

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav ošetrovatelství

Romana Fořtová

Edukace rodičů obézního dítěte v ambulancích pediatriů

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Danuše Tomanová CSc.

Chrudim 2011

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 27. dubna 2011

podpis

Poděkování

Děkuji paní PhDr. Danuši Tomanové CSc., vedoucí bakalářské práce, za rady, připomínky a cenné informace, které mi v průběhu psaní bakalářské práce poskytla.

OBSAH

1	ÚVOD.....	6
1.1	Rešeršní strategie	10
2	DEFINICE.....	11
3	ETIOPATOGENEZE	12
3.1	Příčiny související s pozitivní energetickou bilancí.....	12
3.1.1	Životní styl.....	12
3.1.2	Nedostatek pohybu	13
3.1.3	Nevhodná výživa	14
3.1.4	Psychologické faktory a vliv emocí	15
3.2	Biomedicínské příčiny	15
3.2.1	Porušená funkce štítné žlázy	16
3.2.2	Nadbytek hormonu kortizolu.....	16
3.2.3	Nedostatečná produkce růstového hormonu	16
3.2.4	Porucha mozkové činnosti.....	16
3.2.5	Podávání psychofarmak a předčasné užívání antikoncepce.....	16
3.2.6	Obezita na podkladě genetických poruch	16
4	DIAGNOSTIKA.....	20
4.1	Anamnéza.....	20
4.2	Klinické vyšetření obézního dítěte.....	20
4.3	Antropometrické metody	21
4.3.1	Měření kožních řas	21
4.3.2	WHR INDEX	22
4.3.3	BMI.....	22
4.3.4	Percentilové grafy.....	22
4.4	Laboratorní vyšetření	23
5	TERAPIE.....	24
5.1	Fyzická aktivita	25
5.2	Lázeňská léčba	27
5.3	Farmakoterapie.....	27
5.4	Chirurgická léčba	27
5.5	Kognitivně behaviorální léčba obezity.....	28
6	KOMPLIKACE.....	30
6.1	Skelet.....	30
6.2	Játra	30
6.3	Kožní změny	30

6.4	Pohlavní vývoj	30
6.5	Psychosociální následky dětské obezity.....	31
6.6	Hypertenze	31
6.7	Metabolický syndrom.....	32
6.8	Ateroskleróza	33
7	PREVENCE	34
7.1.1	Prevence obezity v kojeneckém věku.....	34
7.1.2	Prevence obezity v batolecím a předškolním věku dítěte	35
7.1.3	Prevence obezity školního a dospívajícího věku.....	35
8	EDUKACE	36
8.1	Edukační metody.....	38
8.2	Edukační proces v ošetrovatelství.....	38
8.3	Komunikace s rodinami dětí s nadváhou a obezitou.....	38
8.4	Specifika edukace v dětském věku.	39
8.5	Předškolní věk.....	40
8.6	Školní věk.....	40
8.7	Období adolescence	40
8.8	Edukace v primární, sekundární a terciální prevenci.....	40
8.8.1	Edukace v primární prevenci.....	40
8.8.2	Edukace v sekundární prevenci	40
8.8.3	Edukace v terciální prevenci	41
8.9	Edukace v obezitologii.....	41
9	PRAKTICKÁ ČÁST	43
9.1	Cíle práce	43
9.2	Hypotézy	43
9.3	Metodika	43
9.4	Charakteristika souboru	44
9.5	Výsledky	44
10	DISKUZE	56
	ZÁVĚR.....	61
	ANOTACE.....	63
	LITERATURA A PRAMENY:	65
	SEZNAM ZKRATEK	69
	SEZNAM OBRÁZKŮ	70
	SEZNAM TABULEK.....	72
	SEZNAM PŘÍLOH	74

1 ÚVOD

V minulosti byla často nadváha a dokonce i obezita u dětí považována za projev zdraví a dobré výživy. Jak ukazuje literatura (Pastucha, 2010, s. 175), již v pravěkých dobách byla ideálem krásy obézní žena, jak ji představovala věstonická Venuše, větší tukové vrstvy umožňovaly přežití v dobách nouze a hladomoru, byly symbolem majetku a bohatství. Gotika naopak preferovala štíhlost až s tendencí k vyzáblým postavám. V době baroka byly děti opět zobrazovány jako obézní, stejně jako andělíčky s tukovými záhyby na horních i dolních končetinách a na bříšku. V posledním desetiletí víme, že obezita není jen vadou na kráse, ale je chronickou metabolickou chorobou, která má závažné následky především u rostoucího organismu dítěte.

Dnes již víme, že z velké části obézních dětí vyrostou obézní dospělí, to potvrzuje například informace z různých periodik http://www.florence.cz/akcent-vzp/archiv/obezita-neni-nahoda-vplyva-z-pruzkumu#SlideFrame_2, takže pokud nezačneme rychle řešit narůstající počet případů dětské nadváhy a obezity, nevyhnutelně to v budoucnosti povede k výraznému zvýšení výskytu nemocí kardiovaskulárních, metabolických a pohybového aparátu.

Právě proto, že obezita je také rizikový faktor mnoha nemocí, společnost řeší zmírnění nebezpečného nárůstu této civilizační choroby. Z tohoto faktu vychází např. zajímavý projekt prevence, který už druhým rokem podporuje Všeobecná zdravotní pojišťovna. Pod názvem „Obezita není náhoda!“ se v základních školách v celé ČR konají osvětové přednášky a besedy, které vedou lékaři z obezitologických poraden a léčeben a také několik čerstvých absolventů lékařských fakult. Hlavním cílem programu je poskytovat dětem informace o prevenci, vzniku a komplikacích obezity a působit prostřednictvím dětí na změnu nevhodných stravovacích a pohybových návyků v rodinách. Jednotný obsah přednášek zpracoval tým vedený prof. MUDr. Lidkou Lisou, DrSc. Děti v průběhu přednášky vyplňují interaktivní tabulku, která jim pomůže lépe si zapamatovat, jak často a co jíst, kolik a čeho pít a jak často a nakolik intenzivně se pohybovat. Zároveň zjistí, jak na tom samy jsou, zda se stravují, pijí a pohybují tak, aby se nemusely bát obezity (www.florence.cz).

Stejně tak v současné době v České republice probíhá projekt COPAT, jehož autorem a realizátorem je Endokrinologický ústav v Praze. Projekt COPAT si dává za cíl nejen vytvořit systém péče o děti trpící nadváhou a obezitou, ale i získání ucelené

statistiky o výskytu nadváhy a obezity u české dospívající populace a vytvoření strategie pro prevenci rozvoje obezity a metabolického syndromu (www.copat.cz).

Studujeme-li systém sběru informací o dětské obezitě a s ní související výzkumy, narazíme na jednoletou dotazníkovou prospektivní studii organizovanou různými institucemi, k nimž například patří Odborná společnost praktických lékařů pro děti a dorost. Byly získány a vyhodnoceny údaje při preventivním vyšetření 4517 dětí v pěti, třinácti a sedmnácti letech. Stožický s Procházkou (2009, s. 397a) uvádějí významný nárůst nadváhy a obezity u dětí, zvláště ve skupině třináctiletých dětí a sedmnáctiletých chlapců. Dále výskyt arteriální hypertenze stoupající s nárůstem obezity. Byl zjištěn statisticky významný pokles koncentrace celkového cholesterolu a LDL-cholesterolu, který je však doprovázen i poklesem HDL-cholesterolu. A v neposlední řadě velmi nízká je pohybová aktivita našich dětí. Odborník na dětskou výživu Fořt (2004, s. 17) konstatuje, že studie vypracovaná dánskou organizací s působností po celé Evropě udává, že české děti nejsou nadprůměrně rizikové v rámci EU, spíše naopak. Ze studie též vyplývá, že nejhůře jsou na tom děti řecké, i přes proklamovanou řeckou stravu.

Nová zpráva o zdraví obyvatel třiatvaceti zemí OECD ukázala, že s nadváhou bojuje 15 procent českých dětí mezi jedenácti a patnácti lety, jak zmiňuje článek na internetové stránce <http://www.tribune.cz/clanek/16002-ceske-deti-nejtlustsi-na-svete>. Česká republika se tak zařadila do první třetiny ze sledovaných zemí. Skončila devátá, první byly USA, vepředu je také Portugalsko, Španělsko či Řecko. Naopak Slováci jsou třetí od konce.

Světová zdravotnická organizace (WHO) na základě výsledků multicentrické studie MONICA, která byla realizována v průběhu 80. a 90. let 20. století v řadě států světa včetně České republiky, prohlásila v roce 1997 obezitu za epidemii 21. století (Hlúbik, 2002, s. 314).

To, že jsme v současné době vystaveni nekontrolovatelnému nárůstu počtu obézních dětí, konstatovalo v roce 2004 mezinárodní evropské uskupení obezitologů, uvádí odborník na dětskou obezitu Marinov (2009, s. 141). Nárůst obézních dětí v Evropě již v roce 2004 přesáhl pesimistický předpoklad pro rok 2010 stanovený v osmdesátých letech minulého století.

Ve většině rozvinutých zemí nadváha a obezita v poslední době nejen u dospělých, ale také u dětí stoupají. Velmi zřetelné je to ve Spojených státech

amerických i v Anglii. Ve Spojených státech byla obezita v letech 1963 až 1974 u 6 až 11letých pouze ve 4,2 % a v letech 2003 a 2004 dosáhla až 18,8. Rovněž ve Finsku stoupá výskyt dětí s nadměrnou hmotností od roku 1980 až do posledního průzkumu v roce 2001. Počet obézních dětí narůstal také v Asii. V Japonsku se mezi lety 1974 až 1993 prevalence dětí s hmotností o 120 % vyšší, než byla průměrná hmotnost, zvýšila z 5 % na 10 %. V Thajsku mezi lety 1991 a 1993 stoupla obezita u 6 až 19letých dětí o 3,5 % (Šamánek, 2006, s. 120).

WHO vyhlásila stoupajícímu trendu dětské obezity „poplach“ již v roce 1990, kdy 18 milionů dětí mladších pěti let bylo klasifikováno s nadváhou a kdy se začalo vážně diskutovat o ekonomickém dopadu celosvětového zdravotnického problému. Světová zdravotnická organizace naléhavě cítí potřebu efektivní populační strategie k prevenci dalšího zvyšování (Mihál, 2003, s. 161).

Na základě výsledků Framinghamské studie zaznamenali v USA vzestupný trend prevalence obezity za posledních 10 let přibližně o 8 %, zmiňuje Hlúbik (2002, s. 314). Týž autor udává, že nárůst tělesné hmotnosti obyvatel USA za posledních 10 let dosáhl v průměru 12 kg. Obdobně nepříznivá situace charakterizovaná vzestupem počtu osob trpících nadváhou nebo obezitou je zaznamenávána i ve státech Evropské unie.

Jak profesor Rybka (2005, s. 644) uvádí, závažnost nadváhy a obezity podtrhují nejnovější epidemiologická data. Analýzy novějších studií NHANES ukazují, že obézních je 30,5 % obyvatelstva USA ($BMI \geq 30$). Prevalence obezity stoupá celosvětově a dosahuje charakteru epidemie jak v rozvinutých, tak i v některých rozvojových zemích. Analýzy International Obesity Task Force a Světové zdravotnické organizace (WHO) založené na sběru dat ze 191 zemí zjistily, že na světě je 1,1 miliardy lidí s nadváhou, přičemž 312 milionů z nich trpí obezitou.

Článek „Evaluation and Management of Childhood and Adolescent Obesity“ shrnuje problematiku dětské obezity ve Spojených státech amerických, kde podle NHANES se v letech 1980 až 2002 prevalence obezity u předškolních a školních dětí (2–11 let) zdvojnásobila a u adolescentů (12–19 let) ztrojnásobila. Urbanová (2008) dále zmiňuje, že dle této studie mělo v letech 1999–2002 31 % dětí (6–19 let) nadváhu, a 16 % dětí bylo obézních.

Lisá (1990, s. 16) udává, že v roce 1992 bylo v USA 17 – 22 % dětí s množstvím tuku vyšším, než odpovídá 85. percentilu (nadváha). Další studie

sledující obézní v období 1988–1994 podává údaj nárůstu počtu obézních všech věkových skupin u obyvatel USA.

Světová zdravotnická organizace (WHO) vydala v roce 2000 zprávu „The Global Epidemic of Obesity“ o výskytu, prevenci a léčbě obezity jako globální epidemie. V Evropě nyní žije na 150 milionů obézních dospělých a 15 milionů obézních dětí. Vize pro rok 2015, vycházející ze současného trendu, počítá na celém světě se 700 miliony obézních dospělých a 2,3 miliardy lidí s nadváhou (Hainer, 2010).

V současné době se hovoří o tak velkém nárůstu obezity, že je často používán název pandemie obezity. Obezita není jen kosmetickou záležitostí, ale má závažné vedlejší účinky na látkovou výměnu, u dětí zatěžuje kostní, kloubní a cévní systém.

Velkou roli v této problematice hraje genetika, stravovací návyky, skladba jídelníčku a životní styl rodiny a odtud se odvíjející stereotypy životního stylu dětí. Nerovnováha mezi příjmem a výdejem energie je způsobena změnou spektra činností nejen u dospělých (charakter práce), ale hlavně u dětí (charakter volnočasových aktivit).

Obezita je typickým onemocněním, u kterého je prevence mnohokrát účinnější než léčba.

Proto moderní ošetřovatelství obrací pozornost k primární péči a prevenci. Zde mají lékař a sestra nezastupitelnou roli. Společně hledají cesty k posílení zájmu o zdravý životní styl u rodičů i dětí, odhalují včasná stadia obezity u dětí a vhodnými preventivními zásahy a edukací předcházejí komplikacím, které jsou s obezitou spojené.

Tato práce si klade za úkol zmapovat edukační činnost sester v primární péči o děti a dorost v prevenci obezity u dětí. Zjistit, jaký je obsah edukační činnosti, jakým způsobem sestry edukují rodiče obézních dětí a jaké je povědomí sester v ordinacích pediatriů o dětské obezitě. Obezita je v současnosti aktuální problém, proto by lékaři a sestry pracující v primární péči měli posilovat u rodičů a dětí již od útlého věku zájem o zdravý životní styl, snažit se vychovávat člověka k péči o své zdraví, a tak předcházet nemocem. To vše je cílem primární péče.

1.1 Rešeršní strategie

Zájem oboru o danou diagnózu jsem zjistila z informačních zdrojů, které jsou v 1. sloupci tabulky. Pro potřeby mé práce jsem volila klíčová slova ve 2. sloupci tabulky. Ve 3. Sloupci jsou výsledky vyhledávání.

Rešerše z 20.10.2010	Hledaný výraz	Výsledky*
Knihy, časopisy a online zdroje v českém jazyce	obezita, nadváha, příčiny obezity, dítě, pediatr, dietoterapie, edukace, edukační činnost, prevence, sestra	191/22/15
Knihy, časopisy a online zdroje v cizím jazyce	obezita, nadváha, příčiny obezity, dítě, pediatr, dietoterapie, edukace, edukační činnost, prevence, sestra	11/4/2
Zdroj databázový	Hledaný výraz	Výsledky*
BMČ (Národní lékařská knihovna ČR)	obezita	4192/16/12
	nadváha	134/10/4
	příčiny obezity	7/2/1
	dítě (obezita u dětí)	542/37/14
	pediatr	206/12/3
	dietoterapie	1074/10/3
	edukace	1358/10/6
	edukační činnost	10/2/0
	prevence	>10000/8/4
sestra	6553/9/4	
Zdroj fultextový	Hledaný výraz	Výsledky*
http://scholar.google.cz/	obezita	1650/25/6
	nadváha	457/7/2
	příčiny obezity	1400/18/4
	dítě (obezita u dětí)	1270/17/5
	pediatr	1450000/4/0
	dietoterapie	122/14/4
	edukace	1520/16/3
	edukační činnost	1170/12/3
	prevence	8750/13/2
sestra	18400/6/0	
Knihovna Pardubice	Hledaný výraz	Výsledky*
20.1.2011	obezita	76/7/5
	nadváha	44/7/4
	příčiny obezity	0/0/0
	dítě (obezita u dětí)	3/3/3
	pediatr	0/0/0
	dietoterapie	91/
	edukace	13/6/3
	edukační činnost	0/0/0
	prevence	322/10/2
sestra	130/4/2	
Doporučené zdroje od vedoucí práce		5/5/5

* Celkový počet výsledků / počet relevantních výsledků / počet použitých výsledků

2 DEFINICE

Obezita je závažné chronické metabolické onemocnění, které je charakterizováno zvýšeným podílem tukové tkáně na celkové hmotnosti dítěte. Obezita je již v dětském věku rizikovým faktorem vedoucím k rozvoji závažných metabolických onemocnění, kde zásadní úlohu, vedle genotypu, hraje vyšší příjem energie s nárůstem tělesné hmotnosti a s nárůstem podílu tukové tkáně, predilekčně uložené ve viscerální oblasti nebo v oblasti hýždí. Množství akumulovaného tuku u obezity činí u hochů více než 25 % a u dívek více než 32 % tělesné hmotnosti. Obezitu je možné určit jako chronické závažné onemocnění, podílející se na zhoršení aktuálního zdravotního stavu s negativními dopady na zdraví fyzické i duševní, zhoršování sociální i ekonomické úrovně jednotlivce i celé společnosti. Podle doporučení CDC se nadváha u dětí a adolescentů definuje jako index tělesné hmotnosti na úrovni ≥ 95 . percentilu s ohledem na věk a pohlaví. BMI mezi 85. a 95. percentilem řadí děti do kategorie s rizikem vzniku nadváhy (Šamánek, 2008, s. 120, Lisá, 2008, Urbanová, 2009b).

Dle Pařízkové se často hovoří o tzv. skryté obezitě, která nemusí být charakterizována zvýšenou hmotností, ale podílem tuku na úkor ostatních tkání. U této obezity vzniká specifická forma podvýživy, která je způsobena dlouhodobou konzumací potravin nízké kvality, které neobsahují ochranné a nezbytné látky, jako v přirozených potravinách. Tuto formu podvýživy zjišťujeme obzvláště u sociálně slabších skupin populace, tzv. skrytá sociální obezita, vyvíjející se navzdory nadměrnému příjmu energie (Pařízková, 2007, s. 14).

3 ETIOPATOGENEZE

Příčiny nadváhy a obezity u dětí můžeme rozdělit do dvou skupin:

Do první skupiny patří méně než 5 % případů vznikající v důsledku některých monogeneticky podmíněných syndromů, které bývají obvykle diagnostikovány již v dětství, při dlouhodobém užívání léků, nebo při hormonálních onemocněních (Gregora, 2004, s. 75).

Do druhé skupiny patří více než 95% případů, kdy příčinou obezity je dlouhodobě pozitivní energetická bilance v důsledku zvýšeného energetického příjmu a nízkého energetického výdeje. Jinými slovy, přejídáním se, špatnou skladbou jídel a nedostatečnou fyzickou aktivitou (Pastucha, 2010, s. 175).

3.1 Příčiny související s pozitivní energetickou bilancí

3.1.1 Životní styl

V ČR je sice zatím výskyt dětské obezity jen na mírném vzestupu, avšak některé prvky životního stylu jsou varovným signálem, že epidemie obezity může zasáhnout i naši dětskou populaci (Lebl, 2005, s. 14).

Rodinný život se v průběhu posledních dvou dekad výrazně změnil s trendy směrem ke stravování mimo rodinu, ale i větší sledovaností televize. Děti konzumují více energie, hlavně proto, že strava přijímaná v restauracích a fastfoodech má větší porce i vysoký energetický obsah. Tento způsob stravování se zřejmě nejvíce podílí na epidemii dětské obezity. Rychlé občerstvení zahrnuje všechny nežádoucí dietní faktory: nasycené tuky, vysoký glykemický index, vysoký energetický obsah. V roce 1970 děti v USA jedly 17 % svých jídel mimo domov, ale koncem roku 1990 to bylo dvojnásobně více (Mihál, 2003, s. 161).

Naproti tomu doma připravené jídlo, společně konzumované členy rodiny, představuje nejen zkvalitnění diety, ale i větší příjem ovoce a zeleniny. Společně trávený čas rodiny se projeví také větší účastí členů rodiny při organizaci tělesných aktivit dětí, příznivě působí na stravovací návyky dětí a omezuje jejich čas trávený u televizorů (Goldmund, 2003, s. 9).

Dalším z varovných signálů je nadměrné sledování televize, podporující vzestup váhy nejen nahrazením fyzické aktivity, ale také zvýšením energetického příjmu. (Mihál, 2003, s. 161) V některých výzkumech bylo prokázáno, že sledování

televize více než 5 hodin denně přispívá až z 60 procent k incidenci obezity (Pařízková, 2007, s. 187).

Mihál uvádí, že s tímto problémem souvisí i televizní reklama, která může nepříznivě působit jako dietní vzor, kdy jsou děti vystaveny mnohým reklamám nevhodných jídel, často se týkají rychlého občerstvení, slazených nápojů, sladkostí nebo cukrem slazených cereálií (Mihál, 2003, s. 161).

3.1.2 Nedostatek pohybu

Dnešní životní styl s řadou moderních technických vymožeností je charakterizovaný ztrátou fyzické aktivity. Riziko obezity u dětí se snižuje o 10 % za každou hodinu středně intenzivní fyzické aktivity a zvyšuje o 12 % za každou hodinu strávenou při počítačových hrách nebo sledováním televize (Mihál, 2003, s. 161, Lisá, 1990, str. 33).

Podle Pařízkové (2007, s. 181) negativní korelace hmotnosti, BMI a fyzické aktivity u dětí je nepochybná. Stejně tak i angličtí autoři prokázali vztah mezi dobou strávenou sledováním televize a vzestupem tělesné hmotnosti, především u dětí (Hlúbik, 2002, s. 314).

Po zahájení školní docházky klesá pohybová aktivita u dětí. To například potvrdila Lisá (1990, str. 38), která ukázala, že děti najednou tráví většinu svého času sezením ve škole a k tomuto mnohahodinovému sezení se přidává ještě domácí školní příprava. Pohybová aktivita dětí se tak mění v sedavý způsob života. Goldemund (2003, s. 9) uvádí, že významným faktorem vedoucím ke snížení fyzické aktivity dětí je také malý zájem škol a rodin o organizaci volného času dětí.

K tomu přispívá také to, že tělesná výchova se pomalu vytrácí ze školních osnov. Fořt (2004, s. 69) radí, že pokud rodiče dítěte neinklinují ke sportu, měli by dítě alespoň zapojovat do sportovních aktivit mimo rodinné prostředí.

Porovnání již předškolních dětí s nízkou a vyšší hmotností ukázalo, že se již v tomto období začínají projevovat rozdílné tendence ve struktuře a rozsahu zájmů, kdy děti s nadváhou dávají přednost sedavým hrám, manuálním činnostem, procházkám s dospělými oproti dětem s normální hmotností, pro které je pohyb přirozený (Pařízková, 2007, s. 180).

Podle Fořta (2004, s. 69) by děti neměly být do sportu nuceny násilím. Mohly by na něj zanevřít. Upozorňuje na to, že náročná a leckdy i každodenní sportovní aktivita není vhodná před 5. rokem života

3.1.3 Nevhodná výživa

Denní nadbytečný příjem energie v množství pouze 50–100 kilokalorií za den může vést v průběhu jednoho roku k váhovému přírůstku 2–5 kilogramů (Singal, 2008, s. 19).

Podle Lisé (1990, s. 79) musíme v mnoha případech hledat začátek vzniku obezity již v časném dětství. Děti, které jsou kojené, dokáží lépe regulovat příjem potravy. Naproti tomu dítěti předčasně přikrmovanému umělou výživou hrozí, že bude v budoucnu trpět obezitou. V této době úzkostlivé nebo velmi protektivní matky, ve snaze dodat dítěti to nejlepší, podávají velké množství stravy. U takto překrmovaných dětí je v tukové tkáni větší počet adipocytů a tím jsou více ohroženy otylostí. Tyto děti budou také hůř reagovat redukcí své nadměrné hmotnosti na dietní léčbu. V batolecím věku, i později mají někdy vinu na nadváze u dětí prarodiče, kteří svého potomka doslova „kazí“ tím, že si jeho pozornost vynucují podávanými sladkostmi (Fořt, 2004, s. 48).

Dalším z problémů je to, že rodiče včas nerozpoznají riziko obezity u dítěte. BMI rodičů často pozitivně koreluje s BMI dětí. Nejvyšší korelace je tam, kde jsou oba rodiče obézní (Pařízková, 2007, s. 185).

Rodina je prostředí, ze kterého dítě přebírá návyky, jež ho budou provázet celý život. Proto je nutné vést dítě k adekvátním stravovacím a pohybovým návykům. Vzhledem k tomu, že dítě se zpočátku učí napodobováním, je nutné dávat správný příklad. V souvislosti s tím Lebl (2005, s. 14) uvádí, že současná doba je charakterizovaná patologickým jídelním chováním, které se vyznačuje nadměrnou konzumací kalorických potravin, ve spojení s přemírou sedavých činností.

S nástupem dítěte do školy se objevuje též nevhodné rozložení jednotlivých jídel v průběhu dne. Poskittová toto nepravidelné stravování nazývá „dietním chaosem“. Podle internetové stránky <http://www.rodina.cz/clanek164.htm> a autorky příspěvku doktorky Lisé obézní děti nesnídají. Potřebnou energii ke školní práci získávají z tukových zásob. Jakmile se takovéto vyhladovělé dítě nají, pak valná část potravy je zpracována na doplnění tukových zásob. Pokud si děti přinesou na svačinu nějaké jídlo, je zcela nevhodné. Podle výzkumu Lisé, Kňourkové a Drozdové (1990, s. 43) asi polovina dětí v poledne nedostatečně obědvá. Fořt (2004, s. 26) uvádí, že nejsou ojedinělé ani případy, kdy je prvním jídlem dětí pozdní, ale velký a ve většině případů kalorický oběd po návratu ze školy. Dále se zmiňuje o tom, že zásadní význam

při řešení dětské obezity má výchova rodičů i dětí k odpovědnému přístupu k výživě a ke zdraví.

3.1.4 Psychologické faktory a vliv emocí

Lisá, Kňourková a Drozdová (1990, s. 111) v knize *Obezita v dětském věku*, udávají dvě skupiny psychologických teorií obezity. Podle první skupiny je obezita důsledkem nadměrné konzumace jídla u jedinců, kteří si tak kompenzují problémy své osobnosti. Podle druhé skupiny teorií převažuje u obézních jedinců stimulace k jídlu nad kontrolou jídla.

To, proč se lidé přejídají a zůstávají obézními, proč selhávají v nejrůznějších přístupech k terapii obezity, může mít kořeny již v dětství. Jídlo je po narození prvním z požitků dítěte. Slast z jídla je spojována s pocitem pohody a lásky. Již v raném dětství se dítě naučí, že se uvolní, když si dá něco do úst. Umocnění pohody jídlom přetrvává i v dospělosti. Jídlo je tak relativně nejspolehlivějším utišujícím prostředkem (Lisá, 1990, s. 111).

Častým důvodem k přejídání jsou však i negativní emoce. Lisá (1990, s. 40) ve své knize udává, že se u dětí, které žijí v citově chudém prostředí, může objevit tzv. deprivanční obezita. Tyto děti nejsou osobami jim blízkými emočně stimulovány a nemají jistotu, že je má někdo rád, nacházejí tak útěchu v jídle. Později, když dítě vyroste, je pro ně často jídlo odměnou. Dítě se tedy nenaučí rozlišovat mezi fyziologickými a psychologickými aspekty hladu. Zato se naučí řešit zátěžové situace jídlom nebo aspoň něčím, co dá do úst. Pro křičící dítě je takovým uklidňujícím prostředkem jídlo, dudlík, později kousání nehtů, okusování tužky, pro pubertální dívky cucání konečků vlasů. Pokud si lidé navyknou uchýlovat se k jídlu ve stresových situacích pravidelně, stane se pro ně jídlo „drogou“ (Málková, 2008).

3.2 Biomedicínské příčiny

Obezita je výsledkem interakce faktorů prostředí a faktorů genetických. Ve 40–70 procentech jsou změny tělesné hmotnosti určeny faktory genetickými, které nejenom že regulují tělesnou hmotnost, ale zároveň předurčují jednotlivce k určité odpovědi na vlivy prostředí. Zdravé dítě se nepřejídá. Má vyvinutou přirozenou regulaci příjmu potravy i výdeje energie. Některé patologické stavy vedou k porušení této rovnováhy (Lebl, 2005, s. 14). Mezi tyto stavy patří:

3.2.1 Porušená funkce štítné žlázy

Dochází k hypotyreóze a sníženému klidovému výdeji energie. Nastává stav, kdy se nadbytek energie, který tělo získává ve stravě, ukládá ve formě zásobního tuku (Fořt, 2004, s. 32).

3.2.2 Nadbytek hormonu kortizolu

Tento stav může vzniknout poškozením činnosti nadledvin u Cushingova syndromu nebo při léčbě kortikoidy u astmatiků, bronchitiků, pacientů s ekzémou či lupénkou. Zvýšená hladina kortizolu se projevuje patologicky zvýšenou chutí k jídlu a váhovým přírůstkem s redistribucí tuku, který se hromadí v obličeji, na hrudníku a břiše (Fořt, 2004, s. 33; Lebl, 2005, s. 14).

3.2.3 Nedostatečná produkce růstového hormonu

Růstový hormon má anabolický vliv na svalovou tkáň a při jeho nedostatku dochází k nedostatečnému vývoji této tkáně, naopak se nadměrně vyvíjí tuková tkáň (Fořt, 2004, s. 33; Lebl, 2005, s. 14).

3.2.4 Porucha mozkové činnosti

Při poškození ventromediálního hypotalamu v důsledku tumoru oblasti III. Komory mozkové, neurochirurgické operace, vrozené vývojové anomálie, úrazu, nebo perinatálního a postnatálního traumatu této oblasti, může dojít k nárůstu tělesné hmotnosti a obezitě (Lebl, 2005, s. 14).

3.2.5 Podávání psychofarmak a předčasné užívání antikoncepce

Možnou příčinu obezity u mladých dívek vidí Fořt (2004, s. 34) v podávání antikoncepce. Proto ji u dívek vykazujících tendence k nadváze nedoporučuje používat. Také při léčbě některými psychofarmaky antihistaminiky, antiepileptiky, neuroleptiky, sedativy, dochází ke snížení klidového výdeje energie a obezitě.

