

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI**

**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2020**

**Patrik Šmolík**



# **FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

Studijní program: Veřejné zdravotnictví B5347

**Patrik Šmolík**

Studijní obor: Asistent ochrany a podpory veřejného zdraví 5346R007

**NEINFEKČNÍ ONEMOCNĚNÍ U DĚTÍ V PŘEDŠKOLNÍM VĚKU**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Lukáš Martinek, Ph.D.

PLZEŇ 2020

**Čestné prohlášení:**

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

V Plzni dne

.....  
vlastnoruční podpis

## ABSTRAKT

Příjmení a jméno: Patrik Šmolík

Katedra: Katedra záchranářství, diagnostických oborů a veřejného zdravotnictví

Název práce: Neinfekční onemocnění u dětí v předškolním věku

Vedoucí práce: Mgr. Lukáš Martinek, Ph.D.

Počet stran – číslované: 52

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 20

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 21

Klíčová slova: neinfekční onemocnění, předškolní věk, obezita

Souhrn:

Tato práce se zabývá neinfekčními onemocněními u dětí v předškolním věku. Skládá se z teoretické a praktické části. V teoretické části své práce se věnuji dětem v předškolním věku a častým neinfekčním onemocněním, které pro ně představují riziko. V praktické části jsem se zaměřil na povědomí rodičů předškolních dětí o obezitě.

# ABSTRACT

Surname and name: Patrik Šmolík

Department: Department of Rescue Services, Diagnostic Fields and Public Health

Title of thesis: Non-infectious diseases in preschool children

Consultant: Mgr. Lukáš Martinek, Ph.D.

Number of pages – numbered: 52

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 20

Number of appendices: 2

Number of literature items: 21

Keywords: non-infectious diseases, preschool age, obesity

Summary:

This work deals with non-infectious diseases in preschool children. It consists of theoretical and practical part. In the theoretical part of my work I deal with preschool children and frequent non-infectious diseases that pose a risk to them. In the practical part I focused on the awareness of parents of preschool children about obesity.

## PŘEDMLUVA

Tato bakalářská práce se zabývá tématem neinfekčních onemocnění u dětí v předškolním věku. Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké je obecné povědomí o obezitě u otců a u matek dětí v předškolním věku. Dané téma jsem si vybral proto, že mi z vypsaných témat přišlo nejzajímavější a chtěl jsem se o této problematice dozvědět více.

### **Poděkování:**

Děkuji Mgr. Lukáši Martinkovi, Ph.D. za odborné vedení práce a poskytování cenných rad. Rovněž děkuji respondentům za spolupráci a ochotu se mnou vést rozhovor.

# OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ.....	11
SEZNAM ZKRATEK .....	12
Úvod .....	13
1    Psychologická charakteristika předškolního věku .....	15
1.1    Předškolní věk.....	15
1.2    Vývoj poznávacích procesů .....	15
1.2.1    Smysly.....	17
1.2.2    Vnímání, představy a myšlení dítěte.....	18
1.3    Proces socializace .....	19
1.3.1    Začlenění do společnosti a vztah k rodině .....	20
1.4    Emoce u dětí .....	20
1.4.1    Emoční inteligence.....	21
2    Častá neinfekční onemocnění u dětí v předškolním věku a jejich léčba.....	22
2.1    Poruchy srdečního rytmu .....	22
2.1.1    Léčba arytmií.....	22
2.2    Celiakie .....	22
2.2.1    Diagnostika celiakie.....	23
2.2.2    Léčba celiakie .....	23
2.3    Crohnova choroba.....	23
2.3.1    Běžný přístup k léčbě Crohnovy nemoci u dětí. ....	24
2.4    Diabetes 1. typu .....	24
2.4.1    Nefarmakologická léčba .....	25
2.4.2    Léčba inzulinem.....	26
2.4.3    Inkretinová léčba.....	26
2.4.4    Chirurgická léčba .....	27



2.4.5	Ostatní léčba.....	28
2.5	Nádorová onemocnění .....	28
2.5.1	Akutní leukémie .....	29
2.5.1.1	Diagnostika leukémie.....	29
2.5.1.2	Léčba leukémie .....	29
2.5.2	Hodgkinova choroba .....	29
2.5.2.1	Diagnostika Hodgkinovy choroby .....	30
2.5.2.2	Léčba Hodgkinovy choroby.....	30
2.5.3	Nádory centrální nervové soustavy .....	30
2.5.3.1	Diagnostika centrální nervové soustavy .....	30
2.5.3.2	Léčba centrální nervové soustavy .....	31
2.5.4	Nefroblastom.....	31
2.5.4.1	Diagnostika nefroblastomu .....	31
2.5.4.2	Léčba nefroblastomu.....	31
2.5.5	Neuroblastom .....	31
2.5.5.1	Diagnostika neuroblastomu.....	32
2.5.5.2	Léčba neuroblastomu .....	32
2.5.6	Nehodgkinský lymfom.....	32
2.5.6.1	Diagnostika nehodgkinského lymfomu .....	32
2.5.6.2	Léčba nehodgkinského lymfomu .....	33
2.6	Alergie .....	33
2.6.1	Přibližné riziko vzniku alergie u dětí rodiny:.....	33
2.6.2	Vývoj alergie a první příznaky.....	34
2.6.3	Diagnostika alergie .....	34
2.6.4	Léčba alergie .....	34
2.7	Obezita .....	35

2.7.1	Pohybové aktivity u předškolních dětí.....	36
2.7.2	Léčba obezity .....	37
2.7.3	Osm základních pravidel prevence obezity .....	37
3	CÍL A ÚKOLY PRÁCE.....	39
3.1	Formulace cílů a výzkumných otázek.....	39
3.1.1	Hlavní cíl.....	39
3.1.2	Vedlejší cíle.....	39
4	METODIKA PRÁCE.....	40
5	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU .....	41
6	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ.....	42
6.1	Ukázka rozhovoru s Matkou č1. ....	57
7	Diskuze.....	59
8	ZÁVĚR.....	64
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	65
	SEZNAM PŘÍLOH .....	69
	PŘÍLOHY .....	70

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Podíl na vzniku obezity u předškolních dětí .....	42
Obrázek 2 Preventivní opatření před obezitou u předškolních dětí .....	43
Obrázek 3 Vhodná strava pro dítě v předškolním věku .....	44
Obrázek 4 Faktory, které přispívají ke vzniku obezity.....	45
Obrázek 5 Větší důraz na dítě nebo jeho rodiče .....	46
Obrázek 6 Obezita a možné psychické následky.....	47
Obrázek 7 Rizika obezity u dětí v předškolním věku.....	48
Obrázek 8 Je obezita u dětí problém nebo fáze jejich vývoje? .....	49
Obrázek 9 Léčba obezity u předškolních dětí .....	50
Obrázek 10 Motivace dítěte k hubnutí .....	51
Obrázek 11 Zařízení pro léčbu obézních lidí.....	52
Obrázek 12 Situace ohledně obezity za posledních 10 let.....	53
Obrázek 13 Procentuální zastoupení předškolních dětí s obezitou .....	54
Obrázek 14 Vliv dnešní doby na výskyt obezity .....	55
Obrázek 15 Faktory, které napomáhají rozšíření obezity .....	56

## SEZNAM ZKRATEK

ALL	Akutní lymfoblastická leukémie
AML	Akutní myeloidní leukémie
anti-TG2	Protilátka proti rekombinantní humánní tkáňové transglutamináze 2 typu
anti-TNF	Terapie proti tumor nekrotizujícímu faktoru
BMI	Body mass index
CD	Crohnova choroba
CNS	Centrální nervová soustava
ČR	Česká republika
DM	Diabetes mellitus
DM1	Diabetes mellitus 1. typu
DPP-4	Inhibitory peptidáz-4
ECCO	European Crohns and Colitis Organisation
ESPGHAN	European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition
IBD	Zánětlivá střevní onemocnění
IgA	Imunoglobulin A
M1	Matka číslo 1
O1	Otec číslo 1
SZU	Státní zdravotní ústav
tzv.	Tak zvaně
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
WHO	World Health Organisation

## Úvod

Neinfekční onemocnění jsou velkým problémem, který trápí lidskou populaci již velmi dlouhou dobu. Avšak v poslední době těchto nemocí stále více přibývá. Velký podíl na tom má především dnešní doba a společnost. Dnešní doba je velmi uspěchaná, plná moderních technologií a průmyslu. To utváří životní podmínky plné stresu, znečištěného ovzduší a špatného životního stylu obyvatel. Mnoho lidí v dnešní společnosti se až moc upnulo na moderní technologie na úkor svého zdraví.

Neinfekční nemoci postihují všechny lidi bez rozdílu, ať už jsou mladí staří, anebo děti. Právě u dětí v předškolním věku pak představují neinfekční onemocnění veliké riziko. Děti v tomto věku jsou velmi náchylné ke všem možným životním nástrahám, jelikož se jejich tělo teprve vyvíjí. Děti ještě nechápou, jak se správně chovat, co pro ně představuje riziko, nemají téměř žádné zábrany, a právě proto by se jim měla věnovat dostatečná pozornost.

Jelikož jsou děti zcela závislé na svých rodičích, tak jsou rodiče ti, kdo musí dohlédnout na to, aby se u nich neinfekční nemoci zbytečně nevyskytovaly, když tomu lze předejít. K tomu, aby se dalo neinfekčním onemocněním předejít, pokud tedy nejsou tyto nemoci genetického původu, slouží především všeobecná informovanost a povědomí o daných zdravotních rizicích.

Ve své praktické části práce se věnuji obezitě u dětí v předškolním věku, jelikož obezita je tak rozšířená, že by o ní měl mít téměř každý člověk nějaké povědomí. Právě z tohoto důvodu jsem si dal za cíl zjistit obecné povědomí rodičů předškolních dětí o obezitě. Rodiče jsem si vybral proto, že děti v předškolním věku o obezitě ještě nemají dostatek informací.

## TEORETICKÁ ČÁST

# 1 PSYCHOLOGICKÁ CHARAKTERISTIKA PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU

V období předškolního věku se smysly dítěte a jeho nervová soustava začínají připravovat na učení a dítě si rovněž samo vymýšlí své vlastní aktivity. Vybírá si tedy, čím se bude zabývat, jeho činnost se stává systematictější a více cílená. (Poláková, 2019)

## 1.1 Předškolní věk

Odborníci se shodují, že do šesti let věku trvá období, kdy se dá dítě opravdu formovat a dávat mu tím základ jak pro rozvoj jeho nervových spojů, tak rovněž i pro rozvoj emoční a psychický. Podle studií se v šestém roce života dotváří až 85% osobnosti dítěte. „Prý dítě získá do šesti let tolik vědomostí, které nezíská ani během studií na univerzitě“ (Blythe, 2012).

Při obvyklém a přirozeném vývoji dozrává v předškolním věku funkce mozečku, dozrávají rovněž korové funkce mozku a už se ukládají smyslové informace. Dítě už například dokáže popsat, že je mu horko, nebo že ho někde bolí. Vyvíjí se motorika, obratnost a rozvíjí se kognitivní funkce (paměť, vnímání, pozornost, myšlení). Rovněž dochází i k rozvoji a zlepšení řeči. V životě dítěte se nikdy tolik nevyvinou nervové spoje v takové míře, jako právě v předškolním věku. (Poláková, 2019)

## 1.2 Vývoj poznávacích procesů

Základní orientace a poznávací procesy se u malých dětí objevují již v prvních hodinách po porodu. Tyto základní procesy se s přibývajícím věkem dítěte neustále zvyšují, dokud nedosáhnou vyšších poznávacích a emočních schopností (schopností mentalizace a empatie).

V průběhu prvních 18 měsíců po porodu dítěte se u něj a jeho rodičů vyvíjejí zejména:

1. systém orientace
2. systém poznávání
3. intuitivní rodičovství
4. vazba

5. složitější socio-emoční a poznávací funkce, zejména mentalizace, empatie a sebeuvědomování

Další vývoj u dítěte pokračuje nelineárně a individuálně až do dospělosti. (Koukolík, 2013)

V dětském mozku začínají jako první vyzávat primární smyslové korové oblasti. To je podporováno tím, že se matky se snaží zůstat uprostřed zorného pole dítěte. Děti dávají přednost lidským tvářím nebo objektům, které se tváří podobají, před objekty, které nemají s tvářemi nic společného.

Následuje vývoj specifitějšího systému poznávání. Matky i děti reagují brzo po narození dítěte na vzájemné individuální znaky. Matky dokáží rozpoznat vlastní děti na základě vůně, křiku nebo doteku. Novorozenci jsou schopni rozlišit zvuk hlasu vlastní matky od zvuku hlasu jiných žen. Věnují víc pozornosti matčině tváři než tvářím jiných žen a dávají přednost vůni matčina mléka před mlékem ostatních žen.

Tří-až čtyřměsíční děti již dokáží rozlišit siluety koček od siluet psů. Novým siluetám obou druhů zvířat věnují více pozornosti než těm, které už znaly.

Mezi 3. a 4. měsícem věku začínají kojenci rozlišovat šťastný a rozhněvaný výraz tváře, která se na ně dívá. Poznávají i výraz strachu a překvapení. Takže již umí rozpoznat základní emoční výrazy v obličejí, což potvrdil experiment s 13 chlapci a 20 děvčaty, jimž byly 4 měsíce. (Koukolík, 2013)

Pětiměsíční děti rozlišují mezi fyzikálně možnou a nemožnou událostí. Dívají se na kostku. Před kostkou leží obdélník, jenž rotuje kolem své delší strany přivrácené ke kostce. O kostku se jeho rotace zastaví. Jakmile se rotující obdélník o kostku nezastaví a kostkou „projde“, dívají se děti daleko delší dobu než v předchozí situaci, jako by je to překvapilo.

U dětí od 6 do 10 měsíců se začínají vytvářet kategorie už na základě abstraktních vlastností, například prostorových vztahů. Kromě toho děti tvoří kategorie pružně, podle druhu podnětu nebo úlohy. Jakmile se potkají s novou kategorií, vytvoří si její prototyp a naučí se vztahy mezi vlastnostmi, které tuto kategorii charakterizují.

V průběhu 1. roku života vědí, že se pevné předměty vzájemně nemohou prostupovat, že mohou spadnout, jsou-li na nějakém vyvýšeném místě a že se neztrácejí, přestanou-li být vidět. (Koukolík, 2013)



### 1.2.1 Smysly

Svět je pro dítě v předškolním věku plný neznámých věcí a k jejich objevování využívá právě svoje smysly. Objevování nových věcí pomocí smyslů je základem správného vývoje každého z nás, protože nejlépe se člověk učí pomocí přímých prožitků. To, jakým způsobem se dítě naučí používat své smysly mu může předurčit, jak dobře se bude orientovat v nadcházejících životních situacích. Pokud se dítě naučí efektivně využívat své smysly, tak to kladně ovlivní jeho učení a příjem informací.

Každé zdravé dítě má 8 smyslů. Jedná se klasicky o hmat, zrak, čich, sluch, chuť, ale i o smysl pro vnímání vlastního těla v prostoru, smysl pro rovnováhu a smysl pro vnitřní vnímání. Podle antroposofické teorie má zdravý člověk dokonce smyslů 12. K výše jmenovaným smyslům se pak přidává smysl pro teplo, vnímání řeči, vnímání myšlenek a smysl pro vnímání osobnosti druhého člověka. (Poláková, 2019)

**Hmat** je velmi důležitý smysl, jelikož dítěti výrazně napomáhá rozvíjet nervové spoje, má vliv na emoční rozvoj jedince a také na jeho sociální i komunikační dovednosti. Hmat je vnímán pomocí kůže, která pokrývá celou plochu každého zdravého dítěte. Toto je zapříčiněno tím, že na povrchu kůže se vyskytuje velké množství smyslových buněk, které umožní danému jedinci mít přehled o jeho okolí. Kůži lze lehce rozpoznat například změny teploty, tahu, tlaku a také bolestivé vjemy. (Poláková, 2019)

**Sluch** umožňuje dítěti rozlišovat různé zvuky, a tím vnímat své okolí. Správná funkce sluchu tvoří základ pro budoucí aktivity, které po něm budou vyžadovány nejen ve školce a škole, ale i ve společnosti. Sluch je důležitý především proto, že velmi ovlivňuje vývoj řeči a rovněž přispívá k rozvoji abstraktního myšlení dítěte.

**Zrak** je smysl, který je nejvíce potřebný pro orientaci v prostoru. Zrak poskytne dítěti mnoho informací o tom, co momentálně vidí ve svém okolí (barvu, velikost, umístění daného předmětu nebo vzdálenost od pozorovaného předmětu). Stejně jako u sluchu je i zrak zapotřebí, aby se daný jedinec snáze učil psaní a čtení. (Poláková, 2019)

**Čich** dítěti umožní vnímat pachy (chemikálie) ve svém prostředí, ať už pocházejí z ovzduší, nebo z vody. Tyto pachy se dají dále rozdělit na 7 základních pachů. Jsou to kafr, pižmo, květinová vůně, kořenitá vůně, éterická vůně, a ještě čpavý a hnilobný pach. Pokud dítě čichá nějakou vůni, která je mu příjemná, tak to má patrný vliv na jeho emoční mozková centra.

**Chuť** přinese dítěti informace jen o tom, co si strká do dutiny ústní, proto tento smysl není moc užitečný ohledně vnímání okolí. Existují čtyři základní chutě, jsou to sladká, slaná, kyselá a hořká.

