom, že je v zájmu rodičů váhu dítěte snížit. Jeden z rodičů uvádí, že se snaží váhu svého dítěte zredukovat a řeší to již nějakou dobu (sama maminka zhubla za 6 měsíců 20 kg); píše dále, že pokud si dcera sama neuvědomí závažnost situace (s tím spojená nejrůznější zdravotní rizika), jsou veškeré domluvy zbytečné.

Druhá maminka shodně popsala, že domluvy a zakazování nepomáhaly - dcera jedla potají, ale letos na začátku ledna si situaci „srovnala v hlavě“ a v průběhu jednoho měsíce zhubla již 3 kilogramy.

Těmto situacím lze předcházet, a to již od útlého věku dítěte. Především rodiče by si měli uvědomit, že dítě nemusí mít všechny laskominy, na které si ukáže, ale především jejich povinností je rozumným a citlivým přístupem vést dítě ke zdravému způsobu života a nečekat, až dítě dospěje k nadváze či obezitě a samo se pak rozhodne tento problém řešit.

Otázka č. 33 zněla, zda se dítě obézních rodičů setkalo již s nějakou negativní poznámkou týkající se jeho obezity. 5 respondentů odpovědělo „ano“, 15 „ne“ a 26 „nevím“. Z odpovědí „ne“ je patrné, že stupňující se obezita dětí ve společnosti už nemusí být brána jako problém - stále více obézních dětí naopak může normální nebo hubené dítě brát jako „nezdravé“. 26 odpovědí „nevím“ znovu poukazuje na to, že rodič neví o pocitech svého dítěte.

V poslední otázce jsem se zabývala tím, jak by rodiče reagovali, když by se jejich dítě setkalo s negativní poznámkou na jeho váhu. 23 rodičů by tuto situaci řešilo domluvou, ale dále by se problémem nezabývali, 10 rodičů by obezitu vyřešilo změnou stravovacích návyků a zvýšením pohybové aktivity. 9 rodičů vyvrací obezitu dítěte – nechtějí si ji připustit a zbylí 4 rodiče by se poradili s odborníkem. 24 rodičů sice odpovědělo, že by něco začali dělat s váhou svého dítěte, ale bohužel až v době, kdy by se dítě setkalo s nějakou narážkou. Těmito tvrzeními se mi předpoklad 3 (obézní rodiče nevnímají obezitu dítěte jako problém), potvrdil.

Doporučení pro praxi

Je velice důležité pravidelně chodit s dítětem na každoroční preventivní prohlídky k praktickému lékaři pro děti a dorost. Pokud hmotnost dítěte neúměrně stoupá (nad normy), sestra by měla edukovat nejen rodiče dítěte, ale i samotné dítě o správné výživě a pohybu. Osvětu by v tomto směru měla dělat i škola, ale jednoznačně největší podíl odpovědnosti leží na rodičích dítěte.

ZÁVĚR

Bakalářská práce byla zaměřena na obezitu dítěte a s ním související problém v rodině. V úvodu teoretické části bakalářské práce se zabývám definicí obezity, typy obezity, příčinami jejího vzniku, jejími nejčastějšími komplikacemi, prevencí a léčbou. Ve druhé kapitole se odráží funkce rodiny a současné problémy rodiny zasažené obezitou.

Závěr práce patří roli sestry zabývající se obézními dětmi; jako první může již v počátku odhalit možnost obezity u dítěte (rodové dispozice) a vést dítě i rodiče na cestě ke správnému životnímu stylu.

Vypracováním dotazníku, jeho rozesláním a následným vyhodnocením jsem získala informace, které byly použity v praktické části bakalářské práce. Dotazník obsahoval otázky, které měly potvrdit, případně vyvrátit předem určené předpoklady. Hlavním cílem mého výzkumu bylo zjištění nejčastějších příčin vzniku obezity u dětí, celkový vliv obézního dítěte na soužití v rodině a vnímání obezity rovněž obézními rodiči. Jako jediný se potvrdil předpoklad, že obézní rodiče nevnímají obezitu svého dítěte jako problém. Jedním z kladů dosažených výsledků je zjištění, že děti ve věku 7 – 15 let se stravují poměrně zdravě, dobře vycházejí i pohybové aktivity. Jen v 11zmiňovaných případech z 15dětí, které se nevhodně stravují, je pohyb nedostačující.