3.2.6 Obezita na podkladě genetických poruch.

Onemocnění vznikající na podkladě genetických poruch se manifestuje nezávisle na prostředí. Řadíme k nim jednak mendelovsky děděné syndromy a jednak mutace genů ovlivňující energetickou bilanci, kde obezita je hlavním manifestačním znakem. Označujeme je jako monogenní formy obezity (Pařízková, 2007, s. 95).

Syndromy spojené s obezitou

- **Pradera–W–** hypogonadismus, mikropenis, testikulární retence téměř u 100 % chlapců, mírná až střední mentální retardace, retardace růstu.
- **Alströmův** – obezita od 2. – 5. roku života, hypogonadismus.
- **Laurencův–Moonův–Biedlův** – obezita od 2. roku života, polydaktylie, retinitis pigmentosa s časnou šeroslepostí, hypogonadismus, v některých případech porucha růstu a porucha koncentrační schopnosti ledvin. V současné době se odlišuje syndrom **Bardetův– Biedlův** –tučně–bezita, polydaktylie, nefropatie a často vrozené srdeční vady a syndrom **Laurencův–Moonův** – retinitis pigmentosa, spastická paraplegie, avšak méně často obezita.
- **Carpenterův** – faciální dysmorfismus, anomálie skeletu končetin, mírná mentální retardace.
- **Cohenův** – hypotonie v kojeneckém věku, obezita až od středního dětského věku, úzké ruce a chodidla, zraková porucha.
- **Beckwithův–Wiedemannův** – kojenecká makrosomie, visceromegalie, novorozenecké hyperinzulinemické hypoglykémie, později gigantismus, zvýšené ukládání podkožního tuku a zvýšená tvorba svalové hmoty, včetně makroglosie; zvýšené riziko malignit, zvl. Wilmsova tumoru.
- **Polycystických ovarií a jeho varianty (PCO)** – acanthosis nigricans (příznak inzulínové rezistence), obezita, hypertenze, hirsutismus, nepravidelné menses, příznaky hyperandrogenního stavu (Lebl, 2005, s. 14).

Mutace genů ovlivňujících energetickou bilanci

Dnes je známo více než 10 genů, u nichž je mutace jednoho genu příčinou vzniku monogenní formy obezity (Pařízková, 2007, s. 99). Na podkladě těchto mutací dochází k narušení hypotalamické signalizace na molekulární úrovni např. při defektech genu pro leptin, genu pro leptinový receptor, genu pro POMC, genu pro prohormon–konvertázu 1 či genu pro MC3–R nebo MC4–R. Tyto mutace se vyznačují těžkou obezitou vzniklou v prvních měsících života, hyperfagií, hypogonadotropním hypogonadismem a centrální hypothyreózou (Lebl, 2005, s. 14).

Popsané případy nositelů mutací genu pro leptin měly velmi nízké koncentrace sérového leptinu a hyperinzulinémií. Mutace genů pro leptin jsou doposud jediné u kterých je možno terapeuticky zasáhnout.

Nedostatečná sekrece růstového hormonu a naopak vysoké koncentrace leptinu byly pozorovány u nositelů mutace LERP.

Jedinci s komplexním deficitem POMC jsou velmi vzácní a jsou charakterističtí deficitem ACTH projevujícím se hypokortikalismem v novorozeneckém věku, rusými vlasy a bledou pletí.

Mutace genu prohormonu konvektázy 1-PC1 u dvou popsaných případů byla spojena s těžkou nastupující obezitou a to i přes malabsorpci, posprandiální hypoglikémii a hypokortizolémii.

Mutace melanokortinového receptoru 4. typu – MC4R představuje nejčastější monogenní příčinu obezity. Prevalence těchto mutací je 0,5 – 6 %. Nositele těchto mutací často nelze odlišit od obezit s jinou příčinou. Pouze obezita homozygotních nositelů této mutace je charakteristická svým velmi časným nástupem v prvních měsících života, zrychleným růstovým tempem, těžkým stupněm obezity, hyperfagií až excesivním hladem. Studie provedená na cca 300 českých dětech odhalila 2,4 % prevalenci mutací genu MR4R (Pařízková, 2007, s. 990).

Polygenní typ dědičnosti obezity.

Lidstvo není proti vzniku obezity chráněno, jelikož evolučně lidský genom spíše podporuje akumulaci tukové tkáně a brání jejímu odbourávání, proto signály nasycení jsou slabší, než signály hladu. Tato teorie se označuje jako teorie úsporného genu. V dobách hladomoru byli vyselektováni z populace jedinci s úspornými geny, neboť nositelé neúsporných genů vymřeli. Lidský genom i přes změnu dostupnosti potravy není schopen se měnit a má tendenci k zachování a hromadění energetických zásob. Změna prostředí a chování jedinců tudíž vysvětlují nárůst prevalence obezity v posledních letech (Pařízková, 2007, s. 88).

Většina případů obezity je dána interakcí genových variant s prostředím. Náchylnost ke vzniku obezity je individuální a uplatňuje se kumulativní efekt všech genetických predispozic, které se uplatňují v regulaci energetického příjmu, jídelního chování i energetického výdeje a v interakci s prostředím ovlivňují energetickou bilanci a tím i tělesnou hmotnost. Testovaná je hypotéza hlavního genu, který je odpovědný za vznik obezity u konkrétního subjektu. Vztahy mezi genem a obsahem tuku v těle jsou ovlivněny rovněž interakci se zevním prostředím případně s dalšími

geny, a proto je stanovení role genů při vzniku obezity velmi obtížné (Pařízková, 2007, s. 87; Kunešová, 2004, s. 435).

Jestliže je v rodině jeden rodič obézní, má dítě 50% šanci stát se také obézním. Jestliže jsou obézní oba rodiče, lze očekávat obezitu u dítěte až v 80 %. Obezitu pak zhoršuje příjem vysokoenergetických potravin, slazených nápojů a malá fyzická aktivita. Současná epidemie obezity tudíž odráží neschopnost lidských genů vyrovnat se s obezigenním prostředím (Urbanová, 2008, s. 236; Hainer, 2006, s. 103).

4 DIAGNOSTIKA

Diagnostický algoritmus dle Kytarové (2002, s. 3), lze rozdělit na oblast anamnestickou, klinické vyšetření, antropometrické měření a biochemické vyšetření. Algoritmus v diagnostice obezity v dětském věku (viz příloha č. 1, s. 76), je základním předpokladem pro stanovení diagnózy obezity a pro určení terapeutického postupu.

4.1 Anamnéza

Vyšetření zahájíme rodinnou anamnézou, zaměřenou na výskyt obezity v rodině, hypertenze, úmrtí na kardiovaskulární onemocnění, DM I. a II. typu, dny, nefrolithiázy, dyslipidémie, časně aterosklerózy, centrálních mozkových příhod, atd. (Finková, 2005, s. 17; Lisá, 2008 s. 501). V osobní anamnéze dále zjišťujeme průběh těhotenství matky, zvýšení její hmotnosti především ke konci těhotenství, porodní hmotnost a délku dítěte, délku kojení, další výživu dítěte a jeho vývoj hmotnosti a výšky (Lisá, 2008 s. 501; Lebl, 2005, s. 14; Urbánek, 2007, s. 59).

Dále je vhodné pozornost zaměřit na farmakoterapii a na substituční hormonální terapii. Cíleně se ptáme na případnou medikaci psychofarmaky, neuroleptiky a podávání inzulínu. V neposlední řadě zjišťujeme dysmenoreu u adolescentních dívek, závažná onemocnění, operace, úrazy a psychosociální problémy rodiny (Kunešová, 2005, s. 2; Stožický, 2005, s. 22).

Monitorujeme změny tělesné hmotnosti od narození až do doby aktuálního vyšetření se zaměřením na kritická období předškolního věku a dospívání mezi 15–20. rokem. Podrobně bychom se měli dále zeptat na pohybovou aktivitu. Zjišťujeme rovněž dotazem čas, který dítě věnuje pohybové aktivitě. Zda v životě sportovalo, jaké typy sportu, kdy skončilo, jaká je jeho současná pohybová aktivita a jeho vztah k pohybu vůbec.

V anamnéze stravovacích zvyklostí se ptáme na frekvenci jídel, dosavadní způsob výživy a životní styl (Urbánek, 2007, s. 59).

4.2 Klinické vyšetření obézního dítěte.

Vzhled obézního dítěte je charakteristický. Bývá měsícovitý obličej, visící břicho, rysy obličeje jsou jemné, často bývají ploché nohy, na kůži jsou někdy patrné strie. U chlapců bývá tuk nakupen v krajině mam, zevní pohlavní ústrojí je malé a zanořené do tukové vrstvy (Lisá, 1990, str. 41).

4.3 Antropometrické metody

Antropometrické metody slouží jak pro prvotní vyhodnocení stupně obezity, tak pro stanovení a posouzení výsledků léčby. Tyto metody jsou neinvazivní, časově nenáročné, použitelné do terénních podmínek a relativně levné. Osvědčují se při dlouhodobých a opakovaných měřeních (Pařízková, 2007, s. 68).

4.3.1 Měření kožních řas

Jednoznačným kritériem obezity je vzestup množství tělesného tuku, podkožního i viscerálního. Měření tloušťky kožních řas na různém počtu míst na povrchu těla informuje o vrstvách tuku. K tomuto měření se u nás používá nejčastěji Bestův kaliper. Hodnoty kožních řas jsou dále zasazovány do specifických rovnic (Pařízková, 2007, s. 72).

Podle Lisé, Kňourkové a Drozdové (1990, s. 16) obezitu definitivně stanovíme, pokud je kožní řasa dítěte větší než dvě směrodatné odchylky od příslušné průměrné hodnoty. **Metodika měření kožních řas:**

1. **Tvář** – řasa probíhá vodorovně ve spojnici tragus–nozdry, měří se nad spánkem, nesmí být měřen tukový polštář.
2. **Podbradek** – měří se nad jazyčkou, řasa probíhá svisle.
3. **Hrudník I.** – v přední axilární čáře, řasa probíhá šikmo, měří se nad m. pectoralis major.
4. **Paže** – nad m. triceps brachii, řasa probíhá svisle, měří se na zadní ploše paže, v polovině vzdálenosti acromion – olecranon.
5. **Záda** – šikmá řasa pod dolním úhlem lopatky, podél osy žebra.
6. **Břicho** – řasa probíhá vodorovně, měří se ve třetině vzdálenosti pupek – spina iliaca anterior superior, s průsečíkem prodloužení přední axilární čáry.
7. **Hrudník II.** – řasa probíhá podél průběhu žeber, měří se nad průsečíkem 10. žebra a přední axilární čáry.
8. **Bok** – suprailiackální řasa je podél hřebene kosti kyčelní, měří se nad hranou lopaty kosti kyčelní, v průsečíku s pokračováním přední axilární čáry.
9. **Stehno** – měří se nad kolenem (patella), podélně s osou stehna.
10. **Lýtko** – řasa probíhá svisle, měříme 5 cm pod podkolení jamkou.
11. Je doporučováno měřit také na polovinu vzdálenosti **vnitřní strany paže nad m. biceps.**

Pro výpočet procenta celkového tuku v organismu lze použít také kombinaci dvou (4,5), nebo pěti řas (4, 5, 8, 9, 11). Měření by mělo být prováděno stále stejnou osobou a na stejné straně těla (Pařízková, 2007, s. 74; Lisá, 1990, s. 16).

4.3.2 WHR INDEX

Metabolické komplikace obezity jsou spojeny s nadměrným hromaděním viscerálního tuku. Rozšířeným nepřímým ukazatelem množství viscerálního tuku je poměr obvodů pasu a boků (WHR). WHR index má výrazně omezenou vypovídací hodnotu ve vztahu k obezitě, proto je v poslední době doporučeno hodnotit přímo obvodové míry jednotlivě. Nejvíce je doporučován prostý obvod pasu, který dobře koreluje s výskytem metabolických komplikací obezity. Intervaly kategorizovaného obvodu pasu u dívek a chlapců jsou doloženy v tabulkách č. 35, č. 36. Dále se používá index obvodu pasu–stehna a obvod pasu–výška těla (Pařízková, 2007, s. 70; Kytnarová, 2002, s. 2).

4.3.3 BMI

Kvantitativní stanovení množství tuku v organismu je obtížné a není běžně dostupné, proto v dětském věku posuzujeme nadváhu především podle hmotnostních indexů, nejčastěji BMI (Kytnarová, 2002, s. 2; Urbanová, 2008, s. 236) (viz příloha č. 4; s. 79; příloha č. 5, s. 80)

BMI vyjadřuje plošnou hustotu, kterou zaujímá hmotnost lidského těla ve čtverci o straně rovné výšce těla. BMI tedy vypočítáme dle vzorce (hmotnost v kg) / (výška v m²) (Pařízková, 2007, s. 68; Lebl, 2005, s. 14).

Zohledňuje vztah hmotnosti k aktuální výšce, posuzuje přiměřenost stavu výživy z hlediska věku, pohlaví a do určité míry i z hlediska proporcionality. Pro dospělé je normou hodnota BMI 18,5–25,0 kg/m², v pediatrii jsou pro všechny věkové skupiny vytvořeny percentilové grafy, které umožňují porovnávat BMI vyšetřovaného dítěte podle věku a pohlaví (Hlavatá, 2004, s. 17–20).

4.3.4 Percentilové grafy

Pro posouzení nadváhy u dětí do 5 let používáme percentilová pásma grafu hmotnosti k tělesné výšce, pro starší děti zařazení do pásma grafu BMI .

Díky skupině českých antropologů jsou k dispozici percentilové grafy pro děti od narození do 18 let pro obě pohlaví. Jedná se o referenční grafy podle výsledků 5. Celostátního antropologického výzkumu v roce 1991 (Lisá, 2008, s. 501)

Percentilové grafy, které jsou též součástí zdravotního a očkovacího průkazu dítěte nám dovolují kategorizaci dětí. Jedinci, jejichž hodnoty BMI se pohybují v rozmezí 75. až 90. percentilu pro věk a pohlaví, jsou jedinci se zvýšenou hmotností. Hodnoty BMI nad 90. percentilem znamenají nadměrnou hmotnost, která hraničí s obezitou a většinou souvisí s nadměrným rozvojem tukové tkáně. Hodnoty BMI nad 97. Percentilem pro věk a pohlaví znamenají jednoznačně obezitu (Lisá, 2008, s. 501; Stožický, 2005, s. 22).

Hlavní výhodou práce s percentilovým grafem je především přesnost, rychlost a snadnost interpretace. Důležitá je také možnost průběžného sledování vývoje vyšetřovaného znaku, tvar a symetričnost křivky (Vignerová, 2006, s. 122).

4.4 Laboratorní vyšetření

Jen malá část dětí s nadváhou potřebuje laboratorní vyšetření k vyloučení sekundární příčiny obezity. Všechny děti by měly mít mimo základního biochemiku také stanovení kyseliny močové a spidogramu (celkový cholesterol, HDL, LDL a triglyceridy), z hormonů hladinu volného T4 a TSH k vyloučení hypotyreózy. Při podezření na hyperfunkci kůry nadledvin je nutný sběr moči za 24 hodin ke stanovení volného kortizolu a provedení dexametazonového opresivního testu (Singal, 2008, s. 28).

Vhodné je také, pokud je dostupné, stanovení hladiny inzulinu a C peptidu. Další vyšetření indikujeme na základě posouzení zdravotního stavu pacienta (Urbanová, 2008, s. 236; Braunerová, 2010, s. 19).

5 TERAPIE

Obezita a nadváha v dětství je v současné době snad nejvíce diskutovaným problémem v pediatrii. I když česká dětská populace oproti okolním zemím v posledních letech celkově netloustne, zvyšuje se počet extrémně obézních dětí. Úspěšnost léčby rozvinuté dětské obezity odhaduje na 10–30 % (Urbanová, 2008, s. 236; Gregora, 2004, s. 77).

Cílem léčby obezity u dětí není rychlé a krátkodobé snížení hmotnosti. Za bezpečný je považován hmotnostní úbytek přibližně 0,5 kg za týden, maximální hmotnostní úbytek by se měl pohybovat v rozmezí 0,5–2 kg za měsíc (Gregora, 2004, s. 77).

Součástí léčby obezity je úprava životosprávy, zvýšení pohybové aktivity a behaviorální terapie. V určitých případech může být terapie doplněna o lázeňskou léčbu (viz příloha č. 2, 3; s. 77). Zcela výjimečně může u adolescentů využít lékař medikamentózní léčbu (Lisá, 2008, s. 501).

Dietní léčba

Cílem dietní léčby dětské obezity je dosáhnout změny chování a jídelních zvyklostí. Léčebný program by měl zahrnovat změnu chování ve vztahu k příjmu potravy a fyzické aktivitě, změnu hmotnosti a ovlivnění komplikací obezity (Pařízková, 2007, s. 146).

Základem je vyvážená zdravá strava a zdravé výživové návyky, které musí mít permanentní charakter. Účinné léčení dietou spočívá v odstranění převahy příjmu energie nad jejím výdejem. Restrikce musí být v dětském věku opatrná. Bezpečného hmotnostního úbytku je možné dosáhnout omezením energetického příjmu přibližně o 20 – 25%, tj. přibližně o 2100 kJ (500 kcal) na den (Stožický, 2005, s. 22; Kytnarová, 2002, s. 4).

Doporučená dieta u dětí by měla být jednoduchá, aby jí rodina dítěte mohla snadno kontrolovat. Jednou z nejčastějších metod je tzv. Pyramida výživy (viz obrázek č. 1, s. 70), která vyjadřuje názorným způsobem, jak by měla být naše strava složena. Spotřeba energie se vypočítává ve výměnných jednotkách – porcích. Ostatní potraviny jsou uvedeny v počtech porcí, které je možné během dne konzumovat. Základnu tvoří nejhodnější potraviny. Jsou to obiloviny, těstoviny, rýže, pečivo, brambory. Druhé patro tvoří zelenina a ovoce, kde nemusíme jejich spotřebu omezovat. Třetí patro

pyramidy tvoří maso, drůbež, ryby, vejce, luštěniny, ořechy, mléko a mléčné výrobky. Tuky sůl a sladkosti tvoří vrchol pyramidy. Jejich spotřeba by měla být co nejnižší (Pařízková, 2007, s. 145 – 146).

„Metoda semaforu“ (viz obrázek č. 2, s. 70), je pro předškolní a školní děti velmi jednoduchá. Představuje stravovací plán s energetickým příjmem podle věku dítěte 3780 kJ, 5040 kJ, 6300 kJ. Je založena na rozdělení potravin podle obsahu energie do tří skupin. Dítě počítá počet porcí, které během dne snědlo. Zelené potraviny jsou povoleny v neomezeném množství. Jsou bohaté na vitamíny, minerály a vlákninu (zejména zelenina). Žluté potraviny jsou potraviny s průměrnou nutriční hodnotou. Do této skupiny patří většina potravin. Jsou vhodné pro redukční dietu, nemůžeme je však konzumovat v neomezeném množství (ovoce, celozrnné pečivo, těstoviny). Červené jsou potraviny s vysokým obsahem tuků nebo cukrů. Jsou povoleny 4x týdně.

S touto metodou jsou u prepubertálních dětí velmi dobré zkušenosti u nás i v zahraničí. Dochází k úspěšné redukci hmotnosti, zvyšuje se spotřeba bílkovin i vitaminů a snižuje se spotřeba tuků a jednoduchých cukrů (Kytarová, 2002, s. 4).

- Odbornice na dětskou obezitu Lisá (2008, s. 501) uvádí základní zásady dietoterapie, které spočívají ve zmenšených porcích jídla 5–6krát denně, příjmu zeleniny a ovoce. Omezení pečiva, zejména bílého, vyloučení sladkostí, chipsů a jiných pochutin. Dále doktorka Lisá doporučuje jíst jen netučná masa, alespoň 2krát týdně ryby, polotučné nebo nízkotučné mléčné výrobky. Použití technologie přípravy jídel s omezením tuků, dávat přednost rostlinným olejům před živočišnými. Nahradit sladké nápoje nesladkými. Omezit návštěvy restaurací a doporučuje, aby se na jídelníčku podílela celá rodina.
- Dítě redukující nadváhu nebo obezitu musí také dodržovat pitný režim. Fořt doporučuje ráno začít s bylinkovými nebo ovocnými čaji, přes den popíjet vodou ředěné ovocné a zeleninové šťávy. Jsou vhodné kojenecké a stolní vody a odstředěné mléko (Fořt, 2000, s. 160).

5.1 Fyzická aktivita

Pohybový režim by měl začít v nejranějším věku v rodině, kde rodiče dávají nejlepší příklad, především u dětí předškolního věku. Pohyb v příjemné atmosféře má

zásadní význam pro budoucí vývoj (Lisá, 2008, s. 501). Pro úspěšnou redukci nadváhy je důležité najít vhodnou formu tělesné aktivity, která dělá dětem radost, a tím jim přináší příjemné zážitky (Tkáčová, 2010).

Zvýšení energetického výdeje lze u dětí dosáhnout snadněji než u dospělých, protože pohyb je pro dítě zcela přirozený (Urbanová, 2008, s. 236).

Obézní dítě je línější, nesnadno se pohybuje, pohyb ho více namáhá než dítě zdravé. To lze vysvětlit tím, že množství svalové hmoty je stejné u dítěte se zvýšenou i normální hmotností. Tato svalová hmota musí podat větší výkon u obézního dítěte (Lisá, 1990, str. 82).

Z počátku musí být obézní dítě nuceno ke zvýšené fyzické aktivitě, která by měla být prováděna pomalu, účinně, a cílevědomě. Cílem by nemělo být jen snižování množství tuku v organismu, ale zároveň dosahování lepší tělesné zdatnosti (Pastucha, 2010, s. 175; Lisá, 1990, str. 82; Pařízková, 2007, s. 207).

Při nadměrné, nebo morbidní obezitě jsou doporučovány cviky v bazénu pod vodou. Poté můžeme přejít na cviky v normálním prostředí v lehu na zádech, v kleku nebo v sedu. Žádoucí jsou cviky na posílení „svalového korzetu“, což přispívá ke zlepšení držení těla. Středně obézním dětem se doporučuje cvičení ve stoje, chůze, tanec a na závěr pohybové aktivity strečink. Po úbytku hmotnosti je možno pokračovat v normální pohybové činnosti. Přílišné uspěchání těchto činností může však vést i ke zraněním a tím i odrazení od pohybové činnosti (Pařízková, 2007, s. 204, 206).

Vhodné jsou zejména sportovní aktivity, které lze dobře „dávkovat“, nezatěžují pohybový aparát, a které může provozovat dítě se svými rodiči. K nim patří chůze, cyklistika, aerobik a plavání. Příznivě působí i tanec (Stožický, 2005, s. 22).

Pohybový režim a účast ve sportu udržovat trvale a systematicky, dbát na pravidelnost i při neúspěších a ochabování zájmu (Lisá, 2008, s. 501).

Délku „sedavých“ aktivit, kupříkladu sledování televize nebo práci s počítačem, je nutné omezit na nezbytné minimum, a to ve prospěch cvičení a sportu (Stožický, 2005, s. 22).

Na závěr je nutno říci, že samotné zvýšení energetického výdeje bez snížení energetické dodávky má pouze malý efekt (Urbanová, 2008, s. 236).

5.2 Lázeňská léčba

Ambulantní léčbu je možné podpořit lázeňskou léčbou nebo pobytem dítěte na edukačním letním táboře. Lázeňská léčba působí příznivě několikerým způsobem. Kromě snížení tělesné hmotnosti dítěti a rodičům dokáže, že lze dosáhnout úspěchu. Často pomůže usvědčit rodiče z toho, že jsou to oni, kdo dítě „překrmují“. Lepších výsledků dosahují dívky starší 12 let, naopak chlapci mladší 11 let mají výsledky významně horší (Kytnarová, 2002, s. 6).

5.3 Farmakoterapie

Medikamentózní terapie je indikována u extrémně obézních dětí s vytvářejícími se nebo již vytvořenými komplikacemi, u kterých režimová a dietní opatření nevedou po několikaměsíčním dodržování k úspěchu (Stožický, 2005, s. 22).

Sibutramin je jediné anorektikum schválené pro použití u obézních adolescentů starších než 16 let. Tento lék navozuje pocit sytosti a usnadňuje výdej energie inhibicí zpětného vychytávání noradrenalinu a serotoninu. U pacientů by měl být pečlivě monitorován krevní tlak a tepová frekvence. Orlistat byl schválen úřadem FDA pro použití u dětí starších než 12 let v roce 2003. Blokuje vstřebávání tuků ve střevě inhibicí lipázy, a tím může vyvolat negativní energetickou bilanci. Protože může zasahovat do vstřebávání vitaminů rozpustných v tucích (A, D, E, K), doporučuje se podávat denně multivitamin. Při podání jsou časté nežádoucí gastrointestinální účinky, např. stolice s příměsí tuků (Singal, 2008, s. 19).

5.4 Chirurgická léčba

Chirurgická terapie musí být zvažována vždy přísně individuálně jako krajní řešení, není-li úspěch s léčbou konzervativní (Stožický, 2005, s. 22).

Existuje shoda v tom, že obézní adolescenti s BMI 40, kteří mají závažnou zdravotní komplikaci spojenou s obezitou (včetně diabetu 2. typu, spánkové apnoe obstrukčního typu a pseudotumoru mozku) nebo BMI > 50 s lehčími komorbiditami doprovázejícími obezitu, jsou vhodnými kandidáty pro chirurgickou léčbu. Obvykle se uvažuje o provedení chirurgického výkonu pouze u těch, kteří dosáhli alespoň 95 % své výšky v dospělosti a u kterých se nepodařilo snížit hmotnost po šesti měsících vedených lékařem (Singal, 2008, s. 19).

5.5 Kognitivně behaviorální léčba obezity

Účinná léčba a prevence dětské obezity předpokládá komplexní přístup. Většinou se jedná o dlouhodobý proces, v němž se má na změnách výživy, na redukci hmotnosti, i na změně postojů k jídlu aktivně podílet rodina, škola, a dítě samo (Tkáčová, 2010).

KBT terapie spočívá v osvojení si nových forem chování. To znamená uvědomit si a modifikovat nevhodné postoje k jídlu (Pařízková, 2007, s. 208).

Redukce tělesné nadváhy nebo obezity není v podstatě nikdy jen záležitostí postiženého dítěte, spočívá v terapii celé rodiny. Způsob života, včetně výživových návyků a tělesné aktivity, určuje podstatným způsobem jeho rodina (Stožický, 2005, s. 22).

Krátkodobé restriktivní diety mohou v jednotlivých případech pomoci výrazně zredukovat hmotnost, ale bez dlouhodobé změny chování dochází zpravidla k brzkému vzestupu hmotnosti ve smyslu jojo efektu (opětovné snížení a vzestup hmotnosti). Restriktivní opatření a zákazy nevedou k dlouhodobému úspěchu, naproti tomu pomalé změny, rozložené do malých kroků, vedou k žádané změně životního stylu (Tkáčová, 2010).

Nedílnou součástí léčby obezity je i nácvik správného procesu jedení. V behaviorální psychoterapii obezity je možné rozlišit osm složek léčby.

- **Sebepozorování, soustředění na jídlo** napomáhá dítěti uvědomit si své jídelní chování. Obézní dítě si denně zaznamená způsobem, který odpovídá věku dítěte množství, složení a dobu jídla i své pocity při jídle.
- **Kontrola samotného procesu jedení.** Obézní děti jedí často rychle, aniž by měly možnost přestat v okamžiku nasycení. Děti se učí jíst 5x denně menší porce, snídat, nevečeřet po 18. hodině. Doma by měly jíst na jednom místě, v klidu, u stolu, pomalu, každé, sousto pečlivě rozkousat. Rodiče by měli zkoumat situace vedoucí k přejídání. Snažit se pochopit problémy a pocity dítěte, hovořit s dětmi o nich.
- **Aktivní kontrola vnějších podnětů.** Je nutné získat ke spolupráci rodinu. Rodiče jsou příkladem. Je nesmírně složité dodržovat restriktivní dietu a mít neustále na očích “červené potraviny”. Dítě se také učí zvládat rizikové situace (oslavy, návštěvy). Poznává vhodné potraviny a učí se nakupovat.

- **Technika sebeposilování.** Podpora rodiny a přátel je důležitá. Rodiče mohou dávat drobné odměny za splnění určitého cíle, pozitivně motivovat dítě ke změně – dítě raději ve všech aktivitách stimulovat než kárat.
- **Kognitivní techniky.** Nejde o závod, ale stanovení reálných cílů. Dítě by si nemělo klást nereálné cíle (příliš rychlý hmotnostní úbytek), aby se vyvarovalo sebeobviňování, pokud „selže“ a úkol nesplní.
- **Relaxačními technikami** se dítě učí zvládat stresové situace jinak než přejídáním.
- **Výuka základů výživy, dietetiky a přípravy nízkenergetických pokrmů.** Na úrovni svého věku se dítě učí základům racionální výživy a správného zpracování potravin a zvyšuje si znalosti o složení potravy. Dítě by se mělo podílet na tvorbě jídelníčku a přípravě pokrmů.
- **Pravidelná fyzická aktivita.** Rodiče musí podporovat pohybovou aktivitu dítěte, zaměřit se na hry a sporty ve kterých může dosáhnout uspokojivých výsledků. Omezit sledování TV, PC videoher na méně než 2 hodiny denně (Kytarová, 2002, s. 5; Pařízková, 2007, s. 210; Lisá, 2008, s. 507).

6 KOMPLIKACE

Obezita nepříznivě ovlivňuje fyzický, sociální a psychický vývoj dítěte a představuje nežádoucí handicap pro budoucí společenské uplatnění. Obézní děti jsou neobratné, nepohyblivé, nepřítažlivé, často nešťastné, mají sklon sociálně se izolovat. Ačkoli se stydí se za svůj vzhled, nejsou schopné udělat cokoli pro jeho zlepšení (Šašínská, 1998, s. 337).

Dětská obezita produkuje v 70 % chronicky obézní dospělé jedince se závažnými zdravotními a psychosociálními komplikacemi. V současnosti je v Evropské unii přes 20 000 obézních dětí, které mají diabetes mellitus 2. typu, 400 000 dětí s poruchou glukózové tolerance. Přes milion obézních dětí má známky kardiovaskulárního onemocnění včetně hypertenze a nárůstu cholesterolu a má tři nebo více známek metabolického syndromu (Marinov, 2009, s. 145).