**Vnímání rovnováhy** je smysl, který pomáhá dítěti ovládat své tělo, když zastaví pohyb. Díky rovnováze si dítě uvědomuje svou pozici těla v prostoru, což mu dovolí se pohybovat a stabilizovat oči při pohybu. (Poláková, 2019)

**Vnitřní vnímání** dítěti poskytuje informace o vlastním těle. Dítě o sobě ví, jestli se cítí dobře nebo ne, jestli je mu zima, anebo jestli ho třeba něco bolí. Jelikož tento smysl umožňuje prožít bolest, tak tím dítě učí i empatii, soucítit s druhými, zhodnotit rizika i odvaze.

**Vnímání vlastního těla** přináší dítěti možnost vnímat své tělo během pohybu a v prostoru. V podstatě to dítěti dovolí představit si vlastní pohyb, i když ho nevidí očima. Tento smysl mu rovněž umožní vědět, kde se nachází jednotlivé části jeho těla a v jaké poloze se nachází. (Poláková, 2019)

## 1.2.2 Vnímání, představy a myšlení dítěte

O fungování představ a způsob myšlení se zajímá mnoho odborníků – psychologů, pedagogů, speciálních pedagogů. Jelikož jde o poměrně složité procesy, je velice složité jim plně porozumět. Proto je však důležité snažit se je u dětí podporovat a rozvíjet.

Představy a myšlení se řadí spolu s pamětí, pozorností, vnímáním a dalšími do tzv. (tak zvaných) kognitivních procesů. Stručně řečeno jde o činnosti, které jedinec uplatňuje při svém učení.

Všechny tyto procesy jsou mezi sebou velmi propojeny a navzájem se ovlivňují, přičemž nejdůležitějším z nich je právě vnímání. Vnímání může být zrakové, sluchové i hmatové. (Kochová, 2015; Schaeferová, 2015)

**Vnímání** je jakýsi základní kámen všeho. Na něm jsou vystavěny představy a na představách zase myšlení. Z toho je patrné, že když má dítě omezené vnímání (dítě nevidí, nebo vidí jen částečně), ovlivní to i ostatní procesy.

**Představy** lze popsat jako obrazy, které si člověk vytváří ve své mysli. Jde o představy, které probíhají v mysli, jak ve chvíli vnímání daného předmětu, tak i když daný předmět vůbec nevnímáme. Díky představám vlastně člověk může myslet.

**Myšlení** je tvořeno z jednotlivých tzv. myšlenkových operací, jako je například srovnávání, zobecňování nebo třeba usuzování. Proces myšlení si lze uvědomovat, ale může probíhat i nevědomě. Myšlení můžeme libovolně ovlivňovat svou vůlí, díky čemuž lze různě usměrňovat, na druhou stranu ale existuje rovněž myšlení bez přispění vůle. Rovněž existuje i myšlení proti vlastní vůli (vtíravé myšlení). (Kochová, 2015; Schaeferová, 2015)

### **1.3 Proces socializace**

Proces socializace začíná již od prvního roku dítěte, i když v průběhu tohoto období dítě nepůsobí na ostatní záměrným jednáním (Malrieu, P., Malrieu, S., 1973). Svě základní socio-afektivní postoje dítě vytváří právě v průběhu tohoto období, a to prostřednictvím emocí, které v daném období prožívá. Jelikož se dítě rodí jako bezbranný a neschopný tvor, tak je již tímto předurčen na sociálně organizované lidské prostředí. Z toho je zřejmé, že veškeré aktivity dítěte jsou podníceny osobami, které jsou v jeho nejbližším okolí. Takto dochází k tomu, že „první užitelné vztahy dítěte nejsou jeho vztahy s fyzikálním světem (...); ale vztahy lidské, vztahy pochopení, jejichž nezbytnými nástroji jsou výrazové prostředky. Právě z tohoto důvodu dítě i když zcela určitě není vědomým členem společnosti, není o nic méně bytostí zcela orientovanou na společnost.“ (Wallon, 1947, 115).

Ve druhém roce života se dítě učí především motorice, (hlavně chůze) osvojování a postupnému uvědomování si vlastního těla. Nově nabytá schopnost lokomoce výrazně navyšuje senzomotorické pole a zahajuje tak fázi intenzivní explorační (dítě objevuje svět). Dítě rovněž začíná mít první sklony k autonomizaci, což je v rozporu s dosud trvající nutností spoléhat se na někoho jiného. (Šulová, 2003; Zaouche-Gaudron 2003)

Ke konci třetího roku dítěte jsou zřejmé jeho pokroky jak v oblasti sebekontroly, tak rovněž i v oblasti senzomotorické a identifikace. Toto období bývá popisováno jako období krize, jelikož dítě si chce upevnit a ubezpečit svoji nově získanou pozici coby autonomního jedince. Chování tohoto dítěte působí na okolí především jako čistá opozice (dítě neustále odmítá a je neposlušné). Dítě se takto chová, jelikož chce danou situaci vyřešit úplně samo, i když je to v rozporu s názorem dospělého. Co se týče vztahů dítěte k druhému (rodiče, sestry, bratři ale i kamarádi), probíhají v podobě více, či méně zřejmé agresivity. Dítě se takto chová, jelikož se bojí, aby neztratilo svou autonomii. (Šulová, 2003; Zaouche-Gaudron 2003)

Období, které následuje po období krize je od 3 do 6 let. V tomto období dítě překonává krizi a jeho nově nabyté zkušenosti mu umožní lepší zvládnutí symbolické funkce. Dítěti se tím rozšíří sociální chování. Toto období je rovněž charakterizováno, jako období citové i tělesné harmonie. (Šulová, 2003; Zaouche-Gaudron 2003)

### **1.3.1 Začlenění do společnosti a vztah k rodině**

V průběhu tohoto období (od 3 do 6 let) rodina stále zůstává centrem největších citových výměn, a právě díky rodině si dítě rozšiřuje vztahy ke svému okolí. Ale i přesto, že dítě již má rodinné zázemí, je třeba, aby se začlenilo i v jiném prostředí, jehož důležitost bude postupně narůstat. Jedná se o školku a dále o povinnou školní docházku. Školka pomůže dítěti rozvíjet jeho komunikační a socializační dovednosti tím, že je podníká ke kulturním objektům. Ve školce dítě zažije rozdílnou atmosféru od té domácí. Ta je dána jak složením daného prostředí, tak i jeho organizací a nabízenými aktivitami. Učitelka ve školce na sebe v nepřítomnosti rodičů bere vedoucí roli. Ale i přes to její funkce v žádném případě nenahrazuje funkci otce nebo matky. Kromě toho, že zajišťuje citové a materiální zázemí pro děti, učitelka rovněž vybírá a uplatňuje pedagogické cíle. (Šulová, 2003; Zaouche-Gaudron 2003)

Ve školce jsou samozřejmě i ostatní děti, se kterými je nutnost navázat společenský vztah. Tento vztah je pro dítě zcela nový, jelikož ostatní děti jsou dítěti rovnými vrstevníky. Vznikají zde první kamarádské vztahy. Skupina kamarádů je na rozdíl od sourozenecké skupiny větší, otevřenější a různorodější. Vnucuje dítěti zvyšující se kontrolu jeho aktivit, ale také mu dává nový náhled na jeho možnosti ve hře nebo v práci.

V šesti letech je dítě již dobře připraveno, má dobře zformovanou osobnost a je obohaceno poznatky, které tvoří podklad sociálního chování v dospělosti. Takovéto dítě překypuje zvědavostí, chce toho vědět hodně o okolním světě, a rovněž je připraveno ustoupit od sebestřednosti a začlenit se do nových sociálních skupin. (Šulová, 2003; Zaouche-Gaudron 2003)

## **1.4 Emoce u dětí**

Téměř u všech dětí se začnou projevovat emoce bezprostředně, intenzivně a rovněž zcela mimovolně. Děti své emoce často nedokáží kontrolovat, nemají tedy žádné regulační zábrany, kterými by mohly své emoce zmírnit. Tyto regulační zábrany se u dětí začnou vytvářet až s přibývajícím věkem. Děti umí vyjádřit jen tu nezákladnější zkušenost se situací.

Příkladem může být, že když něco chtějí, ale nedostanou to, co chtějí, tak nejsou schopny vědomého pochopení, proč to nedostaly. (Černý 2013; Grofová 2013)

U dětí také vzniká riziko, že si postupně začnou vytvářet obranné mechanismy potlačování emocí a vzniknou u nich emoční bloky. Proto je dobré jim pomoci rozpoznat podstatu vzniku emocí a naučit je, jak s nimi zacházet. V dospělosti se totiž obranné mechanismy stávají součástí osobnosti a dá hodně úsilí je identifikovat a dosáhnout jiného přístupu jejich vnímání. (Černý 2013; Grofová 2013)

#### **1.4.1 Emoční inteligence**

Emoční inteligence nám dovolí vyznat se v citech a chování lidí. Tento pojem rovněž ukazuje rovnováhu mezi emocemi (vlastní pocity) a rozumem (vlastní myšlení). Emoční inteligence rovněž souvisí s vývojem měkkých kompetencí, mezi které patří například týmová spolupráce, kritického myšlení nebo třeba kreativita. Tyto dovednosti budují základ toho, jak bude dítě v budoucnu sociálně úspěšné, jak bude moci kooperovat s druhými a jak dokáže řešit nově vzniklé konflikty. Na zlepšování inteligence rozumové se podílí vzdělávací systém (akademický i praktický), ale i emoční inteligence. Ta je velmi důležitá a je potřeba se o ní zajímat. Umět ovládat své emoce, mít někoho rád, ale i rozpoznat emoce ostatních lidí, to všechno se dítě musí naučit stejně tak, jako se bude učit číst a počítat ve škole. Čím dříve se dítě naučí rozpoznávat emoce, které pociťuje, tím dříve bude mít důvěru v sebe sama. (Poláková, 2019)

Emoce se dále můžou dělit na:

**Negativní emoce:** Pocity strachu, úzkosti, hněvu a smutku.

**Pozitivní emoce:** Pocity radosti, vděku, něhy, láskyplnosti nebo štěstí.

**Mezilidské emoce:** Patří sem sebeovládání, sebepoznání, empatie, asertivita a mezilidské vztahy.

Emoce rovněž souvisí s fyzikálními projevy našeho těla. Nejčastěji se jedná o pocit svírání v oblasti srdce a žaludku. (Poláková, 2019)

## 2 ČASTÁ NEINFEKČNÍ ONEMOCNĚNÍ U DĚTÍ V PŘEDŠKOLNÍM VĚKU A JEJICH LÉČBA

Neinfekčních onemocnění existuje celá řada, ale já jsem se rozhodl uvést ty, které se u dětí v předškolním věku vyskytují velmi často. Mezi ně lze zařadit například cukrovku, obezitu, alergie a nádorová onemocnění.

### 2.1 Poruchy srdečního rytmu

Poruchy srdečního rytmu vznikají kvůli abnormálnímu vzniku, nebo abnormálnímu vedení vzruchu k srdci. Můžeme je rozdělit na bradyarytmii a tachyarytmii. Bradyarytmie vzniká na základě snížené automacie sinoatriálního uzlu nebo v důsledku sinoatriální a atrioventrikulární blokády z funkčních nebo strukturálních příčin. Tachyarytmie je nejčastěji způsobena následujícími arytmogenními mechanismy: reentry, abnormálně zvýšená automacie a spouštěná aktivita. (Janoušek, 2014; Andršová 2014)

#### 2.1.1 Léčba arytmiie

Pacienty s významnou dysfunkcí sinoatriální automacie (10 % dětských pacientů, kterým byla zavedena trvalá epikardiální kardiostimulace v ČR dle retrospektivní studie z roku 2011) a pacienty s atrioventrikulární blokádou (87 % pacientů) v daných případech zajišťujeme vložení kardiostimulátoru do těla. Hlavními indikačními kritérii pro zahájení kardiostimulace u atrioventrikulární blokády jsou známky nízkého srdečního výdeje, průměrná tepová frekvence < 55/min. (u novorozenců), průměrná tepová frekvence při bdění < 50/min. (u dětí starších jednoho roku). (Kubuš, 2019)

### 2.2 Celiakie

Celiakie patří mezi imunitou zprostředkované systémové onemocnění, které je vyvolané glutenem a jemu podobnými prolaminami především u geneticky senzitivních jedinců.

Celiakie bývá často s rozličným klinickým obrazem, ale rovněž může probíhat i bez příznaků. Jelikož se v populaci nedostatečně diagnostikuje, tak si na ni je třeba dávat pozor a provádět selektivní screening. Pokud se celiakie nezačne léčit, tak je schopna způsobit i závažnější zdravotní komplikace. (Frühauf et al., 2016)

Mezi hlavní příznaky celiakie u dětí v předškolním věku se řadí především gastrointestinální symptomy, neprospívání, porucha růstu a anémie z deficitu železa. Mezi onemocnění, jež vznikají bezpodmínečně s celiakií v dětském věku, patří diabetes mellitus 1. typu, juvenilní idiopatická artritida, IgA (imunoglobulin A) nefropatie, deficit sérového IgA, autoimunitní thyroditida, autoimunitní hepatitida, Downův syndrom, Turnerův syndrom a Williamsův syndrom. (Frühauf et al., 2016)

### **2.2.1 Diagnostika celiakie**

Diagnostika tohoto onemocnění probíhá tak, že se v první řadě u symptomatického pacienta vyšetří celkové IgA a anti-TG2 (protilátka proti rekombinantní humánní tkáňové transglutamináze 2 typu) protilátky ve třídě IgA. Další sérologické testy u pacientů bez IgA deficitu se nemusí provádět, jelikož by mohly být nepřesné. Negativita anti-TG2 se u pacienta bez IgA deficitu diagnózu prakticky vylučuje. V době vyšetření však musí pacient konzumovat stravu s dostatečným obsahem lepku (alespoň 15 g/den). (Frühauf et al., 2016)

### **2.2.2 Léčba celiakie**

Celiakie se léčí celoživotní bezlepkovou dietou. Před jejím zahájením je vhodné kontaktovat specialisty na bezlepkovou dietu. Nesoulad s dietou hrozí zejména u starších adolescentů. Bezlepkovou dietu by neměl držet zdravý jedinec, tato dieta je určena především pro pacienty s celiakií. (Frühauf et al., 2016)

## **2.3 Crohnova choroba**

Crohnova choroba (CD) patří společně s ulcerózní kolitidou mezi zánětlivá střevní onemocnění (IBD). IBD je skupina chronicky probíhajících onemocnění s významně narůstající incidencí, která vede k omezení běžné životní aktivity a může představovat nutnost opakovaných hospitalizací. Léčba CD v dětském věku probíhá velmi často ve dvou základních krocích. Nejdříve je zahájena tzv. indukce remise, která je téměř okamžitě následována dlouhodobou udržovací imunosupresivní léčbou. Tou jsou na základě aktuálních doporučení hlavně thiopuriny. Podle publikovaných zdrojů přibližně 50 % pacientů dospěje do relapsu onemocnění do dvou let od zahájení této léčby. Na základě dostupných studií, provedených mezi dospělými pacienty, má správná volba terapeutického přístupu a tím zamezení progresu zánětu již na začátku onemocnění významný vliv na dalším postupu a dlouhodobém průběhu nemoci. Ale možnost správného výběru vhodných pacientů, kteří by z léčby thiopuriny profitovali, nebo naopak včasné zahájení anti-TNF

(terapie proti tumor nekrotizujícímu faktoru) léčby u těch, kteří jsou v riziku, časného relapsu či komplikace onemocnění, je v současné době u dětských i dospělých pacientů omezená. (Dršková, 2017; Hradský, 2017; Bronský, 2017)

### **2.3.1 Běžný přístup k léčbě Crohnovy nemoci u dětí.**

Podle aktuálního doporučení ECCO (European Crohns and Colitis Organisation) a ESPGHAN (European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition) je po diagnóze onemocnění zvolen jeden ze tří základních léčebných procesů. Jak volit konkrétní terapeutický postup, není v současné době jasně specifikované. V běžné klinické praxi se řídíme spíše celkovým obrazem pacienta a závažností onemocnění v době diagnózy. Ta je hodnocena kombinací klinického stavu, antropometrických údajů, laboratorních parametrů, a hlavně nálezy z endoskopických, zobrazovacích a histologických vyšetření. Z doporučení vyplývá, že většina pacientů patří do druhé kategorie a je tedy indikována k dlouhodobé imunosupresivní léčbě thiopuriny. V tomto případě je zároveň s dlouhodobou udržovací léčbou zahájena i tzv. indukce remise. Volbou indukční léčby je podle aktuálních doporučení výlučná enterální výživa, nebo v případě její intolerance kortikosteroidy. Další a zároveň menší skupina pacientů, je tvořena těmi, kteří na základě intenzity a rozsahu svého onemocnění vyžadují maximálně intenzifikovaný terapeutický postup již v době diagnózy. Tímto postupem může být zahájena léčba anti-TNF preparáty, nebo indikace k chirurgickému výkonu. Poslední, v pediatrické populaci téměř neexistující skupina je taková, která se sestává z pacientů s tak mírným postižením, že v době diagnózy nevyžadují žádnou dlouhodobou imunosupresivní léčbu. Největší část dětských pacientů s nově diagnostikovanou CD je tedy léčena pomocí azathioprinem nebo jeho metabolitem 6-merkaptopurinem. (Dršková, 2017; Hradský, 2017; Bronský, 2017)

## **2.4 Diabetes 1. typu**

Diabetes mellitus 1. typu (DM1) je chronické autoimunitní onemocnění, které vzniká nejčastěji už v dětském věku, vzniknout však může kdykoliv. (Novotná, 2014; Broukal, 2014; Dušková, 2014)

Pro diabetes mellitus (DM) je základním rysem hyperglykemie. DM1 je takový typ diabetu, který závisí na množství inzulínu a jehož základním projevem je snižování vlastní sekrece inzulínu v beta buňkách slinivky břišní. DM1 má tendenci vyskytnout se u jedinců, kteří již mají některé jiné autoimunitní onemocnění. Nejčastěji se jedná o celiakii nebo



nemoc poškozující štítnou žlázu, ale může se jednat i o jiné autoimunitní nemoci. Pokud DM1 onemocní starší člověk, tak se u něj příznaky onemocnění budou projevovat mnohem pomaleji než u dětí. Mezi hlavní příznaky DM patří polyurie, polydipsie, úbytek hmotnosti, nechutenství a únava. U malých dětí bývají příznaky většinou méně specifické a mohou být zaměněny za symptomy jiného onemocnění. (Štěchová, 2014; Perušičová 2014; Honka 2014)

Počet lidí léčících se s DM1 dlouhodobě roste. Tyto informace nám poskytuje Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) a rovněž také Český registr dětského diabetu. Český registr dětského diabetu vyhodnotil svá data za dvacet let od svého založení (1989) a zjistil, že došlo k manifestaci DM1 u dětí mladších patnácti let a to v 5155 případech.