Zpracování této bakalářské práce mne samotnou obohatilo o mnoho nových poznatků. Z několika osobních rozhovorů s respondenty vyšel najevo na jednu stranu velký zájem o zdraví dítěte a na straně druhé jsem se setkala s rodiči, kteří k problému přistupovali naprosto lhostejně, bez zájmu. Z reakcí některých bylo znát, že je otázky v dotazníku téměř urážely, z čehož lze usuzovat, že obézní rodiče vidí své děti jako děti ostatní, to znamená, že obezitu svých potomků opravdu nevnímají.

Obezita dětí je problémem naší doby, nezdravého životního stylu, který vychází ze špatného stravování a nedostatku pohybu. Proto je čím dál víc důležitá osvěta k tomuto tématu, aby se co nejvíce lidem dostalo potřebných informací pro uvědomělý přístup k dětem, které mají k obezitě sklony nebo jsou jí již postiženy. Že jde o problém celospolečenský je zřejmé i z již mnou dříve zmiňovaného projektu ministerstva zdravotnictví „Zdravá svačina“ z roku 2012.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- DAJČAROVÁ, Veronika. Faktory podílející se na vzniku obezity u dětí [online]. 2006 [cit. 2014-03-10]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Radka Urbanová. Dostupné z: <http://is.muni.cz/th/101100/lf_b/Bakalarska_prace.pdf>.
- DOLEŽEL, Zdeněk. Pitný režim u dětí. *Pediatrie pro praxi.* 2007, č. 3, s. 136-138.
- FOŘT, Petr. Stop dětské obezitě. Vyd. 1. Praha: Ikar, 2004, 206 s. ISBN 80-249-0418.
- FRAŇKOVÁ, Slávka, Jana PAŘÍZKOVÁ a Eva MALICHOVÁ. Jídlo v životě dítěte a adoslescenta: teorie, výzkum, praxe. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2011, 128 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-246-2247-7.
- GREGORA, Martin. Výživa malých dětí: výchova ke správné výživě, skladba dětské výživy, obezita v dětském věku a jak jí předcházet, alergie a funkční potraviny. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 95 s. ISBN 80-247-9022-X.
- HAINEROVÁ ALDHOON, Irena. Dětská obezita. Praha: Maxdorf, 2009, 114 s. Novinky v medicíně, sv. 3. ISBN 978-807-3451-967.
- KOPECKÁ, Ester. Obezita – epidemie třetího tisíciletí. Sestra. 2012, č. 5, s. 20 – 21. ISSN 1210 – 0404.
- KRAUS, Blahoslav. Základy sociální pedagogiky. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008, 215 s. ISBN 978–80–7367–383–3.
- KRAUS, Blahoslav a V POLÁČKOVÁ. Člověk - prostředí - výchova: k otázkám sociální pedagogiky. 1. vyd. Brno: Paido, c2007, 199 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 80-731-5004-2.
- KULANOVÁ, Lea. Edukační program zaměřený na prevenci obezity u dětí. Sestra. 2013, roč. 23, č. 07/08, s. 45-47. ISSN 1210 – 0404.
- LABUSOVÁ, Eva. Rodičovství, psychologie, zdraví. ŠULOVÁ, Lenka. [online]. [cit. 2014-03-31]. Dostupné z: http://www.evalabusova.cz/ankety/co_znamena_rodina.php
- MARINOV, Zlatko a Dalibor PASTUCHA. Dětská obezita: průvodce ošetřujícího lékaře. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 222 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-4210-6.