6.1 Skelet

U rostoucího dítěte je ve skeletárním systému výrazně zrychlen metabolismus a kostra dítěte je zatížena, dochází proto k častým poruchám. Na páteři se objevují hrudní kyfózy, skoliózy. Výrazně je zatížen skelet dolních končetin, objevují se coxa vara, genua valga, ploché nohy. Nadbytečnou hmotností jsou zatíženy klouby dolních končetin, u nichž dochází k častým artrotickým změnám (Pařízková, 2007, s. 110).

6.2 Játra

Vyskytuje se cholelitiáza a cholecystitida podmíněná metabolickými změnami, dále dochází k poruše funkce jater spojené se steatózou (Pařízková, 2007, s. 110).

6.3 Kožní změny

Dalším důsledkem obezity jsou erytémy, ekzémy a mykózy v predilekčních místech. Kožní infekce v oblasti perineální mohou vést k infekcím močových cest a u dívek k vaginitidám. U pacientů s inzulínovou resistencí nacházíme acanthosis nitricans. Jde o zhrubělou šedočerně zbarvenou kůži v predilekčních místech (Pařízková, 2007, s. 110–111).

6.4 Pohlavní vývoj

U chlapců se setkáváme velmi často se zdánlivým hypogenitalismem, kdy zevní genitál je zanořen v tukovém polštáři v dolní části břicha. Dochází ale i ke skutečnému

hypogonadismu s nižší sekrecí mužských hormonů. Chlapci nabývají dívčího vzhledu–frölichoidní vzhled.

U méně obézních dívek bývá pohlavní vývoj lehce urychlen, naopak u dívek s těžším stupněm obezity může dojít k rozvoji syndromu polycystických ovaríí. POS v dětském věku není častým nálezem, ale vzhledem k tomu, že může být důležitým údajem v rodinné anamnéze, je vhodné, aby byl o jeho projevech pediatr informován. U POS dochází k primární ovariiální hyperandrogenémii s chronickou anovulací, poruchami cyklu a často léčenou neplodností (Pařízková, 2007, s. 111; Goldemund, 2003, s. 12).

6.5 Psychosociální následky dětské obezity

Dětská obezita naplňuje často znaky psychosomatického onemocnění. Obezita dítěte se výrazně podílí na jeho psychosociálních problémech. Obézní dítě je vystaveno neúměrnému společenskému tlaku ze strany společenských estetických norem, pocitu každodenního selhání a sebeobviňování, které vede k depresivním a úzkostným stavům. U 40 % dětí obézních dětí se setkáváme se specifickými poruchami chování a učení. Obezita a nedostatek sebedůvěry brání obézním dětem rozvinout obratnost. Dítě nemá možnost ve správný vývojový čas prožít mnohé své dovednosti (Marinov, 2009, s. 145).

Děti se častěji stávají obětí šikany ve škole, během dospívání se přidávají problémy ve vztahu k opačnému pohlaví, mají větší problémy se seznamováním a navazováním vztahů. Zúžená je také volba povolání, to se může dále odrážet na psychickém stavu obézních (Fořt, 2004, s. 41; Pařízková, 2007, s. 187).

6.6 Hypertenze

Spolu se vzestupem četnosti dětské obezity stoupá u dětí i výskyt hypertenze. Z posledních zpráv je zřejmé, že výskyt hypertenze u dětí se i v ČR postupně přibližuje k 5 % udávaným v USA (Procházka, 2009b).

Stoupající výskyt primární hypertenze u dětí a dospělých je tedy často spojován se stoupajícím výskytem obezity. Literatura (Urbanová, 2009, s. 80b) uvádí, že obézní děti mají 3 × větší riziko vývoje hypertenze než děti s normální hmotností. Většina obézních má hypertenzi, nebo ji dostane během života a naopak platí, že téměř každý hypertenik má vyšší BMI nebo kumulaci viscerálního tuku.

Tuková tkáň je velkým hormonálně aktivním orgánem a předpokládá se, že produkované hormony a peptidy např. leptin, ghrelin, resistin, TNF α ,nebo interleukin 1 a 6 mohou mít vztah k hypertenzi. Z toho plyne i řada změn endokrinních, metabolických a hemodynamických, které jsou odpovědné za výskyt hypertenze u obézních dětí. Je zvýšena sympatická adrenergní aktivita, je zvýšené uvolňování angiotenzinu II z adipocytů a aktivace renin–angiotenzin–aldosteronového systému, zvyšuje se leptinová rezistence, objevuje se chronická hyperinzulinemie a dyslipidemie

Inzulin zvyšuje renální retenci sodíku a aktivitu sympatického nervového systému. Toto spojení je ovlivněno rozvojem inzulinové rezistence a dyslipidémie. Výsledkem jsou i hemodynamické změny. Proto se doporučuje sledovat děti s vyšší váhou, pozitivní anamnézou DM a etnickým rizikem se známkami počínající inzulinové rezistence (Pařízková, 2007, s. 122; Urbanová, 2009, s. 80b) .

6.7 Metabolický syndrom

Metabolický syndrom (MS) byl definován v roce 1988 Reavenem, který jej označil jako hormonálně–metabolický syndrom X se symptomy inzulinové rezistence (IR), hyperinzulinizmu, hypertenze a s laboratorně prokázanou vyšší hodnotou lipoproteinů VLDL a nižší hodnotou HDL cholesterolu (Goldmund, 2003, s. 10).

Ukazuje se, že výskyt metabolického syndromu není výjimečný ani u předškolních dětí a nad 95. percentil BMI se vyskytuje u všech dětských věkových skupin (Marinov, 2009, s. 144).

V roce 1993 Reaven definici MS revidoval a charakterizoval symptomy:

1. inzulinorezistence
2. poměrně pevně sdružené nálezy – hypertenze, hypertriglyceridémie a diabetes mellitus 2. typu, ve volnější vazbě jsou mikrovaskulární angina, poruchy koagulace a fibrinolýzy a v ještě volnější vazbě jsou ischemická choroba srdeční a androidní obezita (Goldmund, 2003, s. 11).

Dnes je za primární nález považována inzulinová rezistence a další složky mají více či méně vyjádřenou vazbu na tuto složku. Obecně však platí, že vyskytne–li se jedna složka metabolického syndromu, velmi výrazně stoupá riziko vzniku dalších složek metabolického syndromu (Svačina, 2004, s. 11).

Hrnčiare m popisany syndrom 5 H sice neodpovídá uvedené Reavenově definici MS, ale také zahrnuje rizika spojená s IR a rozšiřuje tak pohled na problematiku IR. Mezi symptomy syndromu označeného pěti H patří: hyperinzulinismus,

hyperglykémie, hyperlipoproteinémie s androidní obezitou, hypertenze a benigní hirsutismus se syndromem polycystických ovarií. Syndrom se postupně rozrůstal o další klinické a biochemické projevy, jako jsou hyperurikémie, hyperviskozita krve, hyperkoagulabilita a lze sem zařadit i mírnou hyperhomocysteinémii. Dnes již k syndromu řadíme širokou škálu projevů, bylo jich popsáno více jak 50 a mezi používanými názvy převládá a zřejmě i nejlépe onemocnění vystihuje název syndrom inzulinové rezistence (SIR). Manifestace SIR je podmíněna geneticky, rozvoj jednotlivých složek SIR výrazně modifikuje životní styl. SIR je především spojován s androidní obezitou a diabetem 2. Typu (Goldmund, 2003, s. 11).

6.8 Ateroskleróza

Bylo jasně prokázáno, že časné fáze aterosklerózy začínají v raném dětském věku, proto je nutné tento proces ovlivňovat již v tomto období života. Důležité bylo zjištění, že rizikové faktory, které jsou platné pro dospělé populaci, platí i pro rozvoj časných fází aterosklerózy u dětí. V ČR byl již v roce 1992 zaveden selektivní screening dětí ohrožených časným rozvojem aterosklerózy a zároveň se tento screening stal i součástí zdravotního řádu. Hlavní roli hraje praktický lékař pro děti a dorost, který při preventivních prohlídkách v pěti a třinácti letech aktivně vyhledává (na základě podrobné rodinné anamnézy a klinického vyšetření) děti se zvýšeným rizikem rozvoje aterosklerózy. U těchto dětí je proveden odběr lipidogramu a lékař posoudí výskyt jednotlivých rizikových faktorů, které se snaží dlouhodobě pozitivně ovlivnit (Procházka, 2009, s. 398a).

7 PREVENCE

Primární prevence dětské obezity, jako součást pravidelných preventivních prohlídek, tak jak ji popisuje vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 56/1997 Sb., spadá do kompetence praktických lékařů pro děti a dorost, kteří při preventivních prohlídkách sledují antropometrické parametry, růstovou váhovou křivku a BMI, naměřené hodnoty průběžně zaznamenává do percentilových grafů, provádí základní laboratorní vyšetření (Pastucha, 2010, s. 180).

Prevence obezity v dětském věku je prevencí obezity v dospělosti a je mnohokrát účinnější než její léčba. Tvoří ochranu jedince i společnosti před rozvojem zdravotních i jiných problémů. Teoreticky je snadná, prakticky však velmi svízelná. U dětí hraje významnou roli psychika, schopnost dítěte posoudit na jedné straně příjemné (jídlo, pohodlí s televizí atd.) a na druhé straně nutné (změnu stravovacích návyků). Velmi významná je role a postoj rodičů a postupně i ostatního okolí. Významnou úlohu zde hraje i posouzení stavu výživy dítěte obvodním lékařem, kdy jedním z předpokladů je včasné zjištění sklonu k nadváze. Proto by měly být co nejdříve podchyceny děti obézních rodičů, u kterých je vhodné kontrolovat hmotnost častěji.

Prevence rozvoje obezity bude rozdílná v závislosti na věku dítěte a jeho postoji k výživě a začíná vlastně již v těhotenství, protože základy mnoha onemocnění, včetně obezity, se formují v prenatálním vývoji (Tláškal, 2006, s. 27; Tkáčová, 2010).

7.1.1 Prevence obezity v kojeneckém věku

- Matka novorozeného a kojeneckého dítěte by měla vědět, že pláč či neklid dítěte není vyvolán pouze hladem, rodiče by měli u svých dětí rozpoznávat známky sytosti, a usnadnit jim tak rozvoj seberegulace příjmu potravy.
- Ve výživě kojence mělo být preferováno mateřské mléko, které je spojováno s nižším výskytem obezity.
- „Umělá“ výživa kojence by neměla být obohacována mimo doporučení lékaře a nemělo by dojít k předčasnému zařazení nemléčné stravy do výživy dítěte.
- Pozvolna by měla být do jídelníčku dítěte zařazována zelenina a ovoce tak, aby si dítě na tuto výživu co nejlépe zvyklo a tolerovalo ji i do věku pozdějšího (Tláškal, 2006, s. 28; Roseann, 2009).

7.1.2 Prevence obezity v batolecím a předškolním věku dítěte

- Dětem je nutné nabízet přiměřeně pestrou a energeticky vyváženou stravu.
- Je nutné zajišťovat správnou výchovu k výživě dítěte, tzn. nepodléhat rozmarům dítěte, ale cíleně je vést ke správné výživě.
- Měli bychom vést rodiče k tomu, aby nevyužívali jídlo k ovlivňování nebo odměňování určitého chování u dětí. Je také třeba, aby rodiče dětem nepodávali „nadměrné“ porce jídla a potraviny s vysokým obsahem tuků a sacharidů a dávali přednost alternativním pokrmům s nízkým obsahem tuku a soli a s vysokým obsahem vlákniny.
- Rodiče a také i edukující sestra by měli být nejen teoretickým, ale i praktickým školitelem správných stravovacích návyků.
- Umožňovat dítěti spontánní fyzickou aktivitu a správně je zapojovat do pohybových aktivit rodiny (Tláškal, 2006, s. 28; Roseann, 2009).

7.1.3 Prevence obezity školního a dospívajícího věku

- Zajistit správné stravovací zvyklosti, neopomíjet snídaně, přijímat pestrou a energeticky vyváženou stravu rovnoměrně v průběhu dne, dodržovat pitný režim, omezit příjem nadměrně sladkých nápojů.
- Varovat se systému „buffetového“ stravování, stravování mimo školní jídelnu.
- Každá porce stravy by měla obsahovat zeleninu, případně ovoce.
- Kompenzace času stráveného před televizí a počítačem s dostatečnou volnou fyzickou aktivitou dítěte (Tláškal, 2006, s. 28).

Je třeba si uvědomit, že za léčbu a zejména prevenci obezity nemohou být odpovědni jenom postižení jedinci, jejich rodiny a zdravotníci, ale účinné kroky v tomto směru vyžadují zapojení všech sektorů společnosti. Aby se zabránilo dalšímu šíření celosvětové epidemie obezity, je nezbytné změnit životní styl člověka (Hainer, 2007, s. 138).

8 EDUKACE

Povinnost provádět edukaci pacienta je dána Vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 55/2011 Sb., která stanoví činnosti zdravotnických a jiných odborných pracovníků.

http://portal.gov.cz/wps/portal/s.155/701/.cmd/ad/.c/313/.ce/10821/.p/8411/s.155/701?PC_8411_number1=55/2011&PC_8411_l=55/2011&PC_8411_ps=10#10821.

Edukace je celoživotní rozvíjení osobnosti člověka působením formálních institucí a neformálního prostředí. Jejím cílem je osvojení nových poznatků, získání nových vědomostí a dovedností, vytváření nových hodnot a postojů v chování (Magurová, 2009, s. 48).

Nemcová (2010, s. 13) chápe edukaci jako všechny činnosti lidí, při kterých se nějaký subjekt učí přímo, nebo zprostředkovaně a jiný subjekt mu toto učení zprostředkovává, vyučuje ho. Může jít o edukaci úvodní, základní, kdy jsou jedinci předávány nové vědomosti a dovednosti a dochází ke změně postojů jedince. Tato edukace zahrnuje nejdůležitější informace o onemocnění.

Dále pak edukaci komplexní, která je rozšiřující edukací. Poskytuje pacientovi komplexní informace o onemocnění, při níž jsou jedinci etapově předávány vědomosti, dovednosti a postoje. Dochází k ní nejčastěji v různých kurzech (Juřeníková, 2010, s. 12; Magurová, 2009, s. 64).

Reedukační edukace je dle Magurové (2009, s. 64) rozvíjející, napravující a kontinuální edukací. Navazuje na předcházející vědomosti, prohlubuje jich a aktualizuje. Poskytuje i nové dovednosti a změny v postojích, vzhledem ke změnám ve zdravotním stavu edukanta. Tato pokračující edukace je důležitá z hlediska procesu zapomínání. Juřeníková (2010, s. 34), dále člení edukaci podle formy výuky na individuální, skupinovou a hromadnou. Individuální forma je nejčastěji užívanou formou edukace, kdy je zdravotník v úzkém osobním kontaktu s edukantem. Nejčastěji tato forma probíhá v ambulanci, u nemocničního lůžka v ordinaci praktického lékaře. Pro tuto formu edukace se nejčastěji používají metody vysvětlování, rozhovoru a instruktáže.

Skupinová forma je podle stejné autorky systém, který rozděluje edukanty do různých skupin o různé velikosti a využívá se jak u zdravých tak nemocných. Ve zdravotnictví se nejčastěji využívá v lázeňské péči a svépomocných skupinách.

Hromadná forma je zaměřena na širší okruh lidí a je obsahově stejná pro všechny účastníky. Typickou metodou této formy edukace je přednáška.

Do procesu edukace podle Juřeníkové (2010, s. 9) vstupují čtyři determinanty.

Edukant, jako subjekt učení. Ve zdravotnickém prostředí nejčastěji zdravý, nebo nemocný člověk. Edukantem může být i zdravotník prohlubující si své vědomosti a dovednosti.

Edukátor jako aktér edukační aktivity. Ve zdravotnickém prostředí nejčastěji lékař, sestra, nutriční terapeut a porodní asistentka.

Edukační konstrukty, ovlivňující kvalitu edukačního procesu. Jsou to předpisy, plány, zákony, edukační standardy, které chápeme jako určitou dosaženou úroveň kvality edukační činnosti u pacienta, jednotlivce, rodiny a skupiny, která slouží k účinné a efektivní edukaci. Určuje závaznou normu pro kvalitní edukační činnost a umožňuje hodnocení edukace. Správně vytvořený standard odpovídá potřebám jednotlivce, rodiny nebo skupiny (Magurová, 2009, s. 58; Juřeníková, 2010, s. 9).

Edukační prostředí je místo ve kterém edukace probíhá. (Juřeníková, 2010, s. 9) Je dáno souhrnem vnějších podmínek (demografické, sociální, ekonomické, etnické) a vnitřních podmínek, mezi které patří fyzikální podmínky (osvětlení, barvy, nábytek) a psychosociální podmínky (podmínky, které do edukačního prostředí vnášejí lidé) (Průcha, 2002, s. 64).

Juřeníková (2010, s. 10), nazývá edukačním procesem činnost lidí, kterou poskytují informaci, nebo též zprostředkovaně textem a technickým zařízením, při které dochází buď záměrně, nebo nezáměrně k učení. Do tohoto procesu vstupují čtyři determinanty – edukant, edukátor, edukační konstrukt a edukační prostředí.

Podle míry zaměření rozlišuje Průcha (2002, s. 78) tyto edukační procesy:

- edukační proces typu A je bezděčné, náhodné učení, kdy si subjekt učení ani neuvědomuje.
- edukační proces typu B je záměrné učení, při kterém využívá subjekt vědomě vnitřní dispozice (inteligenci) a vnější prostředky (učební text, počítač).
- edukační proces typu C je řízené, organizované, regulované učení, doprovázející člověka po celý život.

8.1 Edukační metody

Tyto metody můžeme chápat jako cílevědomé a promyšlené působení edukátora, který aktivizuje edukanta (Juřeníková, 2010, s. 38).

Prostřednictvím edukačních metod směřujeme k dosažení edukačních cílů. Z monologických metod se nejčastěji využívá výklad, vysvětlení, instruktáž, přednáška a tzv. interaktivní přednáška. Jde o postup kdy edukátor během svého monologu vstupuje do interakce s edukantem, klade mu otázky a dává úkoly.

Z dialogických metod je nejvíce využívána metoda rozhovoru a diskuze (Magurová, 2009, s. 54).

8.2 Edukační proces v ošetrovatelství

Edukační proces se vždy porovnával s ošetrovatelským procesem. I když mají stejné jednotlivé fáze, jejich cíle a záměry jsou odlišné (viz příloha č. 81). Cíle ošetrovatelského procesu jsou dosažené, pokud dojde k uspokojení tělesných a psychosociálních potřeb (Nemcová, 2010, s. 25). Při splnění edukačního procesu musí nastat změny ve vědomostech, v dovednostech a postojích, které se odrazí v očekávaném chování pacienta (Magurová, 2009, s. 82). Bližší popis těchto fází je doložen v příloze č. 6.

Před zahájením každé edukace by si měla sestra ujasnit odpovědi na následující otázky související s projektovou fází edukačního procesu: Proč? Koho? Co? Jak? Za jakých podmínek? S jakým efektem?

Na základě analýzy těchto oblastí může sestra zvolit vhodnou strategii pro jednotlivé kroky realizační fáze edukačního procesu, k nimž patří motivace klienta a dále expozice, fixace a aplikace informací. Poslední fází edukačního procesu je fáze hodnocení, ve které se posuzuje výsledný efekt edukace. Ten zpětně ovlivňuje fázi projektování a realizace v průběhu trvání edukačního procesu (Jirkovský, 2004).

8.3 Komunikace s rodinami dětí s nadváhou a obezitou

Mezi komunikací s rodiči dětí s nadváhou a obezitou a efektivitou edukačního procesu je úzký vztah. Dodržování pravidel komunikace se sestrou a lékařem je klíčem k úspěšné edukaci.

Při rozhovoru s rodiči dítěte je nutné výživová opatření jasně a konkrétně popsat či vysvětlit změny v úpravě jídla. Rozhovor je třeba opakovat a rodinu stále

utvrzovat ve správnosti jejich počínání. Časté opakování pohovorů někdy může vést ke stereotypům, zjednodušování, a pokud opakované pohovory nevedou ke zlepšení zdravotního stavu dítěte, spolupráce s pacientem se zhoršuje. Z těchto a dalších důvodů by byla přínosná spolupráce praktického dětského lékaře s rodiny a nutričního terapeuta. Tuto spolupráci nelze vždy zajistit, protože ne každé pracoviště má poradce na výživu k dispozici.

Zdravotníci jsou často zdrženliví, hovoří-li o tématu obezity s dětmi s nadváhou a jejich rodinami. Lékaři, pečující o tyto rodiny, musejí ukázat citlivost, empatii a přesvědčení, že obezita je významný chronický zdravotní problém, který je léčitelný. Otázky o energetickém příjmu a aktivitě by měly být formulovány nestranným a neobviňujícím způsobem. Tím, že zhodnotí, jak rodiče chápou problém s hmotností jejich dítěte, mohou lékaři lépe porozumět charakteristikám rodiny, aniž by odsuzovali rodiče nebo na ně činili nátlak. Protože slovo obezita má často hanlivý význam, je v diskusích s rodiči vhodnější použít termín nadváha (Singal, 2008, s. 28).

Nezbytná je spolupráce rodičů, kterým musíme otevřeně vysvětlit důsledky obezity. Je třeba, aby se rodina zapojila celá, a povzbuzovala dítě za každý úspěch. K edukaci rodičů je vhodné mít materiály o zdravé výživě dětí, které si rodiče i děti mohou v klidu prostudovat doma. Například na internetových stránkách www.vyzivadeti.cz je možno tyto materiály získat, včetně jídelníčků pro jednotlivé věkové kategorie. Na těchto stránkách rodiče mohou i konzultovat svůj postup přímo s nutričními terapeutkami po dodání 3denního jídelníčku. Druhou zásadou je vtáhnout dítě do procesu postupně, malé změny chování místo radikální dočasné změny hmotnosti (Urbanová, 2008, s. 236).

8.4 Specifika edukace v dětském věku.

Základem edukace v dětském věku je dobrá znalost zvláštností vývojových období dětského věku. Při edukaci dětí tedy vycházíme z jejich věku, individuálních vlastností a potenciálu dítěte.

V kojeneckém a batolecím období plní při edukaci úlohu rodič. V tomto období musí sestra volit správné prostředky, pomůcky, formy a metody edukace, při níž naváže vzájemný kontakt a důvěru s rodiči i dítětem.

8.5 Předškolní věk

Je charakteristický tím, že dítě má chuť a je ochotné se učit.

Děti však v tomto věku mají ještě omezené verbální schopnosti. Na jejich otázky je nutné odpovídat stručně a přiměřeně jejich chápání.

8.6 Školní věk

V tomto věku dochází ke změně sebeovládání a sebekontroly dítěte. V popředí je vnímání dětí, které je základem poznávání a zdrojem zkušeností. Dochází k rozvoji myšlení, dítě si osvojuje logické postupy a učí se chovat určitým způsobem. Zdokonaluje se paměť, představivost a myšlení, které ovlivňují aktivní zúčastnění se na edukaci.

8.7 Období adolescence

V tomto období dochází k rozvíjení intelektových schopností, logického a abstraktního myšlení. Jedinec je přístupný logické argumentaci a je ochotný uznat svůj omyl a korigovat nesprávné názory.

V tomto období dochází též k emoční nestabilitě, která je často překážkou zaměřeného učení (Magurová, 2009, s. 66).

8.8 Edukace v primární, sekundární a terciální prevenci.

Edukační proces se uplatňuje takřka ve všech sférách ošetrovatelské péče. V primární, sekundární i terciální, kde každá z těchto sfér má z hlediska edukačního procesu svá specifika a je tematicky různě zaměřená.

8.8.1 Edukace v primární prevenci

Zahrnuje opatření potřebné pro prevenci chorob nebo jiného poškození zdraví. Zahrnuje všechny aktivity zaměřené na snížení výskytu, intenzity a důsledků potencionálního onemocnění. V podmínkách primární péče je nevyhnutelné cíleně identifikovat a následně eliminovat zdravotní rizika aktivní účastí klienta v péči o sebe za pomoci lékaře a sestry.

8.8.2 Edukace v sekundární prevenci

Má důležité uplatnění v oblasti prevence přechodu onemocnění do trvalého stádia a při obnově předcházejícího zdravotního stavu. Obnova tohoto stavu zahrnuje například změnu pacientova chování a dodržování léčebného režimu.

8.8.3 Edukace v terciální prevenci

Je zaměřená na chronicky nemocné, dispenzarizované a na rodinné příslušníky. Zaobírá se výchovou pacienta a rodiny při využití zbývajících potenciálu pro zdravý život a předcházení komplikací (Nemcová, 2010, s. 44).

8.9 Edukace v obezitologii

Rozvinutou obezitu v dětství se v žádném případě do budoucna nevyplatí podceňovat a každé dítě s nadváhou by mělo být dlouhodobě monitorované praktickým pediatrem. Preventivní edukace dětí s nadváhou a mírnou obezitou až do preadolescentního věku dítěte je plně v možnostech lékaře a sestry v pediatrické ambulanci. Je třeba mít na paměti, že dobrou znalostí zdrojů obezity může lékař i sestra ve velké míře předcházet jejímu vzniku. V rámci prevence vzniku obezity není třeba podceňovat zdánlivě banální racionální zásady životního stylu k tomu, aby se dítě a v budoucnu dospělý jedinec nesetkali s problémem obezity a jejími následky (Marinov, 2009, s. 146).

Již po dobu několika let a to dvakrát ročně, probíhá týdenní postgraduální teoretické školení v obezitologii organizované českou obezitologickou společností ČLS JEP. Účastníky školení jsou převážně endokrinologové, diabetologové, internisté a v poslední době též praktičtí lékaři, pediatři, lékaři ze zdravotních ústavů, v menší míře i lékaři dalších odborností a nutriční terapeuti. Cílem školení je poskytnout účastníkům komplexní znalosti v oblasti etiopatogeneze, diagnostiky a léčby obezity. Tomu odpovídá i profil přednášejících lektorů. Mezi přednášejícími jsou internisté (obezitologové, diabetologové a lipidologové), bariatričtí chirurgové, ale i odborníci ve výživě a potravinářství, psychologové, specialisté v oboru fyziologie tělesné zátěže a v oboru poruch spánku, někdy též kardiologové, ortopedi a gynekologové. I když program školení je během pěti dnů nahuštěn přednáškami, zbývá i čas na diskusi a výměnu zkušeností mezi účastníky kurzu a přednášejícími. Následná praktická stáž na obezitologických centrech v ČR zatím proběhla u minimálního počtu účastníků vzhledem k nedostatečné kapacitě center. Přesto je toto dnes již tradiční školení v obezitologii v Evropě ojedinělé a nemá zatím svým komplexním pojetím obdoby v žádné jiné evropské zemi (Hainer, 2007, s. 87).

Evropská asociace pro studium obezity spolu s International Obesity Task Force iniciovala v roce 2003 projekt SCOPE – „Specialist Certification of Obesity Professionals in Europe“. Hlavní cíle tohoto programu jsou:

a) Uznávat odborníky v obezitologii na základě docílených výsledků v léčbě, výzkumu a edukaci obezity, tyto odborníky nominovat jako SCOPE Fellows a vytvářet tak evropský registr těchto odborníků.

b) Podílet se na zvyšování kvality výuky obezitologie v Evropě, a to podporou stávajících kurzů na národní a regionalní úrovni a jejich oceňováním kreditními body v rámci certifikátu SCOPE.

c) Připravit interaktivní on–line kurz v obezitologii, který bude poskytovat tři různé úrovně vzdělávání v obezitologii s následným testováním znalostí pomocí MCQ testu. Kurz obsahuje odkazy na literaturu včetně abstrakt z databáze Pub Med a vybraných odborných článků. První verze tohoto výukového programu byla zveřejněna během mezinárodního kongresu o obezitě, který se konal v září 2006 v australském Sydney. Předpokládá se, že program bude kontinuálně upravován tak, aby zahrnoval i nejnovější pohledy na léčbu obezity (Hainer, 2007, s. 141).

9 PRAKTICKÁ ČÁST

9.1 Cíle práce

V souvislosti s otázkami, které prevence obezity přináší, byla provedena sonda do 40 ambulancí pediatrických lékařů, která hledala odpovědi k následujícím cílům:

První cíl: práce má zmapovat uskutečnění edukačního procesu v oblasti prevence nadváhy a obezity u dětí a adolescentů v ambulancích pediatrických lékařů.

Druhý cíl: zjistit podmínky a obsah edukace u sester.

Třetí cíl: informovanost sester pracujících v ambulancích pediatrií Pardubického kraje v oblasti prevence nadváhy a obezity dětí a adolescentů.

9.2 Hypotézy

Hypotéza 1: Sestry pracující v ambulancích lékařů pro děti a dorost provádějí edukaci systémově.

Hypotéza 2: Sestry pracující v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost mají vhodné podmínky a dostatek znalostí o edukaci

Hypotéza 3: Sestry pracující v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost jsou v problematice prevence obezity u dětí informovány (průběžně se vzdělávají).

9.3 Metodika

Pro potřebu praktické části této bakalářské práce byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu sběru dat prostřednictvím dotazníku. (viz příloha č. 7, s. 82).

Dotazník byl zcela anonymní, dobrovolný a obsahoval 35 otázek. Z toho byly 4 otázky otevřené a 28 otázek uzavřených.

Skladba dotazníku se sestávala ze dvou částí, které nám odpovídají na jednotlivé hypotézy k cílům této bakalářské práce.

První část dotazníku informuje o identifikačních údajích dotazovaných sester. Druhá, obsáhlejší část se zabývá otázkami informovanosti sester o dětské obezitě a edukační činnosti v prevenci nadváhy a obezity u dětí a adolescentů v ordinacích praktických pediatrií Pardubického kraje.

9.4 Charakteristika souboru

Výzkumný soubor představoval 40 sester pracujících v ordinacích pediatrií v Pardubicích, Chrudimi, Vysokém Mýtě, Litomyšli, Poličce a v několika malých městech a vesnicích. Dotazník byl předložen v tištěné podobě od února do dubna roku 2011 celkem 43 sestrám. Vyplněný dotazník byl zpět získán od 40 sester. Návratnost tedy byla 93%.