K diagnostice DM1 se používá průkaz autoprotilátek. Nejčastěji stanovované jsou protilátky proti: dekarboxyláze kyseliny glutamové, izoformám tyrozinové fosfatázy a inzulinu (významný k diagnostice u malých dětí). (Štěchová, 2014; Perušičová 2014; Honka 2014)

V posledních letech se incidence tohoto onemocnění ve většině zemí Evropy a to včetně České republiky zvýšila. I přes to, že je diabetu neustále věnována velká pozornost ze všech oblastí medicíny, zůstávají mnohé aspekty této nemoci stále neobjasněny. V mnoha studiích bylo prokázáno, že diabetes zvyšuje frekvenci výskytu plaku a incidenci chronické gingivitidy jak u dětí, tak u dospělých. Další studie naznačují, že je u dětí s diabetem 1. typu vyšší riziko vzniku a vývoje parodontitidy na základě odlišného mikrobiálního osídlení dutiny ústní. Riziko vzniku či rozvoje zubního kazu u diabetiků zatím nebylo v žádné studii potvrzeno. Bylo však potvrzeno, že některé dílčí rizikové faktory vzniku zubního kazu jsou v diabetické populaci zastoupeny více a jiné naopak méně, na rozdíl od zdravé kontrolní skupiny. (Novotná, 2014; Broukal, 2014; Dušková, 2014)

U DM1 existuje pět základních léčebných postupů. Patří mezi ně nefarmakologická léčba, léčba inzulinem, inkretinová léčba, chirurgická léčba a ostatní léčba.

#### **2.4.1 Nefarmakologická léčba**

Když se pacientovi trpícímu DM1 podává inzulin z vnějšího prostředí a má zvýšené hladiny cukru, tak to u něj může ovlivnit oxidaci substrátů. Díky neustálému sledování pacientů s DM1 se podařilo prokázat, že při zvýšené fyzické zátěži (cvičení) dochází u

nemocných ke zvýšené oxidaci tuků a nižší oxidaci proteinů v porovnání se stejnou věkovou skupinou, která měla obdobnou zátěž, ale byla bez diabetu.

Pokud má pacient střední hyperglykémii po delší časový úsek, tak u něj může dojít k signifikantním změnám ve strukturách srdce, ale i změnám kostí. Avšak pokud pacient pravidelně cvičí (i přes to že má středně pokročilou hyperglykémii), tak se u něj výše uvedené změny projeví pouze v nesignifikantní podobě. (Štěchová, 2014; Perušičová 2014; Honka 2014)

#### **2.4.2 Léčba inzulinem**

Léčba inzulinem je velmi důležitou a nezastupitelnou léčbou nemocných pacientů s DM1 a je schopná jim zachránit i život. Pokud nemocným klesá vnitřní sekrece inzulinu, tak musí být rychle nahrazena inzulinem exogenního původu.

V dnešní době již existuje několik způsobů, jimiž můžeme podat chybějící inzulin diabetikům. Používají se inzulinové pumpy, kontinuální glukózové senzory, umělý pankreas a také nová duální-hormonová terapie. Podávání inzulinu injekční cestou je však omezeno na inzulinová pera nebo především na inzulinové pumpy. (Štěchová, 2014; Perušičová 2014; Honka 2014)

#### **2.4.3 Inkretinová léčba**

Dlouhý čas (ještě do nedávných let) byla inzulinová léčba u nemocných pacientů s DM1 jedinou podávanou injekční léčbou. Avšak v posledních letech se v odborné literatuře začínají objevovat také další přídatné možnosti léčby pacientů s DM1.

Inzulinem zapříčiněná hypoglykemie tvoří kritickou bariéru v léčbě nemocných s DM1 a pokud se často opakuje, tak může vést k bezvědomí, poškození mozkových funkcí a potenciálně i k smrti. U těžkých případů se jako první pomoc použije lék glukagon.

DM1 je nemoc s postupnou a úplnou ztrátou vnitřní sekrece inzulinu jako důsledek pomalé destrukce pankreatických beta buněk autoimunitními mechanismy. A díky ztrátě funkčních beta buněk dochází k sekundárním abnormalitám v sekreci glukagonu, ale i inkretinových hormonů. (Štěchová, 2014; Perušičová 2014; Honka 2014)

Hlavním cílem léčby pacientů s DM1 je dlouhodobé napodobení přirozené inzulinové sekrece stejné jako u zdravého jedince. Již byly vyrobeny různé inzulinové preparáty s cílem alespoň trochu kompenzovat nemožnost časového podávání nejen

inzulinu, ale i ostatních hormonů, které pomáhají k nápravě celého metabolického stavu u lidí s DM1.

Novými látkami, které by mohly pomoci k léčbě DM1 jsou:

#### **A) Exenatid**

V poslední době bylo potvrzeno, že po podání exenatidu dochází ke snížení hyperglykémie a to i u adolescentů. Převážně byly sníženy hladiny glykémie až po jídle. Rovněž se ukázalo, že exenatid zvyšuje citlivost na inzulin a je slibným přídatným lékem pro lidi trpící DM1. (Štěchová, 2014; Perušičová 2014; Honka 2014)

#### **B) Liraglutid**

Po přidání liraglutidu k inzulinové léčbě u obézních pacientů došlo k:

- Snížení průměru denních glykemií
- Snížení variability glykemií
- Výraznému snížení denních dávek bazálního inzulinu a inzulinu před jídlem
- Redukci hmotnosti

#### **C) Inhibitory DPP-4**

V dnešní době se má všeobecně za to, že stres má výrazný podíl v patogenezi DM. V současnosti existuje již celá řada léčebných strategií, jejichž cílem je minimalizovat riziko diabetických komplikací. Mezi takové léky patří i inhibitory peptidáz-4 (DPP-4), které dokáží zablokovat rychlou degradaci inkretinových hormonů. (Štěchová, 2014; Perušičová 2014; Honka 2014)

### **2.4.4 Chirurgická léčba**

#### **A) Bariatrická chirurgie (k léčbě obezity)**

Bariatrická chirurgie je již velmi efektivní metodou léčby diabetes mellitus druhého typu delší dobu, ale v posledních letech se objevují zprávy u bariatrické léčbě i u pacientů s DM1, kteří jsou současně obézní (dokonce i u dětí).

#### **B) Transplantace**

Další metodou léčby u lidí nemocných DM1 je transplantace orgánu od dárce. Pomáhá transplantace celé slinivky břišní, její části, anebo pankreatických ostrůvků. Tento typ léčby

je však značně limitován dostupností lidských dárců pankreatu nebo pankreatických ostrůvků.

Dále lze také transplantovat od zdravých dárců, kteří nejsou lidského původu. Taková transplantace se jmenuje xenotransplantace. V posledních letech se také veřejnost zajímá o transplantaci kmenových buněk. (Štěchová, 2014; Perušičová 2014; Honka 2014)

#### **2.4.5 Ostatní léčba**

U DM1 se můžou vyskytnout symptomy metabolického syndromu, hypertenze, dislipidémie a obezita. Proto je nutné kromě samotné nemoci léčit i tyto symptomy, aby se předešlo možným komplikacím. Poslední dobu je středem zájmu aterogenní dyslipidemie a její vztah k chronickým komplikacím DM1. (Štěchová, 2014; Perušičová 2014; Honka 2014)

### **2.5 Nádorová onemocnění**

Nádor (novotvar) je ložisko tkáně, které se vyhnulo regulačním mechanismům růstu a stalo se tak autonomním. To znamená, že nádor má schopnost růst a šířit se v organismu bez ohledu na stav a potřeby hostitele. Z toho vyplývá, že nádor není onemocněním pouze lokálním, ale systémovým (postihuje celý organismus). (Koutecký, 2003; Cháňová, 2003)

Rakovina je jednou z nejsmrtelnějších nemocí a každoročně způsobuje tisíce úmrtí na celém světě. Tradičně ji léčíme za pomoci léků proti rakovině a ozařováním. Tyto způsoby jsou však spojeny s určitými nevýhodami, jako je vysoká možnost recidivy, omezená terapeutická účinnost a nežádoucí účinky. V posledních letech lékaři slibně léčili rakovinu pomocí imunoterapeutických skupin. Tento přístup zajistil několik výhod, jako je jeho účinnost proti metastázované rakovině a také nízké riziko recidivy. Vzhledem k těmto vlastnostem mají kliničtí lékaři zájem zvolit imunoterapii jako standardní léčebnou možnost proti rakovině. Vědci tedy začali aktivně vyvíjet různé imunoterapeutické protilátky a buněčná terapeutika. (Buabeid, 2020; Arafa, 2020; Murtaza 2020)

K diagnostice nádorových onemocnění se používá mnoho metod. Samotné vyšetření začíná anamnézou a fyzikálním vyšetřením (pohled, poklep, poslech, pohmat). K základní diagnostice rovněž patří laboratorní vyšetření a krevní obraz (přibližný počet červených, bílých krvinek, krevních destiček a hodnoty krevního barviva). Dále se používají

biochemické, cytologické a zobrazovací metody (sono, ultrazvuk), vyšetření kostní dřeně, rentgen, počítačová tomografie, tomografie magnetickou rezonancí a izotopová vyšetření.

Mezi nejčastější nádorová onemocnění patří akutní leukémie, hodgkinova choroba, nádory CNS (Centrální nervová soustava), nefroblastom, neuroblastom a nehodgkingový lymfom (Koutecký, 2003; Cháňová, 2003)

### **2.5.1 Akutní leukémie**

Akutní leukémie patří mezi nejčastější zhoubná nádorová onemocnění u dětí. Každým rokem postihne v České a Slovenské republice přibližně kolem 120 dětí a dospívajících do 18 let věku. Až 85 % akutních leukémií u dětí tvoří akutní lymfoblastická leukémie (ALL), 15% akutní myeloidní leukémie (AML), jednotlivé případy nesou příznaky obou onemocnění (leukémie smíšeného fenotypu). ALL postihuje nejčastěji malé děti mezi 2–5 lety života. K prvnímu poškození genetické výbavy nezralého lymfocytu dochází většinou již v nitroděložním životě plodu a po narození jsou spouštěči vzniku leukémie další genové aberace způsobené běžnými infekcemi nebo náhodou. Počet onemocnění leukémií lehce narůstá v čase a je častější v rozvinutých zemích. Klinické příznaky nemoci se projevují změnami v krevním obrazu (anémie – únava, neutropenie – infekce, trombocytopenie – krvácení), velmi časté jsou také bolesti končetin a páteře. ALL je závažným onemocněním, neléčena spěje rychle k úmrtí dítěte na krvácení, infekci i k multiorgánovému selhání. (Starý, 2015)

#### **2.5.1.1 Diagnostika leukémie**

K diagnostice se využívá fyzikálního a laboratorního vyšetření. V první řadě se vyšetřuje kostní dřeň.

#### **2.5.1.2 Léčba leukémie**

Léčba leukémie bývá dlouhodobá. K léčbě se používá kombinace chemoterapie a radioterapie, pokud je postižen nervový systém. (Koutecký, 2003; Cháňová, 2003)

### **2.5.2 Hodgkinova choroba**

Hodgkinova choroba se řadí mezi maligní (zhoubné) nádory mízního systému. V nádorových onemocněních dětí se vyskytuje přibližně v 7 % případů. U dětí do 2 let se vyskytuje málokdy, u dětí do 6 let vzácně, ale nejvíce postihuje děti ve školním věku.

Mezi příznaky onemocnění patří bezbolestné zduření mizních uzlin, kašel, porucha střevní průchodnosti, pokud je postižen trávicí trakt a bolest kostí při jejich postižení.

Nádor se nejčastěji objevuje v mizních uzlinách krku, podpaží, mezihrudí, a v orgánech dutiny břišní. (Koutecký, 2003; Cháňová, 2003)

### **2.5.2.1 Diagnostika Hodgkinovy choroby**

Diagnostika se provádí pomocí fyzikálního vyšetření, laboratorního vyšetření krve, ultrazvukového vyšetření, počítačové tomografie postižených míst a cytologického vyšetření. Rovněž se může udělat i celkové vyšetření kvůli riziku metastáze. Nepostradatelné je i mikroskopické a laboratorní vyšetření vzorku tkáně s nádorem.

### **2.5.2.2 Léčba Hodgkinovy choroby**

K léčbě se využívá chemoterapie a radioterapie, jejichž intenzita závisí na rozsahu onemocnění. (Koutecký, 2003; Cháňová, 2003)

### **2.5.3 Nádory centrální nervové soustavy**

Jde o skupinu nádorů různého tkáňového složení, různého stupně malignity a rozdílných biologických charakteristik. I benigní nádory v oblasti CNS (centrální nervové soustavy) mohou ohrozit život pacienta. Nádory se nejčastěji vyskytují v prvních 10 letech života.

Primární nádor se vyskytuje v mozku nebo v míše, metastázy se však mohou vyskytovat i v jiných oblastech CNS a jen zřídka v jiných orgánech.

Mezi příznaky lze zařadit zvýšený nitrolební tlak, bolesti hlavy, zvracení, poruchy smyslů, změny chování, poruchy pohybu a křeče. (Koutecký, 2003; Cháňová, 2003)

#### **2.5.3.1 Diagnostika centrální nervové soustavy**

K diagnostice se používá fyzikální, neurologické vyšetření a cytologické vyšetření mozkomíšního moku. Za určitých okolností se rovněž provádí vyšetření oblastí, kde by se mohly vyskytovat metastázy a histologické vyšetření vzorku nádoru.

### **2.5.3.2 Léčba centrální nervové soustavy**

Jako léčba se nejčastěji provádí operace, ale lze rovněž použít i chemoterapii a radioterapii. Radioterapie je však možná pouze, pokud již dítě dosáhlo 3 let věku. (Koutecký, 2003; Cháňová, 2003)

### **2.5.4 Nefroblastom**

Nádor ledviny je charakteristický pro dětský věk, jelikož u dospělých jedinců se téměř nevyskytuje. Představuje 5 až 6 % všech maligních nádorů u dětí, přičemž postihuje asi 7 dětí ze 100 tisíc. Nádor se nejčastěji vyskytuje v období od 2 do 3 let a více u chlapců než děvčat.

Jak je zřejmé již z názvu, tak nefroblastom postihuje ledvinu (vzácně obě) a má tendenci metastázovat do plic, mízních uzlin a jater. (Koutecký, 2003; Cháňová, 2003)

#### **2.5.4.1 Diagnostika nefroblastomu**

K odhalení tohoto nádoru se používá fyzikální, ultrazvukové vyšetření a počítačová tomografie břicha. Pokud se dělá i celkové vyšetření, tak se prohledávají i oblasti, kde by mohly být metastázy. Nezbytností je rovněž histologické a molekulárně biologické vyšetření vzorku nádoru.

#### **2.5.4.2 Léčba nefroblastomu**

Léčba spočívá v chemoterapii, a to jak před chirurgickým zákrokem, tak i po něm. Radioterapie se volí jen pokud by hrozilo porušení pouzdra ledviny či nádoru, při kterém by mohlo dojít k rozsevu nádorových buněk po dutině břišní. (Koutecký, 2003; Cháňová, 2003)

### **2.5.5 Neuroblastom**

Tento nádor vychází ze struktur autonomního nervového systému (funguje nezávisle na naší vůli), z tzv. sympatických ganglií, které jsou uloženy podél páteře nebo ve dřeni nadledvin. Neuroblastom se vyskytuje u 8 % dětských onkologických pacientů, nejčastěji u chlapců do 5 let věku.

Neuroblastom je často lokalizován v dutině břišní, v dutině hrudní, v pánvi, na krku a vzácně i v jiných orgánech. Metastázy mají tendenci pronikat do kostí, kostní dřeně, jater a mízních uzlin. (Koutecký, 2003; Cháňová, 2003)

### **2.5.5.1 Diagnostika neuroblastomu**

K diagnóze se využívá fyzikálního vyšetření, laboratorního vyšetření krve, ultrazvukových vyšetření, počítačové tomografie postižených oblastí, cytologického vyšetření kostní dřeně a stanovení hodnot derivátů katecholaminů v moči. Pokud je třeba, tak se využívá i celkového vyšetření, kde se zkoumají i oblasti, kam by mohly proniknout metastázy. Důležitou součástí je i histologické, molekulárně biologické a cytogenetické vyšetření vzorku nádoru, kterým lze stanovit riziko a vlastnosti nádoru.