- MARINOV, Zlatko a kol. S dětmi proti obezitě: o co obtížnější je léčba obezity, o to jednodušší je prevence jejího vzniku!. 1. vyd. Praha: IFP Publishing, 2001, 99 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-87383-09-4.
- MÜLLEROVÁ, Dana. Zdravá výživa a prevence civilizačních nemocí ve schématech: z pohledu jednotlivce i populačních skupin. 1. vyd. Praha: TRITON, 2003. ISBN 80-725-4421-7.
- MÜLLEROVÁ, Dana a Dalibor PASTUCHA. Obezita - prevence a léčba: průvodce ošetřujícího lékaře. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2009, 222 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-204-2146-3.
- Ovoce do škol [online]. [cit. 2014-03-28]. Dostupné z: http://www.ovocedoskol.szif.cz/web/.
- PAŘÍZKOVÁ, Jana a Lidka LISÁ. Obezita v dětství a dospívání: terapie a prevence. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, c2007, 239 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-246-1427-4.
- PASTUCHA, Dalibor. Pohyb v terapii a prevenci dětské obezity. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 128 s. ISBN 978-80-247-4065-2.
- RIKANOVÁ, Iveta. Obezita u dětí [online]. 2012 [cit. 2014-02-03]. Bakalářská práce. Lékařská fakulta. Vedoucí práce Marie Macková. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/358998/lf_b/Obezita_u_deti.txt>.
- SCHNEIDER, Norbet. *Was ist Familie? Eine Frage von hoher gesellschaftspolitischer Relevanz.*Bundeszetrale für politische Bildung. [online]. 2012 [cit. 2014-01-07]. Dostupné z: http://www.bpb.de/politik/grundfragen/deutsche-verhaeltnisse-eine-sozialkunde/138023/was-ist-familie.
- SVĚRÁKOVÁ, Marcela. Edukační činnost sestry: úvod do problematiky. 1. vyd. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-807-2628-452.
- ŠAMÁNKOVÁ, Marcela. Základy ošetřovatelství: pro studující lékařských fakult. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002, 272 s. ISBN 80-246-0477-9.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech léčebně preventivní péče 2012. [online]. Praha, 2013 [cit. 2014-01-07]. ISBN 978-80-7472-063-5. Dostupné z: http://www.uzis.cz/publikace/cinnost-zdravotnickych-zarizeni-ve-vybranych-oborech-lecebne-preventivni-pece-2012.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - věk dítěte 39
Tabulka 2 - četnost konzumace ovoce a zeleniny – chlapci a dívky 48
Tabulka 3 - nejčastější požívané mléčné výrobky 55
Tabulka 4 - pravidelná návštěva sportovního kroužku/ klubu 61
Tabulka 5 - trvání tréninkové jednotky 62
Tabulka 6 - sportovní aktivity dívek a chlapců průměrně v hodinách/ týden 63
Tabulka 7 - průměrná doba strávená rodiče s dítětem sportovní aktivitou/ týden 64
Tabulka 8 - sedavá činnost v týdnu 65
Tabulka 9 - doba strávená rodiče s dítětem sportovní aktivitou/ týden 67
Tabulka 10 - Mají pocit samy děti, že jsou obézní? 68
Tabulka 11 - Myslí si obézní rodiče o svých dětech, že jsou obézní? 69
Tabulka 12 - počet nejčastěji volených odpovědí rodiči 70
Tabulka 13 - negativní poznámka na obézní dítě 71
Tabulka 14 - nejčastější reakce rodičů 72
Tabulka 15 - reakce rodiče na negativní poznámku svého dítěte 73

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 - BMI dítěte 38
Graf 2 - BMI otců 40
Graf 3 - BMI matek 41
Graf 4 - domácí strava 43
Graf 5 - snídaně dětí 44
Graf 6 - svačina 45
Graf 7 - smažená jídla v týdnu 46
Graf 8 - místa obědů 47
Graf 9 - návštěvnost rychlých občerstvení 49
Graf 10 - rodina při jídle pohromadě 50
Graf 11 - dodržování správného stravovacího režimu 51
Graf 12 - dodržování stravovacího režimu - víkend 52
Graf 13 - průměr zkonzumovaných sladkostí za den 53
Graf 14 - mléčné výrobky/ týden 54
Graf 15 - dětmi pojídané pochutiny k TV, počítači/ týden 56
Graf 16 - vypité množství tekutin za den 57
Graf 17 - nejčastější nápoje, které děti pijí 58
Graf 18 - nejčastější nápoje požívané rodiči 59