9.5 Výsledky

Ke zpracování výsledků jsem použila program Microsoft Excel a vizualizaci jsem přenesla do tabulek a výsečových grafů (viz příloha č. 8, s. 86). V tabulkách uvádím absolutní četnost a relativní četnost. Absolutní četnosti jsou uvedeny vždy v procentech a zaokrouhlené na dvě desetinná místa.

Absolutní četnost: počet výskytů hodnoty označujeme jako absolutní četnost. Součet četností je roven rozsahu souboru.

Relativní četnost: získáme jako podíl jednotlivých absolutních četností k celkovému rozsahu. Součet relativních četností je uveden v % a je roven 100 %.

<http://cs.wikipedia.org/wiki/%C4%8Cetnost>

Tabulka č. 1 (Příloha viz graf 1, s.)

Délka praxe v oboru	Četnost	%
0–1 rok	1	2,50%
2–5 let	3	7,50%
6–10 let	8	20,00%
11 a více	28	70,00%
CELKEM	40	100%

Největší část sester, 28 (70%), pracuje v oboru 11 a více let. Druhá, méně početná skupina jsou sestry s praxí 6–10 let, kterých bylo 8 (20%), další v pořadí byly sestry s 2–5 lety praxe, 3 (7,5%). Jeden rok praxe měla pouze jedna sestra (2,5%).

Tabulka č. 2 (Příloha viz graf 2, s.)

Do jaké věkové kategorie patříte?	Četnost	%
18 – 25 let	1	2,50%
26 – 35 let	5	12,50%
36 – 45 let	16	40,00%
46 a více	18	45,00%
CELKEM	40	100%

Ze 40 (100%) sester patřila 1 sestra (2,5%) do věkové kategorie od 18 – 25 let, 5 sester (12,5%) patřilo do věkové kategorie mezi 26 – 35 lety, 16 sester (40%) bylo mezi 36–45 lety a největší skupinu tvořily sestry ve věku 46 let a více, takových bylo 18 (45%).

Tabulka č. 3 (Příloha viz graf 3, s.)

Odborné vzdělání	Četnost	%
SOŠ	30	80,00%
VOŠ	6	15,00%
VŠ – Bc.	2	5,00%
VŠ – Mgr.	0	0,00%
CELKEM	40	100%

Největší počet sester 30 (80%) mělo dokončené středoškolské vzdělání. Druhou nejčastější skupinou byly sestry s vyšším odborným vzděláním, bylo jich 6 (15%). 2 sestry (5%) měly dokončené bakalářské vzdělání a magisterské vzdělání nebylo u sester zastoupeno.

Tabulka č. 4 (Příloha viz graf 4, s.)

Forma vzdělání v oblasti obezity	Četnost	%
Seminář na odborném pracovišti	1	1,54%
Přednáška	15	23,08%
Předmět v rámci VŠ studia	2	3,08%
Sebevzdělávání e-learningem	1	1,54%
Sebevzdělávání z odborné literatury	25	38,46%
Sebevzdělávání z internetových zdrojů	21	32,31%
CELKEM	65	100%

U této otázky byla možnost zaškrtnout více odpovědí. Informace o obezitě a její problematice získalo 25 sester (38,46%) pomocí sebevzdělávání se z odborné literatury, 21 sester (32,31%) získáno informace na internetu, 15 sester (23,08%) formou přednášek, 2 sestry (3,08%) získaly tyto informace formou studia ve škole. 1 sestra (1,54%) se sebevzdělávala e-learningem.

Tabulka č. 5 (Příloha viz graf 5, s.)

Navštěvují vaši ordinaci děti s nadváhou nebo obezitou?	Četnost	%
Ano	36	90,00%
Ne	2	5,00%
Nevím	2	5,00%
CELKEM	40	100%

Převážná většina sester, 36 (90%) z celkového počtu 40 sester (100%), uvedla, že jejich ordinaci navštěvují děti s obezitou, 2 sestry (5%) uvedly, že obézní děti jejich ordinaci nenavštěvují, a 1 sestra (5%) udala možnost nevím.

Tabulka č. 6 (Příloha viz graf 6, s.)

Mezi dětmi s nadváhou nebo obezitou, které navštěvují vaši ordinaci, je více:	Četnost	%
Dívek	14	35,00%
Chlapců	2	5,00%
Stejně	20	50,00%
Nevím	4	10,00%
CELKEM	40	100%

Z celkového počtu 40 sester jich 20 (50%) zvolilo odpověď o stejném zastoupení obézních dívek a chlapců v ambulancích pediatriů. 14 sester (35%) udalo odpověď o větším počtu dívek, 2 sestry (5%) se domnívají, že je zastoupeno více chlapců, kteří trpí obezitou, a 4 sestry (10%) zvolily odpověď nevím.

Tabulka č. 7 (Příloha viz graf 7, s.)

Jak zjistíte ve Vaší ordinaci stav nadváhy a obezity u dětí a adolescentů?	Četnost	%
Pomocí BMI	17	19,77%
Měřením kožní řasy	3	3,49%
Pomocí růstových tabulek.	28	32,56%
Vážením	38	44,19%
CELKEM	86	100%

Sestry mohly zaškrtnout více odpovědí. Nejčastější metodou používanou ke stanovení stavu výživy u dětí a adolescentů je dle odpovědí v dotazníku vážení, to uplatňuje 38 sester (44,19%), 28 sester (32,56%) hodnotí stav pomocí růstových tabulek, metodu BMI používá v ordinacích 17 sester (19,77%) a 3 sestry (3,49%) měří kožní řasu.

Tabulka č. 8 (Příloha viz graf 8, s.)

Vážíte dítě při každé preventivní prohlídce?	Četnost	%
Ano	34	85,00%
Ne	2	5,00%
Jen někdy	4	10,00%
CELKEM	40	100%

Na tuto otázku odpověděla převážná většina sester, 34(85%), že dítě váží při každé preventivní prohlídce, 4 sestry (10%) dítě váží jen někdy a 2 sestry (5%) dítě neváží při každé preventivní prohlídce.

Tabulka č. 9 (Příloha viz graf 9, s.)

Měříte dítě při každé preventivní prohlídce?	Četnost	%
Ano	34	85,00%
Ne	2	5,00%
Jen někdy	4	10,00%
CELKEM	40	100%

Sester, které měří dítě při každé preventivní prohlídce, je 34 (85%), 4 sestry (10%) dítě měří jen někdy a 2 sestry (5%) dítě neměří při každé preventivní prohlídce.

Tabulka č. 10 (Příloha viz graf 10, s.)

Zjišťujete u dětí s nadváhou nebo obezitou jejich stravovací návyky?	Četnost	%
Ano	38	95,00%
Ne	2	5,00%
Nevím	0	0,00%
CELKEM	40	100%

Z celkového počtu 40 sester odpovědělo 38 (95%), že zjišťuje stravovací návyky obézních dětí. 2 sestry (5%) stravovací návyky nezjišťují a možnost nevím nezvolila žádná sestra.

Tabulka č. 11 (Příloha viz graf 11, s.)

Zjišťujete u dětí s nadváhou nebo obezitou jejich pohybový režim?	Četnost	%
Ano	38	95,00%
Ne	2	5,00%
Nevím	0	0,00%
CELKEM	40	100%

Pohybový režim u obézních dětí zjišťuje 38 sester (95%), 2 sestry (5%) údaje o pohybovém režimu nezjišťují a odpověď nevím nezvolila žádná sestra.

Tabulka č. 12 (Příloha viz graf 12, s.)

Jak byste vystihla pojem edukace?	Četnost	%
Výchova	23	38,98%
Vzdělávání	23	38,98%
Řízení	6	10,17%
Sebevzdělávání	3	5,08%
Dodržování nařízení	4	6,78%
CELKEM	59	100%

Sestry zde mohly zaškrtnout více odpovědí. Na tuto otázku odpovědělo 23 sester (38,98%) pojmem výchova a stejně tak 23 (38,98%) sester označilo pojem vzdělávání. 6 sester (10,17%) udává odpověď řízení. 4 sestry (6,78%) udaly odpověď dodržování nařízení a 3 sestry (5,08%) chápou edukaci jako sebevzdělávání.

Tabulka č. 13 (Příloha viz graf 13, s.)

Myslíte si, že do náplně sestry v oblasti primární péče o děti a dorost patří edukační činnost?	Četnost	%
Ano	29	72,50%
Ne	2	5,00%
Nevím	9	22,50%
CELKEM	40	100%

Z celkového počtu 40 sester si 29 (72,5%) myslí, že edukace patří do náplně práce sestry v oblasti primární péče o děti a dorost. 9 sester (22,5%) zvolilo odpověď nevím a 2 sestry (5%) si nemyslí, že edukace patří do náplně práce sestry v primární péči.

Tabulka č. 14 (Příloha viz graf 14, s.)

Zúčastnila jste se během posledního roku některé vzdělávací akce na téma obezity a zdravé výživy?	Četnost	%
Ano	29	72,50%
Ne	11	27,50%
CELKEM	40	100%

Vzdělávací akce na téma obezity a zdravé výživy se během posledního roku zúčastnilo 29 sester (72,5%) a 11 sester (27,5%) se nezúčastnilo žádné akce na toto téma.

Tabulka č. 15 (Příloha viz graf 15, s.)

Nejčastější dvě příčiny obezity dle sester	Četnost	%
Nedostatečná pohybová aktivita	32	40,00%
Nesprávná životospráva	25	31,25%
Dědičnost	14	17,50%
Špatný životní styl rodiny	9	11,25%
CELKEM	80	100%

Zde měly sestry vybrat 2 možnosti ze 4 možných. 32 sester (40%) vybralo možnost nedostatečná pohybová aktivita, 25 sester (31,25%) nesprávná životospráva, 14 sester (17,5%) dědičnost a špatný životní styl rodiny 9 sester (11,25%).

Tabulka č. 16 (Příloha viz graf 16, s.)

Provádíte edukační činnost?	Četnost	%
Ano – pokračujte prosím další otázkou	24	60,00%
Ne – přejděte prosím až na poslední otázku	16	40,00%
CELKEM	40	100%

Na otázku, provádíte edukační činnost, odpovědělo z celkového počtu 24 sester (60%), že edukují, a 16 sester (40%) odpovědělo, že edukační činnost neprovádí.

Tabulka č. 17 (Příloha viz graf 17, s.)

Sestrou doporučený postup pro snížení nadváhy a obezity	Četnost	%
Zvýšit pohybovou aktivitu	20	35,09%
Úprava stravovacích návyků	24	42,11%
Úprava pitného režimu	10	17,54%
Lázeňská péče	3	5,26%
CELKEM	57	100%

V této otázce měly sestry možnost označit více odpovědí. Snížit nadváhu a obezitu doporučuje 24 sester (42,11%) úpravou stravovacích návyků. 20 sester (35,09%) doporučuje zvýšit pohybovou aktivitu dětí. Upravit pitný režim doporučuje 10 sester (35,09%) a lázeňskou péči doporučují 3 sestry (5,26%).

Tabulka č. 18 (Příloha viz graf 18, s.)

Kdy je klient edukován	Četnost	%
Při sdělení diagnózy	8	33,33%
Při jednotlivých kontrolách	15	62,50%
Při zvlášť pořádaných besedách	1	4,17%
CELKEM	24	100%

Z celkového počtu 24 edukujících sester jich odpovědělo 15 (62,5%), že klient je edukován při jednotlivých kontrolách. 8 sester (33,33%) udává, že klient je edukován při sdělení diagnózy, a 1 sestra (4,17%) zvolila odpověď, že je klient edukován při zvlášť pořádaných besedách.

Tabulka č. 19 (Příloha viz graf 19, s.)

Jak edukujete klienty v problematice dětské obezity	Četnost	%
Formou připraveného letáku	17	18,09%
Ústním sdělení na základě otázek klienta	19	20,21%
Ústním sdělení na základě výsledků kontrolního vyšetření	17	18,09%
Informacemi o životním stylu podporujícím léčebný proces	15	15,96%
Informacemi o rozhodovacím schématu při řešení stravování	6	6,38%
Odkazem na informace o internetových zdrojích k dětské obezitě	11	11,70%
Odkazem na literaturu k dětské obezitě	9	9,57%
CELKEM	94	100%

V této otázce měly sestry možnost označit více odpovědí. V této otázce odpovědělo 19 sester (20,21%), že edukuje klienty o problematice obezity ústním sdělením na základě otázek klienta. 17 sester (18,09%) edukuje klienta formou připraveného letáku, stejně tak 17 sester (18,09%) edukuje na základě výsledků kontrolního vyšetření. Dalších 15 sester (15,96%) podává informace o životním stylu podporující léčebný proces, 11 sester (11,7%) dává odkaz na internetové zdroje o dětské obezitě. Odkaz na literaturu o dětské obezitě udává 9 sester (9,57%) a 6 sester (6,38%) podává informace o rozhodovacím schématu při řešení stravování.

Tabulka č. 20 (Příloha viz graf 20, s.)

Které bariéry nedovolují zvýšit účinnost edukace u dětské obezity?	Četnost	%
Nedostatečná spolupráce ze strany rodičů obézního dítěte	5	17,24%
Nedostatek času pro přímou edukaci v kontextu odborného vyšetření	10	34,48%
Nesystémovost edukace v problematice dětské obezity	5	17,24%
Nevhodné pracovní podmínky sester pro edukaci	3	10,34%
Chybějící kurzy s kompletním vzděláním v problematice edukace o dětské obezitě	6	20,69%
CELKEM	29	100%

V této otázce měly sestry možnost označit více odpovědí. Na tuto otázku odpovědělo 10 sester (34,48%), že účinnost edukace u dětské obezity omezuje nedostatek času. Dalších 6 sester (20,69%) se domnívá, že chybějí kurzy s kompletním vzděláním o problematice obezity. 5 sester (17,24%) zvolilo jako odpověď nesystémovost edukace v problematice obezity a stejně tak 5 sester (17,24%) se domnívá, že je nedostatečná spolupráce ze strany rodičů obézního dítěte, a 3 sestry (10,34%) udávají, že mají nevhodné pracovní podmínky pro edukaci.

Tabulka č. 21 (Příloha viz graf 21, s.)

Které téma považujete v edukaci za nejdůležitější	Četnost	%
Vhodná a nevhodná strava	15	31,25%
Rodinné tradice stravování jako bariéra úspěšné léčby	9	18,75%
Vybudování časového režimu stravování	11	22,92%
Monitoring pohybu v režimu dne dítěte	9	18,75%
Spektrum pohybových činností dítěte podle jeho věku a diagnózy	4	8,33%
CELKEM	48	100%

V této otázce měly sestry možnost označit více odpovědí. Na tuto otázku odpovědělo 16 sester (31,25%), že považuje v edukaci za nejdůležitější téma rozdělení vhodné a nevhodné stravy. Dalších 12 sester (22,92%) odpovědělo, že nejdůležitější v edukaci je vybudování časového režimu stravování. 10 sester (18,75%) odpovědělo, že nejdůležitější téma edukace je monitoring pohybu v režimu dítěte. Stejně tak pro 10 sester (18,75%) je nejdůležitější edukace v oblasti rodinných tradic stravování a pro 5 sester (8,33%) je nejdůležitější edukace v oblasti spektra pohybových činností dítěte.

Tabulka č. 22 (Příloha viz graf 22, s.)

Označte pomůcky, které využíváte při edukaci pacientů:	Četnost	%
Žádné	5	11,11%
Letáky a jiné propagační materiály	20	44,44%
Knihy, časopisy, tisk	10	22,22%
Internet	10	22,22%
Jiné (jaké?)	0	0,00%
CELKEM	45	100%

V této otázce měly sestry možnost označit více odpovědí. Z pomůcek, které sestry používají k edukaci, 20 sester (44,44%) používá letáky a jiné propagační materiály, 10 sester (22,22%) využívá knihy, časopisy a tisk, stejně tak 10 sester (22,22%) odkazuje na internet. 5 sester (11,11%) nepoužívá žádné pomůcky a odpověď, zda sestry používají jiné pomůcky, nezvolila žádná sestra.

Tabulka č. 23 (Příloha viz graf 23, s.)

Kde provádíte edukaci?	Četnost	%
Ordinace	23	56,10%
Čekárna	14	34,15%
Škola	0	0,00%
Domácí prostředí dětského pacienta	3	7,32%
Přednáškové sály	1	2,44%
Jinde (kde?)	0	0,00%
CELKEM	41	100%

V této otázce měly sestry možnost označit více odpovědí. Nejvíce sester, 23 (56,1%), edukuje v prostředí ordinace, menší počet sester, 14 (34,15%), edukuje v čekárně. 3 sestry (7,32%) edukují v domácím prostředí pacientů a 1 sestra (2,44%) edukuje v přednáškovém sále.

Tabulka č. 24 (Příloha viz graf 24, s.)

Jaké metody využíváte při edukačním procesu?	Četnost	%
Osobní rozhovor	24	55,81%
Konzultace po telefonu, e-mailu	5	11,63%
Přednáška	1	2,33%
Doporučení materiálů k prostudování	13	30,28%
Jinou (jakou?)	0	0,00%
CELKEM	43	100%

V této otázce měly sestry možnost označit více odpovědí. Nejvíce sester, 24 (55,81%), edukuje prostřednictvím osobního rozhovoru. 13 sester (30,28%) doporučuje materiál k prostudování. Konzultaci e–mailem a telefonem využívá 5 sester (11,63%) a 1 sestra (2,33%) edukuje prostřednictvím přednášky. Jinou metodu nezvolila žádná sestra.

Tabulka č. 25 (Příloha viz graf 25, s.)

Máte vhodné pracovní podmínky pro provádění edukace?	Četnost	%
Ano	21	87,50%
Ne	3	12,50%
CELKEM	24	100%

Z 24 edukujících sester jich 21 (87,50%) má vhodné podmínky pro provádění edukace. Další 3 sestry (12,50%) nemají vhodné pracovní podmínky pro edukační činnost.

Tabulka č. 26 (Příloha viz graf 26, s.)

Máte v ambulanci dostatek edukačního materiálu v oblasti zdravé výživy?	Četnost	%
Ano	17	70,83%
Ne	7	29,17%
CELKEM	24	100%

Dostatek edukačního materiálu pro oblast zdravé výživy má ve své ambulanci 16 sester (66,67%). Zbýlých 8 edukujících sester (33,33%) udává nedostatek edukačního materiálu v ambulanci, kde pracují.

Tabulka č. 27 (Příloha viz graf 27, s.)

Máte dostatek informací na to, abyste mohla kvalitně vést edukaci o zdravé výživě?	Četnost	%
Ano	18	75,00%
Ne	3	12,50%
Nevím	3	12,50%
CELKEM	24	100%

Z celkového počtu 24 sester odpovědělo 18 sester (75%), že má dostatek informací k edukaci o zdravé výživě. 3 sestry (12,5%) odpověděly, že těchto informací nemají dostatek, a stejný počet sester (12,5%) zvolil odpověď nevím.

Tabulka č. 28 (Příloha viz graf 28, s.)

Patří podle Vás do kompetencí sestry edukace v oblasti výživy?	Četnost	%
Ano	24	100,00%
Ne	0	0,00%
Nevím	0	0,00%
CELKEM	24	100%

Na tuto otázku odpovědělo všech 24 edukujících sester (100%), že edukace v oblasti výživy patří do kompetencí sestry v ambulancích praktických pediatrů.

Tabulka č. 29 (Příloha viz graf 29, s.)

Je pro edukující sestru podstatné znát zásady komunikace?	četnost	%
Ano	18	75,00%
Ne	4	16,67%
Nevím	2	8,33%
CELKEM	24	100%

18 sester (75%) odpovědělo, že je podstatné znát zásady komunikace. Ne odpověděly 4% sestry a neví 2% sestry.

Tabulka č. 30 (Příloha viz graf 30, s.)

Jaký máte důvod, proč se edukační činnosti nevěnujete:	Četnost	%
Nedostatek času	8	50,00%
Nedostatečné finanční ohodnocení	0	0,00%
O edukaci nemají pacienti a komunita zájem	2	12,50%
Edukaci považujete za zbytečnou	0	0,00%
Nevím	4	25,00%
Jiný důvod (jaký?)	2	12,50%
CELKEM	16	100%

Nejvíce sester 8 (50%) uvádí jako důvod neprovádění edukační činnosti nedostatek času. 4 sestry (25%) zvolily odpověď neví a 2 sestry (12,5%) uvedly nezájem pacientů a komunity. Další 2 (12,5%) sestry udaly jiný důvod.

Tabulka č. 31 (Příloha viz graf 31, s.)

Poskytujete ve Vaší ordinaci informace o prevenci obezity?	Četnost	%
Ano	10	25,00%
Ne	9	22,50%
Jen když má dítě předpoklady pro obezitu	21	52,50%
CELKEM	40	100%

Z počtu 40 sester jich 21 (52,5%) poskytuje informace, jen pokud má dítě předpoklad pro nadváhu. 10 (25%) poskytuje informace o prevenci nadváhy a obezity a odpověď, že preventivní informace neposkytuje, zvolilo 9 sester (22,5%).

Tabulka č. 32 (Příloha viz graf 32, s.)

Kdo ve Vaší ordinaci poskytuje informace o prevenci obezity?	Četnost	%
Sestra	10	25,00%
Lékař	5	12,50%
Sestra i lékař společně	25	62,50%
CELKEM	40	100%

Na tuto otázku odpovědělo 25 sester (62,5%), že společně s lékařem poskytují informace o prevenci obezity. 10 sester (25%) poskytuje informace o prevenci obezity samo a 5 sester (12,5%) zvolilo odpověď, že informace poskytuje pouze lékař.

Tabulka č. 33 (Příloha viz graf 33, s.)

Dodržují rodiče a děti Vaše doporučení ohledně prevence obezity?	Četnost	%
Ano	2	5,00%
Ne	2	5,00%
Pouze někteří	36	90,00%
CELKEM	40	100%

Z celkového počtu 40 sester se jich 36 (90%) domnívá, že pouze někteří rodiče dodržují preventivní opatření. 2 sestry (5%) se domnívají, že rodiče preventivní opatření dodržují, a stejně tak 2 sestry (5%) se domnívají, že rodiče preventivní opatření nedodržují.

Tabulka č. 34 (Příloha viz graf 35, s.)

Jsou Vaše preventivní opatření efektivní?	Četnost	%
Ano	3	7,50%
Ne	2	5,00%
Jak kdy	35	87,50%
CELKEM	40	100%

Z celkového počtu 40 edukujících sester se jich většina, 35 (87,5%), domnívá, že jsou jejich preventivní opatření účinná jak kdy, 3 sestry (7,50%) se domnívají, že jejich preventivní opatření účinná jsou a 2 sestry (5,00%) se domnívají, že jejich preventivní opatření účinná nejsou.

10 DISKUZE

Cílem tohoto průzkumu bylo zjistit, zda sestry v primární péči uskutečňují edukační proces, jakým způsobem a zda pro jeho uskutečnění mají vhodné podmínky. Dalším cílem bylo zjistit, jaká je informovanost sester v problematice dětské obezity. Potřebné údaje byly zjištěny dotazníkem, který jsem zpracovala a osobně předala sestřím pracujícím v ambulancích praktických pediatrů Pardubického kraje. Dotazník obsahoval 34 otázek. První část dotazníku nám poskytla identifikační údaje (věk, délka praxe), zbývající část dotazníku nám dala odpověď na to, jestli sestry edukují, jaký je obsah jejich edukace, zda mají k edukaci podmínky a jak jsou informovány o problematice dětské obezity.

Nabídnuto bylo celkem 43 dotazníků sestřím pediatrů Pardubického kraje v Pardubicích, Chrudimi, Vysokém Mýtě, Litomyšli, Poličce a v několika malých městech a vesnicích. Vyplněný dotazník byl přijat a zpět získán od 40 sester. 3 sestry dotazník nepřijaly z důvodu nedostatku času na vyplnění. Tuto odpověď mi udaly sestry v Pardubicích. Návratnost dotazníku je tedy 93%.

Výrazná většina sester je s praxí 6 let a více (90%) a z toho 70% s více než 11 letou praxí (85% starších 36 let). Délka praxe a věk sester souvisela se stupněm vzdělání, které je z 80% středoškolské. Tento parametr se promítl do edukační činnosti sester, která je zmíněná níže. Forma ukončeného vzdělání v oblasti obezity u sester je převážně sebevzdělávání, jak z odborné literatury, tak i z internetových zdrojů (přes 70%). Jen 5 sester uvedlo název knihy nebo zdroje. Nejvíce sestry uváděly knihy od Petra Fořta a internetový zdroj www.vyživadeti.cz.

Méně než 5% sester uvedlo formu ukončeného vzdělání v rámci VŠ studia nebo seminářem na odborném pracovišti. 90% sester odpovědělo, že jejich ordinace navštěvují obézní děti. Genderové zastoupení je zde ze dvou třetin tvořené obézními dívkami. Necelá polovina sester používá pro zjištění obezity u dětí a adolescentů vážení. Percentilové grafy a BMI používají sestry v menší míře. Jen zhruba 3% sester používá měření kožní řasy. Vignerová (2006, s. 122) uvádí, že růstové tabulky by měly být používány v ambulancích pediatrů co nejčastěji, protože váha dětí je vždy vztažena k tělesné výšce pohlaví a věku dítěte. Stav výživy tak sestry stanoví nejrychleji a nejpresněji dle těchto údajů. Bohužel však tuto metodu používá pouze třetina sester. I když 85% sester děti při preventivních prohlídkách měří a váží, nevyužívají všechny dostupné techniky ke zjištění obezity. Zde si můžeme položit otázku k motivaci

zdravotnických pracovníků na řešení problému dětské obezity. U zachycených případů obézních dětí se zabývá 95% lékařů a sester stravovacími návyky a pohybovým režimem, což je velice důležité pro následnou edukaci. Za nejčastější vystižení pojmu edukace si sestry vybraly výchovu a vzdělávání (shodně téměř 40%). Dalších 3 sestry (7,5%) odpověděly správně, že edukace může být i sebevzdělávání, jak uvádějí autorky literatury o edukaci (Juřeníková, 2010, s. 10; Nemcová, 2010, s.12 ; Magurová, 2009, s. 48). Nesprávnou odpověď řízení, uvedlo 6 sester (15%). Více než 70% sester si myslí, že edukační činnost patří do náplně práce v oblasti primární péče o děti a adolescenty a pouze 5% si myslí opak. Ostatní sestry uvedly odpověď nevím. Je však alarmující, že i když si většina sester myslí, že edukační činnost patří do jejich pracovní náplně, více jak třetina z nich needukuje. Pozitivní je, že přes 70% sester v dotazníku uvedlo, že se zúčastnilo během posledního roku některé vzdělávací akce na téma zdravé výživy. Na otázku, pro další část dotazníku rozhodující, “zda provádí edukační činnost“, 60% všech sester odpovědělo Ano. Zbýlých 40% sester vůbec needukuje v oblasti obezity u dětí a adolescentů. To může dle dotazníku souviset s vyšším věkem. Čím byly sestry mladší a vzdělanější, tím častěji edukační činnost prováděly. To souvisí i s nedostatečným a nesystémovým informováním zdravotních sester v oblasti prevence obezity u dětí.

Nemcová (2010, s. 30) uvádí edukační proces jako neoddelitelnou složku ošetrovatelského procesu. Výchova ke zdraví je důležitou formou prevence a v dnešní době má již globální přesah. Klade velký důraz na primární prevenci, která se v současné době bez zdravotnické edukace neobejde. Je tedy zarážející, že v našem šetření 40% sester pracujících v primární péči klienty needukuje.

Další část dotazníku byla zaměřena na edukační činnost sester v prevenci obezity. Z celkového počtu 24 zdravotních sester, které edukují, všechny uvedly u otázky týkající se doporučených opatření pro snížení nadváhy a obezity odpověď úprava stravovacích návyků. Další možnost, zvýšení pohybové aktivity, zvolilo více než 80% z nich. Zbylé dvě odpovědi, úpravu pitného režimu a lázeňskou péči, doporučuje necelá čtvrtina sester. Fořt (2004, s. 84) upozorňuje na nedostatečný pitný režim dětí a upozorňuje na nezdravé pití, propagované dětské nápoje s vysokým obsahem cukrů mající vliv na obezitu.

Nejčastěji jsou rodiče a obézní děti edukováni při jednotlivých kontrolách (62%) a při sdělení diagnózy (33%). Pouze jedna sestra (5%) uvedla, že edukuje při zvlášť pořádaných besedách.

Velká část sester edukuje klienty v problematice dětské obezity ústním sdělením na základě otázek klienta (79%), formou připraveného letáku (71%) a ústním sdělením na základě výsledků kontrolního měření (taktéž 71%). Další méně početná skupina edukuje informacemi o životním stylu podporujícím léčebný proces (63%) a odkazem na informace o internetových zdrojích. Minoritní kategorií se tak staly odpovědi odkazující na literaturu (38%) a na informace o rozhodovacím schématu při řešení stravování (25%). Literatura (Magurová, 2009, s. 54; Juřeniková, 2010, s. 42) se v této otázce z části shoduje s výsledkem a uvádí rozhovor, jako nejčastější formu edukace, kde převládá individuální přístup sester ke klientovi. Rozvoj komunikace mailem a využívání počítačů, jak udává Závodná (2005, s. 50), sestry ale využívají méně. V souvislosti s tím si můžeme položit otázku, zda vedle pracovních stereotypů nesouvisí věk sester také s využitím nových informačních zdrojů. Největší bariéry vidí zdravotní sestry v nedostatku času pro přímou edukaci v kontextu odborného vyšetření (46%). Další překážky spatřují v chybějících kurzech s kompletním vzděláním v problematice edukace o dětské obezitě (25%), nedostatečné spolupráci ze strany rodičů obézního dítěte (21%) a nesytemovosti edukace v problematice dětské obezity (21%). Pouze 13% sester pokládá za bariéru nevhodné pracovní podmínky. Problémem tedy není jen nedostatek času, ale i současná nesytemovost edukace, kdy nejsou standardně odlišeny prevence primární, sekundární a terciární, není tedy cílové zaměření podle potřeb jednotlivých skupin klientů. Tím není ani specifikován obsah tak, aby aktuálně oslovil každého jednotlivého klienta. Za zmínku stojí i fakt, že velice důležitý je i přístup rodičů obézního dítěte. Lisá (1990, s. 135) klade důraz na rodinu, kde si dítě utváří stravovací návyky a postoje ke zdravému způsobu života. Pokud však rodiče dávají dětem špatný vzor a nespolupracují na terapii dítěte, je snaha sester a lékařů marná.