### **2.5.5.2 Léčba neuroblastomu**

V léčbě se využívá chirurgického zákroku, po kterém zpravidla následuje chemoterapie. Radioterapie je určena až pro ošetření zbytku nádoru a následuje až po těchto dvou úkonech. (Koutecký, 2003; Cháňová, 2003)

## **2.5.6 Nehodgkinský lymfom**

Patří mezi primární maligní onemocnění mízního systému, odlišného od Hodgkinovy choroby. Řadí se mezi třetí nejčastější zhoubné onemocnění dětského věku. Postihuje kolem 8 % dětských onkologických pacientů. U dětí pod 3 roky věku je vzácný, ale u dětí kolem deseti let se vyskytuje velmi často.

Příznaky onemocnění se liší podle toho, která oblast těla je zasažena. Při postižení hrudníku jsou typické projevy kašel, dušnost a pohrudniční výpotek. Při postižení mezihrudí jsou poruchy funkce ledvin, trávicího systému, nebo zvětšení břich při postižení orgánů dutiny břišní. (Koutecký, 2003; Cháňová, 2003)

### **2.5.6.1 Diagnostika nehodgkinského lymfomu**

Tento lymfom diagnostikujeme pomocí fyzikálního vyšetření, laboratorního vyšetření krve, ultrazvukového vyšetření včetně tomografie postižených oblastí, cytologického vyšetření kostní dřeně a izotopového vyšetření kostí. U celkového vyšetření se zkoumají i všechny oblasti, kde by se mohly vyskytovat metastázy. U tohoto onemocnění je rovněž třeba laboratorního vyšetření vzorků nádorové tkáně nebo tekutiny, která se často hromadí v tělních dutinách.



### **2.5.6.2 Léčba nehodgkinského lymfomu**

Léčba se opírá o chemoterapii a lokální radioterapii k ošetření zbytku nádoru. K chemoterapii se rovněž podávají cytostatika do páteřního kanálu, aby se předešlo šíření onemocnění do centrálního nervového systému. (Koutecký, 2003; Cháňová, 2003)

## **2.6 Alergie**

Alergie se stala nemocí století. Podle statistik Světové zdravotnické organizace (WHO) je číslo určující výskyt alergických onemocnění mezi 15–20 % dospělé i dětské populace. V české populaci dosahují alergie kolem 20–30 %, přičemž výskyt u mladé generace do patnácti let věku je kolem 25 % a u mladistvých toto číslo ještě stoupá. Z toho vyplývá, že jedna pětina obyvatel ČR potřebuje lékařskou pomoc určenou proti alergiím. Výskyt astmatu je 2,5 %, kožních alergií 4,5 % a alergické rýmy dokonce 7,4 %. Jelikož jsou tato procenta celkem vysoká, stává se z alergií významný zdravotní, ekonomický a společenský problém u nás i v ostatních zemích. (Bidat, 2005; Loigerot, 2005)

Výskyt alergických onemocnění se v jednotlivých zemích liší dle hygienické a ekonomické úrovně společnosti. Vypadá to tak, že se zvyšující se civilizační úrovní přibývá i alergií. Mezi faktory, které přispívají k rozvoji alergií, je přisuzován největší význam především znečištění životního prostředí, virová respirační onemocnění, kouření a genetiky. I přes to, že ještě nejsou vyzkoumány všechny aspekty dědičnosti alergie, je již potvrzen rodinný výskyt alergie, kdy alergií trpí několik rodinných příslušníků. U rodinných příslušníku trpících alergií lze určit přibližné riziko, které určí, zda se alergie rovněž přenesou i na jejich potomky. (Bidat, 2005; Loigerot, 2005)

### **2.6.1 Přibližné riziko vzniku alergie u dětí rodiny:**

- Pokud není nikdo z rodiny alergický, je riziko vzniku alergie 10 %.
  - Pokud je sourozenec nealergických rodičů alergický, zvyšuje se riziko pro další dítě na 30 %.
  - Pokud je jeden z rodičů alergik, tak se riziko pro dítě zvyšuje na 40 %.
  - Jsou-li oba rodiče alergiky, tak riziko pro dítě stoupá na 60 %.
  - Jestliže oba rodiče trpí stejným alergickým postižením, tak riziko vzroste na 70 %.
- (Bidat, 2005; Loigerot, 2005)

### **2.6.2 Vývoj alergie a první příznaky**

Prvním projevem alergie jsou často kožní příznaky, dítěti se objeví ekzém. Tento ekzém neboli atopická dermatitida může mít souvislost s potravinovou alergií (také známou pod názvem alergie na trofoalergeny). S přibývajícím věkem u většiny případů kožní příznaky vymizí, ale alergie se začne projevovat obtížemi v respiračním ústrojí. Většinou jde o kašel, astma nebo opakované rýmy.

V tomto stádiu většinou alergie na potraviny zanikne a objeví se alergie na to, co dítě vdechuje (alergie na vzdušné alergeny, tzv. pneumoalergeny). Mezi hlavní vzdušné alergeny se řadí především roztoči, pyly, vzdušné plísně, zvířata a švábi. Projevy alergií se však vyvíjejí mnohdy nepředvídatelně; potíže mohou na několik let zcela vymizet a náhle se znovu objeví, aniž bychom znali důvod proč. Ale i když se alergie nachází v klidovém stavu, stále je v organismu přítomna, pouze se navenek nijak neprojevuje. (Bidat, 2005; Loigerot, 2005)

### **2.6.3 Diagnostika alergie**

Diagnostika alergie spočívá v podrobném pohovoru a klinickém vyšetření (vyšetření kůže, průdušek, nosu), popřípadě v odběru krve, který umožní zjistit alergický terén.

V pohovoru se zaměřujeme především na výskyt astmatu, ekzému nebo alergické rýmy jak u rodičů, tak i u sourozenců dítěte. Pokud by se vyskytl některý z výše uvedených projevů, tak je riziko, že u dítěte je alergický terén.

K diagnostice alergií lze rovněž použít kožní testy, nebo také jinak řečeno prick testy. Výhoda těchto testů je v tom, že jsou málo bolestivé či až bezbolestné. Jsou prováděny s čištěnými extrakty jednotlivých alergenů (roztočů, kočky, pylů) metodou prick (pomocí lancety nebo kopicíčka se nechá proniknout malé množství alergenu do kůže) nebo intradermální aplikací (vstříknutí malé dávky extraktu do kůže, bývá bolestivá). V současnosti se preferují prick testy, jelikož jsou na rozdíl od intradermální aplikace bezbolestné a mají stejně dobré výsledky. (Bidat, 2005; Loigerot, 2005)

### **2.6.4 Léčba alergie**

Pokud je to možné, je v první řadě nutnost maximálně omezit styk dítěte s alergenem. Dále je potřeba omezit další faktory, které se spolupodílejí na vzniku alergie. Mezi tyto faktory lze zařadit například pasivní kouření, aktivní kouření a používání různých aerosolů

(laky, osvěžovače vzduchu, úklidové prostředky). Při léčbě alergie je především důležité dodržovat režimová opatření, která musí dodržovat nejen dítě, ale i jeho rodiče a blízké okolí.

Ať už jde o jakýkoliv druh alergické reakce, dítě by mělo mít ve své blízkosti léky na jejich zmírnění, které použije v případě vystavení alergenu zodpovědnému za danou reakci, nebo již při nástupu prvních alergických příznaků. U některých alergických dětí je dokonce nutnost, aby užívaly preventivní a každodenní léčbu. Obecně jde shrnout, že k léčbě alergií se používají především antihistaminika nebo lokální léky v případě, že jde o potíže s očními a nosními sliznicemi. Pokud dítě ovšem trpí astmatem, je zapotřebí protizánětlivých léků. (Bidat, 2005; Loigerot, 2005)

## 2.7 Obezita

Pojem obezita nebo také otylost má celou řadu definic, například se říká, že je to nárůst tělesné hmotnosti o 20 % oproti normě. Odbornou definici však většina z nás pro identifikaci obézního člověka nepotřebuje, prostě lze vidět, že je někdo tlustý. (Šedý, 2014)

Definice obezity pro dětskou věkovou skupinu lze také odvodit pomocí percentilových grafů (ty se využívají u měření dětí), přičemž obézní děti jsou ty, kterým v percentilovém grafu vyjde BMI (body mass index) větší nebo rovno 95. (Hainerová, c2009)

Při měření dětí se vychází z výsledků měření a vážení z jednotlivých preventivních prohlídek, které se zakreslí do percentilového grafu křivky vývoje hmotnosti a výšky. K posouzení vztahu mezi hmotností a výškou lze použít jeden z následujících postupů. Buď se musí sestavit percentilová křivka hmotnosti k výšce (potřeba percentilového grafu vztahu hmotnosti a výšky), nebo se z každého měření a vážení musí spočítat hodnota indexu tělesné hmotnosti (body mass index, BMI) podle vzorce  $BMI = (\text{váha v kg}) : (\text{výška v m}) : (\text{výška v m})$ . Následně se sestaví percentilová křivka BMI. K ní je třeba využít percentilový graf BMI ve vztahu k věku, který bývá na rubové straně grafu tělesné výšky. V dětském věku nelze použít normy BMI určené pro dospělé. (Lebl, 2013) Obezita nevyvolává bolest, zato však zhoršuje kvalitu a zkracuje délku lidského života. Obezita většinou u dětí vzniká postupně a často pak přechází i do dospělosti. (Marinov, 2011)

Obezita začíná vznikat při zvyšování zásob energeticky bohatých tuků při vyšším příjmu živin, který není vybalancován dostatečným výdejem energie, zejména pak pohybem. (Šedý, 2014) Energií získává organismus z potravy a využívá ji včetně všech dalších

výživových látek k udržení zdravého stavu, v dětství zejména k růstu a vývoji jednotlivých orgánů a jejich funkcí. Nadbytek tukové tkáně může být rovněž i přínosem, ale jen pokud je dítě v období, kdy je potravy nedostatek. Pak se právě z přebytečného tuku bere potřebná energie k zajištění přežití. (Marinov, 2011)

Tuková tkáň má však v organismu i další významné a nepostradatelné funkce. Jednou z nich je funkce ochranná, mechanická. Příkladem této funkce je například ochrana našich orgánů před jejich možným poškozením pomocí tukové tkáně. V tukové tkáni se rovněž produkuje celá řada biologicky aktivních látek, včetně různých hormonů, které významně ovlivňují průběh metabolických procesů lidského organismu. To vše ukazuje, že tukovou tkáň člověk potřebuje, neměl by jí mít však nadbytek. V případě nadbytku tukové tkáně se pak nejen ukládá do podkoží, ale rovněž má tendenci prostupovat i do některých životně důležitých orgánů například do jater, kde nepříznivě ovlivňuje jejich funkci a správnou činnost. Nadměrná zátěž organismu obézního člověka nepříznivě ovlivňuje jeho pohybový aparát, metabolismus a navíc může vyvolat změny charakteru chronického zánětu. Obezita rovněž přispívá ke vzniku dalších onemocnění. Například k obezitě se často přidá cukrovka 2. typu. Toto onemocnění bývalo známé jako nemoc dospělých, avšak díky časté obezitě dětí se postupně začíná stávat i dětským problémem. (Marinov, 2011)

Příčina obezity může mít i více důvodů, může jít například o metabolickou poruchu, nadměrné přejídání či jejich kombinaci.

O obezitě se dnes často hovoří jako o nemoci, u které se neustále hledají geny, které ji způsobují. Nesmíme ovšem zapomenout, že populace tloustne hlavně proto, že se nehýbe v dostatečné míře nebo lépe, že jedinec musí vynaložit pouze minimální pohybovou aktivitu k tomu, aby se dostal k potravě. (Šedý, 2014)

### **2.7.1 Pohybové aktivity u předškolních dětí**

Pohybové aktivity pro děti předškolního věku by měly být vždy aktivity všestranně rozvíjejícího charakteru. Daná aktivita by měla být pro dítě atraktivní (preferuje se pohybová aktivita formou hry). V předškolním věku dítě bezpečně zvládá běhat i různé skoky a doskoky. Rovněž zvládá úchop míče i odhod. Kolem třetího roku dítě zvládne chytout letící míč pomocí přitisknutí paží k tělu. V pěti až šesti letech už umí chytit míč v letu ze vzduchu. Samotná chůze je u tří až čtyřletého dítěte urovnanější, plynulejší, mizí trvalá flexe v kolenním kloubu. Čtyřleté dítě zvládne chodit po špičkách, rovnováha mu však může

působit potíže. Pětileté děti již chodí jistě a jejich rovnováha je stabilní. Může se tedy začít s nácvikem gymnastických cviků, ovšem s vyloučením extrémních poloh, jako je například kotrmelec. (Pastucha et al., 2019)

### **2.7.2 Léčba obezity**

Léčba obezity závisí na její míře a věku dítěte. Základem léčby je změna životního stylu, s přihlédnutím k výživě a stupni fyzické aktivity, v nutných případech pak farmakoterapie a bariatrická chirurgie. Cíle léčby se mění v závislosti na věku dítěte a přítomností možných komplikací způsobených obezitou. Jakákoliv léčba u dětí je nutná s ohledem na jejich bezpečnost a měla by být vedena s cílem zabránit vzniku případných dlouhodobých komplikací. Úspěšné vyléčení obezity je velmi náročné a zdlouhavé. Léčba by měla být zaměřena především na jídelní zvyklosti, pohybovou aktivitu, a to za podpory rodiny a neměla by vést k dramatickým výkyvům v tělesné hmotnosti. U dětí do sedmi let věku je cílem léčby spíše udržet si tělesnou hmotnost, ne ji snížit, jelikož s narůstající výškou se jim snižuje BMI (vyrostou z obezity k nadváze až do optimálního stavu). Hmotnostní úbytek je naopak vyžadován u těch dětí, u kterých už byl dokončen tělesný vývoj a u dětí, které mají vážné zdravotní komplikace. (Hainerová, c2009)

### **2.7.3 Osm základních pravidel prevence obezity**

1. Jíst pravidelně pokrmy 5-6 X denně s pestrou skladbou.
2. Ke každému jídlu si vzít alespoň jednu porci zeleniny nebo ovoce.
3. Vždy snídat.
4. Jíst u stolu, ne u televize, počítače či jiného zařízení.
5. Pochutiny a sladkosti jíst maximálně 1 X týdně.
6. Preferovat neslazené nápoje.
7. Mít pohybovou aktivitu 3 X týdně po dobu alespoň 30 minut a do zpotení těla, chodit 4 kilometry denně.
8. Spát 7-8 hodin denně bez rušivého elementu. (Marinov, 2011)

## PRAKTICKÁ ČÁST

## **3 CÍL A ÚKOLY PRÁCE**

### **3.1 Formulace cílů a výzkumných otázek**

Druhá část bakalářské práce je zaměřena především na popis a analýzu toho, jak rodiče dětí v předškolním věku vnímají obezitu, jaké jsou jejich názory a obecné povědomí o obezitě.

V praktické části bakalářské práce jsou stanoveny tyto cíle:

#### **3.1.1 Hlavní cíl**

**Cíl 1:** Zjistit obecné povědomí o obezitě u otců a u matek dětí v předškolním věku.

#### **3.1.2 Vedlejší cíle**

**Cíl 2:** Zjistit v čem se názory na obezitu u matek a otců liší.

**Cíl 3:** Zjistit jaká je podle otců a matek příčina vzniku obezity u předškolních dětí.

**Cíl 4:** Zjistit jaká jsou podle otců a matek rizika obezity u předškolních dětí.

**Cíl 5:** Zjistit, zda si otcové a matky myslí, že za posledních 10 let přibylo, nebo ubylo obezity u dětí v předškolním věku.

**Cíl 6:** Zjistit jakým způsobem podle otců a matek ovlivňuje dnešní doba vznik obezity.

V praktické části bakalářské práce jsou vedle cílů rovněž stanoveny tyto výzkumné otázky:

#### **Výzkumná otázka číslo 1**

Předpokládám, že existuje rozdíl mezi názory matek a otců v oblasti vzniku obezity u předškolních dětí.

#### **Výzkumná otázka číslo 2**

Předpokládám, že alespoň 50 % rodičů uvede jako příčinu vzniku obezity nedostatek pohybu.

#### **Výzkumná otázka číslo 3**

Předpokládám, že alespoň 50 % rodičů uvede mezi rizika obezity zdravotní komplikace.

## 4 METODIKA PRÁCE

Ke zpracování výzkumu byla využívána kvalitativní strategie sběru dat pomocí polostrukturovaného rozhovoru s 8 respondenty, který obsahoval 15 otázek. Jedenáct otázek pro rodiče bylo zaměřeno na obezitu u dětí v předškolním věku a jen čtyři otázky byly zaměřené na obezitu obecně. Rozhovory probíhaly v měsících únor a březen 2020. Před zahájením rozhovoru byli rodiče obeznámeni s důvodem rozhovoru a podepsali informovaný souhlas. V informovaném souhlasu bylo zdůrazněno, že rozhovor bude anonymní, a že bude nahráván na diktafon k pozdějšímu přepsání a analýze výzkumu.

Získané odpovědi rodičů na otázky byly opětovně přehrány a následně sepsány do myšlenkových map, které byly vytvořeny v počítačovém programu PowerPoint. Nakonec byly pod každou myšlenkovou mapu uvedeny detailnější informace ohledně odpovědí.