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 - percentilový graf BMI, chlapci 0-18 let 16
Obrázek 2 - percentilový graf BMI, dívky 0-18let 17

SEZNAM ZKRATEK

BMI	Body Mass Index
DK	dolní končetina
DM	Diabetes mellitus
IR	inzulínová rezistence
OGTT	orální glukózový toleranční test
MR	magnetická resonance
TK	krevní tlak

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Dotazník

Příloha č. 1 DOTAZNÍK

Dobrý den, jmenuji se Martina Khodlová, jsem studentkou 3. ročníku na Západočeské univerzitě v Plzni a studuji na fakultě Zdravotnických studií – obor Všeobecná sestra. Tento dotazník mně bude sloužit jako zdroj informací k mé bakalářské práci, v níž se zabývám obezitou dítěte.

Dotazník je anonymní. Prosím vyplňujte ho pravdivě. U otázek s možnostmi Vaši odpověď zakroužkujte. U ostatních Vaše odpovědi vypisujte.

Předem děkuji za Vaši ochotu a čas, který věnujete vyplnění dotazníku.

1. **Jaká je výška Vašeho dítěte? _____ cm**
   Jaká je váha Vašeho dítěte? _____ kg
   Jaký je věk Vašeho dítěte? _____
   Jaké je pohlaví Vašeho dítěte?

a) Dívka
b) Chlapec

2. **Jaká je výška otce dítěte? _____ cm**
   Jaká je váha otce dítěte? _____ kg

3. **Jaká je výška matky? _____ cm**
   Jaká je váha matky? _____ kg

4. **Navštěvuje Vaše dítě pravidelně sportovní klub/ sportovní kroužek? (Pokud ne, pokračujte dále otázkou č. 7)**

a) Ne
b) Ano - 1x týdně
c) Ano - 2x týdně
d) Ano – 3x a více

5. **Jak dlouho trvá tréninková jednotka Vašeho dítěte? (v hodinách)**

_____ hod.

6. Jakou sportovní aktivitu Vaše dítě vykonává?

_____

7. Kterým nejčastějším pohybovým aktivitám se Vaše dítě zpravidla věnuje? Kolik hodin týdně se těmto aktivitám věnuje? (v průměru; není třeba vyplnit všechny tři nabízené řádky)

_____ ____ **hod.**

_____ ____ **hod.**

_____ ____ **hod.**

8. Kolik času trávíte nějakou sportovní aktivitou s Vaším dítětem? (v průměru za týden)

_____ **hod/ týdně**

9. Kolik hodin týdně stráví Vaše dítě sedavou činností? (četba knih, sledování TV, sezení u počítače…)

_____ **hod.**

10. Pokud máte dítě s nadváhou, je jeho nadváha zdrojem nějakého omezení? (Pokud ano, vypište.)

a) Ano, především jde o _____

b) Ne

c) Nevím

11. Jí Vaše dítě domácí stravu? (Pokud ne, pokračujte otázkou číslo 13.)

a) Ano - každý den
b) Většinou ano - alespoň 4x týdně
c) Zřídkakdy - 2x týdně
d) N e

12. Snídá Vaše dítě každý den?

a) Ano
b) Spíše ano
c) Spíše ne
d) Ne

13. Dáváte Vašemu dítěti svačinu z domova?

a) Ano
b) Ne - dostane na ni finance a musí si ji samo obstarat
c) Ne – mé dítě nesvačí