V otázce, která 2 témata považují sestry v edukaci za nejdůležitější, odpovídaly nejčastěji vhodná a nevhodná strava (31%) a vybudování časového režimu stravování (23%). Další odpovědi dle četnosti byly rodinné tradice stravování jako bariéra úspěšné léčby a monitoring pohybu v režimu dne dítěte (obě 19%). Za nejméně

důležité téma sestry považují odpověď týkající se spektra pohybových činností dítěte podle jeho věku a diagnózy (8%).

Jak vyplývá z dotazníku, k edukaci pacientů sestry převážně používají letáky a jiné propagační materiály (45%), kterých, jak vyplývá z otázky č. 30, mají sestry dostatečné množství. Otázkou zůstává, jak funkční tyto materiály jsou. Knihy, časopisy, tisk a počítače s internetem považují rovněž za zdroj informací (obojí 22%). V 11% případů nepoužívají žádné edukační pomůcky. Nemcová míní, že zdravotníci si někdy chybně myslí, že nedostatek edukačního materiálu je příčinou nedostatečné edukace. Je však třeba si uvědomit, že edukační média nemohou nahradit edukátora, jsou to jen pomocné nástroje k realizaci edukace (Nemcová, 2010, s. 178). Edukační činnost sestry provádějí především v ordinacích (přes 50%) a čekárnách (přes 30%). Pouze malá část sester využívá k edukaci domácí prostředí pacienta nebo přednáškovou síň (shodně 7%). Velký důraz při edukačním procesu kladou sestry na osobní rozhovor a také ho využívají všechny edukující sestry. I literatura (Nemcová, 2010, s. 166) považuje rozhovor za tradiční metodu edukace, která zapojuje edukanta do edukačního procesu. Z nadpoloviční většiny doporučují také různé materiály k prostudování. Konzultaci po telefonu či emailem využívá pouze každá pátá edukující sestra a pouze jediná odpověděla, že využívá jako edukační metodu přednášky přes to, že literatura udává jejich efektivitu v tom, že sestra může edukovat více lidí najednou (Nemcová, 2010, s. 166). Skoro 90% sester se domnívá, že má vhodné podmínky k edukaci. S tím také v neposlední řadě souvisí to, že více jak dvě třetiny z nich mají také dostatek edukačního materiálu (66%). 75% sester uvádí, že má dostatek informací na to, aby mohly kvalitně vést edukaci o zdravé výživě. Dalších 12% sester dostatek informací nemá. To může souviset s otázkou číslo 20, kde čtvrtina sester odpověděla, že postrádají kurzy s kompletním vzděláním s problematikou edukace o dětské obezitě.

Pozitivní je fakt, že všechny edukující sestry vědí, že do jejich kompetencí patří edukace v oblasti dětské obezity. Povinnost provádět edukaci pacienta je dána i vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 55/2011 Sb., která stanoví činnosti zdravotnických a jiných odborných pracovníků.

Na otázku č. 30 odpovídaly pouze sestry, které needukují (40%). K zamyšlení je, že polovina sester udává nedostatek času (50%) k edukaci, 2 sestry (12,5%) uvedly jiný důvod, kterým bylo odesílání klientů na specializované pracoviště. Čtvrtina také

uvedla, že neví, proč neprovádějí edukační činnost. Naději na změnu dává fakt, že si žádná z needukujících sester nemyslí, že edukace je zbytečná.

V poslední části dotazníku byly obsaženy otázky týkající se prevence obezity u dětí. Z celkového počtu 40 sester jich 10 uvedlo (25%), že v jejich ordinaci jsou poskytovány informace o prevenci obezity. Dalších 21 z nich (52%) podává informace pouze, když má dítě předpoklady k obezitě. A 9 sester (22,5%) neposkytuje informace týkající se prevence obezity. Z výše uvedeného usuzujeme na nízké procento sester provádějících primární prevenci v oblasti dětské obezity. Největší část sester se zabývá prevencí až v momentě, když je dítě obézní. Jde tedy o sekundární prevenci, méně účinnou než je prevence primární. Nemcová (2010, s. 33) s odvoláním na Kelčíkovou zmiňuje primární prevenci jako nutnost ochrany zdraví a předcházení nemocem a zkvalitnění života.

S tímto tématem souvisel i další dotaz na to, kdo informace podává. Přes 60% dotázaných sester uvedlo, že informace poskytují společně s lékařem a pouze ve 3 ordinacích (12,5%) podává informace pouze lékař. Poměrně negativní je fakt, že se doporučení ohledně obezity drží pouze někteří rodiče a děti (90%). A vypovídá to i o tom, že 35 sester (87,5%) si myslí o svých preventivních opatřeních, že jsou efektivní jak kdy. Z toho lze usuzovat, že i když se sestry snaží edukovat, ne vždy se setkají s pochopením a spoluprací rodičů, kteří v dnešní uspěchané době nemají na dítě tolik času a kteří jsou především zodpovědni za obezitu svých dětí.

Někteří rodiče podle Pařízkové (2007, s. 186) také špatně přijímají fakt, že by jejich dítě mohlo mít problém s nadváhou a obezitou, a myslí si, že dítě těmto problémům odroste. Singal (2008, s. 8) uvádí, že sestry edukující rodiče těchto dětí, by měly ukázat citlivost, empatii a přesvědčení, že obezita je významný zdravotní problém, který však je léčitelný. Rodiče by sestrou měli být vedeni k výchově nových návyků zdravého životního stylu.

ZÁVĚR

Tento průzkum mapoval edukaci rodičů dětí s nadváhou a obezitou v ambulancích pediatrických lékařů pro děti a dorost v Pardubickém kraji. Bylo zvoleno několik cílů, které sloužily jako podklad k hypotézám. Prvním cílem této práce bylo zjistit, zda dochází k edukačnímu procesu v oblasti prevence nadváhy a obezity u dětí a adolescentů. Došlo ke splnění tohoto cíle. Průzkumem bylo zjištěno, že k edukačnímu procesu dochází u nadpoloviční části dotazovaných sester.

Druhý cíl nám měl dát odpověď na to, jaké jsou podmínky a obsah edukace u sester, které edukují rodiče dětí s nadváhou a obezitou. Tento cíl byl splněn. I když u těchto sester byly průzkumem zjištěny vcelku dobré podmínky pro edukaci, jako je dostatek edukačního materiálu a informačních zdrojů v oblasti obezity a znalost doporučení k edukaci obezity, narážejí sestry na bariéry, které nedovolují zvýšit účinnost edukace. Za hlavní považují nedostatek času. To, že si jsou sestry vědomy potřeby znát zásady komunikace v edukačním procesu, a to, že se různí v důležitosti témat v edukaci s problematikou obezity, nám napovídá, jak je potřebná systémovost a jak je nutné vytváření standardů pro edukaci v oblasti obezity.

Třetí cíl nám měl dát odpověď na to, jaká je informovanost sester v prevenci obezity u dětí a adolescentů. Tento cíl byl splněn. Sestry znají problematiku obezity, nadpoloviční většina sester se účastní vzdělávacích kurzů a sebevzdělává se, tudíž je informována o problematice obezity. Sestry mají dobrý přehled o dětech s nadváhou a obezitou v jejich ambulanci, avšak většina sester provádí preventivní opatření, jen když má dítě sklony k nadváze nebo je již obézní. Tím však neprovádějí prevenci primární, ale sekundární. Bohužel většina sester tuší, že jejich preventivní opatření nejsou vždy efektivní, protože podle údajů dotazníku rodiče nespolupracují.

Hypotéza 1: Sestry pracující v ambulancích lékařů pro děti a dorost provádějí edukaci systémově. Tato hypotéza se nepotvrdila a ukázala na nutnost standardů k edukaci pro sestry edukující rodiče dětí s nadváhou a obezitou.

Hypotéza 2: Sestry pracující v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost mají vhodné podmínky a dostatek znalostí o edukaci. Tato hypotéza se potvrdila. Průzkumem bylo zjištěno, že většina sester pokud edukuje, má pro edukační činnost vhodné podmínky a dostatečné znalosti.

Hypotéza 3: Sestry pracující v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost jsou v problematice prevence obezity u dětí informovány (průběžně se vzdělávají). Tato hypotéza se rovněž potvrdila. Z průzkumu vyplynulo, že sestry pracující v ambulancích praktických pediatrů jsou informovány o problematice obezity.

Obezita je oblast, která je oprávněně v centru pozornosti výzkumníků nejrůznějších oborů. Proto i sestry musí nahlédnout do problematiky dětské obezity a reflektovat signály o uvedené diagnóze, o možnostech řešení tohoto bio–psycho–medicínsko–sociálně–kulturního jevu. Tomu by měl být věnován v ošetrovatelství výzkum. Výzkum by měl přispět k řešení otázek spojených se systémovostí jejich činnosti. Nestačí jen deklarovat povinnost edukace, ale vytvořit podmínky pro optimální činnost zdravotnických pracovníků v prvním kontaktu s klientelou.

ANOTACE

Název práce: Edukace rodičů obézního dítěte v ambulancích pediatriů

Název práce v AJ: Parents' education of the obese child in the out-patient departments of the paediatricians.

Datum zadání: 14.1.2011

Datum odevzdání: 29.5.2011

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Ústav ošetřovatelství

Autor práce: Romana Fořtová

Vedoucí práce: PhDr. Danuška Tomanová CSc.

Oponent práce: PhDr. Danuška Tomanová CSc.

Abstrakt v ČJ: Práce se věnuje problematice obezity u dětí. Celá práce je zpracována do dvou částí. První teoretická část je přehledem studií a informací, které souvisejí s dětskou obezitou, jejím vznikem, diagnostikou, léčbou a komplikacemi. Dále jsou zde informace o prevenci a edukaci v oblasti obezity u dětí. Tyto informace jsou přehledem získaným studiem především v on-line zdrojích a medicínské literatuře.

Druhá část práce je sondou do spektra protektivních činností sester v ambulancích pediatriů Pardubického kraje. Tyto činnosti označujeme pojmem edukace. K tomuto účelu bylo osloveno 40 sester. Data byla získána metodou dotazníkového šetření, které zjišťuje podmínky a obsah edukace realizované sestrami v oblasti prevence obezity u dětí.

Abstrakt v AJ: The diploma paper is devoted to the problems of obese children. The whole paper is divided into two parts. The first theoretic part is a survey of studies and information which are connected with childhood obesity, its origin, diagnosis, treatment and complications. Further there is information about prevention and education in the field of childhood obesity. This information is a survey acquired through studies especially of on-line sources in medical literature. The second part of the paper is a probe into the spectrum of nurses' protective activities in the out-

patients departments of paediatricians in the region of Pardubice. These activities are denominated as education. For this reason I addressed 40 nurses. The data were obtained with the help of questionnaire method which finds out the conditions and content of education realized by nurses in the field of prevention of child obesity.

Klíčová slova v ČJ: obezita, nadváha, příčiny obezity, dítě, pediater, dietoterapie, edukace, edukační činnost, prevence, sestra.

Klíčová slova v AJ: obesity, overweight, obesity causes, adolescent, pediatrician, diet therapy, education, education activity, prevention, nurse.

Rozsah: 64 stran + 33 stran příloh

LITERATURA A PRAMENY:

Seznam knih:

FOŘT, P.: *Stop dětské obezitě*. 1. vyd. Praha: Euromedia Group, 2004. 206 s. ISBN 80-249-0418-7.

FOŘT, P.: *Moderní výživa pro děti*. 2. vyd. Praha: Matramedia, 2000. 229 s. ISBN 80-238-5498-4.

Gregora, M.: *Výživa malých dětí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 96 s. ISBN 80-247-9022-X.

HLÚBIK, P.: *Úvod do problematiky obezity*. 1. vyd. Hradec Králové: Vojenská lékařská akademie J. E. Purkyně, 1994. 83 s. ISBN 80-85109-03-4

JUŘENÍKOVÁ, P., *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 77 s. ISBN 9788024721712

KUNEŠOVÁ, M., HLUBIK, P., HAINER, V., BÝMA, S.: *Obezita, doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*, 1. vyd. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, 2005. 10 s. ISBN 80-903573-8-5

LISÁ, L. – KŇOURKOVÁ, M. – DROZDOVÁ, V.: *Obezita v dětském věku*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. 144 s. ISBN 08-032-90

MAGUROVÁ, D, MEJERNÍKOVÁ, L.: *Edukcia a edukačný proces v ošetrovatelstve*, 1. vyd. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2009. 155 s. ISBN 978-80-8063-326-4

NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E., a kol.: *Moderná edukácia v ošetrovatelstve*. 1. vyd. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2010. 260 s. ISBN 978-80-8063-321-9

PAŘÍZKOVÁ, J., LISÁ, L.: *Obezita v dětství a dospívání: terapie a prevence*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 239 s. ISBN 978-80-7262-466

PRŮCHA, J.: *Moderní pedagogika*. 2. vyd. Praha: Portál, 2002. 488 s. ISBN 80-7178-631-4

ŠAŠINKA, M., ŠAGÁT, T. a kol.: *Pediatrics*. 1. vyd. Košice: Satus, 1998. 1156 s. ISBN: 80-967963-0-5

VIGNEROVÁ, J., kol.: *6. Celostátní antropologický výzkum dětí a mládeže 2001 Česká republika*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2006. 238 s. ISBN 80-86561-30-5

ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. 2.vyd. Martin: Osveta, 2005. 117 s. ISBN 80-8063-193-X.

Přílohové časopisecké zdroje:

FINKOVÁ, M., *Vox pediatryae, Obezita u dětí a dospívajících*, 9/2005, s. 17–18, ISSN: 1213–2241

LEBL, J., HAINEROVÁ, I., *Vox pediatryae, Diferenciální diagnostika dětské obezity*, 9/2005, s. 14–16, ISSN: 1213–2241

MARINOV, Z., *Československá pediatrie, Rizika dětské obezity*, 3/2009, s. 141–146, ISSN: 0069–2328

SINGAL, V., SCHWENK, W. F., *Medicína po promoci, Vyšetření a léčba obezity v dětství a adolescenci*, 2/2008, s. 28, ISSN: 1212–9445

STOŽICKÝ, F., *Vox pediatryae, Prevence vzniku a rozvoje nadváhy a obezity u dětí a adolescentů*, 9/2005, s. 22–26, ISSN: 1213–2241

ŠAMÁNEK, M., URBANOVÁ Z., *Československá pediatrie, Výskyt nadváhy a obezity u 7427 českých dětí vyšetřených v roce 2006*, 3/2008, s. 120–125, ISSN: 0069–2328

TLÁSKAL, P., *Vox pediatryae, Obezita dítěte*, 3/2006, s. 26–28, ISSN: 1213–2241

URBANOVÁ, Z., *Medicína po promoci, Vyšetření a léčba obezity v dětství a adolescenci*, 2/2008, strana 19, ISSN: 1212–9445

Internetové zdroje:

BRAUNEROVÁ, R., HAINER, V., 2010, *Obezita – diagnostika a léčba v praxi* [online]. [cit. 2011–03–20–22:00]. URL: <<http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2010/01/05.pdf>>.

COPAT – Childhood obesity prevalence and treatment [online]. [cit. 2011–03–22–20:00]. URL: <<http://www.copat.cz>>

DIENSTBIER, Z., 2009, *České děti, 9. nejtlustší na světě* [online]. [cit. 2011–03–24–23:00]. URL: <<http://www.tribune.cz/clanek/16002-ceske-deti-nejtlustsi-na-svete>>

ELIÁŠOVÁ, J., 2011, *Výživa dětí předškolního věku* [online]. [cit. 2011–03–20–21:00] URL: <<http://www.babyonline.cz/vyziva-deti/vyziva-3-6-let.html>>

FLORENCE, 2010, *Obezita není náhoda, vyplývá z průzkumu* [online]. [cit. 2011–03–21–23:00]. URL: <http://www.florence.cz/akcent-vzp/archiv/obezita-neni-nahoda-vplyva-z-pruzkumu#SlideFrame_2>

GOLDEMUND, K., 2003, *Obezita a metabolický syndrom* [online]. [cit. 2011–03–22–21:00]. URL: <<http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2003/01/03.pdf>>

- HAINER, V., 2010, *Novinky v obezitologii* [online]. [cit. 2011-03-28-22:00]. URL: <<http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/novinky-v-obezitologii-451932>>
- HAINER, V., KUNEŠOVÁ, M., 2007, *Léčba obezity: Současnost a perspektivy* [online]. [cit. 2011-03-28-02:00]. URL: <<http://www.medvik.cz/kramerius/PShowPageDoc.do?it=0&id=123465&picp=&idpi=355523>>
- HAINER, V., 2006, *Farmakoterapie a zdravotní rizika obezity* [online]. [cit. 2011-03-28-01:00]. URL: <<http://www.solen.cz/pdfs/far/2006/02/11.pdf>>
- HLAVATÁ, A., 2010, *Nadváha a obezita u dětí* [online]. [cit. 2011-03-29-22:00]. URL: <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/nadvaha-a-obezita-u-deti-449169>>
- HLÚBIK, P., 2002, *Obezita – závažný problém současnosti* [online]. [cit. 2011-03-21-23:00]. URL: <<http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2002/07/02.pdf>>
- KUNEŠOVÁ, M., 2004, *Obezita – etiopatogeneze, diagnostika a léčba* [online]. [cit. 2011-03-29-02:00]. URL: <<http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2004/09/04.pdf>>
- JIRKOVSKÝ, D., 2004, *Edukační a ošetrovatelský proces v programu rozšířené primární preventivní péče* [online]. [cit. 2011-03-26-22:00]. URL: <<http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%202004/jirkovsky.pdf>>
- KYTNAROVÁ, J., 2002, *Prostá obezita u dětí* [online]. [cit. 2011-03-23-02:00]. URL: <<http://www.cls.cz/dokumenty2/postupy/t172.rtf>>
- LISÁ, L., 1999, *Je obezita v dětském věku nebezpečná?* [online]. [cit. 2011-03-27-01:00]. URL: <<http://www.rodina.cz/clanek164.htm>>
- LISÁ, L., 2003, *Obezita v dětském věku* [online]. [cit. 2011-03-30-01:00]. URL: <<http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/obezita-v-detskem-veku-150834>>
- LISÁ, L., KYTNAROVÁ, J., STOŽICKÝ, F., PROCHÁZKA, B., VIGNEROVÁ, J., 2008, *Doporučený postup prevence a léčby dětské obezity* [online]. [cit. 2011-03-27-01:00]. URL: <http://www.obesitas.cz/download/doporuceny_postup_prevence_a_lecby_detske_obe_zity.pdf>
- MÁLKOVÁ, I., 2008, *Psychologické faktory vzniku obezity* [online]. [cit. 2011-03-21-23:00]. URL: <http://www.hravezijzdrave.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=65&Itemid=69>
- MIHÁL, V., 2009, *Dáma AHOY (atherosclerosis, hypertension, obesity of the young) dětské obezitě?* [online]. [cit. 2011-03-22-21:00]. URL: <<http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2003/03/16.pdf>>

- MIKUŠOVÁ, K., 2010, *Poradenství snižování nadváhy a léčba obezity* [online]. [cit. 2011-03-02-22:00]. URL: <[http://www.lekarnici.cz/getattachment/Pro-verejnost/PORADENSTVI—KONZULTACE-\(1\)/PORADENSTVI—KONZULTACE-\(2\)/Snizovani-nadvahy-a-lecba-obezity/DP_PORADENSTVI-SNIZOVANI-NADVAHY.pdf.aspx](http://www.lekarnici.cz/getattachment/Pro-verejnost/PORADENSTVI—KONZULTACE-(1)/PORADENSTVI—KONZULTACE-(2)/Snizovani-nadvahy-a-lecba-obezity/DP_PORADENSTVI-SNIZOVANI-NADVAHY.pdf.aspx)>
- PASTUCHA, D., VÁVROVÁ, P., HYJÁNEK, J., CHRASTINA, J., 2010, *Management multioborové spolupráce při léčbě dětské obezity* [online]. [cit. 2011-03-25-22:00]. URL: <http://profeseonline.upol.cz/upload/soubory/2010_03/c2010-3-5.pdf>
- PROCHÁZKA, B., 2009b, *Hodnocení obezity a kardiovaskulárních rizikových faktorů u dětí a adolescentů* [online]. [cit. 2011-03-28-22:00]. URL: <<http://www.tribune.cz/clanek/14328-hodnoceni-obezity-a-kardiovaskularnich-rizikovy-ch-faktoru-u-deti-a-adolescentu>>
- PROCHÁZKA, B., STOŽICKÝ F., 2009a, *Výskyt rizikových faktorů ischemické choroby srdeční u dětí* [online]. [cit. 2011-03-28-22:00]. URL: <<http://www.e-coretvasa.cz/data/view?id=2720>>
- ROSEANN, T., SPIOTTA, G., LUMA, B., 2009, *Hodnocení obezity a kardiovaskulárních rizikových faktorů u dětí a adolescentů* [online]. [cit. 2011-03-26-21:00]. URL: <<http://www.tribune.cz/clanek/14328-hodnoceni-obezity-a-kardiovaskularnich-rizikovy-ch-faktoru-u-deti-a-adolescentu>>
- RYBKA, J., 2005, *Hrozba světové pandemie obezity* [online]. [cit. 2011-03-30-21:00]. URL: <http://www.vnitrnilekarstvi.cz/pdf/vl_05_06_03.pdf>
- SVAČINA, Š., 2004, *Obezita, diabetes, ateroskleróza* [online]. [cit. 2011-03-21-00:00]. URL: <http://www.kardiologickeforum.cz/pdf/kf_04_02_02.pdf>
- TKÁČOVÁ, L., WICZMANDYOVÁ, D., 2010, *Nadváha a obezita u dětí* [online]. [cit. 2011-03-22-23:00]. URL: <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/nadvaha-a-obezita-u-deti-449169>>
- URBÁNEK, R., 2007, *Obézní pacient v ordinaci internisty* [online]. [cit. 2011-03-02-01:00]. URL: <<http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2007/02/01.pdf>>
- URBANOVÁ, Z., 2009a, *Hodnocení obezity a kardiovaskulárních rizikových faktorů u dětí a adolescentů* [online]. [cit. 2011-03-28-23:00]. URL: <<http://www.tribune.cz/clanek/14328-hodnoceni-obezity-a-kardiovaskularnich-rizikovy-ch-faktoru-u-deti-a-adolescentu>>
- URBANOVÁ, Z., ŠAMÁNEK, M., 2009b, *Vliv obezity na výskyt hypertenze u dětí*, [online]. [cit. 2011-03-29-00:00]. URL: <<http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2009/02/05.pdf>>
- URBANOVÁ, Z., 2008, *Můžeme ovlivnit obezitu v dětství?* [online]. [cit. 2011-03-29-01:00]. URL: <<http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2008/04/06.pdf>>

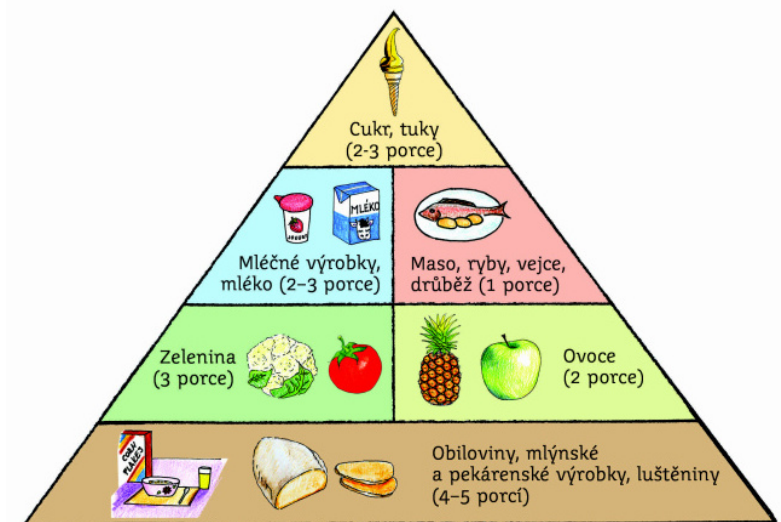
SEZNAM ZKRATEK

- 1-PC1** – Prohormon konvektáza
ACTH – Adrenokortikotropní hormon
BMI – body mass index
CDC – Centers for Disease Control and Prevention
COPAT – Childhood Obesity Prevalence and Treatment
ČR – Česká republika
DM I. – Diabetes mellitus typ I.
DM II. – Diabetes mellitus typ II.
EU – Evropská unie
FDA – Food and Drug Administration
HDL-cholesterol – High Density Lipoprotein (*lipoproteiny o vysoké hustotě*)
IR – Inzulínová Rezistence
KBT – Kognitivně Behaviorální Terapie
kg – kilogram
LDL-cholesterol – Low Density Lipoprotein (*lipoproteiny o nízké hustotě*)
LERP – Leptin receptor
m² – metr čtvereční
MC3-R – Melanocortin 3 receptor
MC4-R – Melanocortin 4 receptor
MCQ test – Multiple choice test – (*jen jedna z nabízených odpovědí je správná*)
MONICA – MONItoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Diseases
MS – Metabolický Syndrom
NHANES – National Health and Nutrition Examination Survey
OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development (*Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj*)
POMC – Proopiomelanocortin (*velký prekursorový peptid*)
Pub Med – volně přístupné rozhraní k databázi MEDLINE
SCOPE – Specialist Certification of Obesity Professionals in Europe
SIR – Syndrom Inzulínové Rezistence
T4 – hormon Thyroxin
TNF α – tumor necrosis faktor alfa
TSH – Thyreotropní hormon
TV – televize
USA – United States of America (*Spojené státy americké*)
VLDL – Very Low Density Lipoproteins (*lipoproteiny o velmi nízké hustotě*)
WHO – World Health Organisation (*Světová zdravotnická organizace*)
WHR – poměr obvodu mezi boky a pasem

SEZNAM OBRÁZKŮ

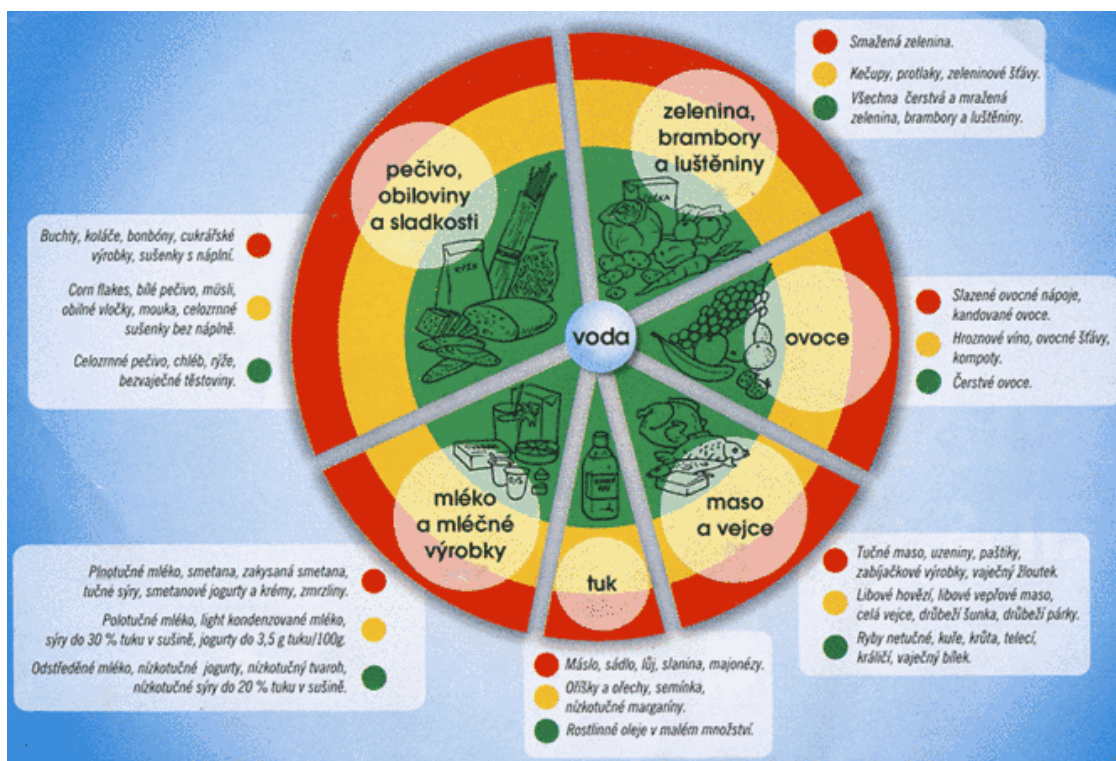
Obrázek č. 1 – Výživová pyramida (Elišková, J., 2011)

<http://www.babyonline.cz/vyziva-deti/vyziva-3-6-let.html>



Obrázek č. 2 – Semaforový systém – <http://www.obezita.cz/hubnutí/vyzivove-poznatky/>





SEZNAM TABULEK

Tabulka č.	strana
1 – Délka praxe v oboru	44
2 – Do jaké věkové kategorie patříte?	44
3 – Odborné vzdělání	45
4 – Forma ukončeného vzdělání v oblasti obezity	45
5 – Navštěvují vaši ordinaci děti s nadváhou nebo obezitou?	46
6 – Mezi dětmi s nadváhou nebo obezitou, které navštěvují vaši ordinaci, je více:	46
7 – Jak zjišťujete ve Vaší ordinaci stav výživy u dětí?	46
8 – Vážíte dítě při každé preventivní prohlídce?	47
9 – Měříte dítě při každé preventivní prohlídce?	47
10 – Zjišťujete u dětí s nadváhou nebo obezitou jejich stravovací návyky?	47
11 – Zjišťujete u dětí s nadváhou nebo obezitou jejich pohybový režim?	48
12 – Jak byste vystihla pojem edukace?	48
13 – Myslíte si, že do náplně sestry patří edukační činnost?	48
14 – Zúčastnila jste se během posledního roku vzdělávací akce na téma zdravé výživy?	49
15 – Nejčastější dvě příčiny obezity dle sester	49
16 – Provádíte edukační činnost?	49
17 – Sestrou doporučený postup pro snížení nadváhy a obezity	49
18 – Kdy je klient edukován	50
19 – Jak edukujete klienty v problematice dětské obezity	50
20 – Které bariéry nedovolují zvýšit účinnost edukace u dětské obezity?	51
21 – Která 2 témata považujete v edukaci za nejdůležitější?	51
22 – Označte pomůcky, které využíváte při edukaci pacientů:	52
23 – Kde provádíte edukaci?	52
24 – Jaké metody využíváte při edukačním procesu?	52
25 – Máte vhodné pracovní podmínky pro provádění edukace?	53
26 – Máte v ambulanci dostatek edukačního materiálu v oblasti zdravé výživy?	53
27 – Máte dostatek informací, abyste mohla kvalitně vést edukaci o zdravé výživě?	53
28 – Patří podle Vás do kompetencí sestry edukace v oblasti výživy?	54
29 – Je pro edukující sestru podstatné znát zásady komunikace?	54
30 – Jaký máte důvod, proč se edukační činnosti nevěnujete:	54
31 – Poskytujete ve Vaší ordinaci informace o prevenci obezity?	54