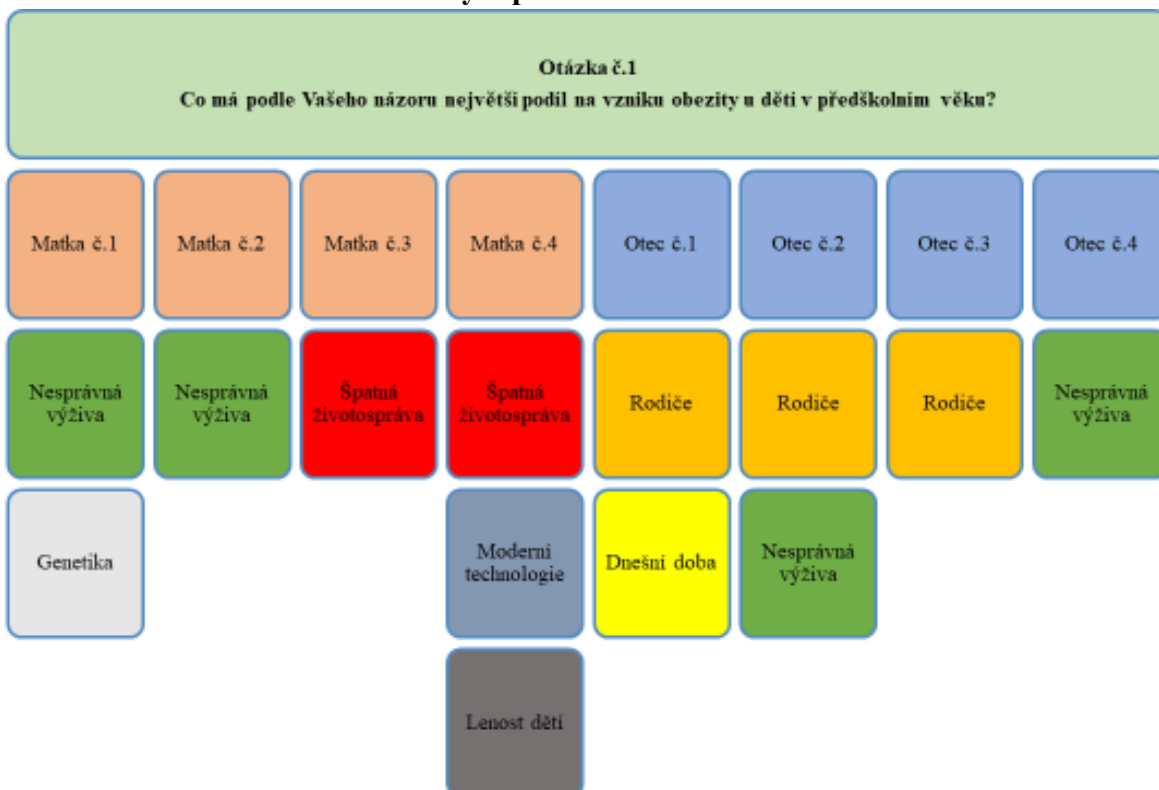
## **5 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU**

K výzkumnému šetření bylo využito rodičů dětí, jelikož lze předpokládat, že děti v předškolním věku nebudou mít dostatek informací o obezitě. Tohoto výzkumu se účastnili 4 otcové a 4 matky. Jednotlivé rozhovory trvaly 6 až 10 minut. Rodiče byli záměrně rozděleni na 2 skupiny. Do první skupiny byly zařazeny matky a do druhé otcové. Toto rozdělení dále umožnilo zjistit, v jakých oblastech se názory jednotlivých skupin liší.

Celý výzkum proběhl v Plzeňském kraji konkrétně ve městě Blovice. Šlo tedy o rodiče z tohoto města. Samotným rodičům bylo od 27 do 42 let a jejich dětem od 4 do 6 let.

## 6 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Obrázek 1 Podíl na vzniku obezity u předškolních dětí



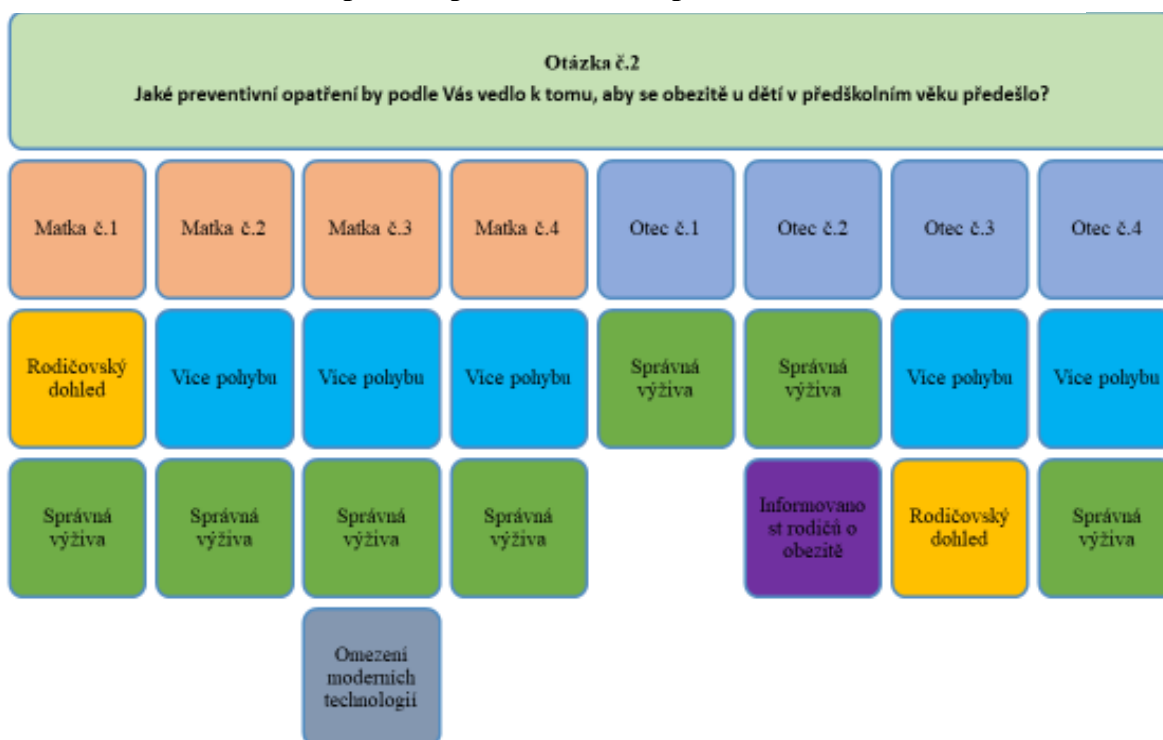
Zdroj: vlastní

V myšlenkové mapě lze vidět názory otců a matek na to, co má největší podíl na vzniku obezity u dětí v předškolním věku. Všem respondentům byla položena otázka: „Co má podle Vašeho názoru největší podíl na vzniku obezity u dětí v předškolním věku?“

Čtyři respondenti (Matka číslo 1, Matka číslo 2, Otec číslo 2, Otec číslo 4) uvedli, že nesprávná výživa. (Dále jsou použity jen zkratky M1 až M4 a O1 až O4). Dvě matky (M3, M4) odpověděly, že špatná životospráva. Tři otcové (O1, O2, O3) vypověděli, že špatný dohled rodičů.

Matka (M1) rovněž uvedla, že svůj podíl má i genetika. Matka (M4) řekla, že moderní technologie (především televize, počítače) a lenost dětí mají svůj podíl. Otec (O1) rovněž zmínil, že i dnešní doba by mohla mít podíl.

**Obrázek 2 Preventivní opatření před obezitou u předškolních dětí**



Zdroj: vlastní

Myšlenková mapa ukazuje názory otců a matek na to, které preventivní opatření by se mělo zavést, aby se předešlo obezitě u dětí v předškolním věku. Všem respondentům byla položena otázka: „*Jaké preventivní opatření by podle Vás vedlo k tomu, aby se obezitě u dětí v předškolním věku předešlo?*“

Sedm respondentů (M1, M2, M3, M4, O1, O2, O4) odpovědělo, že by se obezitě u dětí v předškolním věku dalo předejít podáváním správné výživy. Měli na mysli především ovoce, zeleninu a matka (M2) dokonce zdůraznila, že by dítě nemělo dostávat sladkosti. Pět respondentů (M2, M3, M4, O3, O4) uvedlo, že by děti měly mít více pohybu, například ve formě sportu.

Matka (M1) a otec (O3) řekli, že účinné preventivní opatření je rodičovský dohled. Odůvodnili to tak, že rodiče na dítě dohlíží, dávají mu stravu a rovněž by ho měli vést správným směrem.

Dále pak matka (M3) zmínila, že by bylo dobré dětem zakázat nadužívání moderních technologií, jako jsou počítače. A otec (O2) vypověděl, že by jako preventivní opatření stačila větší informovanost o obezitě.

**Obrázek 3 Vhodná strava pro dítě v předškolním věku**

Otázka č.3 Jakou stravu by dítě v předškolním věku mělo dostávat, aby nemělo potíže se svou váhou?							
Matka č.1	Matka č.2	Matka č.3	Matka č.4	Otec č.1	Otec č.2	Otec č.3	Otec č.4
Neslazené nápoje	Neslazené nápoje	Neslazené nápoje	Neslazené nápoje	Neslazené nápoje	Neslazené nápoje	Neslazené nápoje	Neslazené nápoje
Jídlo všeho druhu (rozmanitost jídel)	Ovoce a zelenina	Ovoce a zelenina	Ovoce, zelenina a luštěniny	Ovoce a zelenina	Ovoce a zelenina	Ovoce a zelenina	Jídlo rostlinného původu (luštěniny)
Omezit cukr		Omezit smažená jídla	Omezit cukr	Omezit stravování v rychlém občerstvení	Omezit cukry a tuky	Omezit stravování v rychlém občerstvení	Omezit cukr

Zdroj: vlastní

V myšlenkové mapě můžete vidět názory otců a matek na to, jaká strava je vhodná pro děti v předškolním věku. Všem respondentům byla položena otázka: „*Jakou stravu by dítě v předškolním věku mělo dostávat, aby nemělo potíže se svou váhou?*“

Všech osm respondentů (M1, M2, M3, M4, O1, O2, O3, O4) vypovědělo, že by děti v předškolním věku neměly dostávat příliš sladké nápoje a měly by pít především vodu. Sedm respondentů (M2, M3, M4, O1, O2, O3, O4) uvedlo, že by děti měly dostávat ovoce a zeleninu, přičemž matka (M4) a otec (O4) rovněž uvedli i luštěniny. Matka (M1) sdělila, že by dítě mělo jíst v podstatě vše, kromě výrobků s větší mírou cukru.

Čtyři respondenti (M1, M4, O2, O4) odpověděli, že by se měl omezit cukr, přičemž otec (O2) rovněž uvedl i omezení tučných jídel. Dva otcové (O1, O3) zmínili, že by se mělo omezit stravování v rychlých občerstveních a jedna matka (M3) řekla, že je třeba omezit především smažená jídla.

#### Obrázek 4 Faktory, které přispívají ke vzniku obezity

Otázka č.4 Vymenujte tři faktory, které podle Vašeho názoru nejvíce přispívají ke vzniku obezity.							
Matka č.1	Matka č.2	Matka č.3	Matka č.4	Otec č.1	Otec č.2	Otec č.3	Otec č.4
Nevhodná strava	Nevhodná strava	Přejídání	Nevhodná strava	Nevhodná strava	Nevhodná strava	Nevhodná strava	Nevhodná strava
Nedostatek pohybu	Moderní technologie	Nedostatek pohybu	Nedostatek pohybu	Nedostatek pohybu	Dohled rodičů	Nedostatek pohybu	Nedostatek pohybu
Rychlé občerstvení	Genetika	Moderní technologie	Moderní technologie	Moderní technologie	Informovanost	Moderní technologie	Moderní technologie

Zdroj: vlastní

V Myšlenkové mapě jsou zobrazeny názory otců a matek na to, jaké tři faktory nejvíce přispívají ke vzniku obezity. Všem respondentům byla položena věta: „Vymenujte tři faktory, které podle Vašeho názoru nejvíce přispívají ke vzniku obezity.“

Sedm respondentů (M1, M2, M4, O1, O2, O3, O4) sdělilo, že možným faktorem je nevhodná strava. Šest respondentů (M1, M3, M4, O1, O3, O4) uvedlo, že je faktorem nedostatek pohybu. Stejný počet respondentů (M2, M3, M4, O1, O3, O4) zmínil, že jsou na vině moderní technologie.

Matka (M1) také sdělila, že jsou možným faktorem obchody s rychlým občerstvením. Matka (M2) zase řekla, že je faktorem genetika alespoň v jejím případě, že tomu tak je. Matka (M3) odpověděla, že hlavním faktorem je přejídání. A otec (O2) vypověděl, že se mezi faktory řadí i špatný dohled rodičů (pokud jde ještě o dítě) a špatná informovanost o tom, co je zdravé, a co je zase nezdravé.

**Obrázek 5 Větší důraz na dítě nebo jeho rodiče**



Zdroj: vlastní

V myšlenkové mapě můžete vidět názory otců a matek na to, jestli má být kladen větší důraz na dítě nebo na jeho rodiče, pokud chcete dítě vyléčit z obezity. Všem respondentům byla položena otázka: „*Na koho by měl být kladen větší důraz na dítě nebo na jeho rodiče v případě, že chcete vyléčit dítě z obezity? Jaký je důvod?*“

Všichni respondenti (M1, M2, M3, M4, O1, O2, O3, O4) usoudili, že by měl být kladen větší důraz na rodiče.

Čtyři rodiče (M2, M4, O2, O4) vysvětlili, že rodiče jsou ti, kdo dává dítěti veškerou stravu. Když se dětem bude dávat kvalitní strava a bude se na ně dohlížet, tak se nedopracují k obezitě. Dvě matky (M1, M3) zdůvodnily, že rodiče jsou ti, kdo mohou ovlivnit veškeré stravovací návyky.

Otec (O1) pověděl, že rodiče za dítě nesou odpovědnost a už jen proto by na ně měl být kladen větší důraz než na dítě. A nakonec otec (O3) argumentoval tím, že rodiče na své dítě zkrátka musí dohlédnout.

**Obrázek 6 Obezita a možné psychické následky**

Otázka č.6							
Myslíte si, že obezita může zanechat na dětech v předškolním věku i psychické následky? Pokud ano, tak co je možným důvodem?							
Matka č.1	Matka č.2	Matka č.3	Matka č.4	Otec č.1	Otec č.2	Otec č.3	Otec č.4
Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Posměch okolí	Posměch okolí	Posměch okolí	Posměch okolí	Posměch okolí	Posměch okolí	Posměch okolí	Posměch okolí

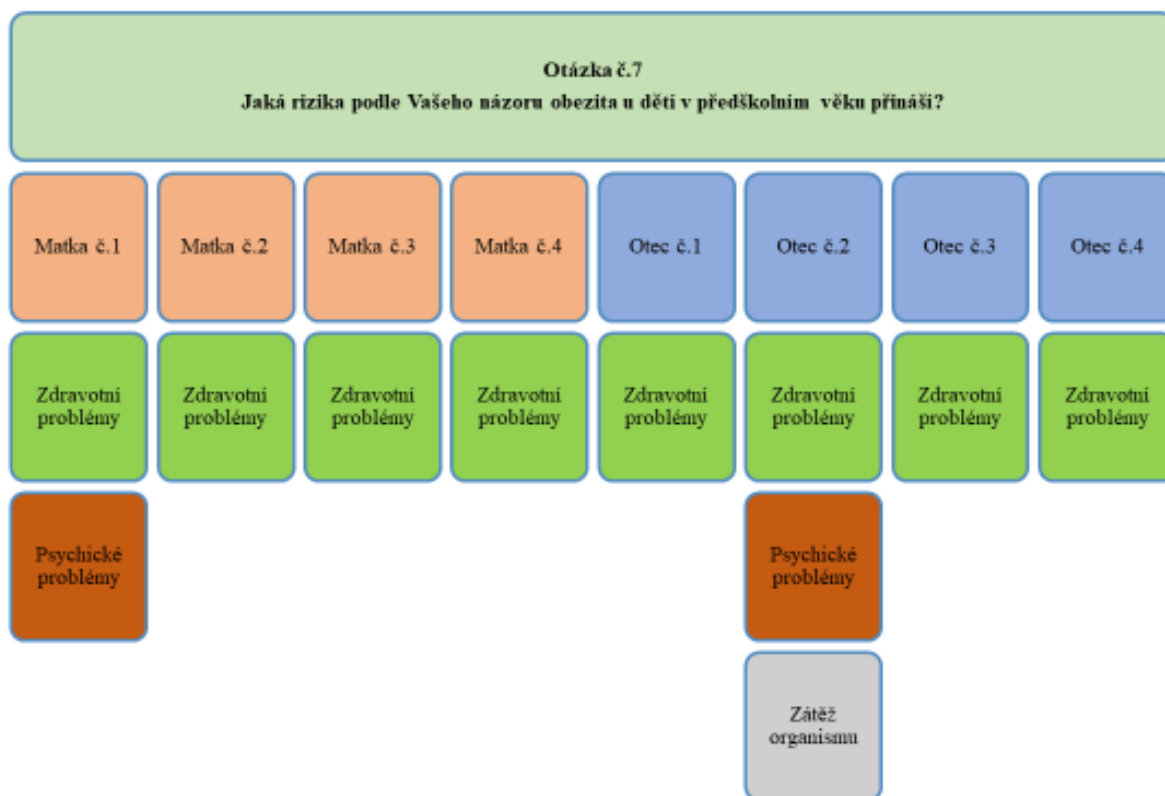
Zdroj: vlastní

V myšlenkové mapě se objevují názory otců a matek na to, jestli může obezita vyvolat i psychické následky u dětí v předškolním věku. Všem respondentům byla položena otázka: „Myslíte si, že obezita může zanechat na dětech v předškolním věku i psychické následky? Pokud ano, tak co je možným důvodem?“

Všichni respondenti (M1, M2, M3, M4, O1, O2, O3, O4) uvedli stejnou odpověď i důvod. Jako odpověď všichni řekli ano, že obezita u dětí může způsobit psychické následky. A jako důvod uvedli posměch okolí, jelikož se jim ostatní děti budou posmívat.