14. Kolikrát týdně jsou v jídelníčku Vašeho dítěte obsažena smažená jídla?

a) Ani jednou
b) 1 x
c) 2 x
d) 3 x
e) 4 x
f) 5 x
g) 6 x a více

15. Kde obědvá Vaše dítě nejčastěji?

a) Školní jídelna
b) Doma
c) Prarodiče
d) Jiné _____

16. Kolikrát týdně je v jídelníčku Vašeho dítěte obsažen alespoň jeden kus syrové zeleniny?

a) Ani jednou, dítě zeleninu nejí
b) 1 x
c) 2 x
d) 3 x
e) 4 x
f) 5 x
g) 6 x – více…

17. Kolikrát týdně je v jídelníčku Vašeho dítěte obsažen alespoň jeden kus ovoce?

a) Ani jednou, dítě ovoce nejí
b) 1 x
c) 2 x
d) 3 x
e) 4 x
f) 5 x
g) 6 – více…

18. Navštěvujete s Vaším dítětem různá rychlá občerstvení? (McDonal´s, KFC…)

a) Ano ____/ týdně
b) Ano, ale pouze výjimečně, např. při cestování
c) Ano, ale pouze za odměnu (př. vysvědčení, svátek, narozeniny)
d) Ne

19. Kolikrát do týdne má Vaše dítě teplé večeře?

_____ / týden

20. Scházíte se alespoň při jednom jídle denně jako rodina pohromadě?

a) Ano – každý den
b) Většinou ano – 4x do týdne
c) Zřídkakdy – 2x do týdne
d) Ne

21. Dodržuje Vaše dítě správný stravovací režim přes pracovní týden? (jídlo 5x denně)

a) Ano – každý den
b) Většinou ano – 4x do týdne
c) Zřídkakdy – 2x do týdne
d) Ne

22. Dodržuje Vaše dítě týdenní stravovací režim (jídlo 5x denně) i o víkendu?

a) Ano
b) Většinou ano
c) Zřídkakdy
d) Ne

23. Kolik sladkostí sní Vaše dítě průměrně za den?

a) Žádné
b) 1
c) 2
d) 3
e) 4
f) 5
g) 6
h) 7 a více

24. Jaké množství mléčných výrobků sní Vaše dítě za týden?

a) Žádné
b) 1 – 3 **nejčastěji**_____
c) 4 – 5 **nejčastěji**_____
d) 6 a více **nejčastěji**_____

25. Kolikrát do týdne si Vaše dítě otevře balíček smažených lupínků, křupek nebo slaných tyčinek apod. večer k TV, počítači, knížce…?

a) Ani jednou
b) 1 x
c) 2 x
d) 3 x
e) 4 x
f) 5 x
g) 6 x a více

26. Kolik litrů tekutin vypije Vaše dítě denně?

a) Do 0,5 l
b) Více jak 0,6l, ne však více než 1l
c) Více jak 1l, ne však více než 1,5 l
d) Více než 1,5l

27. Jaké nejčastější nápoje pijí Vaše děti?

a) Čistá voda
b) Džusy
c) Slazené čaje
d) Jiné sladké nápoje

28. Jaké nejčastější nápoje pijete Vy, rodiče dítěte?

a) Čistá voda
b) Káva
c) Čaj
d) Pivo
e) Sladké nápoje (džus, Sprite, Coca Cola, Fanta…)

29. Má vaše dítě pocit, že je obézní?

a) Ano
b) Ne
c) Nevím

30. Drželo už Vaše dítě nějakou dietu?

a) Ano
b) Ne

31. Myslíte si, že je Vaše dítě obézní? (Pokud ne, otázku č. 32 nevyplňujte.)

a) Ano

b) Ne

32. Pokud si myslíte, že je vaše dítě obézní, budete to nějak řešit?

_____

_____

_____

33. Setkalo se Vaše dítě již s nějakou negativní poznámkou týkající se jeho obezity? (Pokud ano, vypište, jak jste jako rodič na to reagoval.)

a) Ano*

b) Ne

c) Nevím

*_____

_____

_____

34. Pokud by se setkalo Vaše dítě s negativní poznámkou na jeho váhu, napište, jak byste jako rodič reagoval.

_____

_____

_____

Děkuji Vám.