32 – Kdo ve Vaší ordinaci poskytuje informace o prevenci obezity?	55
33 – Dodržují rodiče a děti Vaše doporučení ohledně prevence obezity?	55
34 – Jsou Vaše preventivní opatření efektivní?	55
35 – Dívky – Intervaly kategorizovaného obvodu pasu podle věku	73
36 – Chlapci – Intervaly kategorizovaného obvodu pasu podle věku	73

Tabulka č. 35 (Kunešová, 2006) www.fzv.cz/files/file/starsi_deti_FINAL.ppt

Dívky – Intervaly kategorizovaného obvodu pasu podle věku			
Věk	Normální délka	Mírně riziková	Silně riziková
6	<64,0	64,0 – 69,0	>69,0
7	<66,5	66,5 – 72,0	>72,0
8	<69,0	69,0 – 75,0	>75,0
9	<71,5	71,5 – 79,0	>79,0
10	<74,0	74,0 – 82,0	>82,0
11	<76,0	76,0 – 84,0	>84,0
12	<78,0	78,0 – 85,5	>85,5
13	<79,5	79,5 – 86,5	>86,5
14	<80,5	80,5 – 87,0	>87,0
15	<81,0	81,0 – 87,5	>87,5
16	<81,5	81,5 – 87,9	>87,9
17	<81,5	81,5 – 87,9	>87,9

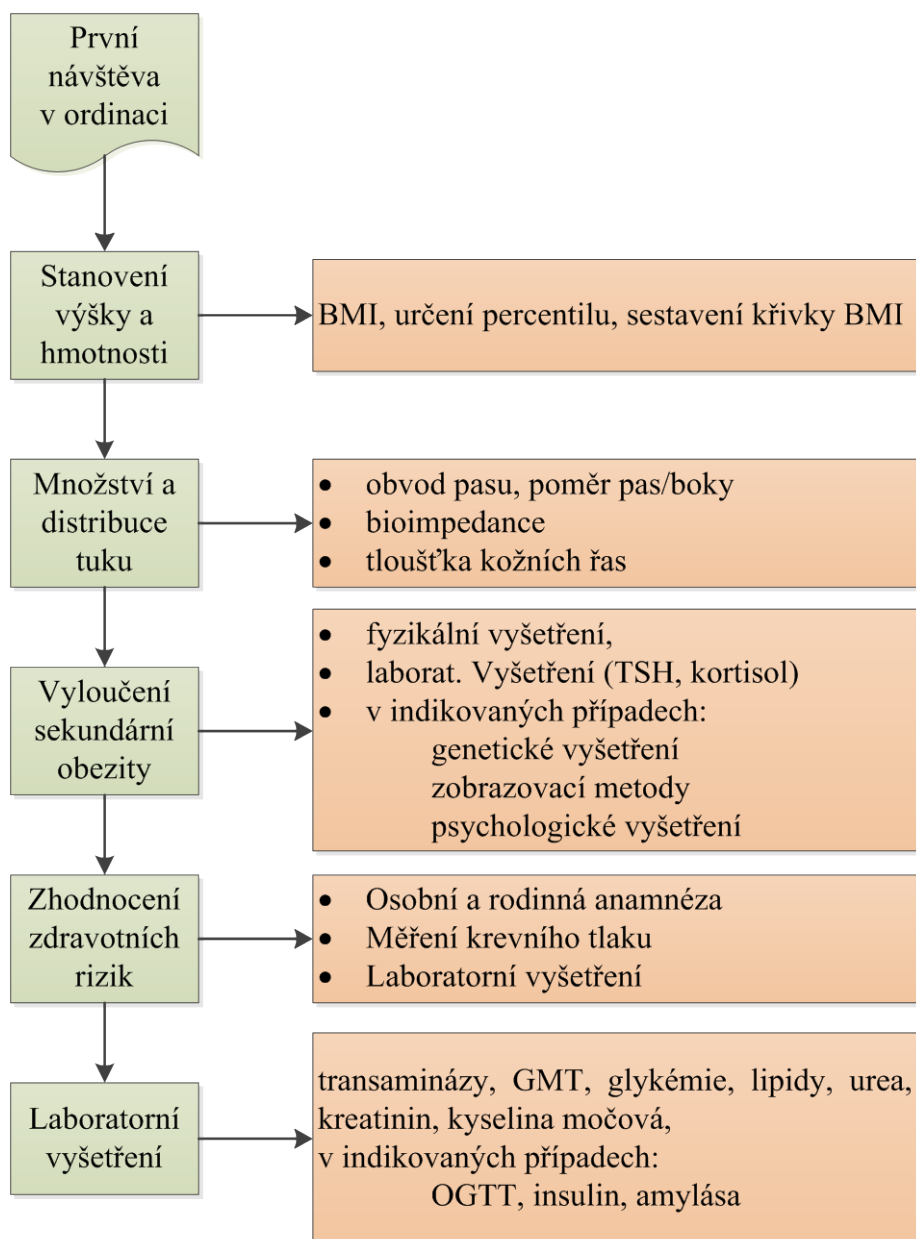
Tabulka č. 36 (Kunešová, 2006) www.fzv.cz/files/file/starsi_deti_FINAL.ppt

Chlapci – Intervaly kategorizovaného obvodu pasu podle věku			
Věk	Normální délka	Mírně riziková	Silně riziková
6	<64,0	64,0 – 69,0	>69,0
7	<67,0	67,0 – 73,0	>73,0
8	<70,0	70,0 – 77,0	>77,0
9	<72,5	72,5 – 80,0	>80,0
10	<76,0	76,0 – 84,0	>84,0
11	<78,0	78,0 – 87,0	>87,0
12	<80,5	80,5 – 89,5	>89,5
13	<83,0	83,0 – 91,0	>91,0
14	<84,5	84,5 – 92,0	>92,0
15	<86,0	86,0 – 93,0	>93,0
16	<87,0	87,0 – 94,0	>94,0
17	<88,0	88,0 – 95,0	>95,0

SEZNAM PŘÍLOH

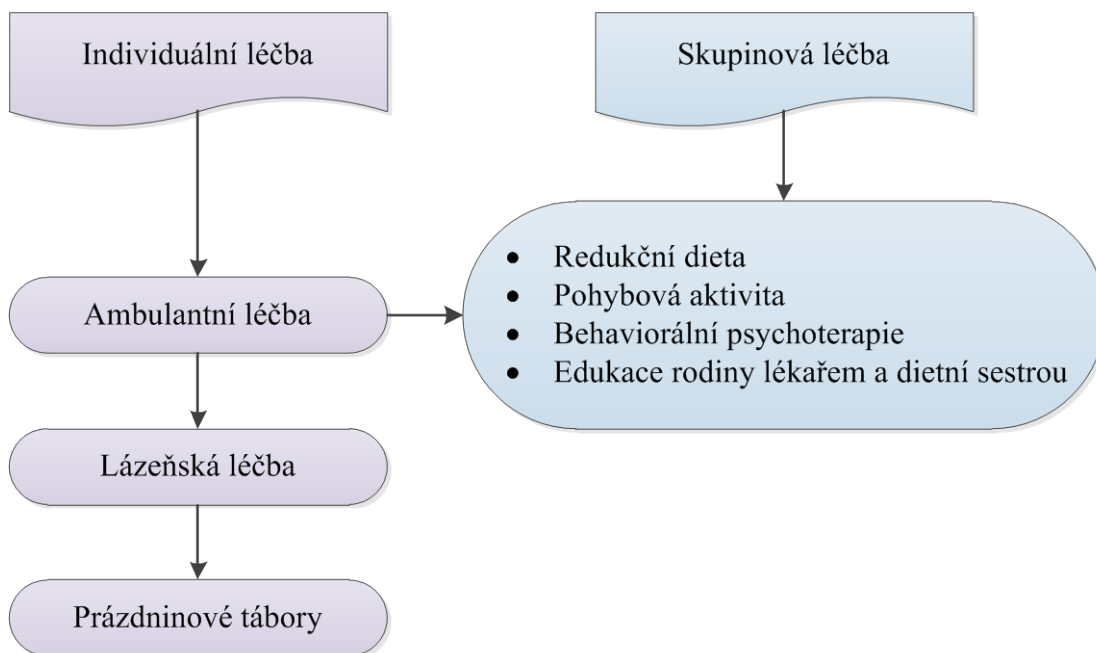
Příloha č.	Strana
1 – Algoritmus v diagnostice obezity v dětském věku	76
2 – Návrh terapeutického postupu	77
3 – Algoritmus léčby obezity	77
4 – BMI Chlapci	79
5 – BMI Dívky	80
6 – Příklady činností sestry při uplatnění metodiky ošetrovatelského procesu v PRPPP	81
7 – Dotazník	82
8 – Grafy	86
Graf č.	Strana
1 – Délka praxe v oboru	86
2 – Do jaké věkové kategorie patříte?	86
3 – Odborné vzdělání	86
4 – Forma ukončeného vzdělání v oblasti obezity	87
5 – Navštěvují vaši ordinaci děti s nadváhou nebo obezitou?	87
6 – Mezi dětmi s nadváhou nebo obezitou, které navštěvují vaši ordinaci, je více:	87
7 – Jak zjišťujete ve Vaší ordinaci stav výživy u dětí?	88
8 – Vážíte dítě při každé preventivní prohlídce?	88
9 – Měříte dítě při každé preventivní prohlídce?	88
10 – Zjišťujete u dětí s nadváhou nebo obezitou jejich stravovací návyky?	89
11 – Zjišťujete u dětí s nadváhou nebo obezitou jejich pohybový režim?	89
12 – Jak byste vystihla pojem edukace?	89
13 – Myslíte si, že do náplně sestry patří edukační činnost?	90
14 – Zúčastnila jste se během posledního roku vzdělávací akce na téma zdravé výživy?	90
15 – Nejčastější dvě příčiny obezity dle sester	90
16 – Provádíte edukační činnost?	91
17 – Sestrou doporučený postup pro snížení nadváhy a obezity	91
18 – Kdy je klient edukován	91
19 – Jak edukujete klienty v problematice dětské obezity	92
20 – Které bariéry nedovolují zvýšit účinnost edukace u dětské obezity?	92
21 – Která 2 témata považujete v edukaci za nejdůležitější?	92

22 – Označte pomůcky, které využíváte při edukaci pacientů:	93
23 – Kde provádíte edukaci?	93
24 – Jaké metody využíváte při edukačním procesu?	93
25 – Máte vhodné pracovní podmínky pro provádění edukace?	94
26 – Máte v ambulanci dostatek edukačního materiálu v oblasti zdravé výživy?	94
27 – Máte dostatek informací na to, abyste mohla kvalitně vést edukaci o zdravé výživě?	94
28 – Patří podle Vás do kompetencí sestry edukace v oblasti výživy?	95
29 – Je pro edukující sestru podstatné znát zásady komunikace?	95
30 – Jaký máte důvod, proč se edukační činnosti nevěnujete:	95
31 – Poskytujete ve Vaší ordinaci informace o prevenci obezity?	96
32 – Kdo ve Vaší ordinaci poskytuje informace o prevenci obezity?	96
33 – Dodržují rodiče a děti Vaše doporučení ohledně prevence obezity?	96
34 – Jsou Vaše preventivní opatření efektivní?	97



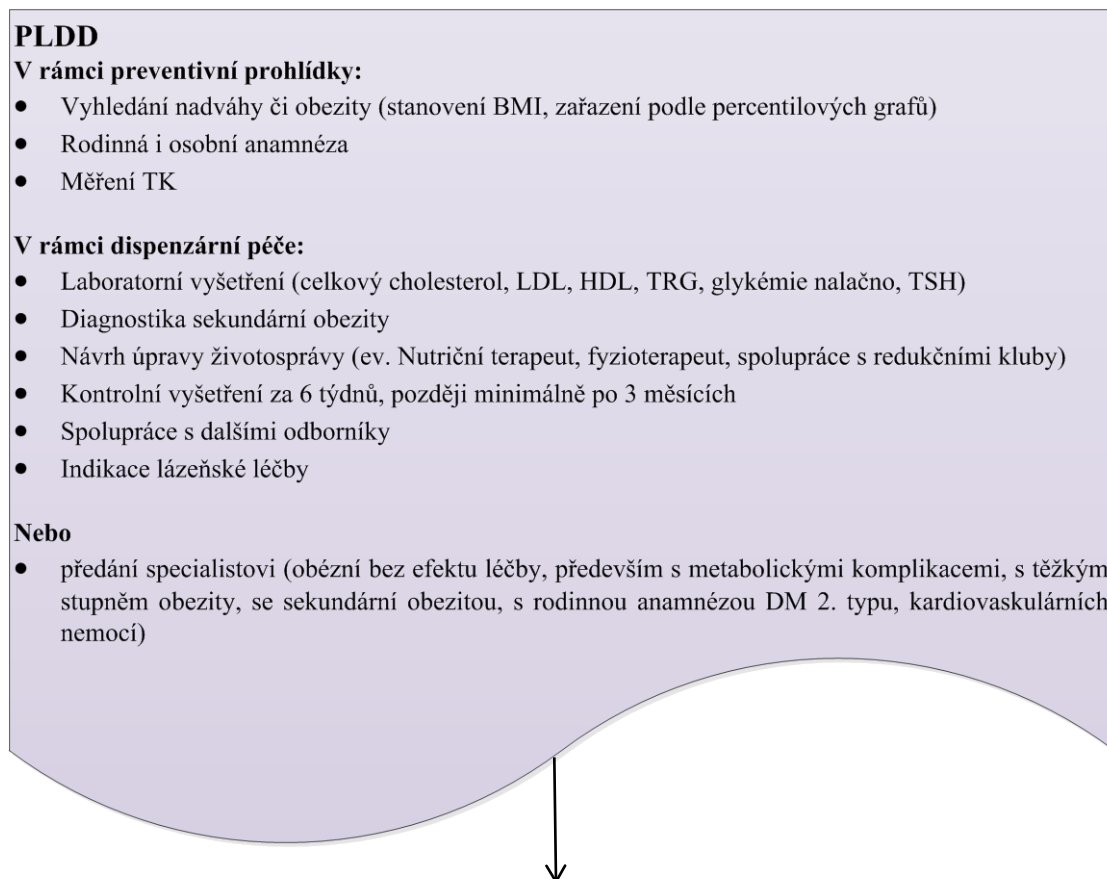
Příloha č.2 – **Návrh terapeutického postupu** (Kytarová, 2002)

<http://www.cls.cz/dokumenty2/postupy/t172.rtf>



Příloha č.3 – **Algoritmus léčby obezity** (Lisá, 2008, s. 505)


<http://www.medvik.cz/kramerius/PShowPageDoc.do?it=&id=123347&picp=&idpi=355405>



SPECIALISTA*

- Doplnění anamnézy
- Antropometrické vyšetření (měření obvodu paže, břicha a pasu, ev. distribuce tuku – kaliperace)
- Diagnostika sekundární obezity
- Stanovení rizik následků obezity
- Laboratorní vyšetření (inzulin, C-peptid, HbA1c, tyroidní hormony, IGFI)
- Návrh další úpravy životosprávy (ev. Nutriční terapeut, fyzioterapeut)
- Vyhodnocení jídelníčku
- Kontrolní vyšetření za 6 týdnů, později minimálně po 3 měsících
- Spolupráce s dalšími odborníky
- Indikace lázeňské léčby
- Ev. indikace medikamentózní léčby obezity

Nebo

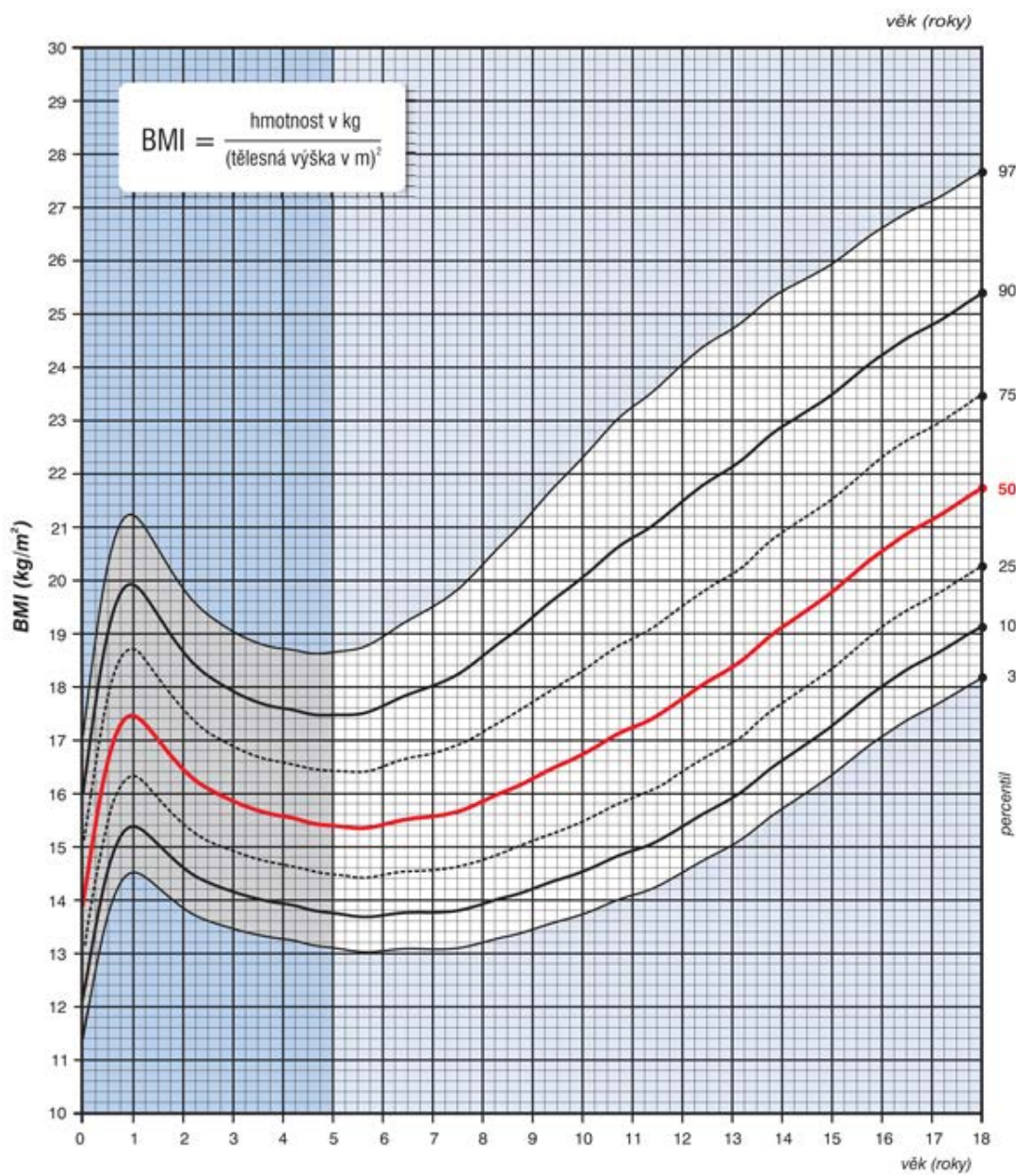
- Předání do klinického centra
- 

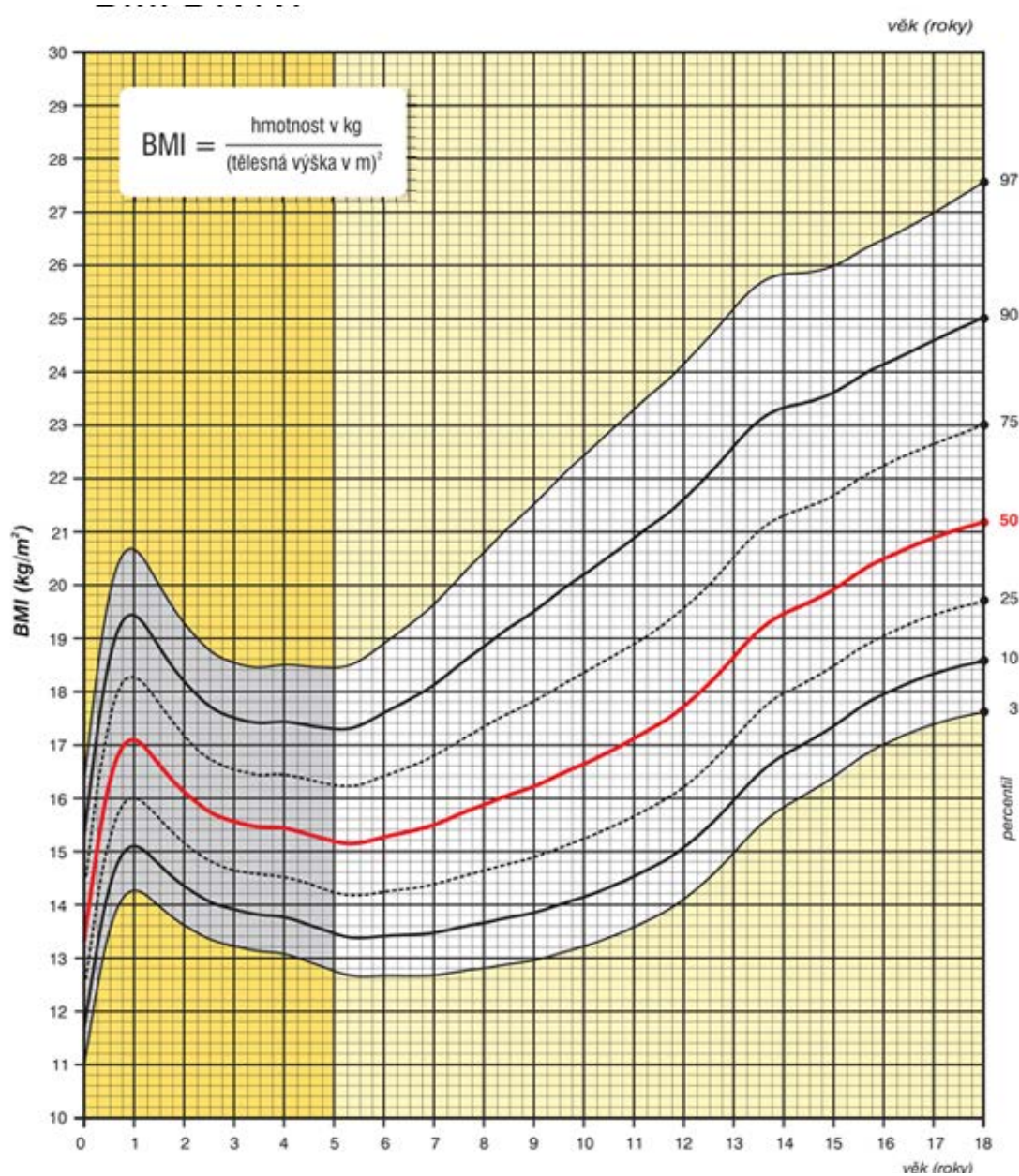
KLINICKÁ CENTRA

- antropometrické vyšetření (měření obvodu břicha a pasu, ev. distribuce tuku – kaliperace aj.)
- další vyšetření pro zjištění podílu tuku (např. bioimpedance, MRI, hydrodenzitometrie apod.)
- další metabolická vyšetření
- vyšetření výdeje energie (nepřímá kalorimetrie)
- ev. genetické vyšetření
- návrh další úpravy životosprávy (ev. Nutriční terapeut, fyzioterapeut)
- event. psychologické vyšetření a léčba
- vyhodnocení jídelníčku na počítači
- kontrolní vyšetření za 6 týdnů, později minimálně po 3 měsících
- ev. indikace medikamentózní léčby obezity
- event. indikace bariatrické chirurgické léčby

*dětský endokrinolog, kardiolog, diabetolog, PLDD nebo gastroenterolog vyškolený v obezitologii

Příloha č.4 – BMI – Chlapci (Vignerová, 2001) ISBN 80–86561–30–5





Příloha č.6 – Příklady činností sestry při uplatnění metodiky ošetřovatelského procesu v PRPPP (Jirkovský, 2004)

<http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%202004/jirkovsky.pdf>

FÁZE		PŘÍKLAD ČINNOSTI SESTRY
EDUKAČNÍHO PROCESU	OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU	
PROJEKTOVÁNÍ	OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA	Společně s klientem doplňuje a zpřesňuje informace získané v průběhu programu. Společně s klientem hodnotí výsledky programu a hledá souvislosti mezi jeho chováním a zdravotním stavem.
	OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA	Společně s klientem se snaží najít a pojmenovat příčiny jeho stávajícího nebo potenciálního zdravotního problému. Informuje klienta o jeho rizikovém chování, které je třeba změnit nebo alespoň zmírnit.
		Společně s klientem analyzuje dřívější pokusy o pozitivní změnu v péči o vlastní zdraví a eventuálně hledá příčiny jejich neúspěchu.
	STANOVENÍ PLÁNU OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	<i>A) Stanovení cílů ošetřovatelské péče a ošetřovatelských intervencí:</i> Na základě analýzy informací sestra společně s klientem konkretizuje potřebné změny v jeho chování, které formuluje jako měřitelné cíle.
REALIZACE	<i>B) Realizace plánu ošetřovatelské péče:</i> Srozumitelným způsobem předává vhodné informace klientovi, které mu napomohou dosáhnout stanovených cílů, nabízí klientovi další zdroje informací, kontakty na podpůrné skupiny, případně předává informace o aktivitách podporujících zdraví v regionu, zároveň průběžně podporuje činnost klienta v péči o vlastní zdraví.	
HODNOCENÍ	ZHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ	Společně s klientem průběžně sleduje výsledky jeho činnosti, hodnotí je a podporuje jeho snahu o udržení pozitivních změn v jeho chování.

Příloha č.7 – **Dotazník**

Dobrý den,

Jmenuji se Romana Fořtová a jsem studentkou 4. ročníku zdravotnických studií univerzity Palackého v Olomouci, obor ošetrovatelství.

Prosím Vás o vyplnění tohoto dotazníku, který bude sloužit jako podklad pro bakalářskou práci. Tématem práce je „Edukace rodičů obézního dítěte v ambulancích pediatriů“. Tento dotazník je anonymní a nebude použit k jiným účelům. Vybranou odpověď zakroužkujte, nebo zaškrtněte.

Předem Vám děkuji za vaši spolupráci.