Někteří rodiče (M1, M3, O1, O2, O4) dokonce uvedli i možné pocity obézních dětí. Matka (M1) sdělila, že z toho posměchu mohou být děti vystresované. Matka (M3) řekla, že se takové děti často uzavírají do sebe. Otec (O1) odpověděl, že se obézní děti v důsledku posměchu mohou cítit šikanované, nebo se dokonce stát terčem šikany. A otcové (O2, O4) vypověděli, že u takových dětí převládá pocit méněcennosti.

## Obrázek 7 Rizika obezity u dětí v předškolním věku



Zdroj: vlastní

Myšlenková mapa ukazuje názory otců a matek na to, jaká rizika s sebou obezita u dětí v předškolním věku přináší. Všem respondentům byla položena otázka: „*Jaká rizika podle Vašeho názoru obezita u dětí v předškolním věku přináší?*“

Všichni respondenti (M1, M2, M3, M4, O1, O2, O3, O4) odpověděli stejným způsobem a to, že obezita s sebou přináší zdravotní problémy.

Někteří rodiče (M2, O1, O2, O3) dokonce uvedli i příklady možných zdravotních problémů. Rodiče (M2, O1, O2) vypověděli, že se u dětí může objevit cukrovka. Matka (M2) a otec (O3) odpověděli, že děti budou mít bolesti kloubů, přičemž matka (M2) ještě uvedla možnost zvýšeného krevního tlaku. Otec (O1) upozornil na možnost většího množství cholesterolu v krvi a otec (O2) na větší pravděpodobnost poškození vnitřních orgánů.

Matka (M1) a otec (O2) rovněž sdělili, že obezita s sebou přináší i psychické problémy. A otec (O2) ještě zmínil, že obezita u dětí způsobuje větší zátěž jejich organismu.



## Obrázek 8 Je obezita u dětí problém nebo fáze jejich vývoje?



Zdroj: vlastní

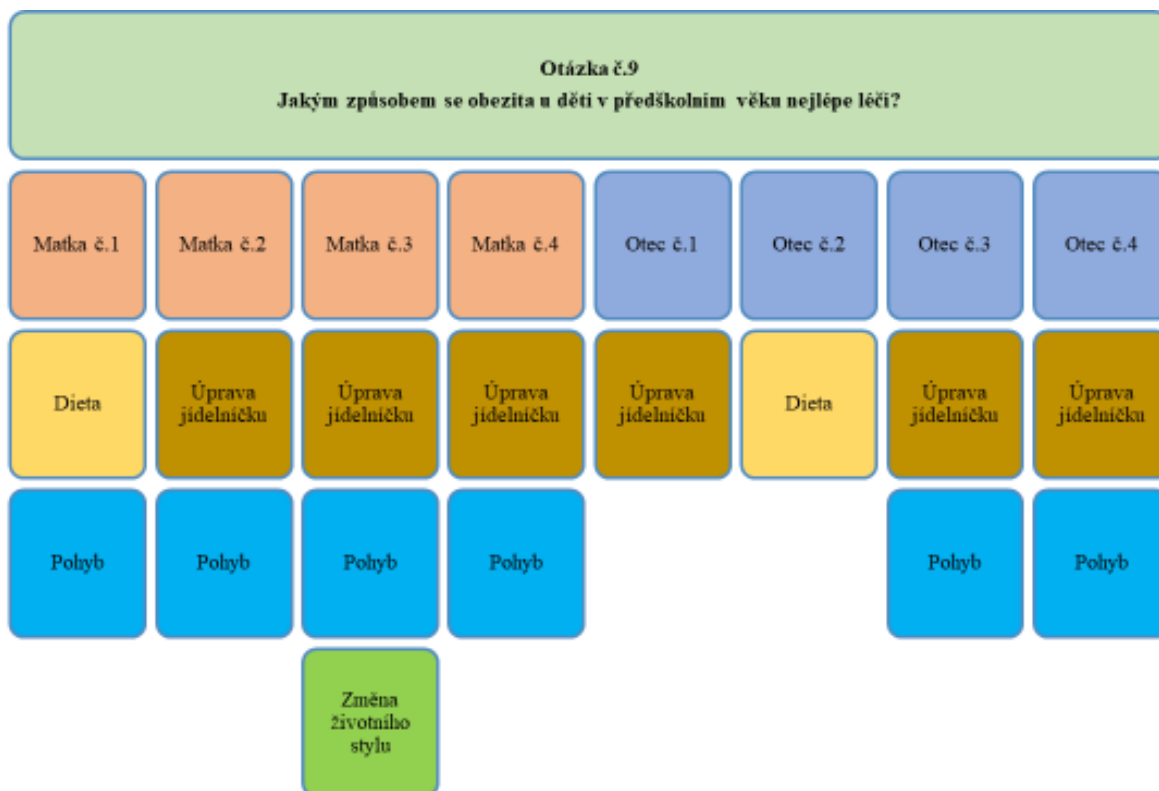
V myšlenkové mapě můžete vidět názory otců a matek na to, jestli je obezita u dětí v předškolním věku problém, nebo je jen fází jejich vývoje, ze které vyrostou. Všem respondentům byla položena otázka: „Myslíte si, že obezita u dětí v předškolním věku je problém, nebo že je to jen fáze jejich vývoje, ze které vyrostou?“

Všichni respondenti (M1, M2, M3, M4, O1, O2, O3, O4) uvedli stejnou odpověď, že je to problém. Avšak jejich názory na to, jestli děti z obezity vyrostou se už lišily. Většina rodičů (M1, M2, M4, O2, O3) se nevědomě shodla v tom, že děti z obezity nevyrostou. Někteří rodiče (M4, O3) rovněž dodali, že už by se to mělo řešit s odborníkem.

Matka a otec (M3, O1) sdělili, že děti z obezity vyrost mohou, ale přikláněli se k názoru, že většina z nich z obezity nevyroste. A otec (O4) zmínil, že 75 % dětí z obezity nevyroste a 25 % dětí naopak vyroste.

Obezita je opravdu problém. Nejde jen o fázi vývoje, ze které lze vyrost, avšak možné to je, s dostatečnou snahou dítěte zhubnout a za pomoci odborníka.

**Obrázek 9 Léčba obezity u předškolních dětí**



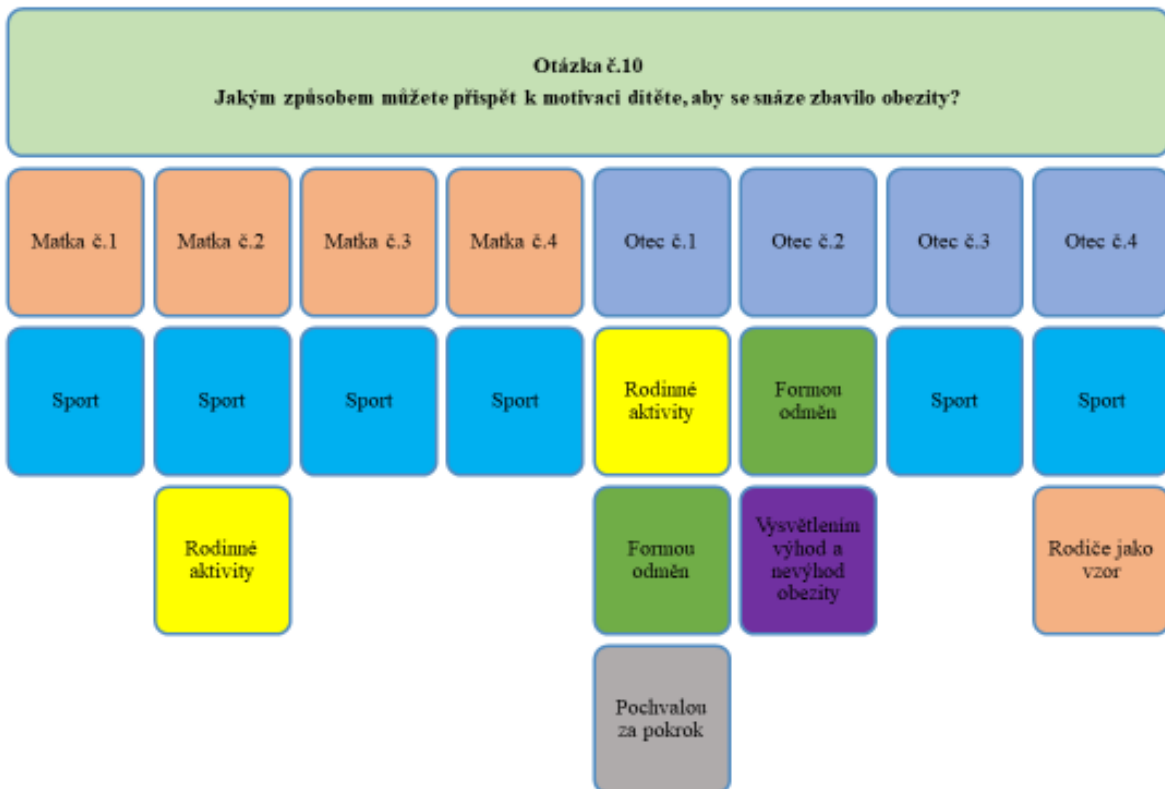
Zdroj: vlastní

Myšlenková mapa zobrazuje názory otců a matek na to, jaká je nejvhodnější léčba obezity u dětí v předškolním věku. Všem respondentům byla položena otázka: „*Jakým způsobem se obezita u dětí v předškolním věku nejlépe léčí?*“

Šest respondentů (M2, M3, M4, O1, O3, O4) odpovědělo na otázku, že úpravou jídelníčku. Měli na mysli jak stravování, tak i časové rozvržení a pravidelnost jednotlivých jídel. Dalších šest respondentů (M1, M2, M3, M4, O3, O4) zase vypovědělo, že se obezita u dětí v předškolním věku nejlépe léčí dostatkem pohybu.

Matka a otec (M1, O2) usoudili, že se obezita u dětí v předškolním věku dobře léčí pomocí diety. A nakonec matka (M3) dodala, že i změna životního stylu je jedna z nejlepších možností léčby dětí v předškolním věku.

## Obrázek 10 Motivace dítěte k hubnutí



Zdroj: vlastní

V myšlenkové mapě jsou zaznamenány názory otců a matek na to, jakým způsobem lze motivovat dítě, aby se snadněji zbavilo obezity. Všem respondentům byla položena otázka: „*Jakým způsobem můžete přispět k motivaci dítěte, aby se snáze zbavilo obezity?*“

Šest rodičů (M1, M2, M3, M4, O3, O4) sdělilo, že dítě lze motivovat především pomocí sportu. Matka a otec (M2, O1) uvedli, že k motivaci dítěte se dá přispět pomocí různých rodinných aktivit, jako je například jízda na kole. A otcové (O1, O2) usoudili, že se dá dítě motivovat i pomocí odměn. Dají mu nějaký cíl a pokud ho dítě splní, tak dostane slíbenou odměnu.

Otec (O1) ještě dodal, že je důležité dítě dostatečně pochválit za pokrok. Otec (O2) zase sdělil, že je důležité vysvětlit dítěti, proč je obezita nezdravá. A nakonec otec (O4) usoudil, že rodiče jsou pro dítě vzor, a tudíž by mu měli jít příkladem.

**Obrázek 11 Zařízení pro léčbu obézních lidí**



Zdroj: vlastní

Myšlenková mapa ukazuje názory otců a matek na to, jak se jmenuje zařízení, které se zabývá léčbou obézních lidí. Všem respondentům byla položena otázka: „*Jak se jmenují zařízení, která se zabývají léčbou obézních lidí?*“

Touto otázkou byli rodiče zaskočeni a trvalo jim delší dobu, než si vzpomněli, kromě matky a otce (M3, O3) kteří na danou otázku neznali odpověď. Odůvodnili to tak, že obezitu u svých dětí nikdy nemuseli řešit, tak o takových zařízeních nemají informace.

Čtyři rodiče (M2, M4, O1, O4) uvedli, že se zařízení k léčbě obézních lidí jmenuje dietologická ambulance, poradna nebo dietologie. Někteří rodiče (M1, M4, O1) zkrátka nerozlišovali mezi oborem, který se zabývá léčbou obézních lidí a zařízením, kde se obezita léčí.

Matka a otec (M1, O2) řekli, že zařízení k léčbě lidí se nazývají obezitologická centra.

## Obrázek 12 Situace ohledně obezity za posledních 10 let



Zdroj: vlastní

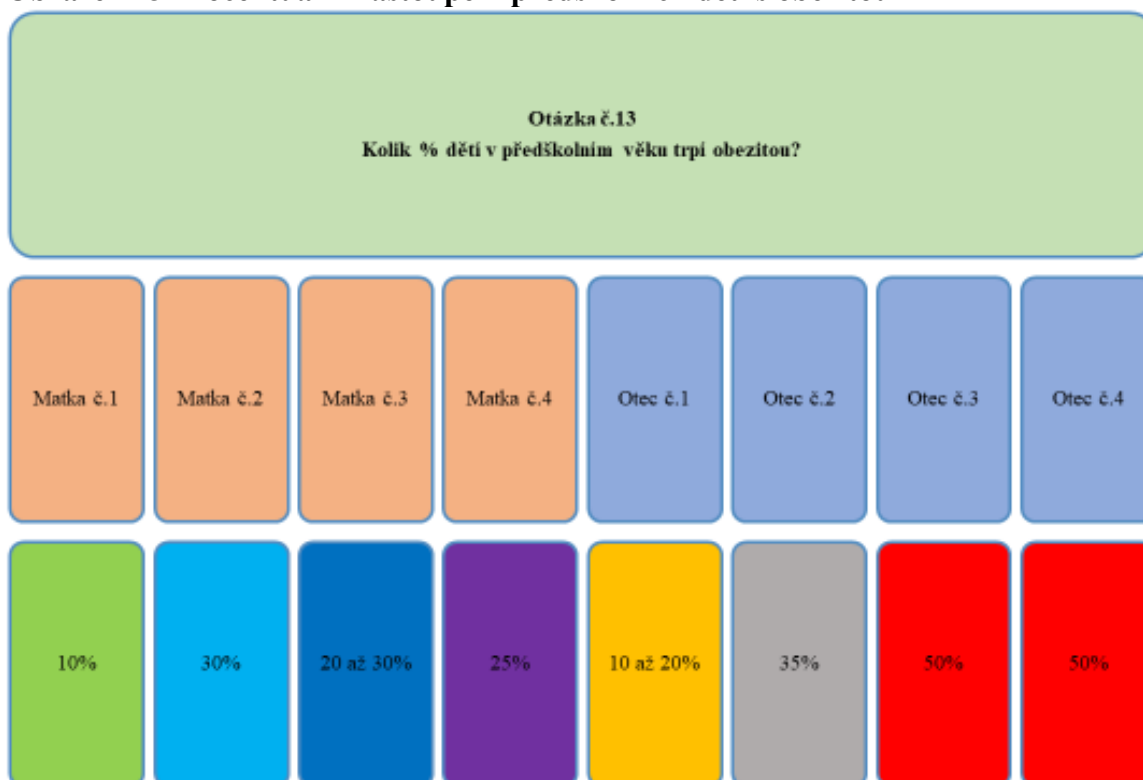
V myšlenkové mapě jsou zobrazeny názory otců a matek na to, jestli v posledních deseti letech přibývá obezity u dětí v předškolním věku. (Tato otázka je zaměřena na Českou republiku). Všem respondentům byla položena otázka: „Nemáte pocit, že v posledních 10 letech přibývá obezity u dětí v předškolním věku?“

Pět rodičů (M3, M4, O1, O3, O4) vypovědělo na otázku, že ano. Rovněž uvedli, i různé příklady toho, co za to může, které vycházejí již z otázky číslo 1.

Matka a otec (M1, O2) sdělili, že podle jejich názoru obezity u dětí v předškolním věku v posledních deseti letech spíše přibývá.

A nakonec matka (M2) usoudila, že se situace ohledně obezity u dětí v posledních deseti letech nijak výrazně nezměnila, že je stav ustálený.