Otázka č.	
1.	Délka praxe v oboru 0–1 rok 2–5 let 6–10 let 11 a více
2.	Do jaké věkové kategorie patříte? 18 – 25 let 26 – 35 let 36 – 45 let 46 a více
3.	Odborné vzdělání SOŠ VOŠ VŠ – Bc. VŠ – Mgr.
4.	Forma ukončeného vzdělání v oblasti obezity (můžete označit více možností) Seminář na odborném pracovišti Přednáška Předmět v rámci VŠ studia Sebevzdělávání e-learningem Sebevzdělávání z odborné literatury (jaká) Sebevzdělávání z internetových zdrojů (jaké)
5.	Navštěvují vaši ordinaci děti s nadváhou nebo obezitou? Ano Ne Nevím
6.	Mezi dětmi s nadváhou nebo obezitou, které navštěvují vaši ordinaci, je více: Dívek Chlapců Stejně Nevím

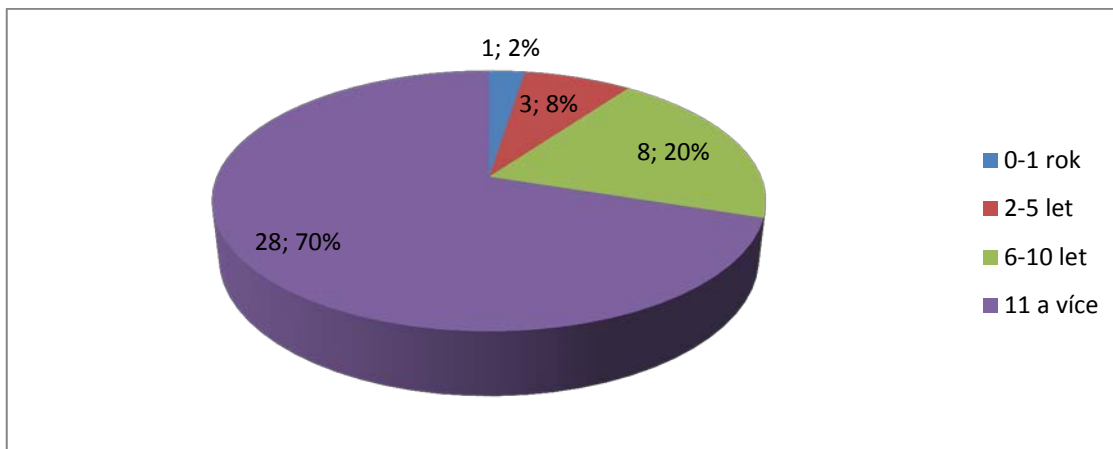
Otázka č.	
7.	<p>Jak zjišťujete ve Vaší ordinaci stav výživy u dětí? (můžete označit více možností)</p> <p>Pomocí BMI Měřením kožní řasy Pomocí růstových tabulek. Vážením</p>
8.	<p>Vážíte dítě při každé preventivní prohlídce?</p> <p>Ano Ne Jen někdy</p>
9.	<p>Měříte dítě při každé preventivní prohlídce?</p> <p>Ano Ne Jen někdy</p>
10.	<p>Zjišťujete u dětí s nadváhou nebo obezitou jejich stravovací návyky?</p> <p>Ano Ne Nevím</p>
11.	<p>Zjišťujete u dětí s nadváhou nebo obezitou jejich pohybový režim?</p> <p>Ano Ne Nevím</p>
12.	<p>Jak byste vystihla pojem edukace? (můžete označit více možností)</p> <p>Výchova Vzdělávání Řízení Sebevzdělávání Dodržování nařízení</p>
13.	<p>Myslíte si, že do náplně sestry v oblasti primární péče o děti a dorost patří edukační činnost?</p> <p>Ano Ne Nevím</p>
14.	<p>Zúčastnila jste se během posledního roku některé vzdělávací akce na téma zdravé výživy?</p> <p>Ano Ne</p>
15.	<p>Nejčastější dvě příčiny obezity dle sester (označte dvě možnosti)</p> <p>Nedostatečná pohybová aktivita Nesprávná životospráva Dědičnost Špatný životní styl rodiny</p>
16.	<p>Provádíte edukační činnost?</p> <p>Ano – pokračujte prosím další otázkou Ne – přejděte prosím až na otázku č. 30</p>

Otázka č.	
17.	<p>Sestrou doporučený postup pro snížení nadváhy a obezity (můžete označit více možností)</p> <p>Zvýšit pohybovou aktivitu Úprava stravovacích návyků Úprava pitného režimu Lázeňská péče</p>
18.	<p>Kdy je klient edukován</p> <p>Při sdělení diagnózy Při jednotlivých kontrolách Při zvlášť pořádaných besedách</p>
19.	<p>Jak edukujete klienty v problematice dětské obezity (můžete označit více možností)</p> <p>Formou připraveného letáku Ústním sdělení na základě otázek klienta Ústním sdělení na základě výsledků kontrolního vyšetření Informacemi o životním stylu podporujícím léčebný proces Informacemi o rozhodovacím schématu při řešení stravování Odkazem na informace o internetových zdrojích k dětské obezitě Odkazem na literaturu k dětské obezitě</p>
20.	<p>Které bariéry nedovolují zvýšit účinnost edukace u dětské obezity? (můžete označit více možností)</p> <p>Nedostatečná spolupráce ze strany rodičů obézního dítěte Nedostatek času pro přímou edukaci v kontextu odborného vyšetření Nesystémovost edukace v problematice dětské obezity Nevhodné pracovní podmínky sester pro edukaci Chybějící kurzy s kompletním vzděláním v problematice edukace o dětské obezitě</p>
21.	<p>Která 2 témata považujete v edukaci za nejdůležitější? (označte dvě možnosti)</p> <p>Vhodná a nevhodná strava Rodinné tradice stravování jako bariéra úspěšné léčby Vybudování časového režimu stravování Monitoring pohybu v režimu dne dítěte Spektrum pohybových činností dítěte podle jeho věku a diagnózy</p>
22.	<p>Označte pomůcky, které využíváte při edukaci pacientů: (můžete označit více možností)</p> <p>Žádné Letáky a jiné propagační materiály Knihy, časopisy, tisk PC a internet Jiné (jaké?).....</p>
23.	<p>Kde provádíte edukaci? (můžete označit více možností)</p> <p>Ordinace Čekárna Škola Domácí prostředí dětského pacienta Přednáškové sály Jinde (kde?).....</p>

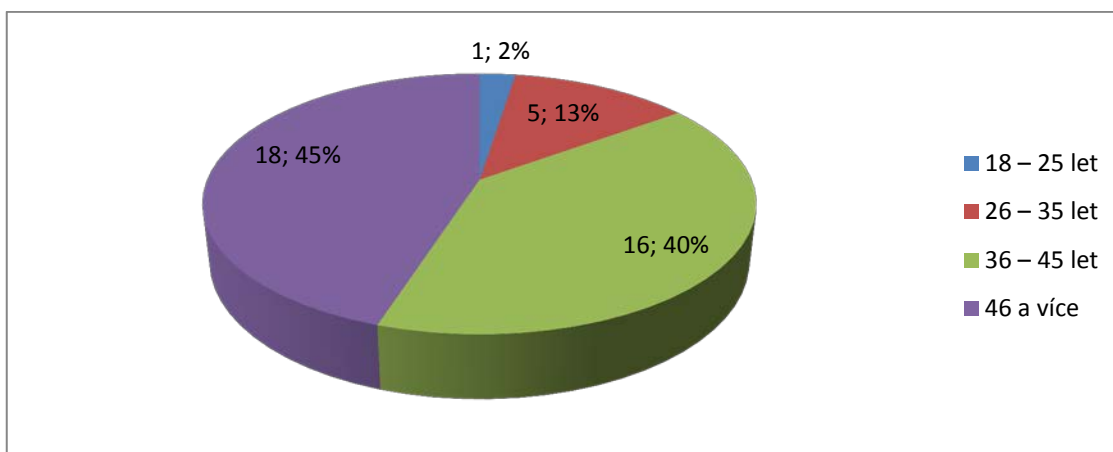
Otázka č.	
24.	Jaké metody využíváte při edukačním procesu? (můžete označit více možností) Osobní rozhovor Konzultace po telefonu, e-mailu Přednáška Doporučení materiálů k prostudování Jinou (jakou?).....
25.	Máte vhodné pracovní podmínky pro provádění edukace? Ano Ne
26.	Máte v ambulanci dostatek edukačního materiálu v oblasti zdravé výživy? Ano Ne Nevím
27.	Máte dostatek informací na to, abyste mohla kvalitně vést edukaci o zdravé výživě? Ano Ne Nevím
28.	Patří podle Vás do kompetencí sestry edukace v oblasti výživy? Ano Ne Nevím
29.	Je pro edukující sestru podstatné znát zásady komunikace? Ano Ne Nevím
Na otázku č. 30 odpovídají pouze sestry, které u otázky č. 16 zaškrtnly odpověď NE.	
30.	Jaký máte důvod, proč se edukační činnosti nevěnujete: Nedostatek času Nedostatečné finanční ohodnocení O edukaci nemají pacienti a komunita zájem Edukaci považujete za zbytečnou Nevím Jiný důvod (Jaký?).....
31.	Poskytujete ve Vaší ordinaci informace o prevenci obezity? Ano Ne Jen když má dítě předpoklady pro obezitu
32.	Kdo ve Vaší ordinaci poskytuje informace o prevenci obezity? Sestra Lékař Sestra i lékař společně
33.	Dodržují rodiče a děti Vaše doporučení ohledně prevence obezity? Ano Ne Pouze někteří
34.	Jsou Vaše preventivní opatření efektivní? Ano Ne Jak kdy
Děkuji za vyplnění dotazníku.	

Příloha č.8 – Grafy

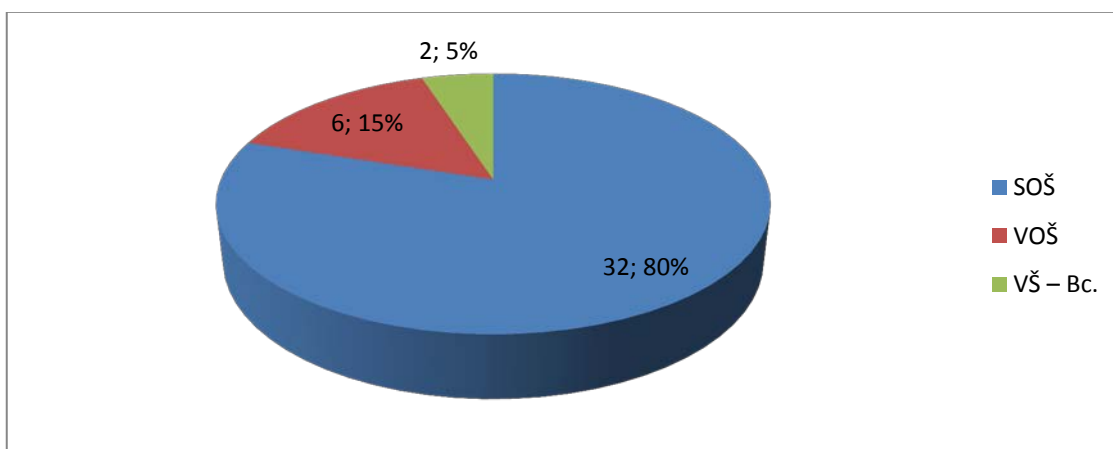
Graf 1 – Délka praxe v oboru



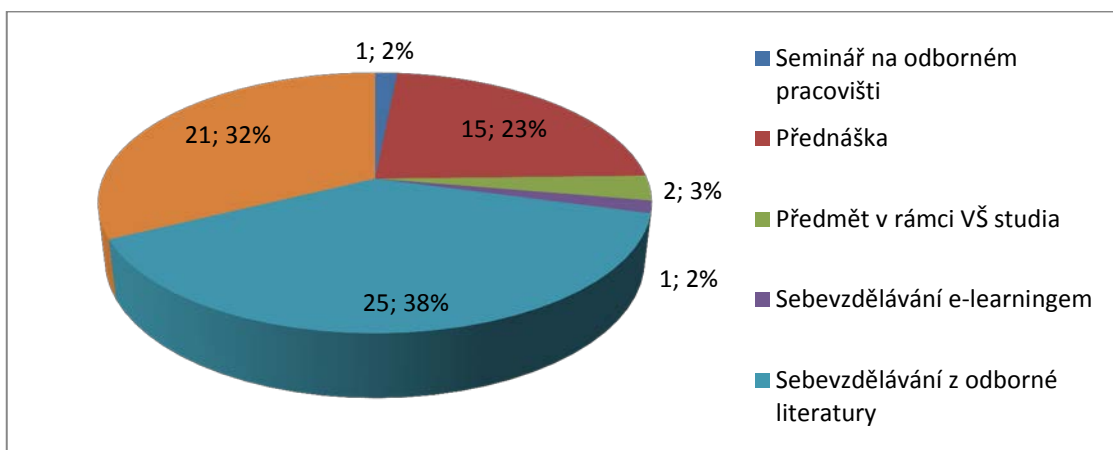
Graf 2 – Do jaké věkové kategorie patříte?



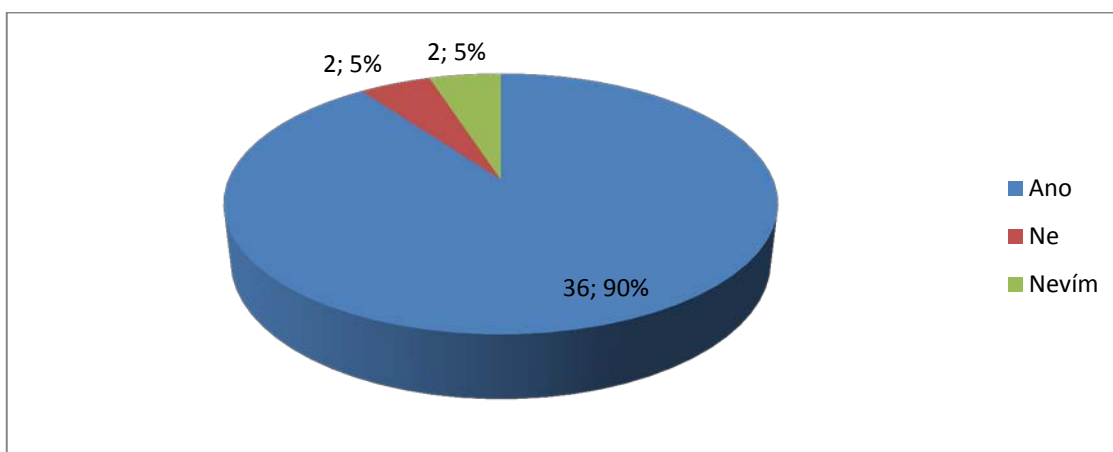
Graf 3 – Odborné vzdělání



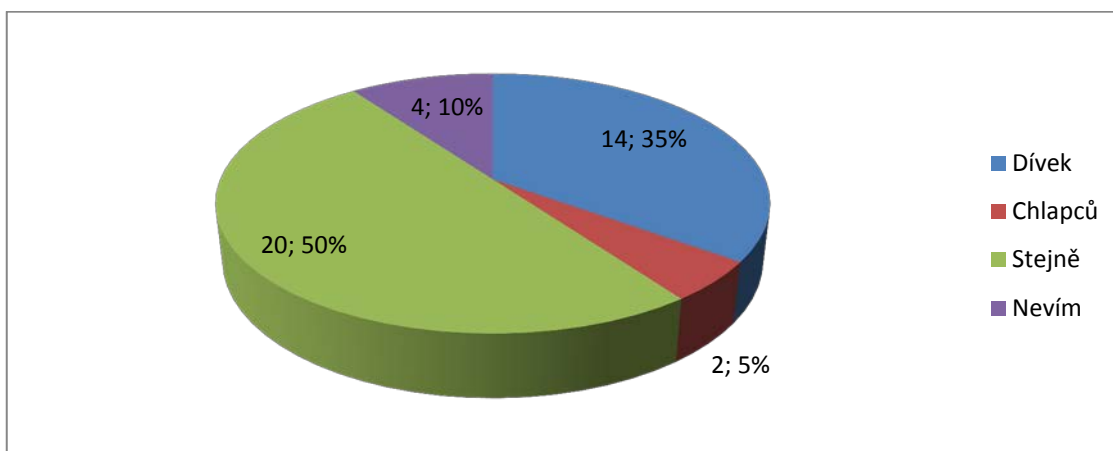
Graf 4 – Forma ukončeného vzdělání v oblasti obezity



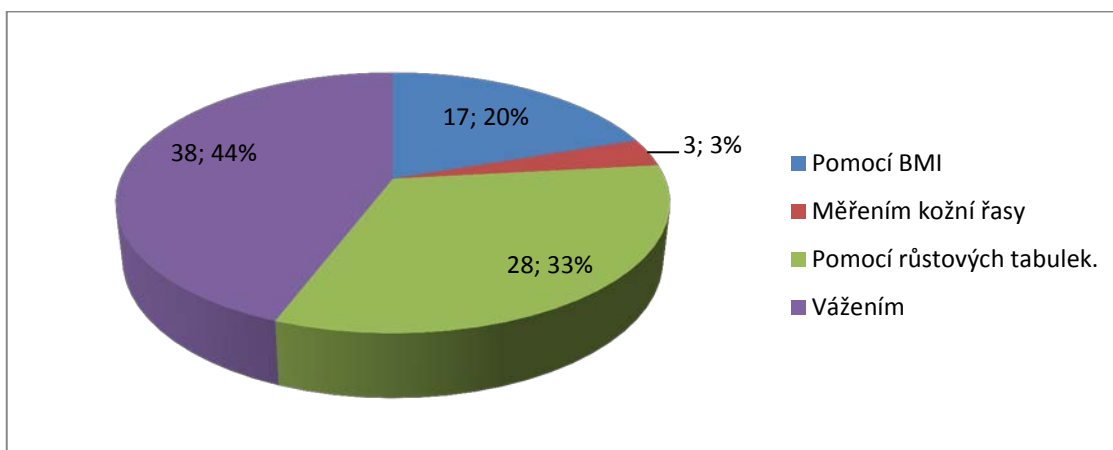
Graf 5 – Navštěvují vaši ordinaci děti s nadváhou nebo obezitou?



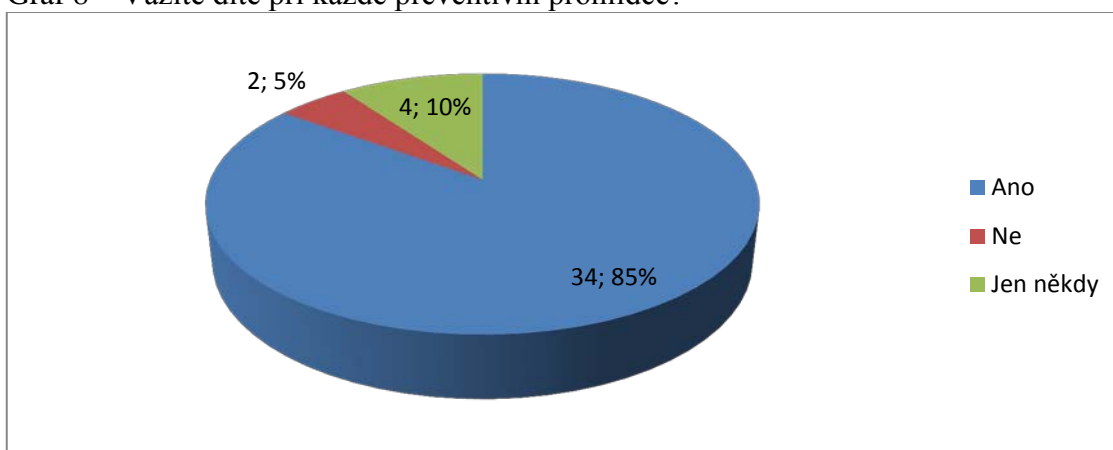
Graf 6 – Mezi dětmi s nadváhou nebo obezitou, které navštěvují vaši ordinaci, je více:



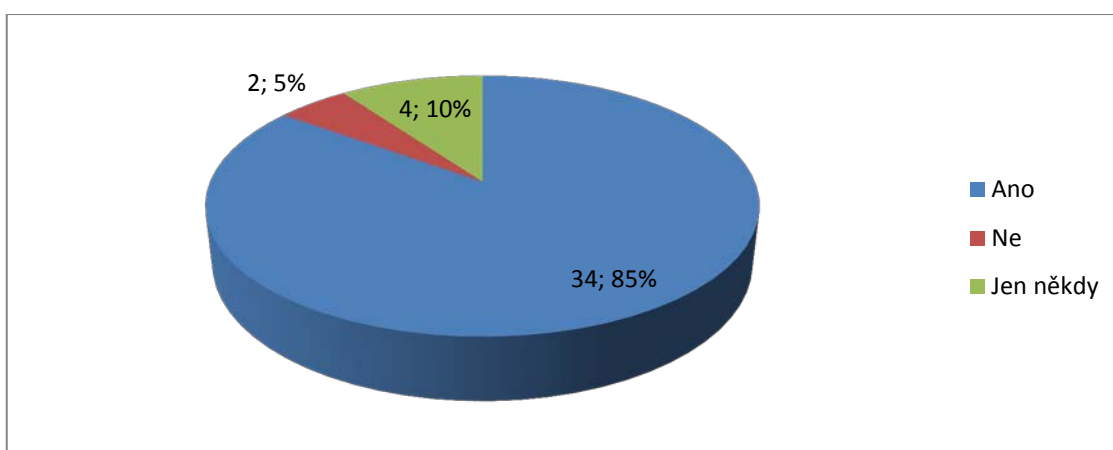
Graf 7 – Jak zjišťujete ve Vaší ordinaci stav výživy u dětí?



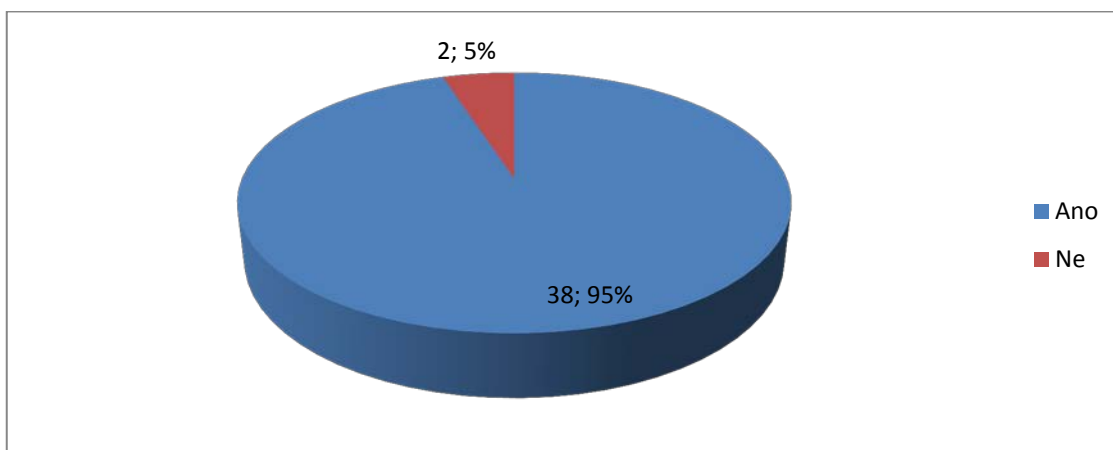
Graf 8 – Vážíte dítě při každé preventivní prohlídce?



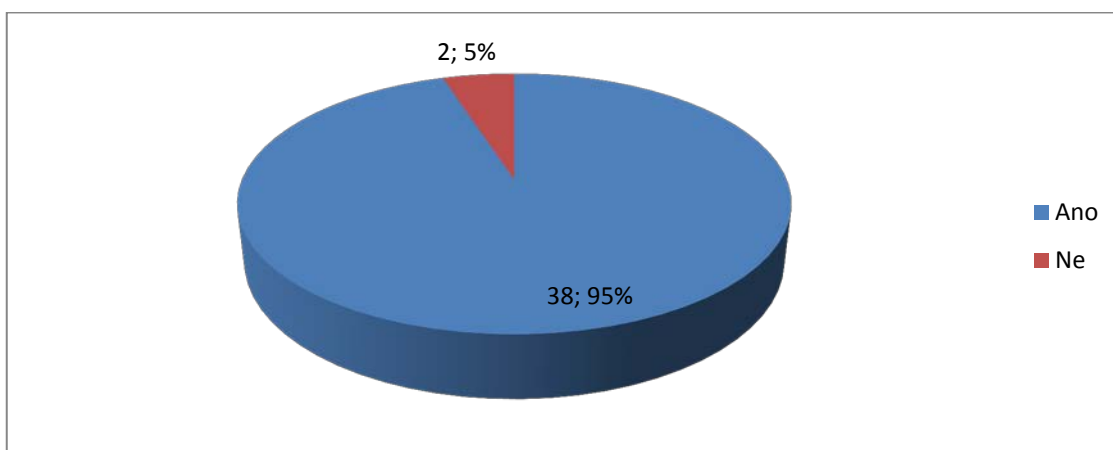
Graf 9 – Měříte dítě při každé preventivní prohlídce?



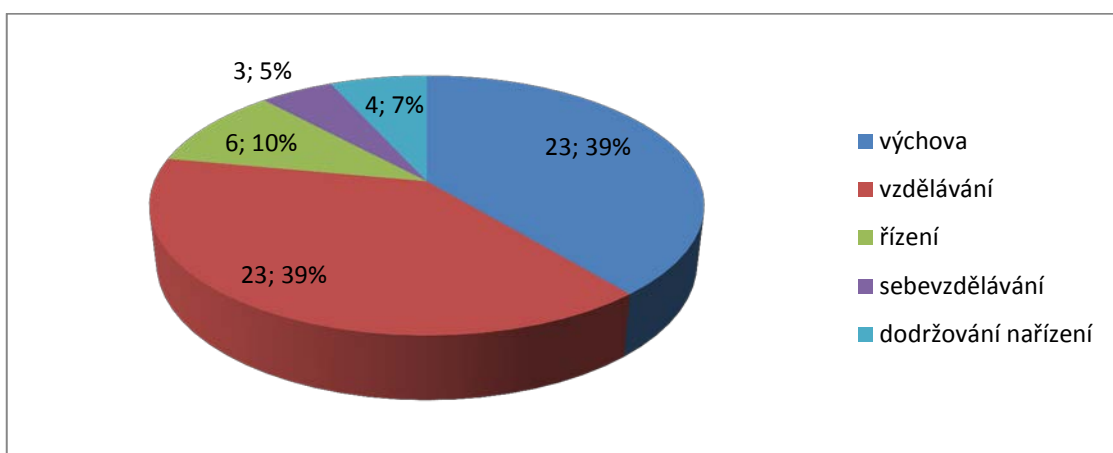
Graf 10 – Zjišťujete u dětí s nadváhou nebo obezitou jejich stravovací návyky?



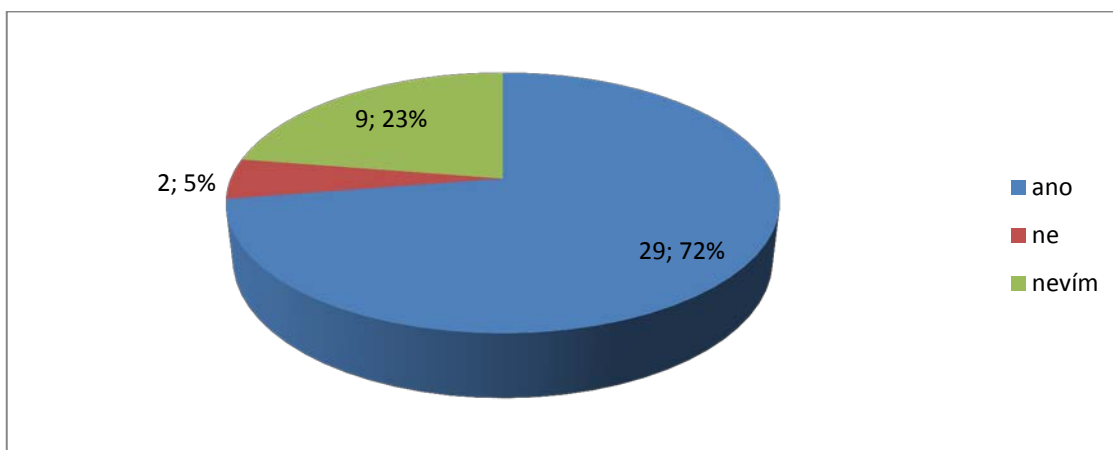
Graf 11 – Zjišťujete u dětí s nadváhou nebo obezitou jejich pohybový režim?



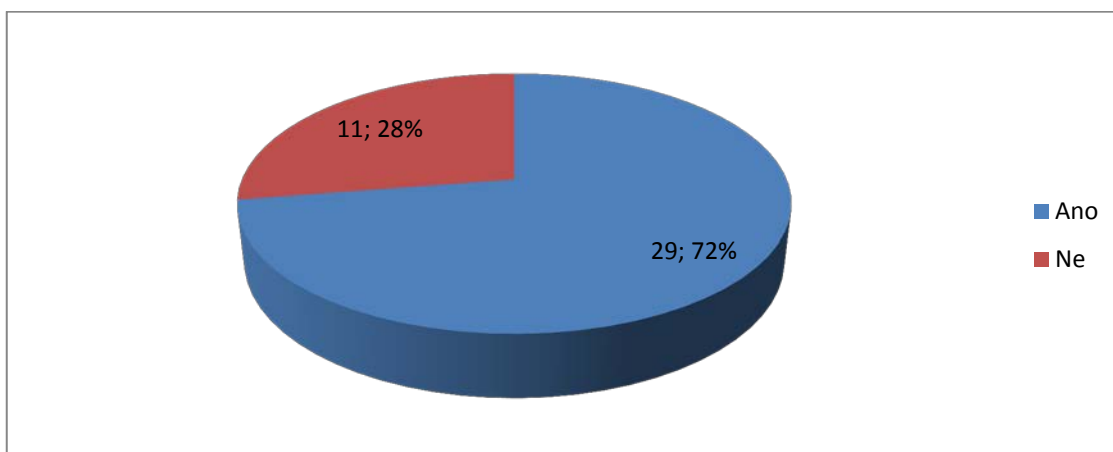
Graf 12 – Jak byste vystihla pojem edukace?



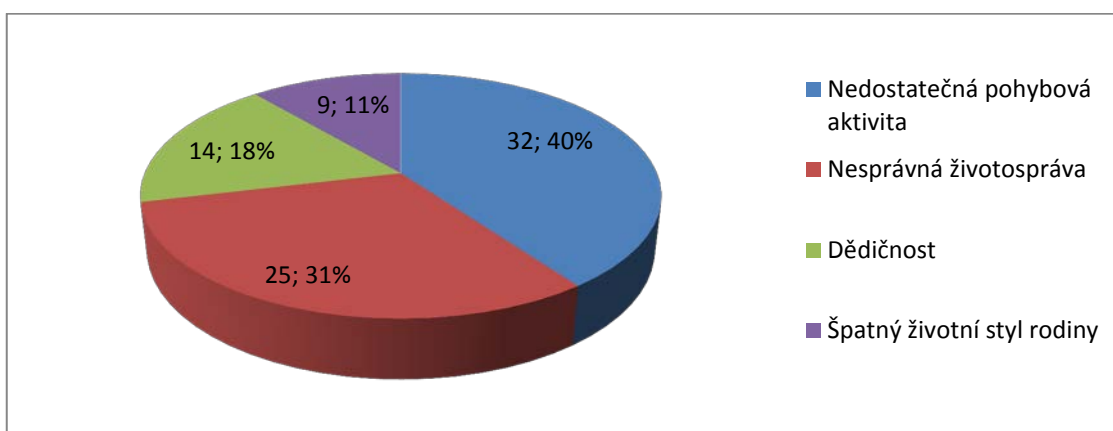
Graf 13 – Myslíte si, že do náplně sestry patří edukační činnost?



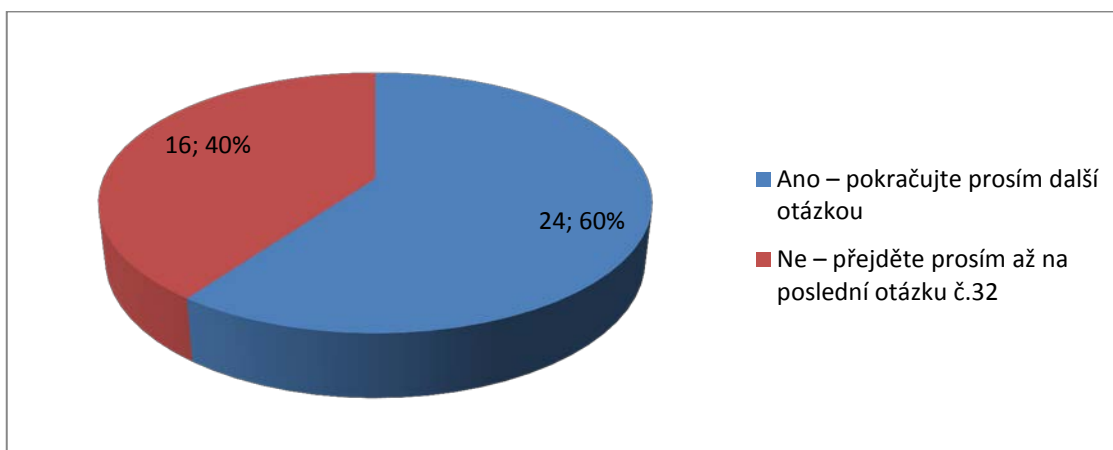
Graf 14 – Zúčastnila jste se během posledního roku vzdělávací akce na téma zdravé výživy?



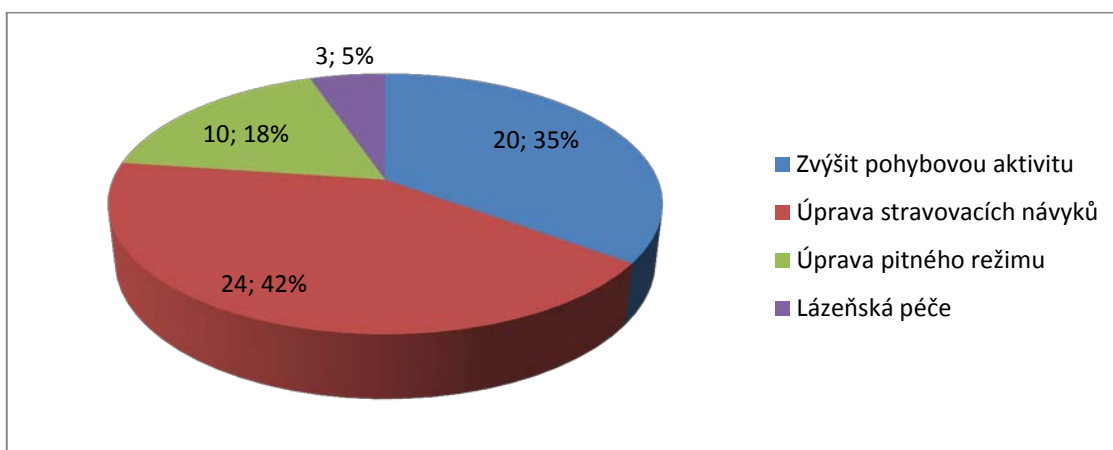
Graf 15 – Nejčastější dvě příčiny obezity dle sester



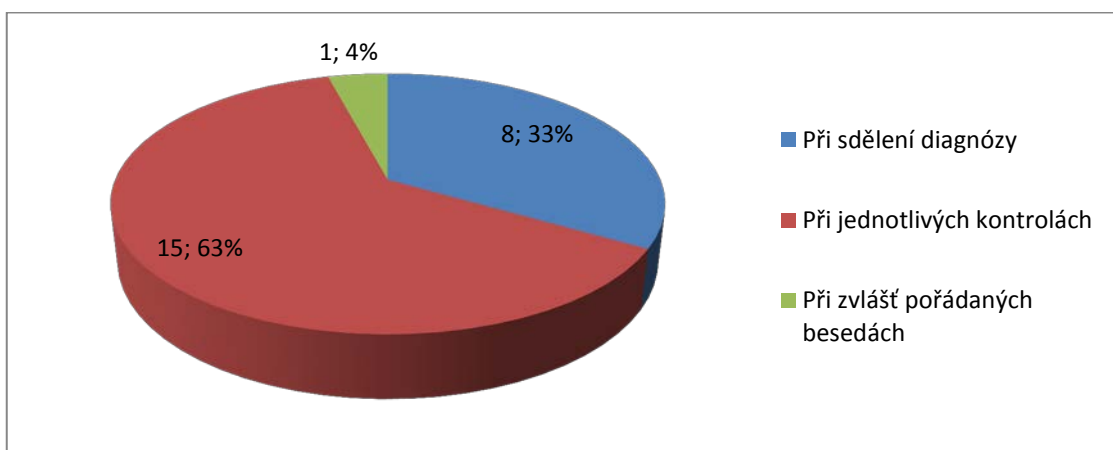
Graf 16 – Provádíte edukační činnost?



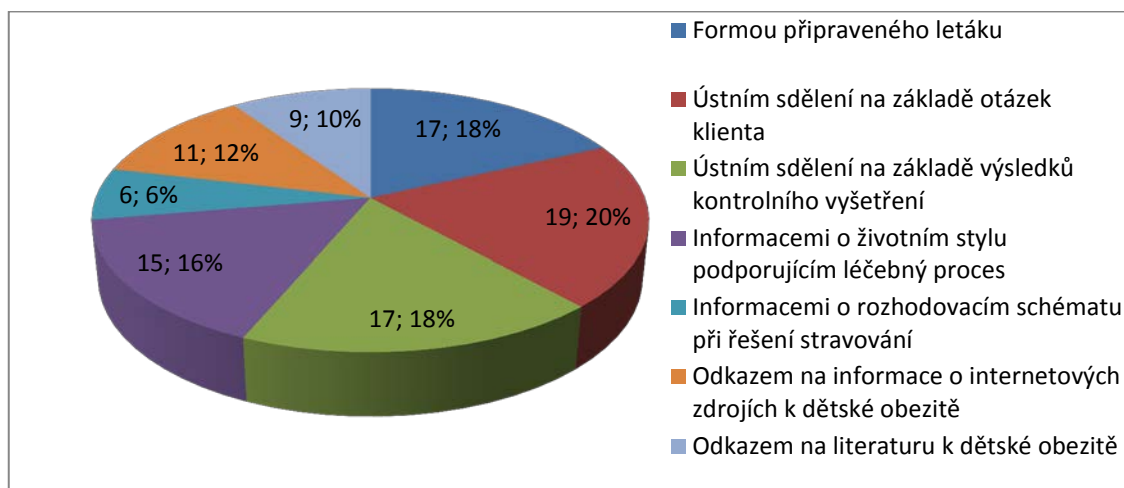
Graf 17 – Sestrou doporučený postup pro snížení nadváhy a obezity



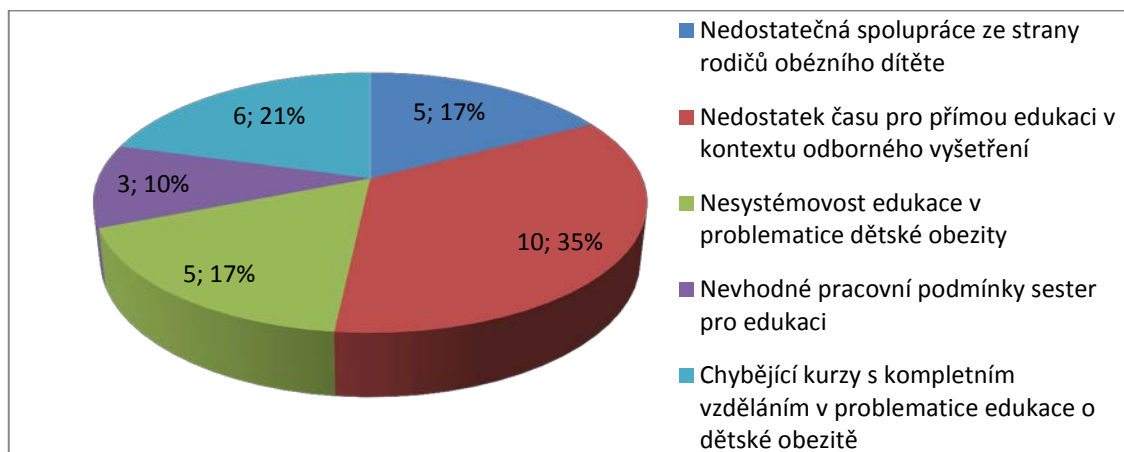
Graf 18 – Kdy je klient edukován



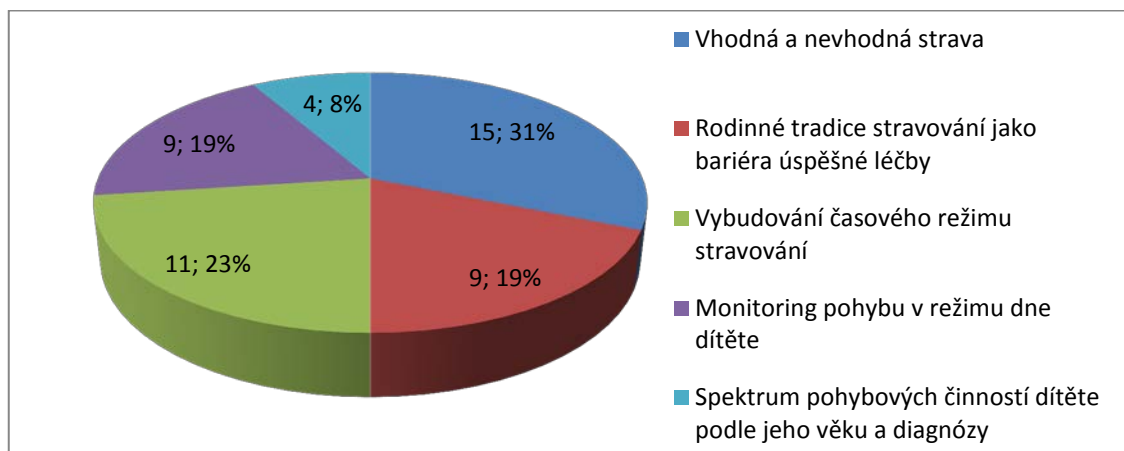
Graf 19 – Jak edukujete klienty v problematice dětské obezity



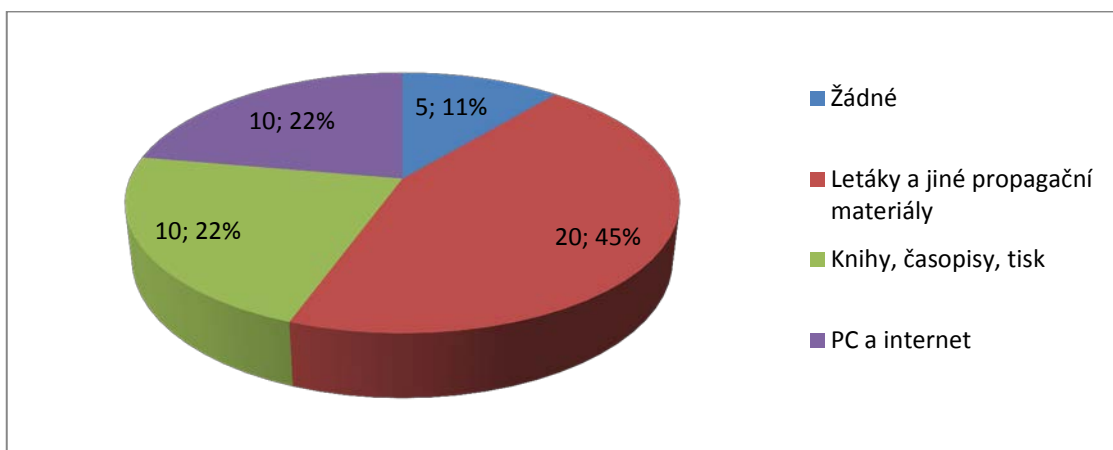
Graf 20 – Které bariéry nedovolují zvýšit účinnost edukace u dětské obezity?



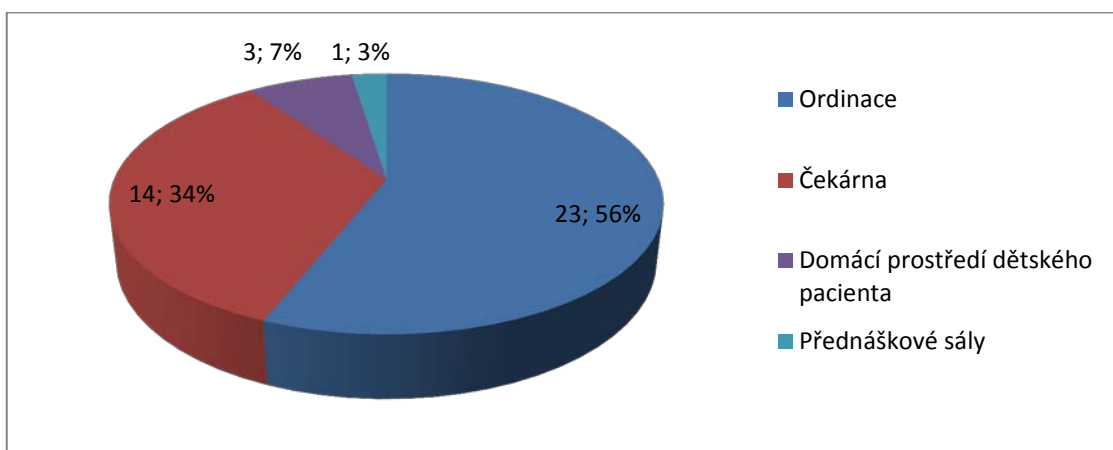
Graf 21 – Která 2 témata považujete v edukaci za nejdůležitější?



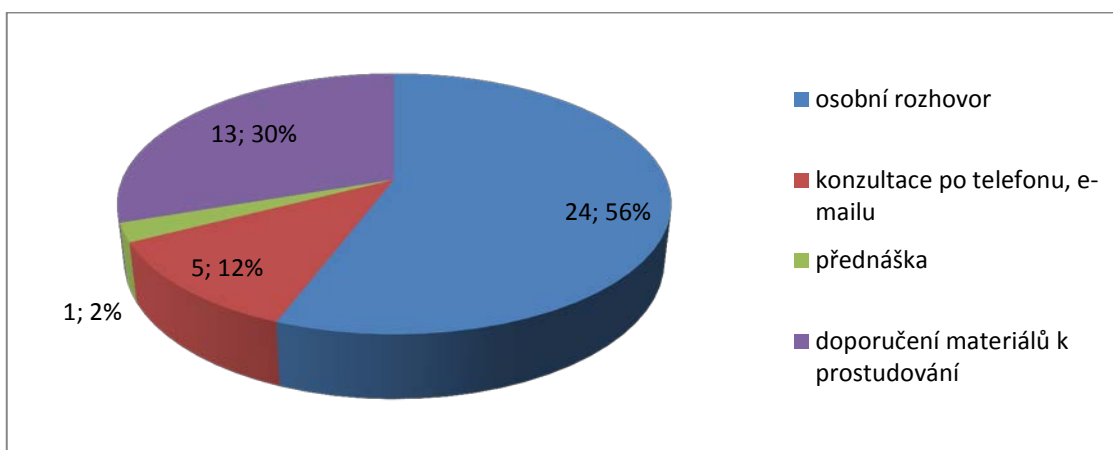
Graf 22 – Označte pomůcky, které využíváte při edukaci pacientů:



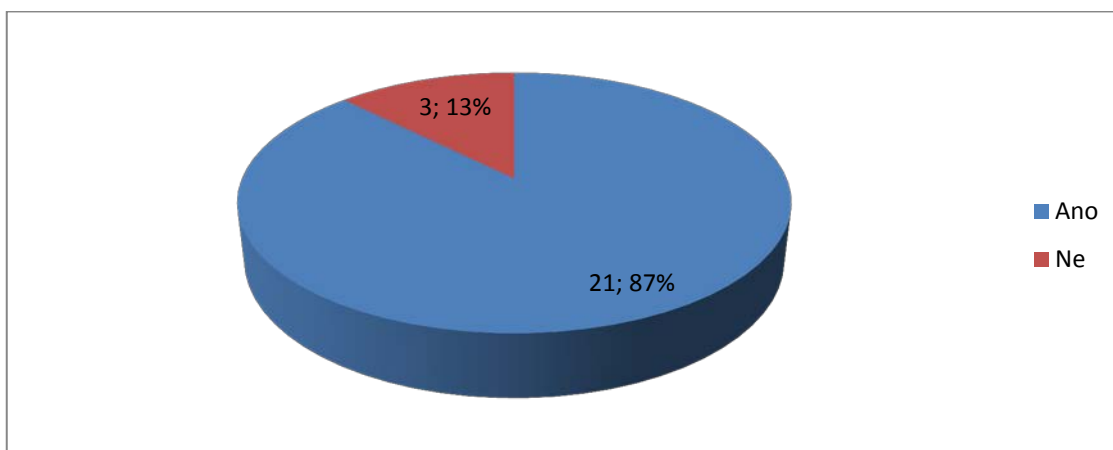
Graf 23 – Kde provádíte edukaci?



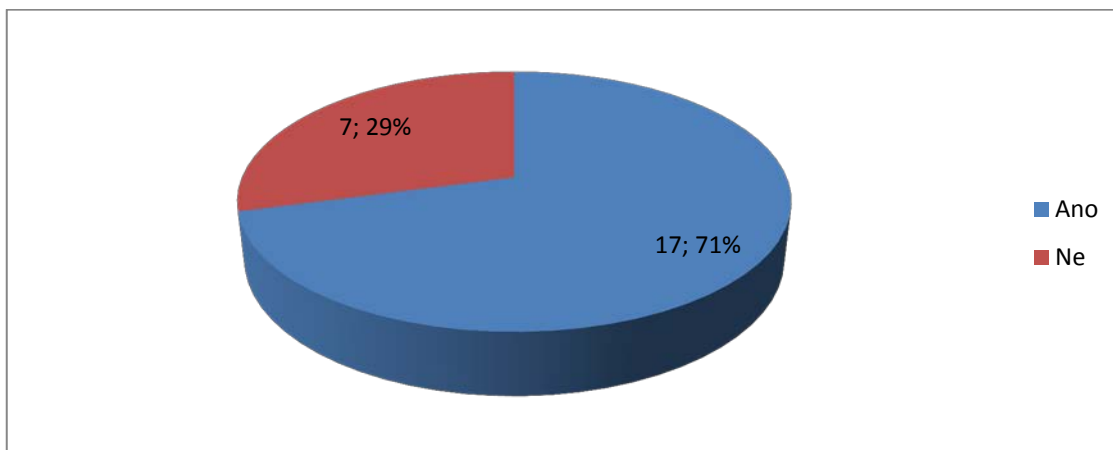
Graf 24 – Jaké metody využíváte při edukačním procesu?



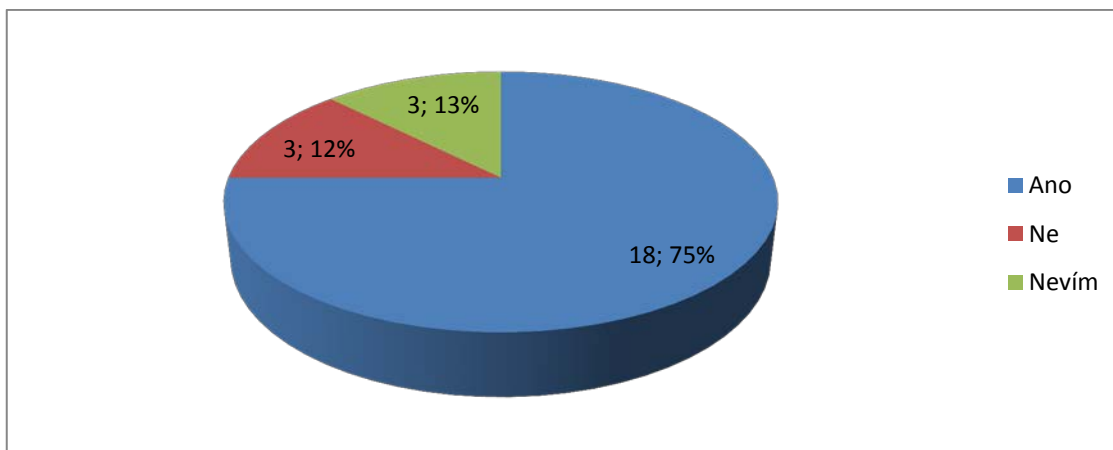
Graf 25 – Máte vhodné pracovní podmínky pro provádění edukace?



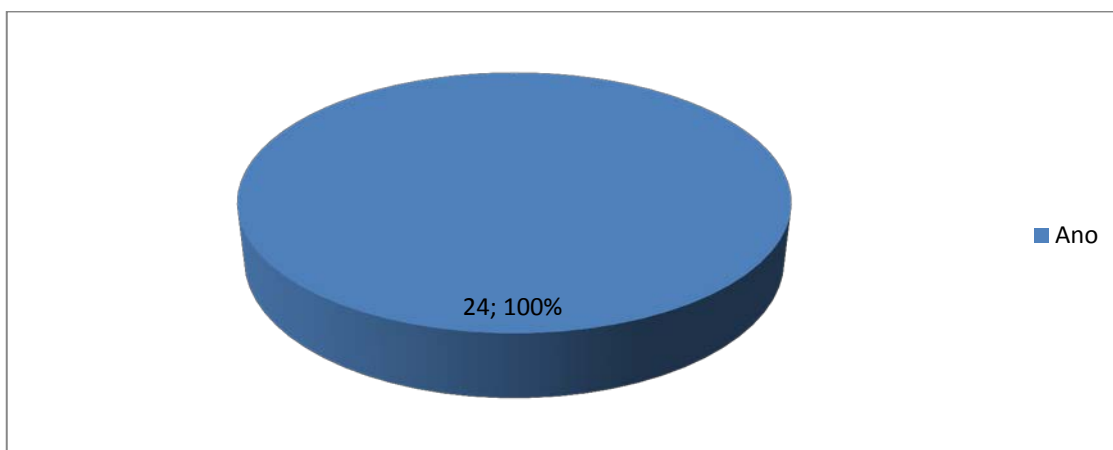
Graf 26 – Máte v ambulanci dostatek edukačního materiálu v oblasti zdravé výživy?



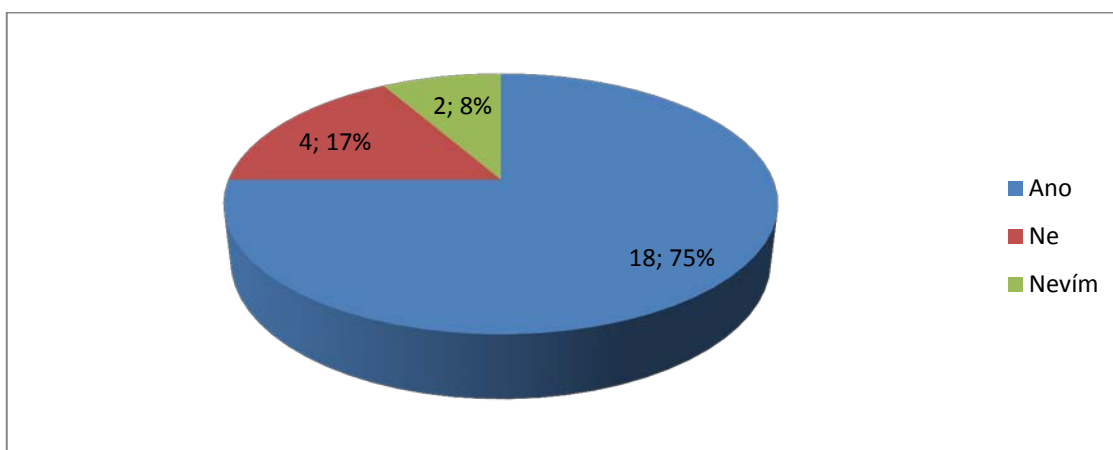
Graf 27 – Máte dostatek informací na to, abyste mohla kvalitně vést edukaci o zdravé výživě?



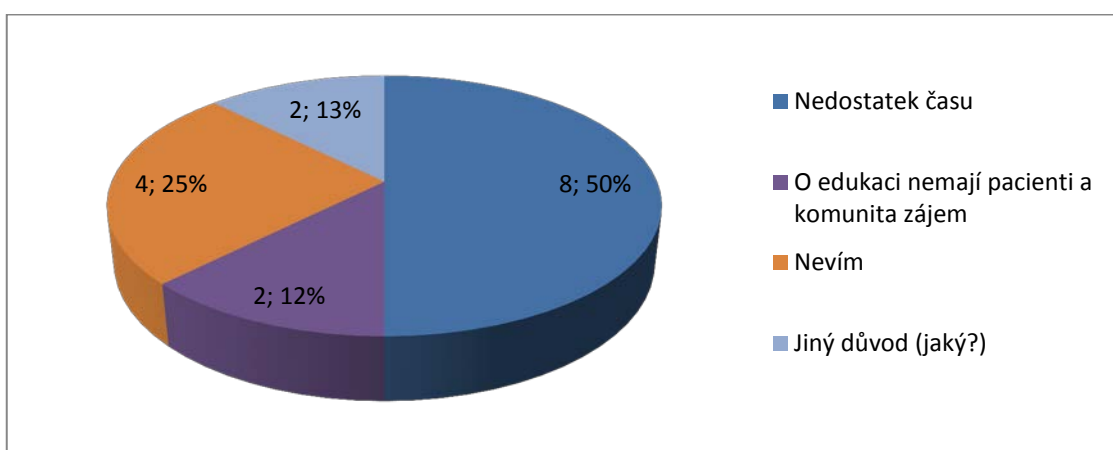
Graf 28 – Patří podle Vás do kompetencí sestry edukace v oblasti výživy?



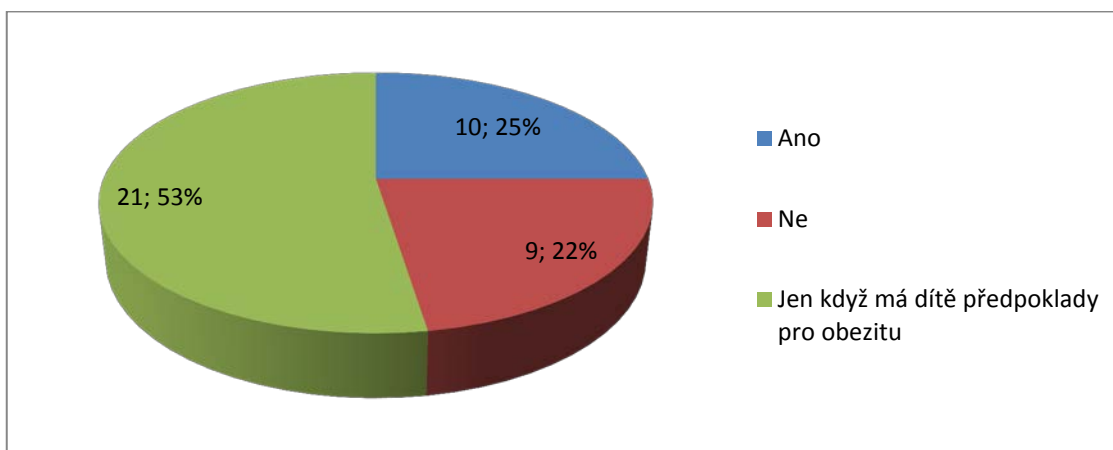
Graf 29 – Je pro edukující sestru podstatné znát zásady komunikace?



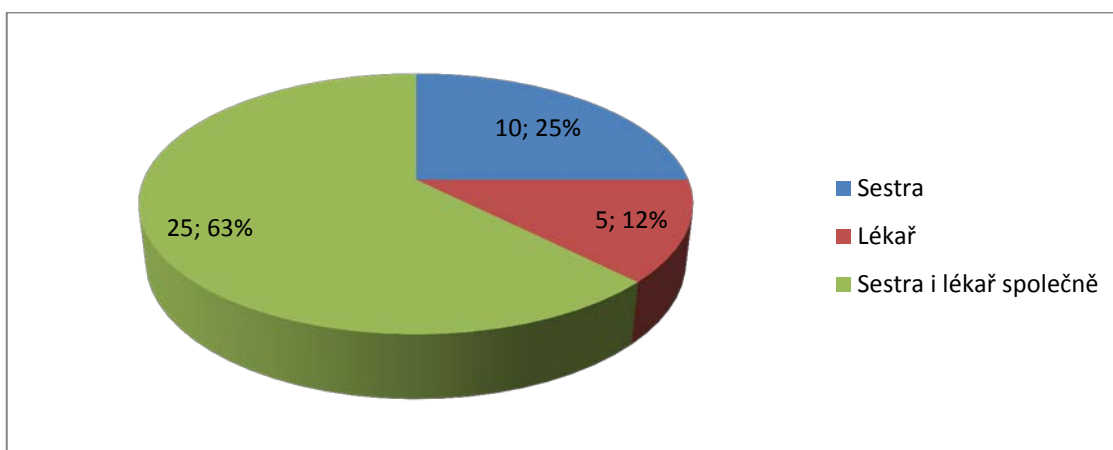
Graf 30 – Jaký máte důvod, proč se edukační činnosti nevěnujete:



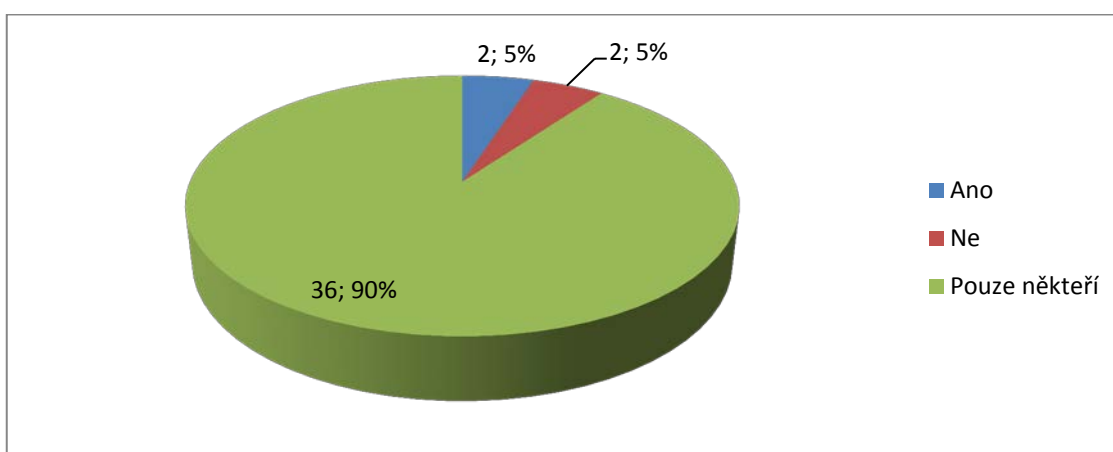
Graf 31 – Poskytujete ve Vaší ordinaci informace o prevenci obezity?



Graf 32 – Kdo ve Vaší ordinaci poskytuje informace o prevenci obezity?



Graf 33 – Dodržují rodiče a děti Vaše doporučení ohledně prevence obezity?



Graf 34 – Jsou Vaše preventivní opatření efektivní?