**Obrázek 13 Procentuální zastoupení předškolních dětí s obezitou**



Zdroj: vlastní

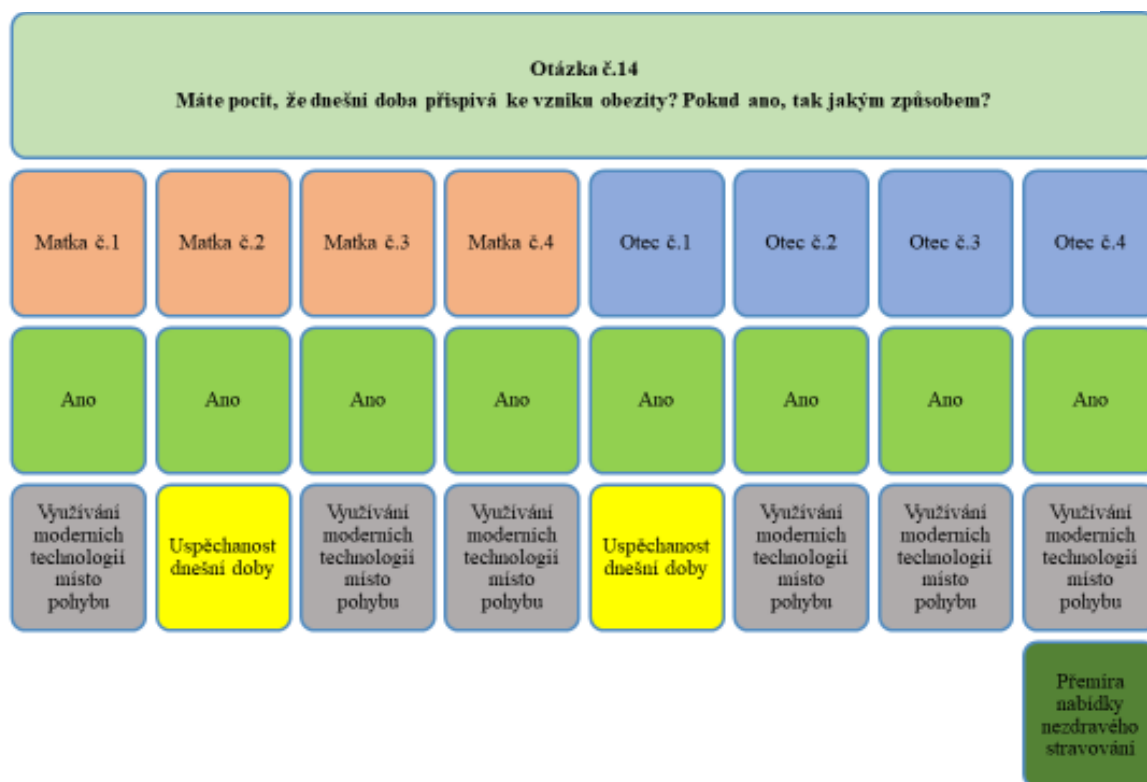
V myšlenkové mapě se objevují názory otců a matek na to, kolik % dětí v předškolním věku trpí obezitou. Opět bylo myšleno procento dětí v České republice. Všem respondentům byla položena otázka: „Kolik % dětí v předškolním věku trpí obezitou?“

Všech osm rodičů na tuto otázku neznalo odpověď, ale alespoň se pokusili odhadnout kolik % dětí by to mohlo být.

Otcové (O3, O4) uvedli, že 50 % dětí v předškolním věku trpí obezitou. Otec (O2) byl přesvědčen, že obezitou trpí 35 % předškolních dětí. A otec (O1) usoudil, že obezitou v České republice trpí děti v rozmezí 10 až 20 %.

Matka (M1) odhadla, že v České republice je 10 % dětí v předškolním věku s obezitou. Matka (M2) vypověděla, že 30 % dětí má problémy s obezitou. Matka (M3) sdělila, že rozmezí od 20 do 30 % dětí má obezitu. A nakonec matka (M4) řekla, že obezitou trpí kolem 25 % dětí.

## Obrázek 14 Vliv dnešní doby na výskyt obezity



Zdroj: vlastní

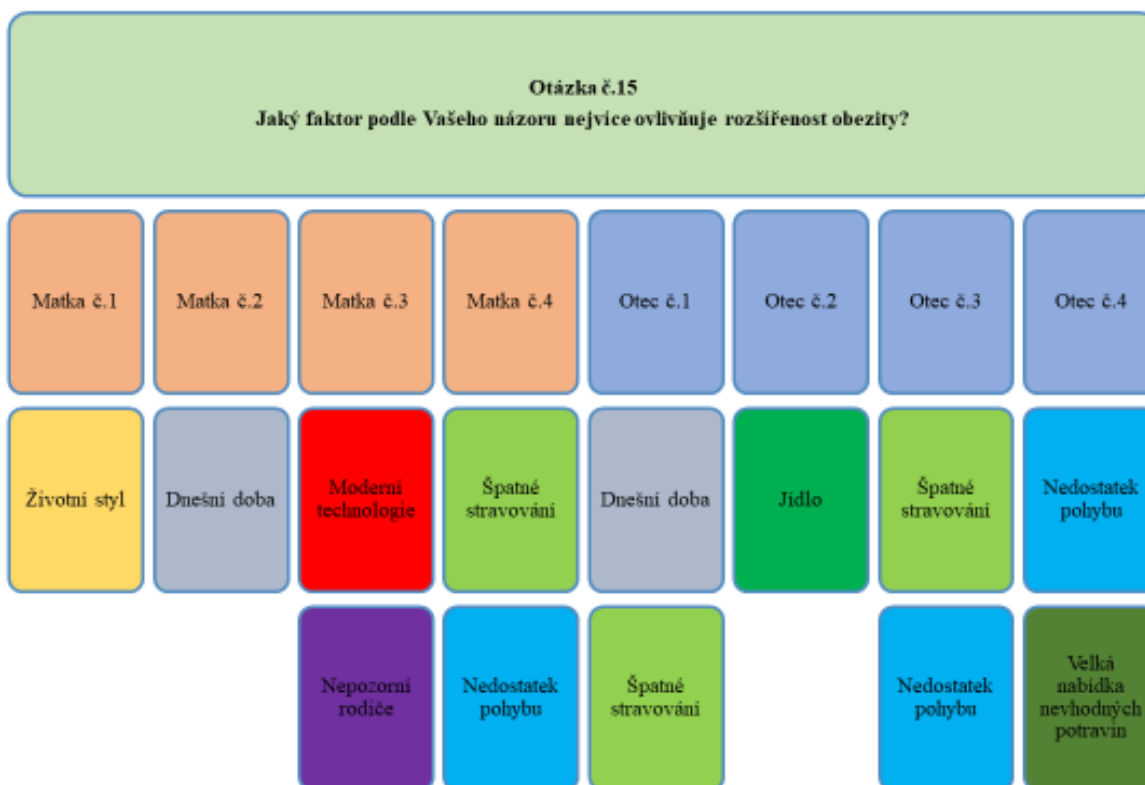
V myšlenkové mapě lze vidět názory otců a matek na to, jestli dnešní doba přispívá ke vzniku obezity. Všem respondentům byla položena otázka: „*Máte pocit, že dnešní doba přispívá ke vzniku obezity? Pokud ano, tak jakým způsobem?*“

Všichni respondenti (M1, M2, M3, M4, O1, O2, O3, O4) usoudili, že dnešní doba přispívá ke vzniku obezity.

Šest rodičů (M1, M3, M4, O2, O3, O4) uvedlo stejný příklad způsobu, kterým dnešní doba přispívá ke vzniku obezity. Těchto šest rodičů vysvětlilo, že dnešní doba přispívá ke vzniku obezity nadměrným využíváním moderních technologií. Lidé se pak věnují více mobilům, počítačům a zapomínají pak na to, že by měli svým tělům dopřát dostatek pohybu.

Matka a otec (M2, O1) zase sdělili, že dnešní doba přispívá k obezitě svou uspěchaností. Mysleli to tak, že není dostatek času si připravit kvalitní jídlo, a proto se lidi schylují ke kupování předpřipravených jídel. A otec (O4) ještě dodal, že k obezitě přispívá i velký výběr obchodů, kde prodávají nezdravé jídlo, jako je například rychlé občerstvení.

**Obrázek 15 Faktory, které napomáhají rozšíření obezity**



Zdroj: vlastní

V myšlenkové mapě můžete vidět názory otců a matek na to, jaký faktor nejvíce ovlivňuje rozšíření obezity. Všem respondentům byla položena otázka: „*Jaký faktor podle Vašeho názoru nejvíce ovlivňuje rozšíření obezity?*“

Tři respondenti (M4, O1, O3) odpověděli na otázku, že špatné stravování. Stejný počet rodičů (M4, O3, O4) zase uvedl, že nedostatek pohybu je faktor, který ovlivňuje rozšíření obezity. Matka a otec (M2, O1) sdělili, že faktorem je dnešní doba všeobecně.

Matka (M1) usoudila, že faktorem je špatný životní styl. Matka (M3) odpověděla, že hlavními faktory jsou moderní technologie a nepozorní rodiče, pokud jde ještě o děti.

Otec (O2) zmínil, že jediným faktorem je jídlo. Vysvětlil to takto: „*Kdyby byl nedostatek jídla, tak by téměř nikdo nebyl obézní.*“

A nakonec otec (O4) ještě dodal, že faktorem je ještě určité přemíra nabídky nevhodných potravin.



## 6.1 Ukázka rozhovoru s Matkou č1.

- 1) **Co má podle Vašeho názoru největší podíl na vzniku obezity u dětí v předškolním věku?**

*„Nesprávná výživa a genetika.“*

- 2) **Jaké preventivní opatření by podle Vás vedlo k tomu, aby se obezité u dětí v předškolním věku předešlo?**

*„Rodiče. Rodiče vedou dítě a měli by dohlédnout na to jakou stravu děti dostávají. Děti by měly dostávat více zeleniny a ovoce.“*

- 3) **Jakou stravu by dítě v předškolním věku mělo dostávat, aby nemělo potíže se svou váhou?**

*„Určitě neslazené nápoje. V podstatě by měly jíst všechno, ale neměly by si pěstovat závislost na cukru. Cukroví by měly dostávat pouze za odměny. Také by se mělo dávat pozor, aby se cukroví nestalo součástí běžného jídla.“*

- 4) **Vyjmenujte tři faktory, které podle Vašeho názoru nejvíce přispívají ke vzniku obezity.**

*„Nedostatek pohybu. Nevhodná strava. Děti by neměly jíst smažená jídla a neměly by se stravovat ve fastfoodech.“*

- 5) **Na koho by měl být kladen větší důraz na dítě nebo na jeho rodiče v případě, že chcete vyléčit dítě z obezity? Jaký je důvod?**

*„Na rodiče. Rodiče vychovávají a vedou své dítě. Jsou to rodiče, kdo ho naučí základním stravovacím návykům a když se rodiče špatně stravují, tak dítě naučí to samé.“*

- 6) **Myslíte si, že obezita může zanechat na dětech v předškolním věku i psychické následky? Pokud ano, tak co je možným důvodem?**

*„Ano, dokonce to může vyvolat i zdravotní následky. Možným důvodem je posměch od ostatních dětí. Posměch u nich pak může vyvolat stres.“*

- 7) **Jaká rizika podle Vašeho názoru obezita u dětí v předškolním věku přináší?**

*„Může u nich vzniknout vysoký krevní tlak. Mohou mít problémy jako dospělý člověk. Může to dítěti přinést různé zdravotní i psychická rizika.“*

**8) Myslíte si, že obezita u dětí v předškolním věku je problém, nebo že je to jen fáze jejich vývoje, ze které vyrostou?**

*„To záleží na tom, jak moc je dítě obézní. Když není moc obézní má třeba jen mírnou nadváhu, tak si myslím, že z toho vyrostete. Ale pokud je dítě opravdu obézní, tak z toho asi nevyrostete.“*

**9) Jakým způsobem se obezita u dětí v předškolním věku nejlépe léčí?**

*„Dietou a sportem.“*

**10) Jakým způsobem můžete přispět k motivaci dítěte, aby se snáze zbavilo obezity?**

*„Najít mu sport který by ho bavil. Aby to pro něj byla zábava. Když ho baví plavání, tak mu dopřát hodně hodin plavání. Prostě formou zábavy ho dovést k nějakému sportu.“*

**11) Jak se jmenují zařízení, která se zabývají léčbou obézních lidí?**

*„Obezitologie.“*

**12) Nemáte pocit, že v posledních 10 letech přibývá obezity u dětí v předškolním věku?**

*„Ano. Může za to moderní doba. Dnešní maminky místo toho, aby šly s dětmi ze školky domů, tak s nimi courají po obchodech.“*

**13) Kolik % dětí v předškolním věku trpí obezitou?**

*„Tak to nevím. 10 %?“*

**14) Máte pocit, že dnešní doba přispívá ke vzniku obezity? Pokud ano, tak jakým způsobem?**

*„Ano. Pohodlím, lidi mají dostatek peněz, dostatek všeho. Místo toho, aby rodiče s dětma sportovali, tak si lehnou k televizi a jí hranolky.“*

**15) Jaký faktor podle Vašeho názoru nejvíce ovlivňuje rozšířenost obezity?**

*„Životní styl.“*

## 7 DISKUZE

Praktická část bakalářské práce je zaměřena především na obezitu u dětí v předškolním věku, ale také na obezitu obecně. Ke zpracování výzkumu byla využívána kvalitativní strategie sběru dat pomocí polostrukturovaného rozhovoru s 8 rodiči předškolních dětí, který obsahoval 15 otázek.

U otázky číslo 1 jsem se zeptal: Co má největší podíl na vzniku obezity u dětí v předškolním věku? Na tuto otázku odpověděla většina rodičů (50 %) nesprávná výživa.

V otázce číslo 2 jsem zjišťoval, jaké preventivní opatření by podle rodičů vedlo k tomu, aby se obezité u dětí v předškolním věku předešlo. Většina rodičů (87,5 %) uvedla, že správná výživa.

V otázce číslo 3 jsem se tázal: Jakou stravu by dítě v předškolním věku mělo dostávat? Ohledně pití všichni rodiče odpověděli, že neslazené nápoje. Ohledně jídla většina rodičů (87,5 %) uvedla ovoce a zeleninu.

V otázce číslo 4 jsem chtěl slyšet tři faktory, které nejvíce přispívají ke vzniku obezity. Většina rodičů si vybrala tyto faktory: nevhodnou stravu (87,5 % rodičů), nedostatek pohybu (75 % rodičů) a moderní technologie (75 % rodičů).

U otázky číslo 5 jsem se ptal: Na koho by měl být kladen větší důraz na dítě nebo na jeho rodiče v případě, že chcete vyléčit dítě z obezity? Všichni rodiče odpověděli, že na rodiče. Většina rodičů (50 %) to odůvodnila tím, že rodiče dávají dítěti veškerou stravu.

V otázce číslo 6 jsem rodičům předložil otázku: Myslíte si, že obezita může zanechat na dětech v předškolním věku i psychické následky? Všichni rodiče na tuto otázku odpověděli, že ano. Rovněž tuto otázku i zdůvodnili tím, že za to může posměch okolí. Tuto otázku lze rovněž porovnat s obdobnou otázkou, kterou ve své bakalářské práci z roku 2008 uvedla Iveta Černožorská. Otázka zněla: „*Myslíte si, že spolu souvisí obezita v dětském věku a šikana (ponižování mezi vrstevníky, v kolektivu)?*“ Na takto položenou otázku ji kladně odpovědělo kolem 90 % lidí z 228 tázaných. Otázky k této bakalářské práci byly vypracovány pomocí dotazníkového šetření a rozdány rodičům dětí v Pardubickém kraji. (Černožorská, 2008) Rozdíl mezi odlišnými odpověďmi mezi jednotlivými otázkami je tedy jen kolem 10 %. Tato nesrovnalost je způsobena především velikým rozdílem dotazovaných respondentů mezi pracemi.

U otázky číslo 7 jsem se zeptal: Jaká rizika obezita u dětí v předškolním věku přináší? Všichni rodiče odpověděli, že zdravotní problémy.

V otázce číslo 8 jsem zjišťoval názory rodičů na to, jestli obezita u dětí v předškolním věku je problém, nebo je to jen fáze jejich vývoje, ze které vyrostou. Všichni rodiče uvedli, že to je problém. Většina rodičů (62,5 %) rovněž uvedla, že z toho nevyrostou. Zbytek rodičů (37,5 %) uvedl, že děti z obezity vyrost mohou. Jeden rodič rovněž specifikoval, že 25 % dětí z obezity vyrostou. Tato otázka lze rovněž porovnat s podobnou otázkou, kterou ve své bakalářské práci uvedla Iveta Černohorská. Znění této otázky bylo: „*Myslíte si, že obezita v dětství je kosmetickou záležitostí a neléčí se?*“ Na tuto otázku ji negativně odpovědělo kolem 86 % lidí z 228 dotazovaných. (Černohorská, 2008) Rozdíl odlišných odpovědí mezi otázkami, je tedy kolem 14 %. Tato nesrovnalost bude s velkou pravděpodobností způsobena rozdílným počtem dotazovaných respondentů.

V otázce číslo 9 jsem se tázal: Jakým způsobem se obezita u dětí v předškolním věku nejlépe léčí? Většina rodičů (75 %) odpověděla, že úpravou jídelníčku a pohybem.

V otázce číslo 10 jsem chtěl slyšet, jakým způsobem lze přispět k motivaci dítěte, aby se snáze zbavilo obezity. Většina rodičů (75 %) uvedla, že pohybem.

U otázky číslo 11 jsem se ptal: Jak se jmenují zařízení, která se zabývají léčbou obézních lidí? Většina rodičů (50 %) uvedla, že se zařízení pro léčbu obézních lidí jmenuje dietologická ambulance, poradna nebo dietologie.

V otázce číslo 12 jsem rodičům předložil otázku: Nemáte pocit, že v posledních 10 letech přibývá obezity u dětí v předškolním věku? Zde rodiče s 87,5 % většinou uvedli, že ano.

U otázky číslo 13 jsem se zeptal: Kolik % dětí v předškolním věku trpí obezitou? Zde byly názory rodičů různorodé.

V otázce číslo 14 jsem zjišťoval názory rodičů na to, jestli dnešní doba přispívá ke vzniku obezity. Všichni rodiče odpověděli, že ano. Většina rodičů (75 %) to zdůvodnila tím, že lidi v dnešní době využívají moderní technologie a zapomínají se hýbat.

V otázce číslo 15 jsem se tázal rodičů: Jaký faktor nejvíce ovlivňuje rozšířenost obezity? Většina rodičů (37,5 %) uvedla, že špatné stravování a nedostatek pohybu.

Jako hlavní cíl (cíl 1) práce jsem si stanovil zjištění obecného povědomí o obezitě u otců a u matek dětí v předškolním věku. Tento cíl jsem splnil již tím, že mi rodiče dali odpovědi na předložené otázky. Rodiče prokázali, že mají dobré povědomí o obezitě. Nicméně ještě zhodnotím, u jakých otázek rodiče nejvíce chybovali. Téměř na všechny otázky většina rodičů odpověděla správně, nebo zde bylo více správných řešení. Avšak rodiče si nevěděli rady s otázkou číslo 11, kde jsem se ptal, jak se jmenují zařízení, které se zabývají léčbou obézních lidí. Zde si rodiče pletli obor se zařízením. Dále matka a otec (M3, O3) nevěděli, jak na danou otázku odpovědět. Správných odpovědí na předloženou otázku (otázka číslo 11) je více. Za správnou odpověď lze považovat obezitologická centra i dietologické ambulance. Rodiče rovněž chybovali u otázky číslo 13, ve které jsem chtěl slyšet, kolik % dětí v předškolním věku trpí obezitou. Odpovědi na tuto otázku byly různorodé, avšak správně odpověděli pouze matka a otec (M1, O1). Zbytek rodičů si myslel, že je u nás mnohem vyšší procentuální zastoupení obézních dětí v předškolním věku. Podle SZU (Státní zdravotní ústav) se v roce 2011 vyskytovalo 10,2 % obézních dětí a mladistvých. V roce 2016 to už bylo 10,3 %.

Jako vedlejší cíl (cíl 2) jsem si určil zjistit, v čem se názory na obezitu u matek a otců liší. Většina názorů na dané otázky si byla podobná. Ve větší míře se lišily jen v otázce číslo 1 a otázce číslo 13. U otázky číslo 1 (Co má největší podíl na vzniku obezity u dětí v předškolním věku?) se matky přikláněly více ke špatné životosprávě, zatímco otcové dávali větší vinu rodičům. A u otázky číslo 13 (Kolik % dětí v předškolním věku trpí obezitou?) si otcové v průměru mysleli, že je větší procento obézních dětí v předškolním věku než matky.

Druhým dílčím cílem (cíl 3) bylo zjistit, jaká je podle otců a matek příčina vzniku obezity u předškolních dětí. Rodiče uvedli celou řadu názorů, avšak nejvíce se opakoval názor, že příčinou vzniku obezity u předškolních dětí je nesprávná výživa, kterou uvedlo 50 % matek i 50 % otců. Dále také převažoval názor otců se 75 %, že příčinou jsou rodiče, pokud dítě nehlídají. Ze strany matek naopak převládal názor s 50 %, že příčinou může být špatná životospráva. Dále se ještě objevily názory matek, že možnou příčinou je genetika, moderní technologie a lenost dětí. Tyto názory uvedla vždy pouze jedna matka, jednalo se tedy jen o 25 % matek. A jeden otec rovněž uvedl, že příčinou je dnešní doba. Odpovědi rodičů lze také vidět v motivační mapě, kterou zobrazuje obrázek číslo 1.

Dalším vedlejším cílem (cíl 4) bylo zjistit, jaká jsou podle otců a matek rizika obezity u předškolních dětí. Všichni otcové i matky odpověděli, že rizikem obezity u dětí v předškolním věku jsou možné zdravotní problémy. Jedna matka a jeden otec rovněž uvedli i možné psychické následky, přičemž otec ještě zmínil, že rizikem je i větší zátěž organismu. Detailnější odpovědi jsou zobrazeny pod motivační mapou, kterou zobrazuje obrázek číslo 7.

Jako následující vedlejší cíl (cíl 5) jsem si vybral zjistit, zda si otcové a matky myslí, že za posledních 10 let přibylo, nebo ubylo obezity u dětí v předškolním věku. Všichni rodiče kromě jedné matky si mysleli, že obezity za posledních 10 let přibylo. Tato jedna matka si zase myslela, že je stav ustálený. V České republice se podle SZU v roce 2011 vyskytovalo 10,2 % obézních dětí a mladistvých. V roce 2016 to už bylo 10,3 %. Z toho lze usoudit, že situace je opravdu ustálená, s mírnějším sklonem k přibývání obezity. Přesné odpovědi rodičů lze vidět v motivační mapě, kterou zobrazuje obrázek číslo 12.

Za poslední dílčí cíl (cíl 6) jsem si určil zjistit, jakým způsobem podle otců a matek ovlivňuje dnešní doba vznik obezity. Tři matky a tři otcové odpověděli, že dnešní doba přispívá ke vzniku obezity tím, že populaci svádí k nadužívání moderních technologií. Lidé pak mohou zapomenout, že by se měli více hýbat. Jedna matka a jeden otec zase uvedli, že dnešní doba přispívá k obezitě svou uspěchaností. A nakonec jeden otec uvedl, že kromě nadužívání moderních technologií, dnešní doba taky přispívá k obezitě přemírou nabídky nevhodných potravin. Odpovědi rodičů zaznamenává motivační mapa, kterou zobrazuje obrázek číslo 14.

V praktické části jsem si rovněž stanovil tři výzkumné otázky. Ve výzkumné otázce číslo 1 předpokládám, že existuje rozdíl mezi názory matek a otců v oblasti vzniku obezity u předškolních dětí. U této výzkumné otázky lze vidět spojitost vedlejším cílem 2, kde jsem již uvedl, v čem se názory matek a otců lišily. Tato výzkumná otázka se potvrdila, jelikož 50 % matek se přiklání ke špatné životosprávě, zatímco 75 % otců dávalo větší vinu rodičům.

Ve druhé výzkumné otázce jsem předpokládal, že alespoň 50 % rodičů uvede jako příčinu vzniku obezity nedostatek pohybu. Nikdo z rodičů neuvedl jako příčinu obezity pohyb. Rodiče nejvíce uváděli za příčinu nesprávnou výživu (50 % rodičů). Takže tato výzkumná otázka byla vyvrácena, ale je nutné dodat, že rodiče zmínili pohyb s více jak 50

% zastoupením v otázkách číslo 2 a číslo 9, kde šlo o prevenci a léčbu obezity. Na tuto výzkumnou otázku lze vidět přesnější odpovědi rodičů v motivační mapě, kterou zobrazuje obrázek číslo 1.

V poslední výzkumné otázce (výzkumná otázka číslo 3) jsem si dal předpoklad, že alespoň 50 % rodičů uvede mezi rizika obezity zdravotní komplikace. Tato výzkumná otázka se potvrdila, jelikož všichni rodiče uvedli jako riziko obezity zdravotní problémy. Všechny odpovědi na rizika obezity jsou shrnuty v motivační mapě, která je zobrazena pod obrázkem číslo 7. Pod motivační mapou jsou rovněž k vidění příklady zdravotních problémů, které uvedli někteří rodiče.

## 8 ZÁVĚR

V teoretické části své bakalářské práce jsem se zabýval dětmi v předškolním věku a častými neinfekčními onemocněními. U předškolních dětí jsem se snažil naznačit to, že jsou děti v tomto věku ohroženou skupinou. Je tam vysvětleno, že jsou ve vývinu, učí se chápat svět, své tělo, jsou závislé na svých rodičích a mnoho dalších zajímavostí. U neinfekčních onemocnění jsem vždy popsal danou nemoc a případně i možný způsob léčby.

V praktické části práce jsem si jako hlavní cíl určil zjistit obecné povědomí o obezitě u otců a u matek dětí v předškolním věku. Data jsem získával pomocí polostrukturovaného rozhovoru s rodiči dětí. Všichni otcové a matky ukázali, že mají poměrně dobré povědomí o obezitě. Myslím, že to bylo zapříčiněno tím, že téměř všechny pokládané otázky byly otevřené a bylo na ně více než jedna správná odpověď. Rodiče nejvíce chybovali u otázek číslo 11 a číslo 13, které byly zaměřeny na znalost zařízení pro léčbu obezity a procentuální zastoupení obezity u předškolních dětí.

Všech pět zbývajících dílčích cílů jsem zpracoval v diskuzi. Při zpracovávání cílů a výzkumných otázek jsem vycházel z 15 otázek, které jsem položil rodičům dětí. Velmi mi pomohlo, že jsem odpovědi rodičů sepsal do jednotlivých myšlenkových map, vždy k daným otázkám. Díky myšlenkovým mapám se staly odpovědi rodičů mnohem přehlednější, srozumitelnější a získaly výpovědní hodnotu.

V praktické části jsem si rovněž stanovil tři výzkumné otázky.

V první výzkumné otázce předpokládám, že existuje rozdíl mezi názory matek a otců v oblasti vzniku obezity u předškolních dětí. Tato výzkumná otázka se potvrdila, jelikož 50 % matek se přiklání ke špatné životosprávě, zatímco 75 % otců dávalo větší vinu rodičům.

Ve druhé výzkumné otázce předpokládám, že alespoň 50 % rodičů uvede jako příčinu vzniku obezity nedostatek pohybu. Tato výzkumná otázka byla vyvrácena, jelikož nikdo z rodičů jako příčinu nedostatek pohybu neuvedl.

V poslední výzkumné otázce jsem uvedl předpoklad, že alespoň 50 % rodičů uvede mezi rizika obezity zdravotní komplikace. Tato výzkumná otázka se potvrdila, jelikož všichni rodiče uvedli jako riziko obezity zdravotní problémy.



## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ALDHOON HAINEROVÁ, Irena. *Dětská obezita: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf, c2009. Novinky v medicíně (Maxdorf). ISBN 978-80-7345-196-7.
2. BIDAT, Étienne a Christelle LOIGEROT. *Alergie u dětí*. Praha: Portál, 2005. Rádci pro rodiče a vychovatele. ISBN 80-7178-936-4.
3. BUABEID, Manal Ali, El-Shaimaa A. ARAFA a Ghulam MURTAZA. Emerging Prospects for Nanoparticle-Enabled Cancer Immunotherapy. *Journal of Immunology Research* [online]. 2020, **2020**, 1-11 [cit. 2020-04-13]. DOI: 10.1155/2020/9624532. ISSN 2314-8861. Dostupné z: <https://www.hindawi.com/journals/jir/2020/9624532/>
4. ČERNOHORSKÁ, Iveta. *Informovanost rodičů o následcích dětské obezity*. Hradec Králové, 2008. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství. Vedoucí práce Neumann, David.
5. ČERNÝ, Vojtěch a Kateřina GROFOVÁ. *Děti a emoce: učíme děti vnímat, poznávat a pracovat se svými pocity*. Brno: Edika, 2013. ISBN 9788026603610.
6. DRŠKOVÁ, T., O. HRADSKÝ a J. BRONSKÝ. Identifikace prediktivních faktorů časného relapsu onemocnění u dětských pacientů s Crohnovou chorobou léčených thiopuriny. *Czecho-Slovak Pediatrics / Cesko-Slovenska Pediatrie* [online]. 2017, **72**(5), 282-289 [cit. 2019-05-12]. ISSN 00692328. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&an=125684023&scope=sift>
7. FRÜHAUF, P., J. BRONSKÝ, P. DĚDEK, et al. Celiakie - doporučený postup pro diagnostiku a terapii u dětí a dospívajících. *Czecho-Slovak Pediatrics / Cesko-Slovenska*

- Pediatric* [online]. 2016, **71**(3), 175-183 [cit. 2019-05-05]. ISSN 00692328. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&an=117129610&scope=sitete>
8. JANOUSEK, Jan a Irena ANDRŠOVÁ. *EKG a dysrytmie v dětském věku*. Praha: Grada, 2014. ISBN 9788024750064.
  9. KOCHOVÁ, Klára a Markéta SCHAEFEROVÁ. *Dítě s postižením zraku: rozvíjení základních dovedností od raného po školní věk*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0782-5.
  10. KOUKOLÍK, F. Funkční neuroanatomie rodičovství. *General Practitioner / Praktický Lekar* [online]. 2013, **93**(5), 199-206 [cit. 2019-12-29]. ISSN 00326739. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&an=91831628&scope=site>
  11. KOUTECKÝ, Josef a Markéta CHÁŇOVÁ. *Děti s nádorovým onemocněním I: rady rodičům*. Praha: Triton, 2003. Odborná léčba v moderní medicíně. ISBN 80-7254-332-6.
  12. KUBUŠ, Peter. Dětská arytmiologie: stručný přehled a výběr aktuálních témat. *Intervenční a Akutní Kardiologie* [online]. 2019, **18**(1), 32-38 [cit. 2020-04-13]. ISSN 1213807X. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=135595449&lang=cs&site=ehost-live>
  13. LEBL, Jan. Obezita. *Czecho-Slovak Pediatrics / Cesko-Slovenska Pediatrie* [online]. 2013, **68**(5), 342-344 [cit. 2020-04-13]. ISSN 00692328. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=91873366&lang=cs&site=ehost-live>

14. MARINOV, Zlatko. *S dětmi proti obezitě: o co obtížnější je léčba obezity, o to jednodušší je prevence jejího vzniku!*. Praha: IFP Publishing, 2011. ISBN 978-80-87383-07-0.
15. NOVOTNÁ, M., Z. BROUKAL a J. DUŠKOVÁ. Diabetes mellitus 1. typu v dětském věku -- souvislost základního onemocnění s orálním zdravím. *Czech Stomatology* [online]. 2014, **114**(4), 76-86 [cit. 2019-05-08]. ISSN 12130613. Dostupné z:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&an=97946481&scope=sit>  
e
16. PASTUCHA, D., F. CHMELÍK, H. CANIBAL, et al. Pohybová aktivita v prevenci a terapii dětské obezity. *Czecho-Slovak Pediatrics / Cesko-Slovenska Pediatrie* [online]. 2019, **74**(2), 102-105 [cit. 2020-04-13]. ISSN 00692328. Dostupné z:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=136506691&lang=c>  
s&site=ehost-live
17. POLÁKOVÁ, Petra. *Jak rozvíjet pohyb, emoce a smysly: pozorné a spokojené dítě*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-0760-5.
18. STARÝ, Jan. Leukémie u dětí ve 21. století. *Czecho-Slovak Pediatrics / Cesko-Slovenska Pediatrie* [online]. 2015, **70**(2), 67-69 [cit. 2019-12-26]. ISSN 00692328. Dostupné z:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&an=102832439&scope=sit>  
te
19. ŠEDÝ, Jiří. *Zubař - nejlepší přítel člověka*. Blansko: ALMI, 2014. ISBN 978-80-87494-10-3.

20. ŠTECHOVÁ, Kateřina, Jindra PERUŠIČOVÁ a Marek HONKA. *Diabetes mellitus 1. typu: [průvodce pro každodenní praxi]*. Praha: Maxdorf, 2014. Současná diabetologie. ISBN 978-80-7345-377-0.
21. ŠULOVÁ, Lenka a Chantal ZAUCHE-GAUDRON. *Předškolní dítě a jeho svět: L'enfant d'âge préscolaire et son monde*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 8024607522.

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1. - Informovaný souhlas s rozhovorem

Příloha 2. - Otázky k rozhovoru

# PŘÍLOHY

## Příloha 1. Informovaný souhlas s rozhovorem

### Informovaný souhlas

Název práce: Neinfekční onemocnění u dětí v předškolním věku

Vypracoval: Patrik Šmolík, student Západočeské univerzity Fakulty zdravotnických studií v Plzni

Dobrý den, na základě své bakalářské práce, která se zabývá neinfekčními onemocněními u dětí v předškolním věku, provádím výzkum formou rozhovorů.

Prosím, podpisem potvrďte, že Vaše účast na tomto rozhovoru je dobrovolná, a je pouze na Vás, jaké informace mi budete chtít během rozhovoru poskytnout. Výzkum je zcela anonymní, v mé bakalářské práci se neobjeví žádné osobní údaje, které by mohly vést k vyhledání Vaší osoby. Získaná data z rozhovorů budou pouze nahrávána, následně přepsána a analyzována pouze v rámci této bakalářské práce. Tímto souhlasem Vás také žádám o souhlas s provedením a zaznamenáním rozhovoru na diktafon. Pro jakékoli dotazy mě případně kontaktujte na e-mailové adrese patriksmolik77@seznam.cz

Datum:

Podpis:

Zdroj: Vlastní

## **Příloha 2. Otázky k rozhovoru**

- 1) Co má podle Vašeho názoru největší podíl na vzniku obezity u dětí v předškolním věku?**
- 2) Jaké preventivní opatření by podle Vás vedlo k tomu, aby se obezité u dětí v předškolním věku předešlo?**
- 3) Jakou stravu by dítě v předškolním věku mělo dostávat, aby nemělo potíže se svou váhou?**
- 4) Vyjmenujte tři faktory, které podle Vašeho názoru nejvíce přispívají ke vzniku obezity.**
- 5) Na koho by měl být kladen větší důraz na dítě nebo na jeho rodiče v případě, že chcete vyléčit dítě z obezity? Jaký je důvod?**
- 6) Myslíte si, že obezita může zanechat na dětech v předškolním věku i psychické následky? Pokud ano, tak co je možným důvodem?**
- 7) Jaká rizika podle Vašeho názoru obezita u dětí v předškolním věku přináší?**
- 8) Myslíte si, že obezita u dětí v předškolním věku je problém, nebo že je to jen fáze jejich vývoje, ze které vyrostou?**
- 9) Jakým způsobem se obezita u dětí v předškolním věku nejlépe léčí?**

- 10) Jakým způsobem můžete přispět k motivaci dítěte, aby se snáze zbavilo obezity?**
- 11) Jak se jmenují zařízení, která se zabývají léčbou obézních lidí?**
- 12) Nemáte pocit, že v posledních 10 letech přibývá obezity u dětí v předškolním věku?**
- 13) Kolik % dětí v předškolním věku trpí obezitou?**
- 14) Máte pocit, že dnešní doba přispívá ke vzniku obezity? Pokud ano, tak jakým způsobem?**
- 15) Jaký faktor podle Vašeho názoru nejvíce ovlivňuje rozšířenost obezity?**